

Orientations ministérielles sur la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire

Mars 2026

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 s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-555-03469-3 (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, 2026

Sous la direction de

Dr Stéphane Bergeron, sous-ministre adjoint, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Philippe Lachance, directeur général, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Paul Levesque, directeur, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'à août 2025)

Marie-Ève Dubeau, directrice *par intérim*, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction

Paul Levesque, directeur, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'à août 2025)

Cory Boivin-Létourneau, conseiller, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sous la coordination de

Sophie Boucher, conseillère stratégique, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité de suivi

Josée Chouinard, directrice, Sous-ministériat Services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Aurore Deligne, directrice *par intérim*, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mélanie Kavanagh, directrice, Sous-ministériat à la prévention et santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Ginette Martel, coordonnatrice, Sous-ministériat Services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Karine Thériault-Lévesque, conseillère stratégique, Sous-ministériat Services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

Révision

Mathilda Abi-Antoun, conseillère stratégique, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mélanie Lapointe, conseillère, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Sofie Therrien, conseillère, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Hélène Cloutier, coordonnatrice, Sous-ministériat à la santé physique et à la pharmaceutique, ministère de la Santé et des Services sociaux



MOT DE LA MINISTRE

Les CLSC sont une fierté québécoise. Une idée fondatrice de notre système public, née d'un désir simple : que chaque citoyen, peu importe où il habite, puisse trouver près de chez lui des services de santé et des services sociaux accessibles, intégrés et humains. Aujourd'hui, il est temps de réaffirmer cette ambition, et de l'ancrer dans notre contexte actuel. Le CLSC peut et doit redevenir ce repère accessible et fiable, qui accueille sans jugement, oriente sans complexité, et agit en coordination avec tous les partenaires du territoire.

Avec les présentes orientations ministérielles, nous remettons les CLSC au cœur du réseau de la santé et des services sociaux, dans une logique de proximité réelle et de gouvernance territoriale notamment mise de l'avant avec la *Loi sur la gouvernance du système de santé et services sociaux*. Le CLSC devient l'unité de référence pour organiser la première ligne, celle qui touche le quotidien : le soin d'une infirmière, l'intervention d'un travailleur social, l'accueil d'un usager sans repère.

Trop longtemps, les CLSC ont été dilués dans une architecture complexe. Nous avons aujourd'hui l'occasion de simplifier, clarifier et recentrer leur rôle, afin d'offrir à chaque personne un point d'ancrage clair dans le système. Le CLSC, ce n'est pas qu'un bâtiment : c'est un territoire, une responsabilité populationnelle, un lieu d'action enraciné dans la communauté.

C'est un tournant majeur pour la première ligne au Québec. Et c'est aussi un geste de confiance envers les territoires, les établissements, les professionnels et les citoyens.

Sonia Bélanger

Ministre de la Santé, ministre responsable des Services sociaux,
ministre responsable des Aînés et des Proches aidants,
et ministre responsable de la région des Laurentides



MOT DU SOUS-MINISTRE

La valorisation des CLSC repose sur une conviction claire : les réponses les plus pertinentes émergent du terrain, lorsqu'on fait confiance à l'intelligence des milieux. C'est le sens même du principe de subsidiarité, au cœur des présentes orientations.

Ces orientations définissent un nouveau rôle pour les CLSC – non pas comme simples points de service, mais comme unités territoriales de coordination, capables d'agir concrètement sur les besoins de la population. Pour cela, il faut clarifier les rôles à chaque niveau du réseau.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fixe les balises stratégiques, les objectifs de transformation et les attentes populationnelles. Santé Québec est appelée à jouer un rôle tactique fondamental : outiller, harmoniser et soutenir les établissements dans la mise en œuvre. Les établissements territoriaux, enfin, sont les véritables acteurs de l'opérationnalisation, à travers l'animation et la mobilisation des territoires de CLSC.

La mise en œuvre sera progressive, mais elle appelle dès maintenant un changement de posture et de gouvernance. La subsidiarité ne consiste pas à déléguer une tâche : elle consiste à confier une responsabilité, avec les leviers pour la porter. C'est ce que nous faisons ici.

Daniel Paré

Sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

MOTS DE REMERCIEMENTS

Le présent document d'orientations est issu d'un travail collaboratif d'envergure. Les auteurs remercient sincèrement l'ensemble des personnes et des organisations qui ont contribué à leur élaboration.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Dans un contexte de réforme en profondeur du réseau de la santé et des services sociaux, le présent document établit les orientations ministérielles relatives au rôle et à la responsabilité des centres locaux de services communautaires (CLSC) dans l'organisation des services communautaires locaux. Ce repositionnement stratégique s'inscrit dans le cadre de stratégies, politiques et programmes gouvernementaux structurants (soutien à domicile, soins et services de première ligne, prévention en santé, Alzheimer et autres troubles neurocognitifs, santé publique) qui redéfinissent la première ligne pour la prochaine décennie.

La vision proposée repose sur six principes directeurs qui guident l'ensemble de la démarche :

- **la subsidiarité**, pour rapprocher les leviers d'action des réalités de terrain;
- **la responsabilité populationnelle**, pour garantir une prise en charge complète, équitable et proactive de toute la population;
- **un ancrage territorial fort**, assurant la proximité et l'intégration intersectorielle des services;
- **une intégration intersectorielle**;
- **une souplesse organisationnelle**, pour éviter les lourdeurs bureaucratiques et permettre une agilité locale;
- la **communication**, la **collaboration**, la **complémentarité** et le **partenariat** avec les différentes instances territoriales de soins et services.

Ces principes structurent les quatre grandes orientations ministérielles, qui visent à faire du CLSC un acteur territorial de référence, capable de répondre avec cohérence, agilité et équité aux besoins des citoyens.

1. Le territoire de CLSC comme unité de gouvernance de proximité

Le territoire de CLSC devient l'unité géographique de référence pour structurer les services communautaires locaux. En cohérence avec les bassins de vie, les dynamiques sociales et les caractéristiques démographiques, il permet de territorialiser la responsabilité populationnelle. Ce territoire n'est plus un simple découpage administratif, mais un espace vivant, ajustable et porteur d'imputabilité locale.

2. Une gouvernance territoriale fondée sur les principes de subsidiarité et d'agilité

Le CLSC est reconnu comme une instance de gouvernance, pleinement rattachée à son établissement territorial, mais outillée pour agir localement, sans lourdeur bureaucratique. Cette gouvernance repose sur les six principes directeurs (ci-haut), et permet des décisions proches du terrain, adaptées, collaboratives et efficaces.

3. Un ancrage territorial pour chaque personne

Chaque citoyen est formellement rattaché à un territoire de CLSC, en complément d'une affiliation à un milieu de soins et services de première ligne (ex. : GMF, clinique d'IPS) et d'une association à un répondant principal dans ce milieu. Cet ancrage favorise une réponse globale, coordonnée, intégrée et de proximité aux besoins. Le CLSC devient ainsi le référent territorial pour l'accessibilité aux services communautaires et un filet de sécurité pour les personnes en situation de vulnérabilité ou qui n'ont pas de professionnel ou de milieu désigné.

4. Le CLSC comme référence de proximité : quatre rôles structurants

Pour exercer pleinement sa mission populationnelle et intersectorielle, le CLSC déploie quatre rôles complémentaires :

- **Navigateur** : point d'entrée commun pour l'ensemble de la population, qui accueille, évalue et oriente chaque personne vers la bonne ressource.
- **Coordonnateur** : orchestration de l'ensemble des services communautaires locaux sur son territoire, en assurant une coordination transversale des programmes de soins et services. Il assure une réponse intégrée, fluide et continue aux besoins de la population, en exerçant une autorité sur les ressources déployées localement.
- **Leader intersectoriel** : vigie et représentation des besoins de la population dans les instances décisionnelles, avec une lecture fine de la réalité territoriale.
- **Coanimateur** : catalyseur de la collaboration entre les partenaires du territoire, dans un esprit de gouvernance partagée.

La réussite de ce changement de paradigme repose sur un alignement clair à tous les niveaux du système :

- Le Ministère (MSSS) : définit les orientations stratégiques, les cibles de transformation et les balises normatives.
- Santé Québec (niveau tactique) : assure la traduction opérationnelle, l'équité interterritoriale et le soutien aux établissements.
- Les établissements territoriaux (niveau opérationnel) : organisent concrètement les services sur les territoires de CLSC, dans le respect de l'approche populationnelle.

Cette transformation redonne sens à la première ligne : elle recentre l'action sur les besoins des communautés locales tout en mobilisant les forces vives du territoire. Le CLSC redevient la figure centrale d'un réseau enraciné, accessible, décroisé – à hauteur humaine.

Le positionnement du CLSC comme acteur territorial de référence vise à garantir à chaque personne un point d'ancrage dans le système de santé et de services sociaux, à favoriser une réponse intégrée et équitable ainsi qu'à inscrire l'action publique au service des personnes, à l'échelle des territoires.

CONTEXTE DE LA PRODUCTION DES PRÉSENTES ORIENTATIONS

Ce document constitue le deuxième livrable visant à clarifier et à renforcer le rôle et la responsabilité des centres locaux de services communautaires (CLSC) dans l'organisation du système de santé et de services sociaux québécois.

Le mandat ministériel se décline en trois livrables complémentaires :

1. Portrait et perspectives des services CLSC au Québec (septembre 2025) - Dresse un état de situation des réalités actuelles, met en lumière les écarts de pratiques et identifie les enjeux liés à la mission, à l'organisation, à la gouvernance et à l'intégration territoriale des CLSC.
2. Orientations ministérielles au regard de la responsabilité d'un CLSC auprès de la population de son territoire (présent livrable, mars 2026) - Définit les responsabilités fondamentales des CLSC à l'égard de la population de leur territoire, les principes devant guider leur action, et leur place dans l'écosystème local en cohérence avec Santé Québec et les établissements territoriaux.
3. Orientations ministérielles relatives à l'offre de soins et services de première ligne de base en CLSC (à venir) - Définit les orientations en lien avec le tronc commun des soins et services à assurer dans chaque territoire de CLSC, selon une logique d'équité, d'universalité proportionnée, de pertinence et de proximité.

Ce travail s'inscrit également dans un contexte stratégique plus large, marqué par l'élaboration de plusieurs grandes politiques gouvernementales structurantes qui redéfiniront les fondements de la première ligne au Québec pour la prochaine décennie :

- La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, qui positionne la vision d'une première ligne forte et ancrée dans les communautés, et présente les orientations permettant de l'atteindre. L'axe 3 de cette Politique, intitulé Des soins et des services ancrés dans la réalité locale, est d'ailleurs directement lié aux présentes orientations.
- La Politique nationale de soutien à domicile – Mieux chez soi, qui actualise la vision québécoise des services de soutien offerts aux personnes ayant des incapacités compromettant leur maintien à domicile, dont les personnes âgées, et ce, dans une vision partenariale renouvelée.
- La Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement.
- La Politique québécoise sur la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs, qui inclut la promotion de la santé cognitive et la prévention de ces maladies et propose des soins et services adaptés aux personnes et à leurs proches.
- La Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035, qui renforce l'action préventive dans une perspective populationnelle.
- La révision du Programme national de santé publique (PNSP) 2025-2035, qui redéfinit les priorités de santé publique en lien avec les territoires.
- La Stratégie conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de Santé Québec pour la protection de l'enfance (à venir).

En cohérence avec ces politiques, les orientations présentées dans ce document visent à soutenir Santé Québec et les établissements territoriaux dans l'actualisation de la responsabilité des CLSC auprès de leur population.

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION	1
1.1 Les services communautaires locaux : quelques clarifications nécessaires	2
1.2 Définition de la responsabilité de CLSC au regard de son territoire et de sa population.	3
2 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES.....	4
2.1 Le territoire de CLSC comme unité de planification	4
2.2 Une gouvernance de proximité à l'échelle des territoires de CLSC	8
2.3 Un ancrage territorial pour chaque personne.....	14
2.4 Rôles et responsabilités d'un CLSC	16
3 MISE EN ŒUVRE	27
3.1 Échéancier.....	27
3.2 Chacun dans son rôle.....	27
3.3 Suivi de mise en œuvre	29
4 CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Gouvernance des services communautaires locaux.....	8
Figure 2.	Relations entre les instances composant l'écosystème d'un territoire de CLSC	11

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAOR	Accueil-Analyse-Orientation-Référence
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CIETOC	Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
DMS	Durée moyenne de séjour
DTMF	Département territorial de médecine familiale
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF	Groupe de médecine de famille
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveau de soins alternatif
PCN	Primary Care Networks
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PNSP	Programme national de santé publique
PSL	Point de service local
RH	Ressource humaine
RLS	RSSS local de services
RSS	Région sociosanitaire
RTS	RSSS territorial de services
RUISSS	RSSS universitaire de santé et de services sociaux
SSPPCC	Suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés

LEXIQUE DES NOTIONS CLÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Citoyen

Les termes « citoyen » et « citoyenne » sont utilisés dans le sens sociopolitique du terme, et non juridique. Dans ce contexte, ils désignent l'ensemble des personnes vivant au Québec et participant à la vie collective, indépendamment de leur statut légal. Dans le contexte des centres locaux de services communautaires (CLSC), le citoyen est considéré comme acteur de sa santé et de son bien-être ainsi que partenaire dans la coconstruction des services locaux.

