

LES SERVICES LOCAUX REJOignent-ILS LES GROUPES DÉFAVORISÉS AU QUÉBEC? *

Mathieu Philibert¹, Robert Pampalon^{1,2}, Jean-Pierre Thouez², Carmen Loïselle³ et Denis Hamel¹.

¹ Institut national de santé publique du Québec ; ² Département de géographie, Université de Montréal ; ³ École des sciences infirmières, Université McGill.

INTRODUCTION

Au Québec, les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) fournissent un large éventail de services sociaux et de santé aux communautés locales. Le Québec est divisé en 146 territoires de CLSC qui desservent en moyenne 45 000 individus (figure 1). Les CLSC offrent des services courants destinés à l'ensemble de la population tels que la consultation médicale, la vaccination, le service téléphonique Info-Santé, de l'assistance psychologique et des soins infirmiers à domicile, que ces soins fassent suite à une chirurgie d'un jour ou une hospitalisation. Les CLSC ciblent aussi plus spécifiquement des groupes défavorisés ; c'est le cas, par exemple, du programme de prévention et de promotion en périnatalité *Naître égaux, grandir en santé*.

La présence d'écarts de santé et de bien-être reliés aux inégalités sociales est maintenant bien connue et la lutte aux inégalités constitue un enjeu majeur de la Politique de santé et du bien-être et des Priorités nationales de santé publique du Québec (Ministère de la santé du Québec, 1992; 1997). La réduction des inégalités interpelle les CLSC dont la mission est d'offrir à l'échelle locale un grand nombre de services de santé et de services sociaux à la population.

Pour remplir leur mission, toutefois, les CLSC disposent de peu d'information utile sur la défavorisation de leur population et de leurs clientèles. Les bilans socio-économiques produits par les Régies régionales de la santé et des services sociaux ou encore les travaux portant sur certaines caractéristiques sociales ou sanitaires de la population offrent des informations par territoire de CLSC mais jamais à une échelle plus fine, soit à une échelle locale. On peut difficilement considérer ces territoires comme des unités géographiques adéquates pour l'analyse de la défavorisation des communautés locales, car la population est parfois de taille importante et son profil socio-économique fort hétérogène. La défavorisation des clientèles desservies par les CLSC, quant à elle, n'est guère plus connue, car jusqu'à tout récemment il n'y avait aucune information à caractère socio-économique consignée dans les systèmes d'information sur les clientèles en CLSC.

* Pour des questions ou commentaires, veuillez contacter Robert Pampalon, 1126 chemin Saint-Louis, bureau 100, Sillery (Canada), G1S 1E5 ; robert.pampalon@msss.gouv.qc.ca

Le présent projet de recherche a donc pour objectif de **mettre en place un système d'évaluation de la défavorisation des clientèles des CLSC, un système devant permettre aux intervenants et aux décideurs des CLSC d'estimer dans quelle mesure les services offerts par leur établissement rejoignent les groupes défavorisés de leur territoire.** Au terme du projet, le système d'évaluation intégrera, pour chacun des CLSC, les quatre produits suivants :

- une carte de la défavorisation de la population à l'échelle locale;
- la distribution statistique de la population par niveau de défavorisation;
- la distribution statistique des clientèles par niveau de défavorisation ;
- des taux d'utilisation des services par niveau de défavorisation.

