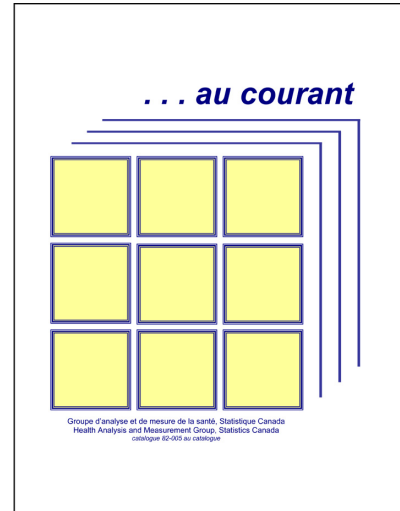




Catalogue no. 82-005-XIF

# ... au courant



## **Comment obtenir d'autres renseignements**

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Groupe d'analyse et de mesure de la santé , Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

<b>Service national de renseignements</b>	<b>1 800 263-1136</b>
<b>Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants</b>	<b>1 800 363-7629</b>
<b>Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt</b>	<b>1 800 700-1033</b>
<b>Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt</b>	<b>1 800 889-9734</b>
<b>Renseignements par courriel</b>	<b>infostats@statcan.ca</b>
<b>Site Web</b>	<b>www.statcan.ca</b>

## **Renseignements sur les commandes et les abonnements**

Le produit n° 82-005-XIF au catalogue est gratuit sur Internet. Les utilisateurs sont priés de se rendre à [http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/freepub\\_f.cgi](http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/freepub_f.cgi)

## **Normes de service à la clientèle**

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.



Statistique Canada

# . . . au courant

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2002

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

Octobre 2002

N° 82-005-XIF au catalogue

Périodicité : Irrégulier

ISSN 1703-2199

Ottawa

This publication is available in English upon request (Catalogue no. 82-005-XIE)

---

#### **Note de reconnaissance**

*Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.*



# ... au courant

Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada

Septembre 2002

## Dans ce numéro

### AVANT TOUT

La croissance se poursuit!  
*Jean-Marie Berthelot*

### EN BREF

Enquête sur l'accès aux services de santé  
*Christian Houle*

### EN PROFONDEUR

Modélisation du fardeau du cancer au Canada  
*B. Phyllis Will, Kathy White, Jean-Marie Berthelot*

### QUOI DE NEUF

Articles et séminaires

## AVANT TOUT...

### La croissance se poursuit!

Pour beaucoup d'entre vous, le Groupe d'analyse et de mesure de la santé (GAMS) est synonyme de l'équipe du POHEM (modèle de la santé de la population). Par le biais de ce numéro de *...au courant* nous espérons vous démontrer la pertinence de nos travaux de modélisation de la santé basés sur les techniques de simulation. Mais avant tout, ces travaux représentent le point de départ d'un outil plus général et plus complet d'intégration de données sur la santé, à savoir, le Fardeau canadien de la maladie, des blessures et des facteurs de risque. Nous vous en dirons davantage à ce sujet dans les prochains numéros.

Notre article « En bref » souligne un autre projet qui étend la portée de l'information sur la santé et de son analyse. L'Enquête sur l'accès aux services de santé fournit des renseignements sur les profils d'utilisation des services de santé et sur les difficultés d'accès à ces services au Canada.

Je suis heureux d'annoncer que notre groupe continue de grandir, en ce qui a trait non seulement à la portée de nos travaux mais aussi à la force de notre équipe d'analyse. Plusieurs analystes se sont joints à notre équipe au cours de l'année écoulée et notre collaboration avec les chercheurs de Santé Canada et du monde de la recherche s'intensifie.

*Jean-Marie Berthelot, gestionnaire*

## EN BREF...

### Enquête sur l'accès aux services de santé : identifier les lacunes dans l'accès aux services de santé au Canada

À leur réunion de septembre 2000, les premiers ministres se sont entendus pour que les gouvernements provinciaux et territoriaux rendent compte de leurs résultats concernant des indicateurs clés sur la santé et ce, à partir de septembre 2002. En juin 2001, les données n'étaient pas disponibles pour deux de ces quatorze indicateurs, à savoir a) la durée de l'attente pour obtenir des services de diagnostic et de traitement et b) l'accès à des services de santé de premier contact « 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (24/7) ». Statistique Canada a proposé de recueillir ces données de base grâce à une enquête spéciale auprès des ménages, nommée Enquête sur l'accès aux services de santé, qui a été réalisée à titre de supplément à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001.

