

Orientations ministérielles relatives à la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC)

Favoriser des services communautaires locaux ancrés
dans une approche de proximité, en phase avec la réalité
du territoire et des communautés qui le composent

Portrait et perspectives des services en CLSC au Québec

Septembre 2025

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est accessible uniquement en version électronique à l'adresse :
Quebec.ca/publications-santé-services-sociaux

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouvernement/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-02395-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

Liste des sigles et des acronymes

AAOR	Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence – Services sociaux généraux
AMCLSCQ	Association des médecins de CLSC du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI-TSA	Direction de l'intégration des solutions d'affaires et cliniques
EÉSAD	Entreprises d'Économie Sociale en aide à domicile
GMF	Groupes de médecine de famille
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
LSP	Loi sur la santé publique
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
PNSP	Programme national de santé publique
PSL	Points de services locaux
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
RLS	Réseau local de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SPUB	Santé publique
SMAPA	Sous-ministériat aux aînés et proches aidants
SMP	Sous-ministériat à la performance
SMSP	Sous-ministériat à la santé physique et pharmaceutique
SMPSP	Sous-ministériat prévention et à la santé publique
SMSSMR	Sous-ministériat aux services sociaux, à la santé mentale et à la réadaptation
SRV	Sans Rendez-vous
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Trouble de spectre de l'autisme

Table des matières

1. Contexte de la demande	1
2. Historique des CLSC : De l'innovation sociale à la redéfinition nécessaire	3
3. Cadre législatif des CLSC	5
4. Territoire CLSC	6
5. Offre de services	8
6. La place particulière de la pratique médicale dans l'architecture des programmes ...	13
7. Statistiques de l'extraction des données	16
8. Constats et enjeux	18
8.1. Une gouvernance locale limitée par une gestion par programmes-services	18
8.2. Une offre de services à géométrie variable, insuffisamment pilotée	19
8.3 Un accès morcelé et parfois inéquitable	19
8.4 Des trajectoires de soins et services discontinues et mal coordonnées	19
9. Définition d'un CLSC en 2025	20
10. Recommandations	22
10.1 Gouvernance : renforcer la gouvernance de proximité et l'intégration territoriale	22
10.2 Globalité de l'offre de services : consolider une offre minimale adaptée aux besoins locaux	22
10.3 Accessibilité : bâtir un modèle fluide, lisible et universel	22
10.4 Coordination des trajectoires : soutenir la continuité et la coordination des soins et services	23
11. Conclusion	23
12. Annexes	24
Annexe 1 : La méthodologie de la démarche	24
Annexe 2 : Les programmes-services	27
Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour les visites CLSC	31
Annexe 4 : Les constats	33
Annexe 5 : Nombre de RLS ayant saisi au moins une activité dans les Centres d'activités en CLSC dans I-CLSC pour l'année 2024	36
Annexe 6 : Nombre de fois que chaque Centre d'activités CLSC a été utilisé en 2024.	39
13. Bibliographie	42

1. Contexte de la demande

La Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre G-1.021), sanctionnée en décembre 2023, vient définir un nouveau cadre structurant pour l'organisation des services dans les centres locaux de services communautaires (CLSC).

En cohérence avec ce cadre législatif, le ministre de la Santé a pour responsabilité de déterminer les orientations ministérielles relatives à la mission des CLSC, afin de favoriser des services communautaires locaux ancrés dans les réalités territoriales et les besoins des communautés qui les composent, le tout basé sur une architecture de soins et de services optimale.

C'est dans ce contexte qu'un mandat ministériel de redéfinir la mission des CLSC et de clarifier leur rôle au sein de l'écosystème territorial de première ligne a été confié au Sous-ministériat à la santé physique et pharmaceutique (SMSPP), en collaboration avec les sous-ministériats aux aînés et proches aidants (SMAPA), aux services sociaux, à la santé mentale et à la réadaptation (SMSSMR), à la performance (SMP) et à la prévention et à la santé publique (SMPSP). Trois livrables structurent cette démarche.

Dans un premier temps, la réalisation de ce document-ci, qui présente **le portrait des CLSC au Québec**¹. Ce portrait vise d'abord à répondre à un enjeu central : l'absence de compréhension partagée de ce qu'est réellement un CLSC aujourd'hui. Gestionnaires, cliniciens et analystes en ont souvent une représentation différente, influencée par leurs connaissances, expériences et compréhension personnelles et professionnelles, mais aussi des perceptions et des orientations tant en provenance des établissements du réseau que du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Or, cette image ne reflète pas toujours la réalité actuelle, marquée par une fragmentation institutionnelle et une déconnexion du territoire. Cette pluralité de définitions, entre mission, installation, territoire et symbole, entretient une confusion qu'il est nécessaire de clarifier.

Ensuite, le mandat prévoit la **formulation d'orientations ministérielles sur la mission des CLSC auprès des usagers de son territoire**, attendues à l'automne 2025. Ces orientations clarifieront les rôles et responsabilités des CLSC auprès des usagères et des usagers de leur territoire ainsi que leur positionnement optimal dans l'écosystème local, en interaction avec des partenaires clés tels que les groupes de médecine de famille (GMF), les pharmacies communautaires, les organismes à but non lucratif (OBNL), les partenaires des secteurs municipaux et de l'éducation.

Enfin, un troisième livrable viendra définir les **orientations ministérielles relatives à une offre minimale de services communautaires locaux, celle-ci devant être assurée dans tout territoire de CLSC**. Ce socle de services vise à garantir un accès équitable à des soins et services de base partout au Québec, tout en tenant compte des particularités territoriales.

¹ [La méthodologie est en annexe 1.](#)

Ce mandat s'inscrit dans une volonté de restaurer une gouvernance de proximité concrète et fonctionnelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), comme en témoigne le Cadre de référence : **Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité – Cadre de référence.**

Ce mandat s'inscrit aussi dans un moment où le gouvernement réaffirme l'importance stratégique des CLSC comme leviers de proximité dans l'organisation des soins et services locaux. Diverses initiatives viennent renforcer cette tendance en repositionnant les CLSC au cœur des trajectoires d'accès.

- En services sociaux, santé mentale et réadaptation, les efforts se concentrent sur l'élargissement de l'accès aux services sans rendez-vous, notamment dans les installations CLSC, afin de répondre rapidement aux besoins de la population.
- Pour les services généraux courants, il y a aussi un souhait d'ajouter des plages de rendez-vous dans les services de santé courants (volet soins infirmiers).
- Du côté des services aux aînés, la volonté ministérielle est claire : faire des CLSC la porte d'entrée unique pour l'accès aux services liés à la perte d'autonomie, dans une perspective de simplification et de fluidité des parcours.

Ces chantiers convergent vers une redéfinition du rôle du CLSC comme point d'ancrage local, capable de répondre aux besoins courants de santé et de services sociaux de manière accessible, intégrée et territorialisée. Le mandat de redéfinition de la mission des CLSC et de structuration de l'offre de services communautaires locaux s'inscrit donc dans une dynamique intersectorielle et cohérente avec les priorités actuelles du RSSS.

Ce mandat fait également partie d'un moment charnière pour l'avenir du RSSS, alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'apprête à publier quatre grandes orientations structurantes qui définiront les priorités d'action pour la prochaine décennie. D'abord, la **Politique nationale de soutien à domicile**, en cours de finalisation, viendra actualiser la vision du soutien à domicile au Québec en remplaçant la politique fondatrice *Chez soi* : Le premier choix, adoptée en 2003. Ensuite, le gouvernement prépare la toute première **Politique gouvernementale de soins et de services de première ligne**, élaborée avec l'appui d'un groupe d'experts mandaté spécifiquement pour se pencher sur l'accessibilité aux soins de première ligne. Enfin, l'élaboration de la **Stratégie nationale de prévention en santé et la révision du Programme national de santé publique (PNSP) 2025-2035** viennent redéfinir les actions prioritaires en matière de prévention et de promotion de la santé, à l'échelle de la population.

Dans ce contexte de profonde transformation, il est fondamental que ces quatre politiques structurantes reposent sur une compréhension commune, claire et partagée des rôles et responsabilités des CLSC à l'égard des populations de leur territoire pour les services locaux communautaires. Leur mission, leur capacité à organiser des services de proximité et leur contribution à une gouvernance territoriale cohérente doivent être reconnues et intégrées de façon transversale dans l'ensemble des orientations ministérielles à venir.

2. Historique des CLSC : De l'innovation sociale à la redéfinition nécessaire

Les CLSC ont été créés au début des années 1970 pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux des communautés locales. Inspirés des cliniques communautaires comme celle de Pointe-Saint-Charles, les CLSC incarnaient une vision novatrice : offrir un accès de proximité à des services intégrés, ancrés dans les réalités sociales et territoriales. À l'origine, chaque CLSC possédait son propre conseil d'administration et adaptait son offre de soins et services aux besoins spécifiques de sa population. Ces établissements étaient à la fois des lieux de soins et services, des pôles de mobilisation citoyenne et des vecteurs d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Les CLSC incarnent alors une approche de santé publique centrée sur la prévention, l'accessibilité et l'action intégrée au sein des milieux de vie. Dès leur origine, ils ont adopté une vision globale du bien-être, en s'ancrant dans les communautés et en visant à répondre aux besoins sociaux et de santé de manière cohérente. Plusieurs travaux de recherche^{2,3,4} ont souligné le rôle structurant des CLSC dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment grâce à leur capacité à offrir des services de proximité intégrés, adaptés aux réalités des populations locales.

Au fil des décennies, les CLSC ont dû être remodelés, autant au niveau de leur rôle que de leur offre de services, considérant les différentes réformes en matière de santé et services sociaux. D'abord en 2004, avec la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), intégrant les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux, dans une logique de coordination accrue des services. Cette même année, l'architecture des services de santé et de services sociaux a été formalisée autour des programmes-services, entraînant la réorganisation des responsabilités selon un ensemble de services pour répondre à un besoin. Ainsi, une même personne peut avoir recours à plus d'un programme.

En 2015, la fusion des CSSS au sein de CISSS et de CIUSSS a accentué la centralisation en réduisant l'autonomie des CLSC. En parallèle, la mise en avant et la popularité du modèle de groupes de

²DORÉ, Chantal, et al., « Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé », *Organisations et territoires*, vol. 33, n° 2, 2024, 21 p. également disponible en ligne : [\(PDF\) Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé](#).

³INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance* [Fichier PDF], Direction de la valorisation scientifique, des communications et de la performance organisationnelle [[Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance](#)] (Consulté le 3 avril 2025).

⁴GABET, Morgane, et al., « How Did an Integrated Health and Social Services Center in the Quebec Province Respond to the COVID-19 Pandemic? A Qualitative Case Study », *Pubmed*, vol. 9, n° 2, 15 juin 2023. Également disponible en ligne : [How Did an Integrated Health and Social Services Center in the Quebec Province Respond to the COVID-19 Pandemic? A Qualitative Case Study - PubMed](#).

médecine de famille (GMF) ont entraîné une migration de certaines ressources humaines professionnelles des CLSC vers ces structures.

Ces réformes ont profondément modifié le rôle des CLSC. D'acteurs centraux de soins et services de proximité à vocation populationnelle, ils sont progressivement devenus des lieux de prestation intégrés aux logiques des programmes-services, souvent gérés par des directions cliniques ayant des mandats transversaux régionaux et non locaux, ce qui limite leur intégration et leur appartenance aux spécificités et dynamiques territoriales et locales. Ce repositionnement organisationnel n'a pas été accompagné d'une redéfinition claire de leur mission, malgré des initiatives locales ou régionales, ce qui a contribué à générer un flou identitaire et une perte de sens, tant pour certains établissements que pour les professionnelles et professionnels ainsi que pour les usagères et usagers eux-mêmes. Les CLSC sont aujourd'hui perçus de manière hétérogène, entre symbole collectif fort et réalité administrative floue.

