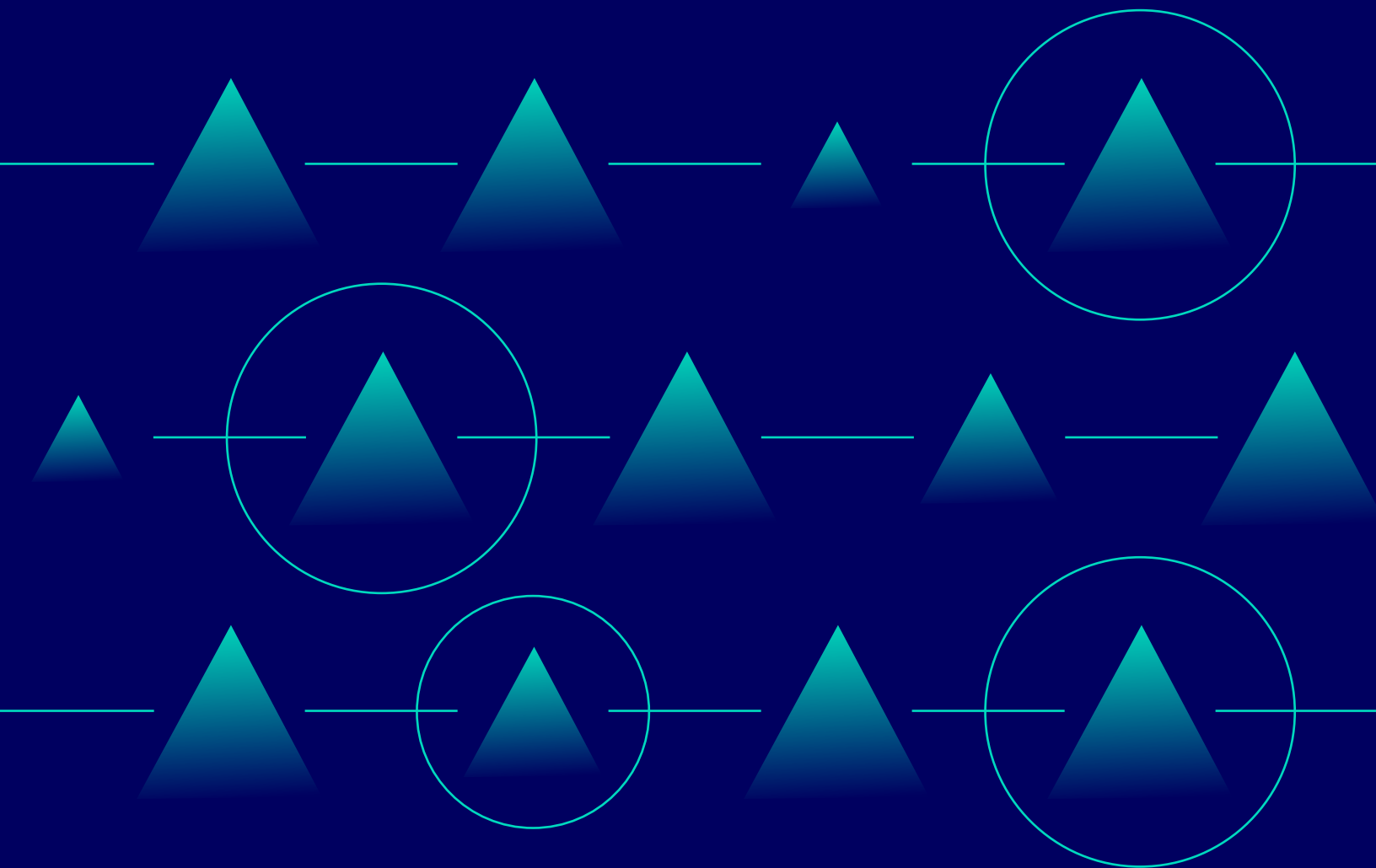


Septembre 2026



FLUIDITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS
ET SERVICES LORS DES TRANSFERTS
DES PERSONNES AINÉES : RÔLE DES
POLITIQUES PUBLIQUES QUÉBÉCOISES

Collection –
Bien vieillir
au Québec

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et de services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Rédaction

Stella Carine Kengne Tine
Simon Carbonneau
Yun Jen

Collaborateurs

Raphaëlle Bordeleau
Marie-Ève Brouard
Quintia Lorraina Ndamwumvaneza
Vincent Roy
Rachel Sarfati
Sarah Thibodeau
Susan Usher

Direction

Maude Laliberté, commissaire adjointe à l'éthique et à la participation publique

Édition

Équipe des communications

Révision linguistique

Marilou Gagnon-Thibault

Graphisme

Graphissimo

Dépôt légal

ISBN : 978-2-555-04615-3

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 5

Angle et méthodologie du document 6

Contribution à la collection 6

RÉSUMÉ 7

Un équilibre essentiel entre fluidité
et continuité des soins et services 7

INTRODUCTION 9

1. Enjeux lors des transferts 11

2. Ancrage théorique des concepts de fluidité
et de continuité des soins et services 12

2.1. FLUIDITÉ DES SOINS ET SERVICES 12

2.2. CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES 14

2.3. DISTINCTIONS ENTRE LES CONCEPTS 16

3. Note méthodologique 17

4. Analyse des politiques publiques en matière
de transferts entre les différents secteurs 18

4.1. RECONNAISSANCE DE LA FLUIDITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SOINS
ET SERVICES DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES AU QUÉBEC 18

4.2. ANALYSE DES TRANSFERTS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES 19

4.3. PRINCIPAUX CONSTATS 23

CONCLUSION 30

ANNEXE 1 MÉTHODOLOGIE 31

1. Sélection des politiques publiques 31
2. Sélection de certains points de transfert 31
3. Limites et portée de l'analyse 34

ANNEXE 2 POLITIQUES PUBLIQUES ENCADRANT LES POINTS DE TRANSFERT SÉLECTIONNÉS CONTENANT DES LEVIERS DE FLUIDITÉ OU DE CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES 35

ANNEXE 3 ANALYSE DE LA FLUIDITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES PAR POINT DE TRANSFERT 37

Analyse descriptive de la fluidité 38

Analyse descriptive de la continuité des soins et services 40

RÉFÉRENCES 49

PRÉAMBULE

Le vieillissement n'est pas une charge à contenir, mais un phénomène collectif à comprendre pour mieux accompagner.

Le Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après « Commissaire ») a pour mission d'éclairer, avec impartialité et transparence, le débat public et la prise de décision gouvernementale en matière de santé et de services sociaux au Québec. Sa démarche repose notamment sur la participation des acteurs concernés, l'attention portée aux enjeux éthiques et l'analyse des dynamiques de gouvernance du système.

Ce document s'inscrit dans une **collection de travaux du Commissaire consacrée aux personnes âgées**. Dans un contexte de vieillissement de la population qui transforme en profondeur notre société, cette collection propose un regard à la fois lucide et constructif sur les conditions du vieillissement. Elle vise à dépasser une approche centrée sur les soins pour s'intéresser plus largement aux conditions permettant de vieillir en santé, dans le respect de l'autonomie, de la dignité et de la participation citoyenne. Elle rassemble, à cette fin, des analyses complémentaires – populationnelles, organisationnelles, éthiques et sociétales – afin de mieux comprendre les angles morts du système et d'identifier des leviers de transformation.

ANGLE ET MÉTHODOLOGIE DU DOCUMENT

Le présent document analyse le rôle des politiques publiques québécoises dans la fluidité et la continuité des soins et services lors des transferts des personnes âgées entre les milieux, les professionnelles et professionnels, ainsi que les secteurs de soins. Ces moments de transition constituent des points charnières des trajectoires, où se jouent à la fois la capacité du système à assurer une prise en charge fluide et la continuité des soins, notamment dans des contextes de soins curatifs et de soutien à l'autonomie.

La démarche adoptée s'appuie sur une analyse documentaire des politiques publiques encadrant des points de transfert sélectionnés (notamment le transfert vers les urgences, la réorientation et le triage à l'urgence, ainsi que la sortie de l'hôpital). L'analyse est structurée autour des concepts de **fluidité** et de **continuité** des soins et services, qui servent de repères pour examiner comment les politiques reconnaissent, encadrent et soutiennent – ou non – les conditions nécessaires à des parcours cohérents, sécuritaires et adaptés aux besoins des personnes.

CONTRIBUTION À LA COLLECTION

Ce document contribue à la collection consacrée aux personnes âgées en posant un diagnostic sur la cohérence des cadres politiques qui encadrent les transitions dans leurs parcours. Alors que d'autres documents de la collection se concentrent sur les besoins exprimés par les personnes âgées, les portraits populationnels ou les dimensions éthiques, celui-ci révèle comment la fragmentation des politiques publiques peut générer des ruptures de parcours. Il constitue ainsi un éclairage essentiel pour comprendre les écarts entre les intentions affichées et les réalités vécues par les personnes âgées lors de leurs déplacements dans le système.

RÉSUMÉ

UN ÉQUILIBRE ESSENTIEL ENTRE FLUIDITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Dans un contexte de transformation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, la fluidité et la continuité des soins et services sont désormais érigées en priorités dans plusieurs instruments d'action publique, dont la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (ci-après « LGSSSS ») et la planification stratégique 2025-2028 de Santé Québec. La fluidité renvoie à la capacité du système à assurer un enchaînement efficace des soins et services, tandis que la continuité des soins et services assure une prise en charge et un suivi cohérents avec les besoins évolutifs des personnes.

Ce rapport examine dans quelle mesure l'ensemble des politiques publiques québécoises structurant l'offre de services visant les personnes aînées traduisent ces principes en leviers concrets pour soutenir les changements d'établissements ou de professionnelles et professionnels. Chaque transfert dans le parcours de la personne représente un point critique qui peut devenir un lieu de rupture si la coordination et la prise en charge ne sont pas soutenues de manière adéquate. Cela augmente le risque d'événements indésirables, de dysfonctionnement dans la prise en charge clinique (ex. : enjeux sur le plan de la qualité des services) et d'inadéquation des services par rapport aux besoins de la personne, lesquels peuvent entraîner des réadmissions évitables et de la détresse pour les personnes concernées.

L'analyse se concentre sur les leviers formels prévus dans les politiques publiques, sans présumer des pratiques en place sur le terrain. Elle montre que plusieurs politiques publiques québécoises reconnaissent l'importance de la continuité et de la fluidité des services aux points de transfert. Toutefois, des lacunes importantes subsistent, notamment en ce qui concerne la continuité des soins, alors que cette dimension met l'accent sur un suivi adapté en fonction des besoins des personnes. Concernant la fluidité, les efforts sont principalement concentrés sur les sorties hospitalières, au détriment d'une vision globale des parcours des personnes, ce qui peut générer des transferts précipités ou inappropriés excédant la capacité des services de proximité.

La fluidité et la continuité des soins et services sont deux paramètres essentiels et complémentaires de la qualité. Or, le Québec fait face à un défi croissant : assurer une fluidité des trajectoires sans compromettre la continuité des soins et services, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de fragmentation organisationnelle. L'optimisation de la fluidité ne peut se faire au détriment de la continuité des soins. Une gouvernance efficace doit réconcilier les impératifs organisationnels liés à la fluidité avec les besoins cliniques et humains en matière de coordination des soins et services, afin d'assurer des parcours intégrés, sécuritaires et adaptés aux besoins des personnes âgées.

INTRODUCTION

Le système de santé et de services sociaux du Québec fait face à des défis majeurs, exacerbés par une pénurie de main-d'œuvre, la complexification des parcours de soins et services, l'augmentation du nombre de personnes présentant des maladies chroniques et le vieillissement accéléré de la population. Dans ce contexte, il devient crucial de porter une attention particulière aux parcours de soins et services des personnes âgées, alors que plusieurs d'entre elles ont des besoins multiples qui exigent des réponses coordonnées, cohérentes et continues.

