

Les CLSC 2.0 dont le Québec a maintenant besoin

Ce que chaque citoyen devrait pouvoir attendre de son CLSC

Marc Dionne | Clinique Recherche Innovation. Octobre 2026

Il faut faire des CLSC l'instance publique de proximité capable de répondre aux demandes des citoyens pour des services sociaux ainsi qu'aux besoins de soins médicaux de première ligne lorsque nécessaire. Ainsi, chaque personne devrait pouvoir compter sur un point d'accès au réseau clairement identifiable et sur des équipes capables d'agir en complémentarité et en coordination avec les autres ressources du système de santé.

Ce billet s'inscrit dans ma démarche de réflexion et de propositions visant à réparer et à relancer notre système de santé en misant sur les équipes de soins et de services. Il ne cherche pas à proposer une nouvelle réforme de ses structures administratives. Il cherche plutôt à redonner aux CLSC une mission compréhensible par la population et suffisamment concrète pour qu'un citoyen sache quand s'y adresser, comment le faire et ce qu'il peut raisonnablement attendre en retour.

Un tel repositionnement exige surtout une redistribution claire des responsabilités, des moyens et des capacités d'agir vers les établissements — centres hospitaliers et CSSS — et vers les équipes qu'ils abritent et soutiennent.

1. Repartir du concept original des CLSC, sans revenir en arrière

Les CLSC sont apparus au début des années 1970 avec la construction du système québécois moderne de santé et de services sociaux. Leur caractère novateur tenait à une idée simple mais ambitieuse : réunir à proximité de la population des services de santé et des services sociaux, intervenir autant dans les milieux de vie que dans une installation, faire une place à la prévention et à l'action communautaire et développer une responsabilité envers une population et un territoire.

Cette intention demeure pertinente, mais le contexte a profondément changé. La médecine de première ligne s'est largement développée dans les cabinets et les groupes de médecine de famille (GMF). Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL), les pharmacies, les cliniques spécialisées, les organismes communautaires et d'autres formes d'organisation occupent aussi une place significative. Les CLSC ont pour leur part été regroupés dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), puis intégrés en 2015 à de beaucoup plus grandes organisations régionales.

Ces transformations, malgré la place importante qu'ont prise les GMF, n'ont fait disparaître ni les missions de proximité, ni les compétences développées dans les CLSC, ni la majorité de leurs installations. Elles ont toutefois rendu moins visible ce que la population peut attendre de son CLSC et qui, sur un territoire, doit s'assurer que l'ensemble des services de première ligne demeure accessible.

Le défi n'est donc pas de revenir au CLSC des années 1970. Il est de construire un CLSC 2.0 adapté à une première ligne diversifiée, capable de travailler avec les autres équipes tout en assumant les responsabilités publiques et populationnelles que ces autres composantes ne peuvent garantir à elles seules.

2. Une mission compréhensible et concrète pour les citoyens

Le rôle du CLSC devrait se définir à partir d'une responsabilité territoriale et populationnelle : garantir que chaque personne vivant sur le territoire puisse trouver une instance publique de première ligne à laquelle s'adresser et que chaque communauté puisse compter sur ses équipes pour soutenir la promotion et la protection des conditions nécessaires à sa santé collective.

Dans l'état actuel du réseau, le CLSC ne devrait pas chercher à se substituer aux médecins de famille ou aux équipes des GMF. Ceux-ci assument d'abord une responsabilité envers leur clientèle, tandis que les équipes spécialisées prennent en charge les patients qui leur sont confiés. Le CLSC possède pour sa part une mission spécifique envers l'ensemble des citoyens de son territoire, notamment pour les besoins sociaux, communautaires et cliniques auxquels les autres ressources de première ligne n'ont ni la vocation ni toujours la capacité de répondre. Ses équipes doivent être adaptées à cette mission et aux ressources présentes dans le milieu.

Cette responsabilité doit être assumée et bien connue de la population. Une personne ne devrait pas avoir à connaître l'organigramme du réseau, le nom du bon programme ou le formulaire exact avant de pouvoir demander de l'aide. Le CLSC doit être capable de recevoir d'abord la demande, puis d'organiser la réponse.

3. Une mission de services concrets et la capacité de l'assumer

Tous les CSSS n'ont pas à offrir exactement les mêmes services de proximité dans chacune de leurs installations. Un CSSS rural, un CSSS d'un milieu urbain dense et un CSSS desservant un territoire très vaste ne disposent pas des mêmes ressources ni des mêmes besoins. Mais la population devrait pouvoir compter partout sur une base commune de responsabilités et de services de la mission CLSC, offerte directement par ses équipes ou organisée clairement à partir d'elles dans les points de service appropriés.

