

Chapitre 1. Introduction à l'Étude POWER

Auteurs :

Susan K. Shiller, MSc

Arlene S. Bierman, MD, MS, FRCPC

CONTENU

- Liste des figures
- Qu'est-ce que l'Étude POWER?
- Pourquoi un Rapport sur la santé des femmes en Ontario?
- Que renferme ce volume-ci du Rapport sur la santé des femmes?
- Qui a participé à l'élaboration du Rapport?
- Qu'est-ce qu'un indicateur?
- Comment avons-nous choisi nos indicateurs?
- Quelles données avons-nous utilisées?
- Comment avons-nous analysé les données?

Chapitre 1 – Liste des figures

Figure 1.1 Contenu du Rapport sur la santé des femmes de l'Étude POWER (Volume 1).....page 5

Figure 1.2 Modèle de collaboration utilisé pour produire le Rapport sur la santé des femmes de l'Étude POWERpage 7

*Pour alléger le texte, le genre masculin désigne les hommes et les femmes.

Juin 2009 • Volume 1 Rapport sur la santé des femmes en Ontario

Améliorer la santé et promouvoir l'équité en matière de santé en Ontario

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce Rapport ne reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

Qu'est-ce que l'Étude POWER?

L'Étude POWER est le Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes. Ce projet pluriannuel est financé par Écho : pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. L'Étude POWER est menée par un partenariat formé du Centre de recherche Keenan de l'Institut de la connaissance Li Ka Shing de l'Hôpital St. Michael et de l'Institut de recherche en services de santé (ICES) de Toronto, en Ontario, au Canada.

Plus de 60 chercheurs de diverses formations et spécialités travaillant dans de multiples disciplines collaborent à cette étude. Leur objectif est de recueillir et d'analyser des données exhaustives sur la santé des femmes et les services de santé dans différents sous-groupes importants de la population ontarienne, tout le long du continuum de soins. Ce travail donnera lieu à la publication d'un Rapport sur la santé des femmes en Ontario. L'ouvrage que voici est le premier volume de ce Rapport.

Pourquoi un Rapport sur la santé des femmes en Ontario?

Les rapports sur la santé mesurent le rendement des systèmes de santé ainsi que la santé des populations à certains moments précis. Ce sont des outils efficaces qui permettront d'améliorer la santé de l'ensemble de la population ainsi que la qualité et les résultats des services de santé.

L'Étude POWER a pour but de relever les iniquités actuellement présentes dans le domaine de la santé et des services de santé en Ontario. Les chercheurs analysent les données afin d'examiner les différences qui existent entre les femmes et les hommes, ainsi qu'entre différents groupes de femmes – par exemple, d'après l'endroit où elles habitent dans la province et leur statut socio-économique. Le Rapport sur la santé des femmes sera un outil basé sur des données probantes que les décideurs, les fournisseurs de services et les consommateurs pourront utiliser pour améliorer la santé et réduire les iniquités dans les services de santé.

Le Rapport sur la santé des femmes en Ontario, publié en deux volumes, examine les grands aspects suivants de la santé des femmes :

- la santé globale des Ontariennes, l'accès qu'elles ont aux services de santé et comment ces facteurs sont liés aux déterminants sociaux de la santé.
- les causes premières de morbidité et de mortalité chez les femmes, notamment le cancer, les maladies cardiovasculaires, la dépression, les troubles musculo-squelettiques, le diabète, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la santé reproductive. (Lire le chapitre 2 pour obtenir plus de détails sur le cadre conceptuel de l'Étude POWER.)

Que renferme ce volume-ci du Rapport sur la santé des femmes?

Le Rapport sur la santé des femmes de l'Étude POWER sera publié et diffusé en deux volumes. Ce volume-ci, le volume 1, renferme huit chapitres (Figure 1.1). En plus de l'introduction, un chapitre explique en détail le cadre conceptuel qui sous-tend les travaux de recherche (chapitre 2), un autre présente les conclusions de l'étude et les implications pour les politiques publiques (chapitre 8), et les cinq principaux chapitres traitent des sujets suivants:

Chapitre 3. Fardeau de la maladie

Ce chapitre présente une analyse détaillée du fardeau de la maladie de la population ontarienne (santé et bien-être en général), ainsi que des variations selon le sexe, le statut socio-économique et le lieu de résidence géographique. Nous présentons également des données à jour sur la prévalence des maladies chroniques chez les Ontariennes et les Ontariens, leur état de santé et leur état fonctionnel, les facteurs de risque de maladies chroniques, l'incidence des infections transmissibles sexuellement, les causes de décès et les profils de mortalité.