« Les avis d'expertes et d'experts concourent : le CLSC est dévitalisé et désincarné; celui-ci s'est éloigné de la réalité de la population qu'il est censé desservir sur un territoire déterminé. "Dans ce contexte, la capacité d'agir de la première ligne se trouve amputée par la dilution progressive de l'ancrage dans la communauté, qui permet une lecture locale et contextualisée des besoins, enjeux et pistes de solution, là même où se trouvent les conditions d'amélioration de la santé et du bien-être" (avis Martin et coll.). Une lecture locale et contextualisée des besoins, des enjeux et des pistes de solution est donc devenue impossible. Nous sommes ainsi très éloignés de l'idée originelle d'un réseau de CLSC comme outil de développement social au service des populations locales »⁵.

Ce déclin progressif de leur rôle local survient pourtant à un moment où les besoins en proximité sont plus pressants que jamais. Certains efforts récents, comme la mise en place du cadre de référence *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*, les GMF, le déploiement des cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPSPL) et les points de services locaux (PSL), visent à valoriser cette proximité dans les soins et services offerts. Cependant, ces initiatives, bien qu'utiles et pertinentes, restent fragmentaires et n'ont pas encore permis un repositionnement global du CLSC comme pilier de la gouvernance territoriale en santé et services sociaux.

Ainsi, la redéfinition actuelle de la mission des CLSC n'équivaut pas à une réinvention de leur rôle, mais elle implique plutôt la clarification et la modernisation, en cohérence avec les valeurs fondatrices de proximité, d'équité et de solidarité et en phase avec les réalités actuelles de la population québécoise.

⁵ Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : Un recueil d'avis d'expertes et d'experts (2025, l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et VITAM – Centre de recherche en santé durable du CIUSSS de la Capitale-Nationale).

3. Cadre législatif des CLSC

Jusqu'à récemment, la mission des centres locaux de services communautaires (CLSC) était explicitement définie à l'article 80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LGSSSS). Cette disposition précisait que les CLSC avaient pour mission d'offrir, en première ligne, des services de santé et de services sociaux courants et, pour la population de leur territoire, des services de nature préventive ou curative ainsi que des services de réadaptation ou de réinsertion. L'établissement devait s'assurer de joindre les personnes, d'évaluer leurs besoins et de leur offrir les soins et services requis, soit dans ses installations, soit dans leur milieu de vie. Il était également responsable de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément à la Loi sur la santé publique.

La Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS) quant à elle établit, dans son article 1, les principes directeurs d'une gestion de proximité et par territoire, fondée sur une approche populationnelle et visant à favoriser une plus grande fluidité des soins et services. L'article 4 vient définir les services communautaires locaux comme un ensemble cohérent de services courants offerts en première ligne, y compris les services préventifs, curatifs, de réadaptation, de réinsertion ainsi que les activités de santé publique.

L'article 46 précise que ces services sont offerts dans un centre local de services communautaires et que toute activité nécessaire à cette prestation, même exercée à l'extérieur du lieu où se concentrent les autres activités nécessaires à cette prestation, est considérée être exercée dans ce lieu. Cette dernière disposition renforce la reconnaissance officielle des CLSC, même si certaines activités se déroulent dans le milieu de vie, en établissement ou dans d'autres lieux physiques comme les cliniques médicales.

L'article 385 réaffirme que l'établissement exploitant un CLSC doit joindre les personnes nécessitant ces services, évaluer leurs besoins, leur offrir les services appropriés dans l'installation ou dans leur milieu de vie, ou les orienter vers les ressources les plus aptes à leur venir en aide. Enfin, l'article 167 impose à chaque établissement de désigner, pour chacune de ses installations, au moins une personne responsable de la gestion locale, afin d'assurer une surveillance continue et une capacité de réaction rapide.

Note : Par ailleurs, malgré les changements introduits par la LGSSSS, l'essentiel des responsabilités liées à la Loi sur la santé publique (LSP) demeure en vigueur. Les services communautaires locaux comprennent des activités de prévention et, plus largement, des interventions en santé publique qui doivent être réalisées conformément aux articles 10 à 14 de la LSP. Ces activités s'inscrivent dans le cadre du Programme national de santé publique (PNSP) et de ses déclinaisons régionales à travers les plans d'action régionaux. Les CLSC, en tant que lieux où sont offerts des services de proximité, constituent des vecteurs essentiels à la mise en œuvre de ces responsabilités en matière de santé publique sur les territoires qu'ils desservent.

4. Territoire CLSC

Le [territoire CLSC](#) est le plus bas niveau de découpage territorial dans le domaine sociosanitaire. Il a été créé à l'origine pour attribuer un territoire (ayant des caractéristiques populationnelles relativement homogènes) à ce qui était auparavant des établissements CLSC (avant 2004). Il existe 166 territoires de CLSC où sont réparties plus de 400 installations CLSC⁶.

Tableau présentant les niveaux territoriaux

RSS	06						
RTS	061			063			
RLS	0611		0612		0631		0632
CLSC	06111	06112	06121	06122	06311	06312	06321 06322

Source : [Les tables officielles de données extraites du référentiel territorial M34](#)

Selon la [liste des municipalités par CLSC](#) publiée le 1^{er} avril 2025 par le MSSS, la population moyenne d'un territoire de CLSC est de 51 266 et la médiane se situe à 43 781. Les quartiles montrent que 25 % des CLSC offrent leurs services à moins de 19 751 personnes, tandis que 25 % en servent plus de 72 083. Le CLSC de la Rivière-du-Nord – Mirabel, qui inclut Saint-Jérôme et Mirabel, comprend la population la plus nombreuse, avec 181 505 habitantes et habitants.

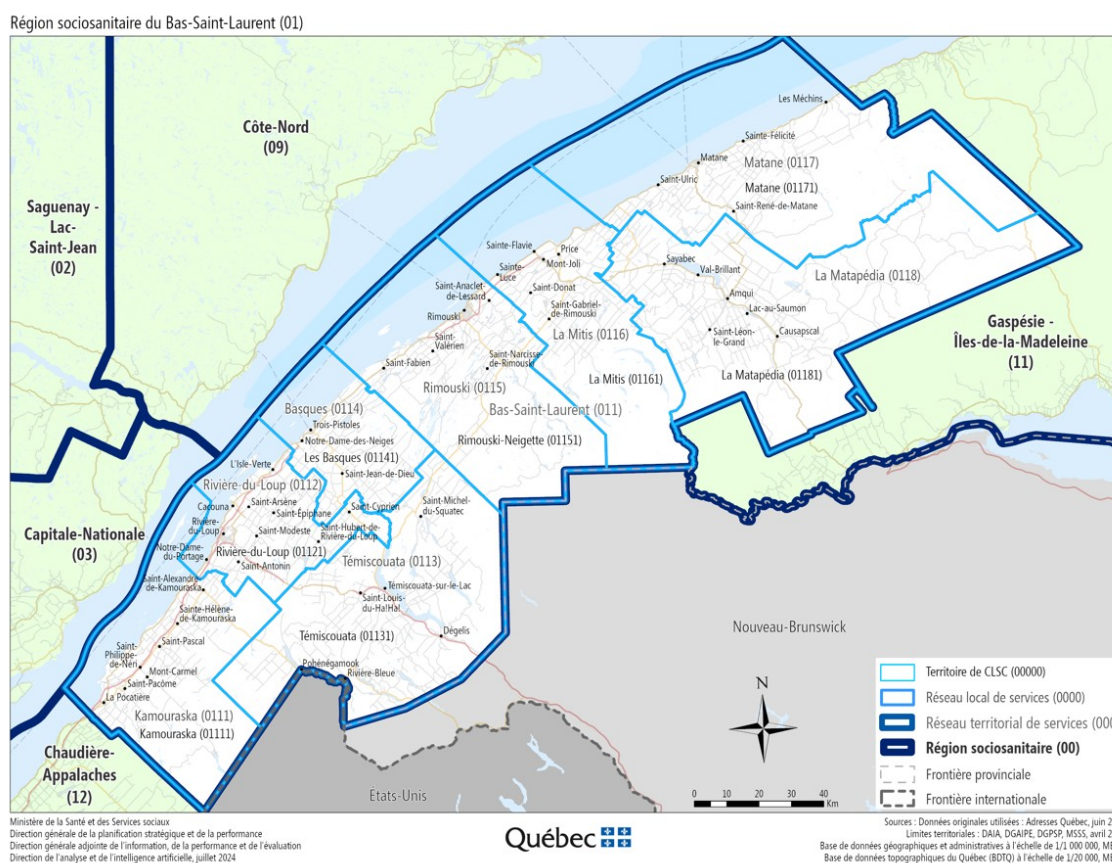
Il est nécessaire de distinguer le concept de territoire CLSC de celui d'installation CLSC. L'installation est un point de service qui offre des services communautaires pour un territoire CLSC. Le territoire CLSC offre donc une multitude de soins et services par l'entremise de ses installations, sans toutefois garantir une uniformité entre ces dernières. Par ailleurs, une installation de CLSC n'est pas dans l'obligation de fournir l'ensemble des services locaux communautaires d'un territoire de CLSC, mais d'autres lieux (y compris le domicile de l'usagère ou de l'usager) ou d'autres prestataires comme les GMF, les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (ÉESAD), ou encore les pharmacies communautaires, peuvent y être contraints. Il y a 503 installations avec un « permis » de CLSC. Dorénavant, on ne parle plus de permis, mais de désignation. Parmi ces 503 installations, 318 portent explicitement l'appellation « CLSC » dans leur nom, ce qui correspond aux points de services historiquement reconnus par la population comme des CLSC. Toutefois, un nombre significatif d'installations désignées CLSC ne portent pas ce nom et prennent plutôt la forme de structures aux missions particulières, telles que :

- vingt-cinq Aires ouvertes, destinées aux jeunes;

⁶ QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Normes territoriales du MSSS : Référentiel territorial* [Fichier PDF], ministère de la Santé et des Services sociaux, 1^{er} octobre 2016, 12 p. [[Les tables officielles de données extraites du référentiel territorial M34](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

- soixante-cinq centres multiservices ou « centres multis »;
- six centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- treize maisons de naissance;
- quinze hôpitaux ou installations hospitalières.

À titre d'exemple, voici la carte de la région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent⁷ où plusieurs territoires de CLSC sont délimités. Ces territoires regroupent plusieurs installations où sont offerts des services communautaires.



Afin d'éviter toute confusion entre le territoire d'un réseau local de services (RLS) et un territoire de CLSC, il est essentiel de bien comprendre les distinctions entre ces deux niveaux de découpage territorial. Le Québec compte actuellement 93 territoires de RLS, chacun représentant un regroupement de territoires de CLSC, qui eux sont au nombre de 166. Le RLS constitue une unité

⁷QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cartes régionales des limites territoriales (2024)*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 mai 2016 [en ligne] [[Carte RSS du Québec 2024.png \(3300x2550\)](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

de planification et de coordination des services à une échelle intermédiaire⁸, tandis que le territoire de CLSC représente le niveau de proximité, directement rattaché aux services communautaires locaux.

Concrètement, un RLS regroupe généralement plusieurs territoires de CLSC. Par exemple, sur l'île de Laval, il y a un seul RLS, mais il est composé de quatre territoires de CLSC distincts. À Montréal, il y a 12 RLS avec 35 territoires de CLSC et dans la Capitale-Nationale, il y a 4 RLS avec 13 territoires de CLSC.

Toutefois, cette relation n'est pas uniforme à l'échelle du Québec. Dans 57 cas, soit environ 60 % des RLS, le territoire du RLS correspond exactement à celui d'un seul territoire de CLSC. C'est notamment le cas dans des régions moins densément peuplées, comme en Estrie, où le RLS de la Pommeraiie coïncide parfaitement avec le territoire de CLSC du même nom.

