



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

# DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME D'ÉVALUATION DE LA DÉFAVORISATION DES COMMUNAUTÉS LOCALES ET DES CLIENTÈLES DE CLSC

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME  
D'ÉVALUATION DE LA DÉFAVORISATION  
DES COMMUNAUTÉS LOCALES ET DES  
CLIENTÈLES DE CLSC

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION  
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

AVRIL 2004

## AUTEURS

Robert Pampalon  
Unité Connaissance-surveillance  
Direction Planification, recherche et innovation  
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu Philibert  
Unité Connaissance-surveillance  
Direction Planification, recherche et innovation  
Institut national de santé publique du Québec

Denis Hamel  
Unité Connaissance-surveillance  
Direction Planification, recherche et innovation  
Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE  
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))  
COTE : INSPQ-2004-024

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2004  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA  
ISBN 2-550-42724-6

©Institut national de santé publique du Québec (2004)

## REMERCIEMENTS

Nous tenons d'abord à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour avoir financé à la hauteur de 50 % le présent projet de recherche et pour avoir facilité l'accès aux données du fichier Intégration-CLSC dont il est responsable. De la même manière, nous tenons à remercier la Régie de l'assurance maladie du Québec, dépositaire du fichier Intégration-CLSC, pour avoir facilité l'accès à ce fichier. Le présent projet n'aurait par ailleurs pu voir le jour sans l'implication et la collaboration soutenues de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et du Regroupement des CLSC de la région de Montréal. Pour cela, nous exprimons notre gratitude envers Mireille Dumont-Lemasson, Michèle Doyon, Hélène Baral et Denis Saint-Amant. De même, le présent projet n'aurait pu être réalisé sans le concours des équipes de gestion de 7 CLSC que nous avons rencontrées à deux reprises. Que ces équipes soient elles aussi remerciées.

Pour la réalisation du projet, nous avons pu profiter des avis scientifiques de Carmen Loïselle de l'École de Sciences infirmières de l'Université McGill et de Jean-Pierre Thouez du Département de géographie de l'Université de Montréal ainsi que du soutien de Lucie Denis de la SOGIQUE dans notre apprentissage de la base de données des clientèles en CLSC, à qui nous transmettons également nos remerciements.

Un merci spécial à Chantale Pelletier, agente d'information et webmestre à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), qui a contribué à faire de ce système d'évaluation un outil clair et accessible, de même qu'à Guy Raymond et Simon Gingras du MSSS pour leur précieux concours dans la mise en ligne des cartes de défavorisation utilisées dans le cadre de ce projet.

Un dernier merci est adressé à Emmanuelle Raynal et Line Mailloux de l'INSPQ pour avoir assuré la mise en forme finale du présent rapport.

## RÉSUMÉ

Non seulement la lutte aux inégalités sociales de santé et de bien-être est-elle un enjeu majeur au Québec mais aussi certaines orientations sectorielles indiquent clairement la priorité à donner à une intervention locale auprès des communautés défavorisées. Les CLSC, dont la mission est d'offrir un grand nombre de services de santé et de services sociaux à l'échelle locale, disposent toutefois de peu d'information utile sur la défavorisation de leur population et de leurs clientèles. Le projet présenté en ces pages visait donc à développer un système d'évaluation qui permet aux CLSC d'estimer le niveau de défavorisation de la communauté qu'ils desservent et des utilisateurs des services qu'ils offrent. Ce rapport présente la méthodologie utilisée dans le développement de ce système, notamment les modifications apportées à l'indice de défavorisation défini à l'échelle du Québec, la construction des indicateurs de desserte et les échanges avec les intervenants et les décideurs qui ont permis d'adapter l'outil aux besoins de la planification locale. Il décrit les principaux éléments de ce système que sont 1- une carte du profil local de défavorisation matérielle et sociale de la population, 2- un tableau synthèse des inégalités dans le recours aux services selon la défavorisation et 3- une grille d'interprétation de ces inégalités. Finalement, la stratégie de diffusion du système d'évaluation et ses possibles améliorations sont abordées. Le système d'évaluation est accessible dans Internet à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/defavorisationCLSC>.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>VII</b>
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2 LES OBJECTIFS DE RECHERCHE.....</b>	<b>3</b>
2.1 OBJECTIF GÉNÉRAL # 1.....	3
2.2 OBJECTIF GÉNÉRAL # 2.....	3
<b>3 LA QUESTION DE RECHERCHE.....</b>	<b>5</b>
<b>4 LA CONSTRUCTION DU SYSTÈME D'ÉVALUATION.....</b>	<b>7</b>
4.1 L'INDICE DE DÉFAVORISATION.....	7
4.1.1 À l'échelle du Québec.....	8
4.1.2 À l'échelle du CLSC.....	11
4.2 LA BASE INTÉGRATION-CLSC.....	14
4.2.1 Le niveau de défavorisation des usagers.....	14
4.2.2 Les programmes évalués.....	15
4.2.3 Les indicateurs de desserte.....	15
4.3 LES INDICES D'INÉGALITÉ RELATIVE.....	17
4.3.1 L'indice relatif de pénétration.....	18
4.3.2 L'indice relatif d'intensité.....	19
4.3.3 L'indice relatif de pénétration pondéré.....	19
4.4 LES SÉANCES DE TRAVAIL EN CLSC.....	20
<b>5 LES COMPOSANTES DU SYSTÈME D'ÉVALUATION.....</b>	<b>21</b>
5.1 LE PROFIL LOCAL DE LA DÉFAVORISATION.....	21
5.2 LE TABLEAU SYNTHÈSE.....	21
5.3 LA GRILLE D'INTERPRÉTATION.....	24
<b>6 LA DIFFUSION DU SYSTÈME D'ÉVALUATION.....</b>	<b>31</b>
6.1 AUX INTERVENANTS ET GESTIONNAIRES EN CLSC.....	31
6.2 À LA COMMUNAUTÉ SCIENTIFIQUE.....	32
<b>7 CONCLUSION.....</b>	<b>33</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>37</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Indicateurs de défavorisation matérielle et sociale .....	8
Tableau 2	Population du Québec par quintile (Q) de défavorisation matérielle et sociale, 1996. ....	8
Tableau 3	Population d'un CLSC par quintile (Q) de défavorisation matérielle et sociale, 1996. ....	12
Tableau 4	Population d'un CLSC par quartile (Q) de défavorisation matérielle et sociale selon le nouveau groupement, 1996. ....	13
Tableau 5	Les programmes évalués et leurs caractéristiques.....	16
Tableau 6	Les usagers des services courants de santé d'un CLSC par quartile de défavorisation matérielle et sociale, 2000-2002. ....	17
Tableau 7	Indices relatifs de pénétration, d'intensité et de pénétration pondéré du territoire de CLSC selon le groupe, le type de programme et la forme de défavorisation, 7 CLSC, années 2000-2002.....	22
Tableau 8	Schéma d'interprétation des indices d'inégalité relative. ....	25

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	La défavorisation matérielle et sociale au Québec, 1996.....	9
Figure 2	La défavorisation matérielle et sociale dans la région de Montréal, 1996. ....	10
Figure 3	La défavorisation matérielle et sociale d'un CLSC, à l'échelle nationale. ....	12
Figure 4	La défavorisation matérielle et sociale d'un CLSC, à l'échelle locale.....	13

# 1 INTRODUCTION

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*<sup>1,2</sup>. La réduction de ces inégalités implique l'ensemble de la société mais également les services de santé et les services sociaux publics puisqu'il y va de la mission de ces services d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population. D'ailleurs, les orientations sectorielles à l'égard de certaines clientèles<sup>3,4</sup> indiquent clairement la priorité à donner à une intervention locale auprès de communautés défavorisées.

Cet impératif interpelle les Centres Locaux de Services Communautaires (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. Plusieurs des services rendus en CLSC sont d'accès universel, donc destinés à l'ensemble de la population du territoire, peu importe le niveau de défavorisation. Citons, par exemple, les services d'Info-Santé (un système d'aide téléphonique), les activités de vaccination, les services médicaux généraux, l'accueil psychosocial et les soins infirmiers courants, qu'ils soient consécutifs à une chirurgie d'un jour ou à une hospitalisation. D'autres services, par contre, ciblent en priorité des clientèles défavorisées. C'est le cas, par exemple, des services rendus dans le cadre du programme *Naître égaux – Grandir en santé (NÉGS)*<sup>5</sup>, un programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité, et du programme d'aide à domicile destiné aux personnes en perte d'autonomie<sup>4</sup>.

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<sup>6,7,8,9</sup> ou encore les travaux portant sur certaines caractéristiques sociales ou sanitaires de la population<sup>10,11</sup> offrent des informations par territoire de CLSC mais jamais à une échelle plus fine, soit à une échelle locale. Quand des territoires de CLSC comptent plus de 100 000 habitants, d'autres des populations se situant aux extrêmes de l'échelle sociale, et d'autres enfin des zones urbaines et des zones rurales, on peut difficilement croire que le territoire de CLSC (considéré globalement) est une base géographique adéquate pour l'analyse de la défavorisation des communautés locales.

La défavorisation des clientèles desservies par les CLSC, quant à elle, n'est guère plus connue, car aucune information à caractère socio-économique n'est consignée dans les systèmes d'information sur les clientèles en CLSC, soit le fichier SIC-CLSC et le fichier Intégration-CLSC<sup>12</sup>. Même en ce qui concerne le programme *NÉGS*, lequel a fait l'objet de plusieurs recherches évaluatives, on estime que l'absence de donnée socio-économique dans le système d'information des CLSC est une lacune importante<sup>13</sup>. L'absence d'une telle donnée rend difficile la tâche de préciser si la clientèle desservie par les intervenants est bien celle ciblée par le programme.

**Comment les CLSC peuvent-ils alors agir en priorité auprès des communautés locales défavorisées quand 1- ils ne peuvent ni localiser ni quantifier ces populations sur leur territoire, 2- ils ne disposent d'aucune information sur la défavorisation de leurs clientèles et 3- ils ne peuvent estimer le degré de pénétration de leurs programmes et de leurs services en milieu défavorisé?**

C'est pour répondre à ces interrogations, que se posent d'ailleurs les CLSC du Québec, que le présent projet de recherche a vu le jour.

Le projet a été financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec, et repose sur une collaboration étroite entre chercheurs et intervenants du réseau des CLSC. À l'INSPQ, Robert Pampalon a dirigé le projet avec l'assistance de Mathieu Philibert, chargé de projet, et Denis Hamel, statisticien. Deux comités ont appuyé l'équipe de recherche, un comité scientifique et un comité avisé. Le premier comprenait, outre l'équipe de l'INSPQ, Carmen Loiselle, professeure adjointe à l'École de sciences infirmières de l'Université McGill, et Jean-Pierre Thouez, professeur titulaire au Département de géographie de l'Université de Montréal. Le comité avisé regroupait, en plus des membres du comité scientifique, des représentants de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et du Regroupement des CLSC de la région de Montréal.

Dans le rapport qui suit, nous verrons d'abord les objectifs et la question de recherche qui sous-tend le système d'évaluation. Nous précisons par la suite les différents outils ayant servi à la construction du système d'évaluation et en décrivons les principales composantes, à l'aide d'exemples issus de CLSC ayant participé à la phase pilote du projet. Nous verrons enfin les modes de diffusion envisagés pour le système d'évaluation et concluons sur les activités jugées nécessaires pour en maintenir tant la qualité que la pertinence.

## 2 LES OBJECTIFS DE RECHERCHE

Le projet poursuit deux grands objectifs, un premier de développement des connaissances et un second de rapprochement entre ces connaissances et l'intervention en CLSC.

### 2.1 OBJECTIF GÉNÉRAL # 1

Un premier objectif général est de **développer un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles desservies par les CLSC**. Il s'agit ici de produire les connaissances nécessaires à une bonne lecture de la défavorisation que ce soit dans la population, à l'échelle locale, ou encore chez les clientèles. Trois objectifs spécifiques précisent les connaissances à développer.

- Objectif spécifique 1.1 : Déterminer le niveau de défavorisation et localiser les personnes défavorisées sur le territoire de CLSC.
- Objectif spécifique 1.2 : Déterminer le niveau de défavorisation des clientèles desservies par le CLSC.
- Objectif spécifique 1.3 : Établir dans quelle mesure la population défavorisée du territoire est rejointe par les services rendus par le CLSC.

### 2.2 OBJECTIF GÉNÉRAL # 2

Il importe cependant que la connaissance produite puisse être utile, localement, aux intervenants du réseau des CLSC. Ainsi le second objectif général est d'**intégrer ce système d'évaluation à la gestion des services et à la prise de décision en CLSC**. Trois objectifs spécifiques viennent également appuyer cet objectif.