Les parcours des personnes usagères sont ponctués de transferts fréquents qui constituent des zones critiques pour la sécurité, la qualité et l'efficacité des interventions. Les transferts désignent le déplacement physique d'une personne au sein ou entre différents établissements et impliquent un partage ou un transfert de responsabilités entre professionnelles et professionnels (INESSS, 2024). Ces transferts sont souvent des moments de vulnérabilité où le risque de rupture dans la coordination et la prise en charge est élevé, pouvant entraîner des dysfonctionnements dans la prise en charge clinique, une inadéquation entre les services et les besoins ou encore une détresse pour les personnes concernées. La fluidité et la continuité des soins et services¹ sont essentielles au bien-être des personnes.

¹ La fluidité repose sur une gestion efficace des transferts, tandis que la continuité des soins et services assure une prise en charge et un suivi cohérents des personnes usagères. Les concepts de fluidité et de continuité des soins et services sont utilisés dans ce document selon les définitions mobilisées dans la littérature sur les transitions de soins. D'autres conceptualisations mettent davantage l'accent sur l'articulation entre coordination et continuité.

Ce document décrit l'influence des politiques publiques sur la gestion de ces transferts dans les soins et services offerts aux personnes âgées du Québec, car les politiques publiques demeurent le principal levier de gouvernance² et jouent un rôle structurant qui permet de façonner les pratiques organisationnelles et cliniques. En effet, la fluidité et la continuité des soins et services sont érigées en priorités dans plusieurs instruments d'action publique, dont la LGSSSS³ et la planification stratégique 2025-2028 de Santé Québec (Santé Québec, 2025). L'orientation 2 de la planification stratégique 2025-2028 de Santé Québec vise « un parcours plus fluide vers des services de qualités qui comptent pour les citoyens (p. 40) ». Cette orientation cible non seulement l'optimisation des trajectoires et la pertinence des interventions, mais aussi une amélioration tangible de la continuité des soins, du suivi structuré et de la coordination interétablissements, particulièrement pour les populations vulnérables.

Notre analyse porte ainsi une attention particulière aux leviers liés à la fluidité et à la continuité, deux dimensions complémentaires, mais souvent mobilisées de manière inégale dans les politiques publiques. Elle vise également à évaluer dans quelle mesure ces politiques traduisent les objectifs stratégiques énoncés par Santé Québec en mesures concrètes, notamment dans les points de transfert jugés critiques pour les personnes âgées.

-
- 2 La gouvernance, en tant que processus, fait référence à l'ensemble des actions, des décisions et des mécanismes par lesquels une organisation, une institution ou un État dirige et contrôle ses activités. Elle englobe ainsi le processus décisionnel, l'application des politiques et la participation des parties prenantes aux processus décisionnels (CSBE, 2026).
 - 3 L'article premier de la LGSSSS énonce que les règles d'organisation et de gouvernance des établissements favorisent la fluidité des services de santé et sociaux. Selon l'article 8 de la LGSSSS : « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. » L'article 32 prévoit que l'objectif de fluidité et de continuité des services aux usagers et usagères doit guider l'exercice des responsabilités de chaque personne au sein de Santé Québec. Il mentionne les deux notions dans la même phrase, signifiant qu'elles participent au concours d'un même objectif et qu'elles peuvent aller de pair.

1. ENJEUX LORS DES TRANSFERTS

La littérature met en évidence plusieurs enjeux liés aux transferts des personnes âgées dans le système de santé et de services sociaux. Chaque transfert dans le parcours de soins, qu'il s'agisse du passage entre le domicile, l'urgence, l'hôpital ou l'hébergement, constitue un moment critique pouvant entraîner des ruptures dans la coordination des services. Ces ruptures sont susceptibles d'avoir des effets en cascade, notamment sur la qualité de la prise en charge clinique, la survenue d'événements indésirables, l'adaptation des services aux besoins des personnes et l'efficacité organisationnelle, entraînant notamment des délais d'attente ou des réadmissions évitables. Elles peuvent également entrer en tension avec des principes d'humanisme et de soins centrés sur la personne, et contribuer à une détresse accrue chez les personnes concernées et leurs personnes proches aidantes (INESSS, 2019; Khalilipalandi et al., 2022).

Alors que le réseau peine déjà à répondre à la demande, le nombre de personnes nécessitant un soutien pour maintenir leur autonomie à domicile devrait augmenter de 26 % d'ici 2030 et de 69 % d'ici 2040 (Clavet et al., 2023). Cette pression démographique accentue les défis en matière de fluidité et de continuité, particulièrement aux points de transfert. Les données confirment l'ampleur de l'enjeu. En 2022-2023, les personnes de 65 ans et plus représentaient plus de 40 % des visites prioritaires aux urgences parmi celles effectuées par les adultes et 32,2 % des visites non prioritaires (CSBE, à paraître), et 64 % des personnes sur civière avaient 75 ans ou plus (MSSS, 2024c). De plus, en 2022-2023, les personnes âgées représentaient 61 % des hospitalisations en soins de courte durée et 51 % des chirurgies avec hospitalisation chez les adultes (CSBE, à paraître). Dans ce contexte, les suivis pré- et posthospitalisation sont essentiels afin de prévenir, autant que possible, ces périodes de traitement qui mobilisent des ressources importantes. Ce recours élevé aux soins aigus semble refléter, entre autres, des lacunes dans la coordination des soins de première ligne et une insuffisance dans l'adaptation des suivis au moment du retour à domicile ou du transfert vers un autre milieu. Les analyses issues de la littérature scientifique et des rapports d'expertise convergent sur plusieurs constats. Les transferts mal planifiés, avec un accompagnement insuffisant ou sans suivi structuré sont associés à des hospitalisations prolongées, à des réadmissions évitables et à un recours inapproprié aux services d'urgence pour des situations pouvant être prises en charge dans la communauté.

Ces enjeux, qui affectent particulièrement les personnes âgées, sont le reflet de la fluidité et de la continuité des soins et services. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que Santé Québec reconnaissent l'existence de défis à cet égard. La résolution de ces enjeux constitue d'ailleurs l'un des objectifs de la LGSSSS et figure parmi les priorités identifiées dans la planification stratégique 2025-2028 de Santé Québec⁴.

2. ANCRAGE THÉORIQUE DES CONCEPTS DE FLUIDITÉ ET DE CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

La fluidité et la continuité des soins et services sont des concepts interreliés, importants pour la prise en charge des personnes âgées. Comprendre leur interaction et les leviers qui les soutiennent permet de mieux saisir les conditions associées aux ruptures dans les parcours de soins et à l'expérience des personnes lors des transferts.

2.1. Fluidité des soins et services

La fluidité des soins et services se définit comme un enchaînement efficace et sans obstacle des soins et services dans le parcours des personnes (IHI, 2020). Elle repose sur une organisation optimisée, permettant un transfert rapide et organisé entre les secteurs, les professionnelles et professionnels ou les établissements, tout en assurant une gestion efficace des flux des personnes et des services (INESSS, 2021; NHS, 2017). La notion de fluidité ne se limite pas à la circulation des personnes; elle englobe également le déplacement fluide de l'information clinique, des équipements et des ressources entre les différentes étapes de la prise en charge (NHS, 2017). La fluidité est souvent associée à la capacité pour les personnes de passer d'une étape de leur parcours de soins à la suivante sans délai (NHS, 2017), en recevant les bons soins, au bon endroit, au bon moment et par les bonnes personnes (Institut canadien pour la sécurité des patients, 2020). Plusieurs leviers identifiés dans la littérature contribuent à soutenir cette fluidité, tant sur les plans stratégique et organisationnel que sur les plans clinique et technologique.

4 Objectif 2.2 : Optimiser l'efficacité et la fluidité des trajectoires de soins et de services sociaux (urgence, chirurgies, hospitalisation).
Objectif 3.2 : Assurer l'engagement favorisant la stabilité des équipes de travail et la continuité des services.

**Tableau 1. Conceptualisation de la fluidité,
inspiré de l'IHI et de la littérature**

Composante	Description	Leviers ⁵
Gestion des flux	Ensemble de mécanismes permettant une gestion proactive des admissions, des transferts et des séjours par l'ajustement dynamique des ressources selon la demande et la gravité clinique.	Pilotage centralisé et gouvernance des flux de patientes et patients.
		Appui à la prise de décision fondée sur les données.
		Optimisation des processus cliniques et logistiques.
		Planification dynamique de la capacité.
Système d'information et technologies	Intégration de technologies numériques (tableau de bord, intelligence artificielle, dossier médical électronique interopérable) permettant d'accéder à l'information et de l'échanger en temps réel ainsi que de planifier efficacement la capacité.	Suivi en temps réel de la performance des flux.
		Anticipation des besoins grâce à l'intelligence artificielle.
		Intégration interétablissements de l'information clinique.
		Appui numérique à la coordination interprofessionnelle.
Coordination interprofessionnelle et interorganisationnelle	Ensemble des dispositifs assurant la collaboration structurée entre les équipes cliniques et les organisations, soit via des protocoles partagés et des outils d'évaluation communs et grâce à des rôles bien définis.	Culture collaborative et pratiques interprofessionnelles.
		Structuration des partenariats interorganisationnels.
		Standardisation des processus de coordination.
		Instauration d'espaces de dialogue régulier entre acteurs.
Planification proactive des sorties et optimisation de la capacité hors hôpital	Approche anticipative visant à sécuriser les transitions vers les soins post-aigus et communautaires, en mobilisant des solutions de rechange à l'hospitalisation.	Anticipation des besoins en amont de la sortie.
		Préparation anticipée et coordonnée des sorties.
		Développement de solutions de rechange à l'hospitalisation prolongée.
		Renforcement de l'offre de soins et services communautaires.
		Réduction ou modelage de la demande.
Développement d'une culture d'apprentissage et de compétences	Renforcement des capacités cliniques et managériales par la formation continue, l'interdisciplinarité et l'amélioration continue.	Formation continue à tous les niveaux.
		Formation des gestionnaires en gestion proactive des flux.
		Système d'apprentissage organisationnel structuré.
Leadership stratégique pour soutenir les flux hospitaliers	Engagement des instances de gouvernance à soutenir la fluidité par la supervision active, l'utilisation d'indicateurs et la coordination stratégique des flux.	Mise en place d'un parrainage clair assuré par une instance stratégique.
		Implication stratégique de la direction hospitalière pour soutenir la fluidité.

5 David Gomez et al., 2024; IHI, 2020; Marcotte et al., 2015; Sørup et al., 2019; Spehar, 2011.

2.2. Continuité des soins et services

La continuité des soins et services fait référence à l'expérience, par la personne, d'un parcours de soins et services perçu comme cohérent et relativement stable dans le temps. Cette expérience repose sur une articulation des interventions distinctes et successives au sein du parcours de soins. Celles-ci peuvent être perçues comme cohérentes, interconnectées et alignées sur les besoins et, dans la mesure du possible, les préférences de la personne (OMS, 2018; Reid et al., 2002). Certains leviers de continuité sont particulièrement mobilisés en contexte de transition, notamment la planification des transitions de soins dès l'admission. Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) conceptualise la continuité comme une approche systémique et intégrée qui englobe l'ensemble du parcours de soins, indépendamment des changements d'établissements ou de professionnelles et professionnels.

Cette approche s'appuie sur quatre dimensions interreliées de la continuité (voir [tableau 2](#)) (Bahr et Weiss, 2019; OMS, 2018; Reid et al., 2002). Ces quatre dimensions sont soutenues par des leviers organisationnels et cliniques, dont certains sont transversaux et contribuent simultanément à plusieurs dimensions, tandis que d'autres ont une portée plus ciblée.