Le territoire de CLSC représente une échelle territoriale qu'on retrouve dans certains modèles internationaux comme les [*Primary Care Networks*](#) (anglais) en Angleterre qui couvrent une population autour de 30 000 à 50 000 personnes, ou encore en Catalogne, les [*àrees bàsiques de salut*](#) qui couvrent entre 5 000 et 25 000 personnes pour l'organisation des services de soins de santé primaires. Exceptionnellement, en milieu urbain et lorsque le niveau de densité démographique le justifie, le plafond peut atteindre jusqu'à 40 000 habitants.

En résumé, ce niveau territorial semble faciliter l'idée derrière la mise en place réelle de la gouvernance de proximité. Cette orientation a d'ailleurs été réaffirmée dans le cadre des travaux préparatoires à Santé Québec. Le chantier 5, consacré à la responsabilité populationnelle et à la participation citoyenne, recommande d'adopter une vision territoriale favorisant l'arrimage des acteurs locaux autour des besoins d'une population définie, alors que le chantier 7, portant sur l'accès, souligne l'importance d'un ancrage territorial pour simplifier les parcours et améliorer l'accès à la première ligne.

5. Offre de services

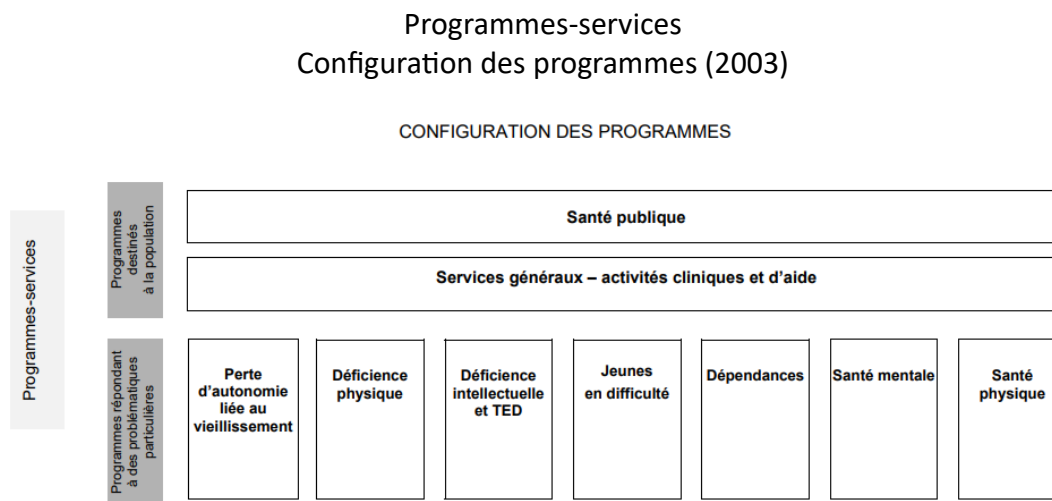
Afin de brosser le portrait des soins et services offerts en CLSC au Québec, il est nécessaire de bien comprendre l'[*architecture du réseau de la santé et des services sociaux québécois*](#).

L'architecture du RSSS du Québec repose sur une organisation en programmes-services, structurés autour de deux grands axes : certains sont destinés à l'ensemble de la population, comme la santé publique et les services généraux, tandis que d'autres visent des groupes aux besoins particuliers, notamment les personnes vivant avec une déficience, une maladie chronique, une dépendance, des problèmes de santé mentale, ou encore les jeunes en difficulté et les personnes en perte d'autonomie. Ce sont ces programmes-services qui détiennent la responsabilité clinique de l'offre

⁸ Statistique des RLS : Population moyenne : 91 417 personnes/Population médiane : 46 906 personnes/1^{er} quartile (Q1) : 21 948 personnes/3^e quartile (Q3) : 154 578 personnes. RLS le plus peuplé : RLS de Laval, avec 438 359 personnes. RLS le moins peuplé : RLS de Caniapiscau, avec 3 241 personnes.

directe à la population. Les CLSC, pour leur part, ne sont pas des programmes en soi, mais des installations qui servent de points de service dans les territoires. Dans la pratique actuelle, ils agissent principalement comme des lieux où sont offerts des services relevant des différents programmes-services, sans nécessairement jouer le rôle transversal de coordination, d'intégration ou d'animation territoriale auquel on pourrait les destiner⁹. Cette situation contribue à une certaine fragmentation de l'offre locale et limite la capacité des CLSC à exercer une véritable responsabilité populationnelle, bien qu'ils disposent d'un fort potentiel en ce sens.

Voici le schéma représentant la configuration des programmes de 2003 :



Parmi les programmes-services, ceux qui s'adressent à l'ensemble de la population, soit le programme Santé publique et le programme Services généraux (activités cliniques et d'aide), occupent une place essentielle dans l'offre des soins de première ligne.

Le **Programme national de santé publique (PNSP)**, encadré par la Loi sur la santé publique (LSP), représente le principal outil de planification du programme de service Santé publique. La LSP balise également les plans d'action régionaux de santé publique qui doivent être conformes aux prescriptions du PNSP et tenir compte des spécificités de la population du territoire. Les CLSC jouent un rôle clé dans la mise en œuvre du PNSP en offrant des services, notamment : la vaccination, la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), la surveillance et les interventions liées aux risques environnementaux sur la santé, les programmes visant à assurer l'accès à une alimentation saine et sécuritaire, ou encore le soutien au développement de la petite enfance.

Le **programme des Services généraux**, quant à lui, regroupe une variété de soins et services offerts en première ligne en matière de santé et services sociaux, dont les soins infirmiers courants, les services sociaux généraux (accueil, analyse, orientation et référence), les consultations

⁹ Néanmoins, le CLSC garde, au moyen des programmes-services qui s'y trouvent, un partenariat naturel avec le milieu communautaire, les centres de la petite enfance, les écoles, etc. Ainsi, d'une certaine façon, il continue à jouer un rôle d'animation territoriale.

psychosociales, les services de première ligne en périnatalité, etc. Ces services devraient être un cadre de réponse rapide et accessible pour les usagères et usagers et ils ont été pensés à l'origine comme les portes d'entrée au réseau. Toutefois, dans l'architecture actuelle du réseau, ce programme ne bénéficie pas du même niveau de structuration ou de leviers cliniques que d'autres programmes spécialisés, ce qui peut limiter sa capacité à agir comme moteur d'intégration. Sa portée est aussi influencée par la place croissante des groupes de médecine de famille (GMF) dans l'organisation des services médicaux de première ligne, ce qui complexifie parfois l'arrimage opérationnel avec les CLSC ([voir ci-dessous](#)).

Les programmes-services dits « spécifiques » regroupent quant à eux les activités destinées à des groupes de population vivant des situations particulières ou présentant des besoins complexes ou persistants. Ils suivent une logique clinique spécialisée, appuyée sur des trajectoires de services, des expertises professionnelles ciblées et des mécanismes de coordination souvent mieux établis. Ces programmes sont responsables de l'organisation, du développement et de l'évaluation des services qui relèvent de leur champ d'action, peu importe l'endroit où ces services sont offerts – que ce soit dans un CLSC, à domicile, dans un milieu de vie ou en centre spécialisé.

Le **programme Santé mentale** a pour mission de permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adaptée à sa situation. Il encadre l'offre des services psychosociaux et psychiatriques, y compris l'intervention de crise, les suivis intensifs dans le milieu et les approches de rétablissement.

Le **programme Déficience physique** vise à soutenir les personnes vivant avec une incapacité significative et persistante, qu'elle soit motrice, sensorielle ou neurologique. Il organise les services de réadaptation, de soutien à domicile, de compensation fonctionnelle et d'intégration sociale, en collaboration avec les partenaires communautaires et les milieux de vie.

Le **programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA)** structure l'accompagnement des personnes dont le fonctionnement adaptatif est affecté de façon durable. Il couvre l'évaluation, le soutien à l'autonomie, la réadaptation, ainsi que l'intégration sociale et scolaire, en concertation avec les familles et les autres systèmes (éducation, justice, etc.).

Le **programme Jeunes en difficulté** s'adresse aux enfants et aux adolescents, dont les conditions de vie, ou les comportements nécessitent une intervention intensive sur les plans social, familial ou scolaire. Il comprend notamment les services de protection de la jeunesse, de réadaptation en centre, ainsi que les services d'intervention en milieu ouvert pour prévenir la détérioration de la situation.

Le **programme Dépendances et itinérance** soutient les personnes confrontées à des problématiques de consommation d'alcool, de drogues ou de jeu, ainsi que celles vivant en situation d'itinérance. Il propose des services de prévention, de traitement, de réduction des méfaits et d'insertion sociale, souvent en collaboration étroite avec les organismes communautaires.

Le **programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées** (anciennement Perte d'autonomie liée au vieillissement) regroupe les services destinés aux personnes âgées dont la condition physique ou cognitive limite la capacité à vivre de façon autonome. Il assure la mise en place des services à domicile, des mesures de soutien aux proches aidants, de l'évaluation des besoins et des transitions vers les milieux d'hébergement, et ce, dans une perspective de maintien de la qualité de vie.

Le **programme Santé physique**, enfin, couvre un large éventail de services spécialisés et surspécialisés pour les personnes ayant des maladies chroniques, des épisodes aigus ou des besoins médicaux complexes. On associe souvent ce programme davantage aux milieux hospitaliers, mais il est aussi déployé en CLSC. En CLSC, il se déploie notamment par la gestion des maladies chroniques et par des interventions de professionnelles et professionnels tels que des nutritionnistes, des kinésiologues ou des physiothérapeutes. Il constitue également un levier important de l'intervention en proximité, en complémentarité avec le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide. Des approches comme V1SAGES, axées sur la gestion intégrée de cas complexes, témoignent de sa portée transversale à l'échelle des CLSC.

En somme, chacun de ces programmes joue un rôle structurant dans l'organisation des soins et services en santé et services sociaux. Toutefois, leur pilotage reste principalement centré sur la problématique ou la clientèle ciblée, ce qui peut rendre plus difficile la construction d'une vision intégrée et territorialisée de l'offre à l'échelle locale. À ce jour, les CLSC, bien qu'ils soient des lieux de prestation pour tous ces programmes, n'ont pas de mandat explicite de coordination interprogrammes à l'échelle locale.

Comprendre les liens entre programmes-services et centres d'activités

Dans l'architecture budgétaire du RSSS, les programmes-services correspondent à des regroupements d'activités organisés selon des profils de besoins de la population (ex. : santé mentale, perte d'autonomie, déficience physique, etc.). Ces programmes sont composés de centres d'activités, qui représentent des types de services bien définis sur le plan fonctionnel (ex. : soins infirmiers à domicile, travail social, soutien aux proches aidants, etc.).

Contrairement à une intuition répandue, ce n'est ni le type de clientèle ni le lieu où est offert un service (domicile, établissement, CLSC) qui détermine son rattachement à un programme, mais plutôt son appartenance à une configuration de services répondant à un besoin particulier. Par exemple, un service infirmier offert à domicile peut être imputé au programme « Santé mentale » s'il est destiné à une clientèle suivie en santé mentale, ou au programme « Perte d'autonomie liée au vieillissement » s'il concerne une personne âgée ayant besoin de soutien fonctionnel.

Certains centres d'activités sont dits non exclusifs, car ils peuvent être répartis dans plusieurs programmes. C'est le cas, par exemple, des soins infirmiers à domicile, qui peuvent être associés à six programmes-services tout au plus.

Exemple illustratif – Les soins et services à domicile

Les soins et services à domicile offrent un exemple particulièrement révélateur de la complexité organisationnelle induite par la structuration du réseau en programmes-services et par la logique de répartition financière par centres d'activités. Bien qu'ils soient perçus par la population comme un ensemble cohérent relevant d'une seule entité, ces services sont, en réalité, déployés au sein d'une diversité de programmes, selon le profil de besoins de la personne.