Établissement territorial

Unités administratives au sein de Santé Québec. Correspond à ce qui était – avant l'adoption de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS) – un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Gestionnaire local / gestionnaire de CLSC

Personne responsable du bon fonctionnement d'un CLSC, tel que prévu par la LGSSSS. Ce gestionnaire assure :

- la coordination des services communautaires locaux;
- la gouvernance territoriale;
- le leadership intersectoriel;
- la mobilisation des partenaires du territoire.

Personne

Terme générique désignant tout être humain, indépendamment de son statut dans le système de santé et services sociaux. Il permet d'inclure les individus qui ne sont pas nécessairement usagers de services.

Personnes proches aidantes

Le terme « personne proche aidante » désigne toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non.

Personne vulnérable

Une personne vulnérable est celle dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées. Une personne est en situation de vulnérabilité si, dans un contexte et un environnement donné, elle peut être blessée, attaquée ou atteinte d'une maladie ou d'une affection. La vulnérabilité dépend des capacités et des compétences d'une personne à défendre son intégrité et à se protéger de ce qui pourrait lui nuire. Elle dépend en grande partie du contexte et de l'environnement.

Réseau de la santé et des services sociaux

Ensemble structuré d'établissements, de partenaires et de services publics et communautaires qui œuvrent à la santé et au bien-être de la population. Il comprend :

- les établissements territoriaux et leurs différentes missions, soit :
 - centre local de services communautaires (CLSC);
 - centre hospitalier (CH);
 - centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
 - centre de réadaptation (CR);
 - centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ).
- les partenaires en santé et services sociaux (cliniques, cabinets, pharmacies, etc.);
- les organismes communautaires;
- les partenaires intersectoriels (municipalités, écoles, etc.).

Responsabilité populationnelle

Approche fondée sur l'objectif de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné. Elle vise à :

- répondre de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- réduire les inégalités de santé et à favoriser l'équité en santé.

Elle implique de développer des stratégies intersectorielles pour favoriser les actions, la collaboration et les partenariats entre les divers secteurs et rendre accessible un ensemble de soins de santé et de services sociaux pertinents et coordonnés et d'agir sur les déterminants de la santé.

Territoire de CLSC

Unité géographique de référence pour l'organisation de services communautaires locaux adaptés aux besoins de la population. Il comprend :

- des installations de CLSC (points de service officiels);
- des milieux de soins et services de première ligne (GMF, cliniques d'IPS, autres);
- des partenaires communautaires (pharmacies, groupes locaux).

Ce territoire est le socle de la responsabilité populationnelle et de l'ancrage des services de proximité.

Usager

Personne qui reçoit ou utilise des services de santé ou sociaux. Ce terme est parfois remplacé par « citoyen » ou « personne » pour refléter une approche plus inclusive et populationnelle.

Voisinage social et de santé

Ensemble de partenaires locaux (santé, services sociaux, communautaires, municipaux, scolaires, etc.) qui collaborent autour des besoins d'une population. Ce concept vise à créer un écosystème intégré, fluide et coordonné pour améliorer la trajectoire des personnes et réduire les ruptures de services.

1 INTRODUCTION

Le présent document présente les orientations ministérielles à l'intention de Santé Québec conformément à l'application des articles 22, 26, 28 et 29 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux*.

Avec le temps, l'organisation des soins et des services de première ligne s'est complexifiée, fragmentée et éloignée de ses fondements. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC), initialement conçus comme pivots territoriaux, ont vu leur mission s'éroder et perdre de sa cohérence. Les avis d'expertes et d'experts sont assez unanimes : le CLSC est dorénavant dévitalisé et désincarné de sa mission originelle¹. C'est dans cette perspective qu'une réorientation stratégique s'impose. Il ne s'agit pas de revenir en arrière, mais de s'appuyer sur les fondements structurants du modèle du CLSC : une organisation de services enracinée dans un territoire, arrimée à sa population, capable d'agir à la fois en proximité, en perspective globale du maintien de la santé, en coordination et en soutien aux autres acteurs de la première ligne.

Ce document expose les orientations ministérielles relatives à la responsabilité des CLSC auprès de la population de leur territoire. En cohérence avec la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS), ces orientations réaffirment le rôle structurant des CLSC dans l'organisation et la coordination des services communautaires locaux.

Cette vision repose sur des principes directeurs clairs :

- la subsidiarité²;
- la responsabilité populationnelle³;
- un ancrage territorial fort axé sur la proximité;
- une intégration intersectorielle;
- une souplesse organisationnelle et un allègement administratif;
- la communication, la collaboration, la complémentarité et le partenariat avec les différentes instances territoriales de soins et services.

Ce changement de cap marque une rupture assumée : délaisser la logique d'accès centré sur des programmes-services ainsi que les processus clinico-administratifs, pour privilégier un accès simplifié à des services intégrés répondant aux besoins de l'ensemble de la population du territoire.

¹ [Recueil_IUPLSSS_2025.pdf](#), p. 8.

² On entend par « principe de subsidiarité » : le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des usagers.

³ On entend par « responsabilité populationnelle » : « l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné, en : rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés, qui répond de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population; assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis; et agissant en amont sur les déterminants de la santé. » (Trottier L-H. La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau (Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle). 2013.)

1.1 Les services communautaires locaux : quelques clarifications nécessaires

Dans ce contexte, « communautaire » réfère à une population liée à un territoire et à des services de proximité, et non aux organismes communautaires.

Faisant partie intégrante de la première ligne, les services communautaires locaux sont définis au paragraphe 1° de l'article 4 de la LGSSSS. Ce concept constitue la référence officielle pour structurer les soins et services courants offerts en première ligne à la population sur un territoire.

Les services communautaires locaux regroupent un large éventail d'interventions de première ligne :

- des soins et services préventifs, curatifs, de réadaptation ou de réinsertion sociale;
- des activités de santé publique réalisées, notamment dans les milieux de vie, en lien avec les réalités locales.

Concrètement, les services communautaires locaux incluent notamment : les services médicaux, les soins infirmiers courants, les services périnataux, les services psychosociaux, le soutien à domicile pour les personnes présentant une perte d'autonomie, l'intervention psychosociale ou en santé mentale de première ligne, les services de dépistage et de vaccination, ainsi que l'orientation vers les ressources appropriées. Ils comprennent également l'accompagnement dans des situations de vulnérabilité.

Ces services sont déployés dans les communautés locales afin de répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population. Fondés sur des principes d'accessibilité et d'universalité, ils sont modulés selon les besoins et participent à l'organisation cohérente des trajectoires de soins et de services de première ligne.

Ils constituent ainsi la porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et forment le socle de l'organisation des soins et des services au Québec.

Il est essentiel de distinguer ces services communautaires locaux des autres ensembles prévus à l'article 4 de la LGSSSS, à savoir :

- les services hospitaliers (soins diagnostiques et spécialisés);
- les services d'hébergement et de soins de longue durée;
- les services de protection de la jeunesse;
- les services de réadaptation.

Les services communautaires locaux se caractérisent par une approche territoriale, populationnelle et intégrée. Ils se déploient sur l'ensemble d'un territoire et s'adressent à toute sa population.

Cette approche diffère de [l'architecture actuelle des programmes-services](#), qui, bien qu'utile pour structurer l'expertise, le financement et la reddition de comptes, est organisée autour de clientèles spécifiques ou de problématiques ciblées. Qui plus est, cette structure peut induire, de manière involontaire, une fragmentation des soins et des services offerts, nuire à la fluidité ainsi que limiter l'accès.

Or, les services communautaires locaux doivent être coordonnés et enracinés dans les communautés et conçus pour répondre aux besoins de la population, dans leur diversité, leur complexité et leur évolution.

Les présentes orientations ministérielles portent exclusivement sur les services communautaires locaux. Elles ne traitent donc pas des autres ensembles de services, bien que l'arrimage avec ces autres composantes du RSSS demeure essentiel à la continuité et à la qualité des soins et services.

1.2 Définition de la responsabilité de CLSC au regard de son territoire et de sa population.

Un territoire de CLSC est l'unité géographique de référence pour structurer les services communautaires locaux.

Ce territoire comprend une diversité d'installations publiques et d'organisations qui dispensent des soins et services de première ligne (ex. : CLSC, points de services locaux, cliniques, GMF, pharmacies communautaires, etc.).

Dans les installations du CLSC, les programmes-services offrent des services communautaires locaux à la population présentant des besoins liés à sa santé ou à son bien-être.

Un territoire de CLSC désigne une unité géographique de référence pour organiser l'offre de services communautaires locaux destinés à la population qui y réside ou qui occupe cet espace.

C'est à l'échelle de ce territoire que s'exercent la responsabilité populationnelle et l'ancrage des services de proximité. Il comprend des installations de CLSC et autres points de services où sont dispensés des soins et services par les équipes du CLSC (aire ouverte, sites de vaccination, etc.).

Toutefois, la prestation des soins et services communautaires locaux ne se limite pas aux installations de CLSC : elle peut également être offerte dans d'autres milieux, notamment dans des cliniques médicales, les écoles, les pharmacies, des milieux communautaires, ou directement dans les milieux de vie.

Il est donc fondamental de distinguer :

- le territoire de CLSC en tant qu'unité géographique de coordination et de responsabilité populationnelle;
- l'installation du CLSC qui constitue l'un des points de services au sein du territoire.

Cette distinction est essentielle pour construire une compréhension commune et cohérente de la responsabilité globale des CLSC.

Le [portrait des CLSC](#) réalisé précédemment met en évidence une grande variabilité d'interprétation de cette notion, ce qui renforce la nécessité de convenir d'un langage commun. Dans le présent document, le terme CLSC réfère à la notion territoriale.

2 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

2.1 Le territoire de CLSC comme unité de planification

Orientation 1 : Le territoire de CLSC constitue l'unité géographique de référence pour structurer les services communautaires locaux. Il doit être défini non pas comme une frontière figée, mais comme un espace vivant, cohérent avec les réalités sociales, économiques et démographiques locales.

Bien que la notion de territoire dans les services de proximité existe depuis plusieurs années, celle-ci était toutefois définie de manière plus générale dans les orientations ministérielles, par souci d'ouverture et d'adaptation à la diversité des réalités locales.

Cette approche a permis une certaine souplesse, mais elle a également engendré une ambiguïté opérationnelle qui limite la mise en œuvre concrète de la proximité, tant pour les équipes que pour les citoyens.

Or, pour que la population sente réellement les effets d'un virage vers les services de proximité – et pour donner corps aux principes du cadre de référence ministériel Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité (MSSS, 2023) –, il est nécessaire de concrétiser cette proximité dans une unité géographique, fonctionnelle et imputable de la dispense des services communautaires locaux.

C'est dans cette optique que le territoire de CLSC comme unité de planification apparaît être le niveau le plus pertinent :

- Il a été initialement utilisé pour l'organisation des services communautaires locaux;
- Il constitue le plus petit niveau de découpage sociosanitaire au Québec en matière de santé et de services sociaux.
- Il est suffisamment spécifique pour incarner une logique populationnelle réaliste et mobilisatrice (le Québec compte actuellement 166 territoires de CLSC couvrant en moyenne 51 266 personnes avec une médiane à 43 781).
- Il permet une compréhension fine et précise des communautés du territoire nécessaire à l'exercice de la responsabilité populationnelle (cartographie des communautés et aire de diffusion).
- Il permet une gestion et une coordination intégrées, harmonisées et intersectorielles avec l'ensemble des acteurs du territoire.
- Il offre une visibilité claire et reconnue pour la population qui peut identifier un point d'entrée et d'ancrage dans le système.

2.1.1 Explication de l'orientation ministérielle

Le territoire de CLSC constitue une unité géographique de proximité cohérente et représentative de la réalité territoriale spécifique, de même que des caractéristiques de la population qui l'habite ou l'occupe. Ce territoire doit être envisagé comme un espace vivant, façonné par les dynamiques démographiques, sociales et économiques locales, et non comme une frontière immuable. Ainsi, bien que les 166 territoires de CLSC définis actuellement servent d'unité de référence, ils ne doivent en aucun cas être considérés comme des finalités en soi.

La délimitation d'un territoire de CLSC doit viser à maximiser l'ancrage local, la capacité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'efficacité des services offerts à la population. La littérature et les expériences internationales soulignent plusieurs caractéristiques essentielles qui doivent guider la délimitation d'un tel territoire.