Des soins de santé de proximité. Le CLSC devrait permettre l'accès à des soins infirmiers courants et à des activités cliniques simples : suivi de plaies, injections et traitements prescrits, vaccination, dépistage et prévention, suivi de certains problèmes chroniques et évaluations permettant de décider rapidement si une autre ressource est requise. Selon les besoins et les ressources du territoire, des médecins, des IPSPL et d'autres professionnels pourraient compléter cette offre.

Du soutien à l'autonomie et des services dans les milieux de vie. Le soutien à domicile, l'évaluation des besoins d'une personne âgée ou en perte d'autonomie, l'aide aux proches et la coordination des services lorsque plusieurs intervenants sont nécessaires devraient demeurer des responsabilités fortes du CLSC. Pour plusieurs personnes, la bonne intervention doit se faire à domicile.

Des services aux familles et aux enfants. Grossesse, période postnatale, développement de l'enfant, difficultés parentales, besoins psychosociaux ou problèmes de santé qui exigent une intervention de première ligne devraient trouver un accès clair au CLSC, en complémentarité avec les médecins, les écoles et les autres ressources du milieu.

Des services psychosociaux accessibles. Une personne ou une famille confrontée à une détresse, à une crise personnelle, à des difficultés relationnelles ou sociales, à de la violence, à un deuil ou à une situation qui menace son équilibre devrait pouvoir obtenir une première évaluation et une réponse adaptée sans devoir identifier elle-même le programme auquel elle correspond.

Une première réponse en santé mentale et en dépendance. Le CLSC devrait pouvoir accueillir une demande, apprécier son urgence, intervenir lorsque la situation relève de la première ligne et obtenir rapidement l'appui d'équipes spécialisées lorsqu'elle la dépasse. L'objectif n'est pas de tout traiter au CLSC, mais d'éviter que la personne soit renvoyée de porte en porte.

La prévention, la santé publique de proximité et l'action communautaire. Le CLSC doit connaître son territoire, participer aux activités de prévention, identifier les besoins qui touchent des groupes ou des milieux de vie et travailler avec les municipalités, les écoles, les organismes communautaires et les autres acteurs locaux. Cette responsabilité populationnelle complète la relation clinique avec les patients qui reçoivent des soins.

Une capacité d'orientation, d'accompagnement et de filet de sécurité. Lorsqu'un besoin doit être pris en charge ailleurs, le CLSC ne devrait pas simplement remettre un numéro de téléphone ou suggérer un autre

site Web. Une équipe publique polyvalente et multidisciplinaire doit pouvoir recevoir la demande, évaluer la situation, établir le contact avec la bonne équipe, transmettre l'information utile et conserver le fil jusqu'à ce qu'un autre acteur puisse réellement assumer la continuité. Cette responsabilité est particulièrement importante pour les personnes sans médecin de famille, celles dont les besoins sont simultanément médicaux et sociaux et les personnes très vulnérables qui risquent de tomber entre les interstices du système.

Pour certaines personnes en situation d'itinérance ou de grande vulnérabilité, cette responsabilité peut exiger que l'équipe aille vers la personne plutôt que d'attendre qu'elle se présente au CLSC. Le travail avec les organismes communautaires devient alors essentiel : le CLSC apporte une capacité clinique et une responsabilité publique sans chercher à remplacer le lien de confiance déjà établi dans la communauté.

4. Quand, pourquoi et comment devrait-on pouvoir s'adresser au CLSC?

Lorsqu'un citoyen ne sait pas où s'adresser, lorsque son besoin relève clairement des services sociaux ou de proximité, ou lorsqu'aucune autre composante de la première ligne ne peut réellement lui répondre, le CLSC doit constituer une porte d'entrée identifiable, dont les modalités sont adaptées aux personnes qui souhaitent y accéder. L'accès doit être possible en ligne pour ceux qui le souhaitent, mais aussi par téléphone, en personne lorsque l'appréciation humaine est nécessaire, ou directement par référence d'un professionnel ou d'un organisme qui connaît déjà la situation.

Dès ce premier contact, le CLSC doit pouvoir apprécier rapidement ce qui presse. Une urgence vitale relève évidemment du 911 ou de l'urgence hospitalière. Une demande urgente mais non vitale devrait pouvoir être évaluée rapidement, idéalement le jour même, afin de déterminer la réponse sécuritaire et la bonne destination. Les demandes moins urgentes devraient recevoir un délai clair et raisonnable plutôt que disparaître dans une liste d'attente dont personne ne peut expliquer la suite.