- Objectif spécifique 2.1 : Développer et valider les éléments du système d'évaluation avec les décideurs et intervenants des CLSC du Québec.
- Objectif spécifique 2.2 : Mettre en place ce système d'évaluation dans chaque CLSC du Québec.
- Objectif spécifique 2.3 : Former les intervenants des CLSC à l'utilisation et à l'interprétation de ce système d'évaluation.

### 3 LA QUESTION DE RECHERCHE

Au cœur des objectifs de recherche, se trouve cette question fondamentale à laquelle chaque CLSC est appelé à répondre :

**Les services rendus par le CLSC rejoignent-ils la population défavorisée habitant le territoire?**

En somme il s'agit de savoir dans quelle mesure les services dispensés par chaque CLSC rejoignent les groupes défavorisés résidant sur leur territoire. Par rejoindre, il faut entendre ici le simple fait de dispenser ou non un service, sans préjuger de la qualité ou de l'adéquation entre ce service et les besoins de la personne qui en bénéficie. Dans le contexte de la présente recherche, il sera possible tout au plus de formuler l'hypothèse que *le taux de desserte est plus élevé chez les personnes défavorisées que favorisées*, dans la mesure où les personnes démunies présentent généralement, plus que les autres, des problèmes de santé et des problèmes sociaux et devraient, de ce fait, recourir davantage aux services offerts par le CLSC.

## 4 LA CONSTRUCTION DU SYSTÈME D'ÉVALUATION

Le projet met à profit un indice de défavorisation<sup>14</sup> et le système d'information sur les clientèles des CLSC, Intégration-CLSC (I-CLSC), et propose diverses mesures permettant de comparer la desserte de la population selon le niveau de défavorisation. Dans la présente section, nous commencerons donc par décrire l'indice de défavorisation utilisé à l'échelle nationale et à l'échelle locale, puis nous passerons à la description de la base I-CLSC, en précisant les types de services et clientèles sur lesquels portera l'analyse. Nous poursuivrons par la proposition d'indices permettant de statuer sur le rôle de la défavorisation dans la desserte et terminerons par le récit des rencontres avec les intervenants de CLSC ayant permis d'ancrer le système envisagé au processus de prise de décision.

### 4.1 L'INDICE DE DÉFAVORISATION

Le projet met à profit un indice développé au Québec<sup>14</sup> dont les assises théoriques et méthodologiques s'inspirent des propositions de Townsend<sup>15</sup> portant sur la défavorisation (*deprivation*) et de la littérature abondante sur les déterminants sociaux de la santé<sup>16</sup>. Pour Townsend, la défavorisation correspond à « un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille et le groupe » [traduction]. Ce désavantage peut prendre deux formes, l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la forme matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, la forme sociale renvoie à la fragilité du réseau social, et ce, du noyau familial jusqu'à la communauté.

À l'instar de Townsend et d'autres chercheurs<sup>17, 18, 19</sup>, l'indice est produit sur une base territoriale micro-géographique et, plus spécifiquement, par secteur de dénombrement (SD). Le SD est la plus petite unité statistique issue du recensement canadien (750 personnes, en moyenne) et s'avère fortement homogène au plan socio-économique. Au total, il a été possible de produire l'indice pour 9 058 SD et couvrir ainsi 96 % de la population du Québec. Certains SD n'ont pu être considérés entre autres parce qu'ils étaient peu peuplés (moins de 250 personnes), qu'ils correspondaient à une institution ou qu'ils provenaient des régions du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James.

Produire un indice de défavorisation par SD comporte également un avantage non négligeable : celui de pouvoir être apparié au code postal à partir de tables élaborées par Statistique Canada<sup>20, 21</sup>. Le code postal est une information que l'on retrouve, à la source, dans tous les fichiers clientèles du domaine de la santé et des services sociaux au Québec, et notamment dans celui des clientèles en CLSC (Intégration-CLSC). Jusqu'à maintenant l'indice a pu être introduit dans une douzaine de bases de données du secteur de la santé et des services sociaux, et il l'a été dans le système d'information I-CLSC<sup>12, 22</sup>

Les indicateurs entrant dans la construction de l'indice ont été choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs affinités avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par SD. Ces indicateurs ont été intégrés grâce à une analyse en composante principale (un type d'analyse factorielle), avec rotation *varimax*, de manière à rendre les composantes indépendantes l'une de l'autre au plan statistique à l'échelle du Québec (corrélation nulle). L'analyse a produit deux composantes dont le contenu se rapproche des deux dimensions matérielle et sociale de la défavorisation, en associant la première à la scolarité, l'emploi et le revenu, et la seconde à l'état matrimonial, la monoparentalité et le fait de vivre seul (tableau 1).

**Tableau 1 Indicateurs de défavorisation matérielle et sociale**

COMPOSANTE MATÉRIELLE	COMPOSANTE 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

#### 4.1.1 À l'échelle du Québec

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, après avoir ordonné les 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 une grille de 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. Le tableau 2 illustre le profil statistique de la population québécoise obtenu en considérant simultanément les deux dimensions de l'indice de défavorisation.

**Tableau 2 Population du Québec par quintile (Q) de défavorisation matérielle et sociale\*, 1996.**

		sociale →					TOTAL	
		Faible Q1	Q2	Q3	Q4	Forte Q5	Défavorisation matérielle	
matérielle ↓	Faible	Q1	315 221	262 576	264 735	268 264	257 002	<b>1 367 798</b>
	Q2	263 475	302 610	297 387	268 847	235 540	<b>1 367 859</b>	
	Q3	234 594	275 038	309 136	291 918	256 595	<b>1 367 281</b>	
	Q4	239 268	258 683	273 832	303 051	293 109	<b>1 367 943</b>	
	Forte	Q5	314 964	267 596	223 123	235 628	325 770	<b>1 367 081</b>
TOTAL			<b>1 367 522</b>	<b>1 366 503</b>	<b>1 368 213</b>	<b>1 367 708</b>	<b>1 368 016</b>	<b>6 837 962</b>
Défavorisation sociale								

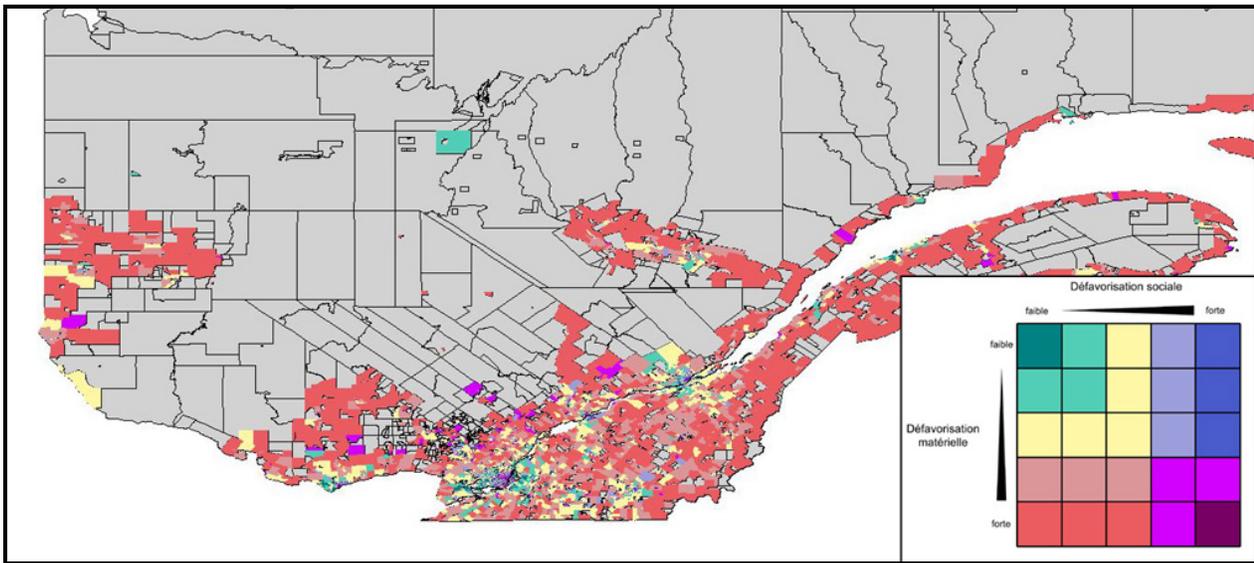
\* La mesure de défavorisation couvre 96 % de la population du Québec.

Puisque l'indice est produit sur base territoriale, le SD, il peut être directement cartographié en associant à chacune des 25 cellules du tableau 2 une trame couleur<sup>§</sup>. Ainsi peut-on voir, à l'échelle du Québec, une nette prédominance de la forme matérielle de défavorisation, et ce, en région périphérique et en milieu rural (figure 1). À l'approche des milieux urbains, cependant, et notamment des grandes villes telles que Montréal, la forme sociale s'accroît en même temps que se multiplient les combinaisons possibles entre les diverses formes de défavorisation (figure 2). C'est tout spécialement au centre des villes que l'on retrouve des populations simultanément défavorisées sur les plans matériel et social et des populations qui, tout en vivant côte à côte, affichent un profil socio-économique diamétralement opposé.

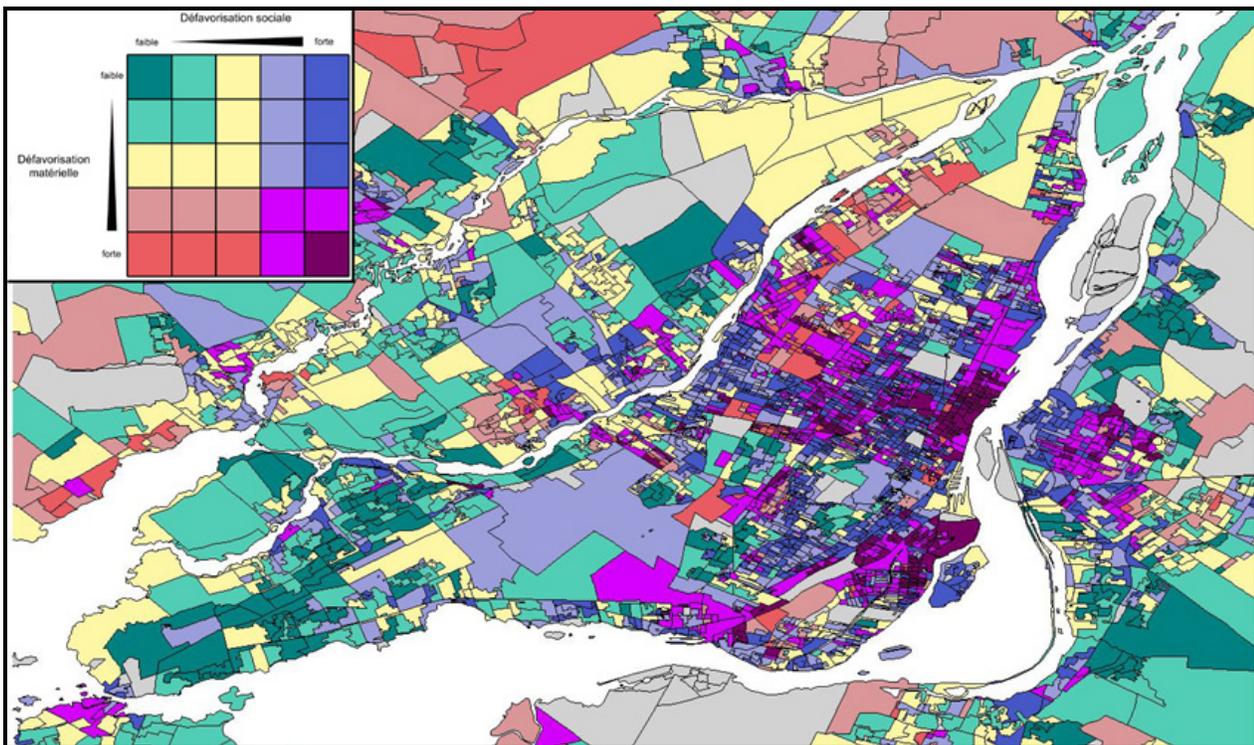
---

<sup>§</sup> On peut trouver sur le site Web du MSSS ([www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/](http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/)), une cartographie complète et interactive des variations de l'indice de défavorisation par SD au Québec.

**Figure 1 La défavorisation matérielle et sociale au Québec, 1996.**



**Figure 2 La défavorisation matérielle et sociale dans la région de Montréal, 1996.**



### 4.1.2 À l'échelle du CLSC

La méthodologie proposée permet d'établir le profil statistique de la population, et sa cartographie, selon la défavorisation matérielle et sociale à l'échelle de tous les CLSC du Québec. Nous donnons en exemple un CLSC situé à Montréal (tableau 3 et figure 3). Ce CLSC, comme il est facile de le constater, présente une forte défavorisation matérielle et une certaine variabilité au plan social, lorsque la défavorisation est définie à l'échelle du Québec.

