

# Utilisation de données administratives pour examiner une intervention parentale axée sur la population

Rubab Arim, PhD

Division de l'analyse sociale et de la modélisation

**26 mars 2024**



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

# Remerciements

- **Financement**
  - Instituts de recherche en santé du Canada
- **Chercheurs principaux (CP) et analystes**
  - Dre Susan Dahinten (co-chercheuse principale), Université de la Colombie-Britannique
  - Dafna Kohen (co-chercheuse principale), Anne Guèvremont (analyste) et Evelyne Bougie (analyste), Statistique Canada
- **Collaborateurs**
  - Esther Pace et Cindy Knott, Island Health (Régie de la santé de l'île de Vancouver)
  - Ministère du Développement de l'enfance et de la famille – Province de la Colombie-Britannique (C.-B.)
- **Soutien**
  - [Population Data BC](#)

# L'objectif d'aujourd'hui

Donner un exemple de recherche en évaluation en mettant l'accent sur :

1. La conception de l'étude et la technique analytique (**compréhension conceptuelle**)
2. L'utilisation de données administratives agrégées, basées sur la population et couplées (**opportunités et défis**)
3. Considérations relatives aux travaux futurs potentiels dans le cadre d'études d'évaluation



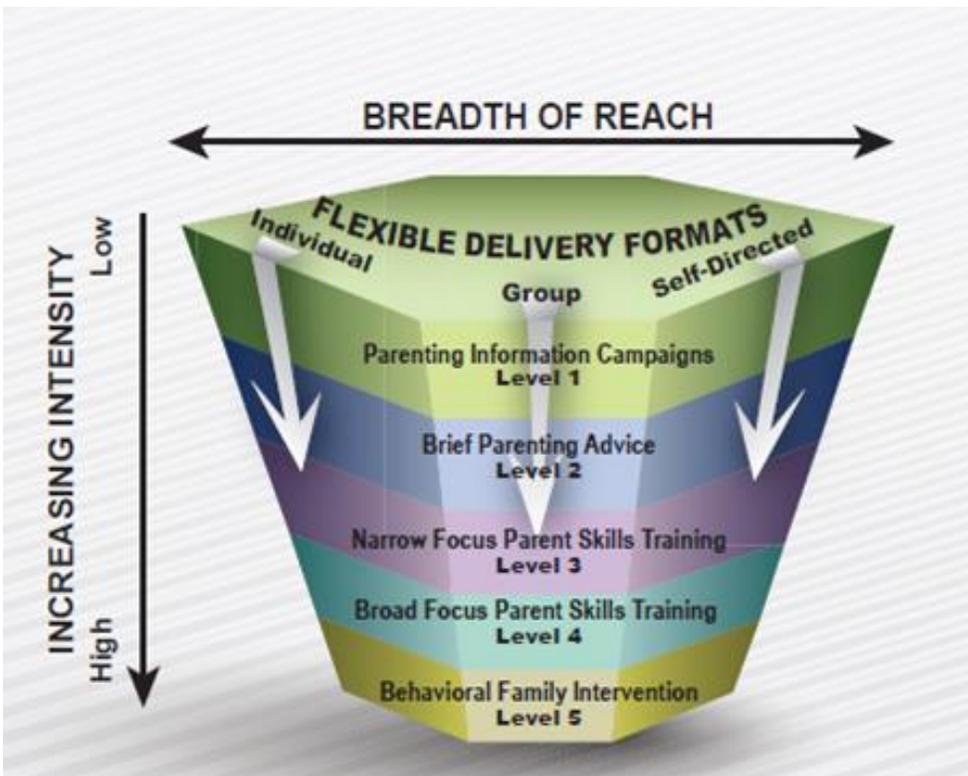
# Contexte (1)

- La santé mentale des enfants est une préoccupation nationale, et on estime qu'un enfant et un jeune canadien sur cinq souffrira d'une maladie mentale (Société canadienne de pédiatrie, 2023).
  - Une approche populationnelle de la prévention de la santé mentale met l'accent sur l'importance de la santé mentale pour l'ensemble de la population et identifie la nécessité de stratégies qui peuvent être appliquées à divers groupes de la population.
- Des recherches approfondies ont montré qu'une mauvaise parentalité est associée à un large éventail de problèmes de santé mentale liés au développement des enfants et des adolescents.
- Bien qu'il existe de nombreuses interventions parentales qui ciblent les familles à risque et les problèmes spécifiques des enfants (p. ex., les troubles du comportement), moins d'entre elles sont universelles et axées sur la prévention.