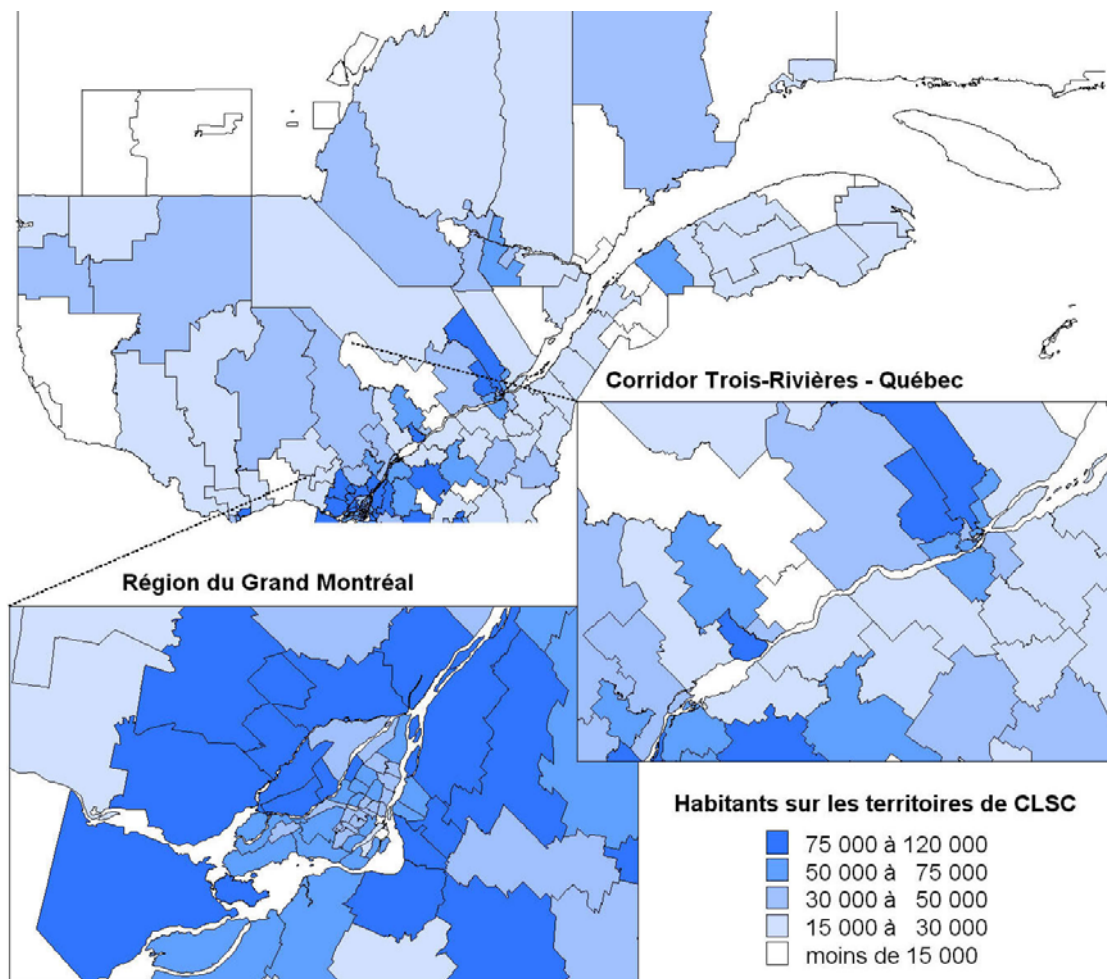


Figure 1. Les territoires de CLSC et leur population au Québec.

Le développement du système est subventionné par l'Institut national de santé publique et le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Il repose aussi sur un partenariat entre, d'une part, des chercheurs issus de l'Institut national de santé publique du Québec, de l'Université de Montréal et de l'Université McGill et, d'autre part, des intervenants et des décideurs du réseau des CLSC, avec l'appui de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec et du Regroupement des CLSC de Montréal.

MÉTHODOLOGIE

INDICE DE DÉFAVORISATION

Selon Townsend (1987), la défavorisation se définit comme un désavantage relatif à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu. Ce désavantage peut prendre deux formes, matérielle ou sociale. La défavorisation matérielle fait référence aux commodités et aux biens de la vie courante et se rapproche du concept de pauvreté. La défavorisation sociale renvoie plutôt à la fragilité du réseau social, au degré de cohésion ou d'isolement entre individus.

L'indice de défavorisation développé au Québec (Pampalon et Raymond, 2000) reflète ces deux dimensions en associant la première à l'éducation, au revenu et à l'emploi, et la seconde à l'état matrimonial, à la monoparentalité et au fait de vivre seul (tableau 1). Ces dimensions sont en fait les deux composantes d'une analyse en composantes principales, avec rotation VARIMAX, effectuée sur les variables ci-haut mentionnées à l'échelle du secteur de dénombrement (SD); le SD représente la plus petite unité spatiale disponible dans les recensements. L'indice de défavorisation permet ainsi une représentation extrêmement fine des variations locales de la défavorisation au Québec.