L'Enquête sur l'accès aux services de santé donne un premier aperçu des expériences et des perceptions de la population canadienne en ce qui concerne l'accès aux services de santé. Elle fournit des données sur la période d'attente avant de pouvoir consulter un spécialiste au sujet d'un nouveau problème de santé ou de subir une intervention chirurgicale non urgente ou certains tests diagnostiques. Elle renseigne aussi sur l'accès à des services d'information et de conseil, de soins de routine et de soins immédiats à différents moments de la journée (c.-à-d. sur les heures normales de bureau, en soirée, les fins de semaine ou la nuit).

Aux dires des intervieweurs, les personnes qui ont répondu à l'enquête ont manifesté un vif intérêt pour le sujet, ce qui s'est traduit par un taux élevé de participation. Le taux final de réponse s'établit à 81 % des 17 616 personnes sélectionnées dans l'échantillon initial. Même si son contenu ne permet pas de répondre entièrement au besoin d'information sur les deux indicateurs susmentionnés, l'enquête fournit des éclaircissements sur les profils d'utilisation des services et sur les difficultés d'accès aux services rencontrées par les participants à l'enquête au cours des douze mois précédant celle-ci. Les résultats ont été diffusés le 15 juillet 2002.

Consultez notre rapport : Sanmartin C, Houle C, Berthelot J-M, White K. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Statistique Canada, no 82-575-XIF au catalogue (disponible sur l'Internet à l'adresse : [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca), sous la rubrique « publications gratuites »).

*Christian Houle*

*Le GAMS effectue de la recherche et de l'analyse quantitative à propos des enjeux de l'heure dans le domaine social et de la santé.*



Statistics  
Canada

Statistique  
Canada

Canada

## Modélisation du fardeau du cancer au Canada

Le modèle de la santé de la population (POHEM) est un outil d'analyse des politiques qui permet d'étudier, à l'aide de techniques de simulation, différents scénarios concernant le fardeau de certaines maladies sur la santé et l'économie, ainsi que le rapport coût-efficacité des nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques. L'utilisation de ce modèle de simulation est particulièrement pertinente dans un contexte de compressions budgétaires puisque les nouvelles méthodes thérapeutiques sont souvent coûteuses et que des décisions stratégiques difficiles doivent être prises. Et surtout, ce modèle sert de base pour un cadre conceptuel plus vaste qui permettra d'élaborer des politiques basées sur des données complètes sur les maladies et facteurs de risque.

Nous remercions, pour sa précieuse contribution, notre collaborateur, le D<sup>r</sup> William K. Evans, oncologue médical et vice-président exécutif d'Action cancer Ontario, qui s'est consacré, sans compter, au développement des modèles de simulation du cancer décrits plus bas.

### Modèles « de base » des soins aux cancéreux

Nos modèles « de base » ont été les premiers à permettre d'estimer sous tous ses aspects le coût global du traitement du cancer du sein, du poumon et colorectal au Canada. Il a fallu, pour mener à bien ces travaux, travailler en collaboration étroite avec des experts médicaux et consulter de nombreuses sources de données sur les facteurs de risque, l'incidence de la maladie, le stade de la tumeur au moment du diagnostic, les méthodes usuelles de diagnostic et de traitement, l'évolution de la maladie, les habitudes de suivi des malades, le traitement lors des rechutes et les soins aux malades en phase terminale, ainsi que les coûts connexes.

Les modèles élaborés pour les trois types de cancer susmentionnés montrent que l'hospitalisation en vue de procéder à la batterie de tests diagnostiques, l'intervention chirurgicale initiale et les séjours aux soins palliatifs ou terminaux est la composante principale des coûts (voir la figure 1). Nous avons également modélisé la maladie cardiaque coronarienne, l'ostéoporose, l'arthrite et les fractures ostéoporotiques.