## Contexte (2)

- Un exemple de programme universel (communautaire) à plusieurs niveaux axés sur la prévention est **le programme Triple P - Positive Parenting** (Sanders, 1999) qui a été mis au point en Australie pour les parents d'enfants de la naissance à l'âge de 16 ans.
- Au Canada, l'une des premières régions à mettre en œuvre le programme Triple P à l'échelle communautaire a été l'île de Vancouver, en Colombie-Britannique.
- Le programme a été offert par Island Health (Régie de la santé de l'île de Vancouver) et le ministère du Développement de l'enfant et de la famille à partir de 2004, et le programme a été mis en œuvre progressivement dans diverses collectivités jusqu'à ce que toutes les collectivités de l'île de Vancouver soient rejointes d'ici la fin de 2008.

# Programme Triple P – Positive Parenting



**Graphique 1. Le modèle Triple P**  
Source: Sanders et coll. (2003)

- Programme de soutien aux parents et aux familles à plusieurs niveaux, fondé sur des données probantes et axé sur la prévention
- Conçu pour améliorer les connaissances, les compétences et la confiance des parents et prévenir les pratiques parentales négatives, réduisant ainsi les taux de maltraitance et de placement en famille d'accueil, et réduisant les problèmes de comportement, d'émotion et de développement chez les enfants
- Un système de soutien sur un continuum d'intensité croissante avec cinq niveaux d'intervention
- Du **niveau 1 – Universel** au **niveau 5 – Amélioré**

# But de l'étude

- Cette étude est l'une des premières évaluations de la population canadienne conçues pour examiner les liens entre le programme Triple P et les résultats en matière de santé mentale des mères et des enfants à l'échelle communautaire à l'aide de données administratives axées sur la population.

## Objectifs de l'évaluation :

1. Déterminer si la mise en œuvre du programme Triple P à paliers multiples et axé sur la population est associée à des avantages pour les enfants et les mères à l'échelle de la population ;
2. Déterminer les caractéristiques du programme et les caractéristiques de la communauté qui sont associées aux avantages d'un programme universel d'éducation parentale pour les enfants et les mères.

(Arim et coll., 2017)

