



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

APPRENONS ENSEMBLE : REPRÉSENTER LES DONNÉES ET TRACER LE PORTRAIT DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LES RAPPORTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS



Le présent document fait la synthèse des propos tenus à la rencontre d'octobre 2012 du cercle d'apprentissage de l'Initiative concernant les rapports sur l'état de santé des populations du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

INITIATIVE CONCERNANT LES RAPPORTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

Pour mieux comprendre le processus d'élaboration des rapports sur l'état de santé des populations, le personnel du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a mis sur pied l'Initiative concernant les rapports sur l'état de santé des populations. Le Centre a demandé aux gens de Santé publique Ontario de mener une recherche, de passer en revue, puis de synthétiser des données probantes recueillies dans la documentation scientifique et dans ce qu'on appelle la littérature grise, en plus d'incorporer les connaissances expérientielles de personnes bien placées et qualifiées pour fournir de l'information. Le matériel en découlant est présenté à un cercle d'apprentissage composé de gestionnaires, de directeurs, de chercheurs, d'épidémiologistes et de médecins hygiénistes. Ces personnes,

lors d'entrevues et de présentations, réfléchissent aux moyens d'améliorer les rapports sur l'état de santé des populations de manière à révéler des iniquités en santé et à faciliter l'élaboration de politiques propices à favoriser l'équité en santé. Capital Health (Halifax, Nouvelle-Écosse) constitue une plateforme de répétition pour le cercle d'apprentissage. Les responsables de l'organisme mettent à l'essai les suggestions, puis font part de leurs questions, de leurs besoins et de leurs réflexions relativement à leur expérience. On aborde un nouveau sujet à chacun des cercles d'apprentissage.

CONTEXTE

La discussion du cercle d'apprentissage d'octobre 2012 a porté sur les meilleures façons de représenter les données sur la santé des populations en vue de tracer le portrait de l'équité en santé.

Tracer le portrait de l'équité en santé dans un rapport sur l'état de santé des populations implique de structurer, de présenter et de schématiser les données. Cela est essentiel si l'on veut que l'auditoire comprenne le message et si l'on tient à influencer la manière dont les responsables de l'élaboration des politiques et les professionnels de la santé publique interprètent les données et réagissent à l'information^{1,2}.

DONNÉES PROBANTES

Deux méthodes ont été employées pour traiter les données probantes associées aux bonnes et aux meilleures pratiques de communication des données sur l'équité en santé, comme il est expliqué ci-dessous.

Protocole de recherche

La première méthode a consisté à effectuer une recherche de la documentation scientifique et de la littérature grise. On a recueilli de l'information à l'aide d'une recherche documentaire de même qu'en passant en revue les rapports sur la santé des populations déjà parus et recensés grâce à une recherche permanente d'exemples de rapports publiés au Canada (en anglais et en français) ou ailleurs dans le monde (en anglais seulement). (Une copie de la version intégrale du protocole est disponible sur demande.)

La recherche documentaire visait à répondre aux questions suivantes :

- Comment a-t-on intégré et présenté les données qualitatives dans les rapports sur l'état de santé des populations, parus au Canada ou ailleurs dans le monde?
- Quelles sont les forces et faiblesses comparatives des méthodes fondées sur les points forts et les points faibles pour choisir et représenter les questions d'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations?
- De quelle manière a-t-on utilisé et présenté la schématisation visuelle des données quantitatives (p. ex., les cartes, les graphiques, les tableaux) dans les rapports sur l'état de santé des populations, parus au Canada ou ailleurs dans le monde?



- Quelles sont les meilleures pratiques pour inclure des données visuelles dans les rapports sur l'état de santé des populations? Quelles sont les meilleures ressources disponibles pour orienter la présentation visuelle des données?

Expériences vécues sur le terrain

La deuxième démarche consistait à interroger les membres du cercle d'apprentissage au sujet de leurs expériences. Il s'agissait d'explorer les problèmes pratiques vécus, en matière de communication de l'équité en santé, dans les rapports sur l'état de santé des populations.