Au moyen d'un cadre de prise de décision permettant de comparer les modalités courantes de chimiothérapie ambulatoire du point de vue du coût par année de vie gagnée et du coût par année de vie gagnée ajustée pour la qualité de vie, nous avons conclu que le traitement clinique type consistant à administrer une combinaison de vinorelbine et de cisplatine est le plus rentable des nouveaux schémas thérapeutiques. Le comité consultatif en matière de politiques d'Action cancer Ontario a tenu compte de ces résultats lorsqu'il a décidé de financer le traitement à la vinorelbine et à la gemcitabine en Ontario.

### Hospitalisation après une opération du cancer du sein

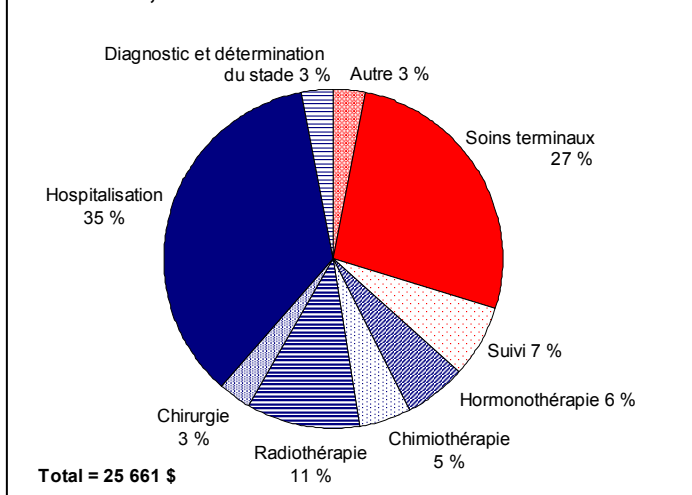
En 1995, la durée moyenne de l'hospitalisation des femmes qui subissaient une chirurgie mammaire conservatrice ou une mastectomie était d'environ cinq et six jours, respectivement. Nous avons modélisé l'effet de la chirurgie mammaire conservatrice d'un jour et d'une hospitalisation de deux jours à la suite d'une mastectomie, et nous avons constaté que les soins à domicile, dont le coût se chiffrait à 453 \$ par patiente, permettraient de réaliser une économie d'environ 20 millions de dollars dans le cas de la chirurgie mammaire conservatrice uniquement et de 13 millions de dollars dans le cas de la mastectomie. (Ces chiffres se fondent sur l'hypothèse que 90 % des patientes satisfaisaient les critères pour recevoir les soins postopératoires à domicile et que le taux de réhospitalisation était de 5 %.) Le raccourcissement de l'hospitalisation après une chirurgie mammaire en cas de cancer et la prestation optimale de soins à domicile permettraient au système de santé de réaliser des économies importantes.

### Administration du tamoxifène aux femmes à haut risque d'avoir un cancer du sein

Le Breast Cancer Prevention Trial (BCPT) (voir Fisher, 1998) a montré que le tamoxifène permettrait de réduire de 49 % le risque d'être atteinte d'un cancer du sein invasif chez les femmes à haut risque. Compte tenu du seuil d'inclusion utilisé dans cet essai clinique, c'est-à-dire, un risque supérieur ou égal à 1,66 % d'être atteinte d'un cancer du sein sur cinq ans, 23 % des Canadiennes répondraient à ces critères d'admissibilité pour ce traitement en 2000. Qui plus est, la probabilité qu'une femme soit éligible au traitement par le tamoxifène au cours de la vie était de 85 %.

Notre simulation du BCPT a montré que les effets inopportuns du tamoxifène, qui incluent le cancer de l'endomètre, la maladie coronarienne, l'accident cérébro-vasculaire et la thrombose veineuse profonde, l'emportent vraisemblablement sur son effet protecteur contre le cancer du sein chez la majorité des femmes admissibles au traitement. Bien que la simulation appuie l'utilisation du tamoxifène chez les 4 % de Canadiennes pour lesquelles le risque prévu de cancer du sein sur cinq ans est supérieur ou égal à 3,32 %, les résultats globaux de notre étude soulèvent des interrogations sur l'utilisation du médicament chez des femmes en bonne santé.