# Questions de recherche

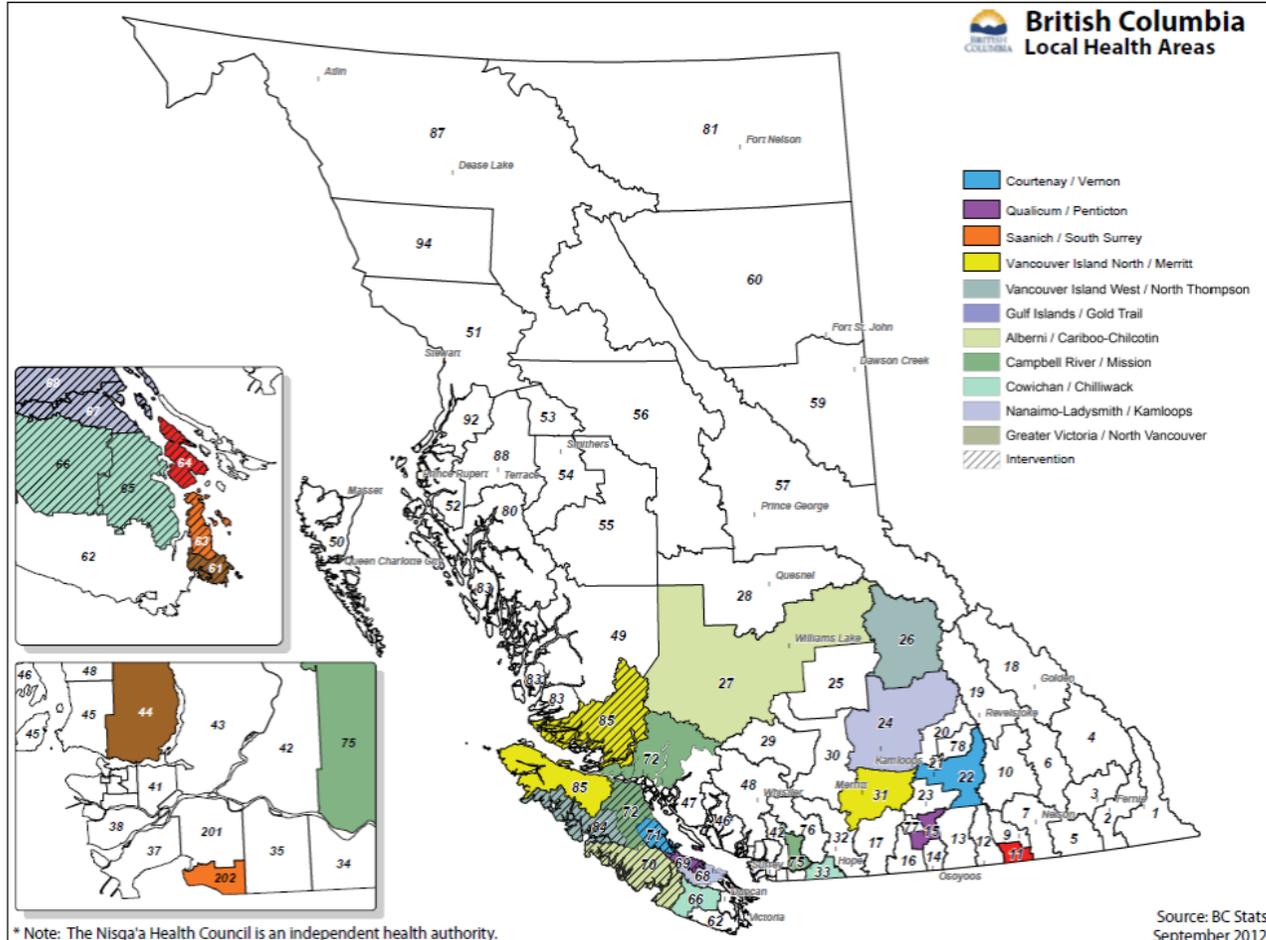
1. Quel est le lien entre le programme Triple P et certains résultats en matière de santé mentale pour les mères **lorsque l'on compare les communautés cibles aux communautés de comparaison ?**
2. Quel est le lien entre le programme Triple P et certains résultats en matière de santé mentale chez les enfants âgés de 6 à 12 ans, **lorsque l'on compare les communautés cibles aux communautés de comparaison ?**
3. L'intensité du programme est-elle associée aux résultats pour la santé des mères et des enfants ?

(Arim et coll., 2017)

# Conception de l'étude (1)

- Les communautés cibles et les communautés de comparaison ont été appariées en fonction de leurs caractéristiques (Recensement de 2006) :
- Taille de la population
- Proportion de familles de recensement ayant des enfants de moins de 15 ans
- Proportion de personnes ayant une identité autochtone
- Taux de chômage , population âgée de 15 ans et +
- Proportion de personnes âgées de 25 à 54 ans n'ayant pas fait d'études secondaires
- Proportion de personnes de langue maternelle autre que le français ou l'anglais
- Proportion de personnes qui n'ont pas déménagé au cours de la période de 5 ans

(Arim et coll., 2017)



# Conception de l'étude (2)

- **Plan** : Un plan quasi-expérimental non randomisé avec 11 groupes cibles et 11 groupes de comparaison
- **Sources des données** : Données sur les demandes de remboursement de factures et les départs d'hôpital du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, données du recensement de 2006, données sur l'administration du programme Triple P.
- **Population à l'étude** : Mères âgées de 15 à 65 ans en 2010 et enfants âgés de 6 à 12 ans en 2010, inscrits au Régime d'assurance-maladie en 2002 et en 2010. Ces points de données représentent un minimum de 2 ans avant et après la mise en œuvre du Triple P.