Tableau 2. Conceptualisation de la continuité

Dimension	Définition	Leviers
Relationnelle	Maintien d'une relation de soins durable entre la personne usagère et les professionnelles et professionnels de la santé qui l'accompagnent.	Relation continue et de confiance entre les professionnelles et professionnels de la santé, les personnes usagères et les personnes proches aidantes.
		Prise en charge par les mêmes professionnelles et professionnels de la santé.
		Soins flexibles, cohérents et adaptables tout au long du parcours de soins.
		Soins adaptés à l'ensemble des besoins de la personne.
Longitudinale	Suivi cohérent assuré par une même professionnelle ou un même professionnel ou par une même équipe au cours d'une série de périodes de traitement.	Planification des transitions de soins relatives au congé dès l'admission.
		Suivi par une professionnelle ou un professionnel ou une équipe dans tous les établissements ou secteurs.
		Stratégie de liaison et d'aiguillage pour les professionnelles et professionnels de la santé.
		Soutien par une personne proche aidante, formel ou informel, issu du réseau social.
De gestion	Coordination des interventions et collaboration efficace entre professionnelles et professionnels de la santé à travers tous les contextes de soins.	Gestion intersectorielle assurée par une ou un gestionnaire de cas ou une intervenante pivot ou un intervenant pivot.
		Soins collaboratifs avec une équipe interdisciplinaire.
		Identification et surveillance proactive des personnes à haut risque avec affections chroniques.
		Planification des soins avec les perspectives et les recommandations de multiples professionnelles et professionnels.
Informationnelle	Transmission opportune et exhaustive des informations essentielles entre les professionnelles et professionnels de la santé accompagnant la personne tout au long de son parcours de soins.	Communication positive et continue entre la personne usagère et les professionnelles et professionnels de la santé qui l'accompagnent.
		Échange d'informations entre les professionnelles et professionnels et les établissements.
		Utilisation d'un dossier médical partagé et synchronisé.
		Protocole clinique standardisé commun dans tous les établissements.

2.3. Distinctions entre les concepts

En bref, la fluidité renvoie à une approche organisationnelle centrée sur l'efficacité des transferts, notamment en ce qui concerne la réduction des délais, la limitation des obstacles et la gestion des flux – par exemple, lors des transitions entre l'hôpital et le domicile. La continuité, quant à elle, met l'accent sur la cohérence des interventions dans le temps, lesquelles sont alignées sur les besoins évolutifs des personnes malgré la succession des transitions.

Bien que distincts, ces deux concepts partagent plusieurs leviers (voir les [tableaux 1 et 2](#)). La fluidité est associée à la capacité de faciliter le passage à travers les différentes étapes du système, tandis que la continuité renvoie à une prise en charge soutenue et sécuritaire dans le temps, particulièrement pour les personnes ayant des besoins complexes. Ces deux dimensions répondent à des logiques distinctes et complémentaires : une fluidité sans continuité peut être associée à des sorties précipitées ou insuffisamment coordonnées, tandis qu'une continuité sans fluidité peut limiter l'accès en temps opportun aux services. Ces éléments suggèrent l'importance d'un équilibre entre ces deux dimensions, afin de soutenir des transferts à la fois efficaces et sécuritaires. Cette articulation met en lumière une tension potentielle entre les impératifs de gestion des flux et les exigences de continuité des soins et services dans les parcours des personnes âgées.

3. NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Cette analyse repose sur un inventaire structuré de 94 politiques publiques provinciales, constitué à partir d'une revue documentaire systématique. La méthodologie ayant guidé la constitution de ce corpus est disponible dans [une fiche technique](#). Un sous-groupe de 51 politiques a été retenu pour une analyse approfondie, en raison de leur pertinence à l'égard des points de transfert considérés comme particulièrement critiques. Cette sélection s'appuie sur les trajectoires de soins définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2022b), sur la littérature scientifique (Hudon et al., 2022; Li et al., 2014; OMS, 2016) ainsi que sur les données d'utilisation des services par les personnes âgées du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, à paraître).

L'analyse de la fluidité et de la continuité adopte une approche descriptive, visant à repérer la présence ou l'absence de leviers spécifiques dans les politiques publiques et à les comparer à ceux identifiés dans la littérature. Les cadres conceptuels mobilisés s'appuient notamment sur ceux de l'Institute for Health Improvement (IHI) et de l'OMS, qui permettent de structurer l'analyse selon les éléments de la continuité et de la fluidité.

L'analyse se concentre sur trois moments clés jugés particulièrement critiques dans la trajectoire de soins des personnes âgées : l'entrée aux urgences, la réorientation après un passage à l'urgence et la sortie de l'hôpital vers le domicile ou un autre milieu. Les détails méthodologiques, y compris les critères de sélection et le cadre d'analyse, sont présentés à [l'annexe 1](#).

Cette analyse n'évalue pas la coordination effective des soins et services sur le terrain. Elle s'intéresse à la présence ou à l'absence de mécanismes normatifs dans les politiques publiques susceptibles de soutenir la continuité et la fluidité aux points de transfert. Une absence dans les politiques ne signifie pas nécessairement une absence de coordination en pratique, mais peut indiquer un manque d'orientation, de soutien ou d'incitatif systémique.

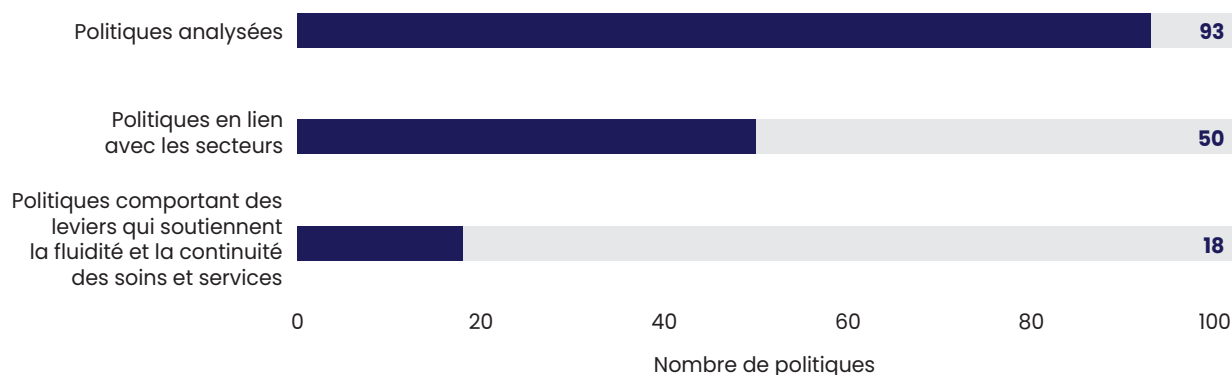
4. ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE TRANSFERTS ENTRE LES DIFFÉRENTS SECTEURS

4.1. Reconnaissance de la fluidité et de la continuité des soins et services dans les politiques publiques au Québec

Malgré l'importance accordée, dans les orientations gouvernementales, à la fluidité et à la continuité des soins et services de santé (LGSSSS; MSSS, 2022c, 2023b, 2024b; Santé Québec, 2025), notre analyse démontre que seule une part limitée des politiques analysées dans les secteurs retenus contient des leviers soutenant la fluidité et la continuité ($n = 18/50$)⁶. **En effet, la majorité des politiques sectorielles semblent adopter une approche en vase clos, dans laquelle les points de transfert sont peu explicitement considérés.** De plus, les politiques qui mentionnent des leviers de fluidité ou de continuité des soins et services le font de manière partielle et variable selon les points de transfert. Ces constats suggèrent une reconnaissance encore inégale des enjeux liés aux transferts dans les politiques publiques, malgré leur importance dans les parcours des personnes aînées.

6 La liste des 18 politiques publiques encadrant les points de transfert sélectionnés contenant des leviers de fluidité ou de continuité des soins et services est présentée en [annexe 2](#). Les secteurs auxquels on fait référence sont les services de première ligne, les services de soutien à domicile, les services préhospitaliers d'urgence, les services d'urgence, les services médicaux et chirurgicaux en milieu hospitalier et les services d'hébergement.

Figure 1. Réduction progressive des politiques intégrant la fluidité et la continuité des soins et services



4.2. Analyse des transferts dans les politiques publiques

L'analyse des politiques publiques permet d'identifier dans quelle mesure celles-ci prévoient des mécanismes de soutien à la fluidité et à la continuité des soins et services lors des transferts (voir [l'annexe 3](#) pour plus de détails). L'analyse de la continuité des soins et services a été décomposée selon les dimensions relationnelle, informationnelle, de gestion et longitudinale⁷. Concernant la fluidité, l'analyse a permis d'identifier les leviers mobilisés pour soutenir celle-ci aux différents points de transfert du parcours de soins, en s'appuyant sur les leviers reconnus dans la littérature. Le tableau suivant présente les résultats de cette analyse, accompagnés d'éléments explicatifs. Cette analyse permet de comparer les leviers présents dans les politiques publiques avec ceux identifiés dans la littérature, afin d'en apprécier la portée et les limites.

⁷ Les leviers désignent ici l'ensemble des actions, des mesures ou des mécanismes concrets mis en place pour favoriser la fluidité ou la continuité des soins et services. Il est important de préciser que l'objectif n'est pas d'affirmer la nécessité de mettre en place des leviers pour chaque dimension à chaque point de transfert, ni de remettre en question les leviers cliniques ou organisationnels existants. Il s'agit plutôt de comprendre comment la vision du MSSS en matière de fluidité et de continuité des soins et services se traduit dans les politiques mises en œuvre dans ces différentes dimensions.

Tableau 3. Mécanismes explicites de fluidité et de continuité des soins et services aux points de transfert contenus dans les politiques publiques

			Continuité des soins et services				Lecture analytique
Point de transfert		Fluidité	Relationnelle	Informationnelle	Gestion	Longitudinale	
De la première ligne ou du soutien à domicile	Vers l'urgence			▲	▲		Aucun mécanisme formel de coordination avec la ou le médecin de famille ou la ou le gestionnaire de cas n'est identifié dans les politiques analysées. L'absence de leviers soutenant la continuité relationnelle dans les politiques publiques pourrait nuire à une prise en charge de qualité.
Des services préhospitaliers d'urgence	Vers l'urgence	✓		▲	▲		La transmission de l'information apparaît partielle, se limitant principalement au rapport verbal de l'équipe ambulancière. La prise en charge est bien définie, mais aucun mécanisme de suivi après le transfert n'a été identifié (ex. : rétroaction permettant un apprentissage organisationnel).
De l'hébergement	Vers l'urgence			▲	▲		Aucun mécanisme formel n'est identifié pour encadrer ce transfert dans les politiques analysées, ce qui risque d'entraîner des enjeux de continuité sur plusieurs plans.
De l'urgence	Vers la première ligne	✓	▲	▲	✓	✓	Ce transfert apparaît relativement bien encadré, avec des outils facilitant la transmission des informations et la coordination avec les services de première ligne (ex. : Rendez-vous santé Québec, services gériatriques).
De l'urgence	Vers le soutien à domicile	✓	▲	▲	✓	✓	Certains mécanismes facilitent la communication entre l'urgence et les services de soutien à domicile (ex. : coordination avec les gestionnaires de cas, outils numériques), mais l'implication des personnes proches aidantes et la transmission complète des données demeurent peu balisées dans les politiques analysées.
De l'urgence	Vers une hospitalisation	✓		▲	✓		La prise en charge hospitalière apparaît bien définie, mais les continuités relationnelle et longitudinale semblent moins assurées. L'échange d'informations entre services apparaît présent, mais limité.

✓ : présence de plusieurs leviers identifiés dans les politiques analysées (3-4)

▲ : présence partielle de leviers (1-2)

Aucun symbole : aucun levier identifié dans les politiques analysées

La présence de leviers ne permet pas d'évaluer leur mise en œuvre ni leur efficacité.

			Continuité des soins et services				Lecture analytique
Point de transfert		Fluidité	Relation- nelle	Informa- tionnelle	De gestion	Longitu- dinale	
De l'hôpital	Vers la première ligne	✓	▲	▲	▲	▲	Le point de transition apparaît généralement bien encadré, mais plusieurs leviers demeurent absents ou peu développés. La communication entre l'hôpital et les médecins de famille est établie, permettant un suivi efficace des soins posthospitalisation.
De l'hôpital	Vers le soutien à domicile	✓	✓	▲	▲	✓	Ce transfert ne semble pas faire l'objet d'un suivi systématique assuré par le soutien à domicile, ce qui peut limiter la continuité des soins et services.
De l'hôpital	Vers l'hébergement (nouvel hébergement ou hébergement actuel)	✓	▲		✓	▲	La prise en charge pour un nouvel hébergement est bien définie, mais la transmission de l'information et la coordination interprofessionnelle pourraient être améliorées pour assurer un suivi optimal. Aucune information n'a été identifiée dans les politiques publiques analysées concernant le transfert des résidentes et résidents déjà hébergés.