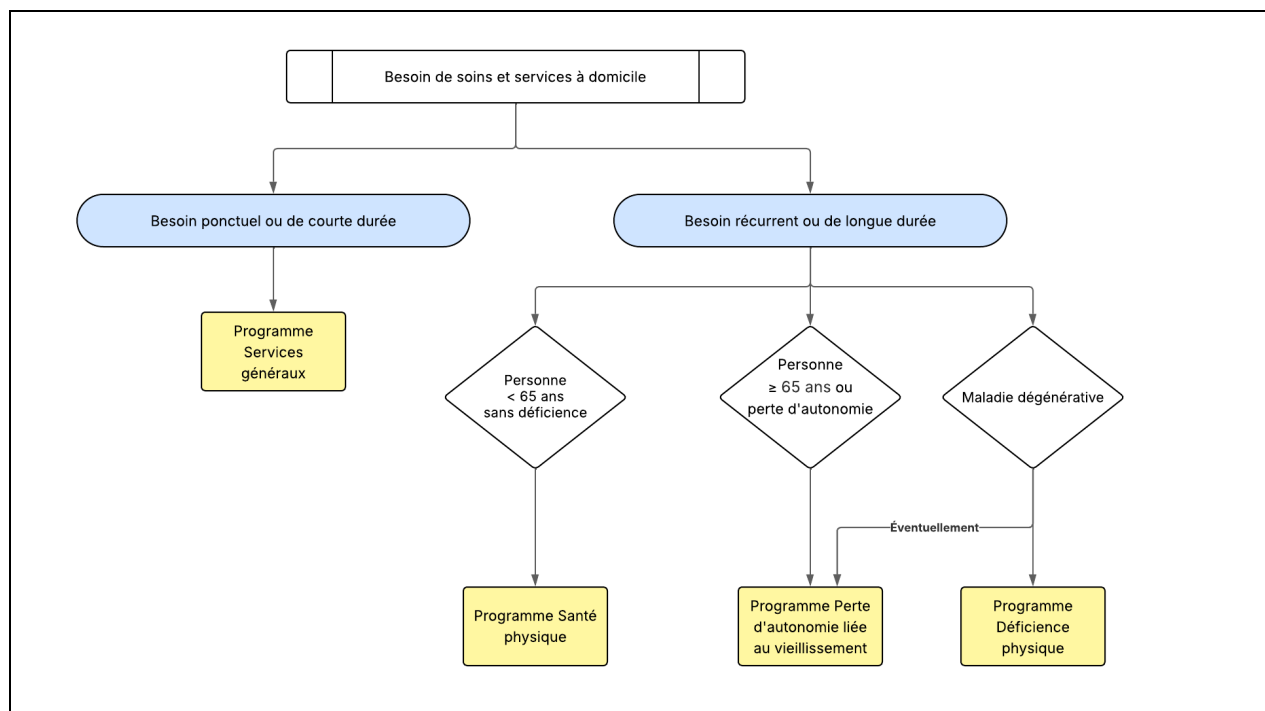
Par exemple, une personne de retour à son domicile après une chirurgie mineure et nécessitant temporairement des soins infirmiers relève du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide, qui couvre les services ponctuels et transitoires à court terme. À l'inverse, lorsqu'il s'agit de besoins à long terme, liés à une maladie chronique ou à une incapacité fonctionnelle, les services à domicile (soins infirmiers, soutien à l'hygiène ou à la mobilité, suivi psychosocial) peuvent être rattachés au programme Santé physique.

Cette logique se complexifie davantage dans le cas des personnes âgées en perte d'autonomie, pour lesquelles les mêmes services sont alors financés et organisés sous le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, qui mobilise ses propres mécanismes d'évaluation, de coordination et d'allocations spécifiques.

Enfin, certaines personnes vivant avec des conditions évolutives, comme la sclérose en plaques, relèvent du programme Déficience physique en raison de la nature de leur limitation fonctionnelle. Toutefois, avec l'avancement en âge et la progression de leur état, la frontière entre les programmes devient floue, et les services peuvent être transférés vers le programme Perte d'autonomie, en fonction de critères évolutifs plutôt que strictement cliniques.

Ce chevauchement entre programmes ne reflète pas une désorganisation des soins, mais découle d'une logique comptable : les centres d'activités liés aux soins à domicile sont, dans plusieurs cas, non exclusifs, et leurs coûts sont répartis entre les programmes en fonction des profils d'usagères et d'usagers, selon des règles établies par le MSSS. Cette réalité, bien qu'opérationnellement nécessaire pour assurer une allocation adéquate des ressources, complexifie la compréhension du système pour les usagères et usagers, leurs proches, ainsi que les équipes professionnelles. Une même équipe clinique peut devoir collaborer avec deux à quatre structures organisationnelles différentes pour un même usager, selon le programme en cause, ce qui entraîne des ajustements constants dans la coordination des soins, la documentation clinique, et les circuits de référence.

En somme, la prestation à domicile est un bon exemple d'une réalité où la continuité clinique est recherchée, mais où l'organisation administrative reste segmentée, tant sur les plans budgétaires que fonctionnel. Cette situation souligne la nécessité d'outils d'arrimage, de gestion matricielle et de soutien à l'interdisciplinarité pour éviter que cette complexité ne se traduise en discontinuités pour les usagères et usagers.



6. La place particulière de la pratique médicale dans l'architecture des programmes

Officiellement, les activités médicales de première ligne sont rattachées au programme Services généraux – activités cliniques et d'aide, au même titre que les services psychosociaux et infirmiers. Toutefois, dans les faits, la pratique médicale s'est progressivement déployée au moyen de canaux parallèles, notamment via le modèle des groupes de médecine de famille (GMF). Instaurés en 2002, les GMF ont été créés en réponse à un désengagement croissant des médecins à l'égard de la pratique en CLSC, au profit d'une pratique en cabinet privé. Pour y remédier, le MSSS a mis en place un [programme incitatif](#) axé sur la pratique en collaboration et inspiré des principes du Collège des médecins de famille du Canada. Ce programme, structuré autour d'un financement et d'un soutien professionnels spécifiques, visait à encourager le travail en équipe interdisciplinaire dans un cadre de proximité, mais à l'extérieur des logiques programmatiques traditionnelles du réseau.

Les groupes de médecine de famille (GMF) constituent désormais le principal modèle d'organisation de l'offre médicale. Ce virage a permis une meilleure accessibilité à des services médicaux pour une large portion de la population, mais dans une logique souvent déconnectée de l'approche territoriale historique des CLSC.

Aujourd'hui, près de 80 % des consultations médicales courantes sont réalisées en GMF¹⁰. Cette réalité nécessite que leur rôle soit considéré dans tout effort de structuration de la première ligne. Toutefois, l'offre de services est hautement variable d'un GMF à l'autre, selon le nombre de patients inscrits, la disponibilité des effectifs, la composition du groupe médical, la région administrative et même l'évolution temporelle du fonctionnement du GMF. De plus, le modèle GMF repose sur une logique de clientèle inscrite¹¹, et non de territoire desservi. De nombreux GMF accueillent ainsi des patientes et des patients provenant de régions éloignées de leur lieu d'implantation – par exemple, 400 000 patientes et patients¹² suivis à Montréal résident dans d'autres régions administratives. Cette dynamique complexifie la coordination des services de proximité et affaiblit le lien entre la population d'un territoire et l'offre de services à laquelle elle devrait avoir accès.

Autour de 2015, plusieurs services professionnels (infirmière clinicienne, travailleur social, nutrition, etc.), historiquement offerts en CLSC dans le cadre du programme des services généraux courants, ont été transférés vers les GMF. Ce déplacement de ressources, issues du réseau public, s'inscrivait dans une vision portée à l'époque par les autorités ministérielles. Ces dernières visaient à faire inscrire 100 % de la population québécoise auprès d'un groupe de médecine de famille (GMF). Dans cette perspective, il semblait alors secondaire que les GMF soient partiellement déconnectés de la logique territoriale des CLSC, puisque l'inscription devait, en théorie, garantir un accès universel à des soins de première ligne, indépendamment du lieu de résidence.

Ce déplacement de ressources, issues du réseau public, a engendré une réduction de l'offre de services au sein de plusieurs CLSC, privant potentiellement des usagères et des usagers non inscrits auprès d'un médecin de famille, de l'accès à des soins et services. Il en résulte un déséquilibre dans l'accès aux services : des usagères et des usagers sans médecin de famille peuvent se voir exclus de services auparavant universels, offerts par les CLSC.

Il importe également de souligner que, depuis 2021, les établissements sont davantage engagés dans le déploiement et le suivi des groupes de médecine de famille (GMF). En collaboration avec les départements territoriaux de médecine familiale (DTMF), ils sont imputables du renouvellement des ententes, du suivi des indicateurs d'accès, ainsi que du respect des obligations liées aux ressources professionnelles octroyées aux GMF — y compris l'offre de services à la population non inscrite. Bien que cette évolution vise une intégration plus étroite entre les GMF

¹⁰ PLOURDE, Anne, *CLSC ou GMF : Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) [Fichier PDF], mai 2017, 16 p. [[Note CLSC 02.pdf](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

¹¹ Prendre note que cette situation n'est pas imputable au médecin ou aux infirmières, car l'inscription n'est ni liée au lieu de résidence ni encadrée par celui-ci.

¹² DAHER, Samer, et al., « Abolissons les PREM si l'on veut améliorer l'accès aux services médicaux », *Le Devoir*, [en ligne], 27 février 2025. [[Abolissons les PREM si l'on veut améliorer l'accès aux services médicaux | Le Devoir](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

et les établissements du RSSS, certaines limites demeurent sur le plan opérationnel, notamment en ce qui concerne la coordination des responsabilités cliniques, administratives et territoriales.

Malgré la présence d'équipes multidisciplinaires, les GMF peinent encore à répondre pleinement aux besoins populationnels de leur territoire. Le transfert de ressources professionnelles des CLSC vers les GMF a parfois eu pour effet de placer ces ressources sous l'autorité fonctionnelle de l'équipe médicale, ce qui peut restreindre leur capacité à intervenir de façon transversale ou à répondre aux priorités du territoire du CLSC. Cette dynamique met en évidence les tensions persistantes entre une logique d'inscription individuelle et une logique territoriale. Toutefois, des efforts sont en cours pour favoriser une complémentarité plus structurée entre les GMF et les CLSC, dans une perspective de réponse intégrée en première ligne.

Dans ce contexte, la complémentarité entre les CLSC et les GMF, les cliniques IPS et même en cabinet non-GMF, souvent évoquée comme un idéal organisationnel, n'est pas toujours efficace sur le terrain. Au contraire, on observe parfois une forme de découplage entre deux logiques qui peinent à s'articuler : l'une centrée sur la proximité territoriale, l'autre sur une clientèle inscrite.

Dans cette perspective, la mise en place des guichets d'accès à la première ligne (GAP) représente une avancée significative. En rassemblant CLSC, GMF, cliniques IPS et cabinets non-GMF autour d'un même objectif, celui d'orienter et de soutenir les personnes sans médecin de famille, les GAP permettent de dépasser la stricte logique de clientèle inscrite, historiquement associée aux GMF. Ils introduisent une approche plus populationnelle de l'accès, où les milieux de première ligne s'organisent collectivement pour offrir une réponse minimale à toute personne ayant un besoin de santé, qu'elle soit inscrite ou non. Bien que leur déploiement demeure perfectible, les GAP constituent un levier structurant vers une première ligne plus ouverte, coordonnée et équitable.