Cette accessibilité ne signifie pas que chaque installation doit être ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Par contre, chaque territoire CLSC doit disposer d'une capacité organisée pour suivre les personnes vulnérables, répondre aux situations qui ne peuvent attendre et assurer, avec les autres composantes du réseau, l'accès à une réponse urgente dans un temps de déplacement raisonnable. La distribution des installations et des points de service doit être adaptée à la géographie, à la population et aux ressources du territoire.

Enfin, lorsqu'une demande provient d'un médecin, d'une infirmière, d'un pharmacien, d'une école, d'une équipe communautaire ou d'un autre professionnel, l'information utile déjà recueillie doit accompagner la référence, avec les autorisations appropriées. Les équipes doivent pouvoir communiquer directement entre elles, plutôt que de dépendre uniquement de formulaires susceptibles de se perdre ou d'entraîner un refus pour une simple erreur administrative.

5. Après la réception de la demande et l'identification du besoin : une véritable prise en charge

La différence entre un guichet et un CLSC responsable se joue surtout après le premier contact. La première réponse n'a pas à résoudre immédiatement tout le problème, mais elle doit commencer à en prendre la responsabilité.

- Recevoir la demande et permettre à la personne d'expliquer ce qui lui arrive, même si elle ne connaît pas le nom du service dont elle a besoin.
- Apprécier rapidement la situation et son degré d'urgence, puis identifier le premier besoin auquel il faut répondre.
- Dire clairement ce qui se passera ensuite, qui en assumera la suite et dans quel délai une nouvelle réponse est attendue.

- Intervenir directement lorsque l'équipe du CLSC est la bonne ressource ou organiser un transfert actif vers l'équipe appropriée lorsque la réponse se trouve ailleurs.
- Conserver le fil lorsque la situation est complexe ou vulnérable et vérifier que le relais a effectivement été pris en charge avant de fermer la demande.

Ce contrat de service ne signifie pas que tout doit être immédiat. Il signifie que l'attente devient explicite et responsable. Savoir que la demande a été comprise, qu'elle est priorisée et qu'une prochaine étape est prévue change profondément l'expérience d'une personne qui cherche de l'aide.

6. Des équipes de CLSC reconnues, responsabilisées, outillées et soutenues

Le CLSC 2.0 ne devrait pas se limiter à une seule grande équipe polyvalente ni à un nouvel appareil administratif. Il devrait constituer une mission intégrée du CSSS exercée par plusieurs équipes identifiables : soins infirmiers et services de proximité, soutien à domicile, services psychosociaux, famille-enfance, santé mentale et dépendances, santé publique et action communautaire, ainsi qu'une capacité de filet de sécurité adaptée aux besoins du territoire.

Ces équipes doivent d'abord être reconnues : leurs membres, leur mission, la population ou la clientèle dont elles sont responsables et leurs relations avec les autres équipes doivent être clairement identifiables. Elles doivent ensuite être responsabilisées : on doit pouvoir leur confier des objectifs, suivre leurs résultats et leur laisser la marge de manœuvre nécessaire pour organiser leur travail.

Elles doivent aussi être outillées et soutenues. Cela signifie disposer du personnel de soutien, des compétences professionnelles, des outils cliniques et technologiques, des équipements, des locaux, de la logistique et, lorsque nécessaire, des plateaux techniques qui leur permettent réellement d'accomplir leur mission. La gestion de proximité doit les aider à résoudre les problèmes qui freinent leur travail plutôt qu'à multiplier les autorisations.

Toutes ces équipes n'ont pas besoin d'être regroupées dans une même installation ni de desservir exactement le même sous-territoire. Certaines doivent être très proches de la population et peuvent être réparties dans plusieurs installations ou points de service. D'autres peuvent couvrir l'ensemble du territoire du CSSS, ou même plusieurs territoires lorsque la masse critique de compétences l'exige.

Ces équipes doivent avoir accès aux médecins et aux IPSPL nécessaires à leurs responsabilités cliniques, sans que chacun de leurs membres doive nécessairement travailler dans la même installation. La mission CLSC devrait offrir des conditions de pratique suffisamment intéressantes pour attirer ces professionnels : équipes stables, soutien administratif efficace, outils et équipements appropriés, locaux adaptés, gestion de proximité et réelle marge d'organisation de la pratique.

