



Chapitre 2. Le cadre de l'Étude POWER

Auteurs :

Jocalyn P. Clark, MSc, PhD

Arlene S Bierman, MD, MS, FRCPC

CONTENU

Liste des figures

Notre objectif et notre approche

Pourquoi examiner la santé des femmes et les services de santé qu'elles reçoivent?

Cadre conceptuel de l'étude POWER

Choisir des indicateurs axés sur le changement

Comment les résultats de l'étude POWER sont présentés

Portée de l'étude POWER

Vers un système de santé très performant pour les femmes

Références

Chapitre 2 – Liste des figures

Figure 2.1 Critères de sélection des indicateurs de l'Étude POWER *page 10*

Figure 2.2 Cadre de l'utilisation du sexe et de l'équité comme indicateurs de la santé dans l'étude POWER *page 11*

Figure 2.3 Schéma stratégique du système de santé dressé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario *page 14*

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

Juin 2009 • Volume 2 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.

Notre objectif et notre approche

L'Étude POWER a pour but de produire un rapport provincial complet sur la santé des femmes. Fondé sur des données probantes, ce rapport permettra aux décideurs, aux fournisseurs de services de santé et aux consommatrices d'améliorer la santé des femmes de l'Ontario et de réduire les iniquités.

L'Étude POWER rend compte d'une grande variété d'indicateurs permettant d'examiner l'état de santé des femmes, l'accès qu'elles ont aux services de santé, la qualité des services qu'elles reçoivent et le résultat de ces soins. Ces indicateurs ont été choisis par des experts techniques à la suite de consultations menées auprès de diverses parties prenantes dans les collectivités représentant les gouvernements, des établissements cliniques et des organismes de défense des intérêts. Ce processus nous a permis de broser un tableau complet et à jour de la santé des femmes en Ontario. Notre rapport traite des principales causes de morbidité et de mortalité dans divers groupes de femmes de la province et tout le long du continuum de soins.

Pourquoi examiner la santé des femmes et les services de santé qu'elles reçoivent?

Il existe des différences bien documentées entre la santé des femmes et celle des hommes, et dans le type de services que ces deux groupes reçoivent. On relève également des variations documentées au niveau de la santé et des services de santé *parmi* divers groupes de femmes, selon l'âge, le revenu, le niveau de scolarité, l'ethnicité et le lieu de résidence.

Il est important d'examiner spécifiquement la santé des femmes, pour plusieurs raisons. Les femmes représentent plus de la moitié de la population. Elles utilisent fréquemment le système de santé et ont des besoins de services de santé uniques. De plus, dans les familles, les femmes sont souvent les

soignantes primaires et les principales preneuses de décisions sur les questions de santé.

Si nous examinons les différences qui existent dans le domaine de la santé entre les femmes et les hommes, et aussi entre les sous-groupes de femmes, nous pouvons améliorer la santé de toutes les Ontariennes. Nous pouvons cibler les domaines où il y a des iniquités, développer des interventions pour réduire ces différences et surveiller l'efficacité des efforts que nous faisons pour promouvoir l'équité.

Dans le domaine des soins cardiaques, par exemple, les études précédentes ont démontré que les femmes atteintes de maladies cardiovasculaires doivent souvent attendre plus longtemps que les hommes pour obtenir les soins de santé voulus et, lorsqu'elles les obtiennent, ces soins sont souvent de moindre qualité.¹ Ces différences sont plus prononcées lorsqu'il s'agit de groupes vulnérables tels que les femmes à faible revenu, les femmes autochtones, les immigrantes, les femmes de couleur et les femmes vivant dans des régions rurales ou éloignées.^{2,}

3

L'Étude POWER fait fond sur un certain nombre d'études précédentes sur la santé des femmes qui ont été menées à l'échelon provincial, national et international :

- En 2002, le rapport sur la santé des femmes en Ontario donnait un aperçu de l'état de santé des femmes de la province.⁴
- Les rapports factuels sur les hôpitaux de l'Ontario présentent des indicateurs stratifiés par sexe sur le rendement des hôpitaux ainsi que des indicateurs pour certaines affections liées spécifiquement au sexe.⁵