Focus – La pratique médicale en CLSC

Bien que minoritaire, une partie de l'offre médicale est encore déployée directement au sein des CLSC. Cette pratique fait l'objet d'une représentation formelle par l'[Association des médecins de CLSC du Québec](#) (AMCLSCQ). En 2003, la pratique des médecins omnipraticiens en CLSC représentait 65 %¹³, alors qu'aujourd'hui cette pratique est très minoritaire.

Les médecins œuvrant en CLSC font aussi souvent partie d'un GMF et ils assurent un suivi longitudinal à leur clientèle inscrite. Néanmoins, leur pratique repose davantage sur une proximité étroite avec les équipes des programmes-services œuvrant dans le CLSC et s'ancre dans une logique de territoire, en complémentarité avec d'autres services de première ligne.

L'AMCLSCQ met de l'avant plusieurs caractéristiques propres à cette pratique :

- une collaboration directe avec les autres intervenantes et intervenants ainsi que les autres professionnelles et professionnels du CLSC pour faciliter une approche intégrée en santé et services sociaux;

¹³ GARNIER, Emmanuèle, « Syndigraphies », *Médecin du Québec*, vol. 38, n° 9, septembre 2003, également disponible en ligne : [001 syndigraphies 0903](#).

- une présence dans des secteurs comme les soins et services à domicile, la santé mentale ou la santé des jeunes, parfois en soutien clinique aux autres intervenantes et intervenants ainsi que professionnelles et professionnels;
- un rôle de médecin-répondant pour des activités comme les soins courants ou les cliniques ITSS;
- un engagement dans l'enseignement, notamment en collaboration avec les IPS et les milieux universitaires.

L'Association revendique par ailleurs une meilleure reconnaissance de cette pratique dans la planification médicale (PREM/AMP), dans les structures de gouvernance locales et dans les mécanismes de soutien administratif.

Encadré – L'effet structurant de l'inscription médicale sur l'accès à la première ligne

Selon les données les plus récentes de l'[INESSS](#), environ 2,1 millions de personnes au Québec (soit 24 % de la population) ne sont pas inscrites individuellement auprès d'un médecin de famille. Ce statut d'« orphelin médical » a une incidence majeure sur l'utilisation des services de première ligne. À profil de santé équivalent, les personnes non inscrites consultent trois fois moins souvent en clinique que celles qui sont inscrites, et elles se tournent 30 à 40 % plus souvent vers les urgences pour des problématiques de faible priorité (P4-P5). Elles quittent également plus fréquemment l'urgence sans avoir été prises en charge. Cette dynamique suggère un accès moins fluide, moins coordonné et moins efficace aux services de première ligne pour ce segment de la population.

Les services des CLSC, pour leur part, interviennent principalement auprès des personnes ayant des affections majeures. Or, là encore, l'effet de l'inscription médicale se fait sentir. Les personnes inscrites reçoivent en moyenne jusqu'à 3,4 fois plus d'interventions de la part des intervenantes et des intervenants non médicaux des CLSC (ex. : travailleuses et travailleurs sociaux, préposés, auxiliaires), et 1,4 fois plus d'interventions professionnelles (infirmières, physiothérapeutes) que les personnes non inscrites.

Ces écarts indiquent que l'inscription ne constitue pas uniquement une porte d'entrée vers une professionnelle ou un professionnel désigné, mais qu'elle agit aussi comme vecteur d'intégration au sein de l'écosystème territorial des services de première ligne, ce qui facilite une prise en charge globale et continue. Cela souligne l'importance stratégique de la pratique médicale dans la configuration actuelle de l'accès, mais interroge aussi la capacité du système à répondre aux besoins des non inscrits en dehors de ce canal traditionnel.

7. Statistiques de l'extraction des données

L'extraction de données provenant d'I-CLSC permet de broser un portrait des soins et services consommés et pourra être utile afin de déterminer l'offre minimale attendue en CLSC (livrable 3).

Il est à noter que les services médicaux n’y sont pas compris. À cet effet, deux principaux facteurs ont été extraits, soit les services les plus demandés et la consommation en terme absolue.

Les services suivants ont été offerts dans tous les RLS de la province au cours de la dernière année (le tableau complet se trouve en annexe 5) :

- Développement, adaptation et intégration sociale – Enfant (0-5 ans) et leur famille
- Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille
- Services ambulatoires de santé mentale en première ligne
- Services spécifiques en santé mentale – Adultes
- Soins infirmiers à domicile réguliers (non réparti)
- Services de santé courants
- Santé parentale et infantile – CLSC
- Aide à domicile régulière
- Services dentaires préventifs – SPUB
- Services psychosociaux à domicile
- Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) – Services sociaux généraux
- Consultation sociale de courte durée
- Orthophonie pour enfants en CLSC
- Physiothérapie à domicile
- Ergothérapie – Autres en CLSC

Le prochain tableau illustre les dix centres d’activités les plus consommés en CLSC pour l’année 2024 ainsi que le nombre de fois qu’ils ont été utilisés (le tableau complet se trouve en annexe 6).

Centres d’activités en CLSC	Nombre d’utilisation
Aide à domicile régulière	23 648 242
Soins infirmiers à domicile réguliers (non réparti)	4 414 567
Services de santé courants	2 129 861
Services psychosociaux à domicile	1 583 297
Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	868 617
Physiothérapie à domicile	623 897
Santé parentale et infantile – CLSC	468 259
Services spécifiques en santé mentale – Adultes	445 013
Ergothérapie à domicile	426 540

Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – Déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA)	283 936
--	---------

8. Constats et enjeux

Les CLSC font face à un tournant majeur. Bien que leur raison d'être repose sur des principes largement reconnus (la proximité, l'accessibilité, la continuité, l'ancrage territorial), leur capacité à les incarner pleinement est très limitée. L'analyse des constats issus de la revue de littérature, des visites de terrain, des consultations et de la collecte de données permet de faire émerger plusieurs enjeux transversaux, regroupés autour de quatre axes majeurs : la gouvernance, l'offre de services, l'accès et les trajectoires (voir annexe 4).

8.1. Une gouvernance locale limitée par une gestion par programmes-services

La structure actuelle du réseau pour les services locaux communautaires demeure fondamentalement organisée autour des programmes-services. Bien que cette architecture ait permis de clarifier les responsabilités organisationnelles et de renforcer certaines expertises, elle s'est aussi traduite par un cloisonnement important de l'action clinique et organisationnelle. Le fonctionnement en silos complique le déploiement d'une logique territoriale cohérente et freine la capacité des CLSC à agir comme véritables pivots de proximité.

Or, cette logique peut sembler en opposition avec une autre fondation du système de santé et services sociaux, celle mise de l'avant par la LGSSSS puisque l'article 1 de cette Loi vise « une gestion de proximité ainsi qu'une gestion par territoire basée sur une approche populationnelle et qui favorise une plus grande fluidité des services » et l'article 4 présente les services communautaires locaux comme un ensemble cohérent, regroupant les services de santé et de services sociaux courants de première ligne, qu'ils soient préventifs, curatifs, de réadaptation, ou de santé publique. Cette définition s'inscrit dans une approche globale, transversale et territorialisée, centrée sur l'accès, la proximité et la continuité.

Ainsi, une dualité fondamentale semble poindre dans l'organisation du RSSS. D'un côté, la LGSSSS propose une vision populationnelle et intégrée de la première ligne, arrimée au territoire et à la communauté. De l'autre, les programmes-services pour le volet de première ligne tendent à segmenter l'intervention selon des catégories cliniques ou sociales, parfois au détriment d'une lecture holistique des besoins des usagers et des usagères. Certes, les programmes-services généraux et de santé publique visent l'ensemble de la population et pourraient jouer un rôle de ciment transversal. Cependant, dans les faits, leur poids relatif dans l'organisation, particulièrement pour les services généraux, demeure faible face aux programmes cliniques spécialisés et à la présence du programme GMF. La portée du programme Services généraux est d'ailleurs souvent diluée dans une gouvernance orientée par silos.

Cette tension entre logique territoriale et logique clinico-programmatique compliquera assurément la mise en œuvre d'une gouvernance de proximité réellement intégrée. Elle soulève

une question centrale : comment réconcilier la segmentation fonctionnelle des programmes avec l'exigence d'une réponse cohérente, accessible et continue pour la population d'un territoire? C'est potentiellement dans ce carrefour stratégique que se situe le rôle à redéfinir des CLSC : incarner cette cohérence territoriale tout en étant capable de naviguer dans une structure fortement déterminée par les programmes.

8.2. Une offre de services à géométrie variable, insuffisamment pilotée

L'offre de services des CLSC a connu d'importantes transformations au cours des dernières années, sans vision d'ensemble ni cadre commun de standardisation. Plusieurs CLSC ont ainsi vu leur rôle clinique se réduire, notamment avec la relocalisation de services professionnels vers d'autres points de prestation.

Il en résulte une offre fragmentée, difficilement lisible pour les partenaires comme pour la population, et insuffisamment arrimée aux besoins locaux. La couverture semble varier considérablement d'une région à l'autre, sans que cela reflète nécessairement les besoins réels des communautés qui reçoivent ces services.

8.3 Un accès morcelé et parfois inéquitable

L'accès aux services de première ligne à partir des CLSC reste marqué par une grande complexité. Multiplication des portes d'entrée, cloisonnement entre les mécanismes d'accès, arrimage insuffisant entre les secteurs médical, psychosocial et communautaire : autant de facteurs qui rendent l'orientation difficile, en particulier pour les personnes les moins familières avec le RSSS.

Le modèle d'organisation actuel n'offre pas une porte d'entrée territoriale unique lisible pour la population et pour les services locaux communautaires. L'accès à certains services est souvent conditionné au statut d'inscription auprès d'un médecin de famille ou IPSPL, ce qui limite l'universalité de l'offre et crée une dynamique de système à deux vitesses. Le financement, quant à lui, reste historiquement déterminé, rigide, et peu sensible aux variations territoriales de la demande, ce qui freine toute capacité d'ajustement rapide.

L'absence d'un accompagnement structuré et d'une information claire sur les soins et services disponibles renforce cette difficulté d'accès. Les CLSC, qui devraient incarner une porte d'entrée accessible, humaine et intégrée, peinent à jouer ce rôle pleinement faute de leviers suffisants, de reconnaissance formelle et de ressources adaptées.

8.4 Des trajectoires de soins et services discontinues et mal coordonnées

Les trajectoires d'usagers et d'usagers dans les CLSC et autour de ceux-ci sont fréquemment marquées par des ruptures, des redondances et un manque d'harmonisation des interventions. Les outils d'évaluation et d'analyse de besoins sont rarement partagés¹⁴ entre les intervenantes

¹⁴ Ce n'est pas par manque de volonté de partager, mais c'est plutôt en raison de l'absence d'un système d'information pour le permettre.

et intervenants ou entre les directions, ce qui oblige les usagères et usagers à reformuler leurs demandes à chaque point de contact. L'interdisciplinarité, bien que reconnue comme essentielle, est souvent dépendante de dynamiques locales non pérennes.

La coordination avec les autres niveaux de soins (hôpital, réadaptation, médecine spécialisée), les GMF et autres cliniques médicales, ainsi qu'avec les partenaires communautaires, est inégale et aurait avantage à être standardisée par des ententes opérationnelles claires. Les transitions critiques, comme le retour à domicile après une hospitalisation ou le passage à l'âge adulte, sont particulièrement vulnérables à ces discontinuités.

Par ailleurs, la non-interopérabilité persistante des systèmes d'information limite grandement la capacité de suivi des usagères et des usagers dans leur trajectoire. Ce déficit technologique fragilise la qualité du continuum de soins et services et compromet l'expérience globale des personnes dans l'ensemble du RSSS. Cela a aussi des effets sur les équipes de soins en matière d'efficacité, de fluidité et de pertinence.