7. La place des CLSC dans une organisation du réseau décentralisée

Relancer les CLSC suppose aussi de redonner une véritable capacité de décision aux établissements qui soutiennent leurs équipes. Notre proposition distingue les grands centres hospitaliers à vocation universitaire, spécialisée ou suprarégionale et les centres de santé et de services sociaux (CSSS), dans le modèle territorial que nous proposons de rétablir et d'adapter, responsables des soins et des services sociaux d'un bassin territorial. Le CSSS doit constituer un centre de décision suffisamment proche de ses équipes pour adapter l'organisation et les ressources aux besoins de la population.

Dans ce modèle, le CSSS assume la responsabilité des missions de proximité sur un territoire cohérent. Lorsqu'un hôpital général ou régional dessert principalement ce bassin, ses installations constituent un lieu naturel pour y ancrer la direction du CSSS et les services qui soutiennent ses équipes. À l'inverse, un grand centre hospitalier à vocation suprarégionale peut accueillir dans ses installations des équipes de première ligne relevant d'un CSSS territorial distinct, sans devoir assumer lui-même la mission CLSC de ce territoire.

L'exercice de répartition des municipalités entre les territoires de CLSC et les CSSS nous conduit, dans la plupart des cas, à envisager un CLSC par CSSS. Celui-ci peut exercer sa mission par plusieurs équipes réparties dans différentes installations et différents points de service. Lorsque la géographie, les distances ou plusieurs bassins naturels de services le justifient, un même CSSS pourrait toutefois comprendre deux ou trois CLSC, chacun assumant une responsabilité de proximité clairement définie. Il ne s'agit donc ni d'imposer un CLSC unique partout ni de recréer un établissement autonome pour chaque bâtiment portant ce nom.

La proximité ne tient pas seulement à la localisation des services : elle doit aussi caractériser le lieu où se prennent les décisions. La dimension d'un territoire, sa géographie et ses liens réels avec les installations doivent déterminer le niveau auquel les responsabilités peuvent être exercées efficacement. C'est cette proximité décisionnelle qui doit permettre aux équipes CLSC d'être réellement reconnues, outillées et soutenues.

8. Travailler avec les GMF, l'hôpital et la communauté plutôt qu'à leur place

Le CLSC 2.0 doit trouver sa place dans une première ligne pluraliste. Le GMF demeure responsable de sa clientèle et devrait recevoir directement les demandes de ses patients lorsqu'elles relèvent de lui. Le CLSC ne doit pas devenir un détour obligatoire entre le patient et son équipe médicale. Mais cette responsabilité du GMF suppose aussi une collaboration active avec les équipes du CLSC lorsque les besoins de ses patients dépassent ce qu'il peut offrir seul.

Ainsi, le médecin de famille ou le GMF d'une personne âgée suivie à domicile devrait pouvoir travailler directement avec l'équipe de soutien à domicile qui connaît son milieu de vie. Les informations utiles, les changements de condition et les décisions cliniques devraient circuler entre eux sans obliger le patient ou sa famille à servir d'intermédiaire.

La même logique doit prévaloir avec l'hôpital et les équipes spécialisées. Lorsqu'un patient quitte l'hôpital alors que sa convalescence n'est pas terminée, l'équipe spécialisée ou hospitalière devrait pouvoir transmettre directement la responsabilité nécessaire à l'équipe de soins à domicile, avec l'information clinique, les consignes et le délai de suivi appropriés. Inversement, une équipe du CLSC qui constate une détérioration devrait pouvoir joindre rapidement l'équipe médicale ou spécialisée pertinente.

Les organismes communautaires sont eux aussi des partenaires essentiels. Ils ne sont ni des sous-traitants du CLSC ni une solution de remplacement lorsque le réseau public manque de capacité. Ils disposent souvent d'une connaissance fine des personnes et du milieu. Le CLSC doit pouvoir travailler avec eux sans les embrigader, tout en assumant clairement les responsabilités publiques et cliniques qui lui reviennent.

Cette relation avec les partenaires doit aussi s'exercer à l'échelle de la communauté. Les équipes responsables d'un territoire doivent pouvoir échanger périodiquement avec les citoyens, les municipalités, les écoles, les organismes communautaires et les autres acteurs locaux sur les besoins observés, les difficultés d'accès et les améliorations à apporter. Il ne s'agit pas de recréer un conseil d'administration local, mais de maintenir une relation directe et visible avec la population desservie.