Chapitre 4. Cancer

Le cancer est la deuxième cause de décès chez les Ontariennes. Dans ce chapitre, nous parlons de plusieurs des cancers les plus courants, y compris le cancer du sein, du système de reproduction et du poumon ainsi que du cancer colorectal. Nous fournissons des données sur l'incidence de cancer, les taux de survie et les soins en fin de vie. Nous incluons également des indicateurs tout le long du continuum de soins pour le cancer (prévention, dépistage, traitement et suivi.)

Chapitre 5. Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont la cause première de mortalité et une importante cause d'invalidité chez les Ontariennes. Ce chapitre porte essentiellement sur les trois plus grands types de maladies cardiovasculaires qui affectent les femmes et les hommes dans la province : la cardiopathie ischémique, l'insuffisance cardiaque et les accidents cérébrovasculaires. Nous traitons des questions de la qualité de vie des femmes et des hommes atteints de maladies cardiovasculaires ainsi que des temps d'attente pour le traitement de ces maladies.

Chapitre 6. Dépression

Au Canada, la dépression est un problème de santé majeur chez les femmes, celles-ci étant plus sujettes à la dépression que les hommes. La dépression grave ou non traitée affecte profondément la qualité de vie. Dans ce chapitre, nous montrons à quel point le système de santé actuel de l'Ontario réussit à répondre aux besoins des femmes et des hommes souffrant de dépression.

Chapitre 7. Accès aux services de santé

L'accès aux services de santé demeure un problème important pour la population de l'Ontario en général, et pour les femmes en particulier. Le manque d'accès aux services peut donner lieu à des complications coûteuses et possiblement évitables, à une augmentation de la morbidité (maladie) et à une diminution de la qualité de vie. Dans ce chapitre, nous examinons l'accès aux soins primaires, aux soins de spécialistes et aux soins à domicile. Nous présentons de l'information sur les taux d'hospitalisation pour le diabète, l'asthme et l'insuffisance cardiaque qu'il serait possible de réduire par le biais de services efficaces dispensés en consultation externe.

Dans le deuxième volume du Rapport sur la santé des femmes de l'Étude POWER, nous allons présenter des renseignements à jour et élaborer davantage sur les indicateurs contenus dans le Volume 1. Il y aura également de nouveaux chapitres portant sur les troubles musculo-squelettiques, le diabète, les infections par VIH et la santé reproductive, ainsi que des chapitres sur les sous-groupes de femmes à risque élevé (femmes à faible revenu, immigrantes, et femmes plus âgées) et sur les déterminants sociaux de la santé.

FIGURE 1.1 | Contenu du Rapport sur la santé des femmes de l'étude POWER (Volume 1)

Chapitre 1 | Introduction

Chapitre 2 | Cadre de l'étude POWER

Chapitre 3 | Fardeau de la maladie (santé des femmes dans son ensemble)