Il peut être avantageux pour un CLSC de savoir comment se distribue la population qu'il dessert en fonction des dimensions matérielle et sociale de la défavorisation. On peut, par exemple, supposer que la demande de services psychosociaux sera liée à l'importance de la défavorisation sociale ou encore que les besoins en maintien à domicile suivront le niveau de défavorisation matérielle sur un territoire donné. Aussi, la planification des ressources et des services offerts dans le cadre d'un programme visant spécifiquement des groupes défavorisés, tels que *NÉGS*<sup>13</sup>, peut bénéficier d'une bonne connaissance de la répartition et de la localisation géographique de la population défavorisée à l'échelle locale.

La représentation proposée ici pour un CLSC montréalais (figure 3) est cependant peu utile dans la mesure où les variations locales de la défavorisation sont de faible ampleur, et même nulles sur le plan matériel, ce qui limite grandement les possibilités de retracer quelque association que ce soit entre la défavorisation et le recours aux services. Cette situation prévaut avec plus ou moins d'intensité dans les 7 CLSC qui ont fait l'objet d'une attention particulière et que nous avons visités lors de l'élaboration de ce système d'évaluation.

Cette situation tient au fait que le regroupement en quintiles des valeurs de défavorisation par SD a été effectué à l'échelle de l'ensemble du Québec et non à l'échelle du CLSC. Lorsqu'on isole une portion du territoire québécois, un CLSC par exemple, il est alors possible que la population qui s'y trouve ne soit pas distribuée selon les mêmes proportions (en quintiles) que celle de l'ensemble du Québec. Il peut donc arriver, comme à ce CLSC donné en exemple, que toute une communauté locale soit considérée comme défavorisée lorsqu'on la compare à l'ensemble du Québec même si, à l'intérieur de cette communauté, il est possible de retracer des individus affichant des niveaux variables de défavorisation.

Pour contourner cette difficulté et fournir aux CLSC un outil plus utile à une analyse locale de leur population et de leurs clientèles, les SD et leur population ont été regroupés en considérant uniquement les valeurs d'indice de défavorisation présentes sur le territoire de CLSC, de manière à donner une référence locale et non plus nationale aux variations de l'indice.

Ainsi, sur l'une et l'autre dimensions de la défavorisation, les valeurs d'indice ont d'abord été réparties de la moins à la plus défavorisée puis regroupées en quartiles (25 % de la population), en distinguant le groupe le plus favorisé (quartile 1), le groupe moyennement défavorisé (quartiles 2 et 3) et le groupe le plus défavorisé (quartile 4). Enfin, ces groupes ont été croisés pour former 9 cellules, exprimant ainsi les variations de la défavorisation simultanément aux plans matériel et social. Le choix de quartiles plutôt que de quintiles (comme à l'échelle du Québec) est dicté par la taille réduite de la population, à l'échelle locale, et la nécessité de maintenir une certaine précision au plan statistique. Dans le cas du CLSC donné en exemple ici, le recours à ces nouvelles valeurs de référence mène à une meilleure répartition de la population selon le niveau de défavorisation, tant au plan matériel que

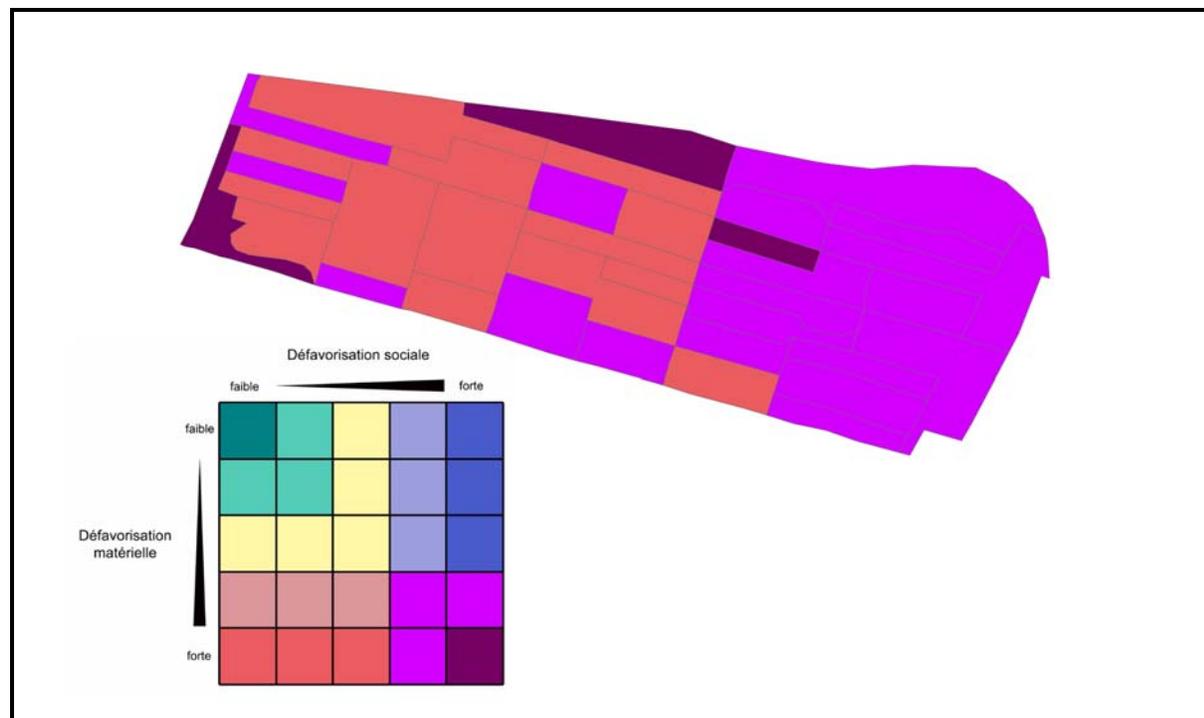
social (tableau 4 et figure 4). Bien que sur l'ensemble du territoire on ait affaire à une population défavorisée matériellement, on peut maintenant la différencier davantage en identifiant les personnes les plus défavorisées à l'intérieur de ce territoire.

**Tableau 3 Population d'un CLSC par quintile (Q) de défavorisation matérielle et sociale\*, 1996.**

		sociale					TOTAL Défavorisation matérielle	
		Faible Q1	Q2	Q3	Q4	Forte Q5		
matérielle	Faible	Q1	0	0	0	0	0	
	↓	Q2	0	0	0	0	0	
		Q3	0	0	0	0	0	
		Q4	0	0	0	0	0	
	Forte	Q5	975	798	10 287	15 859	1 951	29 870
TOTAL Défavorisation sociale			975	798	10 287	15 859	1 951	29 870

\* La mesure de défavorisation couvre 96 % de la population du Québec.

**Figure 3 La défavorisation matérielle et sociale d'un CLSC, à l'échelle nationale.**

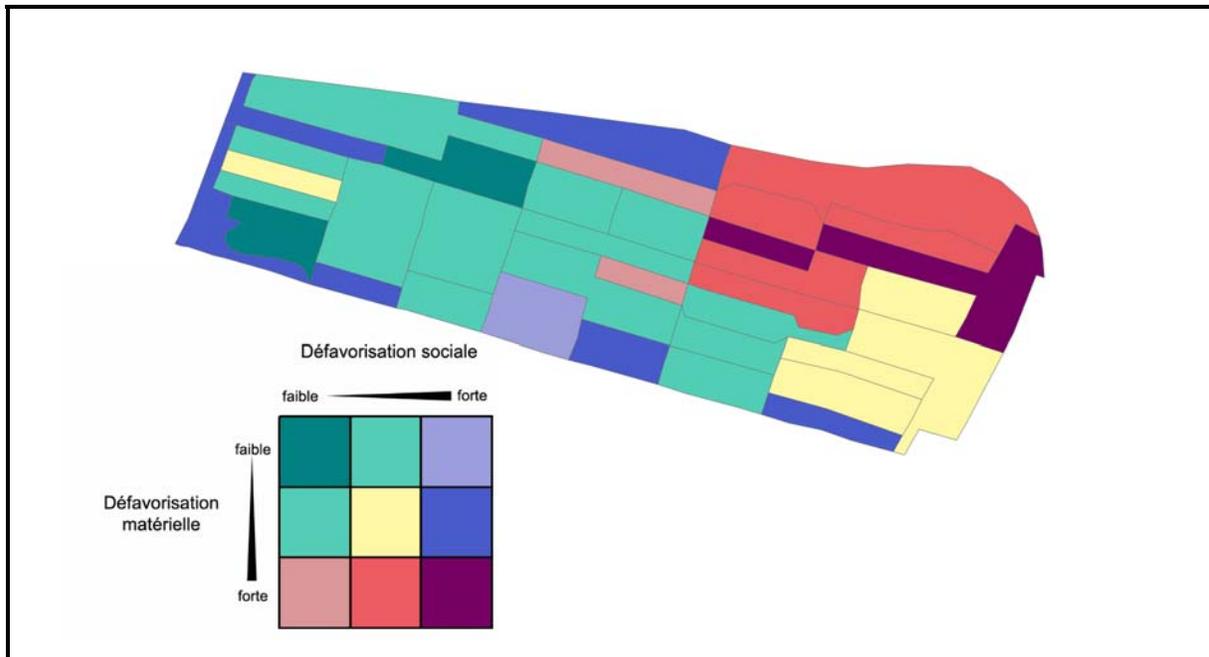


**Tableau 4** Population d'un CLSC par quartile (Q) de défavorisation matérielle et sociale selon le nouveau groupement, 1996\*.

		sociale			TOTAL Défavorisation matérielle
		Très favorisé Q1	Q2-Q3	Très défavorisé Q4	
matérielle	Très favorisé Q1	1 996	4704	874	<b>7 574</b>
	Q2-Q3	6288	4160	4908	<b>15 356</b>
	Très défavorisé Q4	1270	4209	1461	<b>6 940</b>
TOTAL Défavorisation sociale		<b>9554</b>	<b>13073</b>	<b>7243</b>	<b>29 870</b>

\* La mesure de défavorisation couvre 96 % de la population du Québec.

**Figure 4** La défavorisation matérielle et sociale d'un CLSC, à l'échelle locale.



## 4.2 LA BASE INTÉGRATION-CLSC

La base Intégration-CLSC (I-CLSC) constitue le système national d'information sur les clientèles fréquentant le réseau des CLSC. La banque centrale est construite à partir des systèmes locaux des CLSC qui transmettent (deux fois par année) l'information sur les interventions effectuées localement par les intervenants des CLSC. La déclaration à la RAMQ, qui administre la banque centrale, est régie par un cadre normatif relativement explicite qui définit les concepts ainsi que les règles d'application et de codification<sup>12</sup>. Dans cette base, on trouve, par exemple, un numéro d'identification pour l'utilisateur, son âge et son sexe, le numéro d'établissement du CLSC ayant dispensé le service, le type et le lieu de l'intervention, la langue utilisée lors de l'intervention et le code postal de l'utilisateur. Le système d'information a été mis en place au cours de l'année 2000 et l'année financière 2000-2001 (du 1<sup>er</sup> avril 2000 au 30 mars 2001) constitue la première année complète de données dans la base. Dans le cadre du présent projet, les années 2000-2001 et 2001-2002 ont été combinées.

Au cours de ces deux années, c'est plus de 1 500 000 usagers différents\* (environ 20 % de la population du Québec) par an qui ont reçu en moyenne plus de 9,5 millions d'interventions de la part du réseau des CLSC. Les principaux services dispensés ont été le maintien à domicile (environ 47 %), incluant l'aide et les soins à domicile, les services courants de santé (environ 18 %), les services de santé publique destinés aux jeunes et à leur famille (environ 12 %) et divers services psychosociaux et de santé mentale ciblant des groupes spécifiques.

### 4.2.1 Le niveau de défavorisation des usagers

Le niveau de défavorisation matérielle et sociale des usagers de la base I-CLSC a été déterminé lors de la transmission des données du CLSC vers la banque centrale à l'aide de tables modifiées fournies par Statistique Canada<sup>20, 21</sup> permettant d'établir la correspondance entre le code postal à 6 positions de l'utilisateur (disponible uniquement en CLSC), son secteur de dénombrement (SD) de résidence, et les valeurs de défavorisation qui s'y rattachent. Ainsi, chaque client a obtenu le niveau de défavorisation matériel et social du milieu immédiat qu'il habite. La procédure a permis d'attribuer un indice de défavorisation à environ 88 % des usagers (87 % des interventions) de tous les CLSC du Québec. De même, il a été possible d'attribuer à ces usagers l'indice de défavorisation établi en fonction des variations observées à l'échelle du CLSC (en valeurs de quartiles) et non de l'ensemble du Québec. Ce sont d'ailleurs ces valeurs qui serviront à caractériser les usagers dans le cadre de ce projet de recherche.