Les questions suivantes ont permis d'orienter les entrevues :

- Qu'avez-vous appris relativement à l'incorporation des données quantitatives et qualitatives quand vous avez voulu tracer le portrait de l'équité en santé? Qu'avez-vous appris par rapport à ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne moins bien pour schématiser les données?
- De quoi devrait-on se souvenir le plus au moment de choisir et de représenter les données du portrait de l'équité en santé dans un rapport sur l'état de santé des populations? Comment faites-vous pour savoir si vous avez fait un bon choix et une bonne représentation des données?
- Quel conseil donneriez-vous concernant l'emploi de méthodes fondées sur les points forts quand il faut travailler essentiellement avec des indicateurs de points faibles? Comment faites-vous le rapprochement entre le portrait fourni par le rapport (les constatations) et les recommandations (appels à l'action)?

Constatations

Pour l'instant, il existe peu de balises officielles sur les façons de représenter et de décrire efficacement la situation de l'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé propose certains facteurs fondamentaux à considérer¹ :

- Les indicateurs d'équité en santé devraient être chiffrés (donc en allant au-delà de la simple description des caractéristiques de la population);
- Autant que possible, les tendances devraient être décrites, en présentant séparément celles concernant les hommes et les femmes.

Afin de favoriser une communication efficace, la Commission insiste également sur l'utilisation de types d'indicateurs axés sur l'équité, dont¹ :

- la stratification sociale et régionale,
- les mesures absolues et relatives,
- les mesures synthétisant l'ampleur des iniquités,
- les mesures simples (p. ex., différences de taux) autant que les mesures plus complexes (p. ex., indices de défavorisation).

Pratiques actuelles en matière de communication des données sur l'équité en santé

En examinant les rapports déjà parus, on peut trouver quelques indications sur les façons de représenter et de décrire efficacement la situation de l'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations. Essentiellement, ce sont les données quantitatives qui sont utilisées pour faire rapport sur l'équité en santé. Les données qualitatives ne servent que très peu, et alors surtout pour intéresser l'auditoire ou pour fournir un contexte, par exemple à l'aide de citations, de lettres de chefs de file ou de parties prenantes et de photos.



LA SÉRIE APPRENONS ENSEMBLE

Les rapports sur l'état de santé des populations servent de plus en plus souvent comme données de base pour élaborer et réorienter les politiques publiques et les politiques sur la santé des populations. Les ressources de la série Apprenons ensemble font la synthèse de l'Initiative concernant les rapports sur l'état de santé des populations du CCNDS, par laquelle on cherche à mieux faire intégrer la perspective des déterminants sociaux et de l'équité en santé dans les processus d'élaboration des rapports sur l'état de santé des populations.

Pour télécharger la série Apprenons ensemble visitez www.ccnds.ca



Figure 1 : Utilisation d'un tableau pour illustrer les liens entre les mesures de l'équité et l'état de santé³

Tableau 4.4
Taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge, Peel, 2006