Chapitre 4 | Cancer

Chapitre 5 | Maladies cardiovasculaires

Chapitre 6 | Dépression

Chapitre 7 | Accès aux services de santé

Chapitre 8 | Conclusions et implications pour les politiques publiques

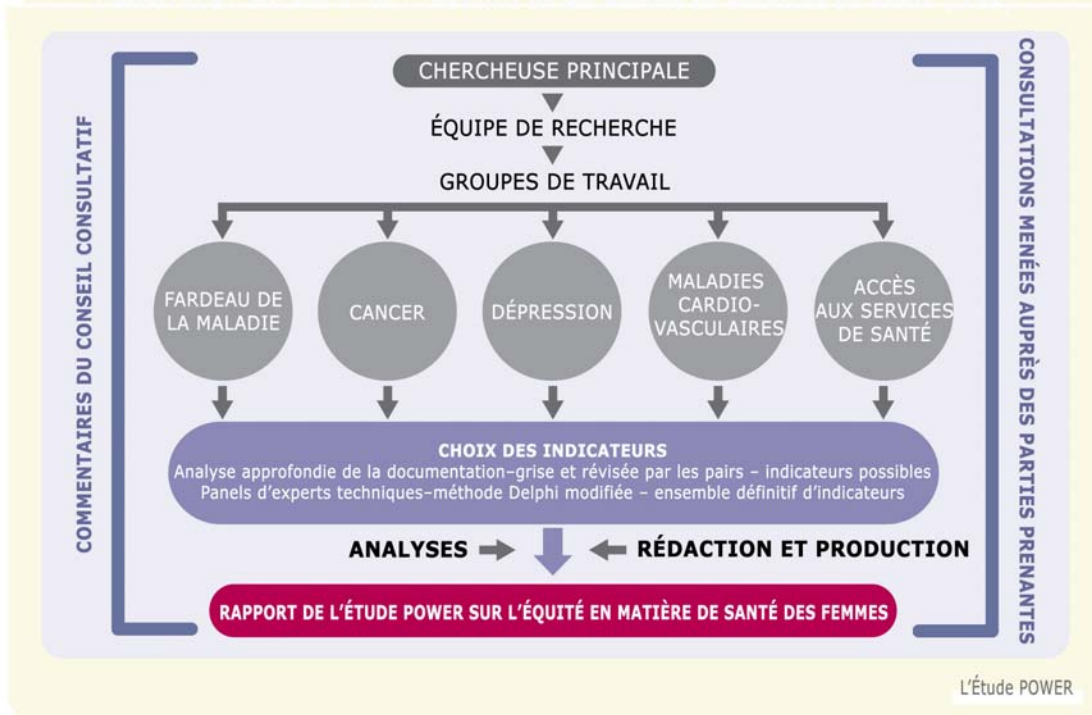
l'étude POWER

Qui a participé à l'élaboration du Rapport?

L'Étude POWER est un travail de collaboration (Figure 1.2). L'étude est menée par une équipe interdisciplinaire formée de chercheurs de divers domaines dont l'expertise est pertinente au contenu et à la méthodologie de l'étude. Les membres de cette équipe travaillent dans les domaines de la recherche sur les services de santé, de la médecine, des soins infirmiers, des sciences sociales et des politiques en matière de services de santé :

- L'équipe de recherche a été subdivisée en **groupes de travail** chargés du contenu des chapitres du Rapport (p. ex. les maladies cardiovasculaires, le cancer et la dépression) Chaque groupe de travail était dirigé par un chercheur en chef et a reçu l'appui de statisticiens, d'analystes et de coordonnateurs de la recherche chevronnés et dévoués.
- Pour chaque chapitre, **un comité d'experts techniques** a été formé. Ces comités ont choisi les indicateurs définitifs à l'aide d'une méthode Delphi modifiée (voir les détails plus bas).
- **Un conseil consultatif** formé de représentants de divers secteurs de la santé et de divers domaines de recherche a fourni un soutien stratégique ainsi que des recommandations au sujet de la conception et de la mise en œuvre de l'Étude POWER et de la diffusion de l'information.
- Dès le début du projet, des consultations ont été menées auprès des parties prenantes dans le domaine de la santé des femmes partout en Ontario. On a tenu compte de leurs opinions et commentaires pour établir les priorités et le processus de sélection des indicateurs. Au nombre des parties prenantes, on retrouve des représentants du gouvernement, des fournisseurs de services de santé, des fournisseurs de données sur la santé, des représentants et représentantes d'organismes de santé des femmes et des consommatrices Les consultations visaient les buts suivants :
 - Établir un lien avec les parties prenantes et leur faire connaître l'Étude POWER et ses objectifs.
 - Créer un forum pour discuter des moyens de rendre les services de santé plus accessibles aux femmes de l'Ontario et en améliorer la qualité et les résultats.
 - Cerner les besoins des parties prenantes et voir comment rendre l'Étude POWER le plus utile possible.
 - Contribuer à établir les priorités en matière de rapport sur certaines questions précises
 - Développer des idées et établir des partenariats en vue de la diffusion stratégique de l'information.

FIGURE 1.2 | Modèle de collaboration utilisé pour produire le Rapport sur la santé des femmes de l'Étude POWER (Volume 1)



Qu'est-ce qu'un indicateur?

L'Étude POWER a utilisé des « indicateurs » pour produire le Rapport sur la santé des femmes. Les indicateurs sont des paramètres permettant de mesurer la santé d'une population ou le rendement des processus et des résultats des services de santé. Par exemple :

- Les indicateurs de la santé permettent d'évaluer l'espérance de vie de la population, de déterminer le pourcentage de fumeurs dans la population ou de savoir si les femmes atteintes du cancer du sein obtiennent les traitements recommandés tels que la radiothérapie après une tumorectomie.
- Pour avoir une idée de la santé générale des femmes en Ontario, nous pouvons déterminer combien de femmes ont reçu un diagnostic de diabète ou d'hypertension artérielle. On peut également examiner les résultats de sondages qui demandent aux femmes d'évaluer leur propre santé et de dire si leurs problèmes de santé limitent leurs activités.
- Pour évaluer à quel point les femmes ont accès aux services de santé en Ontario, nous pouvons mesurer combien de femmes disent avoir un médecin de famille ou combien sentent qu'elles peuvent obtenir les soins nécessaires lorsqu'elles en ont besoin.