(Arim et coll., 2017)

# Conception de l'étude (3)

- **Mesures des résultats en matière de santé :**
  - Les problèmes de santé mentale diagnostiqués par les mères et l'utilisation des services de counseling
  - Les problèmes de santé mentale diagnostiqués chez les enfants, les troubles du comportement et l'utilisation des services de counseling.
- **Covariables :** Caractéristiques individuelles et communautaires, y compris les mesures agrégées de la santé mentale à partir de 2002, densité des programmes (c.-à-d. nombre de praticiens agréés multiplié par le nombre d'années de formation, pour 10 000 habitants).
- **Accès aux données :** Les fichiers de données cryptés ont été mis à la disposition de l'équipe de recherche dans un environnement de recherche sécurisé en ligne par l'entremise de Population Data BC ; l'information sur les caractéristiques des communautés provient des données du Recensement de la population de 2006 accessibles au public ; et l'information sur l'intensité du programme provenait d'Island Health.

(Arim et coll., 2017)



# Analyse de données (1)

- L'objectif de l'analyse des données était d'examiner les différences entre les communautés en ce qui a trait à la santé mentale de la mère et de l'enfant et aux résultats en matière d'utilisation des services qui peuvent être associées à l'intensité de la mise en œuvre du programme Triple P, ajustées en fonction des caractéristiques individuelles, des caractéristiques de la communauté, y compris les conditions de santé de référence à l'échelle de la communauté (c.-à-d. avant la mise en œuvre du programme), et de l'exécution du programme.
- **Analyse** : Modélisation linéaire hiérarchique logistique (HLM), enfants et mères nichés dans des communautés afin d'évaluer les effets du programme et d'examiner les différences entre les communautés cibles et les communautés de comparaison.

(Arim et al., 2017)

# Analyse de données (2)

## Modèle générique d'interception aléatoire

### Niveau 1 : Individus (i) au sein de chaque communauté (j)

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + r_{ij}$$

### Niveau 2 : Entre les communautés

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{cible}) + \gamma_{02}(\text{intensité}) + \gamma_{03}(\text{Caractéristiques de la communauté}) + \gamma_{04}(\text{Scores de base}) + u_{0j}$$

$Y_{ij}$  = résultat pour chaque individu (probabilité de résultat binaire) au sein de chaque communauté de niveau 2

$\beta_{0j}$  = (à l'origine) score moyen ou probabilité pour chaque communauté

$\gamma_{00}$  = moyenne générale dans toutes les collectivités

$\gamma_{01}$  = pente : « effet de traitement » moyen ou différence entre les communautés qui reçoivent ou ne reçoivent pas le Triple P

$\gamma_{02}$  = effet moyen ou différence attribuable à l'intensité variable du programme

$\gamma_{03}$  = différence d'effet moyenne due à diverses caractéristiques de la communauté

$\gamma_{04}$  = témoins des scores de base (prévalence avant l'intervention) du résultat