Tableau 1. Indicateurs de défavorisation matérielle et sociale.

COMPOSANTE MATÉRIELLE	COMPOSANTE SOCIALE
Défavorisation Matérielle	Défavorisation Sociale
Proportion de gens sans diplôme d'études secondaires	Proportion de gens séparés, divorcés ou veufs
Revenu personnel moyen	Proportion de familles monoparentales
Rapport emploi / population	Proportion de personnes vivant seules

Pour s'assurer que l'indice donne lieu à des statistiques fiables, les SD ont été groupés en quintiles de population égale (c. à d. 20% de la population québécoise), et ce, en fonction des valeurs obtenues sur l'une et l'autre dimensions. Ainsi, à l'échelle du Québec et pour chacune des dimensions de la défavorisation, le premier quintile représente le cinquième de la population le plus favorisé tandis que le dernier quintile représente le 20% le plus défavorisé. Aussi, ces deux groupes de quintiles peuvent être combinés pour former 25 cellules, permettant ainsi de repérer la population privilégiée sur l'une et l'autre dimensions, celle défavorisée sur une dimension mais non sur l'autre et la population défavorisée à la fois aux plans

matériel et social. À l'échelle des CLSC, la même logique s'applique bien que les proportions de population incluses dans chaque cellule puissent varier, simplement parce que le niveau global de défavorisation varie d'un CLSC à l'autre au Québec.

DONNÉES SUR LES CLIENTÈLES DE CLSC

Toute intervention dans un CLSC doit être rapportée et consignée dans la base de données nationale *Intégration-CLSC* (I-CLSC). Chaque entrée dans la base de données correspond à une intervention unique effectuée par un intervenant d'un CLSC, qu'il s'agisse d'un travailleur social, d'une infirmière ou d'un médecin, ou encore d'une visite à domicile ou d'une consultation téléphonique. À chaque intervention sont associées différentes informations : numéro d'identification de l'utilisateur, numéro d'établissement du CLSC, type d'intervention, lieu de l'intervention, langue utilisée lors de l'intervention, code postal de l'utilisateur, etc. Pour l'année 2000-2001, par exemple, le réseau des CLSC a offert plus de 10 500 000 interventions à un total de plus de 1 700 000 usagers différents, ce qui représente *grosso modo* un Québécois sur quatre (tableau 2). Les principaux services dispensés par les CLSC étaient les services de maintien à domicile aux personnes âgées (40%), incluant les soins infirmiers et l'aide à domicile, les services de santé publique aux enfants et aux jeunes (12%) et différents services psychosociaux et de santé mentale ciblant des groupes spécifiques.

Le niveau de défavorisation de chaque usager ou client du CLSC a été estimé en jumelant son code postal de résidence (6 positions) à un SD, et en y associant les quintiles de défavorisation (matérielle et sociale) préalablement attribué à ce SD. Ainsi, il a donc été possible d'introduire un indice de défavorisation dans le fichier I-CLSC pour chaque client et de répartir les clientèles de chaque CLSC par quintile de défavorisation matérielle et sociale.

Tableau 2. Principaux services et clientèles de CLSC au Québec, 2000-2001.

Services (Clientèles)	Exemples d'activités	Usagers (%)	Interventions (%)
Services courants de santé (population entière)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins médicaux et infirmiers ▪ Urgences 	n=627 571 (25.7%)	n=1 902 523 (18%)
Services courants psychosociaux (population entière)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des besoins ▪ Suivi à court terme 	n=82 028 (3.4%)	n=314 493 (3.0%)
Services de santé publique (personnes de 0 à 17 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention et promotion de la santé ▪ Soins périnataux 	n=725 532 (29.7%)	n=1 239 158 (11.7%)
Services sociaux (personnes de 0 à 17 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services sociaux scolaires ▪ Éducation familiale et sociale 	n=85 886 (3.5%)	n=469 634 (4.4%)
Maintien à domicile (personnes de plus de 65 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide à domicile ▪ Soins infirmiers 	n=252 912 (10.4%)	n=3 590 439 (40.4%)
Santé mentale (population entière)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion de cas ▪ Suivi intensif 	n=46 436 (%1.9)	n=388 196 (15.9%)
Total des usagers et des interventions au Québec		n=1 727 417	n=10 555 102