- En 2003, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Santé Canada ont publié conjointement un rapport national de surveillance de la santé des femmes présentant des analyses selon le sexe dans le but d'établir un point de départ permettant de mesurer et de surveiller la santé des femmes, et de poursuivre l'élaboration des indicateurs.⁶

- Plusieurs rapports publiés aux États-Unis et en Australie ont enrichi nos connaissances de la santé des femmes et des résultats pour la santé des femmes.⁷

Tous ces rapports ont servi de point de départ à l'Étude POWER. Nous estimions qu'il était important d'examiner en détail les différences qui existent parmi les sous-groupes de femmes pour faciliter la tâche de la prochaine génération de chercheurs qui feront rapport sur la santé des femmes. Nous étions particulièrement intéressés par les différences liées au statut socioéconomique, à l'ethnicité et au lieu de résidence des femmes.

Notre approche intègre des indicateurs cliniques et démographiques et examine la santé des femmes tout le long du continuum de soins. Nous avons choisi des indicateurs modifiables, ce qui signifie que lorsque des iniquités existent au niveau de la santé et des services de santé, il est possible d'intervenir et d'apporter des améliorations.

Cadre conceptuel de l'Étude POWER

Pour établir le cadre conceptuel de l'Étude POWER, nous avons suivi les mêmes principes que pour choisir nos indicateurs, analyser les données, interpréter les constatations et rendre compte de nos résultats. Le cadre de l'étude comporte cinq grandes caractéristiques :

L'Étude POWER est guidée par la définition holistique de la santé des femmes utilisée par l'ancien Conseil ontarien des services de santé pour les femmes.

La santé des femmes est définie comme suit : « un état de bien-être émotionnel, social, culturel, spirituel et physique déterminé par le contexte social, politique et économique dans lequel vivent les femmes, ainsi que par les facteurs biologiques ». La santé des femmes est définie par les perceptions et les expériences qu'ont les femmes de la santé et de la maladie, par leurs valeurs et leurs connaissances, ainsi que par leurs rôles d'utilisatrices et de dispensatrices de soins de santé, et reconnaît la validité de tous ces éléments.⁸

Le cadre de l'Étude POWER souligne l'importance des déterminants sociaux de la santé des femmes.

Les déterminants sociaux de la santé des femmes sont des facteurs individuels et sociaux qui créent des conditions favorables ou défavorables à la santé et à la prestation des services de santé. Parmi ces déterminants, on retrouve les facteurs socioculturels, le niveau de scolarité, le revenu, le statut social, le logement, l'emploi, les services de santé, les pratiques sanitaires personnelles et le milieu physique.⁹

Le cadre de l'Étude POWER fait la distinction entre le sexe et le genre.

Le sexe englobe les différences biologiques qui existent entre les hommes et les femmes tandis que genre désigne les différences associées avec le rôle social des femmes et le contexte dans lequel elles vivent. Lorsque nous examinons les services de santé des femmes, il est habituellement difficile de dissocier les effets du sexe de ceux du genre, surtout si toutes les données d'enquête et de gestion disponibles ont été recueillies et compilées uniquement en fonction du sexe. Par exemple, le sexe (hommes versus femmes) influence qui aura le cancer du poumon et qui y survivra, tandis que les facteurs sociaux déterminent

qui a le plus de chances de fumer et, de ce fait, présente un risque plus élevé de cancer du poumon. Ces facteurs sociaux diffèrent selon le genre.