Figure 1 Coût moyen par patiente pour le traitement du cancer du sein, selon l'intervention, tous les stades confondus, 1995



### Chimiothérapie pour le cancer du poumon à un stade avancé

Auparavant, au Canada, le traitement classique du cancer du poumon non à petite cellule diagnostiqué à un stade avancé consistait habituellement à prodiguer les meilleurs soins de soutien possibles. À mesure qu'ont évolué les méthodes de traitement du cancer, nous avons modifié nos modèles de micro-simulation afin d'évaluer l'effet des nouvelles interventions.

## Dépistage systématique du cancer colorectal au Canada

Nous avons également utilisé notre modèle de simulation du cancer colorectal pour estimer l'effet de son dépistage systématique au Canada. Les essais randomisés avec témoins fondés sur la recherche de sang occulte dans les selles et le suivi par coloscopie ont donné la preuve de l'efficacité du dépistage du cancer colorectal.

Dans le contexte canadien, nous avons constaté que le dépistage bisannuel chez 67 % de la population de 50 à 74 ans en 2000 réduirait de 16,7 % la taux de mortalité sur 10 ans par cancer colorectal. L'espérance de vie de la cohorte augmenterait de 15 jours et la demande totale de coloscopie, d'au moins 15 %. Le coût estimatif du dépistage serait de 112 millions de dollars par année avec un rapport coût-efficacité d'environ 12 000 \$ par année de vie gagnée (actualisé au taux de 5 %).

Ces travaux ont aidé les membres du Comité national du dépistage du cancer colorectal à évaluer l'effet et la faisabilité éventuelle d'un programme de dépistage systématique au Canada. Le rapport du Comité national sera diffusé bientôt.

## Orientation future : Fardeau de la maladie, des blessures et des facteurs de risque au Canada

Le cadre de micro-simulation décrit plus haut est un outil précieux pour les cliniciens et les décideurs du secteur de la santé, car il permet d'intégrer des renseignements détaillés sur les modalités courantes de traitement et sur le coût du traitement d'une maladie particulière. On élaborera un cadre plus vaste de simulation qui permettra d'évaluer des politiques et des programmes de grande portée, d'établir les priorités et d'examiner simultanément un ensemble complet de maladies et les principaux facteurs de risque qui y sont associés.

Nous sommes en train d'élaborer ce cadre de référence élargi en collaboration avec Santé Canada, l'Université du Manitoba, l'Université d'Ottawa et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre. Ce projet permettra d'estimer le fardeau de la maladie au Canada pour divers groupes de maladies et de facteurs de risque. Il fournira aussi une infrastructure de simulation qui permettra aux analystes des politiques d'évaluer des stratégies générales d'intervention et de prévoir le fardeau futur de la maladie et des blessures au Canada. Ce projet a été examiné à l'externe par des pairs et a été appuyé à l'unanimité par les membres du Comité consultatif sur la santé de la population de la Conférence des sous-ministres de la santé.

Voir aussi la documentation connexe au verso.

*Phyllis Will* vient de prendre sa retraite après avoir travaillé pendant 21 ans au gouvernement, dont 16 ans à Statistique Canada. Elle continue de participer aux activités du GAMS (comme la rédaction de cet article) dans le cadre du programme Alumni de Statistique Canada. Durant sa carrière d'analyste de recherche, elle s'est intéressée principalement au domaine de la politique sociale et des résultats en matière de santé et a été chef de la Section de la modélisation du GAMS. Pendant plus d'une décennie, Phyllis a collaboré avec les oncologistes médicaux, les employés des registres du cancer et d'autres chercheurs en vue de mettre au point les modèles décrits dans cet article. Elle a présenté les résultats de ces travaux partout dans le monde et a rédigé de nombreux manuscrits qui ont été soumis à des revues avec comité d'examen par les pairs.