Ces constats croisés révèlent une série de tensions fondamentales entre l'intention politique portée par la LGSSSS, centrée sur la proximité, la fluidité et l'approche populationnelle, et la réalité organisationnelle du RSSS, encore fortement marquée par des logiques de spécialisation, de segmentation et de centralisation. En ce sens, la LGSSSS fournit les leviers structurants afin de centrer les actions du RSSS sur la proximité, la fluidité et l'approche populationnelle.

9. Définition d'un CLSC en 2025

La définition qui suit découle directement du mandat ayant mené à la réalisation de ce portrait. Celui-ci visait à répondre à un enjeu central : l'absence de compréhension partagée de ce qu'est réellement un CLSC aujourd'hui.

Dans sa forme actuelle, un centre local de services communautaires (CLSC) désigne à la fois un territoire de proximité, un ensemble de points de service, et un vecteur d'offre des services communautaires locaux au sein du RSSS. Il existe 166 territoires de CLSC au Québec, représentant le niveau de découpage territorial le plus fin en matière sociosanitaire. Ces territoires regroupent plus de 500 installations désignées comme CLSC, ce qui comprend des centres multiservices, des aires ouvertes, des maisons de naissance, ou encore certains CHSLD et hôpitaux, en plus des bâtiments traditionnels portant le nom « CLSC ».

Selon l'article 4 de la LGSSSS, les CLSC sont responsables d'assurer l'accès à un ensemble cohérent de services communautaires locaux de première ligne, y compris des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation, de réinsertion et de santé publique. Cette responsabilité est définie dans une logique territoriale : le CLSC offre des services à une population vivant sur un territoire donné, sans distinction d'inscription préalable, et ce, en collaboration avec une diversité de partenaires (GMF, organismes communautaires, pharmacies, etc.).

Toutefois, les CLSC ne forment pas un programme en soi. Ils sont plutôt des lieux de prestation multisectorielle pour différents programmes-services (santé mentale, services généraux, déficience physique, santé publique, etc.), sans mandat explicite de coordination interprogrammes ou de gouvernance territoriale intégrée. En ce sens, leur rôle est aujourd'hui principalement opérationnel : ils hébergent les équipes de divers programmes, mais n'ont pas nécessairement le pouvoir de les arrimer de manière systématique. Cette configuration contribue à une certaine fragmentation, et leur position en tant que point d'ancrage local ou porte d'entrée lisible varie considérablement d'un territoire à l'autre.

Malgré cette réalité, les CLSC demeurent une référence symbolique forte dans l'imaginaire collectif québécois et conservent un potentiel structurant pour répondre aux besoins de proximité, particulièrement pour les usagères et usagers sans milieu d'affiliation clair. Leur action s'inscrit de plus en plus dans des initiatives territoriales comme les guichets d'accès à la première ligne (GAP), ce qui témoigne d'un retour progressif vers une logique populationnelle d'accueil, d'évaluation, de réorientation et de soutien aux parcours de soins.

Maintenant que les contours du CLSC tel qu'il existe aujourd'hui ont été clarifiés, le travail à venir consiste à définir ce que doit devenir le CLSC de demain. Cette réflexion devra s'appuyer sur les fondements historiques, les constats du terrain et les attentes actuelles de la population, tout en tenant compte des grandes transformations en cours dans le réseau.

Écrire le futur du CLSC, c'est tracer les conditions pour en faire un véritable acteur de proximité, au service des trajectoires de vie des personnes et des réalités de chaque territoire.

10. Recommandations

À la lumière des constats, plusieurs recommandations sont formulées afin de permettre aux CLSC de jouer pleinement leur rôle dans l'organisation des services communautaires locaux. Ces recommandations sont structurées autour des quatre axes majeurs : accessibilité, gouvernance, coordination, globalité.

10.1 Gouvernance : renforcer la gouvernance de proximité et l'intégration territoriale

Le renforcement du rôle structurant des CLSC dans l'écosystème de la première ligne repose sur une révision de la gouvernance actuelle. Il est recommandé de briser les silos liés aux programmes-services en favorisant une planification territoriale intégrée et une meilleure collaboration entre les directions cliniques. Cette transition appelle à la mise en place d'une gouvernance de proximité explicite, qui soutient la concertation entre les acteurs internes (programmes, directions) et externes (GMF, organismes communautaires, municipalités, etc.).

10.2 Globalité de l'offre de services : consolider une offre minimale adaptée aux besoins locaux

Pour corriger les écarts observés dans l'offre de soins et services, il est recommandé de définir une offre minimale standardisée de services communautaires locaux, tout en conservant une capacité d'ajustement aux contextes territoriaux. Cette offre doit être structurée autour des besoins de la population, et non des contraintes organisationnelles, en s'assurant de couvrir les services essentiels en santé et services sociaux.

10.3 Accessibilité : bâtir un modèle fluide, lisible et universel

L'amélioration de l'accès passe par la clarification et l'opérationnalisation d'une vision unifiée de l'accès intégré aux soins et services de proximité, centrée sur les besoins des usagères et des usagers. Ce modèle doit permettre une orientation simple, continue, sans redondance ni rupture, et non conditionnée au statut d'inscription auprès d'un médecin ou IPSPL.

La mise en place d'un point d'accès coordonné pour l'ensemble des besoins non comblés par les milieux d'affiliation devrait être un objectif à atteindre. Le CLSC, en tant qu'acteur de proximité enraciné sur son territoire, pourrait assumer ce rôle de repère pour toute personne ne sachant pas vers qui se tourner. Ce point d'accès ne remplacerait pas le milieu d'affiliation ou les autres guichets spécialisés, mais pourrait assurer l'arrimage afin qu'aucune demande ne soit laissée sans réponse. L'objectif devrait être d'offrir une porte d'entrée toujours ouverte, peu importe le point de départ de l'usagère ou de l'utilisateur.

10.4 Coordination des trajectoires : soutenir la continuité et la coordination des soins et services

Pour renforcer la continuité des trajectoires de soins et services, il est essentiel d'améliorer la coordination des interventions, à la fois entre les directions internes, entre les établissements du RSSS, et avec les partenaires communautaires. Cela passe par la formalisation de mécanismes de référence, l'harmonisation des outils d'analyse des besoins, et une prestation de soins et services basés sur une approche interdisciplinaire.

L'interopérabilité des systèmes d'information est essentielle pour permettre le partage fluide des données cliniques et administratives en santé et services sociaux.

11. Conclusion

Le portrait met en lumière la pertinence renouvelée des CLSC dans un réseau en transformation. Alors que le MSSS s'apprête à publier quatre grandes politiques structurantes — en première ligne, soutien à domicile, santé publique — il est impératif que le rôle des CLSC soit redéfini clairement, dans une logique populationnelle et territoriale. Le portrait constitue la base pour bâtir les prochaines orientations ministérielles : définir non seulement ce qu'est un CLSC aujourd'hui, mais surtout ce qu'il doit devenir demain.

12. Annexes

Annexe 1 : La méthodologie de la démarche

La démarche de collecte de données pour le portrait s'est réalisée entre octobre 2024 et février 2025. Les différentes actions ont été les suivantes :

- des collectes de données auprès des établissements et de I-CLSC;
- des visites de CLSC;
- des entrevues dirigées;
- l'analyse littéraire.

Collecte de données

Une première collecte de données sur l'offre de services dans les CLSC a été réalisée à l'automne auprès des établissements territoriaux. Bien que cette démarche ait permis de réunir certaines informations utiles, elle s'est révélée peu concluante sur le plan de l'exhaustivité, de la cohérence et de la comparabilité des données recueillies. Ce constat a mis en lumière des enjeux systémiques importants concernant non seulement la disponibilité et la fiabilité des données, mais aussi la compréhension même des concepts associés aux CLSC, tant chez les répondants que dans les systèmes d'information du RSSS.

Plusieurs constats spécifiques émergent de cette collecte :

- I-CLSC : Le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC utilisé pour orienter les services vers les CLSC ne permet actuellement qu'une lecture par territoire de CSSS, et non par installation de CLSC ni par territoire de CLSC. Cela limite considérablement la capacité d'analyse fine et territorialisée de l'offre de soins et services.
- Répertoire des ressources : Bien que cette base soit censée représenter la source officielle d'information sur les soins et services disponibles dans chaque point de service, elle s'est révélée incomplète, désuète ou imprécise dans plusieurs cas. Une collecte terrain a donc été nécessaire pour compléter ou valider les informations.
- Dénombrement des installations CLSC : L'analyse a révélé une variation importante du nombre d'installations CLSC selon les sources consultées. Quatre sources distinctes ont été comparées (répertoire des ressources, I-CLSC, registre ministériel des installations, nomenclature interne des établissements), et chacune rapportait un nombre différent d'installations, ce qui témoigne de l'absence d'un référentiel commun et à jour.

Mais au-delà des défis techniques, la collecte de données a mis en évidence un enjeu encore plus fondamental : l'absence de compréhension partagée de ce qu'est réellement un CLSC aujourd'hui.

Visites

La collecte d'information s'est poursuivie en novembre et en décembre 2024 par la visite de neuf CLSC. Ces derniers ont été sélectionnés pour représenter différentes réalités territoriales : des milieux urbains, des milieux semi-urbains et des milieux ruraux.

Voici la liste des CLSC visités :

- CLSC Sainte-Catherine et Groupe de médecine de famille universitaire des Faubourgs
- CLSC des Mille-Îles
- CLSC de Limoilou (5123-2379)
- CLSC de Joliette
- CLSC de Thetford
- CLSC de Saint-Polycarpe
- CLSC de Saint-Pamphile
- CLSC de Percé
- CLSC de Saint-Rédempteur

Cette visite présentait deux volets. Tout d'abord, un échange avec l'ensemble des directions présente sur les thématiques suivantes : la gouvernance, l'accès et l'accompagnement, les services offerts, la coordination et la continuité, les opportunités. Afin de bien se préparer à la rencontre, les établissements ont reçu un questionnaire dont ils devaient prendre connaissance avant la visite, puis ils devaient nous le faire parvenir après celle-ci afin de bonifier ce qui avait été discuté (voir le questionnaire en annexe 3). La deuxième partie comprenait une visite de l'installation.

Entrevues

Le questionnaire des visites a été utilisé pour réaliser des entrevues semi-dirigées avec des gestionnaires et des coordonnateurs de différents programmes-services au sein de quatre établissements territoriaux :

- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS de l'Estrée – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- CISSS de la Côte-Nord
- CISSS des Îles

Ces entrevues avaient pour but de compléter les informations recensées préalablement, mais cette fois auprès de responsables de programmes CLSC au sein du réseau.

Littérature

Parallèlement à toutes ces démarches, une revue littéraire a été effectuée. Voici une liste des principaux documents consultés pour le présent mandat :

- Rapports gouvernementaux
- Rapports annuels des établissements (CISSS, CIUSSS)

- Cadres de référence
- Articles scientifiques
- Livres

Annexe 2 : Les programmes-services

Cette annexe présente la structure des programmes-services tels qu'ils sont établis dans le cadre de l'architecture des services de santé et des services sociaux (2004). Il est important de souligner que depuis la publication de ce cadre de référence, certaines terminologies et définitions ont évolué. Par exemple, le terme « troubles envahissants du développement (TED) » a été remplacé par « troubles du spectre de l'autisme (TSA) », et la définition actuelle du TSA diffère de celle initialement associée aux TED dans le document de 2004. L'information qui suit est donc présentée à des fins de compréhension de la structure historique des programmes, mais ne reflète pas nécessairement les libellés ou cadres conceptuels utilisés dans les documents ministériels les plus récents.

Les programmes-services répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la population

Le programme-service de santé publique en CLSC

Le programme-service de santé publique en CLSC au Québec fait partie de l'organisation des soins et de services de première ligne. Il est une composante du Programme national de santé publique (PNSP), qui oriente les actions de santé publique dans le réseau québécois. Les CLSC sont les principaux lieux où ces services sont offerts localement.