À notre avis, il était vital de mieux comprendre comment les facteurs interreliés du sexe et du genre influencent la santé et les services de santé. Afin de produire les constatations les plus utiles, nous avons adopté un certain nombre de stratégies visant à compléter les données secondaires non regroupées par sexe qui ont été utilisées dans l'Étude POWER :

- Nous avons utilisé la documentation empirique et théorique pour interpréter nos constatations et les placer dans leur contexte.
- Nous avons rendu compte des éléments que nous n'avons pas pu mesurer en raison du manque de données disponibles et du manque de qualité des données.
- Nous avons explicitement mesuré les indicateurs dans les sous-groupes de femmes (selon l'âge, le revenu, le niveau de scolarité, l'ethnicité et la géographie) dans le but de tenir compte de certains des facteurs sociaux qui influent sur la vie des femmes en Ontario.
- Nous avons effectué des études supplémentaires utilisant des analyses multivariées dans le but de déterminer comment le statut socioéconomique, l'ethnicité, le niveau de scolarité et d'autres déterminants influent sur la santé des femmes et les services de santé qu'elles reçoivent. Les résultats de ces études seront livrés dans des rapports universitaires à venir.

Le cadre de l'Étude POWER se fonde sur le concept de l'équité.

L'un des objectifs premiers de ce rapport est de produire les données probantes et les outils nécessaires à la mise en œuvre des changements qui réduiront les iniquités dans la santé des femmes.

Pour atteindre cet objectif, nous avons jugé important d'avoir une définition claire de ce qui constitue une « iniquité ». Nous avons donc adopté la définition suivante, formulée par la Société internationale pour l'Équité en Santé :

« Différences qui sont systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population ou des groupes de population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement. »¹⁰ Avec l'inclusion des différences « potentiellement remédiables », un élément clé, cette définition nous permet d'identifier les facteurs qu'il est possible de modifier.

Pour intégrer des analyses de l'équité, l'Étude POWER utilise des indicateurs capables de mesurer les différences qui existent entre des sous-groupes de femmes. Ces indicateurs sont également modifiables. Les résultats de ces analyses ont pour but d'appuyer la création et l'évaluation d'interventions visant à réduire les iniquités dans la santé des femmes.

Le cadre de l'Étude POWER a été élaboré avec la participation des parties prenantes.

Dans l'Étude POWER, nous avons, dès le départ, inclus et respecté les points de vue et l'expertise des parties prenantes de toutes les régions de la province. Les parties prenantes proviennent d'une variété d'organismes communautaires, du gouvernement et d'établissements de services de santé. Elles ont joué un rôle clé dans la sélection des indicateurs et des questions prioritaires sur lesquelles faire rapport. Nous avons consulté les groupes et les personnes qui sont les plus appelées à utiliser les conclusions du rapport, c'est-à-dire les décideurs intéressés à mesurer et à surveiller le rendement du système de santé; les organismes de santé communautaires qui pourraient utiliser les constatations dans leur travail de sensibilisation et de défense des intérêts; et les fournisseurs de services de santé qui pourraient utiliser nos constatations pour améliorer la

qualité des services fournis aux femmes et, de ce fait, améliorer les résultats pour la santé des femmes.

Ces **cinq caractéristiques, mises ensemble, forment le cadre conceptuel** qui a guidé l'élaboration d'un rapport sur la santé des femmes de l'Ontario qui est pertinent et qui se prête à l'action, tant pour les décideurs que pour les autres parties prenantes dans le domaine de la santé des femmes en Ontario.

Choisir des indicateurs axés sur le changement

L'Étude POWER se veut orientée vers l'action. L'un de ses principaux objectifs consiste à **fournir des données probantes qui pourraient servir à déclencher un changement au niveau du système de santé et à favoriser une plus grande responsabilité**. Cette approche est conforme aux efforts que déploie le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, dans le cadre de son programme de transformation majeure, en vue d'améliorer la qualité et l'équité des services et de centrer le système de santé davantage sur le patient.