Il arrive que des usagers soient exclus de l'évaluation parce qu'il est impossible d'estimer leur niveau de défavorisation. Trois situations peuvent expliquer cette impossibilité. D'abord, l'indice de défavorisation n'a pu être calculé pour l'ensemble du territoire québécois. Bien qu'il couvre une très vaste proportion de la population (96 %), certains secteurs de dénombrement ont dû être laissés de côté car Statistiques Canada ne diffuse aucune information sur le revenu pour les SD dont la population est inférieure à 250 individus et pour les SD qui correspondent à des institutions (résidences, bases militaires, etc.). Ensuite, puisque c'est à partir du code postal que l'on fait la correspondance avec le SD pour lequel une valeur de défavorisation est disponible, le niveau de défavorisation de certains usagers n'a pu être évalué lorsque le code postal inscrit à son dossier était erroné ou manquant.

---

\* Les usagers sont considérés différents sur une base annuelle seulement. Voir la section *Les indicateurs de desserte*, à la page 11.

Finalement, la mise à jour de la table de correspondance entre le code postal et le SD peut être à l'origine du manque d'information sur la défavorisation d'un usager : certains codes postaux ont été créés ou modifiés depuis la production de cette table et son introduction dans I-CLSC, si bien que les codes postaux inscrits dans le système après la création de cette table ne sont pas associés à un indice de défavorisation. La validation de l'information à référence géographique contenue dans I-CLSC a permis de constater que la table de correspondance entre le code postal et l'indice de défavorisation non seulement n'a pas été mise à jour depuis sa création mais qu'il serait difficile de le faire sans reprogrammer des composantes du module local d'extraction et de transfert des données (SICPlus). Notons que la mise à jour de cette table constitue une des pierres angulaires du système d'évaluation pour en assurer la pérennité, considérant que les découpages territoriaux auxquels réfère SICPlus (codes postaux, municipalités, CLSC, etc.) sont en constante évolution.

#### 4.2.2 Les programmes évalués

Les programmes pour lesquels la défavorisation des clientèles est évaluée sont ceux définis par le Tableau de bord des CLSC<sup>23</sup>. Ces programmes sont définis sur la base d'information disponible dans le fichier I-CLSC, en combinant de l'information sur l'utilisateur-individu (son âge) et sur l'intervention effectuée (centre d'activité, profil d'intervention et lieu d'intervention). Toutefois, ces caractéristiques ne sont pas systématiquement utilisées dans la définition de tous les programmes. Certains sont définis uniquement en considérant le centre d'activité, d'autres en tenant compte de l'âge de l'utilisateur, du lieu ou du profil d'intervention. Le tableau 5 présente les critères qui entrent dans la définition de chacun des programmes évalués. Notons par ailleurs que les résultats des deux programmes Famille, Enfance, Jeunesse (santé publique et services sociaux) sont produits pour l'ensemble des usagers mais aussi en ne considérant que les usagers âgés de 0 à 17 ans (tableau 5). Cette distinction vise à permettre l'appréciation des services offerts aux parents.

#### 4.2.3 Les indicateurs de desserte

Pour caractériser la desserte des clientèles en CLSC, il a été choisi de travailler à partir de deux indicateurs, soit **les usagers** et **les interventions**. Considérer les usagers permet de connaître le nombre de personnes rejointes par le CLSC et d'estimer ce qu'il est convenu d'appeler la couverture (ou la pénétration) des services et des clientèles alors que le nombre d'interventions fournit une indication de l'intensité des services rendus.

On entend par interventions les actions significatives réalisées par un intervenant en CLSC pour lesquelles il est pertinent d'inscrire une note au dossier de l'utilisateur. Une action est jugée significative lorsqu'elle est effectuée dans le cadre d'un plan d'intervention ou, si un tel plan n'existe pas, lorsqu'elle fait suite à une décision ou un acte d'ordre professionnel. Les interventions peuvent s'adresser à des individus, des couples, des familles, des groupes ou des communautés. Le présent système d'évaluation ne considère que les *usagers-individus*.

**Tableau 5 Les programmes évalués et leurs caractéristiques.**

PROGRAMMES (services et clientèles)	POPULATION VISÉE	CENTRES D'ACTIVITÉS	
		Nom	code
<b>Services de santé courants</b>	Population totale	Activité médicale	0001
		Urgences	6240
		Services de santé courants	6307
<b>Services psychosociaux courants</b>	Population totale	Services psychosociaux – autres que PAPA et MAD	6562
<b>Maintien à domicile (MAD)</b>	Population totale	Soins infirmiers à domicile	6173
		Inhalothérapie à domicile	6351
		Services psychosociaux aux PAPA	6563
		Services psychosociaux aux MAD non PAPA	6566
		Audiologie et orthophonie à domicile	6864
		Ergothérapie et physiothérapie MAD	7160
		Aide à domicile	6530
<b>Famille, enfance, jeunesse (FEJ)</b> <i>Services de santé publique</i>	Population totale et population de 0 à 17 ans	Santé maternelle et infantile	6510
		Santé maternelle et infantile CLSC	6513
		Santé dentaire et préventive	6540
		Prévention, protection de la santé publique	6580
		Prévention, protection de la santé publique (non réparti)	6589
		Santé scolaire	6591
		Nutrition	7110
<b>Famille, enfance, jeunesse (FEJ)</b> <i>Services sociaux</i>	Population totale et population de 0 à 17 ans	Services sociaux scolaires	6592
		Services d'éducation familiale et sociale	7170
		Services d'éducation familiale et sociale (non réparti)	7179
<b>Personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA)</b> - Profil d'intervention 710	Personnes de 65 ans et plus	Activité médicale (domicile et hébergement privé)	0001
		Soins infirmiers à domicile	6173
		Inhalothérapie à domicile	6351
		Services ambulatoires de psychogériatrie	6380
		Aide à domicile	6530
		Services psychosociaux aux PAPA	6563
		Audiologie et orthophonie à domicile	6864
		Nutrition (domicile et hébergement privé)	7110
		Ergothérapie et physiothérapie MAD	7160
<b>Santé mentale</b> - Profils d'intervention 410 et 420	Population totale	Activité médicale	0001
		Soins infirmiers à domicile	6173
		Urgences	6240
		Services de santé courants	6307
		Aide à domicile	6530
		Services psychosociaux	6562
		Services psychosociaux à domicile, non PAPA	6566
		Réadaptation – Personnes toxicomanes	6680
		Intégration – Réintégration sociale en santé mentale (non réparti)	6939
		Intégration – Réintégration sociale en santé mentale (non réparti)	6930

Précisons aussi que la notion d'usager correspond à celle d'usager différent au cours d'une année. En effet, la dénominalisation du fichier rend impossible le suivi d'un individu sur plus d'une année. Ainsi, il est possible de savoir que le même usager a eu recours à différents services au cours d'une même année mais il sera considéré comme autant d'usagers différents qu'il y aura d'années où il sera vu faute de pouvoir associer les dossiers d'une année à l'autre. Les usagers sont également comptabilisés sur la base de leur CLSC de résidence, peu importe le CLSC qui rend le service, afin de les reporter sur la population résidente, comme nous le verrons plus loin. À titre d'information, signalons que la proportion d'usagers desservis par un autre CLSC que celui de résidence se situe en moyenne autour de 5 % au Québec.

De la même manière qu'il a été possible de répartir la population par niveau de défavorisation matérielle et sociale (tableau 3), il est maintenant possible de répartir les usagers et les interventions par niveau de défavorisation. L'exemple ci-dessous (tableau 6) montre le nombre d'usagers résidents d'un CLSC (le même qu'au tableau 3) ayant bénéficié des services courants de santé par quartile de défavorisation matérielle et sociale.

**Tableau 6 Les usagers des services courants de santé d'un CLSC par quartile de défavorisation matérielle et sociale, 2000-2002.**

		sociale			TOTAL Défavorisation matérielle
		Très favorisé Q1	Q2-Q3	Très défavorisé Q4	
matérielle	Très favorisé Q1	1 073	2 582	411	<b>4 066</b>
	Q2-Q3	2 944	2 492	3 164	<b>8 600</b>
	Très défavorisé Q4	1 030	3 097	1 148	<b>5 275</b>
TOTAL Défavorisation sociale		<b>5 047</b>	<b>8 171</b>	<b>4 723</b>	<b>17 941</b>

#### 4.3 LES INDICES D'INÉGALITÉ RELATIVE

Si l'on souhaite estimer la desserte des résidents d'un territoire de CLSC par niveau de défavorisation, on peut recourir à des méthodes simples, comme de reporter le nombre d'usagers sur la population par quartile de défavorisation. Il suffirait, par exemple, de reporter les données du tableau 6 sur celles du tableau 3 pour connaître le taux d'usagers des services courants de santé du CLSC donné en exemple par quartile de défavorisation matérielle et sociale. Et on pourrait faire de même en reportant le nombre d'interventions sur le nombre d'usagers pour estimer le nombre moyen d'interventions par quartile de défavorisation. Cette façon de faire pose certaines difficultés. D'abord elle ne tient pas compte de l'effet de variables confondantes telles que l'âge des usagers qui peut être un déterminant important du recours aux services. Ensuite, cette approche conduit à un grand nombre de résultats, soit trois taux différents pour chacune des deux dimensions de la défavorisation et neuf taux distincts, en combinant ces deux dimensions, ce qui complique grandement l'interprétation.

Pour ces raisons, nous avons retenu les propositions de Kunst et Mackenbach<sup>24</sup> et construit des indices d'inégalité relative dont le but est de comparer la situation prévalant entre les groupes extrêmes sur l'échelle de la défavorisation matérielle et sociale. Trois indices relatifs ont été construits : l'indice relatif de pénétration, l'indice relatif d'intensité et l'indice relatif de pénétration pondéré par l'intensité.

#### 4.3.1 L'indice relatif de pénétration

L'indice relatif de pénétration est construit à partir du nombre d'utilisateurs et est obtenu par une modélisation effectuée à l'aide d'une régression de Poisson ou d'une régression binomiale, selon les caractéristiques des données. Il constitue le rapport entre le taux d'utilisateurs du groupe le plus défavorisé et celui du groupe le plus favorisé sur l'une, l'autre ou les deux dimensions de la défavorisation (matérielle et sociale).

Les indices de pénétration produisent des valeurs qui varient autour de 1,00 et s'interprètent de la manière suivante :

- Indice = 1,00; il n'y a pas de différence dans la pénétration entre les groupes défavorisé et favorisé;
- Indice > 1,00; la pénétration du groupe défavorisé est supérieure à celle du groupe favorisé;
- Indice < 1,00; la pénétration du groupe favorisé est supérieure à celle du groupe défavorisé.

Donnons un exemple. Si l'indice relatif de pénétration en ce qui concerne les services de santé mentale d'un CLSC est de 1,65 pour la défavorisation matérielle, cela signifie que le taux de pénétration est de 65 % plus élevé chez le groupe le plus défavorisé au plan matériel que chez le groupe le plus favorisé. En d'autres termes, le CLSC rejoint 165 personnes défavorisées au plan matériel contre 100 qui sont favorisées. Si ce même CLSC obtient un indice de 1,73 sur la dimension sociale, cela signifie que le taux de pénétration est de 73 % plus élevé chez le groupe défavorisé au plan social que chez le groupe le plus favorisé. Dans le calcul de ces indices, on tient compte de l'effet confondant des deux dimensions de la défavorisation l'une sur l'autre dans le recours aux services ainsi que des différences de structure d'âge entre les groupes défavorisé et favorisé. Ainsi, l'indice de 1,73 sur la dimension sociale indique une pénétration supérieure chez le groupe le plus défavorisé au plan social, et ceci, au-delà de l'excédent déjà noté pour la dimension matérielle.

L'indice de pénétration est toutefois une valeur estimée et comporte une marge d'erreur. Conformément aux critères généralement reconnus, nous avons retenu le seuil  $\alpha$  de 0,05 pour déclarer un indice comme étant statistiquement significatif. Si un indice de 1,73 est déclaré statistiquement significatif, par exemple, cela signifie qu'il est différent de 1,00 (la valeur du groupe le plus favorisé). S'il n'est pas statistiquement significatif, on ne peut conclure avec certitude à un indice différent de celui du groupe le plus favorisé et l'indice doit conséquemment être interprété comme s'il était égal à 1,00.

### 4.3.2 L'indice relatif d'intensité

L'indice relatif d'intensité est calculé à partir du nombre d'interventions, et ce, pour chacune des formes de défavorisation et leur combinaison. Il est le résultat d'un rapport entre deux taux (ajustés selon l'âge), soit le taux moyen d'intervention par usager du groupe défavorisé par rapport à celui du groupe favorisé. En divisant le taux moyen des usagers défavorisés par celui des usagers favorisés, on obtient un indicateur qui s'interprète de la même façon que l'indice relatif de pénétration, soit :

- Indice = 1,00 : il n'y a pas de différence dans le nombre moyen d'interventions entre les groupes défavorisé et favorisé;
- Indice > 1,00 : les usagers du groupe défavorisé reçoivent en moyenne davantage d'interventions que ceux du groupe favorisé;
- Indice < 1,00 : les usagers du groupe favorisé reçoivent en moyenne davantage d'interventions que ceux du groupe défavorisé.