Le territoire doit être fondé sur une logique de proximité réelle. Cela signifie que la majorité des citoyens, incluant les personnes sans domicile fixe, doit pouvoir accéder aux services communautaires locaux sans rencontrer d'obstacles majeurs, que ce soit en termes de distance, de moyens de transport ou de barrières géographiques naturelles. Une proximité effective est indispensable pour favoriser la fréquentation des services de première ligne, soutenir les interventions préventives et maintenir un lien de confiance entre la population et le système de santé et services sociaux.

Territoire de RLS par rapport à territoire de CLSC

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, dont certains représentent un regroupement de territoires de CLSC, qui eux sont au nombre de 166.

Environ 40 % des RLS, soit 46 RLS, regroupent 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, dans la Capitale-Nationale, il y a 4 RLS avec 13 territoires de CLSC.

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 avec le territoire de CLSC du même nom.

La taille de la population desservie doit permettre à la fois une connaissance fine de la communauté et une capacité opérationnelle suffisante pour déployer des services diversifiés et pertinents. Les bonnes pratiques internationales en matière de services de proximité, notamment les *Primary Care Networks* (PCN) en Angleterre, les *Årees Bâsiques de Salut* (en français, « zones de santé de base ») en Catalogne et les modèles norvégiens, suggèrent qu'un bassin de population idéal se situe généralement entre 25 000 et 50 000 personnes⁴. Ce seuil permet d'atteindre un équilibre entre masse critique – nécessaire pour soutenir des équipes interdisciplinaires complètes – et conservation d'une échelle humaine favorisant la gestion de proximité⁵.

Il est également souhaitable que le territoire présente une cohérence suffisante au regard des déterminants sociaux de la santé, des profils d'utilisation des soins et services et des enjeux de santé publique. Il ne s'agit pas de rechercher une homogénéité stricte, mais bien de favoriser une compréhension claire et partagée des besoins de la population, de manière à soutenir une planification locale efficace, des actions ciblées pertinentes et un dialogue soutenu avec les communautés. Des territoires avec une trop grande hétérogénéité socioéconomique, culturelle ou en matière de santé complexifient l'identification des priorités réelles, ainsi que la mobilisation des partenaires, ou encore l'ajustement des soins et services aux réalités vécues sur le terrain.

⁴ [NHS England » Primary care networks](#)

⁵ Il convient toutefois de souligner que la pertinence de ces modèles repose aussi sur des facteurs systémiques complémentaires. L'un d'eux est la disponibilité des ressources professionnelles sur le territoire : par exemple, selon les données de 2021 de l'Organisation mondiale de la Santé, la Norvège compte environ 5,17 médecins par 1 000 habitants, contre 2,5 au Canada. La répartition régionale de ces ressources dans chaque administration est également déterminante pour assurer un accès équitable aux services, notamment dans les milieux ruraux ou à faible densité. Ainsi, bien que les seuils populationnels observés à l'international soient inspirants, leur transposition au contexte québécois doit impérativement tenir compte de la densité réelle de l'offre professionnelle disponible ainsi que de la capacité organisationnelle à la répartir stratégiquement sur l'ensemble des territoires.

Au-delà de la cohérence globale du territoire, il est essentiel d'avoir une compréhension juste des communautés qui le composent. Cela dit, il importe de préciser qu'aucun territoire, même bien délimité, n'est parfaitement homogène : des différences marquées peuvent exister à l'intérieur d'un même bassin de population, que ce soit sur le plan socioéconomique, culturel, démographique ou sanitaire. C'est pourquoi la planification populationnelle ne peut se limiter à des seuils globaux – aussi utiles soient-ils – comme celui d'environ 50 000 personnes. Elle doit aussi s'appuyer sur des outils d'analyse territoriale précis, notamment la cartographie des communautés⁶, l'utilisation des aires de diffusion définies par Statistique Canada, les données produites par les directions régionales de santé publique, des données contextuelles provenant des partenaires locaux et des données expérientielles provenant de la population, pour mieux comprendre les besoins de la population et la réalité territoriale. Cette granularité permet de mieux cerner les groupes à risque, d'ajuster les interventions selon les réalités locales et d'éviter de concevoir les services communautaires locaux selon une moyenne qui masquerait des vulnérabilités bien réelles.

De plus, la configuration territoriale doit également tenir compte de facteurs comme l'accessibilité physique ou géographique, l'éloignement rural ou territorial, les bassins de services naturels (zones d'attraction naturelle des citoyens pour leurs soins et services, leur travail, leur éducation) ainsi que les réalités administratives existantes (municipalités, MRC), pour éviter de créer des territoires artificiels sans cohérence avec la vie quotidienne des habitants.

2.1.2 Des territoires vivants et modulables

Le découpage actuel ne doit pas être perçu comme immuable. Les dynamiques démographiques, les changements sociaux, les réalités économiques ou encore l'évolution des besoins de santé de la population peuvent transformer la composition et les besoins d'une population au fil du temps. Dans ce contexte, il importe de maintenir une capacité d'ajustement des territoires, afin de préserver la pertinence de l'action locale.

Les établissements territoriaux de Santé Québec, peuvent – et doivent – demander une révision des limites territoriales lorsqu'une telle démarche est nécessaire pour mieux refléter l'évolution des besoins de la population et assurer une véritable adéquation entre le territoire desservi et les réalités vécues.

Toutefois, toute modification aux limites d'un territoire de CLSC peut entraîner des répercussions sur les découpages territoriaux supérieurs (RLS, RTS, RSS et RUISSS), qui sont construits à partir d'unités entières de CLSC. Ainsi, une telle révision implique un effet domino dans l'architecture territoriale du réseau sociosanitaire québécois. Il est important de souligner qu'aucune population ne peut se retrouver sans territoire de CLSC : toute personne résidant au Québec demeure rattachée à un territoire, même en cas de redécoupage. Cela dit, des ajustements territoriaux – s'ils sont mal communiqués ou trop fréquents – peuvent générer de la confusion chez les usagers, affecter la perception d'accessibilité et soulever des préoccupations quant à l'éloignement des services de proximité.

Il convient également de souligner que les territoires de CLSC sont utilisés par les autorités de santé publique comme unités de référence pour la production de données sociosanitaires, l'analyse épidémiologique et la conduite d'enquêtes longitudinales. Toute modification territoriale, même mineure, peut donc entraîner des conséquences méthodologiques importantes dans l'interprétation des tendances et des comparaisons dans le temps. Ainsi, une coordination avec

⁶ [Les orientations ministérielles en matière d'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées](#) stipulent que la cartographie de la communauté doit comprendre : les besoins, les ressources, les services et les collaborations. Elle doit être réalisée en mobilisant les savoir des personnes principales concernées, l'établissement, les partenaires communautaires privés et publics. Elle mobilise donc à la fois les savoirs scientifiques et populationnels ainsi que les savoirs expérientiels.

les équipes de santé publique paraît essentielle afin qu'elles puissent anticiper les ajustements requis dans leurs référentiels et leurs planifications d'analyse. Cette coordination vise à préserver l'intégrité des données, éviter les bris de séries historiques, et garantir une continuité dans la lecture des dynamiques sociales et sanitaires à l'échelle des territoires.

Dans ce contexte, un processus de traitement clair et rigoureux devra être établi entre Santé Québec, le MSSS et les autres partenaires (p. ex. : municipalités) afin d'encadrer les demandes de modification. Ce processus devra notamment déterminer le rôle des différents acteurs dans l'initiation, l'analyse et l'acceptation d'une demande, ainsi que préciser les conditions d'une telle démarche.

De plus, il sera essentiel d'évaluer les impacts potentiels – juridiques, administratifs, organisationnels et humains – et de prévoir des mécanismes de communication clairs à l'intention de la population, afin d'assurer la compréhension, l'adhésion et la stabilité des repères territoriaux. La flexibilité territoriale doit donc être exercée avec rigueur, transparence et dans une perspective de continuité des services pour les communautés concernées.

2.2 Une gouvernance de proximité à l'échelle des territoires de CLSC

Orientation 2 : La gouvernance de proximité des services communautaires locaux est organisée à l'échelle des territoires de CLSC.

La mise en œuvre d'une gouvernance territoriale de proximité forte à l'échelle des territoires de CLSC constitue une condition essentielle pour permettre l'exercice réel de la responsabilité populationnelle. Le CLSC devient un acteur clé de la planification, de l'animation et de l'organisation des services communautaires locaux sur son territoire, en collaboration et en coconstruction avec l'ensemble des partenaires communautaires et institutionnels du territoire (Figure 1).

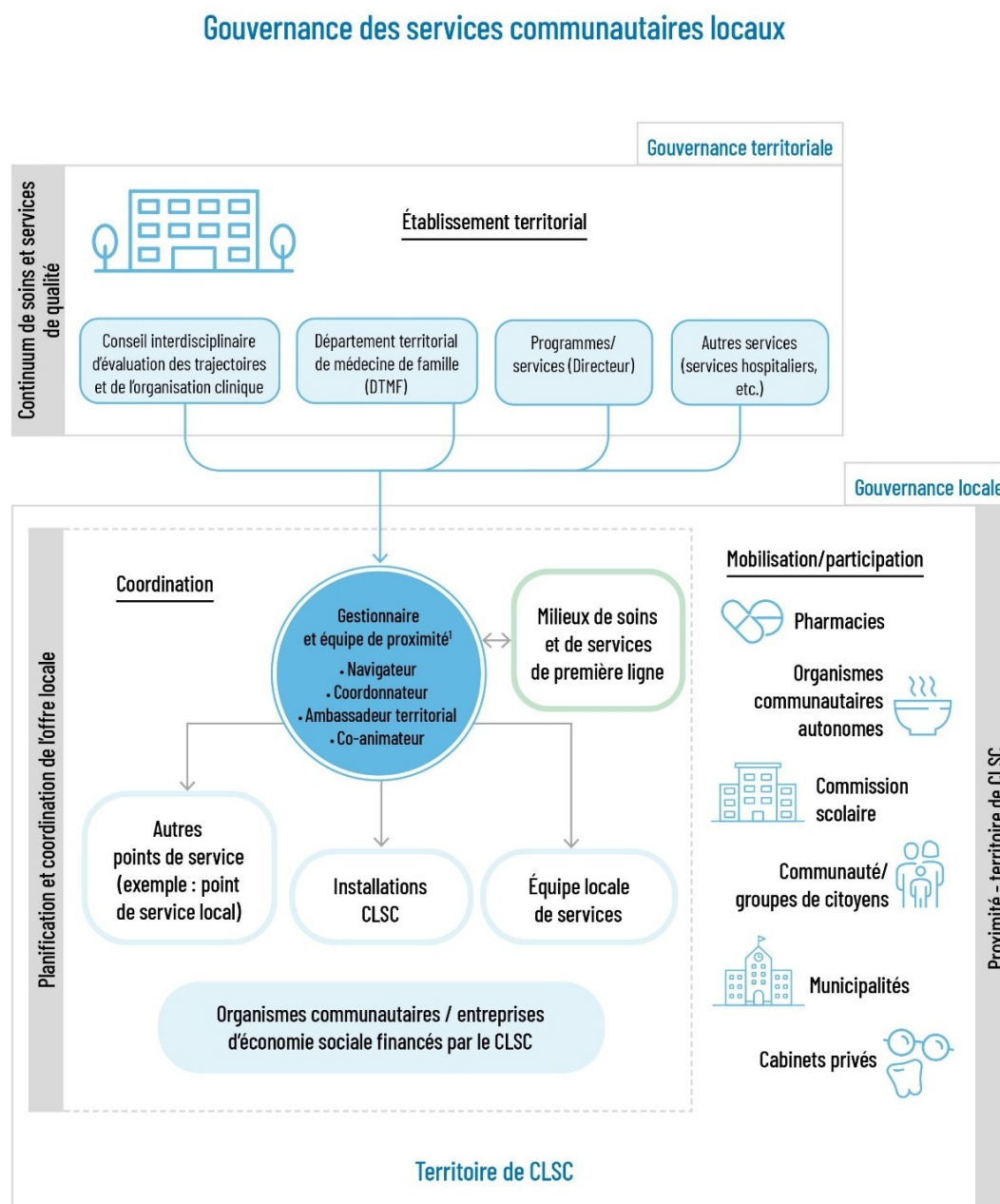


Figure 1. Gouvernance des services communautaires locaux

Cette gouvernance repose sur six principes directeurs :

- la subsidiarité;
- la responsabilité populationnelle;
- l'ancrage territorial axé sur la proximité;
- une intégration intersectorielle;
- une souplesse organisationnelle et un allègement administratif;
- la communication, la collaboration, la complémentarité et le partenariat avec les différentes instances territoriales de soins et services.

Ces principes permettent de redéfinir la gouvernance des services communautaires locaux à partir des réalités vécues dans les milieux, plutôt que depuis une logique strictement centralisée ou administrative.