Pour réaliser ces objectifs, nous rendons compte d'un ensemble d'indicateurs de la santé fondés sur des données probantes. Ces indicateurs ont été choisis à la suite d'un processus de sélection rigoureux reposant sur des critères bien définis, entre autres, la pertinence, la solidité scientifique et la faisabilité (voir la Figure 2.1)

Nous avons, par le passé, élaboré un cadre des indicateurs de la santé des femmes qui s'inscrivait dans le Projet sur les indicateurs de la santé des femmes de Santé Canada.¹¹ Ce cadre se basait sur une documentation et des analyses abondantes ainsi que sur le cadre des indicateurs de la santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).¹²

Le cadre des indicateurs de la santé utilisé par l'ICIS et Statistique Canada comporte quatre grandes catégories : l'état de santé, les déterminants non

médicaux de la santé, le rendement du système de santé et les caractéristiques de la collectivité et du système de santé. L'un des points forts de ce cadre est qu'il reconnaît les nombreux déterminants médicaux et non médicaux de la santé, y compris le genre. Il comporte toutefois d'importantes faiblesses lorsqu'il s'agit de rendre compte de la santé des femmes. Il ne reconnaît pas que le genre interagit avec d'autres déterminants de la santé pour influencer sur la santé des femmes, et il ne saisit pas non plus les cheminements par lesquels ces facteurs opèrent.

Le cadre des indicateurs de la santé des femmes, par contre, est dynamique, et non pas statique. Il reconnaît les mécanismes selon lesquels les déterminants non médicaux de la santé sont des déterminants primaires de l'état de santé. Il accepte également que les résultats pour la santé de la population et des individus dépendent des caractéristiques de la collectivité et du système de santé, et du rendement du système de santé. Ce cadre tient également compte du fait que le sexe et le genre influent sur les effets que tous ces facteurs peuvent avoir sur les services de santé fournis aux femmes et sur les résultats pour leur santé.

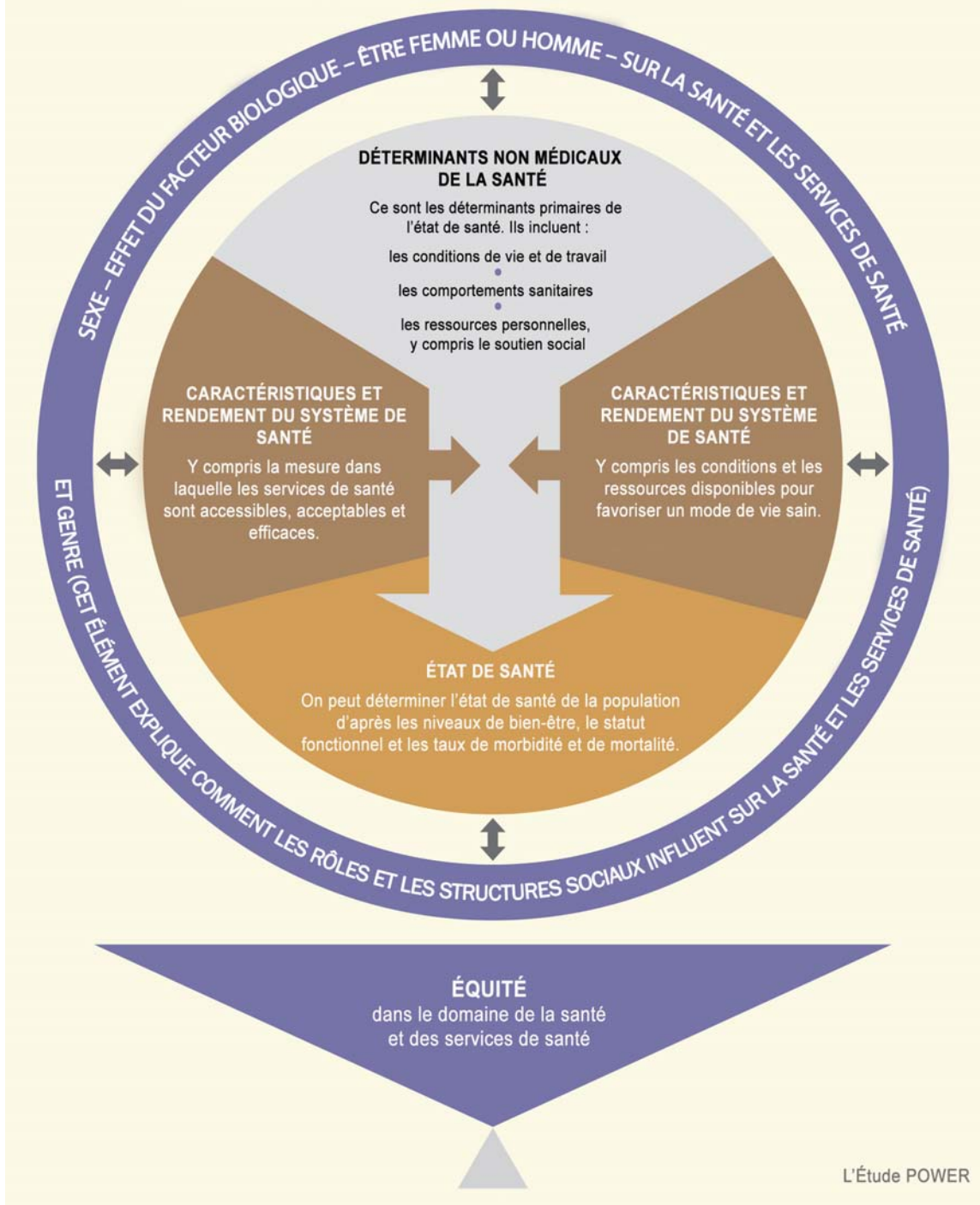
À partir de la rétroaction des parties prenantes, nous avons adapté le cadre des indicateurs de la santé des femmes à l'Étude POWER afin d'y inclure explicitement l'équité. La Figure 2.2 illustre notre cadre d'utilisation du genre et de l'équité comme indicateurs de la santé.