Il est toutefois important de préciser que le calcul de l'indice relatif d'intensité n'est pas effectué par une modélisation statistique comme c'est le cas de l'indice relatif de pénétration et que, conséquemment, aucune marge d'erreur ne peut être y associée. Pour cette raison, l'indice relatif d'intensité doit être interprété avec prudence et, idéalement, ne devrait servir qu'à éclairer le questionnement sur une éventuelle différence entre l'indice relatif de pénétration et l'indice relatif de pénétration pondéré.

### 4.3.3 L'indice relatif de pénétration pondéré

L'indice relatif de pénétration pondéré par l'intensité est quasiment identique à l'indice relatif de pénétration décrit précédemment, à la différence qu'il intègre la notion de pénétration et celle d'intensité dans un seul indicateur. Il s'agit en effet de la même procédure de modélisation (à partir d'une régression de Poisson ou binomiale) sauf qu'ici, le nombre d'utilisateurs considéré dans la modélisation est pondéré par le nombre d'interventions reçu par chaque usager. En somme, le calcul accorde davantage de poids aux usagers ayant bénéficié de plusieurs interventions qu'aux utilisateurs occasionnels. Étant le produit d'une modélisation, une marge d'erreur lui est aussi assignée. Également, cet indice s'interprète de la même façon que les deux précédents : par exemple, un indice égal à 1,00 signifie qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes d'utilisateurs tandis qu'un indice de 1,50 nous indique que globalement, en considérant à la fois le nombre d'utilisateurs et le nombre d'interventions, les usagers défavorisés utilisent 50 % plus de services que les usagers favorisés.

Enfin, l'indice de pénétration pondéré, tout comme l'indice de pénétration, n'ont pas été calculés si le nombre d'utilisateurs ou la population rattachés à l'une ou l'autre forme de défavorisation ne rencontrent pas certains critères. Ainsi, si le nombre d'utilisateurs défavorisés ou favorisés est inférieur à 10 ou si la population défavorisée ou favorisée est inférieure à 10 % de la population totale du CLSC sur l'une ou l'autre dimensions de la défavorisation, aucun indice n'est calculé pour cette dimension. Ces valeurs minimales s'abaissent à 5 usagers et 2 % de la population lorsque les deux formes de défavorisation sont considérées simultanément.

#### 4.4 LES SÉANCES DE TRAVAIL EN CLSC

Les premiers contacts avec le réseau des CLSC ont été établis via l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et le Regroupement des CLSC de la région de Montréal. Ces contacts ont permis de préciser les objectifs du système d'évaluation à mettre en place et de fournir des balises générales pour en accroître la pertinence, tel que le respect de la typologie des programmes et de la terminologie relative aux indicateurs proposés dans le tableau de bord de gestion des CLSC. Ils ont également facilité l'identification de CLSC avec lesquels nous allions valider le système envisagé.

Pour cette étape de validation, 7 CLSC ont été retenus en fonction de leurs particularités géographiques et socio-économiques. Certains sont urbains et d'autres ruraux. Parmi les premiers, certains occupent le centre-ville, et l'un de ceux-ci comporte une population largement multiethnique, alors que d'autres couvrent la banlieue. Selon le CLSC, le niveau moyen de défavorisation varie (fort, moyen ou faible). Des CLSC proviennent de régions centrales (Montréal, Québec et régions avoisinantes) et d'autres de régions périphériques du Québec. La diversité des milieux nous assurait d'un vaste éventail de difficultés techniques à surmonter (de nature statistique et cartographique, par exemple) ainsi que de points de vue d'intervenants locaux provenant d'horizons professionnels variés et appartenant à des organisations locales dont l'histoire, la culture et les pratiques diffèrent.

Parmi les 7 CLSC retenus pour valider le développement du système d'évaluation envisagé, trois sont localisés en milieu urbain, deux en banlieue et deux en milieu rural. Des trois territoires urbains, les deux premiers sont de centre-ville et très défavorisés à l'échelle du Québec, l'un fortement multiethnique (urbain 1), l'autre plus homogène au plan ethno-culturel (urbain 2), et le troisième dessert une ville-centre d'une région périphérique (urbain 3). Les deux territoires de banlieue présentent une défavorisation faible (banlieue 1) et moyenne (banlieue 2) comparativement à l'ensemble du Québec. Enfin, le premier CLSC rural a une défavorisation faible et est localisé dans une région centrale (rural 1) tandis que le second est fortement défavorisé et se retrouve en région périphérique (rural 2).

Ces CLSC ont été rencontrés séparément à deux reprises, pour une durée de deux à trois heures à chaque reprise. S'y trouvaient habituellement le directeur-général, des responsables de programmes et des systèmes d'information, des organisateurs communautaires et divers praticiens intéressés par la problématique des inégalités sociales. Les échanges étaient structurés selon une approche de type *focus group*<sup>25</sup>, où nous soumettions à la discussion les principaux éléments du système d'évaluation, soit une carte illustrant la défavorisation sur le territoire de CLSC, les indices d'inégalité relative traduisant le recours aux services et quelques clés d'interprétation de ces indices. De la première rencontre, il est ressorti que la carte de défavorisation était généralement conforme aux perceptions des intervenants mais que le matériel statistique devait être simplifié, résumé à l'essentiel et complété d'une démarche systématique d'interprétation. La seconde rencontre servit à valider la facture d'un tableau synthèse des résultats et le contenu d'une grille d'interprétation.

## **5 LES COMPOSANTES DU SYSTÈME D'ÉVALUATION**

Le système comporte trois éléments majeurs, soit un profil local de défavorisation, un tableau synthèse des inégalités dans le recours aux services et une grille d'interprétation de ces inégalités. La présente section décrit dans l'ordre ces éléments.

### **5.1 LE PROFIL LOCAL DE LA DÉFAVORISATION**

Le système d'évaluation propose deux outils pour mieux connaître les variations de la défavorisation au sein de la communauté locale, soit un profil statistique (tableau 4) et un profil cartographique (figure 4).

Les intervenants ont généralement reconnu dans la carte de défavorisation des variations qui leur sont familières. L'outil cartographique n'est d'abord pas une réalité étrangère aux intervenants. On a pu constater que la plupart des CLSC disposent d'une carte générale du territoire qu'ils affichaient clairement et sur laquelle on pouvait trouver, en certains cas, de l'information sur la population et les clientèles desservies. Notre carte offre cependant une information nouvelle, en l'occurrence les variations d'un indice de défavorisation, et ce, sur une base territoriale inhabituelle et de faible taille, soit le secteur de dénombrement. Elle propose aussi, tel qu'expliqué plus haut, une redistribution des valeurs de défavorisation en fonction de balises locales et non plus nationales.

Le recours à de telles balises n'est pas sans conséquences. Elles peuvent faire apparaître des variations minimales de la défavorisation qui ne correspondent à rien de sensible dans le milieu et les conditions de vie. Les intervenants des CLSC ont toutefois confirmé l'existence de telles variations, en signalant qu'elles reflètent leur propre perception du milieu et de la population qu'ils côtoient quotidiennement. Ces balises posent également un problème de comparabilité des résultats entre CLSC puisque les personnes favorisées et défavorisées d'un territoire ne sont plus strictement comparables à celles d'un autre territoire. Cette préoccupation n'est cependant pas majeure pour les CLSC, car ceux-ci cherchent avant tout à savoir si les services offerts rejoignent la population défavorisée de leur territoire. Néanmoins, pour répondre à cette préoccupation, nous avons produit pour chaque CLSC une liste de CLSC comparables, sur la base de leurs caractéristiques de défavorisation. Le niveau moyen ainsi que l'étendue des valeurs de défavorisation matérielle et sociale dans chaque CLSC ont servi à établir cette liste de CLSC comparables.

### **5.2 LE TABLEAU SYNTHÈSE**

Le calcul de trois indices d'inégalité relative pour chacune des dimensions de la défavorisation et leur combinaison produit un nombre élevé de valeurs, d'autant plus que ces indices sont produits pour plusieurs programmes et que des considérations de nature statistique interviennent (le fait qu'un résultat soit significatif ou non, l'indépendance entre les formes de défavorisation, etc.). Les rencontres avec les intervenants nous ont démontré qu'un produit final contenant l'ensemble de ces éléments est peu intelligible. C'est pour cette raison qu'un tableau synthèse a été produit, afin de mettre en lumière les éléments les plus pertinents à la compréhension de l'effet de la défavorisation sur l'utilisation des services en CLSC, tout en limitant les obstacles liés à l'interprétation statistique.

**Tableau 7 Indices relatifs de pénétration, d'intensité et de pénétration pondéré du territoire de CLSC selon le groupe<sup>A</sup>, le type de programme et la forme de défavorisation, 7 CLSC, années 2000-2002.**

Groupe	Programme	Usagers <sup>B</sup>		Défavorisation forme	Indices d'inégalité relative		
		n	%		Pénétration	Intensité	Pénétration pondérée par l'intensité
<b>CLSC Banlieue 1</b>							
<b>1</b>	Services courants psychosociaux	989	88,9	matérielle et sociale	3,01 *	1,72	3,08 *
	FEJ services sociaux (0-17 ans)	1 021	88,7	matérielle et sociale	3,49 *	1,35	4,63 *
	Santé mentale	1 797	91,8	matérielle et sociale	3,49 *	1,73	5,48 *
	FEJ services sociaux	2 307	89,5	matérielle et sociale	2,54 *	1,35	3,12 *
	FEJ santé publique (0-17 ans)	4 528	88,0	sociale	1,84 *	1,31	2,34 *
	PAPA	6 138	85,0	matérielle et sociale	1,08	1,06	1,54 *
	Maintien à domicile	6 139	85,0	matérielle et sociale	1,38 *	1,06	1,47 *
	FEJ santé publique	9 883	89,5	sociale	1,43 *	1,33	1,89 *
<b>3</b>	Services courants de santé	43 147	89,2				
<b>CLSC Banlieue 2</b>							
<b>1</b>	FEJ services sociaux (0-17 ans)	944	98,1	matérielle et sociale	3,83 *	1,07	4,09 *
	Services courants psychosociaux	1 237	96,5	matérielle et sociale	2,78 *	0,74	1,63 *
	Santé mentale	1 318	97,3	matérielle et sociale	2,93 *	0,88	2,45 *
	FEJ services sociaux	1 854	98,0	matérielle et sociale	3,48 *	1,09	3,72 *
	Maintien à domicile	3 584	91,5	matérielle	1,05	1,29	1,53 *
	FEJ santé publique (0-17 ans)	6 209	97,4	matérielle et sociale	1,44 *	1,17	1,69 *
	Services courants de santé	8 772	95,7	matérielle et sociale	1,25 *	1	1,43 *
	FEJ santé publique	10 451	96,5	matérielle et sociale	1,39 *	1,15	1,69 *
<b>3</b>	PAPA	3 720	91,3				
<b>CLSC Urbain 1</b>							
<b>1</b>	Services courants psychosociaux	1 965	96,4	matérielle et sociale	1,9 *	1,6	2,73 *
	Santé mentale	2 211	95,8	matérielle et sociale	1,94 *	1,57	3,1 *
	FEJ santé publique (0-17 ans)	4 047	97,4	matérielle et sociale	1,09	1,14	1,15 *
	Services courants de santé	17 941	96,3	matérielle et sociale	1,42 *	1,06	1,51 *
<b>2</b>	Maintien à domicile	1 476	95,2	matérielle et sociale	1,38 *		
<b>3</b>	FEJ services sociaux (0-17 ans)	358	97,5				
	PAPA	1 473	95,4				
	FEJ santé publique	7 320	96,4				
<b>4</b>	FEJ services sociaux	658	97,6	matérielle et sociale	0,73	0,82	0,46 *
<b>CLSC Urbain 2</b>							
<b>1</b>	Services courants psychosociaux	442	91,3	matérielle et sociale	1,72 *	0,88	2,29 *
	FEJ services sociaux (0-17 ans)	522	96,8	matérielle	2,45 *	0,92	2,37 *
	Santé mentale	673	90,7	matérielle	1,68 *	1,17	2,54 *
	FEJ services sociaux	1 291	96,1	matérielle et sociale	3,53 *	1,2	4,66 *
	PAPA	1 877	89,1	matérielle et sociale	1,16	2,61	4,85 *
	Maintien à domicile	1 905	89,1	matérielle et sociale	1,6 *	2,57	3,71 *
	FEJ santé publique (0-17 ans)	1 959	94,2	matérielle	1,69 *	1,15	2,15 *
	FEJ santé publique	4 034	91,8	matérielle et sociale	2,08 *	1,07	1,99 *
	Services courants de santé	11 383	92,4	matérielle et sociale	1,56 *	0,9	1,36 *