✓ : présence de plusieurs leviers identifiés dans les politiques analysées (3-4)

▲ : présence partielle de leviers (1-2)

Aucun symbole : aucun levier identifié dans les politiques analysées

La présence de leviers ne permet pas d'évaluer leur mise en œuvre ni leur efficacité.

La fluidité est mise de l'avant comme une priorité par le MSSS, particulièrement dans les centres hospitaliers et les services d'urgence. Elle est principalement abordée sous un angle organisationnel et logistique, avec des leviers visant notamment à désengorger les services, à réduire la durée moyenne des séjours et à accélérer la prise en charge des personnes usagères (voir l'[annexe 3](#)). Ces leviers sont identifiés pour la majorité des points de transfert, à l'exception de l'arrivée à l'urgence, notamment lorsque celle-ci ne se fait pas par l'entremise des services préhospitaliers d'urgence.

En matière de continuité des soins et services, l'analyse suggère un soutien plus marqué sur le plan de la continuité de gestion, notamment lors des sorties hospitalières vers les autres secteurs du parcours de soins. En revanche, la continuité informationnelle, bien que partiellement assurée par divers outils de communication, demeure limitée, notamment en raison d'une interopérabilité encore incomplète entre les établissements. Les dimensions relationnelle et longitudinale sont quant à elles peu intégrées de façon formelle ou soutenue, ce qui suggère des limites dans les dispositifs actuels (voir l'[annexe 3](#)). Ces éléments mettent en évidence un développement différencié des leviers de fluidité et de continuité, avec une prédominance des approches organisationnelles au détriment d'une continuité plus relationnelle et longitudinale.

Certaines dimensions de la continuité peuvent être plus difficiles à opérationnaliser selon le type de transfert. Par exemple, la continuité relationnelle, qui repose sur une relation relativement stable entre la personne usagère et une professionnelle ou un professionnel, peut être mise à mal dans des contextes de soins aigus ou de transferts rapides, comme ceux réalisés par les services ambulanciers. Toutefois, cela ne signifie pas qu'elle perd de sa pertinence : elle demeure essentielle, particulièrement pour les personnes en situation de vulnérabilité ou avec des besoins complexes, notamment lorsqu'un lien préalable existe avec une équipe soignante de première ligne. De même, la continuité longitudinale, qui fait référence au suivi cohérent dans le temps, peut également s'appliquer en contexte de soins aigus, à condition que des mécanismes de communication entre les équipes de soins aigus et de première ligne soient en place. À l'inverse, les continuités informationnelles et de gestion sont généralement considérées comme minimales et nécessaires dans tous les contextes, car elles soutiennent la coordination entre les établissements et assurent la cohérence des soins. Ainsi, si une dimension est peu soutenue dans les politiques publiques, cela peut refléter certaines limites d'implantation ou de conception, et non une absence de pertinence. Cette variabilité mérite d'être prise en compte dans l'analyse des résultats.

4.3. Principaux constats

De manière générale, les politiques publiques présentent un encadrement partiel et inégal des transferts pour les personnes âgées. Si certaines dimensions sont mieux soutenues à des moments précis du parcours, des lacunes persistent dans les mécanismes prévus par les politiques publiques, ce qui limite la cohérence d'ensemble ainsi que la capacité du réseau à soutenir des trajectoires de soins et services intégrées.

Il est important de rappeler que ces constats portent sur la présence ou l'absence de mécanismes prévus dans les politiques publiques et ne permettent pas de conclure sur la coordination effective des soins et des services en pratique. En revanche, ces constats suggèrent que les leviers normatifs visant à la soutenir sont inégalement définis, ce qui peut refléter une planification partielle ou une absence d'attentes explicites ou d'incitatifs structurants de la part du MSSS.

UNE CONTINUITÉ DE GESTION RELATIVEMENT BIEN SOUTENUE

Parmi les différentes dimensions évaluées, la continuité de gestion est celle qui apparaît la plus développée. Les transferts vers la première ligne et les services de soutien à domicile après une hospitalisation apparaissent relativement bien encadrés dans les politiques publiques, avec des leviers facilitant la transmission d'informations et la coordination des soins et services. La réorientation des personnes depuis l'urgence vers la première ligne apparaît particulièrement bien soutenue par plusieurs outils structurés favorisant la communication et le suivi clinique. De manière similaire, le transfert de l'hôpital vers les services de soutien à domicile mobilise plusieurs leviers reconnus en matière de planification de congé, de communication bidirectionnelle et d'attribution de responsabilités cliniques. L'intégration de la continuité de gestion est observée dans plusieurs points de transfert critiques, notamment de l'urgence vers la première ligne et de l'hôpital vers le domicile.

DES ÉCARTS IMPORTANTS SELON LE POINT DE TRANSFERT

La fluidité et la continuité des soins et services semblent moins encadrées dans les transferts vers les services d'urgence, notamment pour les transferts provenant des services d'hébergement, du domicile – avec le soutien à domicile – et de la première ligne. La coordination avec les gestionnaires de cas et les médecins traitants ne semble pas systématique, ce qui fragilise la prise en charge des personnes post-transfert. Les mécanismes de coordination avec les gestionnaires de cas et les équipes médicales ne semblent pas systématiquement prévus dans les politiques analysées, ce qui accentue les risques de rupture dans la prise en charge des personnes les plus vulnérables. La présence limitée ou la faible formalisation de mécanismes de coordination entre les services d'urgence et les professionnelles et professionnels de première ligne ou du soutien à domicile peuvent compliquer la gestion des admissions et des sorties hospitalières.

UNE LIMITE IMPORTANTE : LA CONTINUITÉ INFORMATIONNELLE

Bien que la continuité informationnelle soit fréquemment abordée dans les politiques publiques, son opérationnalisation demeure souvent incomplète dans les mécanismes prévus. L'absence ou la présence limitée de leviers soutenant l'interopérabilité des systèmes d'information, comme cela est identifié dans les politiques analysées, suggère des conditions inégales pour soutenir une gestion fluide des trajectoires des personnes âgées. Cette limite est particulièrement visible dans certains points de transfert, notamment ceux impliquant les services préhospitaliers d'urgence et les milieux d'hébergement. L'analyse des politiques révèle que les mécanismes formalisés de documentation et de transmission d'informations y sont partiels ou peu structurés. La transmission d'informations aux personnes usagères elles-mêmes semble également peu prise en compte dans les mécanismes prévus. L'introduction d'un dossier médical électronique, comme prévu par le MSSS, est présentée comme un levier potentiel pour améliorer la transmission de l'information par l'entremise des différents points de transfert.

POINTS CRITIQUES

Des politiques publiques morcelées

Bien que plusieurs politiques aient été analysées, seule une fraction d'entre elles aborde explicitement la fluidité et la continuité des soins et services. La prédominance des approches sectorielles, organisées par type d'établissement (ex. : hôpital, hébergement), limite la prise en compte transversale des parcours dans les politiques publiques et peut restreindre la capacité du système à soutenir une prise en charge cohérente des trajectoires des personnes âgées. Cette organisation en vase clos se traduit, dans les politiques publiques, par des mécanismes limités de soutien à la circulation de l'information, au suivi des personnes entre les établissements et au déploiement de mécanismes de coordination partagés. Ce morcellement peut limiter l'opérationnalisation des objectifs définis par Santé Québec; il empêche une coordination proactive des grands utilisateurs (objectif 2.1), fragilise l'optimisation des trajectoires (objectif 2.2) et réduit la capacité à allouer les ressources en fonction de la pertinence réelle des interventions (objectif 2.3) (Santé Québec, 2025). En l'absence d'une vision transversale des parcours, les politiques publiques offrent un cadre limité pour soutenir des trajectoires de soins et services pleinement intégrées. Cet élément souligne les limites des approches sectorielles pour soutenir une vision globale des parcours et des interactions entre les services.

Ces constats suggèrent l'importance de renforcer l'intégration des politiques publiques, en dépassant des approches strictement sectorielles pour soutenir une organisation des services pensée en continuum, adaptée aux besoins des personnes. Une telle approche implique de mieux prendre en compte les parcours des personnes à travers les différents secteurs, en soutenant des mécanismes favorisant la coordination, la fluidité et la continuité des soins et services. Ces enjeux apparaissent particulièrement importants pour les personnes âgées, qui mobilisent souvent plusieurs secteurs du système, parfois de manière concomitante, ce qui accentue les risques de rupture dans les trajectoires. Dans cette perspective, certaines politiques structurantes, notamment celles liées à la première ligne et au soutien à domicile, pourraient constituer des leviers importants pour intégrer plus explicitement ces dimensions, en tenant compte des spécificités des parcours des personnes âgées.

Des limites dans les mécanismes encadrant les services préhospitaliers d'urgence

L'analyse des politiques publiques montre que les mécanismes soutenant les continuités relationnelle et longitudinale apparaissent peu développés dans les politiques portant sur les services préhospitaliers d'urgence. Les politiques recensées prévoient peu ou pas de mécanismes normalisés pour la documentation écrite ni de structure permettant de donner une rétroaction aux équipes paramédicales. Cela peut limiter, sur le plan organisationnel, la capacité à soutenir le repérage systématique des personnes à risque et la traçabilité de leurs trajectoires.

Cette absence de cadre formel dans les politiques publiques encadrant les services préhospitaliers d'urgence ne remet pas en cause les pratiques professionnelles des techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux dans les limites de leur champ de compétences. Elle suggère plutôt des limites dans l'orchestration systémique de la continuité des soins, notamment en matière de communication d'informations entre les secteurs d'urgence, de première ligne et de soutien à domicile. Elle ne permet pas de soutenir de manière structurée la coordination entre les secteurs concernés, ce qui peut affecter la qualité de la prise en charge dès l'entrée dans le réseau et ainsi apparaître en tension avec les objectifs de coordination et de fluidité des trajectoires définis par Santé Québec.

Une absence de cadre normatif explicite pour les transferts entre l'hébergement et l'urgence

Aucune politique provinciale analysée ne définit explicitement les modalités de transfert entre les milieux d'hébergement (ressources intermédiaires, maisons des aînés et centres d'hébergement et de soins de longue durée) et les services d'urgence. Cette absence de directives dans les politiques publiques peut être associée à une variabilité des pratiques et à un recours à des initiatives locales non systématisées. Elle peut également être associée à des situations où l'information clinique est incomplète ou à des situations où les décisions d'orientation reposent sur des données fragmentaires. Ce constat apparaît en décalage avec les objectifs de Santé Québec, notamment avec l'objectif 2.1, qui vise à coordonner de façon proactive les soins destinés aux populations à risque, et avec l'objectif 2.2, qui appelle à optimiser les trajectoires de soins, notamment en améliorant la gestion des transferts entre établissements (Santé Québec, 2025). Bien que ces constats ne permettent pas de conclure à une absence de coordination en pratique, ils révèlent une absence de cadre normatif susceptible de soutenir une mise en œuvre systémique et cohérente des mécanismes de coordination. L'absence de mécanismes formalisés dans les politiques publiques pourrait contribuer à une hétérogénéité des pratiques et à des trajectoires moins prévisibles, compte tenu, notamment, de la présence d'informations incomplètes ou fragmentaires.

Les soins et services visant à soutenir la continuité lors des transferts peuvent également être considérés sous un angle éthique, en raison de leur rôle dans le maintien des repères pour les personnes aînées et leurs proches. Ces périodes de transition soulèvent des enjeux importants quant à la capacité du système de santé et de services sociaux à offrir des parcours cohérents et sécuritaires, particulièrement pour les personnes en situation de vulnérabilité. Dans cette perspective, certains leviers, tels que l'utilisation d'un dossier médical partagé, l'implication des proches et le suivi après un transfert, apparaissent comme des éléments susceptibles de soutenir la continuité des soins et services. Leur mise en œuvre pourrait toutefois nécessiter des adaptations en fonction des réalités locales et des besoins spécifiques de certains groupes de population, notamment les personnes en situation de précarité socioéconomique ou celles présentant des troubles cognitifs.

ÉVOLUTIONS RÉCENTES DES POLITIQUES PUBLIQUES

L'analyse du présent rapport couvre les publications du MSSS en date du 31 mars 2025. Une mise à jour de notre analyse a été réalisée à partir des documents publiés depuis cette date jusqu'au 31 mars 2026⁸. Plusieurs politiques publiques viennent depuis renforcer les leviers de fluidité et de continuité des soins et services dans ces contextes de transition vécus par les personnes aînées.