2.2.1 Subsidiarité

La gouvernance locale du CLSC s'inscrit dans une logique de subsidiarité en cohérence avec l'article 32 de la LGSSSS. Elle reconnaît que les décisions doivent être prises au niveau le plus proche de l'action, là où se trouve la meilleure connaissance des besoins, des contextes et des possibilités d'agir. Cela suppose une délégation réelle des responsabilités opérationnelles au niveau du CLSC, appuyée par des leviers concrets, et non une simple exécution de directives centrales. Cette approche permet de faire émerger des solutions ancrées dans les réalités du terrain.

2.2.2 Responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population d'un territoire donné en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- agissant également en amont sur les déterminants sociaux de la santé.

Sans responsabilité populationnelle, l'établissement public et les autres organismes se limitent à offrir leurs services respectifs, de manière indépendante, aux individus qui en font la demande sans considérer les besoins de l'ensemble de la population ni fournir d'effort pour réduire la pression sur la demande de service en agissant en amont sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être.

Dans ce contexte, le CLSC doit assurer la complémentarité, de la continuité et de la fluidité de l'ensemble des services communautaires locaux offerts à sa population. Il exerce une responsabilité populationnelle en planifiant, en collaboration avec les partenaires locaux, une offre de soins et services adaptés aux besoins réels de la population de son territoire, qu'ils soient exprimés ou non. Cela implique la combinaison d'interventions universelles à visée collective ciblant les déterminants sociaux de la santé et du bien-être et d'interventions à visée individuelle, adaptées aux besoins spécifiques de segments de la population. La couverture populationnelle repose ainsi sur un principe d'universalisme proportionné : les actions sont offertes à l'ensemble de la population, mais avec une modalité et une intensité adaptées au niveau du besoin de santé et de défavorisation sociale. Cette responsabilité implique une redevabilité à l'égard de Santé Québec, mais également envers la population du territoire.

2.2.3 L'ancrage territorial axé sur la proximité

La gouvernance du CLSC s'appuie sur une connaissance fine et contextualisée du territoire. Elle se déploie dans une logique de proximité : proximité des enjeux, des partenaires intersectoriels, des populations. Cette proximité territoriale favorise une action agile et pertinente. Elle permet d'adapter les réponses aux réalités sociales, économiques, culturelles et géographiques locales, tout en favorisant l'émergence d'un véritable leadership intersectoriel de proximité, basé sur des relations horizontales.

2.2.4 L'intégration intersectorielle

La gouvernance territoriale repose sur une capacité d'intégration intersectorielle forte, au-delà du secteur de la santé et des services sociaux, pour mobiliser l'ensemble des partenaires du territoire. En effet, les déterminants de la santé et du bien-être se situent largement hors du champ médical ou social immédiat – ils touchent à l'habitation, à l'éducation, à la sécurité alimentaire, au transport, à l'environnement, à la vie communautaire et aux conditions de travail. Dans cette perspective, le CLSC agit comme catalyseur d'alliances locales durables, en décloisonnant l'action publique et en structurant un véritable réseau de proximité autour des besoins réels de la population.

Cette intégration intersectorielle permet de renforcer la cohérence des actions, de mutualiser les efforts, d'identifier les angles morts dans les trajectoires de service et d'intervenir en amont des problématiques. Elle repose sur une reconnaissance mutuelle des expertises, une convergence des objectifs et des mécanismes de coordination partagés avec l'ensemble des acteurs du territoire – qu'ils soient publics, communautaires, municipaux, scolaires ou parapublics.

2.2.5 Une souplesse organisationnelle et un allègement administratif

La gouvernance territoriale doit reposer sur des mécanismes simples, souples et fonctionnels, capables de soutenir une prise de décision agile et des réponses rapides aux enjeux émergents. Il s'agit de favoriser des espaces décisionnels efficaces, adaptés aux réalités de terrain. Cette souplesse organisationnelle est cruciale pour éviter les contraintes bureaucratiques et permettre une réelle capacité d'agir localement.

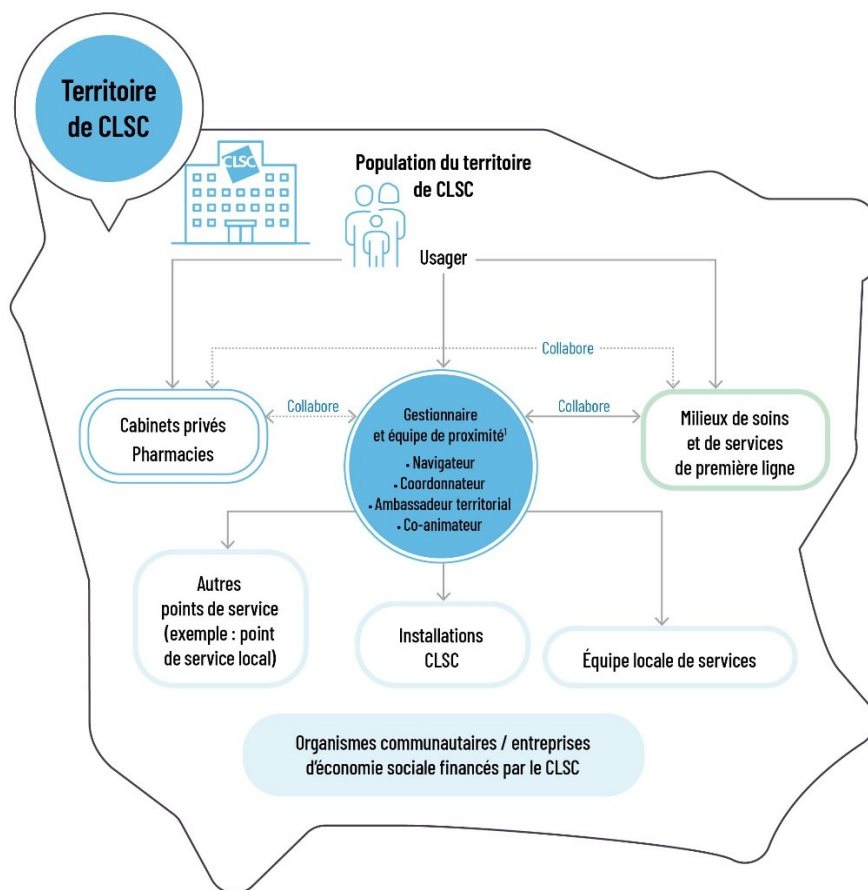
Cette agilité doit impérativement s'accompagner d'un allègement administratif : le CLSC ne doit pas être alourdi par des exigences multiples, des redditions fragmentées ou des processus de validation complexes qui nuiraient à sa réactivité. Au contraire, les mécanismes de soutien et de reddition doivent être recentrés sur l'amélioration de la qualité des soins et services, soit leur accessibilité, leur continuité, leur globalité et leur coordination, ainsi que sur l'impact réel sur la communauté, dans une logique de confiance et de responsabilité partagée.

L'orientation ministérielle portée ici vise à établir une gouvernance de proximité pleinement intégrée à la logique de responsabilité populationnelle. Le territoire de CLSC devient une unité reconnue et légitime, dotée des leviers nécessaires pour agir localement. Cette gouvernance territoriale incarne le virage vers un réseau centré sur les besoins des communautés, capable d'initiatives, de collaboration et d'innovation, dans un cadre clair de subsidiarité, d'agilité et de simplicité opérationnelle.

2.2.6 Communication, collaboration, complémentarité et partenariat avec les instances territoriales de soins et services

La gouvernance territoriale efficace repose également sur une dynamique continue de communication, de collaboration et de complémentarité entre les différentes instances territoriales de soins et services (**Figure 2**). Le CLSC, en tant que représentant de l'établissement territorial, ne peut agir seul : il s'inscrit dans un écosystème élargi au sein duquel la transparence des informations, la reconnaissance des rôles et la confiance entre les partenaires sont essentielles à

l'action collective. Cette posture collaborative implique une capacité à coconstruire des réponses adaptées avec les directions de programmes-services, les milieux de soins et services de première ligne, les organismes communautaires, les municipalités et les autres prestataires locaux. Elle nécessite également une articulation claire avec les mécanismes régionaux de gouvernance clinique et administrative, afin d'assurer un alignement entre les enjeux du terrain et les décisions prises à des échelons plus élevés. Le CLSC devient ainsi un acteur d'interface : il fait le pont entre les structures centrales et les réalités vécues, en portant la voix du territoire dans les instances décisionnelles, tout en traduisant localement les orientations nationales dans des modalités d'action concrètes et contextualisées.



¹ Un territoire CLSC de référence, porteur d'une responsabilité populationnelle globale, incluant les services de première ligne non médicaux (services courants, soutien psychosocial, santé mentale légère, santé publique, soutien à domicile léger, services sociaux) et agissant comme point de repère pour l'orientation vers les autres composantes du réseau.

Figure 2. Relations entre les instances composant l'écosystème d'un territoire de CLSC

2.2.7 Positionnement institutionnel des CLSC dans les établissements territoriaux

Le CLSC n'est pas une entité autonome. Il constitue une unité territoriale fonctionnelle rattachée à l'établissement territorial, dont la légitimité et la capacité d'agir reposent sur une délégation formelle du président-directeur général (PDG). Cette délégation lui confère un mandat explicite d'action locale, dans une logique de subsidiarité, de proximité et de responsabilité populationnelle. Un gestionnaire doit être désigné par les hautes autorités de l'établissement territorial pour assumer la responsabilité populationnelle des usagers d'un territoire de CLSC.

En tant que responsable de la gouvernance locale des services de première ligne, le CLSC agit à l'interface des programmes, des services, des partenaires et de la population. Il est piloté, tel que prévu à l'article 167 de la LGSSSS, par un gestionnaire de CLSC, appuyé par une équipe de coordination territoriale. Le gestionnaire de CLSC travaille en mode transversal et matriciel avec les directions de programmes-services, les autres services de santé et les services sociaux (les services hospitaliers, les services d'hébergement et de soins de longue durée, les services de protection de la jeunesse et les services de réadaptation), afin d'assurer une offre cohérente, adaptée et bien arrimée aux réalités du territoire.

Ce positionnement institutionnel s'exerce dans une triple logique d'approche collaborative :

- En réseau avec son établissement territorial. Les directions des programmes-services et les autres services collaborent activement avec le gestionnaire du CLSC pour assurer la globalité, l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins et services à travers un fonctionnement matriciel. Les directions administratives et de soutien (RH, logistique, services techniques) doivent également adopter une posture proactive et collaborative, afin de soutenir le bon fonctionnement des CLSC.
- En réseau avec les autres territoires de CLSC. Le CLSC collabore avec les autres territoires de l'établissement pour favoriser la cohérence régionale, le partage horizontal d'expertises et l'équité d'accès. Des mécanismes formels doivent être mis en place pour renforcer l'apprentissage mutuel et la concertation interterritoires.
- En réseau avec les acteurs du territoire. Le CLSC développe les liens avec les milieux de soins et services de première ligne, les partenaires communautaires, les municipalités et les autres partenaires intersectoriels. Il soutient une gouvernance de proximité enracinée dans les réalités sociales, économiques et culturelles de la population.

Le rôle du CLSC ne consiste pas à diriger l'ensemble de l'écosystème local, mais plutôt à agir comme catalyseur, facilitateur et coordonnateur. Il assure la circulation de l'information ainsi que le maillage entre les partenaires et la population afin que les politiques ministérielles – en matière de première ligne, de prévention, de soutien à domicile, etc. – soient traduites dans des modalités concrètes d'action sur le territoire, en tenant compte des spécificités locales.

2.2.8 Éviter une gouvernance territoriale bureaucratique

La gouvernance territoriale portée par le CLSC ne doit en aucun cas devenir une strate administrative supplémentaire. Elle doit incarner une réelle subsidiarité, au service de l'action de terrain, avec une capacité d'adaptation rapide et contextualisée aux besoins de la population.

L'objectif est clair : faire de la gouvernance territoriale un levier d'impact et favoriser l'agilité, l'ancrage local et une capacité concrète d'organisation et de coordination des soins et services sur le terrain.

Les conditions de succès sont :

- le soutien actif par les structures administratives de l'établissement territorial (RH, approvisionnement, finances, infrastructures), pour alléger la charge bureaucratique du CLSC;
- l'accès rapide et efficace, aux données pertinentes soutenant la prise de décisions;
- la centralisation et la simplification des redditions de comptes de manière à éviter les doublons;
- la délégation explicite et réelle de la capacité d'agir, sans multiplier les contrôles ou les autorisations à obtenir, de façon à favoriser la marge de manœuvre locale;
- la culture de confiance.