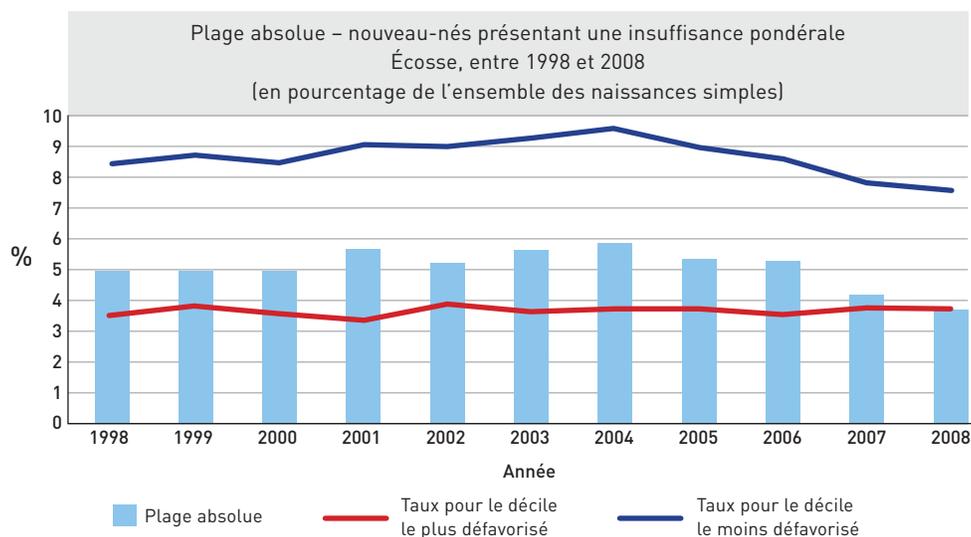
Dimension : Instabilité résidentielle	Taux d'hospitalisation (par tranche de 100 000)	Comparaison au taux d'hospitalisation pour Peel* Approximation
1 (le moins instable)	6 689	Aucune différence
2	6 612	Moindre qu'à Peel
3	6 901	Aucune différence
4	6 903	Aucune différence
5 (le plus instable)	6 938	Aucune différence
Dimension: Material Deprivation	Taux d'hospitalisation (par tranche de 100 000)	Comparaison au taux d'hospitalisation pour Peel* Approximation
1 (le moins instable)	6 414	Moindre qu'à Peel
2	6 594	Moindre qu'à Peel
3	6 725	Aucune différence
4	7 104	Supérieur à Peel
5 (le plus instable)	7 701	Supérieur à Peel
Dimension: Dependency	Taux d'hospitalisation (par tranche de 100 000)	Comparaison au taux d'hospitalisation pour Peel* Approximation
1 (le moins instable)	6 808	Aucune différence
2	6 652	Aucune différence
3	6 697	Aucune différence
4	6 778	Aucune différence
5 (le plus instable)	6 476	Moindre qu'à Peel

Les données quantitatives servent à présenter la situation de l'équité en santé de diverses manières.

Les populations sont souvent décrites en termes de prévalence de certains déterminants de la santé associés à l'équité. Par exemple, on trouvera dans un rapport le pourcentage de la population active bénéficiaire d'aide au revenu ou de l'assurance-emploi, ou qui se déclare Autochtone. La plupart des rapports sont muets quant aux raisons du choix de tel ou tel déterminant de la santé. Des diagrammes circulaires ou à barres verticales sont souvent utilisés pour décrire des caractéristiques annuelles, alors que des diagrammes à barres horizontales ou des graphiques linéaires simples servent pour illustrer des tendances dans le temps.

Les données quantitatives servent à exprimer la relation entre les indicateurs d'équité et l'état de santé. Par exemple, la figure 1 montre le taux d'hospitalisation (quelles qu'en soient les causes) normalisé selon l'âge, à l'aide de plusieurs indicateurs, dont celui de l'instabilité résidentielle et de la défavorisation matérielle.

Figure 2 : Utilisation d'un graphique pour illustrer les liens entre les mesures de l'équité et l'état de santé⁴



Les liens entre les indicateurs d'équité et l'état de santé sont représentés de diverses façons, y compris sous forme de tableaux (figure 1), de graphiques à barres, de graphiques linéaires simples et une combinaison de graphiques linéaires et à barres (figure 2), en montrant un certain nombre de stratifications.

UNE EXPÉRIENCE VÉCUE SUR LE TERRAIN...

INTERPRÉTATION CORRECTE OU INCORRECTE

L'ère informatique facilite maintenant l'obtention de données, renforçant ainsi les connaissances et la compréhension de la population concernant un bon nombre d'enjeux de santé. Dès lors que les données sont facilement accessibles, il est impossible d'en contrôler l'utilisation, malgré tous les efforts pour en proposer une représentation et une interprétation adéquates.