D'abord, la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne (MSSS, 2026b) vise à renforcer les leviers liés à la navigation dans le système de santé et de services sociaux et à l'intégration des services, notamment par l'harmonisation des pratiques d'orientation vers les bons services et le soutien accru aux personnes en situation de vulnérabilité ou celles présentant des besoins complexes (orientation 1.3). La politique vise également à accroître la participation de tous les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux dans les continuums de soins et services, y compris les services préhospitaliers d'urgence et les acteurs de première ligne.

Ensuite, la Politique nationale de soutien à domicile – Mieux chez soi (MSSS, 2026c) ainsi que les Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un centre local de services communautaires (CLSC) auprès de la population de son territoire (MSSS, 2026a) viennent renforcer les leviers liés à la coordination des transitions entre l'hôpital, le domicile et les autres milieux de vie. Ces documents réaffirment le rôle du CLSC comme porte d'entrée principale des soins à domicile ainsi que l'importance de l'harmonisation des parcours, de l'échange d'informations entre partenaires et de l'utilisation de mécanismes de gouvernance collaborative afin de soutenir la cohérence des trajectoires. La politique précise également que les services de soutien à domicile peuvent aussi être offerts dans un contexte posthospitalier pour éviter de prolonger indûment l'hospitalisation et prévenir le déconditionnement (p. 7).

Pour les personnes vivant avec un trouble neurocognitif, la Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs – Relever les défis d'aujourd'hui et de demain (MSSS, 2025d) et son plan d'action 2025–2030 (MSSS, 2025c) reconnaissent les transitions comme des moments à risque de rupture de services. À ce titre, la politique aborde tous les types de continuité et introduit des leviers liés à la planification coordonnée des transitions et au maintien d'un lien stable avec une même clinique ou une même professionnelle ou un même professionnel de première ligne. De plus, l'orientation 12 vise à « améliorer de façon significative les transitions, les liens et la fluidité dans l'ensemble de la trajectoire de soins (MSSS, 2025d, p. 40) ».

8 Cette recension des publications du MSSS a été réalisée par une équipe de trois personnes. L'ensemble des politiques publiques publiées par le MSSS durant cette période a fait l'objet d'un tri selon les thèmes ciblés dans le présent rapport, soit les points de transition, la pertinence pour les personnes aînées ainsi que les concepts de continuité et de fluidité des soins et services. Cette démarche a permis d'identifier un total de sept nouvelles publications jugées pertinentes pour l'analyse.

Le Cadre de référence : Médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale : Qualité, continuité et sécurité à chaque étape de la trajectoire du patient (MSSS, 2025b) vient quant à lui renforcer les mécanismes de continuité relationnelle, informationnelle et de gestion entre les différentes professionnelles et différents professionnels impliqués dans les soins et les services destinés aux personnes atteintes d'un cancer, spécialement dans la transition entre les soins hospitaliers et la première ligne. Ces mécanismes de collaboration incluent notamment :

- une continuité entre les pharmaciennes et pharmaciens d'établissement et les pharmaciennes et pharmaciens communautaires;
- une continuité entre les infirmières et infirmiers en oncologie et les pharmaciennes et pharmaciens en oncologie de l'établissement;
- une continuité entre la pharmacienne ou le pharmacien en oncologie de l'établissement et la prescriptrice ou le prescripteur.

Enfin, les Orientations ministérielles – Composition des équipes de soins infirmiers – milieux d'hébergement et de soins de longue durée (MSSS, 2025a) mettent de l'avant la stabilité des équipes, la connaissance des résidentes et résidents par le personnel infirmier responsable ainsi que des fonctions explicites de coordination. Ces leviers contribuent particulièrement à renforcer la continuité relationnelle et informationnelle lors des transitions entre les milieux hospitaliers et les milieux d'hébergement.

Ces nouvelles politiques confirment une évolution positive de l'environnement normatif, notamment pour certains secteurs en première ligne et en soutien à domicile et pour certaines populations plus vulnérables. **Toutefois, ces politiques ne viennent pas modifier les constats centraux de l'analyse : les leviers demeurent partiels, inégalement répartis selon les points de transfert et encore insuffisamment intégrés dans une vision transversale des parcours.**

CONCLUSION

L'analyse met en évidence que, bien que les politiques publiques québécoises reconnaissent l'importance de la fluidité et de la continuité des soins et services, plusieurs ne traduisent encore que partiellement les objectifs stratégiques en leviers concrets à un moment pourtant critique du parcours de soins : les transferts (ex : coordination interétablissements, communication d'informations, suivi longitudinal des personnes usagères – notamment avec les acteurs de la première ligne). Cela reflète une marge de progression importante en matière d'outillage normatif pour soutenir la continuité et la fluidité, sans préjuger des pratiques en place dans les différents établissements.

Or, l'accent actuel mis sur la fluidité hospitalière, bien qu'important, peut masquer un enjeu plus structurel : le rôle de la première ligne comme pivot de la continuité des soins et services. L'absence de mécanismes clairs définis dans les politiques publiques pour soutenir ce secteur peut limiter la capacité du système à assurer des transitions cohérentes entre les milieux, au risque de surcharger le réseau avec des transferts précipités, des retours non planifiés aux urgences et des hospitalisations évitables.

Dans ce contexte, les orientations récentes du MSSS en faveur de la prévention, de la première ligne et des services de soutien à domicile sont porteuses, mais leur mise en œuvre devra être rigoureuse et suivie de près. Car l'optimisation des flux ne saurait se faire au détriment d'un accompagnement cohérent, humain et sécuritaire ni au détriment de la continuité de l'ensemble du parcours de la personne usagère.

Le Commissaire à la santé et au bien-être recommande d'ailleurs, dans son rapport annuel 2025-2026 sur la performance du système de santé et de services sociaux, d'assainir l'environnement normatif : simplifier et clarifier les politiques en place, clarifier le portefeuille de politiques publiques existant et s'assurer que toute nouvelle politique tient compte de ce qui est déjà en cours.

Soutenir à la fois la fluidité et la continuité des soins et services apparaît moins comme un compromis que comme un enjeu central de gouvernance. L'articulation de ces deux dimensions – sur les plans logistique, clinique, systémique et relationnel – est essentielle pour soutenir des parcours de soins véritablement adaptés aux besoins des personnes âgées.

ANNEXE 1

MÉTHODOLOGIE

Cette analyse vise à examiner la place accordée à la fluidité et à la continuité des soins et services dans les politiques publiques québécoises destinées à structurer l'offre de services offerte spécifiquement aux personnes âgées. Pour ce faire, trois étapes méthodologiques ont été suivies.

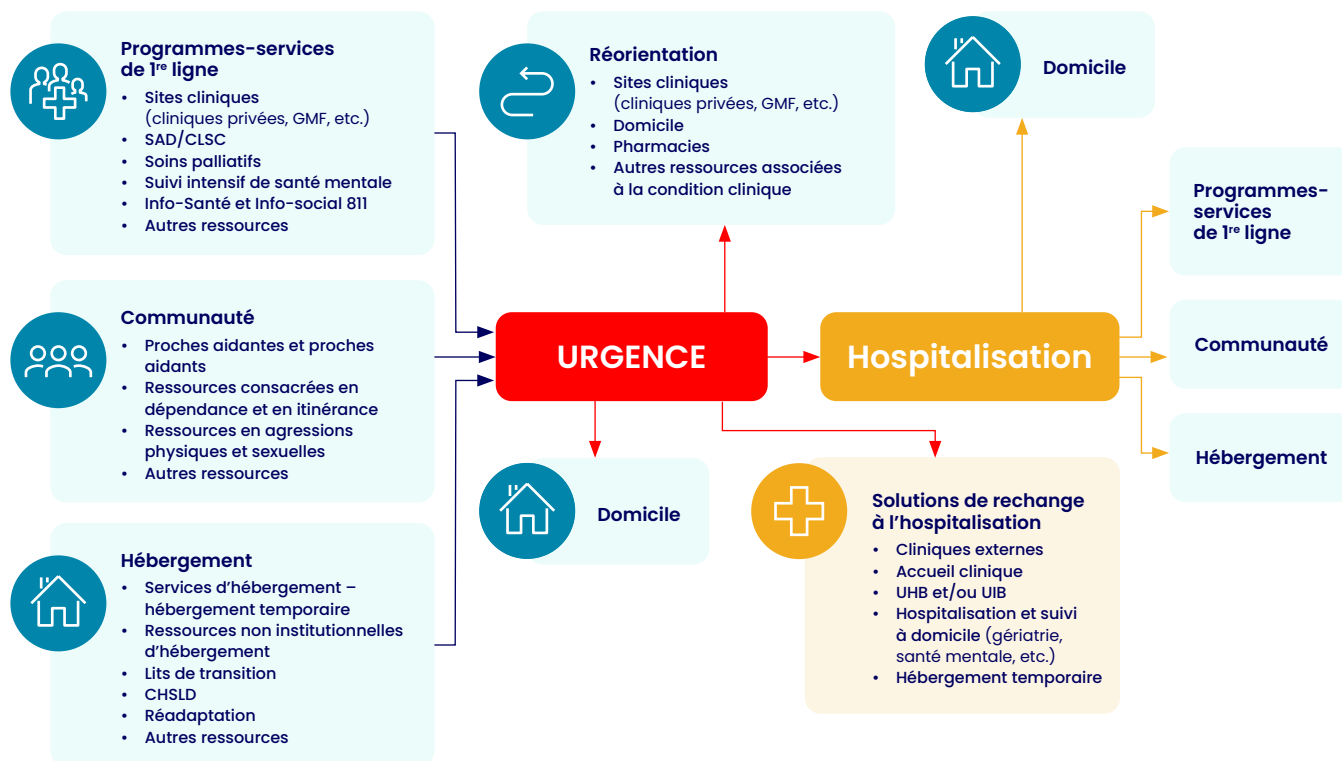
1. Sélection des politiques publiques

L'analyse des politiques publiques qui abordent les points de transfert a été réalisée à partir de l'examen d'un inventaire de 94 politiques publiques provinciales. La méthodologie détaillée pour constituer ce corpus [est disponible ici](#).

2. Sélection de certains points de transfert

Certains points de transfert ont été sélectionnés en vue d'une analyse détaillée, en raison de leur répercussion sur la fluidité et la continuité des soins et services. Plusieurs éléments ont permis de soutenir cette identification. D'abord, l'analyse repose sur la représentation des trajectoires de soins et services du MSSS (voir la [figure 1](#)). Cette représentation identifie les portes d'entrée, de réorientation et de sortie dans le parcours des personnes usagères. Ensuite, la littérature démontre que certains transferts sont particulièrement vulnérables aux ruptures d'information, aux désorganisations dans la prise en charge et aux inadéquations entre les services offerts et les besoins des personnes usagères (Hudon et al., 2022; Li et al., 2014; OMS, 2016). Cette approche permet ainsi d'inscrire notre analyse dans une compréhension globale et dynamique du continuum de soins et de services. Finalement, le portrait chiffré réalisé par le Commissaire à la santé et au bien-être a permis d'identifier les points de transfert où le volume de personnes usagères est le plus élevé (CSBE, à paraître). L'analyse des 51 politiques publiques encadrant spécifiquement ces secteurs a ainsi permis d'examiner les leviers soutenant la fluidité et la continuité des soins et services lors des transferts.

Figure 2. Trajectoires de soins et services



Source : Orientation et organisation du réseau : définition des trajectoires de services (MSSS, 2022b).

GMF : Groupe de médecine de famille SAD : Soutien à domicile
CLSC : Centre local de services communautaires CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée UHB : Unité d'hospitalisation brève UIB : Unité d'intervention brève

TRANSFERT VERS LES URGENCES

Le passage des personnes âgées de la première ligne ou de leur domicile, avec ou sans services de soutien à domicile, vers l'urgence est un moment critique du parcours de soins. Les données du Commissaire révèlent que les personnes âgées utilisent plus souvent les services d'urgence que le reste de la population, même pour des situations non urgentes. En 2022-2023, 17,2% des personnes âgées ont consulté les urgences pour des raisons prioritaires, et 12,5% pour des motifs non prioritaires. Ces visites représentent 41,2% de l'ensemble des visites prioritaires et 32,2% des visites non prioritaires effectuées aux urgences. Les services préhospitaliers d'urgence sont aussi très sollicités : en 2022-2023, ils ont été utilisés par 206 personnes sur 1 000. Dans l'ensemble, 61% des interventions préhospitalières d'urgence pour adultes concernent des personnes âgées (CSBE, à paraître).