- Pour évaluer l'équité en matière de santé et de services de santé chez les femmes, nous pouvons mesurer le pourcentage de femmes à faible revenu et à revenu élevé qui reçoivent régulièrement des tests de dépistage de certaines maladies au moment où ces maladies sont le plus facilement traitables – par exemple, le test de Papanicolaou (Pap) pour dépister le cancer du col de l'utérus.
- Enfin, pour évaluer la qualité des services de santé en Ontario, nous pouvons examiner le nombre de femmes qui reçoivent les traitements recommandés après un diagnostic de maladie – par exemple, la prise des médicaments prescrits après une crise cardiaque.

Comment avons-nous choisi nos indicateurs?

Pour choisir les indicateurs, nous avons suivi un processus de sélection rigoureux et obtenu les commentaires et l'assentiment des experts dans chaque domaine.

Nous avons fait une vaste étude des indicateurs qui existent déjà dans la documentation révisée par les pairs et la documentation « grise » (non publiée). Nous avons relevé certains indicateurs possibles en fonction de certains critères précis (par exemple, leur impact sur la qualité de vie, le fonctionnement et le bien-être des femmes, et s'ils affectent de grands groupes de femmes en général ou des populations particulières). Nous avons cherché à relever les indicateurs qui seraient les plus utiles au plus grand nombre de parties prenantes :

- Les indicateurs devaient pouvoir se prêter à des interventions et des améliorations qui seraient apportées par les personnes travaillant dans le secteur de la santé publique, le secteur des services de santé et les secteurs autres que ceux de la santé.
- Les indicateurs devaient permettre de faire des comparaisons entre différents sous-groupes de femmes, et à l'intérieur de ces sous-groupes, en fonction du statut socio-économique, de l'ethnicité et de la géographie. À cette fin, nous avons tenu compte des dimensions présentant les iniquités les plus grandes et des différences importantes selon le sexe, tant au niveau des déterminants de la santé et qu'à celui des résultats pour la santé.
- Les indicateurs devraient permettre de mesurer le rendement tout le long du continuum de soins en Ontario, depuis la santé de la population jusqu'aux soins primaires et aux soins tertiaires.

La longue liste d'indicateurs issue de ce travail a ensuite été révisée par chaque groupe de travail dans le but de relever les indicateurs à inclure dans cette étude.

Pour chaque chapitre, un panel d'experts techniques spécialisés dans le sujet du chapitre a participé à la sélection finale des indicateurs. Ces panels ont utilisé des critères de sélection prédéfinis (voir le chapitre 2, Figure 2.1) et une méthode Delphi modifiée prévoyant un sondage en ligne (Survey Monkey) ainsi qu'une rencontre « en personne » pour évaluer et sélectionner les indicateurs. Lorsque les données disponibles étaient limitées au point de ne pouvoir être mesurées, les indicateurs ont été exclus même s'ils présentaient la possibilité de produire des données pertinentes et importantes. (Remarque : dans chaque chapitre du Rapport, nous avons créé une section intitulée « Ce que nous ne pouvons pas mesurer » pour indiquer les domaines clés dans lesquels les données étaient limitées ou non disponibles.)

Quelles données avons-nous utilisées?

Pour créer le volume 1 du Rapport sur la santé des femmes, les chercheurs de l'Étude POWER ont puisé à une variété de sources de données secondaires, notamment des bases de données administratives sur la santé pour lesquelles les données sont recueillies de façon routinière (telles que celles qui renferment les données sur les hospitalisations et les visites chez le médecin), des sondages sur la santé de la population, des ensembles de statistiques vitales et des registres sur les maladies. Chaque chapitre renferme en annexe les sources de données.

Comment avons-nous analysé les données?

Au niveau provincial, nous avons rendu compte des indicateurs d'après le sexe (femmes comparées aux hommes) et l'âge, puis nous les avons stratifiés selon le statut socio-économique (revenu, niveau de scolarité). Pour certains indicateurs, nous ventilons les analyses d'après l'ethnicité, le statut d'immigrant et la connaissance des langues officielles.

Au niveau des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), nous avons tout d'abord analysé les données selon le sexe, puis les avons stratifiées selon l'âge, le revenu et le niveau de scolarité quand c'était possible. Pour assurer l'uniformité de la méthodologie et de l'analyse des données dans tous les chapitres, nous avons reçu l'appui d'un groupe de travail sur les méthodes formé de statisticiens, de programmeurs, d'analystes et de chercheurs. Nous avons eu recours à la normalisation indirecte pour faire les rajustements de l'âge, et nous avons utilisé des modèles de rajustement des risques lorsque c'était nécessaire.

Dans le chapitre suivant (chapitre 2), nous partons de l'information que nous venons de présenter pour expliquer plus en détail le cadre conceptuel qui nous a guidés dans le choix des indicateurs de l'Étude POWER.