Dans le présent exemple, on a recueilli les données sur les indicateurs associés aux visites pour la grippe dans les urgences de plusieurs villes et états américains. Après de prudentes négociations et la conclusion d'accords en bonne et due forme, les données ont été compilées, présentées séparément pour chacune des municipalités, puis rendues publiques dans Internet. Il n'était pas possible de

comparer entre elles les valeurs absolues de chacune des villes, car il y avait souvent de légères différences dans la manière de définir les indicateurs selon les villes (p. ex., la définition de ce que constitue une « visite pour une maladie ressemblant à une grippe »). On a donc fourni les données séparément pour chacune des villes et seules les tendances évolutives dans le temps pouvaient servir à comparer une ville à elle-même.

Or, des journalistes du *New York Times*⁵ sont allés chercher les données et ont commencé à poser des questions comme « Quelle ville est la plus en santé? » et « Quelle ville a un problème de grippe? ». Pour répondre à ces questions, les journalistes ont comparé des données récentes avec des données historiques et ont conclu que « la ville X » présentait un problème bien plus grave de grippe. Une

telle utilisation des données démontre un manque de compréhension des différences de signification et de qualité entre diverses séries de données.

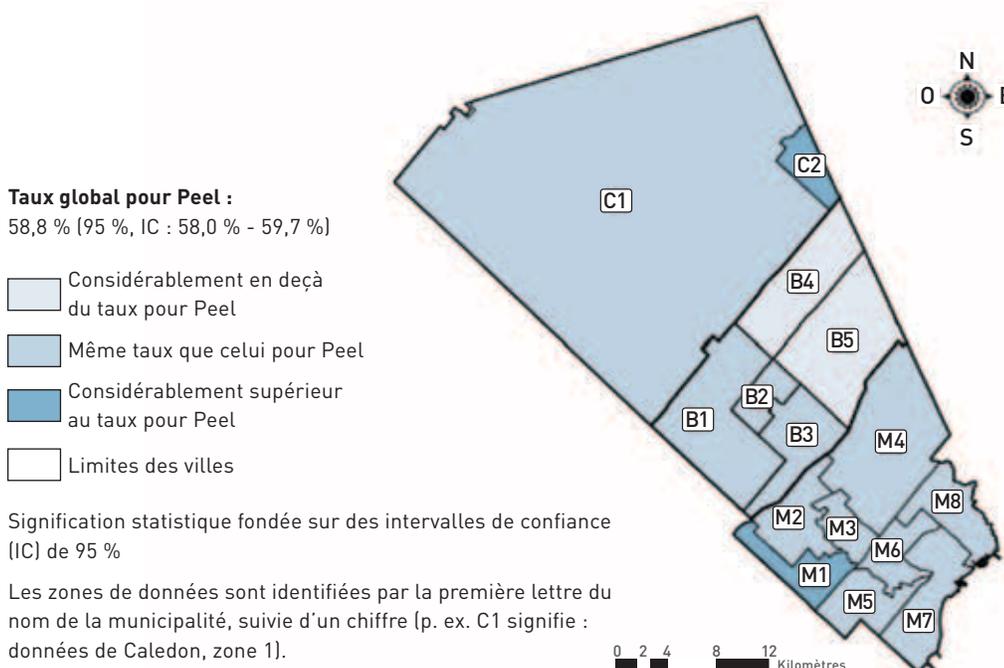
Certains des responsables des villes ayant accepté de fournir leurs données et de les rendre publiques se sont montrés très mécontents des interprétations fautives du journal et de la publicité négative en résultant. Des excuses ont été présentées, des lettres de rectifications ont été envoyées au *New York Times*, et l'accès au site Web où étaient emmagasinées les données a été restreint de telle sorte que les données associées à une seule année ne soient transmises que sur demande.