RÉORIENTATION ET TRIAGE À L'URGENCE

Au Québec, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ 64 % des personnes sur civière dans les services d'urgence. Près de la moitié d'entre elles sont hospitalisées, ce qui montre l'ampleur des défis liés aux transferts entre les établissements de soins pour cette population (MSSS, 2024c). Le transfert de l'urgence vers le domicile, avec des services de soutien à domicile ou de première ligne, est un moment critique où une mauvaise coordination peut accentuer la fragilité des personnes usagères. Un encadrement insuffisant peut entraîner des sorties précipitées sans suivi adéquat (Allen et al., 2020; Klein et al., 2023; MSSS, 2021c) ou, à l'inverse, prolonger inutilement les hospitalisations et provoquer des réadmissions évitables (Ghai et al., 2024; Li et al., 2014; OMS, 2016). Pourtant, un suivi rapide après une visite à l'urgence pourrait réduire les réadmissions de près de 30 % (Li et al., 2014).

SORTIE DE L'HÔPITAL

L'un des principaux enjeux dans le parcours de soins des personnes âgées concerne le transfert entre l'hôpital et le domicile. Ces transferts sont particulièrement risqués pour la sécurité des personnes ayant des besoins complexes (OMS, 2016). Par exemple, les personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur utilisent jusqu'à trois fois plus les services hospitaliers que le reste de la population. En 2021, 15 % des personnes âgées présentant un trouble neurocognitif majeur ont été réadmis dans les 30 jours suivant leur congé à la suite d'une hospitalisation (INESSS, 2024), révélant les failles dans la continuité des soins. Ces transferts sont souvent insuffisamment encadrés (Ingvarsson, 2024). Le manque de coordination, de planification en amont et de solutions de rechange en première ligne ainsi que l'inadéquation des services après l'hospitalisation favorisent un recours prématuré aux urgences. De plus, les transferts vers des milieux d'hébergement sont ralentis par le manque de places et l'absence de mécanismes efficaces de coordination. Lorsqu'il n'y a pas de suivi adéquat dans ces milieux, le risque de détérioration de l'état de santé et de réadmission augmente (MSSS, 2024c; Vallerand, 2024).

3. Limites et portée de l'analyse

Cette analyse ne porte pas sur l'opérationnalisation ni sur l'implantation des politiques publiques. De plus, les politiques publiques ne constituent qu'un des nombreux leviers influençant l'organisation des soins et services. D'autres instruments d'action publique, protocoles cliniques, ententes intersectorielles et initiatives locales peuvent également contribuer à renforcer la fluidité et la continuité des soins et services, en complément ou même en l'absence de dispositions explicites dans les politiques gouvernementales. Ainsi, certaines mesures pertinentes peuvent exister sur le terrain sans être inscrites dans les politiques publiques.

Cela dit, l'intégration d'un levier dans une politique publique envoie un signal fort quant à la vision et aux priorités du MSSS. Elle reflète une orientation stratégique qui influence la mise en œuvre des actions, la répartition des ressources et la mobilisation des acteurs du réseau. L'analyse des politiques publiques demeure donc un outil clé pour évaluer dans quelle mesure la fluidité et la continuité des soins et services sont reconnues et soutenues à l'échelle du système.

De plus, nous avons identifié certains points de transfert. Bien que ceux-ci aient été sélectionnés en raison du fort volume de personnes usagères les empruntant et de la présence d'enjeux dans la littérature à leur égard, tous les points de transfert peuvent devenir un point critique, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité. Nos travaux ne reflètent pas non plus les transferts de responsabilités d'une professionnelle ou d'un professionnel à l'autre à l'intérieur d'un secteur ou d'un établissement.

ANNEXE 2

POLITIQUES PUBLIQUES ENCADRANT LES POINTS DE TRANSFERT SÉLECTIONNÉS CONTENANT DES LEVIERES DE FLUIDITÉ OU DE CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Secteur	Politique publique	Année
Stratégies gouvernementales	<i>Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux</i>	2023
	<i>Loi concernant le partage de certains renseignements en santé</i>	2024
Première ligne	<i>Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires</i>	2016
Soutien à domicile	<i>Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile</i>	2003
	<i>Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 : reconnaître pour mieux soutenir</i>	2021
	<i>Orientations en soutien à domicile : actualisation de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »</i>	2023
Services préhospitaliers d'urgence	<i>Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale 2022-2026</i>	2022
	<i>Protocoles d'intervention clinique à l'usage des paramédics en soins primaires</i>	2024
Services d'urgence	<i>Désencombrement de l'urgence pour contrer les débordements à l'urgence</i>	2021
	<i>Organisation et implantation d'une zone d'évaluation rapide</i>	2021
	<i>Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence</i>	2021
	<i>Organisation et implantation d'un service d'accueil clinique</i>	2022
	<i>Cadre de référence vers un service d'urgence adapté à la personne âgée</i>	2024
Services chirurgicaux et médicaux en milieu hospitalier	<i>Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier</i>	2011
	<i>Organisation et implantation d'une unité d'hospitalisation brève</i>	2021
	<i>Organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques</i>	2024
Hébergement	<i>Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée</i>	2018
	<i>Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés : cadre de référence provincial</i>	2023

ANNEXE 3

ANALYSE DE LA FLUIDITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES PAR POINT DE TRANSFERT

L'analyse des politiques publiques a permis d'identifier les leviers soutenant la fluidité et la continuité des soins et services lors des transferts. Pour la fluidité, une approche descriptive a été utilisée afin de repérer, dans les documents analysés, la présence de leviers reconnus dans la littérature. Ceux-ci ont été regroupés selon les principaux mécanismes organisationnels : gestion des flux, coordination interprofessionnelle, intégration des technologies de l'information et planification proactive des transferts. Concernant la continuité, les leviers ont été classés selon ses quatre dimensions – relationnelle, informationnelle, de gestion et longitudinale. Leur présence a ensuite été comparée aux meilleures pratiques recensées dans la littérature afin d'identifier les écarts et de faire émerger des occasions d'amélioration.

Cette double lecture permet d'évaluer non seulement la place accordée à la fluidité et à la continuité dans les politiques publiques provinciales, mais aussi la mesure dans laquelle ces dernières mobilisent des leviers structurants pour soutenir des trajectoires de soins cohérentes, sécuritaires et adaptées aux besoins des personnes.

Analyse descriptive de la fluidité

L'analyse porte ici sur les leviers de fluidité mobilisés aux principaux points de transfert du parcours de soins : la réorientation vers l'urgence, l'orientation après un passage à l'urgence et la sortie de l'hôpital. Pour chacun, les politiques publiques ont été examinées à la lumière des mécanismes identifiés dans la littérature afin de réduire la pression sur les services hospitaliers et d'éviter les séjours prolongés non nécessaires.

RÉORIENTATION DES TRANSFERTS VERS L'URGENCE

La fluidité à ce point de transfert repose sur un ensemble de mécanismes structurants. L'un des principaux leviers est la coévaluation paramédicale menée par les techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux et soutenue par des infirmières et infirmiers spécialisés. Ce processus favorise la réorientation des personnes vers la ressource la plus appropriée, notamment hors de l'urgence, réduisant ainsi le recours excessif aux services hospitaliers (MSSS, 2022a). La standardisation des protocoles d'affectation entre les centres de communication santé, couplée à l'implantation d'un système national de répartition assistée par ordinateur, permet de synchroniser en temps réel l'affectation des ressources ambulancières à l'échelle provinciale. Parallèlement, une cible de 45 minutes est fixée par le MSSS avec l'objectif de limiter le temps intrahospitalier des techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux, ce qui permettrait de récupérer jusqu'à 50 000 heures de disponibilité sur l'ensemble du réseau (MSSS, 2026d, p. 17).

ORIENTATION APRÈS UN PASSAGE À L'URGENCE

La fluidité des soins et services aux urgences dépend largement de la capacité du système à trier, à prendre en charge ou à orienter les personnes vers des ressources adéquates en temps opportun. Le système de triage, basé sur des critères cliniques, est renforcé par la présence de zones d'évaluation rapide et d'unités d'hospitalisation brève (UHB), qui visent à limiter les séjours prolongés tout en permettant une prise en charge ciblée et efficace. Les services d'accueil clinique permettent d'examiner des personnes présentant des situations semi-urgentes en mode ambulatoire, offrant ainsi une solution de rechange à l'hospitalisation lorsqu'elle n'est pas requise.

Ces dispositifs, soutenus par Rendez-vous santé Québec, facilitent la réorientation des personnes avec des situations non urgentes en temps réel vers des services de première ligne. Cela permet de réduire les délais d'attente tout en évitant l'encombrement des services d'urgence (MSSS, 2021c, p. 5-7). Le MSSS (2021a) encourage également la création d'équipes tactiques internes dont la mission serait de bonifier la fluidité du centre hospitalier (p. 5 et 8).

La réorientation des personnes âgées vers les services de soutien à domicile après un passage à l'urgence repose sur des mécanismes visant à accélérer le retour à domicile des personnes et à éviter certaines admissions non nécessaires. La mise en place de l'outil SAIRC (système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles) permet également la communication d'informations en temps réel entre le soutien à domicile et l'urgence (MSSS, 2021a, p. 12).

Les hospitalisations d'une personne usagère après un passage à l'urgence reposent sur des leviers organisationnels et de coordination interprofessionnelle. L'organisation des hospitalisations s'appuie sur des mesures visant à optimiser la gestion des admissions. La mise en place d'équipes de coordination des lits dans les hôpitaux à fort volume permet de réduire les délais d'admission et d'assurer une meilleure gestion des flux hospitaliers (MSSS, 2021a). En complément, le Centre d'optimisation – Occupation des lits de soins intégrés assure une coordination par la mise en relation des médecins de soins intensifs, des services préhospitaliers et des gestionnaires des hôpitaux (MSSS, 2021a). Des protocoles cliniques standardisés sont également utilisés pour des personnes présentant certaines pathologies (ex. : maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque) afin d'uniformiser les processus d'admission et de départ tout en minimisant les risques de rupture dans les soins (MSSS, 2021a, p. 6).

SORTIE DE L'HÔPITAL

La sortie de l'hôpital est favorisée par la mise en place de corridors de services bien définis afin de structurer l'orientation des personnes usagères vers des services de première ligne, contribuant ainsi à favoriser les sorties sécuritaires et à éviter les réhospitalisations. Cette approche allège la charge des équipes hospitalières et mobilise les ressources de première ligne.

La planification précoce des départs, dès l'admission, est encouragée dans les UHB et les unités de courte durée gériatriques (UCDG) (MSSS, 2021b, 2024c), tout comme l'anticipation du départ la veille de celui-ci (MSSS, 2021a, p. 5-10). La mise en place des UHB vise à offrir une hospitalisation de courte durée (24 à 48 heures), ce qui permet une évaluation diagnostique et thérapeutique plus ciblée et contribue ainsi à réduire les congés précipités ou non sécuritaires. Ce dispositif soutient également la réduction de la durée moyenne de séjour, tant à l'urgence que sur une unité hospitalière, et vise à diminuer les risques liés à l'encombrement des services d'urgence (MSSS, 2021b). La fluidité des transferts d'une UCDG vers les services communautaires, de première ligne ou de soutien à domicile est également soutenue par l'application du suivi systématique de la planification précoce et conjointe des congés (MSSS, 2024c). Cette planification encourage une gestion proactive des séjours et facilite les transferts.