Cette orientation vise à réconcilier les concepts de proximité, d'agilité et d'imputabilité, dans une logique où la gouvernance de proximité constitue un catalyseur de réponse locale intégrée, rapide et efficace afin de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

2.2.9 Une structure à adapter localement

Une structuration souple et cohérente avec les réalités du terrain est de mise pour l'adhésion et l'applicabilité de l'orientation relative à la gouvernance territoriale de proximité. La mise en œuvre de cette orientation, à travers les rôles de navigateur, de coordonnateur, de leader intersectoriel et de coanimateur, nécessite des ressources humaines, informationnelles et organisationnelles. Le choix des moyens de structuration appartiendra à Santé Québec, qui veillera à coordonner les actions des établissements territoriaux.

Les conditions de succès reposent sur :

- l'adaptation par les territoires des mécanismes de gouvernance selon leur taille, leur complexité et leur écosystème;
- le repositionnement stratégiquement des ressources humaines existantes;
- la mobilisation des leviers prévus dans la LGSSSS pour soutenir Santé Québec dans la transformation;
- une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés;
- un travail en mode matriciel avec les directions des programmes-services.

Un soutien structurant doit être assuré sans alourdir la mission : le CLSC doit pouvoir se consacrer à la gestion de proximité, sans être absorbé par des exigences bureaucratiques.

2.3 Un ancrage territorial pour chaque personne

Orientation 3 : Chaque citoyen est formellement rattaché à un territoire de CLSC, en complément d'une affiliation à un milieu de soins et services de première ligne (ex. : GMF, clinique d'IPS) et d'une association à un répondant principal dans ce milieu. Cet ancrage favorise une réponse globale, coordonnée, intégrée et de proximité aux besoins. Le CLSC devient ainsi le référent territorial pour l'accessibilité aux services communautaires et un filet de sécurité pour les personnes en situation de vulnérabilité ou qui n'ont pas de professionnel ou de milieu désigné.

La Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne assure à chaque personne un rattachement à un territoire de CLSC, l'affiliation à milieu de soins et services de première ligne, dans lequel au moins un médecin ou une IPS offre des services assurés au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* (ci-après : milieu d'affiliation), en plus d'une association à un répondant principal dans ce milieu.

Le CLSC est responsable de garantir l'accessibilité et la coordination des services communautaires locaux pour l'ensemble de la population résidant sur son territoire, incluant les personnes sans domicile fixe. Chaque personne est donc officiellement rattachée à un territoire de CLSC et aura un territoire de CLSC désigné de manière formelle. Cette désignation territoriale engage une responsabilité en termes d'accueil et d'orientation vers les services pertinents.

Ce rattachement territorial n'empêche toutefois pas la personne de recevoir des services de santé ou des services sociaux auprès d'un professionnel, d'un intervenant ou d'un établissement de son choix, même si ceux-ci ne relèvent pas de son territoire de CLSC ou de son milieu de soins et services de première ligne, conformément à l'article 9 de la LGSSSS.

Dans la mesure du possible, il est souhaité que le milieu de soins et services de première ligne d'une personne soit situé sur son territoire de CLSC. Cette proximité géographique favorise les arrimages, renforce la continuité des trajectoires et facilite la coordination entre les prestataires locaux de soins et services (voisinage social et de santé). Toujours conformément à l'article 9 de la LGSSSS, une telle concordance n'est toutefois pas obligatoire.

La désignation du territoire de CLSC est établie en fonction du lieu de résidence permanente, ou selon les modalités établies pour certaines situations incluant notamment une personne ne disposant pas d'un lieu de résidence fixe. Cette approche permet d'assurer que toute personne – y compris celle qui est en situation de précarité ou d'itinérance – bénéficie d'un ancrage territorial clair pour l'accès aux services communautaires locaux et qu'aucune trajectoire ne demeure sans point de repère dans le RSSS.

L'ancrage territorial contribue à renforcer la navigation dans le système, tant pour les usagers que pour les intervenants et les professionnels. Ainsi, le milieu de soins et services de première ligne et les intervenants du RSSS peuvent facilement identifier le CLSC approprié pour référer un usager, afin qu'il accède à des services complémentaires ou qu'un plan de services partagé soit organisé avec les acteurs concernés. Les autres partenaires publics ou privés du territoire disposent également d'un repère pour travailler en coordination et en concertation, dans un esprit de voisinage social et de santé de la population de leur territoire.

Au-delà de son rôle de prestataire de services communautaires locaux, le CLSC constitue également une porte d'entrée vers les autres ensembles de services prévus à l'article 4 de la LGSSSS⁷. Ainsi, le CLSC agit comme pierre angulaire en matière d'accès et de continuité aux

⁷ Les services hospitaliers, les services d'hébergement et de soins de longue durée, les services de protection de la jeunesse et les services de réadaptation.

soins et services, et ce, en complémentarité avec d'autres modalités favorisant l'accessibilité à d'autres types de prestations de soins et de services comme le Centre de répartition des demandes de services (CRDS) ou le Mécanisme d'accès en santé mentale.

Le CLSC facilite le parcours de soins des personnes et soutient la transition entre les équipes ou les milieux de soins et services. À titre d'exemple, lorsqu'une personne termine un épisode de soins ou de services spécialisés, une hospitalisation, un épisode de réadaptation ou encore un service relevant de la protection de la jeunesse, le CLSC devient le point d'ancrage désigné pour assurer la continuité dans le milieu de vie et en soutien à domicile. À cet effet, il soutient les transitions, favorise l'accès à des soins globaux, continus et coordonnés dans la communauté.

Ce principe est clair et opérationnel : il formalise la responsabilité populationnelle, en garantissant que chaque personne soit rattachée à un territoire de CLSC pour l'ancrage dans l'écosystème local de soins et de services.

Santé Québec, dans le cadre du plan d'action visant la mise en œuvre de ces orientations ministérielles, verra à déposer une proposition de mécanisme qui confirmera à chaque personne son CLSC d'appartenance ainsi qu'un échéancier.

2.4 Rôles et responsabilités d'un CLSC

Orientation 4 : Le CLSC agit comme référence de proximité pour sa population et son territoire, pour les services communautaires locaux en s'appuyant sur quatre rôles complémentaires et structurants : Navigateur; Coordonnateur territorial; Leader intersectoriel; Co-animateur.

2.4.1 Le rôle de navigateur

Enjeux

La multiplication des guichets d'accès crée une fragmentation dès le départ du parcours de l'utilisateur. Chaque guichet d'accès répond à une partie de la situation ou à un seul besoin, souvent en fonction de critères d'admissibilité, de niveaux de priorité ou de programmes-services initialement concernés. Pour la personne, cela se traduit trop souvent par un parcours complexe, marqué par le besoin de « cogner à plusieurs portes », d'attendre, de répéter son histoire ou d'être référée ailleurs. Cela entraîne le manque d'une vision holistique et globale des soins et services à offrir à l'utilisateur.

Cette complexité affecte d'autant plus les personnes sans répondant principal ou milieu d'affiliation désigné –, mais touche également des usagers déjà pris en charge qui perdent le fil entre les étapes, les services et les transitions. L'idée même de « porte d'entrée » s'est diluée dans un système de santé et de services sociaux aux mécanismes d'accès multiples et non arrimés.

L'absence de processus harmonisés dans les mécanismes d'accès complexifie l'accès aux soins et services pour la population.

Enfin, l'accès numérique variable à de l'information constitue un frein à l'accès aux soins et services. Le manque d'une information en ligne claire et à jour sur les services communautaires disponibles et les modalités pour y accéder complique l'orientation des personnes, particulièrement dans un contexte où les parcours d'accès reposent de plus en plus sur des démarches numériques.

Rôle de navigateur

Dans ce contexte, le CLSC est appelé à jouer un rôle structurant de navigateur pour les personnes de tous âges de l'ensemble de la population de son territoire. Il devient ainsi un point d'ancrage clair, humain et accessible, permettant à toute personne d'avoir une réponse adaptée à son besoin de la part du RSSS et de s'y orienter efficacement.

Le rôle de navigateur consiste à offrir une porte d'entrée à tous, peu importe le statut ou à la nature du besoin. Il consiste à accueillir la personne, l'écouter, analyser son besoin, y répondre et en assurer le suivi. Le CLSC assure une réponse de proximité, structurée et adaptée aux besoins de la population, dans une approche globale en orientant la personne vers le bon soin ou service.

Cette responsabilité repose sur trois leviers concrets :

- un accueil de proximité, physique, numérique et téléphonique, bien structuré, à bas seuil d'exigence⁸, accessible sans rendez-vous ni inscription préalable;

⁸ Bas seuil d'exigence : Approche d'accueil qui minimise les conditions préalables à l'accès (ex. : absence de référence médicale, de documentation formelle ou de rendez-vous), afin de rejoindre efficacement les personnes en situation de vulnérabilité ou celles moins familières avec le système de santé.

- une capacité d'analyse des besoins populationnels, qui tient compte des déterminants sociaux de la santé et de la complexité des situations vécues. Pour cela il s'appuie sur une logique d'Accueil-Analyse-Orientation-Référence (AAOR), qui permet d'assurer qu'aucune demande, même imprécise ou inclassable, ne soit laissée sans réponse ni suivi;
- une fonction d'orientation et de suivi rigoureuse, avec des mécanismes de relance et d'arrimage entre les portes d'entrée, pour éviter que des demandes ne tombent dans un angle mort. Le CLSC ne constitue pas seulement une porte d'entrée parmi d'autres, mais agit comme point de convergence et de coordination des différents mécanismes d'accueil sur son territoire, en alignement avec les orientations ministérielles.

Le CLSC applique le principe du « *No wrong door* »⁹. Il agit comme filet de sécurité pour les personnes isolées, qui n'ont pas de professionnel ou de milieux de soins et de services désigné, tout en offrant un accès pour l'ensemble de la population.

Il joue également un rôle de leadership local dans l'accès par sa population aux mécanismes d'accès et dans l'harmonisation des pratiques d'accueil et d'analyse dans les milieux de soins et services de première ligne, aux guichets spécialisés, au GAP, au 811 et aux autres points d'accès incluant les autres services de la LGSSSS. L'objectif est clair : peu importe la porte d'entrée, l'utilisateur obtient une réponse cohérente, adaptée et équitable.

Le navigateur cherche à répondre à un besoin en orientant vers les services pertinents, tout en assurant la continuité des soins et services en limitant la fragmentation du parcours patient.

Le CLSC soutient une utilisation judicieuse et pertinente des services de santé et de services sociaux à l'échelle individuelle. Il veille à faire connaître les services disponibles sur son territoire et à orienter les personnes vers les bons prestataires, au bon moment, en fonction de la nature du besoin. Cette approche vise notamment à éviter une surutilisation des milieux de soins et services de première ligne.

Le CLSC comme unique porte d'entrée pour les citoyens?

Les présentes orientations ne remettent aucunement en question la pluralité actuelle des portes d'entrée du système de santé et de services sociaux. L'objectif n'est pas de faire du CLSC l'unique canal d'accès, mais de garantir qu'il existe, pour chaque personne, un filet de sécurité territorial et accessible.

Ainsi, le CLSC ne remplace pas les guichets spécialisés, les milieux de soins et services de première ligne, les services Info-Santé et Info-Social, les plateformes d'orientation en ligne, les initiatives communautaires ou les autres points d'accès existants, mais travaille en coordination avec ces milieux.

Il agit en complémentarité, en assurant que toute personne ayant un besoin de services de santé ou de services sociaux, peu importe sa situation ou son point d'entrée initial, ne soit jamais laissée sans réponse.

Le rôle de navigateur du CLSC s'inscrit donc dans une perspective inclusive et populationnelle, sans exclusion ni redondance. Il ne vise pas à centraliser l'accès, mais à garantir qu'il n'y ait aucune porte fermée pour la population de son territoire.

Ce rôle s'exerce en présentiel, ainsi que dans l'espace numérique. Le CLSC doit avoir une présence en ligne facile à trouver et intégrée aux services existants comme le 811 ou Votre Santé.

Ce rôle de navigation ne bénéficie pas uniquement à la population : le CLSC agit également comme point d'orientation pour les prestataires de soins et de services publics, communautaires ou privés du territoire. Dans un écosystème local où les partenaires interviennent souvent sur une

⁹ Le principe de « *No Wrong Door* » signifie que peu importe la porte d'entrée empruntée par une personne dans le réseau de la santé et des services sociaux, elle obtient une réponse adaptée, coordonnée et équitable. Dans ce modèle, aucune demande n'est laissée sans suite, même si elle ne correspond pas immédiatement à un programme ou à une catégorie de service.

portion du parcours de l'utilisateur, il est essentiel que chacun sache à qui se référer. En cela, le CLSC soutient une connaissance partagée des soins et services pouvant répondre aux besoins des usagers. Tous les intervenants et professionnels de la santé et des services sociaux de l'ensemble des secteurs et milieux doivent pouvoir s'appuyer sur le CLSC pour référer une personne dont la situation nécessite un arrimage avec d'autres services.