Ce récit montre que la qualité ou l'accessibilité des données n'entraînent pas nécessairement une interprétation reflétant fidèlement la réalité.

Figure 3 : Utilisation de la cartographie pour montrer les liens entre les indicateurs de l'équité et l'état de santé³

Carte 2.8

Pourcentage des enfants de la maternelle tout à fait prêts dans un ou plusieurs domaines de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance, par zone de données, Peel, 2010



La cartographie constitue une autre technique employée pour illustrer des liens. Par exemple, les auteurs d'un récent rapport ont présenté les résultats de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) par zone de données (figure 3).

UNE EXPÉRIENCE VÉCUE SUR LE TERRAIN...

APPRENDRE À TRACER LE PORTRAIT ENSEMBLE

Il peut se révéler difficile de savoir comment présenter les données de manière à tracer un portrait fidèle. Votre auditoire vous le fera savoir si vous avez réussi votre pari. Capital Health, en Nouvelle-Écosse, a vécu cette expérience.

Quand le personnel de Capital Health a voulu présenter des cartes de données préliminaires à un Conseil de santé communautaire, il s'est buté aux difficultés habituelles : impossibilité d'obtenir des données locales de bonne

qualité et manque de connaissances locales pour interpréter les données disponibles. De leur côté, les membres du Conseil de santé ont réagi en demandant que soient ajoutées des données concrètes plus détaillées comme les ponts, les commerces et les bâtiments. Ils voulaient aussi recevoir des recommandations sur la façon d'atténuer les iniquités en santé, recommandations qui seraient fondées sur les données disponibles. Le personnel de Capital Health a travaillé très fort pour répondre aux attentes du Conseil; de leur côté, les membres du Conseil ont aussi travaillé fort pour comprendre les limites des données.

Au final, ce processus d'échanges aller-retour entre le personnel de la régie et les membres du Conseil a permis d'ouvrir un dialogue et de créer un cadre propice à un apprentissage mutuel. Les membres du Conseil ont pu fournir les renseignements requis concernant le contexte local et le personnel de Capital Health a pu superposer ces données afin d'en faciliter l'interprétation. Ensemble, les partenaires ont pu trouver où il était possible d'intervenir pour améliorer la santé des membres de la collectivité. La présentation des données s'est révélée être, en fait, le point de départ d'un dialogue fructueux.

Positionner l'équité en santé dans les rapports sur la santé des populations

L'équité en santé est presque toujours présentée, dans les rapports sur l'état de santé des populations, en fonction des lacunes, c'est-à-dire centrée sur les aspects négatifs ou sur les besoins d'une population donnée². Cela dit, bien des auteurs de textes scientifiques argumentent en faveur d'une approche fondée plutôt sur les points forts. Ils font remarquer que ce point de vue est beaucoup plus contributif et qu'il faut approfondir le sujet si on veut réussir à présenter une image équilibrée⁶.

Une approche fondée sur les points forts peut se définir comme étant un « facteur quelconque (ou une ressource) qui permet de renforcer la capacité des individus, des groupes, des collectivités, des populations, des systèmes sociaux, des établissements et des institutions, afin de soutenir et de conserver la santé et le bien-être, et d'aider à réduire les iniquités en santé »^{2, p. 18} [traduction libre].

La prise en compte des points forts dans les rapports sur l'état de santé des populations pourrait permettre d'améliorer les résultats en matière d'équité comme suit² :

- En détectant les facteurs durables de protection et de promotion de la santé;
- En positionnant la collectivité à titre de coproductrice de santé et en renforçant ses capacités à cet égard.

ÉCHANGES DURANT LE CERCLE D'APPRENTISSAGE

Les membres du cercle d'apprentissage se sont entendus pour dire que l'incorporation de la notion de l'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations exige à la fois des données appropriées et la prise en compte de certaines valeurs dans l'analyse de ces données.