9. Quelques situations pour voir vivre le CLSC 2.0

Quelques situations concrètes permettent de vérifier si l'architecture proposée change réellement l'expérience des citoyens et le travail des équipes.

Une personne âgée commence à perdre son autonomie. Elle ou un proche téléphone au CLSC. Une première appréciation permet de déterminer ce qui presse. Une équipe de soutien à domicile évalue la situation dans le milieu de vie, organise les services nécessaires et communique directement avec le médecin ou le GMF lorsque des décisions médicales sont requises. La famille sait qui garde le dossier actif.

Une personne sans médecin développe un problème de santé qui ne semble pas nécessiter l'urgence. Le CLSC peut faire une première évaluation, offrir certains soins ou organiser rapidement l'accès à une IPSPL, un médecin ou une autre ressource de première ligne. La personne n'est pas simplement invitée à recommencer sa recherche ailleurs.

Une mère s'inquiète à la fois du développement de son enfant et de l'épuisement de sa famille. Le CLSC reçoit la situation dans son ensemble plutôt que de la diviser immédiatement entre plusieurs programmes. Les besoins de l'enfant et des parents sont appréciés, puis les bonnes équipes sont mobilisées avec un interlocuteur identifiable.

Une personne vit une détresse psychologique ou un problème de dépendance. Un professionnel peut apprécier rapidement le niveau de risque, intervenir en première ligne lorsque cela est approprié et obtenir l'appui d'une équipe spécialisée lorsque la situation le requiert. Si un délai est inévitable, une responsabilité demeure pendant l'attente.

Un organisme communautaire connaît une personne très vulnérable qui ne réussit plus à maintenir le contact avec les services. L'organisme peut joindre directement une équipe du CLSC, partager l'information utile avec le consentement approprié et organiser une intervention dans le milieu. Le réseau public rejoint alors la personne au lieu d'exiger qu'elle franchisse seule toutes les portes.

Conclusion — Passer d'un nom connu à une promesse de services

Le Québec n'a pas besoin de recréer les anciens CLSC comme établissements autonomes. Il dispose déjà d'installations, d'une partie des équipes, de territoires connus par la population et d'une longue expérience de services communautaires locaux. Ce qu'il faut reconstruire, c'est une mission CLSC clairement assumée par chaque CSSS et exercée, selon les réalités territoriales, par un ou plusieurs CLSC disposant d'équipes capables d'agir.

Le CLSC 2.0 serait ainsi moins défini par un bâtiment que par une promesse publique de proximité. Pour le citoyen, il demeurerait naturel de parler de « son CLSC ». Dans l'organisation du réseau, il s'agirait de la mission territoriale CLSC dont le CSSS est responsable; dans l'action, de ses équipes; et sur le terrain, des installations et points de service à partir desquels elles travaillent.

Un citoyen pourrait s'adresser à cette mission lorsqu'il a besoin de soins ou de services de première ligne et ne sait pas où trouver une réponse adaptée. Selon l'endroit où il vit et la nature du besoin, la réponse pourrait être donnée dans une installation de proximité, à domicile, dans la communauté ou par une autre équipe vers laquelle le relais est organisé. Sa valeur tiendrait à sa capacité de recevoir la demande, de prioriser, d'accompagner, de raccorder les équipes et de conserver la responsabilité tant que personne d'autre ne l'a réellement prise.

Cette ambition est volontairement concrète. Elle peut être évaluée à partir de questions simples : peut-on joindre facilement son CLSC? obtient-on une première appréciation humaine? sait-on ce qui arrivera ensuite et dans quel délai? les services de proximité essentiels sont-ils accessibles dans les installations ou les milieux appropriés? quelqu'un garde-t-il le fil lorsqu'une situation devient complexe? les équipes disposent-elles des moyens nécessaires? les partenaires peuvent-ils travailler directement entre eux? la communauté peut-elle discuter avec ceux qui en sont responsables?

C'est à partir de ces réponses, beaucoup plus que d'un nouvel organigramme ou du nombre de bâtiments portant le nom de CLSC, que la mission CLSC pourra redevenir un élément essentiel d'une première ligne accessible, responsable et proche des citoyens.

Repères documentaires

- Gouvernement du Québec. « Centre local de services communautaires (CLSC) ». Québec.ca.
- Gouvernement du Québec. « Mission des établissements de santé et de services sociaux québécois ». Québec.ca.
- Québec. Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ, chapitre G-1.021.
- Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A. et coll. (2025). Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec. Rapport d'orientations. Gouvernement du Québec.