Le programme-service de santé publique vise à protéger, à maintenir et à améliorer la santé de la population, tout en réduisant les inégalités sociales de santé. Il repose sur des actions préventives, de promotion de la santé et de surveillance.

À titre d'exemples, voici les principaux services offerts localement dans les CLSC :

- **Surveillance épidémiologique et vaccination** : vaccination des enfants, adolescents, adultes et personnes à risque, campagnes de vaccination scolaire et communautaire.
- **Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)** : dépistage anonyme ou non des ITSS, distribution de matériel de prévention (préservatifs, seringues), suivi médical et traitement des infections.
- **Soutien au développement de la petite enfance et de la périnatalité** : programmes OLO et SIPPE, soutien à la parentalité, visites à domicile.
- **Prévention des surdoses de substances psychoactives** : les CLSC y contribuent en renforçant l'accessibilité, la prévention et la coordination des soins et des services en prévention de surdoses sur le territoire CLSC.
- **Santé dentaire** : prévention et dépistage en milieu scolaire pour enfants (fluoration, scellant, éducation dentaire) ainsi qu'en CHSLD.
- **Lutte contre le tabagisme** : services de soutien à l'arrêt tabagique en collaboration avec les programmes de la ligne J'Arrête et les centres d'abandon du tabagisme.
- **Sécurité alimentaire et saines habitudes de vie** : soutien aux initiatives communautaires pour favoriser l'accès à une alimentation saine, activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie.

- **Prévention et suivi des maladies chroniques** : prévention primaire par la promotion de saines habitudes de vie, dépistage des maladies chroniques (p. ex. diabète, évaluation du risque cardiovasculaire, etc.) et accompagnement éducatif pour les personnes vivant avec des maladies chroniques.
- **Santé environnementale** : interventions en lien avec la qualité de l'eau et de l'air, la chaleur extrême, etc.
- **Santé au travail** : évaluation des risques pour prévenir les problèmes de santé au travail, collaborer avec d'autres acteurs (p. ex. CNESST), ou encore, intervenir lors de problématiques ciblées.

Le programme Services généraux – activités cliniques et d'aide

Voici les différents services du programme Services généraux – activités cliniques et d'aide offerts dans les CLSC du Québec :

- Les services sociaux généraux : accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social), intervention de crise dans le milieu, consultation psychosociale, consultation psychologique et volet psychosocial en contexte de sécurité civile.
- Interventions en matière de soins infirmiers : Info-Santé, accueil, orientation et référence, soins de plaies, soins pré et posthospitalisation, soins pré et postopératoires, lavage d'oreille, prélèvements et dépistage, administration de médicament par voies intraveineuses et autres, administration de certaines chimiothérapies, enseignement auprès de personnes atteintes d'une maladie chronique, etc.
- Soins en matière de santé de la femme : clinique de grossesse, contraception, périnatalité sociale, services de sages-femmes, soins pré et postnatals.
- Interventions en matière de sexualité, planification des naissances et IVG.
- Interventions en petite enfance, jeune et famille (ex. : Agir tôt, services offerts pour les enfants 0-5 ans et leur famille).
- Services diagnostiques, prélèvement et dépistage.
- Services médicaux et infirmières praticiennes spécialisées en première ligne.

Les programmes-services répondant à des problématiques particulières

Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement

Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement regroupe tous les services offerts dans un établissement, à domicile ou ailleurs, qui sont destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage.

À titre d'exemples, voici les différents services offerts dans les CLSC au Québec :

- Aide à domicile
- Prise en charge psychosociale et intervenant-pivot
- Services de réadaptation

Le programme Déficience physique

Le programme Déficience physique regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une **incapacité significative et persistante** ainsi qu'aux besoins de leur entourage.

À titre d'exemples, voici les différents services offerts dans les CLSC au Québec :

- Aide à domicile
- Prise en charge psychosociale et intervenant-pivot
- Services de réadaptation

Le programme Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Pour le volet Déficience intellectuelle, le programme regroupe les services destinés à répondre aux besoins des personnes qui ont un fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant l'enfance.

- Aide à domicile
- Prise en charge psychosociale et intervenant-pivot
- Services de réadaptation

Le programme Jeune en difficulté

Le programme Jeune en difficulté regroupe les services destinés aux jeunes, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement, ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.).

À titre d'exemples, voici les différents services offerts dans les CLSC au Québec :

- Programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
- Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu
- Programme d'intervention en négligence
- Aire ouverte
- Agir tôt
- Services aux jeunes en difficulté
- Services de stimulation 0-5 ans
- Services sociaux jeunesse 0-5 ans
- Suivi santé jeunesses 0-5 ans ET 6-18 ans

Le programme Dépendances et itinérance

Ce programme vise à répondre aux besoins de toutes les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances, quel que soit leur âge. De plus, le programme s'adresse aux personnes qui vivent une situation d'itinérance.

À titre d'exemples, voici les différents services offerts dans les CLSC au Québec :

- Service en dépendance et en itinérance
- Prévention des surdoses
- Jeux de hasard et d'argent
- Services psychosociaux

Le programme Santé mentale

Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne, dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.

À titre d'exemples, voici les différents services offerts dans les CLSC au Québec :

- Prise en charge par intervenant social
- Soins infirmiers
- Prise en charge par psychologue
- Suivi intensif dans le milieu
- Suivi intensif variable
- Suivi intensif flexible
- Psychiatrie et pédopsychiatrie

Le programme Santé physique

Le programme Santé physique s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés et surspécialisés. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

À titre d'exemples, voici les différents services offerts dans les CLSC au Québec :

- Santé courant de soins infirmiers
- Consultation en nutrition
- Consultation en physiothérapie
- Service d'urgence 24/7 jours en régions éloignées
- Suivi maladie chronique

Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour les visites CLSC

Gouvernance

- Quelle est votre vision de la mission CLSC? (Oubliez ce que vous faites : si l'on vous demande aujourd'hui votre perspective de la mission CLSC en première ligne, quelle serait votre vision?)
- Dans l'objectif de favoriser une meilleure coordination et intégration de la santé et des services sociaux sur le plan organisationnel et clinique, décrivez brièvement la **structure de gouvernance** entourant les soins et les services au sein de votre établissement.
- Dans l'objectif de renforcer la capacité du RSSS à adapter les soins et les services aux caractéristiques territoriales et populationnelles, quels sont les différents mécanismes de gouvernance mis en place avec l'ensemble des partenaires (publics, privés et communautaires intersectoriels et intersectoriels) ainsi qu'avec les usagers et les membres de leur entourage?
- Y a-t-il **un** responsable de CLSC au sein de votre établissement? Si oui, quel est son rôle?

Accès et accompagnement

- Comment le client accède-t-il à vos services? Quelles sont les portes d'entrée et comment sont-elles reliées entre elles?
- Quel est l'accompagnement personnalisé qui est offert si le service n'est pas disponible en CLSC? Y a-t-il un accompagnement personnalisé à l'utilisateur si le service n'est pas offert au CLSC?

Services offerts

- Offrez-vous des services en SRV? Si oui, lesquels?
- Y a-t-il des agents administratifs à l'accueil? Quel est leur rôle? Connaissent-ils l'ensemble des services offerts à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement?
- Faites-vous du démarchage si la clientèle est en situation de détresse ou de vulnérabilité, ou si elle est isolée?
- Y a-t-il des services que vous jugez importants et pertinents et que vous n'offrez pas? Quelles en sont les raisons (recrutement, rétention, budget, etc.)?

Coordination et continuité

- Dans une vision intégrée Santé et Social, quelles sont les stratégies mises en place pour favoriser la coordination et la continuité des soins et services tout au long du continuum, lorsque cela est requis?

À titre d'exemples, avez-vous des modalités qui permettent de :

- réorganiser l'accès aux services, de façon à relier les différentes portes d'entrée destinées à la population (Info-Santé, Info-Social, AAOR, les urgences hospitalières, les GMF, etc.) et d'utiliser les mêmes procédures;
- simplifier le parcours de l'utilisateur à partir de portes d'entrée ciblées par l'harmonisation des pratiques cliniques, dont l'utilisation d'outils et de méthodes de travail convenus;
- s'assurer que les interventions soient coordonnées et que l'information collectée soit partagée avec les autres composantes du RSSS et avec les partenaires communautaires pour garantir la continuité des soins et des services;
- posséder une meilleure connaissance des diverses ressources disponibles pour répondre aux besoins de l'utilisateur, selon ses valeurs et ses préférences, et pour améliorer sa satisfaction globale?

Possibilité

Afin d'assurer un accès optimal et équitable aux soins et services pour l'ensemble de la population, quelles seraient les différentes occasions à saisir afin d'améliorer l'accès aux soins et services dans le cadre de ces travaux?

Annexe 4 : Les constats

8.1 Une gouvernance territoriale entravée par la logique programmatique

En résumé :

- Le travail interprogrammes-services est à consolider.
- Le manque de coordination et de mécanismes clairs de référence entre les partenaires locaux.
- Le manque de fluidité dans le parcours des usagères et des usagers.
- La gouvernance collaborative et intégrée nécessite une consolidation.
- L'orientation, le financement et la reddition de comptes ministériels ne suivent pas le parcours de l'usagère ou de l'utilisateur et sont faits par programme-service, ce qui peut créer des silos.
- La méconnaissance de l'offre de soins et services par la population.
- La méconnaissance de l'offre de services de la première ligne par la deuxième et troisième ligne, qui engendre assez souvent un développement d'une offre de services par la deuxième et la troisième ligne existante en première ligne.
- La hiérarchisation des soins et services entre les différents fournisseurs de soins et services est primordiale.
- L'arrimage avec les partenaires locaux est souvent déficient.
- La perte de l'approche communautaire.
- La participation des usagères et des utilisateurs dans le perfectionnement des niveaux.

8.2. Une offre de soins et services à géométrie variable, insuffisamment pilotée

En résumé :

- Les besoins sont diversifiés, mais pas toujours entièrement répondus et souvent en silos.
- Les clientèles et leurs besoins ont beaucoup évolué au cours des dernières années (ex. : immigration, itinérance, détresse psychologique des agriculteurs), mais l'offre de services n'a pas pu suivre cette évolution (financement, disponibilité des ressources, redditions de comptes)
- L'offre de soins et services est méconnue par les partenaires internes et les partenaires externes.
- L'offre de soins et services a été développée à géométrie variable dans les établissements pour différentes raisons.
- La rupture dans les soins et services au passage à l'âge adulte et le délai dans l'accès aux services en temps opportun.
- Très peu d'offres de services en nutrition clinique pour la clientèle adulte.

- Très peu d’offres de services en physiothérapie, donc la clientèle de première ligne est dirigée vers le privé.
- Les services d’urgence 24/7 sont offerts seulement à certaines clientèles du Soutien à domicile.

8.3 Un accès morcelé et parfois inéquitable

En résumé :

- La vision cohérente de l’accès intégré de santé et services sociaux de proximité n’est pas présente partout.
- La difficulté d’accès aux soins et services est causée notamment par les multiples portes d’entrée et le manque d’arrimage entre elles.
- La première ligne est fragmentée et organisée en modèle de gestion en silos, générant une orientation ardue à travers les multiples mécanismes d’accès.
- La complexité d’accès au système de santé et de services sociaux pour toute la population, particulièrement les clientèles vulnérables.
- Le financement historique et incomplet des services de première ligne de proximité.
- Le défi dans l’attraction et la fidélisation des médecins en CLSC.
- La non-interopérabilité des systèmes d’information clientèle contenant les données cliniques.
- Le manque de place en accès adapté pour une professionnelle ou un professionnel autre qu’un médecin en première ligne.
- Le cloisonnement d’accès ou les modalités d’accès selon le statut d’inscription au médecin de famille.
- Le déséquilibre entre la répartition des ressources disponibles par territoire et la demande d’accès aux soins et services par la population.
- Les lacunes dans l’information et l’accompagnement adapté aux différents usagers et usagères afin de leur permettre de bien s’orienter dans le système de santé et de services sociaux et de prendre soin d’eux-mêmes.
- La population ne sait pas toujours à qui s’adresser en raison d’une multiplicité de modalités d’accès aux soins de santé et aux services sociaux et d’une pluralité d’orientations ministérielles.