## Modélisation par micro-simulation

Le cadre de micro-simulation de POHEM permet d'intégrer des données sur la santé, des résultats analytiques et des données sur l'utilisation des ressources, permettant des analyses ultérieures des prises de décisions politiques. Le modèle génère un échantillon de personnes synthétiques et les fait vieillir à partir de données sur les facteurs de risque, sur la manifestation et l'évolution de la maladie et sur ses conséquences sur la santé et l'état fonctionnel. L'ensemble résultant de données longitudinales représente le cycle de vie complet d'une cohorte de personnes nées la même année.

Par la méthode de Monte Carlo, le modèle attribue à chaque personne des caractéristiques démographiques et d'emploi, des facteurs de risque pour la santé et des antécédents de santé représentatifs de la population canadienne. La modélisation de l'évolution de la maladie et de son taux de létalité tient compte de la durée de la vie dans divers états de santé et des périodes de transition entre ces divers états de santé, tels que les divers stades d'évolution du cancer. La comorbidité et les risques concurrents de souffrir de diverses maladies sont modélisés explicitement dans ces modèles de maladie.

## En résumé

Notre cadre intégré de micro-simulation, qui permet d'évaluer les modalités thérapeutiques et le coût global du traitement de maladies particulières, telles que le cancer du poumon ou du sein, est un outil précieux pour les cliniciens et les décideurs du domaine de la santé. À l'aide de techniques de simulation, il permet de répondre à des questions sur l'impact relative de divers scénarios ayant trait aux nouveaux traitements et aux stratégies d'intervention.

Les travaux futurs viseront à étendre cette approche en vue d'estimer le fardeau de la maladie, des blessures et des facteurs de risque au Canada. On tiendra compte des états de santé qui accompagnent et qui sont les conséquences de ces maladies. Les résultats analytiques permettront de préciser l'effet des interventions visant à améliorer la santé de la population parmi des groupes particuliers de maladies, entre les divers groupes, et par facteur de risque. Les réponses aux questions tel que « Comment l'hypertension artérielle et le diabète influencent-ils le fardeau des maladies cardiovasculaires ? » ou « Comment le fardeau de la maladie est-il distribué selon le statut socio-économique ? » faciliteront l'établissement de priorités et la répartition des ressources parmi les programmes de santé.

*B. Phyllis Will, Kathy White, Jean-Marie Berthelot*

## Consultez nos articles

Berthelot J-M, Will BP, Evans WK, Coyle D, Earle CC, Bordeleau L. Decision framework for chemotherapeutic interventions for metastatic non-small cell lung cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92(16) : 1321-9.

Evans WK, Will BP, Berthelot J-M, Logan DM, Mirsky DJ, Kelly N. Breast cancer: better care for less cost: is it possible? *Int J Technol Assess* 2000; 16(4) : 1168-78.

Flanagan WM, Le Petit C, Berthelot J-M, White KJ, Coombs BA, Jones-McLean E. Potential impact of population-based colorectal cancer screening in Canada (à venir).

Will BP, Berthelot J-M, Le Petit C, Tomiak EM, Verma S, Evans WK. Estimates of the lifetime costs of breast cancer treatment in Canada. *Eur J Cancer* 2000; 36 : 724-35.

Will BP, Berthelot J-M, Nobrega KM, Flanagan W, Evans WK. Canada's Population Health Model (POHEM): A tool for performing economic evaluations of cancer control interventions. *Eur J Cancer* 2001; 37 : 1797-1804.

Will BP, Nobrega KM, Berthelot J-M, Flanagan W, Wolfson MC, Logan DM, Evans WK. First do no harm: extending the debate on the provision of preventive tamoxifen. *Br J Cancer* 2001; 85(9) : 1280-8.

## Documentation connexe

Harvard School of Public Health au nom de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque mondiale. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Murray CJL, Lopez AD, eds. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1996. <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/summary.html>

Mathers C, Vos T, Stevenson C. *The burden of disease and injury in Australia*. Cat. no. PHE 17. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 1999. <http://www.aihw.gov.au/publications/health/bdia/#s02>

*Victorian Burden of Disease Study: Mortality*  
<http://hna.ffh.vic.gov.au/phd/9903009/>

*Victorian Burden of Disease Study: Morbidity*  
<http://www.dhs.vic.gov.au/phd/9909065/index.htm>

## QUOI DE NEUF...

### Articles récents

Bélanger A, Martel L, Berthelot J-M, Wilkins R. Gender differences in disability-free life expectancies for selected risk factors and chronic conditions in Canada dans *Health Expectations for Older Women: International Perspectives*, Laditka S, ed. Numéro spécial de *Journal of Women and Aging* 2002;14 (1/2) (sous presse).