**Tableau 7 Indices relatifs de pénétration, d'intensité et de pénétration pondéré du territoire de CLSC selon le groupe<sup>A</sup>, le type de programme et la forme de défavorisation, 7 CLSC, années 2000-2002 (suite).**

Groupe	Programme	Usagers <sup>B</sup>		Défavorisation forme	Indices d'inégalité relative		
		n	%		Pénétration	Intensité	Pénétration pondérée par l'intensité
<b>CLSC Urbain 3</b>							
<b>1</b>	Services courants psychosociaux	294	93,9	matérielle et sociale	1,52	1,69	3,65 *
	Santé mentale	537	93,6	matérielle et sociale	6,83 *	0,95	9,82 *
	FEJ services sociaux (0-17 ans)	594	93,7	matérielle et sociale	2,94 *	0,69	2,58 *
	FEJ services sociaux	1 364	94,0	matérielle et sociale	2,87 *	1,35	3,34 *
	Maintien à domicile	4 251	91,8	matérielle et sociale	1,35 *	0,82	1,49 *
	Services courants de santé	4 801	91,8	matérielle et sociale	1,25 *	2,09	1,54 *
	FEJ santé publique (0-17 ans)	6 361	92,1	matérielle	1,13 *	1,05	1,18 *
	FEJ santé publique	17 840	92,0	matérielle et sociale	1,17 *	1,34	1,76 *
<b>2</b>	PAPA	4 251	91,8	matérielle et sociale	1,44 *		
<b>CLSC Rural 1</b>							
<b>1</b>	FEJ services sociaux (0-17 ans)	366	95,1	matérielle et sociale	2,8 *	0,71	1,73 *
	Santé mentale	781	94,9	sociale	1,81 *	0,94	1,56 *
<b>2</b>	FEJ services sociaux	743	95,0	matérielle et sociale	2,61 *		
<b>3</b>	Maintien à domicile	2 633	95,5				
	FEJ santé publique (0-17 ans)	4 973	96,0				
<b>4</b>	Services courants psychosociaux	546	94,0	matérielle	0,74 *	0,8	0,45 *
	PAPA	2 477	95,5	sociale	0,88 *	0,93	0,82 *
	FEJ santé publique	7 082	96,0	matérielle et sociale	0,71 *		
	Services courants de santé	14 300	95,9	matérielle et sociale	0,76 *	1,1	0,77 *
<b>CLSC Rural 2</b>							
<b>1</b>	FEJ services sociaux (0-17 ans)	481	95,2	matérielle	1,7 *	1,91	3,33 *
	FEJ services sociaux	780	94,5	matérielle	1,99 *	1,66	3,55 *
	Santé mentale	1 012	95,5	sociale	1,45 *	0,89	1,37 *
	Services courants psychosociaux	1 388	95,9	matérielle	1,5 *	0,91	1,63 *
	FEJ santé publique (0-17 ans)	4 374	94,7	sociale	1,27 *	1,05	1,39 *
	FEJ santé publique	8 442	95,2	matérielle	1,28 *	1,15	1,41 *
	Services courants de santé	8 659	95,8	matérielle	2,35 *	0,86	2,39 *
<b>2</b>	Maintien à domicile	2 088	95,3	matérielle	1,24 *		
	PAPA	2 092	95,3	matérielle	1,23 *		

A : Les services et clientèles forment 4 groupes selon que :

- 1- l'indice de desserte globale est significativement > 1,00
- 2- l'indice de couverture est significativement > 1,00
- 3- ni l'indice de desserte globale et ni l'indice de couverture ne sont statistiquement différents de 1,00
- 4- l'indice de desserte globale ou l'indice d'intensité sont significativement < 1,00

B : Nombre total d'usagers différents (sur une base annuelle) associés à ce service ou clientèle au cours des années 2000-2001 et 2001-2002 et la proportion que représente ces usagers à qui un indice de défavorisation a pu être assigné sur l'ensemble des usagers ayant reçu au moins un service.

\* Indice significativement différent de 1,00 ( $p < 0,05$ ), correspondant à l'indice du groupe favorisé du territoire de CLSC.

Un tableau synthèse des résultats a été élaboré et structuré en fonction de la question centrale de recherche (tableau 7). On trouve dans ce tableau quatre groupes. Un programme sera assigné au premier groupe si son indice de pénétration pondéré par l'intensité est supérieur à 1,00 et statistiquement significatif. Pour faire partie du deuxième groupe, un programme doit avoir un indice de pénétration pondéré par l'intensité non-significatif et un indice de pénétration (non-pondéré) qui soit supérieur à 1,00 et statistiquement significatif. Dans le troisième groupe, on retrouve les programmes pour lesquels ni l'indice de pénétration ni l'indice de pénétration pondéré par l'intensité ne sont statistiquement significatifs. Finalement, le quatrième groupe contient les programmes pour lesquels soit l'indice de pénétration, soit l'indice de pénétration pondéré par l'intensité est inférieur à 1,00 et statistiquement significatif.

Dans ce tableau, à la suite du groupe auquel un programme est assigné, on trouve le nom du programme, le nombre total d'utilisateurs différents par année, la forme de défavorisation ayant produit l'indice de pénétration pondéré par l'intensité ou l'indice de pénétration le plus élevé, la valeur estimée des indices de pénétration, d'intensité et de pénétration pondéré par l'intensité et le caractère significatif des différences observées (sauf pour l'indice d'intensité) entre les personnes défavorisées et favorisées. Lorsque aucune différence significative n'est décelée, ni la forme de défavorisation ni les indices ne sont présentés. Ainsi, ce tableau ne présente que la matière la plus fiable, la plus marquante (en termes d'écart entre groupes défavorisés et favorisés) et celle à partir de laquelle il convient de s'interroger.

### 5.3 LA GRILLE D'INTERPRÉTATION

Mais quel sens donner à ces résultats? Quelles questions convient-il de se poser? Comment interpréter les variations ou l'absence de variations dans la desserte des personnes défavorisées et favorisées du territoire? Comment établir le lien entre les indices et la pratique des intervenants sur le terrain? Quels facteurs prendre en compte? En somme, comment ces résultats peuvent-ils conduire à une réflexion sur la pratique des intervenants à l'égard des groupes défavorisés du territoire? Ce sont là autant de questions que les intervenants des CLSC ont adressées à l'équipe de chercheurs et pour lesquelles une grille d'interprétation a été développée et validée auprès de ces mêmes intervenants.

La grille d'interprétation propose deux éléments de nature à organiser et systématiser la réflexion face aux résultats, soit des questions et des facteurs explicatifs (tableau 8). La grille suggère ainsi quatre questions pour démarrer le processus de réflexion et exploiter la totalité de l'information contenue dans le tableau synthèse.

**Première question :** Pourquoi certains programmes rejoignent-ils les groupes défavorisés et d'autres non? À la lumière du tableau 7, on constate en effet que plusieurs programmes rejoignent davantage les personnes défavorisées que favorisées (groupes 1 et 2), d'autres n'y parviennent pas (groupe 3) et d'autres encore privilégient la desserte des groupes favorisées (groupe 4). Si des CLSC ont une fiche parfaite avec tous leurs programmes dans les groupes 1 et 2, d'autres ont une majorité de programmes dans ces groupes et le CLSC Rural 1, enfin, se distingue avec plusieurs programmes privilégiant les personnes favorisées du territoire.

**Deuxième question :** Pourquoi le nombre d'utilisateurs rejoints (indice de pénétration) et le nombre d'interventions par utilisateur (indice d'intensité) ne vont-ils pas toujours dans la même direction? C'est ainsi, par exemple, qu'une majorité de CLSC ont des programmes associés au groupe 1 et d'autres uniquement au groupe 2. En outre, parmi les programmes du groupe 1, il arrive que l'indice d'intensité soit nettement inférieur à 1,00, ce qui signifie un nombre moyen d'interventions par utilisateur plus faible chez les personnes défavorisées que favorisées, pour un taux d'utilisateurs plus élevé. Trois programmes semblent particulièrement affectés par cette situation, soit la santé mentale, le maintien (aide et soins) à domicile et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

**Troisième question :** Pourquoi la valeur des indices peut-elle varier autant? D'importants écarts sont d'abord perceptibles entre programmes. Si la plupart d'entre eux affichent des indices oscillant entre 1 et 2, les programmes de santé mentale, de services courants psychosociaux et de services sociaux à l'intention des jeunes et de leur famille présentent des valeurs pouvant atteindre 4 ou 5, voire 13 en un cas. On note aussi que les indices des milieux ruraux sont généralement plus faibles que ceux des milieux urbains.

**Quatrième question :** Pourquoi la forme de défavorisation, matérielle ou/et sociale, associée aux indices, n'est-elle pas toujours la même? Si ces formes se conjuguent le plus souvent dans les CLSC urbains, il en va autrement dans les CLSC ruraux et particulièrement au CLSC Rural 2. En outre, dans ce CLSC, c'est principalement la forme matérielle qui rend compte des inégalités observées, à l'exception des services de santé mentale et de santé publique à l'intention des jeunes et de leur famille.

**Tableau 8 Schéma d'interprétation des indices d'inégalité relative.**

Questions	Facteurs explicatifs
<p>Q Pourquoi certains programmes rejoignent-ils les groupes défavorisés et d'autres non?</p>	<p><b>Orientations, pratiques et aspects organisationnels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes ciblant des populations spécifiques</li> <li>• Stratégies de démarchage</li> <li>• Organisation territoriale des services</li> </ul>
<p>Q Pourquoi les indices de pénétration et d'intensité ne vont-ils pas toujours dans le même sens?</p>	<p><b>Ressources disponibles dans le milieu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres services de santé, privés ou publics</li> <li>• Organismes communautaires</li> </ul>
<p>Q Pourquoi la valeur des indices peut-elle varier autant d'un programme à l'autre?</p>	<p><b>Clientèles, population et milieu local</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• État de santé et caractéristiques des clientèles</li> <li>• Répartition de la défavorisation dans la population</li> <li>• Milieu urbain et milieu rural</li> </ul>
<p>Q Pourquoi la forme de défavorisation associée au recours aux services n'est-elle pas toujours la même?</p>	<p><b>Données et méthodes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complétude et cohérence des données</li> <li>• Faible nombre d'utilisateurs</li> </ul>

Des réponses à ces questions ont jailli spontanément chez les intervenants de CLSC, et ce, dès la première rencontre. C'est en colligeant ces réponses et en y ajoutant des éléments plus techniques amenés par l'équipe de recherche qu'une liste de facteurs explicatifs a été élaborée et validée lors d'une deuxième rencontre avec les intervenants. Cette liste comporte elle aussi quatre groupes de facteurs explicatifs.

**Les politiques, orientations, pratiques et aspects organisationnels.** Sauf pour les programmes déjà mentionnés d'aide à domicile et de santé maternelle et infantile, de type *NÉGS*, il n'existe pas dans les CLSC de politiques ou d'orientations explicites visant la desserte des groupes défavorisés du territoire. Ces programmes, d'ailleurs, constituent en fait un sous-ensemble de certains programmes proposés par le tableau de bord de gestion des CLSC. Les services de type *NÉGS*, par exemple, se retrouvent au sein du programme de santé publique à l'intention des jeunes et de leur famille, et leur part dans ce programme est faible. Les CLSC offrent toutefois des services que l'on peut classer en deux catégories, et ce, en fonction de la population visée, soit des services généraux, s'adressant à l'ensemble de la population, et des services spécifiques, lorsque des critères tenant aux caractéristiques de la clientèle (état de santé, conditions socio-économiques) s'appliquent. Les services courants de santé et les soins à domicile sont des exemples de services généraux alors que les services de santé mentale et les services sociaux à l'intention des jeunes et de leur famille constituent des services spécifiques. Ainsi, pour les intervenants de CLSC, les écarts observés dans l'ampleur des indices d'inégalité reflètent en partie cette double vocation des programmes. Les derniers programmes, en effet, sont ceux qui rejoignent le plus fortement les groupes défavorisés.

Des CLSC adoptent également des stratégies actives de démarchage, visant à retracer et soutenir des clientèles particulières, le plus souvent défavorisées. C'est le cas, par exemple, des personnes atteintes de problème de santé mentale et de celles consommant de la drogue ou de l'alcool de façon excessive. Ces stratégies, si elles sont efficaces, peuvent accroître les services rendus aux groupes défavorisés et porter à la hausse les indices d'inégalité. À l'inverse, certaines stratégies telles que les interventions de groupe en milieu défavorisé (à l'école ou dans des maisons de jeunes, par exemple) peuvent affecter à la baisse les indices d'inégalité puisque ces interventions ne sont pas considérées dans le calcul des indices, lesquels ne tiennent compte que des usagers individuels et non des groupes.