TAUX ET INDICES

Des taux bruts et des taux ajustés selon l'âge d'usagers et d'interventions ont été calculés par quintile de défavorisation matérielle et sociale, pour chacun des groupes de services et chacune des clientèles. Ce sont les indicateurs de base sur lesquels devra s'appuyer l'évaluation à l'échelle locale de la pénétration des services offerts par les CLSC auprès de leur population défavorisée.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Les résultats suivants proviennent d'un CLSC typique démontrant des variations dans les niveaux de défavorisation matérielle et sociale à l'échelle locale. La figure 2 illustre les variations locales de la défavorisation lorsque les deux dimensions sont considérées simultanément. On peut voir que ce territoire de CLSC est principalement dominé par des secteurs où la défavorisation sociale est élevée relativement à la moyenne québécoise mais où la défavorisation matérielle est faible (teintes bleutées). La distribution statistique de la population (non illustrée) indique que ces SD recouvrent environ 55% de la population du territoire. Le reste de la population se retrouve soit dans des secteurs privilégiés sur les deux dimensions simultanément (teintes jaunes et vertes; ≈20%) ou, à l'inverse, relativement défavorisés aux plans matériel et social (teintes mauves; ≈25%). En considérant la distribution de la population sur l'un ou l'autre de ces deux plans (tableau 3), il est possible de constater que la population de ce CLSC est généralement défavorisée sur le plan social mais plutôt privilégiée au plan matériel.

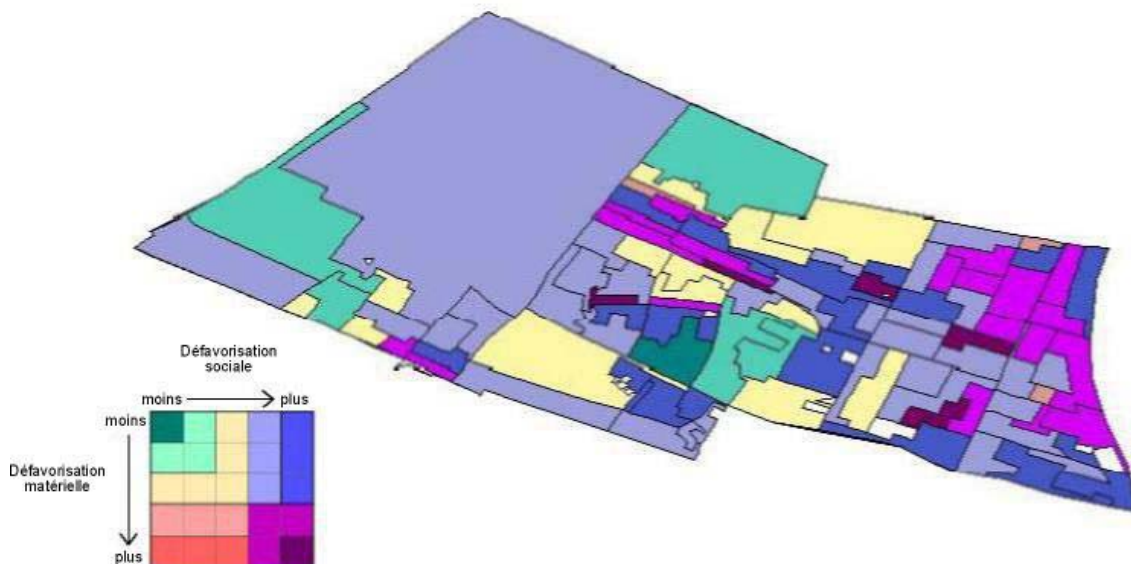


Figure 2. Variation de la défavorisation matérielle et sociale pour un CLSC typique.