Ce rôle de référent local pour les partenaires de première ligne renforce non seulement l'accessibilité, mais aussi la cohérence de l'intervention de chacun des acteurs sur le territoire.

2.4.2 Le rôle de coordonnateur territorial

Enjeux

L'un des principaux défis du système de santé réside dans la fragmentation des soins et services. En CLSC, l'offre repose sur une diversité de programmes-services, chacun doté d'une autorité hiérarchique et clinique. Ce mode d'organisation, renforcé par un financement par programmes-services, a contribué à une discontinuité dans les trajectoires de soins et services, à une perte d'agilité dans les interventions ainsi qu'à une absence de pilotage local unifié.

Cette fragmentation se reflète également dans les liens parfois limités ou peu formalisés avec les partenaires de première ligne, tant privés que communautaires, qui font pourtant partie intégrante de l'écosystème local et dont la contribution est essentielle pour assurer une réponse globale, cohérente et accessible aux besoins de la population.

Pour les usagers, cette organisation se traduit par des parcours de soins et services morcelés, caractérisés par des transitions peu fluides et souvent mal coordonnées, notamment en ce qui concerne la circulation de l'information clinique. Les CLSC, bien que lieux centraux de prestation, ne disposent pas toujours des leviers nécessaires pour assurer une cohérence d'ensemble de l'offre locale de soins et de services, ce qui limite la capacité du réseau à répondre de manière intégrée aux besoins complexes de la population.

L'absence d'une entité clairement désignée responsable pour accompagner les usagers dans certaines situations, notamment lors d'un retour d'hospitalisation ou à la suite d'un épisode de soins et de services qui ne relève pas d'un programme-service spécifique, compromet la continuité des soins et services et peut entraîner des ruptures, particulièrement pour les personnes en situation de vulnérabilité.

Ces constats soulignent l'importance de doter les CLSC d'un rôle transversal, visant à garantir à la population une réponse cohérente, pertinente et coordonnée.

Rôle de coordonnateur territorial

Dans le cadre de la réaffirmation de la responsabilité populationnelle du réseau, le CLSC devient l'unité opérationnelle de coordination des services communautaires locaux sur son territoire. Il agit comme coordonnateur pour l'ensemble des soins et services de première ligne offerts à la population du territoire.

Ce rôle structurant vise à ce que l'ensemble des soins, des services et des ressources de première ligne — qu'ils s'adressent à la population générale ou à des problématiques spécifiques — soient planifiés, coordonnés et offerts à l'échelle du territoire de CLSC, sous la responsabilité du gestionnaire local. Celui-ci est imputable de l'accessibilité, de la continuité et de la pertinence des services, et dispose de l'autorité requise sur les ressources déployées, indépendamment de leur rattachement programmatique initial.

Cette approche favorise le décloisonnement des pratiques, la complémentarité des expertises et une réponse plus intégrée aux besoins de la population. Elle permet également une meilleure agilité opérationnelle, en donnant au gestionnaire local la capacité d'ajuster rapidement les

actions en fonction des enjeux du territoire, sans dépendre de processus hiérarchiques complexes.

Le CLSC prend en charge la dimension populationnelle et territoriale des soins et services, en assurant une continuité et une coordination de l'offre.

Ce rôle permet :

- une meilleure coordination entre le milieu de soins et services de première ligne clinique et le réseau de la santé et des services sociaux de proximité;
- une couverture complète des besoins courants des personnes dans leur milieu de vie;
- une plus grande agilité pour répondre aux vulnérabilités émergentes ou non catégorisables;
- une répartition des responsabilités au sein du réseau.

Le CLSC adopte également une posture proactive et inclusive auprès des clientèles vulnérables (situation de précarité, personnes isolées, et personnes âgées de son territoire). Il veille à ce qu'une réponse soit apportée à l'ensemble de leurs besoins, qu'ils soient exprimés ou non. Il assure un arrimage fluide entre les trajectoires de soins et de services, en évitant les redondances, les ruptures ou les dédoublements de soins et de services.

Arrimage avec les directions des programmes-services

Dans ce modèle renouvelé, les directions dont relèvent les programmes-services au sein des établissements territoriaux de Santé Québec conservent leur rôle d'expert clinique, mais voient leur mandat évoluer profondément. La relation entre les directions des programmes-services et le gestionnaire de CLSC s'inscrit dans un fonctionnement matriciel : chacun agit dans son champ d'expertise et de responsabilité, mais en interaction constante, avec un partage formalisé des leviers décisionnels et opérationnels.

Le gestionnaire de CLSC, en tant que responsable populationnel de son territoire, détient l'autorité requise pour orchestrer localement les soins et services dans une logique souple, intégrée et transversale. Il assure la coordination quotidienne des équipes cliniques et valorise l'ensemble des expertises disponibles, au-delà des cloisonnements programmatiques.

Dans ce contexte, le rôle des directions de programmes-services s'articule dorénavant autour de l'accompagnement, du soutien et de la fourniture des outils nécessaires aux équipes locales. Elles doivent notamment :

- offrir un appui clinique continu aux équipes du CLSC, par des mécanismes de supervision fonctionnelle, de consultation et de suivi spécialisés, ainsi que d'activités de mentorat et de coaching;
- développer des outils cliniques : guides de pratiques, formations, procédures d'intervention, outils d'évaluation, etc.;
- assurer l'harmonisation régionale afin d'offrir une cohérence interterritoriale tout en laissant une souplesse pour l'adaptation locale.

Ce soutien doit s'adresser tant aux gestionnaires qu'aux intervenants et professionnels de première ligne. Il vise à rendre l'expertise des programmes-services accessible, mobilisable et directement utile dans l'action quotidienne sur le territoire. La mise en place d'un modèle matriciel permet ainsi aux directions de programmes-services de jouer un rôle de partenaires actifs dans la prestation des soins et services de première ligne.

Enfin, les directions de programmes-services au sein des établissements du réseau doivent adapter leurs pratiques afin d'exercer leur rôle stratégique au service des CLSC. Cette évolution implique un ajustement de leurs modes de fonctionnement, de leurs outils et de leur gouvernance interne, de manière à mieux soutenir les gestionnaires et les équipes locales et à répondre de façon plus efficace aux besoins exprimés sur le terrain.

Arrimage avec les milieux de soins et services de première ligne

L'efficacité du rôle de coordonnateur territorial du CLSC repose en grande partie sur la qualité de son arrimage avec les milieux de soins et services de première ligne présents sur son territoire.

Pour que la coordination fonctionne, il est essentiel d'organiser un véritable dialogue de proximité entre les équipes cliniques des milieux de soins et services de première ligne et celles des CLSC.

Cet arrimage repose sur trois éléments clés :

- Une connaissance mutuelle des rôles et services. Chaque milieu de soins et services de première ligne doit savoir précisément quels services sont disponibles dans le territoire de CLSC de référence de l'utilisateur, et comment y référer rapidement et efficacement.
- Des mécanismes structurés de collaboration. Des plans de soins et services partagés, des rencontres cliniques locales, ainsi que des procédures de communication simples et sécurisées doivent permettre une coordination fluide entre les intervenants et les professionnels des milieux impliqués auprès d'un même patient.
- Un pilotage territorial clair. L'équipe du CLSC, en tant que responsable populationnel, agit comme point de contact pour les partenaires locaux, afin de soutenir l'orientation vers les autres soins et services.

Cette responsabilité partagée est freinée par un enjeu de taille : la circulation de l'information clinique. À cet égard, la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* et la LGSSSS offrent des leviers structurants pour repenser l'architecture des systèmes cliniques d'information. Avec le temps et les bons leviers, il sera possible de poser les bases d'un véritable système intégré d'information territoriale, au service de la continuité et de la coordination des parcours de soins. C'est une condition essentielle pour permettre aux partenaires de proximité de fonctionner en réseau, au bénéfice des citoyens.

Cela inclut non seulement l'information clinique individuelle, mais aussi l'information sociosanitaire populationnelle, notamment celle produite par la santé publique, qui constitue un levier essentiel pour éclairer les choix organisationnels, soutenir la planification populationnelle et renforcer la responsabilité populationnelle sur chaque territoire.

Gestion des grands utilisateurs de soins et services

La mise en œuvre du rôle de coordonnateur territorial constitue un levier structurant pour améliorer la prise en charge des grands utilisateurs de soins et de services¹⁰. Ces usagers, souvent fragilisés par une combinaison de conditions cliniques multiples et de déterminants sociaux de la santé défavorables, cumulent les épisodes de soins et de services dans un réseau encore trop fragmenté, où les responsabilités sont éclatées et les transitions peu fluides.

Dans cette perspective, le CLSC devient l'unité d'orchestration territoriale capable d'offrir des soins et services collaboratifs, intégrés et adaptés à leurs besoins, en arrimage étroit avec le milieu de soins et services de première ligne clinique.

¹⁰ Ces grands utilisateurs se caractérisent par une combinaison de maladies chroniques physiques, de problèmes de santé mentale et/ou d'une précarité socioéconomique. Un critère important pour être considéré un grand utilisateur de soins : six consultations ou plus à l'urgence dans la dernière année.

Concrètement, cette coordination intégrée permet :

- une planification conjointe des trajectoires entre les équipes médicales et les services communautaires locaux;
- la coconstruction de plans de soins et de traitements, ainsi que des services partagés, adaptés à la complexité des situations;
- l'identification proactive des personnes ayant des besoins complexes ou à risque de rupture de soins et services, pour atténuer les impacts des maladies, des blessures ou des problèmes psychosociaux qui ne peuvent être prévenus;
- la désignation d'un intervenant pivot pour chaque grand utilisateur au sein du CLSC, en soutien à l'équipe clinique;
- une réponse aux besoins relatifs aux transitions des soins et des services afin de faciliter le retour et le maintien à domicile;
- une réduction de la pression sur les services spécialisés, grâce à une prise en charge plus judicieuse en première ligne et facilitant une navigation entre les différents niveaux de soins et services.

L'approche **V1SAGES**

Déployée avec succès au Québec, cette approche de gestion de cas et d'intervention pivot favorise une coordination interprofessionnelle et intersectorielle centrée sur le projet de vie des personnes ayant des besoins complexes. Elle améliore significativement leur sentiment de sécurité, réduit leur détresse psychologique et diminue le recours aux urgences.

En intégrant les principes de V1SAGES – repérage systématique, plans de services individualisés, partenariat avec l'utilisateur et sa famille, coordination proactive, etc. –, le CLSC renforce sa capacité à offrir une réponse adaptée à la population de manière cohérente, humaine et efficace.

Cette intégration permet aussi de soutenir le développement des compétences locales, de structurer les liens avec les milieux de soins et services de première ligne et les partenaires communautaires, ainsi que de rendre la trajectoire de soins et de services plus fluide et intégrée.

Arrimage avec le directeur médical du département territorial de médecine familiale (DTMF)

La mise en œuvre de la responsabilité populationnelle sur chaque territoire appelle une cogestion clinico-administrative entre l'équipe du CLSC et le directeur médical du DTMF, afin d'assurer un alignement opérationnel entre l'organisation des soins médicaux de première ligne et l'offre locale de services communautaires locaux.

L'équipe du CLSC joue un rôle actif dans la concertation territoriale, en réunissant l'ensemble des prestataires de soins et services du territoire, y compris les médecins de famille et le DTMF (ou son représentant), afin de coordonner l'action sur le terrain, de partager les enjeux locaux, et d'organiser les réponses aux besoins de la population de manière concertée et complémentaire. Il peut contribuer à la structuration d'espaces de dialogue clinique de proximité (ex. : comités territoriaux cliniques, cellules de coordination interprofessionnelle).

Cette coordination est le prolongement de l'ancrage territorial et de l'affiliation à un milieu de soins et services de proximité. Pour que cette coordination fonctionne, le DTMF et le gestionnaire de CLSC doivent agir en complémentarité, dans une vision populationnelle partagée, enracinée dans les réalités du territoire.

Arrimage avec les services hospitaliers dans le contexte du suivi des séjours et de la planification précoce et conjointe de congé (SSPPCC)

En cohérence avec les balises opérationnelles de la Trajectoire fluidité : suivi des séjours et planification précoce et conjointe des congés (SSPPCC), le CLSC, dans son rôle de coordonnateur territorial, joue un rôle central dans le soutien à la fluidité hospitalière des services hospitaliers. En tant que responsable populationnel, il contribue à organiser le retour des usagers de son territoire vers leur milieu de vie, dès qu'un séjour à l'urgence ou en hospitalisation est amorcé. L'objectif du SSPPCC est de réduire les durées moyennes de séjour (DMS), de diminuer le nombre de personnes en niveau de soins alternatif (NSA), et d'améliorer l'expérience des usagers.

L'implantation du SSPPCC repose sur des arrimages précoces et systématiques entre les équipes du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et celles du CLSC. La planification du congé devient alors une responsabilité partagée, amorcée dès les premières heures du séjour, qu'il s'agisse d'un usager connu ou non connu du CLSC.