Figure 2.1 Critères de sélection des indicateurs de l'étude POWER*

Critère de sélection	Description
Pertinence	
Importance/Utilité	<ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur reflète un important problème de santé ou un aspect du fonctionnement du système de santé qui agit sur la santé de la population en question. • L'indicateur permet de surveiller et de mesurer le rendement du système de santé sur une longue période et sa signification est reconnue par les parties prenantes.
Actionnabilité	<ul style="list-style-type: none"> • L'information recueillie peut servir à influencer sur les politiques et le financement, à modifier le comportement des fournisseurs de services de santé ou à informer la collectivité davantage afin d'améliorer la qualité des services et la santé de la population.
Solidité scientifique	
Validité	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe suffisamment de données scientifiques pour établir un lien entre le rendement d'un indicateur et l'ensemble des résultats positifs manifestés par les patients. • L'indicateur mesure ce qui est voulu et ce qui est acceptable à la collectivité (validité apparente), couvre un contenu ou des domaines pertinents (validité du contenu) et comporte une valeur prédictive (validité du critère).
Fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> • On obtiendra le même résultat si les mesures sont répétées dans des conditions identiques.
Rajustement en fonction du risque ou stratification	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure dans laquelle les influences ou les facteurs non modifiables qui diffèrent parmi les groupes faisant l'objet de la comparaison peuvent être contrôlés ou pris en considération lorsqu'il faut le faire aux fins de l'interprétation.
Interprétabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Les changements apportés à l'indicateur sont communément interprétés comme étant bons ou mauvais.
Comparabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible de comparer l'indicateur sur une période de temps donnée, à d'autres régions géographiques ou à d'autres normes ou critères.
Faisabilité	
Définition précise et spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure dans laquelle l'indicateur est normalisé en fonction d'exigences prédéfinies et précises s'appliquant à la collecte des données et au calcul des valeurs ou des résultats.
Faisabilité de la collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les données requises pour cet indicateur sont disponibles et de qualité suffisante pour les domaines et les périodes de temps indiqués, de sorte que l'accès à l'information ou les restrictions applicables à l'utilisation de l'information ne sont soumis à aucun obstacle ou aucune contrainte déraisonnable.
Fiabilité de la collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les données pour l'indicateur sont recueillies par un ou plusieurs organismes sur une période de temps donnée et suivant la même méthode.
Équité	
Disparité en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur considère les dimensions de la santé et des services de santé dans lesquelles les disparités selon le genre, le statut socioéconomique et l'ethnicité sont les plus grandes ainsi que les déterminants de la santé qui présentent des différences importantes entre les sexes.
Intégralité	
Continuum de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de sélection de l'indicateur vise à identifier l'état de santé et le rendement du système de santé tout le long du continuum de soins, depuis la santé de la population jusqu'aux soins primaires et tertiaires.