La bonification des services de réadaptation, d'hébergement et de soutien à domicile permet d'éviter les hospitalisations prolongées ou inutiles. L'utilisation de lits de surcapacité ou de débordement, lesquels sont activés en période de pointe, ainsi que le recours à des indicateurs chronométriques pour suivre les périodes de traitement appuient une gestion efficiente des admissions et des sorties (MSSS, 2021a, p. 6). Lorsqu'un retour à domicile est jugé non sécuritaire pour une personne usagère, qu'elle soit connue ou non des services de proximité, le transfert vers un milieu d'hébergement repose sur le mécanisme d'accès à l'hébergement. Ce mécanisme assure la fluidité, en établissant des règles de priorisation selon une évaluation multidimensionnelle des risques (tels que le déconditionnement, la détérioration de l'état de santé, la perte d'autonomie accrue, l'épuisement, l'absence des personnes proches aidantes, etc.). La priorisation prend aussi en compte les facteurs de protection en place et la gestion possible de ces risques. Le mécanisme d'accès à l'hébergement prévoit également la possibilité d'un accès à un hébergement transitoire ou temporaire, en attendant une place en hébergement (MSSS, 2023a).

Analyse descriptive de la continuité des soins et services

Cette section vise à analyser la présence, dans les politiques publiques provinciales, des leviers de continuité recensés dans la littérature. L'analyse distingue les quatre dimensions reconnues – relationnelle, informationnelle, de gestion et longitudinale – et indique, pour chacune, le nombre de leviers repérés. Il s'agit d'une lecture descriptive, centrée sur le contenu formel des politiques, sans porter de jugement sur l'efficacité des mesures ni sur la nécessité d'en ajouter.

DE LA PREMIÈRE LIGNE OU DU SOUTIEN À DOMICILE VERS L'URGENCE

Les politiques publiques identifient certains leviers pour assurer la continuité. Elles prévoient l'implication des personnes proches aidantes ainsi que du réseau social de la personne pour optimiser le transfert d'information sur la condition de la personne usagère ainsi que pour adapter la prise en charge et la coordination des interventions à l'urgence (MSSS, 2011, 2024a). Toutefois, l'absence de mécanismes formels assurant un suivi continu par une professionnelle ou un professionnel de référence (gestionnaire de cas) ainsi que l'absence de cadres normatifs pour la gestion des personnes à haut risque fragilisent la continuité des soins et services dans le parcours des personnes (MSSS, 2011). L'accès aux informations via Info-Santé 811 et Info-Social 811 et la mise en réseau des pharmacies facilitent l'échange (MSSS, 2011), mais l'absence de protocoles standardisés et de dossier médical partagé entre les établissements limite leur efficacité.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	0	2	1	0

À PARTIR DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Les politiques publiques identifient peu de mécanismes formels assurant la continuité des soins et services à ce point de transfert. À l'arrivée à l'urgence, les techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux transmettent un rapport verbal à l'équipe des urgences, mais un document écrit n'est pas systématiquement remis (MSSS, 2025e). L'inscription de la personne à l'urgence est réalisée grâce à une collaboration entre la technicienne ou le technicien ambulancier paramédical et le personnel hospitalier (MSSS, 2025e). Cependant, aucun mécanisme ne leur permet d'accéder à de l'information sur le suivi médical de la personne dans la communauté (personne en provenance du domicile ou d'un milieu d'hébergement ou suivie par un groupe de médecine de famille). Les techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux sont formés pour effectuer une évaluation clinique gériatrique et observer l'environnement de la personne afin d'identifier des facteurs influençant sa prise en charge, comme la sécurité de son domicile ou encore des signes de maltraitance (MSSS, 2024a). Ils doivent transmettre aux équipes des urgences les informations relatives à la personne prise en charge, et ce, avant son arrivée, afin d'anticiper des besoins. L'échange d'informations demeure limité au moment de l'admission, sans cadre structuré pour assurer un suivi des personnes vulnérables ni coordination interétablissements.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	0	2	2	0

DES MILIEUX D’HÉBERGEMENT VERS L’URGENCE

Lors de l’admission aux urgences en provenance d’un milieu d’hébergement, la présence de professionnelles et de professionnels avant le départ représente un atout. Des ententes simples pourraient être établies entre les hôpitaux, les centres d’hébergement de soins de longue durée ainsi que les ressources intermédiaires afin de s’assurer que les informations essentielles au personnel hospitalier sont transmises lors des transferts (MSSS, 2011). À l’arrivée à l’urgence, la participation des proches aidantes et proches aidants est encouragée pour brosser un portrait plus complet de l’état de santé de la personne et des motifs du transfert (MSSS, 2011). Toutefois, aucun levier actuel ne prévoit l’utilisation d’un dossier médical partagé entre les établissements. De plus, l’absence de gestionnaires de cas pour assurer la coordination entre l’hébergement et l’urgence peut engendrer des ruptures dans la continuité des soins.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	0	1	1	0

DE L’URGENCE VERS LA PREMIÈRE LIGNE

La continuité des soins et services à la suite d’un passage à l’urgence est favorisée par la prise en charge par la ou le médecin de famille (MSSS, 2024a). Le système Rendez-vous santé Québec permet d’orienter les personnes usagères vers leur médecin de famille ou, à défaut, vers un site clinique disposant de plages horaires disponibles (MSSS, 2021c). Toutefois, cette approche n’assure pas nécessairement une relation de suivi, en particulier pour les personnes sans médecin attitré. La transmission de l’information aux professionnelles et aux professionnels de première ligne (pharmacie communautaire, médecin de famille en CLSC, groupe de médecine de famille ou en clinique externe) repose sur des outils variés tels que des feuilles de communication, des appels téléphoniques ou des télécopies (MSSS, 2024a). Un suivi des motifs de la réorientation est mis en place afin de détecter les risques de retour rapide à l’urgence (MSSS, 2021c). Pour les personnes aînées fragiles, l’évaluation interdisciplinaire soutenue par le personnel infirmier clinicien en gériatrie est encouragée (MSSS, 2024a). De plus, des alliances entre l’urgence, les CLSC et les services de gériatrie sont envisagées pour structurer les trajectoires de soins afin qu’elles soient mieux coordonnées (MSSS, 2024a). Malgré ces initiatives, aucun mécanisme explicite ne prévoit un suivi individualisé ou l’intégration de gestionnaires de cas après la sortie de l’urgence, ce qui limite la continuité des soins et services.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	2	2	4	3

DE L'URGENCE VERS LE SOUTIEN À DOMICILE

Afin d’assurer la continuité des soins, les personnes usagères déjà suivies par le soutien à domicile et bénéficiant d’une ou un gestionnaire de cas peuvent compter sur une communication efficace et directe entre l’équipe de l’urgence et les intervenantes et intervenants impliqués dans les soins, y compris en dehors des heures normales de service (MSSS, 2024a, p. 80). Par ailleurs, un outil informatique est en développement afin de faciliter la communication des informations en temps réel entre l’urgence et le soutien à domicile, particulièrement pour les personnes vulnérables (MSSS, 2021a).

Pour les personnes non suivies par le soutien à domicile, l’évaluation des signes de perte d’autonomie permet de favoriser l’orientation vers les services appropriés. Une initiative menée en 2014 faisait état de la désignation d’une intervenante ou un intervenant de liaison entre l’urgence et le soutien à domicile afin de renforcer la coordination (MSSS, 2011). D’autres mesures, telles que l’optimisation des pratiques de liaison et l’augmentation temporaire des services de soutien à domicile, ont été mises en œuvre dans le but d’accélérer les congés et de prévenir les hospitalisations évitables (MSSS, 2021a). Cependant, en dépit de ces efforts, aucun mécanisme systématique ne garantit un suivi structuré après la sortie de l’urgence. De plus, l’absence d’outils interopérables d’un établissement à l’autre complique la transmission fluide d’informations, tandis qu’aucune disposition claire n’est prévue pour assurer une communication cohérente avec les personnes usagères et leurs personnes proches aidantes.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	2	2	4	3

DE L'URGENCE VERS L'HÔPITAL

La continuité informationnelle entre ces services est assurée par la transmission d'un rapport clinique de la ou du médecin urgentiste aux équipes spécialisées, cela à la suite d'une consultation interdisciplinaire systématique pour les cas complexes (MSSS, 2011, 2024a). Toutefois, aucun dossier médical partagé ni cadre standardisé de communication entre les établissements n'est mentionné, et aucune indication ne précise la transmission directe d'informations aux personnes.

Par ailleurs, des protocoles spécifiques ont été établis pour les personnes ayant subi une chute ou celles étant à risque de chute, garantissant une uniformité dans leur prise en charge et une continuité clinique (MSSS, 2024a, p. 45). Cependant, bien que ces mécanismes favorisent la coordination des soins et l'efficacité hospitalière, aucune indication ne mentionne la présence d'une professionnelle ou d'un professionnel attitré pour assurer un suivi continu avant et après l'hospitalisation ni l'intégration de gestionnaires de cas pour structurer le transfert.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	0	1	3	0

DE L'URGENCE VERS L'UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE (UCDG)

En 2022-2023, 8 % des personnes usagères de 75 ans et plus hospitalisées ont accédé aux services de gériatrie dans les UCDG (MSSS, 2024c). Les orientations ministérielles concernant les UCDG (MSSS, 2024c) introduisent des mécanismes supplémentaires visant à soutenir la continuité des soins et services. Dans ce contexte, la priorité est donnée à l'établissement d'un partenariat avec la personne usagère et ses proches aidantes et proches aidants, qui sont systématiquement consultés lors de l'élaboration du plan d'intervention et éduqués au sujet des divers soins et services disponibles dans la communauté (MSSS, 2024c). Par ailleurs, le suivi des séjours et la planification précoce et conjointe des congés renforcent cette approche en intégrant diverses stratégies de liaison et d'orientation pour les professionnelles et professionnels de la santé sur le plan communautaire et en matière de soutien à domicile (MSSS, 2024c). Ainsi, dans ce point de transfert, les mécanismes de continuité relationnelle et longitudinale sont considérablement améliorés, bien qu'il subsiste des lacunes en ce qui concerne la continuité avec une même professionnelle ou un même professionnel.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	3	2	3	4

SORTIE DE L'HÔPITAL VERS LA PREMIÈRE LIGNE

À la suite d'une hospitalisation, l'hôpital a la responsabilité de s'assurer de la continuité des soins et services avec la ou le médecin de famille et les équipes de services de première ligne. Cette continuité doit être assurée par la ou le médecin de famille qui prend en charge la personne (MSSS, 2016). L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (2011) met en évidence les méthodes préconisées par le MSSS pour une communication renforcée entre les hôpitaux et les médecins de famille, laquelle permet d'assurer un suivi adéquat des personnes usagères après leur hospitalisation (MSSS, 2011). Les informations et les recommandations générées durant l'hospitalisation doivent orienter les professionnelles et professionnels de première ligne dans la réadaptation de la personne usagère.

Les politiques publiques qui encadrent ce point de transfert n'intègrent pas tous les leviers identifiés. Aucune mention explicite n'est faite en ce qui concerne la flexibilité des soins, l'implication des personnes proches aidantes ou une communication continue avec les personnes. L'interopérabilité du dossier médical électronique, le suivi proactif des personnes à haut risque, la planification systématique des sorties et les stratégies de liaison structurées ne sont pas abordés.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	2	2	2	1

DE L’UCDG VERS LA PREMIÈRE LIGNE

Lors de la sortie des UCDG, les orientations ministérielles suggèrent un enseignement continu auprès des personnes usagères, avec une transmission d’informations à l’aide de documents écrits, en plus d’un échange verbal (MSSS, 2024c). Au congé, un résumé ou un sommaire d’hospitalisation doit obligatoirement être transmis à la ou au médecin de famille de la personne usagère (MSSS, 2024c). On mentionne également la mise en place de canaux de communication fonctionnels (ex. : demandes de services interétablissements, relances téléphoniques, accès aux bases de données RSIPA [réseau de services intégrés aux personnes âgées], I-CLSC [système d’information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC] et DSQ [Dossier santé Québec]) afin de faciliter la gestion des risques posthospitalisation et de prévenir les réadmissions (MSSS, 2024c). De plus, on impose l’implication d’une infirmière ou d’un infirmier dans une fonction de gestion de cas pour faciliter la fluidité des communications et la communication bidirectionnelle de l’information entre l’unité et les ressources externes (MSSS, 2024c). Les orientations provinciales bonifient la réglementation autour de la continuité dans ce contexte. Toutefois, certains leviers, comme l’utilisation d’un dossier médical électronique ou la surveillance proactive et régulière des affectations de longue durée, ne sont pas abordés.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	3	3	3	3

DE L'HÔPITAL VERS LE SOUTIEN À DOMICILE

L'évaluation des besoins et la planification du congé sont effectuées en collaboration avec les professionnelles et professionnels hospitaliers et les équipes de soutien à domicile. L'infirmière ou l'infirmier de liaison veille à la transmission des informations cliniques essentielles aux personnes intervenantes concernées et s'assure que la personne usagère et ses proches aidantes et proches aidants ont accès aux renseignements nécessaires pour la suite des soins (MSSS, 2011). Les CLSC sont informés de la nécessité d'assurer un suivi à domicile auprès des personnes concernées dès leur admission, et un outil de suivi systématique est recommandé pour structurer l'accompagnement posthospitalisation (MSSS, 2003). Des mesures structurantes sont identifiées, notamment l'attribution d'une responsabilité clinique aux intervenantes et aux intervenants de première ligne, la mise en place de mécanismes de transfert et l'utilisation d'outils de communication pour faciliter l'échange d'informations (MSSS, 2003). La désignation d'une infirmière-ressource ou d'un infirmier-ressource pour les personnes à risque est également mentionnée afin de guider les interventions et de solliciter une équipe spécialisée en gériatrie si nécessaire (MSSS, 2011).