Les objectifs de l'arrimage sont :

- d'assurer une communication bidirectionnelle rapide, fluide et efficace entre les milieux hospitaliers et communautaires dans les premières 24 à 48 heures suivant l'admission;
- de favoriser une planification concertée du congé, centrée sur les besoins réels de l'utilisateur dans son milieu de vie;
- de soutenir un retour sécuritaire, adapté et coordonné, évitant les réadmissions inutiles et assurant une continuité des soins.

Le CLSC s'affirme ainsi comme partenaire clé du CHSGS pour assurer une transition fluide et sécuritaire entre l'hôpital et le milieu de vie, dans une logique de coresponsabilité populationnelle.

Arrimage avec le Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC)

Le CIETOC, implanté dans chaque établissement de Santé Québec, joue un rôle central au regard des trajectoires de services cliniques au sein d'un territoire. Cette instance peut contribuer au décloisonnement des pratiques entre les différents programmes – qu'il s'agisse de santé physique, de services sociaux ou de santé mentale – ainsi qu'entre les professions. Le CIETOC, tel que prévu à l'article 189 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (LGSSSS), doit notamment produire des recommandations sur l'organisation clinique et les trajectoires de soins et de services, dans une perspective populationnelle.

Par sa fonction, le CIETOC démontre une influence structurante pour l'organisation locale des soins et services. Les CLSC, en tant qu'acteurs de proximité, ont un rôle clé à jouer dans la mise en œuvre territoriale des recommandations issues de ce conseil et entérinées par le PDG de l'établissement. Cela se traduit notamment par la coordination interprogrammes à l'échelle locale, le soutien à la pratique interdisciplinaire de proximité, ainsi que l'animation d'écosystèmes territoriaux cohérents avec les orientations cliniques régionales.

Il est nécessaire d'articuler la portée des travaux réalisés par le CIETOC avec les mécanismes de gouvernance de proximité portés par les CLSC. Cette articulation est essentielle pour assurer une responsabilité populationnelle intégrée, permettant aux orientations et décisions stratégiques régionales de se traduire en actions concrètes, cohérentes et adaptées aux réalités territoriales.

En assurant l'alignement des recommandations cliniques avec les contextes locaux, le CLSC agit comme un levier de transformation du réseau. Il devient le point d'ancrage de la mise en œuvre

opérationnelle des recommandations entérinées par le CIETOC, en les incarnant dans l'action quotidienne auprès des communautés.

2.4.3 Le rôle de leader intersectoriel et d'ambassadeur territorial

Enjeux

La gouvernance territoriale ne favorise pas une analyse des besoins en matière de santé et de services sociaux ni des trajectoires de soins et de services vécues par la population à l'échelle locale, ce qui limite la capacité du réseau à planifier une offre et des interventions adaptées aux réalités locales. Or, une responsabilité populationnelle ne peut être assumée sans une connaissance contextualisée du milieu des dynamiques locales qui ne sont pas mises en évidence au sein de résultats statistiques régionaux.

Le leadership de la santé publique, fondé sur des données probantes et une compréhension fine des besoins locaux, notamment par le biais de la surveillance de l'état de santé de la population tel que prescrit par la *Loi sur la santé publique*, permet de proposer des actions de prévention efficaces tout en travaillant de concert avec les autres acteurs du système de santé et de services sociaux. Le partage de portraits de santé territoriaux en continu, et la mobilisation de l'expertise des équipes de santé publique apparaissent essentiels pour appuyer l'exercice d'une responsabilité populationnelle. À cet effet, la santé publique peut contribuer par son expertise à déterminer les meilleures pratiques dans les trajectoires de soins et de santé. Il est essentiel d'impliquer la santé publique dans la définition de la réponse aux besoins de santé des populations et de la rapprocher des directions cliniques et des partenaires de la communauté afin d'obtenir une lecture juste des besoins de la population d'un territoire donné.

La capacité d'intervenir efficacement dans l'écosystème territorial repose sur la qualité des liens établis avec l'ensemble des acteurs du milieu : municipalités, centres de services scolaires, établissements d'enseignement, organismes communautaires et citoyens. Le développement de lieux de dialogue opérationnel à l'échelle locale constitue un levier essentiel pour aborder les enjeux communs dans une perspective de service public, ancrée dans les réalités territoriales et orientée vers des décisions prises au plus près des besoins.

À cette fin, les relations entre le réseau de la santé et des services sociaux et les acteurs du milieu gagnent à être structurées et portées à des niveaux de gouvernance favorisant l'agilité et la coordination des soins et des services. En rapprochant les instances décisionnelles des équipes et des partenaires locaux, le CLSC peut jouer pleinement son rôle dans l'organisation concrète des services, en collaboration étroite avec le milieu, au bénéfice direct de la population.

Il est essentiel de mettre en place des mécanismes structurés permettant aux enjeux observés sur le terrain de circuler de façon fluide et continue à travers l'ensemble des niveaux de gouvernance, des CLSC jusqu'aux instances décisionnelles de Santé Québec, en passant par les établissements territoriaux. Cette circulation ascendante de l'information permet d'éclairer les décisions stratégiques — souvent transversales ou déployées à grande échelle — par une compréhension fine des réalités locales et des dynamiques propres à chaque territoire de CLSC.

À titre d'instances de première ligne en contact direct avec la population, les CLSC occupent une position privilégiée pour observer les besoins émergents, documenter les dynamiques territoriales et formuler une analyse ancrée dans les réalités concrètes des communautés. Leur contribution est déterminante pour nourrir les réflexions stratégiques et soutenir des arbitrages éclairés.

Dans cette perspective, il convient de doter les CLSC de mécanismes clairs leur permettant de produire des constats territoriaux, de formuler des recommandations d'ajustement lorsque requis et de participer activement aux processus décisionnels structurants. Une telle reconnaissance renforce leur rôle comme porte-voix légitimes de leur territoire, tant dans la concertation

intersectorielle que dans la planification locale, et contribue à des interventions plus équitables, pertinentes et adaptées aux spécificités territoriales.

Rôle de leader intersectoriel

Le CLSC agit comme leader intersectoriel de son territoire en réponse aux besoins populationnels. En développant une connaissance fine de la population qui compose son territoire, en collaboration avec la direction régionale de santé publique, il assume pleinement son rôle de leader intersectoriel. L'accès direct aux données granulaires lui permet de comprendre finement les réalités de son territoire. Ces données doivent contribuer à une l'analyse des besoins et des priorités qui sont représentatives du contexte territorial.

Cela implique également une participation active aux mécanismes de planification populationnelle des besoins, en collaboration étroite avec la direction de santé publique et le DTMF, mais aussi avec les autres acteurs en mesure d'alimenter l'analyse territoriale comme les organismes communautaires ou les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD). Ensemble, ils peuvent articuler une vision partagée des priorités locales et coconstruire des réponses adaptées.

Le CLSC joue aussi un rôle de représentation des enjeux locaux auprès des instances de gouvernance multiniveau du système de santé et de services sociaux. Il agit comme porte-voix de son territoire dans les espaces décisionnels régionaux et nationaux, en apportant une perspective ancrée dans la réalité du terrain. Cette dimension du rôle de leader intersectoriel est essentielle pour assurer une meilleure prise en compte des spécificités locales dans les choix organisationnels du réseau.

Dans une logique de coconstruction, le CLSC mobilise les citoyens à travers des espaces délibératifs au niveau local afin d'initier des « conversations citoyennes », en mode bidirectionnel, permettant d'impliquer la population dans les prises de décisions, notamment les stratégies et interventions vers l'atteinte d'objectifs communs et partagés au sein du territoire. Par une approche de partenariat, il mobilise les savoirs expérientiels de la population pour élaborer des soins et services plus pertinents, plus accessibles et mieux arrimés aux réalités vécues. Cette participation citoyenne renforce la légitimité des décisions et favorise l'appropriation.

À l'échelle populationnelle, le CLSC joue un rôle de vigie et de leader en matière d'utilisation collective des soins et services. Dans une logique visant à assurer une utilisation optimale des ressources, ainsi que l'offre territoriale de soins et de services, il s'assure que la population dans son ensemble est bien informée des ressources disponibles, de leur complémentarité et des modalités d'accès. Il agit comme catalyseur d'une culture locale de recours juste aux soins et aux services, en misant sur l'éducation citoyenne, la diffusion d'informations claires et la coordination intersectorielle entre les différentes composantes de l'offre de soins et de services de proximité. Ce rôle constitue le pendant collectif de la fonction de navigateur, qui a pour mandat d'orienter une personne. Le leader intersectoriel, quant à lui, mobilise le territoire pour qu'ensemble, les citoyens développent des réflexes d'utilisation cohérente et durable du réseau local.

Plutôt que de reposer uniquement sur des mécanismes institutionnels ou sur des représentations politiques ponctuelles, cette approche privilégie un dialogue pragmatique, décentralisé et orienté vers la résolution de problèmes partagée au regard d'enjeux territoriaux.

Enfin, le CLSC évalue l'impact des soins et services, non seulement à partir d'indicateurs administratifs, mais aussi en fonction des réalités locales. Cette évaluation contextualisée permet d'ajuster les interventions en continu et de démontrer la valeur ajoutée des actions entreprises, et ce, en réponse aux besoins de la population.

À travers le leadership intersectoriel : promouvoir et prévenir la santé et le bien-être auprès de la population du CLSC

Le rôle de leader intersectoriel exercé par le CLSC trouve une application concrète et stratégique dans la mise en œuvre territoriale de la Stratégie nationale de prévention en santé et de son plan de mise en œuvre à venir. Cette stratégie marque un virage majeur du réseau vers une approche davantage proactive, fondée sur l'amélioration durable de la santé des populations, la réduction des inégalités sociales et la prévention des maladies évitables.

Dans cette perspective, le CLSC devient l'acteur de proximité par excellence pour traduire les grandes orientations nationales en actions locales adaptées et pour intégrer la promotion de la santé et la prévention dans l'ensemble des interventions des équipes interdisciplinaires en première ligne. Sa connaissance fine de la population, sa capacité à mobiliser les partenaires du territoire et son ancrage dans les milieux de vie en font un acteur clé de la mise en œuvre de la prévention au quotidien.

La Stratégie nationale de prévention en santé couvre tant la promotion de la santé que les quatre niveaux de prévention. Ainsi, le CLSC participe à agir sur :

- la promotion de la santé, qui vise à élargir l'action au-delà des comportements individuels, en intégrant les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé, tout en cherchant à renforcer la capacité des populations à agir sur leur propre bien-être;
- la prévention primaire, qui réduit les facteurs de risque qui sont associés à l'apparition de maladies ou de traumatismes, tout en renforçant les facteurs de protection de la santé physique, psychologique et sociale dans les milieux de vie (ex. : vaccination, nutrition, activité physique);
- la prévention secondaire, qui consiste à intervenir précocement dans l'histoire de la maladie, avant l'apparition de signes ou de symptômes, afin d'optimiser les chances du traitement (ex. : dépistage du cancer ou du diabète);
- la prévention tertiaire, qui a pour objectif de limiter les impacts liés à la maladie et à ses traitements, d'améliorer la qualité de vie et de prolonger, potentiellement, la survie des personnes;
- la prévention quaternaire, qui cherche à éviter les interventions médicales inutiles et la surmédicalisation, en particulier lorsque les tests ou les traitements n'apporteraient aucune amélioration de l'état de santé.

Pour être efficaces, ces interventions doivent être conçues de manière intersectorielle, en collaboration avec les citoyennes et citoyens, les municipalités, les écoles, les milieux communautaires, les milieux de soins et services et les acteurs économiques locaux. Le CLSC joue ici un rôle d'animation, de coordination et de catalyseur : il permet de structurer des réponses collectives cohérentes, équitables et adaptées aux priorités de santé de la communauté.

Ainsi, à travers son leadership intersectoriel, le CLSC devient le point de convergence des efforts de promotion et de prévention de la santé sur son territoire. Il incarne un réseau de soins de santé et de services sociaux orienté vers la santé globale et le bien-être, la participation citoyenne et la transformation durable des conditions de vie.

2.4.4 Le rôle de coanimateur

Enjeux

La multiplicité des acteurs locaux – tels que les cliniques médicales, les municipalités, les organismes communautaires, les EÉSad et les pharmacies – crée une dynamique complexe où chacun intervient sur le même territoire, souvent sans coordination formelle. Cette insuffisance de mécanismes structurés de concertation limite la cohérence des actions et peut entraîner des chevauchements ou des lacunes dans l'offre de soins et de services.