* Cette figure a été dressée à la suite d'une étude complète des critères de sélection des indicateurs utilisés par d'autres organismes et projets, et reconnaît tout particulièrement les critères de sélection des indicateurs élaborés par le National Committee for Quality Assurance (<http://www.ncqa.org/tabid/415/Default.aspx>) ainsi que les critères utilisés par le rapport sur le système de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

FIGURE 2.2 | Cadre de l'utilisation du sexe et de l'équité comme indicateurs de la santé dans L'Étude POWER



Comment les constatations de l'Étude POWER sont présentées

Dans l'Étude POWER, les indicateurs sont tout d'abord stratifiés par sexe, puis selon les plus importants déterminants sociaux de la santé, y compris, lorsque c'est possible, le revenu, le niveau de scolarité et l'ethnicité. En plus de livrer des renseignements essentiels sur les différences qui existent entre les femmes et les hommes, cette stratification a révélé les différentes façons par lesquelles les déterminants sociaux agissent sur les sous-groupes.

Nous présentons nos résultats tout d'abord pour l'ensemble de la province et ensuite, lorsque la taille de l'échantillon le permettait, pour les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario.

Portée de l'Étude POWER

L'Étude POWER est le rapport provincial sur la santé des femmes le plus complet jusqu'à maintenant. Ce rapport traite des iniquités dans le domaine de la santé et des services de santé qui sont liées au sexe, au revenu, au niveau de scolarité, à la géographie et lorsque c'était possible, à l'ethnicité et au statut d'immigrant des femmes. Cette approche nous a permis de relever beaucoup de nombreux aspects à améliorer.

Beaucoup d'autres aspects importants de la santé des femmes n'ont toutefois pas été abordés. Par exemple, le rapport ne renferme qu'un nombre limité de mesures de la santé des femmes autochtones, en raison du manque de données. Nous n'avons pas non plus examiné d'importants sous-groupes vulnérables d'Ontariennes tels que les femmes handicapées, les femmes sourdes, les femmes lesbiennes et bisexuelles, les femmes sans abri et les femmes victimes de violence. Selon des études et des projets de défense des droits effectués par le passé, ces sous-groupes sont plus susceptibles d'être en moins bonne santé, d'avoir des obstacles à surmonter pour obtenir des services et, dans bien des cas, de recevoir des services de moindre qualité.^{4, 6, 12-14} Les sources de données secondaires que nous avons consultées ne renferment

toutefois pas de renseignements qui nous permettent de mesurer adéquatement les questions liées à la santé de ces sous-groupes et aux services de santé qui leur sont fournis.

Nous espérons que l'Étude POWER crée un point de départ solide qui nous permettra de comprendre la santé des femmes en Ontario et de relever les domaines dans lesquels les données sur les services de santé sont insuffisantes. Nous espérons que notre travail donnera lieu à d'autres projets de recherche et de défense des intérêts qui profiteront à tous les sous-groupes de femmes de l'Ontario.

Vers un système de santé très performant pour les femmes

Nous produisons ce rapport à une époque où la question de l'amélioration de la santé et des services de santé en Ontario reçoit passablement d'attention. Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a relevé les neuf attributs d'un système de santé très performant en Ontario : ce système doit être sécuritaire, efficace, centré sur le patient, accessible, efficient, équitable, intégré, doté de ressources suffisantes et axé sur la santé de la population.¹⁵ Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a également élaboré un schéma qui décrit les étapes à franchir pour arriver à un système de santé capable d'améliorer les résultats cliniques et la santé de la population (voir la Figure 2.3).¹⁶ Le ministère de la Promotion de la santé, pour sa part, a élaboré un Plan d'action de l'Ontario en faveur d'une saine alimentation et d'une vie active.¹⁷

Nos indicateurs ont été élaborés pour appuyer ces objectifs et captent les attributs d'un système de santé très performant. Ces indicateurs sont conçus pour servir d'outils de transformation et d'amélioration.