Le tableau 3 illustre aussi les variations dans l'utilisation des services selon le niveau (quintile) de défavorisation dans ce CLSC typique, et ce, pour deux groupes de services : les services courants psychosociaux et les services de santé mentale (clientèle de santé mentale). Les taux d'utilisation ont tendance à croître avec la défavorisation, tant matérielle que sociale. Ceci est vrai à la fois pour les services courants psychosociaux et pour ceux visant plus particulièrement la clientèle de santé mentale. Lorsque les différentes structures d'âge entre les groupes de défavorisation sont prises en compte, les mêmes tendances apparaissent (figure 3). Ainsi, ces résultats montrent clairement que ce CLSC typique est capable de rejoindre la population socialement et matériellement défavorisée sur son territoire, du moins pour les deux groupes de services considérés ici.

Table 3. Population, usagers et taux brut d'usagers (0/00 résidants) de deux groupes de services par quintile de défavorisation matérielle et sociale, pour un CLSC typique, 2000-2001.

Services courants psychosociaux				Services de santé mentale			
Défavorisation matérielle				Défavorisation matérielle			
Quintile	Population	Usagers	Taux (‰)	Quintile	Population	Usagers	Taux (‰)
1 (favorisés)	12 565	75	5.97	1 (favorisés)	12 565	38	3.02
2	22 695	137	6.04	2	22 695	74	3.26
3	21 540	145	6.73	3	21 540	80	3.71
4	16 770	162	9.66	4	16 770	94	5.61
5 (défavorisés)	3 440	55	15.99	5 (défavorisés)	3 440	29	8.43
Défavorisation sociale				Défavorisation sociale			
Quintile	Population	Usagers	Taux (‰)	Quintile	Population	Usagers	Taux (‰)
1 (favorisés)	1 055	3	2.84	1 (favorisés)	1 055	1	0.95
2	3 870	12	3.10	2	3 870	7	1.81
3	10 930	57	5.22	3	10 930	34	3.11
4	34 780	244	7.02	4	34 780	119	3.42
5 (défavorisés)	26 375	258	9.78	5 (défavorisés)	26 375	154	5.83
Total	77 010	574	7.45	Total	77 010	315	4.09