Par ailleurs, plusieurs territoires disposent déjà de tables locales de concertation, celles-ci sont fréquemment animées par des municipalités, des organismes communautaires et les directions régionales de santé publique. L'arrivée du CLSC dans cette dynamique peut être perçue avec réserve, voire comme une tentative d'imposition d'un leadership unilatéral, ce qui risque de fragiliser les partenariats existants. Il est donc essentiel que le CLSC adopte une posture de collaboration et de partenariat, plutôt que de direction exclusive.

Un autre enjeu majeur réside dans la faible coordination clinique territoriale. Il existe peu d'espaces permettant une discussion interprofessionnelle autour des clientèles partagées, des situations de vulnérabilité ou des enjeux de continuité des soins et services. Cette lacune nuit à la fluidité des trajectoires et à la capacité collective de répondre aux besoins de la population, notamment au regard du développement d'un réel voisinage social et de santé.

Rôle de coanimateur

Le CLSC doit agir comme coanimateur de l'écosystème local de soins et de services. Il ne cherche pas à remplacer les espaces de concertation existants, mais à les soutenir et à les renforcer. Il collabore avec le DTMF, les municipalités, les écoles, les organismes communautaires, les milieux de soins et services, les EÉSad, les pharmacies et autres partenaires pour coordonner les actions, partager les priorités et soutenir la mise en œuvre des solutions intersectorielles.

Dans son rôle de coanimateur territorial, le CLSC s'engage activement à soutenir les dynamiques locales déjà en place. Il participe aux espaces de concertation existants sans chercher à les remplacer, respectant ainsi les initiatives portées par d'autres acteurs comme les municipalités, les organismes communautaires ou les milieux de soins et services de première ligne. Cette posture collaborative vise à renforcer les liens entre les partenaires plutôt qu'à imposer une nouvelle structure de concertation.

Dans une logique de gouvernance partagée, le CLSC s'implique aussi dans la cogestion clinico-administrative, notamment avec les milieux de soins et services de première ligne. Il coanime également des tables de coordination clinique locales en collaboration avec le DTMF ou son représentant, en particulier autour des clientèles vulnérables, des situations complexes ou des enjeux interprogrammes, favorisant ainsi une approche interdisciplinaire et intégrée.

Le CLSC agit aussi comme moteur d'initiatives locales et d'innovations, telles que des cliniques mobiles, des événements de santé publique ou des projets de proximité. Ces actions concrètes renforcent la présence du réseau dans la communauté et répondent de manière agile aux besoins émergents. Enfin, en tant que catalyseur de collaboration, le CLSC valorise les expertises de chacun et encourage une reconnaissance mutuelle entre les partenaires, dans une perspective de coconstruction durable et respectueuse des réalités locales.

3 MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de cette vision du rôle renouvelé des CLSC repose sur une convergence de volontés et une organisation rigoureuse des leviers d'action notamment offerts par la LGSSSS à tous les niveaux du système. Elle exige, d'abord, une cohérence durable des orientations ministérielles à l'égard des services communautaires locaux, ancrée dans une vision populationnelle stable et structurante. Elle appelle ensuite une mise en œuvre déterminée et coordonnée par Santé Québec, pilotée avec clarté et constance par les établissements territoriaux dans un esprit de subsidiarité et de soutien actif aux territoires. Cette dynamique doit également s'appuyer sur une mobilisation collective des partenaires en santé et services sociaux et intersectoriels pour incarner concrètement les changements attendus. Elle devra être accompagnée d'un cadre d'évaluation rigoureux de la mise en place de la transformation.

3.1 Échéancier

Ces orientations ministérielles marquent un véritable changement de paradigme dans l'organisation des soins et services de première ligne. Une telle transformation ne peut s'improviser : elle exige une gestion du changement rigoureuse, ancrée dans les réalités du terrain, respectueuse des structures existantes et consciente des capacités locales, et ce, à chaque étape du processus de transformation.

Il est essentiel de prendre le temps de poser des fondations solides, de consolider les acquis au fil du déploiement et d'ajuster les mécanismes en fonction des apprentissages. L'approche doit être résolument *étapiste* : certaines composantes des orientations ministérielles peuvent être mises en œuvre à court terme, tandis que d'autres nécessiteront une appropriation progressive, un plan de développement de compétences et une adaptation des processus organisationnels, à moyen et long termes.

Dans cette perspective, il est anticipé que l'atteinte pleine et entière de cette nouvelle vision des CLSC – dans ce qu'elle suppose de réorganisation des rôles, de gouvernance locale, de coordination intersectorielle et d'ancrage populationnel – nécessitera quelques années pour atteindre son apogée. Plusieurs actions de mise en œuvre feront partie intégrante des différents plans d'action gouvernementaux découlant des politiques présentées au début du document et, plus particulièrement, le plan d'action gouvernemental découlant de la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne. L'objectif est ambitieux : réussir une transformation durable et cohérente, porteuse de sens pour les équipes et créatrice de valeurs pour la population.

3.2 Chacun dans son rôle

Une vision stratégique ne peut produire de résultats tangibles si la mise en œuvre tactique et opérationnelle est négligée ou mal alignée.

Pour réussir la transformation souhaitée, chaque niveau du système de santé et de services sociaux doit jouer son rôle, dans le respect d'une gouvernance multiniveau.

3.2.1 Niveau stratégique – Ministère (MSSS)

Rôle : Fournir les orientations ministérielles à l'égard du rôle et des responsabilités des CLSC envers la population.

Concrètement, le mandat consiste à :

- énoncer les orientations ministérielles;
- définir les rôles structurants attendus des CLSC à l'égard de leur territoire et de leur population;

- assurer l'ancrage et la cohérence avec les politiques ministérielles et gouvernementales;
- fixer les principes normatifs, les cibles de transformation et les attentes populationnelles;
- prévoir la stratégie de communication à la population de cette nouvelle orientation en collaboration avec Santé Québec et les établissements territoriaux;
- déterminer les modalités d'évaluation, les standards attendus et la reddition de comptes associée;
- mobiliser les leviers gouvernementaux nécessaires à la mise en œuvre;
- assumer le leadership public et politique de cette transformation;
- s'assurer d'impliquer les représentants de Santé Québec afin de permettre une mise en œuvre dans l'ensemble des établissements du réseau.

3.2.2 Niveau tactique – Santé Québec

Rôle : Traduire les orientations ministérielles en leviers concrets de mise en œuvre, coordonner leur déploiement à l'échelle nationale et outiller les établissements territoriaux.

Concrètement, Santé Québec :

- opérationnalise la stratégie (modèles organisationnels communs, canevas de reddition de comptes, outils d'aide à la gestion);
- assure la cohérence nationale dans la mise en œuvre (ex. : arrimage entre les directions au sein de Santé Québec);
- gère les leviers nationaux de soutien (ressources humaines, systèmes d'information, financement ciblé), et ce, en fonction des orientations ministérielles;
- coordonne la reddition de comptes tactique, en lien avec les résultats attendus par le MSSS;
- coordonne les actions des établissements territoriaux;
- veille à la cohérence des pratiques entre les établissements territoriaux, dans une logique d'équité interterritoriale et de respect des spécificités locales.
- soutient l'émergence d'une culture de gestion de proximité, en cohérence avec les valeurs de la réforme introduite par la LGSSSS.

3.2.3 Niveau opérationnel – Établissements territoriaux

Rôle : Mettre en œuvre l'organisation concrète des services communautaires locaux sur les territoires de CLSC, dans le respect des orientations ministérielles et des directives définies par Santé Québec.

Concrètement, le mandat consiste à :

- revoir le mode de gouvernance en fonction des orientations ministérielles;
- structurer les équipes de proximité pour chaque territoire de CLSC;
- mobiliser les directions de programmes-services autour de cette nouvelle vision;
- assurer la dispensation concrète de l'offre de base des services communautaires locaux dans chaque territoire de CLSC;

- mettre en place une communication bilatérale rigoureuse entre les milieux hospitaliers et les CLSC;
- introduire la notion de flux tiré, pour les usagers connus ou non des services de la communauté;
- adapter l'offre de services en fonction des besoins réels de la population du territoire ainsi qu'en tenant compte de son contexte local;
- organiser les services locaux communautaires selon une logique de responsabilité populationnelle intégrée pour la population générale, plutôt que selon une segmentation exclusive par programmes-services;
- mettre en place les modalités d'organisation locale des soins et services, incluant
 - la coordination interprofessionnelle et intersectorielle,
 - le maillage avec les partenaires du milieu,
 - les mécanismes de communication, de collaboration et de coconstruction avec les différents partenaires au sein du territoire;
- soutenir l'animation des mécanismes de concertation territoriale;
- participer activement aux exercices de reddition de comptes sur les résultats populationnels, en cohérence avec les standards attendus par le Ministère et coordonnés par Santé Québec;
- porter et incarner les rôles structurants du CLSC dans l'action quotidienne auprès des différentes composantes du RSSS;
- soutenir la transformation organisationnelle et cultiver la vision contemporaine du CLSC auprès des différentes instances et partenaires du RSSS.

3.3 Suivi de mise en œuvre

Considérant l'importance du changement de paradigme que représentent ces orientations ministérielles – tant sur le plan organisationnel que culturel –, à cet égard et en cohérence avec l'article 22 de la LGSSSS, le ou la ministre de la Santé délègue le Sous-ministériat à la performance, en tant que garant de la vision stratégique ministérielle, afin d'assumer la responsabilité du suivi de cette mise en œuvre qui sera coordonnée par Santé Québec. Ce leadership vise à assurer la cohérence, la continuité et l'ancrage durable de la transformation à l'échelle nationale. Le suivi de la mise en œuvre s'inscrira dans la gouvernance qui sera mise en place dans le cadre de la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne et de son plan d'action gouvernemental. Ce suivi permettra de baliser les ajustements nécessaires, de maintenir un alignement interpalier et de soutenir les efforts de changement tout au long du processus.

4 CONCLUSION

La redéfinition de la responsabilité des CLSC au sein des établissements territoriaux constitue une réponse structurante aux défis actuels de l'offre de soins et services de première ligne. Elle marque un retour assumé à l'esprit fondateur des CLSC – proximité, accessibilité, ancrage dans les milieux de vie – tout en les adaptant aux exigences contemporaines d'un réseau intégré, équitable et centré sur les besoins réels de la population.

En reconnaissant le territoire de CLSC, le système de santé et de services sociaux retrouve un point d'ancrage clair pour organiser les services communautaires locaux. Ce territoire n'est pas une frontière figée, mais un espace vivant, façonné par les dynamiques sociales, économiques et démographiques locales. Il devient l'échelle pertinente pour exercer la responsabilité populationnelle et incarner la gouvernance de proximité.

À l'intérieur de ce territoire, le CLSC assume quatre rôles fondamentaux – navigateur, coordonnateur territorial, leader intersectoriel et coanimateur – qui structurent son action en réponse aux besoins populationnels de tous âges. Ce modèle renverse la logique catégorielle héritée des programmes-services et remet la personne, la communauté et le parcours de vie au cœur de l'action publique en matière de santé et de services sociaux.

Pour être à la hauteur de cette ambition, une gouvernance territoriale renouvelée s'impose. Elle doit reposer sur une réelle subsidiarité, l'agilité et la capacité d'agir localement. Le CLSC devient ainsi, au sein de son établissement territorial, un catalyseur d'intégration, de collaboration et d'innovation.

La mise en œuvre de ces orientations ministérielles, coordonnée par Santé Québec, ne saurait être improvisée. Elle devra s'appuyer sur un leadership soutenu à tous les paliers – stratégique, tactique, opérationnel – ainsi que sur une mobilisation continue des établissements territoriaux, des partenaires, des intervenants, des professionnels et des citoyens. Une transformation de cette ampleur exige du temps, de la rigueur et de la cohérence. Elle doit se déployer progressivement, dans une logique d'apprentissage collectif, de coconstruction et d'adaptation continue aux réalités locales.

Faire du CLSC un acteur territorial de référence, c'est offrir à chaque personne un point d'ancrage stable dans un système de santé et de services sociaux complexe. C'est garantir que personne n'est laissé pour compte. C'est redonner à la première ligne sa pleine capacité d'agir au plus près des besoins de la population. Enfin, c'est faire du territoire un levier stratégique au service de la santé et du bien-être collectif.

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, n° 1, avril 2016, 10 p.

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 juin 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 juin 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.

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, n° 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.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, Centre local de services communautaires (CLSC), [en ligne], 2025. [Centre local de services communautaires (CLSC) | Gouvernement du Québec] (Consulté le 3 juin 2025).

GOVERNEMENT 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 juin 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 juin 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 juin 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 juin 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 juin 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 juin 2025).

ROUX-LEVY, P.-H., Ben Jelili, E., Castonguay, J., et Denis, J.L. (2025). La contribution de l'approche de santé populationnelle au développement d'un système de santé et de services sociaux axé sur la valeur : perspective stratégique du Commissaire à la santé et au bien-être, Commissaire à la santé et au bien-être, 103 p.

STRUMPF, Erin 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 juin 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.