Mayer F, Ross N, Berthelot J-M, Wilkins R. Espérance de vie sans incapacité selon la région sanitaire. *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; 13(4) : 49-60.

Sanmartin C, Berthelot J-M. Les écarts régionaux dans les besoins non satisfaits de soins de santé autodéclarés. Numéro spécial de *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; S13 (sous presse).

Shields M et Tremblay S. La santé dans les collectivités canadiennes. Numéro spécial de *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; S13.

Tremblay S, Ross N et Berthelot J-M. Rendement des élèves de la 3e année en Ontario. *Tendances sociales canadiennes* (Statistique Canada, n° 11-008 au catalogue) Été 2002, p. 15-19.

Tremblay S, Ross N et Berthelot J-M. Le contexte socio-économique régional et la santé. Numéro spécial de *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; S13.

Wilkins R, Berthelot J-M, Ng E. Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996. Numéro spécial de *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue) 2002; S13.

Yang H, Kramer MS, Platt R, Blondel B, Gréart G, Morin I, Wilkins R, Usher R. How does early ultrasound estimation of gestational age lead to higher rates of preterm birth? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186(3) : 433-7.

### Annonces

Russell Wilkins a été nommé au comité de rédaction de la nouvelle revue électronique de l'OMS intitulée *Mortalité*, dont le rédacteur en chef est Alan Lopez. Il remplit aussi la fonction de conseiller en rédaction de la nouvelle publication électronique *International Journal for Equity in Health*, publiée par l'International Society for Equity in Health. Les deux revues pourront être consultées gratuitement sur Internet par l'entremise de PubMed Central. Depuis 1994, Russell est membre du comité de rédaction des *Cahiers Québécois de Démographie* (publiée par l'Association des démographes du Québec). Récemment, il a été élu vice-président de la Canadian Population Society pour 2002-2003; il sera chargé d'organiser la prochaine assemblée annuelle de la Société.

### Séminaires et ateliers

*Série de séminaires du GAMS* : Nous préparons maintenant le calendrier de la série d'automne qu'il ne faudra pas manquer. Les thèmes qui nous prévoyons aborder sont le développement de l'enfant et la santé de l'enfant ainsi que le projet Multinational Influenza Seasonal Mortality Study (MISMS).

*Traitement des données manquantes* : Karla Nobrega (avec David Haziza de la Division des Méthodes d'Enquête auprès des ménages) ont présenté récemment ce cours à l'assemblée générale de 2002 de la Société statistique du Canada. Diapositives disponible sur demande.

*Modélisation multiniveaux* : Bien qu'elle soit assez courante dans le domaine de l'éducation, la modélisation multiniveaux reste rare dans le domaine de l'analyse de la santé. Le GAMS organise un atelier sur la modélisation multiniveaux qui sera animé par M. Douglas Willms de l'Université du Nouveau-Brunswick, du 30 septembre au 2 octobre, 2002.

---

**... au courant est publié trois fois par an par le Groupe d'analyse et de mesure de la santé, Statistique Canada. Also available in English.**

---

Rolande Bélanger  
René Gélinas  
Alex MacCutchan  
Nancy Ross  
Stéphane Tremblay

Julie Bernier  
François Gendron  
Cameron McIntosh  
Claudia Sanmartin  
Kathy White

Jean-Marie Berthelot  
Sarah Gorber  
Edward Ng  
Selene Spence  
Russell Wilkins

Charlotte Clarke  
Dafna Kohen  
Karla Nobrega  
Mietek Szyszkowicz

William Flanagan  
Christel Le Petit  
Anik O'Dwyer  
Stacey Todd

Vos commentaires sont les bienvenus!

Jean-Marie Berthelot, gestionnaire  
Kathy White, rédactrice

Tél : 1-800-263-1136  
Courriel : [infostats@statcan.ca](mailto:infostats@statcan.ca)