Les données sur l'état de santé peuvent montrer des différences ou des disparités entre certaines tranches de population, mais elles ne permettent pas, en soi, d'évaluer l'équité ou de formuler des opinions. Les avis en matière d'équité en santé demandent une évaluation à partir de valeurs pour déterminer quelles différences sanitaires sont systématiques, produites par la société, et injustes⁷.

Le groupe estime que la détermination des disparités constitue une première étape, puisqu'elle peut permettre d'exposer les iniquités possibles et d'inciter les organismes de santé publique et de parties prenantes à se pencher sur les raisons de ces différences.

Même si la question du « pourquoi » peut paraître simpliste, elle soulève souvent d'autres questions⁸, par exemple : comment pouvons-nous qualifier quelque chose d'injuste? Où placer la barre pour qualifier quelque chose d'injuste? Quel degré de différence serait acceptable?

Ultimement, les décisions au sujet de ce qui est juste ou injuste doivent se prendre collectivement. Les membres du cercle d'apprentissage ont discuté des avantages et inconvénients de l'intégration de ce genre de considérations sur l'équité en santé dans les évaluations et les systèmes de surveillance de la santé. Il existe des outils pour alimenter le dialogue et la conversation collective. Par exemple, *l'Indice de défavorisation de l'INSPQ*⁹ permet de comparer les iniquités sociales et matérielles mesurées. Parallèlement, on reconnaît de plus en plus l'importance d'une démarche fondée sur les points forts ou sur les atouts, par exemple celle de *l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance*¹⁰ (IMDPE). Il semble toutefois impossible de trouver une évaluation ou une comparaison décisive d'indices ou d'indicateurs dont l'efficacité est avérée, que ce soit à propos des points forts ou des points faibles.

Certaines autorités sanitaires ont une structure prévoyant l'analyse et un processus décisionnel, comme les conseils de santé communautaire de Capital Health (Halifax, Nouvelle-Écosse). Les membres du cercle d'apprentissage ont convenu que l'engagement communautaire constitue une démarche essentielle. Ils ont ajouté que cette démarche n'avait pas été évaluée, parmi tout l'éventail de stratégies visant à favoriser l'intégration de l'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations.

Tracer le portrait de l'équité en santé dans le contexte des rapports sur l'état de santé des populations pourrait se révéler une excellente façon d'aider les collectivités et les leaders

politiques à intervenir et à souligner les forces des collectivités. Il reste toutefois encore beaucoup à apprendre sur les meilleures façons d'y arriver.

PROCHAINS SUJETS?

Pour l'heure, les membres du cercle d'apprentissage ont admis l'importance de maintenir en place un programme pour les rapports sur l'état de santé des populations à l'échelon régional et local dans l'ensemble du Canada. Il est essentiel de prévoir des fonds pour cette tâche si on veut faire avancer la justice et l'équité en santé, mieux comprendre les points forts et la résilience des collectivités, et mettre au point les outils nécessaires pour mesurer les données sur l'état de santé des populations et en tirer des enseignements.

Globalement, les membres du cercle d'apprentissage ont indiqué qu'il fallait songer à la manière de soutenir les enquêtes nationales, comme *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*¹¹ (ESCC), qui sont indispensables aux rapports sur l'état de santé des populations. Ils ont ajouté qu'il est important de fournir davantage ce qui est requis « sur le terrain » en matière de démarches fondées sur les points forts visant à surmonter les défis de l'équité en santé.

On explorera plus à fond ces suggestions par l'entremise de la communauté d'apprentissage virtuelle « Cliquez pour l'équité en santé : communauté » (pour en savoir plus, rendez-vous à www.ccnds.ca).

UNE EXPÉRIENCE VÉCUE SUR LE TERRAIN...

CE SONT LES GENS QUI DONNENT UN SENS AUX CHIFFRES...