Références

1. Pilote L, Dasgupta K, Guru V, Humphries KH, McGrath J, Norris C, et al. A comprehensive review of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ* 2007; 176(6 Suppl):S1–S44.
2. Grace SL, Fry R, Cheung A, Stewart DE. Maladies cardiovasculaires. Dans : DesMeules M, Stewart DE, Kazanjian A, McLean H, Payne J, Vissandjée B, rédactrices. Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes. Ottawa. Institut canadien d'information sur la santé, 2003. Site Web consulté le 28 mai 2008 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/pdf/WHSR_Chap_14_f.pdf.
3. Chou AF, Brown A, Jensen RE, Shih S, Pawlson G, Scholle SH. Gender and racial disparities in the management of diabetes mellitus among Medicare patients. *Womens Health Issues* 2007; 17(3):150–61.
4. Stewart DE, Cheung AM, Ferris LE, Hyman I, Cohen MM, Williams JI, rédactrices. Ontario Women's Health Status Report. Toronto, Conseil ontarien des services de santé pour les femmes, 2002. Site Web consulté le 28 mai 2009 à <http://www.womenshealthcouncil.on.ca/English/page-1-1661-1.html>.
5. Hospital Report 2006: Acute Care. Toronto, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et Ontario Hospital Association, 2006. Site Web consulté le 28 mai 2008 à http://www.hospitalreport.ca/downloads/2006/AC/acute_report_2006.pdf.
6. DesMeules M, Stewart DE, Kazanjian A, McLean H, Payne J, Vissandjée B, rédactrices. Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003. Site Web consulté le 28 mai 2008 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/pdf/CPHI_WomensHealth_f.pdf.

7. Bierman AS, Clark JP, Vahabi M, Berlin M, Lin V. Can performance measurement drive equity? A women's health report card for Ontario. Rapport non publié.
8. Ontario Women's Health Council. Site Web consulté le 28 mai 2008 à <http://www.ontariowomenshealthcouncil.on.ca>.
9. Wuest J, Merritt-Gray M, Berman H, Ford-Gilboe M. Illuminating social determinants of women's health using grounded theory. *Health Care Women Int* 2002; 23(8):794–808.
10. Société internationale pour l'Équité en Santé. Définitions. Site Web consulté le 8 novembre 2007 à http://www.iseqh.org/workdef_fr.htm.
11. Bierman A, Ko B, Mawani F. Equity and Women's Health. Rapport n° 6795-15-2003/6380018. Ottawa, Santé Canada, 2007. Site Web consulté le 28 mai 2008 à http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/finance/hprp-prpms/final/2007-bierman_f.pdf.
12. Indicateurs de la santé 2007. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, 2007. Site Web consulté le 1^{er} avril 2009 à http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_770_F&cw_topic=770&cw_rel=AR_152_F
13. Fay and Associates. Key to Women's Health: A Health Promotion Framework to Prevent Stroke Among Marginalized Women. Toronto, Ontario Women's Health Network, 2006. Site Web consulté le 28 mai 2008 à <http://www.owhn.on.ca/stroke/report.pdf>.

14. Khandor E, Mason K. The Street Health Report 2007. Toronto, Street Health, 2007. Site Web consulté le 29 mai 2008 à <http://www.streethealth.ca/Downloads/SHReport2007.pdf>.

15. Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Premier rapport annuel, 2006. Toronto, Le conseil, 2006. Site Web consulté le 28 mai 2008 à http://www.ohqc.ca/pdfs/ohqc_report_2006fr.pdf.

16. Health Results Team for Information Management. Ontario Health System Scorecard Technical Report. Toronto, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006.

17. Plan d'action de l'Ontario pour la promotion de la saine alimentation et de la vie active. Toronto, ministère de la Promotion de la santé, 2006. Site Web consulté le 28 mai 2008 à <http://www.mhp.gov.on.ca/French/health/HEAL/actionplan-FR.pdf>.