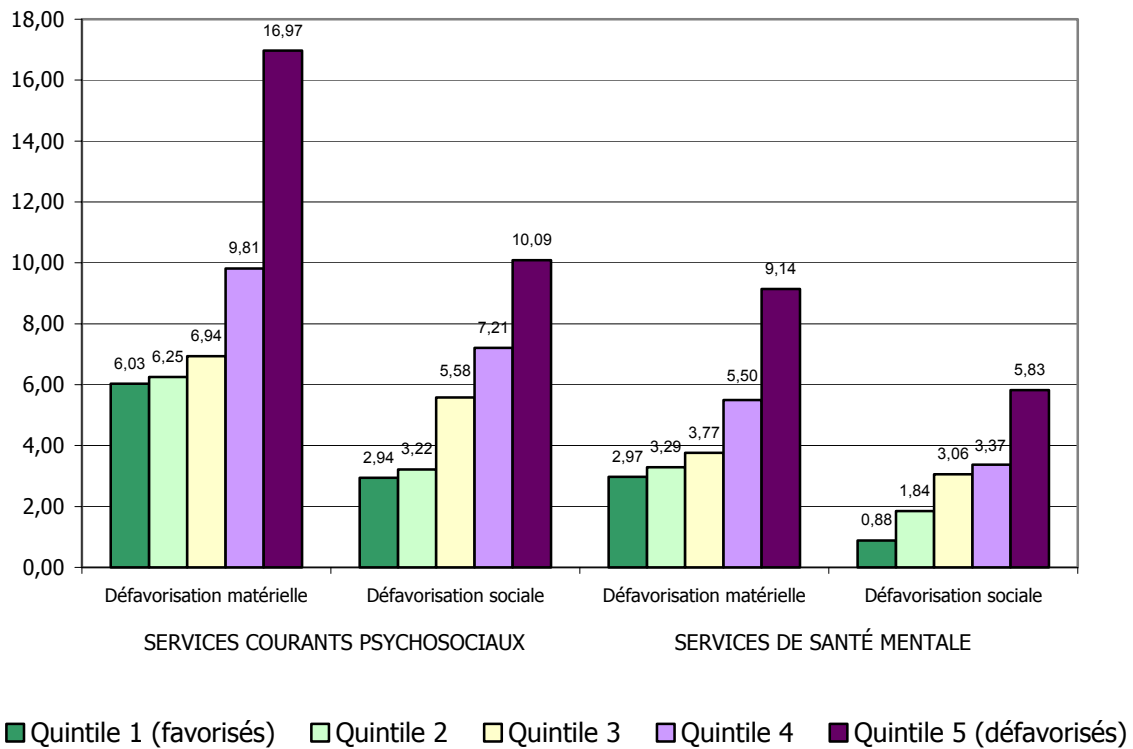


Tableau 3. Taux d’usagers ajusté selon l’âge (0/00 résidants) de deux groupes de services par quintile de défavorisation matérielle et sociale, pour un CLSC typique, 2000-2001.

CONCLUSION

Ce projet de recherche vise à fournir aux acteurs et décideurs locaux des outils permettant de mieux intégrer la notion de défavorisation à la pratique quotidienne. La connaissance de la défavorisation des communautés et des clientèles locales permet non seulement d’estimer le degré de pénétration des services auprès de la population défavorisée du territoire mais aussi d’envisager de nouvelles voies d’intervention, en privilégiant notamment les actions de nature préventive, ciblées sur le milieu physique et social, et en favorisant la collaboration entre les intervenants à l’échelle locale.

La méthodologie et les résultats décrits ci-haut montrent ce qu’il est possible de faire à l’aide de l’information maintenant disponible dans le fichier I-CLSC. Comme le projet de recherche en est à ses tous débuts, il sera possible de poursuivre l’exploitation de ce fichier de diverses façons, soit en améliorant et complétant les mesures de pénétration des services (en considérant notamment non seulement les usagers mais aussi les interventions), en examinant l’ensemble des clientèles et des services offerts en CLSC et en couvrant la totalité du territoire québécois, ou l’ensemble des CLSC. Tout ce travail devra se faire en partenariat avec les intervenants et décideurs locaux du réseau des CLSC de sorte que chaque élément du système d’évaluation en développement soit utile pour tous.

BIBLIOGRAPHIE

- Crampton, P, A. Dowell, A. Woodward and C. Salmon. 2000. Utilisation rates and capitated primary care centres serving low income population. *N Z Med J.* Oct 27: 436-438.
- Davis, B.S., M.F. McWhirter and D.S. Gordon. 1996. Where needs and demands diverge: health promotion in primary care. *Public Health.* 110: 95-101.
- Djojonegoro, B.M., A.F Williams, L.A. Aday and C.E Ford. 2000. Area income as a predictor of preventable hospitalizations in the Harris County Hospital District, Houston. *Texas Medicine.* Vol. 96(1): 58-62.
- Gilthorpe, M.S. and R. Bedi. 1997. An exploratory study combining hospital episode statistics with socio-demographic variables to examine the access and utilisation of hospital oral surgery services. *Community Dental Health.* 14: 209-213.
- Krieger, N. 1992. Overcoming the absence of socioeconomic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. *Am J Public Health.* Vol. 82(5): 703-710.
- Kunst, A.E. and J.P. Mackenbach. 1994. *Measuring socioeconomic inequalities in health.* WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 115 pages.
- Mustard, C.A., S. Derksen, J-M. Berthelot and M. Wolfson. 1999. Assessing ecologic proxies for household income: a comparison of household and neighbourhood level income measures in the study of population health status. *Health and Place.* 5: 157-171.
- Pampalon, R. and G. Raymond. 2000. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies Chroniques au Canada.* Vol. 21 (3) : 113-122.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 1992. *La politique de la santé et du bien-être.* Direction générale de la planification, MSSS, Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 1997. *Priorités nationales de santé publique.* Direction générale de la santé publique, MSSS, Québec.
- Thornicroft, G., O. Margolius and D. Jones. 1992. The TAPS project. 6: New long stay psychiatric patient and social deprivation. *Br J Psychiatry.* 161: 621-624.
- Townsend, P. 1987. Deprivation. *J Soc Pol.* 16(2); 125-146.
- Warnes, A.M., G.K. Armstrong and D. Peters. 1997. Population predictors of community health and social service use in Northern Ireland.