Dans un contexte où les ressources financières disponibles sont limitées, les CLSC sont parfois amenés à choisir entre servir le plus grand nombre de clients ou servir intensément un nombre restreint de clients. Ce dilemme est particulièrement senti dans le domaine de l'aide à domicile et des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie dont le financement au Québec est l'un des plus faibles au Canada. Des intervenants de plusieurs CLSC, tant urbains que ruraux, ont associé cette situation aux divergences observées entre les indices de pénétration et les indices d'intensité pour ces programmes.

L'organisation des services sur le territoire est un dernier facteur dont le rôle s'est révélé particulièrement important en milieu rural. Les deux CLSC ruraux offrent un profil d'indices fort différent, le premier avec quatre programmes avantageant les groupes favorisés et le second rejoignant davantage les groupes défavorisés, dans tous ses programmes. Selon les intervenants, ces différences tiennent pour beaucoup au caractère plus ou moins centralisé de la fourniture de services. Dans le CLSC Rural 1, les services sont principalement offerts à partir d'un seul point de service, alors que dans le CLSC Rural 2, les services sont rendus à partir de quatre points de services, dispersés sur le territoire. Ce dernier CLSC peut ainsi mieux rejoindre les populations des municipalités rurales

éloignées et défavorisées au plan matériel. L'importante défavorisation matérielle dans ce CLSC a aussi été vue comme pouvant expliquer l'association entre les indices d'inégalité et cette forme de défavorisation.

**Les ressources disponibles dans le milieu.** Le CLSC n'est toutefois pas le seul pourvoyeur de services de première ligne à l'échelle locale. Il y a les cliniques médicales et les cliniques externes des hôpitaux pour les services courants de santé, les organismes communautaires pour une multitude de formes d'aide ou de soutien social et psychologique, les programmes d'aide aux employés dans les entreprises et un nombre grandissant de ressources privées, de services d'aide à domicile et de cliniques de psychologie, notamment. Ainsi, selon les ressources disponibles dans le milieu, et leur propension à cibler des groupes plus ou moins défavorisés, la capacité du CLSC à rejoindre ces groupes variera.

À la lecture des résultats, il ne fait pas de doute que les clientèles des CLSC sont davantage défavorisées que favorisées. Elles le sont davantage, nous l'avons vu, pour certains programmes tels que la santé mentale et les services sociaux et psychologiques, et ce, tout spécialement en milieu urbain. Or c'est précisément en milieu urbain que les ressources privées de ce type abondent et qu'elles sont très utilisées, par ceux évidemment qui peuvent se les payer. Ainsi, dans ce milieu, la seule alternative qui s'offre aux personnes démunies est le CLSC, ce que reflètent les forts indices d'inégalité.

De manière générale, les alternatives aux différents services offerts par le CLSC sont moins abondantes en milieu rural. C'est le cas notamment des ressources privées, telles que les cliniques médicales, les services d'aide psychologique et les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, pauvres et riches, personnes vivant seules ou en famille ont-ils recours aux services des CLSC de milieux ruraux. Des intervenants de ces CLSC ont justement suggéré que cette situation puisse être à l'origine de la faiblesse des indices d'inégalité en milieu rural par rapport à ceux de la ville.

**Les caractéristiques des clientèles et des populations locales.** Les personnes dont l'état de santé et les conditions socio-économiques sont précaires devraient normalement bénéficier davantage des services offerts par le CLSC. C'est là du moins l'hypothèse généralement formulée dans la littérature sur la fréquentation des services de santé et qui constitue l'hypothèse sous-jacente au développement du présent système d'évaluation. Les caractéristiques sanitaires, sociales et économiques tant des clientèles que des populations locales, ne sont bien sûr pas les seules forces agissant sur le recours aux services, mais elles demeurent néanmoins présentes dans les indices d'inégalités observés.

Cela est particulièrement évident dans le cas de certaines clientèles dont l'état de santé et de bien-être est étroitement associé aux conditions socio-économiques. C'est le cas par exemple des clientèles de santé mentale dont la nature des troubles transitoires ou des troubles mentaux sévères et persistants ne sont pas sans avoir d'impact sur leur aisance matérielle et leur réseau social, ou inversement, ces conditions amenant une détérioration de leur état de santé. C'est le cas également des jeunes victimes d'abus, de négligence ou de troubles de comportement que l'on retrouve en proportion plus importante dans des familles monoparentales et démunies économiquement. Ainsi n'est-il pas étonnant de constater l'ampleur des indices d'inégalité relative associés aux programmes de santé mentale et de services sociaux à l'intention des jeunes et de leur famille.

Ces caractéristiques peuvent également interférer avec la forme de suivi que les CLSC pourront assurer de certaines clientèles. Encore une fois, la clientèle de santé mentale semble particulièrement difficile à suivre à long terme. D'après les intervenants, les caractéristiques de cette clientèle la rendent tout aussi prompte à consulter, en situation de crise, qu'inapte à s'engager dans des thérapies prolongées, ne serait-ce que sur quelques mois. Ils expliquent ainsi les divergences observées, dans quatre CLSC sur sept, entre les indices de pénétration et les indices d'intensité reliées au programme de santé mentale.

L'expression des écarts socio-économiques à l'échelle de la population n'est pas non plus sans rapport avec les indices d'inégalité relative. Ces écarts, par exemple, sont généralement plus marqués en ville qu'en campagne et il se peut que cette situation se reflète, du moins en partie, dans la faiblesse relative des indices d'inégalités en milieu rural. De même, en milieu urbain, on peut croire qu'il est plus facile de repérer les groupes défavorisés si leur distribution sur le territoire est contrastée, en zones de forte et de faible concentrations, et que des signes tangibles tels que la dégradation du bâti viennent appuyer ces concentrations. Dans les CLSC urbains visités, toutefois, il ne semble pas que cela ait eu un impact notoire sur la capacité des intervenants à localiser les groupes défavorisés, même lorsque la variabilité des conditions socio-économiques locales était faible par rapport à celle retrouvée à l'échelle nationale.

Les écarts socio-économiques observables à l'échelle de la population locale peuvent enfin influencer le recours aux services en soulevant des craintes de marginalisation ou de stigmatisation sociale. Ainsi en est-il, selon les intervenants, de la population du CLSC Rural 1 dont plusieurs programmes privilégient les groupes favorisés. Il s'agit d'un CLSC localisé dans une région relativement prospère, affichant l'un des plus faibles taux de chômage au Québec. Dans ce milieu, comme le dit un intervenant, « il est important d'avoir l'air riche ». Ainsi, les personnes défavorisées de ce milieu hésiteront à solliciter de l'aide, particulièrement si un critère de revenu s'applique ou si le service est perçu comme s'adressant à une clientèle démunie.

**Les données et méthodes.** Au-delà des caractéristiques de la population et autres facteurs, il reste que l'analyse des inégalités sociales dans le recours aux services des CLSC repose sur des données et des méthodes statistiques qui ne sont pas sans failles, du moins sans limites. Certaines de ces limites relèvent de la base de données elle-même, Intégration-CLSC, d'autres des intervenants qui alimentent cette base à l'échelle locale, et d'autres encore des outils de modélisation statistique mis à contribution.

Pour plusieurs intervenants, la typologie de programmes suggérée par le tableau de bord des CLSC, bien que suffisante pour retracer l'activité générale des CLSC, ne permet pas d'analyse en profondeur d'activités spécifiques qu'il serait intéressant de mettre en lien avec la défavorisation de la population. On a ainsi regretté l'amalgame de l'aide et des soins à domicile, deux secteurs d'activités à visées différentes, l'une spécifique, l'autre générale, et qui ne contribue certes pas à faire ressortir le rôle de la défavorisation. De même, des intervenants souhaiteraient que l'on puisse isoler du programme de santé publique à l'intention des jeunes et leur famille, le programme *NÉGS*, destiné très clairement à une clientèle défavorisée. Ici, cependant, le faible nombre d'utilisateurs et d'interventions dans ce programme ne permet pas de réaliser des analyses robustes au plan statistique. Enfin, des intervenants ont signalé que le nombre d'interventions constitue une mesure bien approximative de l'intensité des services rendus, en notant que la durée d'une intervention peut varier considérablement d'un usager à l'autre. Cette mesure de durée n'est toutefois disponible que pour l'aide à domicile dans la base

Intégration-CLSC et ne peut donc être produite systématiquement pour tous les programmes. En tenir compte accroîtrait fort probablement le niveau d'intensité que l'on peut actuellement associer aux interventions réalisées auprès des usagers défavorisés.

La base Intégration-CLSC n'offre aussi qu'une vision partielle de l'activité des CLSC envers les groupes défavorisés. On l'a vu, les activités de groupe ne sont pas considérées dans le calcul des indices d'inégalité alors que plusieurs d'entre elles s'adressent à des clientèles défavorisées. De même, certains services ne sont pas intégrés à cette base, tels le service d'information téléphonique Info-Santé accessible 24 heures sur 24, constituant une part non négligeable de l'activité des CLSC. En outre, des lacunes dans l'entrée des données ont été signalées. C'est le cas, par exemple, de l'activité médicale (associée aux services courants de santé), largement absente de la base. C'est le cas aussi de la cohérence entre intervenants et entre CLSC de l'information consignée localement par les intervenants et qui ne fait pas l'objet d'un suivi systématique dans tous les CLSC. Enfin, mentionnons que 8 % des usagers des CLSC au Québec n'ont pu recevoir une mesure de défavorisation, en raison de l'absence du code postal ou d'erreurs dans sa saisie. Cette proportion peut varier d'un CLSC à l'autre et expliquer que le nombre d'usagers dans le tableau synthèse soit inférieur à celui que rejoignent les intervenants.

On ajoutera à ces limites, celles qui tiennent de la modélisation statistique et qui portent notamment sur le petit nombre d'usagers. Tel que signalé plus haut, pour assurer un niveau acceptable de robustesse aux analyses, des critères ont été retenus. Ainsi, quand les groupes défavorisés et favorisés représentaient moins de 10 % de la population du territoire ou quand le nombre d'usagers était inférieur à 10 (2 % et 5 quand les deux formes de défavorisation étaient considérées simultanément), aucun indice n'était calculé. Ce critère a particulièrement affecté les indices du CLSC Rural 2, pour lequel il n'a pas été possible d'estimer le rôle des deux formes de défavorisation simultanément. Il reste que ce CLSC rejoint davantage les groupes défavorisés dans tous ses programmes.

## 6 LA DIFFUSION DU SYSTÈME D'ÉVALUATION

Afin d'assurer un transfert adéquat des connaissances acquises et des outils développés dans le cadre de ce projet de recherche, le système d'évaluation est livré sous la forme d'un site Web. Son accessibilité est ainsi facilitée tout en permettant l'intégration de ses composantes dans un outil interactif. Bien qu'il s'agisse d'un produit d'abord et avant tout destiné aux intervenants et gestionnaires de CLSC, la mise sur pied de ce système d'évaluation a donné lieu à des développements méthodologiques inédits. C'est parce que ces derniers sont susceptibles d'intéresser la communauté scientifique que le projet a aussi fait l'objet de communications et de publications scientifiques.

### 6.1 AUX INTERVENANTS ET GESTIONNAIRES EN CLSC

Les trois éléments fondamentaux du système d'évaluation et certains outils complémentaires sont accessibles via Internet à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/defavorisationCLSC>. Voici en bref son fonctionnement. Après avoir choisi un territoire de CLSC, le tableau synthèse et différents hyperliens sont présentés à l'utilisateur. Dans le tableau lui-même, des fiches explicatives sont accessibles en cliquant sur un élément. Ces fiches, que l'utilisateur a le choix de faire apparaître ou non dans de nouvelles fenêtres (pour que le tableau synthèse soit toujours visible), sont des compléments d'information permettant d'obtenir de courtes explications sur différents éléments qui constituent le tableau synthèse. Citons, à titre d'exemple, une fiche décrivant les règles d'assignation des programmes à un des quatre groupes du tableau ou une autre fournissant le détail des centres d'activités et autres critères associés aux programmes évalués (tableau 5).

D'autres liens, situés sous le tableau synthèse, mènent notamment à la grille d'interprétation, au profil cartographique du territoire (via le site de l'atlas interactif du MSSS) ainsi qu'aux profils statistiques de la défavorisation de la communauté locale, du nombre d'utilisateurs et du nombre d'interventions associés à un programme donné. Un guide simple est également disponible en ligne pour accompagner l'utilisateur.

Aussi, pour chaque établissement, une liste de CLSC comparables en termes de défavorisation est proposée. Pour chaque CLSC, la comparabilité de tous les autres CLSC du Québec a été évaluée et ceux dont les caractéristiques de la défavorisation se rapprochent le plus d'un CLSC donné sont présentés dans une liste attenante au tableau synthèse. Rappelons-le, le fait d'établir les niveaux de défavorisation en fonction de la variabilité locale fait en sorte qu'il devient hasardeux de comparer les CLSC entre eux lorsqu'ils ne partagent pas des caractéristiques communes. C'est pour cette raison que la liste de CLSC dits comparables est produite, pour orienter l'utilisateur vers des points de comparaison adéquats. L'utilisateur a accès au tableau synthèse d'un CLSC de cette liste en cliquant sur son nom.