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	3	1	2	3

DE L'UCDG VERS LE SOUTIEN À DOMICILE

Tout comme dans la transition vers la première ligne, l'implication d'une infirmière ou d'un infirmier dans une fonction de gestion de cas et la disponibilité en présentiel ou à distance d'une intervenante ou un intervenant en soutien à domicile intrahospitalier ou de l'intervenante pivot ou de l'intervenant pivot en soutien à domicile attribué à la personne usagère sont facilitantes pour assurer la fluidité des communications et la communication bidirectionnelle d'informations entre le milieu hospitalier et le soutien à domicile (MSSS, 2024c). Les orientations ministérielles préconisent également la planification des interventions et la surveillance clinique en collaboration avec les services de soutien à domicile et les partenaires communautaires, afin de garantir une transition fluide et sécuritaire vers le domicile (MSSS, 2024c). Ces orientations viennent principalement bonifier les leviers de continuité de gestion et longitudinale.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	3	1	3	3

DE L'HÔPITAL VERS L'HÉBERGEMENT

Lorsqu'un retour à domicile d'une personne usagère connue ou non des services de proximité est compromis, la transition du domicile vers un milieu de vie substitutif repose sur des mécanismes d'admission encadrés par le mécanisme d'accès à l'hébergement. L'objectif de ce mécanisme est, entre autres, d'assurer la continuité du continuum de soins et de services.

En ce qui concerne la continuité des soins et services, l'intervenante ou l'intervenant de l'hôpital assure la coordination des transferts en facilitant le retour de la personne usagère dans la communauté ou son orientation vers les services appropriés. Tout en s'appuyant sur le mécanisme d'accès à l'hébergement en place, elle ou il collabore avec les services de soutien à domicile et l'équipe traitante pour vérifier l'admissibilité aux services et organiser l'hébergement, tout en soutenant la concertation interdisciplinaire avec les autres intervenantes et intervenants impliqués (MSSS, 2023a). Une fois admis, chaque résidente ou résident est jumelé à une intervenante ou à un intervenant accompagnateur pour s'assurer que son intégration dans son nouveau milieu de vie se fait sans rupture (MSSS, 2018).

Il y a une absence de leviers dans les politiques publiques pour soutenir les continuités longitudinale et informationnelle. Le mécanisme d'accès à l'hébergement se concentre principalement sur l'accès aux places et la gestion des admissions, sans mécanismes explicites pour structurer un suivi longitudinal une fois le transfert réalisé. L'échange d'informations entre l'hôpital et l'hébergement est administratif et ponctuel et se fait avec des documents papier.

Type de continuité	Relationnelle	Informationnelle	De gestion	Longitudinale
Nombre de leviers identifiés par dimension	2	0	3	1

RÉFÉRENCES

- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R. et Livingston, P. M. (2020). Communication and coordination processes supporting integrated transitional care: Australian healthcare practitioners' perspectives. *International Journal of Integrated Care*, 20(2), 1. <https://doi.org/10.5334/ijic.4685>
- Bahr, S. J. et Weiss, M. E. (2019). Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 25(2). <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
- Clavet, N.-J., Hébert, R., Navaux, J., Raïche, M. et Michaud, P.-C. (2023). *Horizon 2040 : projection des impacts du soutien à l'autonomie au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Chaire_Jacques_Parizeau/CSBE-rapport_Projection_Soutienadomicile.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2026). *Cadre d'évaluation de la gouvernance des systèmes de santé et de services sociaux*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2026/Documents_methodologiques/CSBE-Cadre_evaluation_gouvernance_01.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (À paraître). *Services aux aînés*. <https://reperessante.com/services-aines/accueil>
- David Gomez, J. C., Cochran, A. L., Patterson, B. W. et Zayas-Cabán, G. (2024). Evaluation of a split flow model for the emergency department. *Manufacturing & Service Operations Management*, 26(3), 911-930. <https://doi.org/10.1287/msom.2022.0003>
- Ghai, S., Chassé, K., Renaud, M.-J., Guicherd-Callin, L., Bussi res, A. et Zidarov, D. (2024). Transition of care from post-acute services for the older adults in Quebec: A pilot impact evaluation. *BMC Health Services Research*, 24(1), 421. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10818-2>
- Hudon, C., Aubrey-Bassler, K., Chouinard, M.-C., Doucet, S., Dubois, M.-F., Karam, M., Luke, A., Moullec, G., Pluye, P., Tzenov, A., Ouadfel, S., Lambert, M., Angrignon-Girouard,  ., Schwartz, C., Howse, D., MacLeod, K. K., Gaudreau, A. et Sabourin, V. (2022). Better understanding care transitions of adults with complex health and social care needs: A study protocol. *BMC Health Services Research*, 22(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07588-0>
- Ingvarsson, E. (2024). *Older adults' involvement and participation in coordinated care transitions from in-patient care to home* [th se de licence, Linnaeus University]. DiVA. <https://doi.org/10.15626/LnuLic.46.2023>
- Institut canadien pour la s curit  des patients. (2020). *Le Cadre canadien sur la qualit  des soins et la s curit  des patients pour les services de sant *. <https://www.healthcareexcellence.ca/media/vqeeqk4m/cqps-framework-french-final-ua.pdf>

- Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2020). *Achieving hospital-wide patient flow: The right care, in the right place, at the right time* (2^e édition). <https://www.ihl.org/sites/default/files/IHIAchievingHospitalWidePatientFlowWhitePaper.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2019). *Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspectives pour l'évolution de la mesure*. https://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). *Organisation des soins et services en lien avec les niveaux de soins alternatifs (NSA)*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_NSA_EC.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2024). *Pratiques exemplaires pour améliorer la continuité des soins et services offerts aux aînés vivant avec un trouble neurocognitif majeur et à leurs personnes proches aidantes en contexte de transition*. https://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Guide_TNCM.pdf
- Khalilipalandi, S., Breton, M., Breuker, C. et Cossette, B. (2022). Transitions de soins pharmaceutiques chez les personnes âgées : une évaluation de la mise en place. *Santé Publique*, 34(4), 517–525. <https://doi.org/10.3917/spub.224.0517>
- Klein, S., Eaton, K. P., Bodnar, B. E., Keller, S. C., Helgeson, P. et Parsons, A. S. (2023). Transforming health care from volume to value: Leveraging care coordination across the continuum. *The American Journal of Medicine*, 136(10), 985–990. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.06.023>
- Li, J., Young, R. et Williams, M. V. (2014). Optimizing transitions of care to reduce rehospitalizations. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 81(5), 312–320. <https://doi.org/10.3949/ccjm.81a.13106>
- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS). RLRQ, c. G-1.021. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/g-1.021>
- Marcotte, L., Kirtane, J., Lynn, J. et McKethan, A. (2015). Integrating health information technology to achieve seamless care transitions. *Journal of Patient Safety*, 11(4), 185–190. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000077>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2003). *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile* (publication n° 02-704-01). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence* (publication n° 10-830-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016). *Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)*.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* (publication n° 17-834-12W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021a). *Désencombrement de l'urgence pour contrer les débordements à l'urgence* (publication n° 21-905-01W). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_desencombrement.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021b). *Organisation et implantation d'une unité d'hospitalisation brève (UHB)* (publication n° 21-905-01W). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_UHB.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021c). *Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence* (publication n° 21-905-01W). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_reorientation.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022a). *Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale 2022-2026* (publication n° 22-929-15W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-929-15W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022b). *Orientations et organisation du réseau : définition des trajectoires de services*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022c). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* (publication n° 21-210-216F). https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/memoires/Plan_Sante.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023a). *Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés : cadre de référence provincial* (publication n° 22-814-08W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-08W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023b). *Plan stratégique 2023-2027* (publication n° 23-717-01W). https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024a). *Cadre de référence vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée* (publication n° 24-905-05W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-905-05W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024b). *La fierté de vieillir : plan d'action gouvernemental 2024-2029* (publication n° 24-830-02W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024c). *Organisation des soins et services pour les unités de courte durée gériatriques : orientations ministérielles* (publication n° 24-830-12W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-830-12W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025a). *Composition des équipes de soins infirmiers – Milieux d’hébergement et de soins de longue durée – Orientations ministérielles* (publication n° 25-945-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-945-03W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025b). *Médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale : qualité, continuité et sécurité à chaque étape de la trajectoire du patient* (publication n° 25-902-11W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-902-11W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025c). *Plan d’action québécois sur la maladie d’Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs 2025-2030 : des actions concrètes et novatrices pour aujourd’hui et demain* (publication n° 25-829-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-829-03W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025d). *Politique québécoise sur la maladie d’Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs –Relever les défis d’aujourd’hui et de demain* (publication n° 24-829-03W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-829-03W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025e). *Protocoles d’intervention clinique à l’usage des paramédics en soins primaires* (publication n° 25-Protocoles_soins_primaires). https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/sante-quebec/25-Protocoles_soins_primaires.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026a). *Orientations ministérielles sur la responsabilité d’un CLSC auprès de la population de son territoire* (publication n° 25-924-48W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-48W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026b). *Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne : innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des communautés* (publication n° 25-924-13W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-13W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026c). *Politique nationale de soutien à domicile : mieux chez soi* (publication n° 25-704-07W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-704-07W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026d). *Pour des services et des soins adaptés à travers une gouvernance renouvelée : plan d’action gouvernemental du système préhospitalier d’urgence 2023-2028 – Mise à jour 2026* (publication n° 25-929-02W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-929-02W.pdf>
- NHS Institute for Innovation and Improvement (NHS). (2017). *Improving flow: process and systems thinking*. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/ILG-2.3-Improving-Flow.pdf>

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Transitions of care*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018). *Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7c938c63-5570-4c0e-95f2-d310bb647704/content>
- Projet de loi 15 : Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. (2023). 1^{re} session, 43^e législature. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C34F.PDF
- Reid, R. J., McKendry, R. et Haggerty, J. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Santé Québec. (2025). *Planification stratégique 2025-2028. Prendre soin des gens. Aller de l'avant*. https://fichier.sitesq.apps.ti.sante.quebec/sq-1/2026-03/plan_strategique-complet.pdf
- Sørup, C. M., Estay, D. A. S., Jacobsen, P. et Anderson, P. D. (2019). *Simulating feedback mechanisms in patient flow and return visits in an emergency department*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1903.07521>
- Spehar, A. M., Campbell, R. R., Cherrie, C., Palacios, P., Scott, D., Baker, J. L., Bjornstad, B. et Wolfson, J. (2005). *Seamless care: Safe patient transitions from hospital to home*.
- Vallerand, N. (2024). Exercice de la médecine en CHSLD : des solutions pour améliorer la pratique et attirer la relève. *Le Médecin du Québec*, 59(12). <https://lemedecinduquebec.org/archives/2024/12/nouvelles-syndicales-et-professionnelles/exercice-de-la-medecine-en-chsld-des-solutions-pour-ameliorer-la-pratique-et-attirer-la-releve>