À première vue, une flambée de maladies transmises sexuellement semblait avoir rapport aux relations sexuelles non protégées et à un certain nombre de problèmes habituellement connexes comme la toxicomanie, le manque de connaissances et une culture du risque. Pourtant, quand les épidémiologistes ont parlé aux

infirmières de santé publique qui travaillaient directement avec la population afin de mieux comprendre les cas, ils se sont rendu compte que les incitatifs à avoir des relations sexuelles non protégées avaient davantage à voir avec un enjeu de survie, comme l'offre de faveurs sexuelles pour se nourrir, se vêtir et se loger, et impliquaient souvent des femmes autochtones incapables de retourner dans leur réserve.

En conséquence, la recommandation émanant du rapport sur cette flambée de cas a surtout porté sur un changement de politique et une collaboration tripartite entre tous les paliers de gouvernement (y compris le gouvernement autochtone). Les recommandations auraient été bien différentes si des données qualitatives n'avaient pas été recueillies afin de donner un sens aux chiffres.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (Suisse), 2008, 287 p.
2. Morgan, A. et Ziglio, E. « Revitalising the evidence base for public health: an assets model » dans *Promotion & Education*, 2007, vol. 14, p. 17.
3. Bureau de santé publique de la région de Peel. *Health in Peel, 2011: determinants and disparities*. Brampton (Ontario), Bureau de santé publique de la région de Peel (Canada), 2011, 120 p.
4. Gouvernement de l'Écosse. *Long-term monitoring of health inequalities: headline indicators*, Édimbourg, Gouvernement de l'Écosse (Royaume-Uni), 2012, 40 p.
5. « Areas Hit Hard by Flu in Spring See Little Now » dans *The New York Times* [Internet], le 8 octobre 2009 [cité le 11 janvier 2013]. À consulter à l'adresse : www.nytimes.com/2009/10/08/health/08flu.html?_r=1
6. Morgan, A., Ziglio, E. et Davies, M. (éd.). *Health assets in a global context: theory, methods, action*, New York, éd. Springer, 2010.
7. Whitehead, M. et Dahlgren, G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (Danemark), 2006, 34 p.
8. Agence de la santé publique du Canada [Internet]. « Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? », le 21 août 2012 [cité le 31 janvier 2013], [environ deux écrans]. À consulter à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php.
9. Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. et Raymond, G. « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé au Canada » dans *Maladies chroniques au Canada*, Agence de la santé publique du Canada [Internet], 2009 [cité le 31 janvier 2013]; vol. 29, n° 4. À consulter à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/29-4/pdf/CDIC_MCC_Vol29_4_ar_05-fra.pdf.
10. Projet *Human Early Learning Partnership* (HELP) [Internet]. Vancouver (Colombie-Britannique), Université de la Colombie-Britannique [cité le 31 janvier 2013]. À consulter à l'adresse : <http://earlylearning.ubc.ca> (en anglais seulement)
11. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) » [Internet]. Statistique Canada [cité le 31 janvier 2013]. À consulter à l'adresse : www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2

Pour en savoir plus au sujet de l'Initiative concernant les rapports sur l'état de santé des populations, rendez-vous à l'adresse www.ccnds.ca

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)
Université St. Francis Xavier
Antigonish NÉ B2G 2W5
ccnds@stfx.ca
tél : 902-867-5406
télé : 902-867-6130
www.ccnds.ca
Twitter: @NCCDH_CCNDS

Rédaction : Lesley Dyck et Hannah Moffatt, à l'aide de la documentation préparée par Karin Hohenadel.
Remerciements particuliers aux membres du cercle d'apprentissage qui ont fait part de leurs expériences.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2012). *Apprenons ensemble – Représenter les données et tracer le portrait de l'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations*, Antigonish (N. É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-926823-37-9

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

La reproduction des figures incluses dans le présent document est faite avec la permission des éditeurs.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Learning Together: Representing the data and telling the health equity story in population health status reporting*.