Pour assurer la formation des décideurs et des intervenants locaux à l'utilisation du système d'évaluation, des séances de formation auront lieu à Montréal et à Québec de même quand dans toute autre région qui en fera la demande.

## 6.2 À LA COMMUNAUTÉ SCIENTIFIQUE

Une première communication a été faite, sous la forme d'une affiche (*Are local services reaching deprived groups in Québec?*) lors de la deuxième conférence annuelle de la Société internationale pour l'équité en santé, ayant eu lieu à Toronto en juin 2002. Une présentation orale de la méthodologie employée dans le cadre de cette recherche (*Using an ecological proxy for assessing services use amongst deprived groups at local scale*) a aussi été faite dans le cadre du 12<sup>e</sup> Symposium international de géographie médicale, tenu à Manchester (Royaume-Uni) en juillet 2003. Enfin, deux articles ont été soumis à des revues scientifiques avec comité de lecture : un premier, intitulé *Deprivation and utilization of health and social services in Québec: A local scale evaluation system* a été soumis à la revue *Social Science and Medicine*, et un deuxième, *Inégalités sociales et recours aux services de proximité au Québec; récit d'une rencontre entre chercheurs et intervenants*, à la revue franco-québécoise *Santé, Société et Solidarité*. Les manuscrits de ces articles peuvent être obtenus sur demande auprès des auteurs. Il seront également déposés sur le site du système d'évaluation après approbation des revues concernées.

## 7 CONCLUSION

Une équipe de chercheurs et des intervenants de CLSC ont ainsi mis en commun leurs expertises et connaissances afin de répondre à cette préoccupation qu'ont les services de santé et les services sociaux de première ligne au Québec de rejoindre les groupes défavorisés et de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et de bien-être. Cette mise en commun a permis le développement d'un système d'évaluation dont l'objectif premier est d'estimer la desserte des groupes défavorisés, à l'échelle de chaque territoire de CLSC, et d'engager une réflexion sur les pratiques à l'égard de ces groupes. Le système propose à cette fin trois éléments, soit une carte des variations de la défavorisation, un tableau synthèse des inégalités observées dans le recours aux services, à l'échelle locale, et une grille d'interprétation de ces inégalités.

Le système permet de constater que les services offerts par les CLSC rejoignent généralement les groupes défavorisés du territoire. Il montre cependant que cette capacité varie selon le CLSC, le programme d'activités considéré et l'indice retenu pour mesurer les inégalités. Les facteurs pouvant expliquer ces variations sont nombreux et il appert que si certains transcendent les territoires et les organisations, d'autres révèlent la nature particulière de chaque territoire et de chaque organisation. Ainsi, la réflexion sur la pratique à l'égard des groupes défavorisés doit-elle être menée localement, dans chaque organisation, et pourra conduire à des observations qui différeront d'un CLSC à l'autre.

La contribution d'un tel système d'évaluation à la réflexion sur la pratique en CLSC reste toutefois modeste. Le système invite surtout les intervenants à un changement de perspective, en proposant de nouvelles balises pour situer leur activité auprès des clients qu'ils reçoivent ou visitent quotidiennement. Ces nouvelles balises sont le territoire et la population qui y réside tout autant que la mesure de défavorisation, qui exprime indirectement le niveau de besoin de cette population. À l'aide de ces balises, les intervenants ont pu observer sur carte la localisation des groupes défavorisés et s'interroger non seulement sur l'emplacement des points de services du CLSC mais aussi sur la pertinence d'adopter de nouvelles stratégies d'intervention, une stratégie plus active de démarchage, par exemple, ou une stratégie résolument préventive et intersectorielle, en rappelant la présence de ressources communautaires à proximité, la dégradation du logement ou l'absence de transports publics. À l'aide de ces balises, les intervenants ont aussi pu constater qu'ils pouvaient effectivement rejoindre les groupes défavorisés mais que cette capacité variait selon le programme, en raison des orientations du CLSC, des ressources mises à leur disposition, des caractéristiques des clientèles ou de la façon dont l'information est recueillie à l'échelle locale. Ce sont là autant d'aspects étroitement reliés à la pratique des intervenants qui ont été revus et discutés.

Au terme des discussions, les intervenants des sept CLSC visités ont reconnu de façon unanime l'intérêt d'une telle démarche qui propose un regard inédit et pertinent sur leur milieu, leur population et leur clientèle. Avec nous, ils ont aussi reconnu la nécessité de poursuivre une telle démarche, pour en accroître les mérites.

Un premier pas dans cette direction est d'assurer la diffusion la plus large possible du système d'évaluation à l'ensemble des CLSC, ce que visent d'ailleurs la mise en place d'un site Web hébergé par l'INSPQ et la tenue de sessions de formation qui pourront se tenir dans toutes les régions qui le souhaiteront.

Un second pas dans cette direction est la mise à jour régulière des informations contenues dans le système d'évaluation. À ce chapitre, il est prévu de produire annuellement de nouveaux indices d'inégalité relative qui combinent trois années – et non deux années, tel qu'illustré au tableau 7 – en remplaçant l'année la plus ancienne par la plus récente. Une telle mise à jour est d'ailleurs indispensable. Elle permet d'abord aux CLSC d'associer une valeur de référence à chaque programme, une sorte de point de départ, puis de suivre l'évolution temporelle de cette valeur. Ainsi, grâce à cette valeur de référence et grâce aussi aux résultats obtenus de CLSC comparables, chaque CLSC peut alors jeter les bases d'une évaluation continue de la desserte des groupes défavorisés. Des objectifs peuvent être fixés et leur atteinte suivie à moyen terme, sur des horizons variant de deux à cinq ans. Par ailleurs, notons que le suivi temporel de l'état des clientèles et de l'évaluation de la pénétration des services auprès des groupes défavorisés serait facilité par l'introduction du numéro d'assurance maladie dans I-CLSC.

Un troisième pas dans cette direction est d'accroître la capacité de mener des analyses statistiques fiables et pertinentes, en relation avec la défavorisation, à l'aide de la base Intégration-CLSC. À ce propos, il importe qu'à l'échelle locale et nationale, on s'assure de la cohérence de l'information entrée dans la base par les intervenants, et ce, en conformité avec le cadre normatif national et en clarifiant au besoin la définition de l'usager, de l'intervention et de certains programmes d'activités. La comparabilité des résultats entre CLSC n'en sera que meilleure. De même, une ventilation de certains programmes pourrait s'avérer utile. Des intervenants ont en effet signalé le cas de l'aide et des soins à domicile et celui de programmes spécifiques destinés à des clientèles défavorisées, tels que *NÉGS*, qu'on ne peut actuellement isolés du vaste programme de santé publique. En outre, l'intégration du code postal complet dans la base nationale serait un atout majeur non seulement pour l'assignation et la validation de l'indice de défavorisation, lequel est actuellement introduit à l'aide de tables peu modifiables implantées localement, mais aussi pour le suivi à long terme de la clientèle et sur d'autres bases territoriales que le CLSC. Rappelons enfin qu'une part importante de l'activité des CLSC ne peut en ce moment être associée au niveau de défavorisation de la clientèle. Il en va ainsi, par exemple, des activités de groupes (à l'école, au CLSC ou ailleurs), du programme de vaccination et des services téléphoniques 24 heures sur 24. Pour obtenir une vision plus complète de l'action des CLSC à l'égard des personnes défavorisées, des efforts devront donc être déployés afin de trouver une solution à l'analyse de ces secteurs.

L'année 2004 verra la mise en place de Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Québec, devant assurer la coordination de tous les services de première ligne à l'échelle territoriale. Cela signifie l'intégration sous une instance locale des CLSC, des Centres d'hébergement et de soins de longue durée et des Centres hospitaliers généraux et la conclusion d'ententes entre cette instance et les groupes de médecine familiale (GMF), les organismes communautaires et des ressources privées du territoire. À terme donc, il y aura lieu d'envisager la desserte des groupes défavorisés pour l'ensemble des services de proximité et non plus seulement pour ceux dispensés par les CLSC. La tâche est considérable mais néanmoins réalisable, dans la mesure où l'indice de défavorisation, ici mis à contribution, a déjà été introduit avec succès dans tous les fichiers qui décrivent l'activité des institutions et des groupes qui se verront associés à cette nouvelle instance locale.

Le présent système d'évaluation pourra donc évoluer sensiblement au fil des ans mais sa facture fondamentale ne devrait pas être modifiée. La question de recherche qu'il sous-tend concerne la capacité de desservir les groupes défavorisés à l'échelle locale et, pour cette raison, les mêmes références que sont le territoire, la population, les clientèles et leur niveau de défavorisation devront être mises à contribution. On pourra néanmoins enrichir le présent système par de nouvelles perspectives de recherche, en reformulant par exemple la question initiale en des termes plus organisationnels, en s'intéressant alors à la qualité, la continuité et l'efficacité des services aux personnes défavorisées. Il serait fort utile notamment de mieux connaître le point de vue des personnes défavorisées sur les services de proximité disponibles, autant ceux qu'ils utilisent que ceux qu'ils ne fréquentent pas.

## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La politique de la santé et du bien-être*. MSSS, Québec, 1992.
- <sup>2</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique*. Direction générale de la santé publique, MSSS, Québec, 1997.
- <sup>3</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La politique québécoise de périnatalité*. Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, Québec, 1993.
- <sup>4</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Les services à domicile de première ligne*. Cadre de référence, MSSS, Québec, 1994.
- <sup>5</sup> Martin C. et Boyer G. *Naître égaux et grandir en santé*. Direction de la santé publique. MSSS, Québec, 1995.
- <sup>6</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Profil sociosanitaire des CLSC de la région de Québec*. Direction régionale de santé publique, Québec, 1994.
- <sup>7</sup> Girard C. et Bellot S. *La population de l'Abitibi-Témiscamingue : caractéristiques démographiques et socio-économiques*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, 2000.
- <sup>8</sup> Desroches M. et Lamy B. *Conditions de santé et de bien-être des Nord-Côtiers*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 1992.
- <sup>9</sup> Émond L. *Les résidents de l'Outaouais : profil démographique, social et économique*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Hull, 1994.
- <sup>10</sup> Ferland M. *Vivre sous le seuil de pauvreté au Québec : profil de l'insuffisance de revenu par territoire de CLSC et par région socio-sanitaire*. Direction régionale de santé publique de Québec, Québec, 1991.
- <sup>11</sup> Choinière R. Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-1988 : étude écologique des liens avec les conditions sociales, économiques et culturelles. *Cahiers québécois de démographie* 1992; 20(1) : 117-146.
- <sup>12</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Cadre normatif et protocole d'échange. Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC*. MSSS, Québec, 1999.
- <sup>13</sup> Boyer G. et Laverdure J. *Le déploiement des programmes de type Naître égaux – Grandir en santé au Québec*. Avis de l'Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2000.
- <sup>14</sup> Pampalon R. et Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies Chroniques au Canada* 2000; 21(3) : 113-122.

- <sup>15</sup> Townsend, P. 1987. Deprivation. *J Soc Pol.* 16(2) : 125-146.
- <sup>16</sup> Wilkinson R. et Marmot M. (eds). 1998. *Social Determinants of Health, The Solid Facts.* WHO regional office for Europe, Copenhagen.
- <sup>17</sup> Jarman B. Identification of underprivileged areas. *BMJ* 1983; 286 : 1705-8.
- <sup>18</sup> Carstairs V, Morris R. Deprivation : explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales. *BMJ* 1989; 299 : 886-9.
- <sup>19</sup> Salmond C., Crampton P., Sutton F. 1998. NSDep91 : A New Zealand index of deprivation. *Australian and New Zealand J Public Health*, 22(7) : 835-7.
- <sup>20</sup> Statistique Canada. *Fichier de Conversion des codes postaux. Codes postaux de mai 1998.* Cat # 92F0027XDB. Ottawa, 1998.
- <sup>21</sup> Statistique Canada. *Fichier de la pondération de la population par codes postaux, Québec. Codes postaux de mai 1998.* Ottawa.
- <sup>22</sup> Pampalon R. et Raymond G. 2003. Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, société et solidarité*, 1 : 191-208
- <sup>23</sup> Association des CLSC et CHSLD du Québec. *Tableau de bord CLSC, Cadre de référence, fiche indicateur, formulaire, forces et limites des indicateurs.* Février 2003.
- <sup>24</sup> Kunst A. E. et Mackenbach J. P. *Measuring socio-economic inequalities in health.* WHO regional office for Europe, Copenhagen, 1996.
- <sup>25</sup> Stewart, D.W., et P.N. Shamdasani. 1990. *Focus group : Theory and practice.* Newbury Park: Sage.