8.4 Des trajectoires de soins et services discontinues et mal coordonnées

En résumé :

- L’usagère ou l’usager doit reformuler ses demandes lors de l’analyse de son besoin (multiplication des démarches, outils non harmonisés).
- Les lacunes dans la coordination et les mécanismes d’accès entre les partenaires.
- Le manque de fluidité et de concertation :
 - intraétablissements et interdirections;
 - entre les partenaires externes (intersectoriels, communautaires, médecin de famille);

- approche en interdisciplinarité est à parfaire.
- L'absence de balises claires et d'outils harmonisés pour l'analyse du besoin et de la demande.
- La non-interopérabilité des systèmes d'information clientèle.
- Les services offerts varient d'une région à l'autre, rendant difficile l'uniformisation.
- La rupture dans les services au passage à l'âge adulte et le délai dans l'accès aux services en temps opportun.

Annexe 5 : Nombre de RLS ayant saisi au moins une activité dans les Centres d'activités en CLSC dans I-CLSC pour l'année 2024

Centre d'activités en CLSC	Nombre de RLS
Développement, adaptation et intégration sociale – Enfant (0-5 ans) et leur famille	95
Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	95
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	95
Services spécifiques en santé mentale – Adultes	95
Soins infirmiers à domicile réguliers (non réparti)	95
Services de santé courants	95
Santé parentale et infantile – CLSC	95
Aide à domicile régulière	95
Services dentaires préventifs – SPUB	95
Services psychosociaux à domicile	95
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) – Services sociaux généraux	95
Consultation sociale de courte durée	95
Orthophonie pour enfants en CLSC	95
Physiothérapie à domicile	95
Ergothérapie – Autres en CLSC	95
Ergothérapie à domicile	94
Mécanisme d'accès en santé mentale – Adultes	93
Nutrition à domicile	93
Nutrition – Autres en CLSC	92
Développement, adaptation et intégration sociale – Jeunes (6-17 ans) et leur famille	91
Services spécifiques en santé mentale – Jeunes	91
Soutien d'intensité variable	91
Santé scolaire	88

Services externes en toxicomanie	87
Habitudes de vie et maladies chroniques	86
Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	84
Mécanisme d'accès en santé mentale – Jeunes	84
Physiothérapie – Autres en CLSC	79
Inhalothérapie à domicile	78
Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – DI et TSA	74
Intervention de crise dans le milieu 24/7	72
Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions	60
Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – Déficience physique	57
Autres activités de santé publique	51
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	45
Aire ouverte	44
Intervention et suivi de crise – Santé mentale	43
Services spécifiques en itinérance	36
Inhalothérapie – Autres	32
Consultation psychologique de courte durée	32
Suivi intensif dans le milieu	28
Pratique des sages-femmes	28
Activité médicale	24
Programme pour les premiers épisodes psychotiques	24
Suivi d'intensité flexible	23
Accompagnement bref dans la communauté	17
Services psychosociaux aux réfugiés	14
Services de santé aux réfugiés	14
Soins de santé et de services sociaux en milieu carcéral	12
Développement, adaptation et intégration sociale – Adultes incluant personnes âgées	12

Services ambulatoires de psychogériatrie	12
Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	11
Services de soins spirituels à domicile	7
Audiologie et orthophonie – Autres en CLSC	7
Audiologie et orthophonie à domicile	7
Dialyse à domicile assistée	3
Traitement intensif bref à domicile (TIBD)	2
L'urgence	2
Services sociaux aux revendicateurs du statut de réfugié	2
Services de santé aux revendicateurs du statut de réfugié	2
Pharmacie en CLSC	2
Soins infirmiers à domicile continus	1
Services de soins spirituels	1
Services dentaires curatifs – SPH	1
Infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale	1
Services externes en itinérance	1
Intervention communautaire – Service à domicile	1

Annexe 6 : Nombre de fois que chaque Centre d'activités CLSC a été utilisé en 2024

Centres d'activités en CLSC	Nombre d'utilisation
Aide à domicile régulière	23 648 242
Soins infirmiers à domicile réguliers (non réparti)	4 414 567
Services de santé courants	2 129 861
Services psychosociaux à domicile	1 583 297
Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	868 617
Physiothérapie à domicile	623 897
Santé parentale et infantile – CLSC	468 259
Services spécifiques en santé mentale – Adultes	445 013
Ergothérapie à domicile	426 540
Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – DI et TSA	283 936
Soutien d'intensité variable	283 693
Développement, adaptation et intégration sociale – Enfant (0-5 ans) et leur famille	256 172
Services spécifiques en santé mentale – Jeunes	220 031
Services dentaires préventifs – SPUB	196 349
Consultation sociale de courte durée	173 654
Inhalothérapie à domicile	167 167
Suivi intensif dans le milieu	156 266
Santé scolaire	127 264
Mécanisme d'accès en santé mentale – Adultes	122 187
Orthophonie pour enfants en CLSC	119 563
Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang	116 313
Nutrition à domicile	95 688
Soins de santé et de services sociaux en milieu carcéral	95 158
Nutrition – Autres en CLSC	87 623
Suivi d'intensité flexible	69 273

Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches – Déficience physique	59 881
Aire ouverte	43 044
Ergothérapie – Autres en CLSC	40 611
Pratique des sages-femmes	38 037
Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) – Services sociaux généraux	36 331
Physiothérapie – Autres en CLSC	33 975
Intervention de crise dans le milieu 24/7	33 905
Services spécifiques en itinérance	32 946
Habitudes de vie et maladies chroniques	31 348
Développement, adaptation et intégration sociale – Jeunes (6-17 ans) et leur famille	29 573
Mécanisme d'accès en santé mentale – Jeunes	28 819
Intervention et suivi de crise – Santé mentale	28 162
Activité médicale	26 579
Services sociaux aux revendicateurs du statut de réfugié	26 504
Services externes en toxicomanie	25 891
Inhalothérapie – Autres	19 947
Programme pour les premiers épisodes psychotiques	16 911
Accompagnement bref dans la communauté	15 346
L'urgence	12 130
Dialyse à domicile assistée	9 574
Services externes en itinérance	8 002
Services de santé aux réfugiés	7 686
Services de santé aux revendicateurs du statut de réfugié	6 528
Autres activités de santé publique	6 086
Consultation psychologique de courte durée	5 887
Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	4 973
Services psychosociaux aux réfugiés	4 167

Services ambulatoires de psychogériatrie	3 810
Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions	3 668
Traitement intensif bref à domicile (TIBD)	2 177
Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	924
Services de soins spirituels à domicile	708
Développement, adaptation et intégration sociale – Adultes incluant personnes âgées	630
Audiologie et orthophonie – Autres en CLSC	418
Services dentaires curatifs – SPH	304
Services de soins spirituels	209
Audiologie et orthophonie à domicile	107
Soins infirmiers à domicile continus	94
Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	42
Pharmacie en CLSC	41
Infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale	0
Intervention communautaire – Service à domicile	0

13. Bibliographie

AUBIN, Émélie L., et Amélie QUESNEL-VALLÉE. « Augmenter l'accessibilité et la qualité des services de santé de première ligne avec les Groupes de médecine de famille », *Observatoire des réformes de santé*, vol. 4, no 1, avril 2016, 10 p., également disponibles en ligne : [Augmenter l'accessibilité et la qualité des services de santé de première ligne avec les Groupes de Médecine de Famille | Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé](#).

BOURQUE, Mélanie, et Josée GRENIER, *Les conséquences des réformes Couillard et Barrette sur les services sociaux*, [Fichier PDF], Université du Québec en Outaouais, 21 p. [[P-269 Memoire Melanie Bourque.pdf](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

CASTONGUAY, Joanne, Claude MONTMARQUETTE et Iain SCOTT. *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*, Montréal, CIRANO, février 2008 [[Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE](#)] (Consulté le 3 avril 2025).

DAHER, Samer, et *al.*, « Abolissons les PREM si l'on veut améliorer l'accès aux services médicaux », *Le Devoir*, [en ligne], 27 février 2025. [[Abolissons les PREM si l'on veut améliorer l'accès aux services médicaux | Le Devoir](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

DORÉ, Chantal, et *al.*, « Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé », *Organisations et territoires*, vol. 33, n° 2, 2024, 21 p., également disponible en ligne : [\(PDF\) Contribution d'interventions de proximité sur les inégalités sociales de santé par le biais d'actions sur des déterminants sociaux de santé](#).

GABET, Morgane, et *al.*, « How Did an Integrated Health and Social Services Center in the Quebec Province Respond to the COVID-19 Pandemic? A Qualitative Case Study », *Pubmed*, vol. 9, n° 2, 15 juin 2023, également disponible en ligne : [How Did an Integrated Health and Social Services Center in the Quebec Province Respond to the COVID-19 Pandemic? A Qualitative Case Study - PubMed](#).

GARNIER, Emmanuèle, « Syndigraphies », *Médecin du Québec*, vol. 38, n° 9, septembre 2003, également disponible en ligne : [001 syndigraphies 0903](#).

GAUMER, Benoît, et Georges DESROSIERS, « L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du système », *Ruptures*, vol. 10, no 1, 2004, 19 p., également disponible en ligne : [L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système](#).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Centre local de services communautaires (CLSC)*, [en ligne], 2025. [[Centre local de services communautaires \(CLSC\) | Gouvernement du Québec](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Portrait de l'organisation et de la gouvernance du système de santé publique au Québec*, [Fichier PDF], Commissaire à la santé et au bien-être, Québec, mars 2022, 27 p. [[Portrait de l'organisation et de la gouvernance du système de santé publique au Québec](#)] (Consulté le 10 mars 2025).

INDEX SANTÉ, *La petite histoire des CLSC au Québec*, [en ligne], mis à jour en 2018. [[La petite histoire des CLSC au Québec - Index Santé](#)] (Consulté le 10 février 2025).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance*, [Fichier PDF], Direction de la valorisation scientifique, des communications et de la performance organisationnelle [[Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance](#)] (Consulté le 3 avril 2025).

PINEAULT, Raynald, et al. *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche, [Fichier PDF], mai 2008, 86 p. [[L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche](#)] (Consulté le 3 avril 2025).

PLOURDE, Anne, *CLSC ou GMF : Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), [Fichier PDF], mai 2017, 16 p. [[Note CLSC 02.pdf](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cartes régionales des limites territoriales (2024)*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 mai 2016 [en ligne], [[Carte RSS du Quebec 2024.png \(3300x2550\)](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Normes territoriales du MSSS : Référentiel territorial*, [Fichier PDF], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1^{er} octobre 2016, 12 p. [[Les tables officielles de données extraites du référentiel territorial M34](#)] (Consulté le 3 mars 2025).

RADIO-CANADA, « Il y a 50 ans était créé le réseau des CLSC au Québec », [en ligne], 16 juillet 2021. [[Il y a 50 ans était créé le réseau des CLSC au Québec | Radio-Canada](#)] (Consulté le 17 février 2025).

STRUMPF, Eric C, et al., « Mesurer l'accès et la qualité des soins de première ligne au Québec : Réflexions issues de recherches sur la prise en charge des patients » [Fichier PDF], *Perspectives*, Montréal, 6 juin 2022, 7 p. [[2022PE-03](#)] (Consulté le 3 avril 2025).

TURGEON, Jean, et al., « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », *Les tribunes de la santé*, vol. 1, n° 30, printemps 2011, pages 57 à 85, également disponible en ligne : [Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes \(1961-2010\) | Cairn.info](#).