$u_{0j}$  = variation résiduelle dans chaque communauté

# Modélisation linéaire hiérarchique (HLM)

- Des modèles linéaires hiérarchiques, également nommés génériquement sous le nom de **modèles multiniveaux**, ont été développés pour tenir compte de l'imbrication hiérarchique (corrélée) des données (Raudenbush et Bryk, 2002) et sont fréquemment utilisés dans les sciences sociales et de la santé où les données sont généralement de nature hiérarchique.
- Mener des recherches à l'un ou l'autre de ces niveaux tout en ignorant les autres niveaux peut aboutir à des conclusions erronées. Plus précisément, le fait de ne pas tenir compte d'un niveau d'imbrication dans les données peut avoir une incidence sur les variances estimées et sur la puissance disponible pour détecter les effets des traitements ou des covariables (Moerbeek, 2010).
- Les modèles à plusieurs niveaux peuvent différer en termes de
  - le nombre de niveaux [p. ex., 2 niveaux (élèves imbriqués dans les écoles), 3 niveaux (élèves imbriqués dans les écoles imbriquées dans les districts scolaires)],
  - le type de conception (p. ex., coupe transversale, longitudinale avec mesures répétées) ;
  - l'échelle de la variable de résultat (p. ex., continue, catégorielle) ;
  - nombre de résultats (p. ex., univarié, multivarié).

# Un guide général étape par étape pour mener à bien le HLM

- Clarifiez votre question d'analyse ou de recherche
- Déterminer la structure de vos données imbriquées ou hiérarchiques
- Préparation des données

Communauté	Résultat individuel	Caractéristique individuelle	Caractéristique de la communauté	Communauté cible
1	1	1	0,40	0
1	0	0	0,40	0
2	1	1	0,60	1

- Processus d'identification, de construction et de test du modèle - **HLM est-il nécessaire ?**
- Interprétation des résultats, y compris les statistiques d'ajustement du modèle

(Peugh, 2010)

# Analyse de données (2)

- Gestion de la santé à deux niveaux avec des individus (mères ou enfants) nichés dans des communautés (zones de santé locales)
- Les résultats ont été examinés en 2010 (de manière transversale)
- Les résultats étaient binaires (p. ex., présence de diagnostics, utilisation des services)
- Des analyses distinctes ont été effectuées pour chacun des critères de jugement chez les mères ou les enfants (univariées)

**Tableau 1. Résumé des résultats des analyses multiniveaux sur les résultats en matière de santé mentale des mères en 2010**

	Résultats sur la santé mentale des mères			
	Diagnostics de santé mentale		Utilisation des services de counseling	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
<b>Effets fixes</b>				
<b>Variables de niveau individuel</b>				
Âge	0,99 (0,99-0,99) <sup>***</sup>	0,99 (0,99-0,99) <sup>***</sup>	0,99 (0,99-0,99) <sup>***</sup>	0,99 (0,99-0,99) <sup>***</sup>
<b>Variables à l'échelle de la communauté</b>				
Prévalence en 2002	1,09 (1,06-1,12) <sup>***</sup>	1,08 (1,04-1,11) <sup>***</sup>	1,06 (1,01-1,10) <sup>*</sup>	1,05 (1,01-1,10) <sup>*</sup>
Taille de la population	1,01 (1,00-1,02) <sup>*</sup>	1,01 (1,00-1,01)	1,00 (0,99-1,02)	1,00 (0,99-1,01)
Familles avec enfants âgés de < de 15 ans	1,00 (0,98-1,02)	1,00 (0,98-1,02)	1,01 (0,98-1,03)	1,01 (0,98-1,04)
Personnes ayant une identité autochtone	0,97 (0,95-0,99) <sup>**</sup>	0,98 (0,95-1,00) <sup>*</sup>	0,98 (0,95-1,01)	0,99 (0,96-1,02)
Taux de chômage	1,09 (1,03-1,15) <sup>**</sup>	1,09 (1,03-1,15) <sup>**</sup>	1,06 (0,96-1,17)	1,06 (0,96-1,16)
Personnes n'ayant pas fait d'études secondaires	1,01 (0,98-1,04)	1,01 (0,98-1,04)	1,00 (0,95-1,05)	0,99 (0,95-1,04)
Langue maternelle autre que le français ou l'anglais	1,01 (0,99-1,02)	1,01 (0,99-1,02)	0,98 (0,95-1,01)	0,98 (0,95-1,01)
N'a pas déménagé au cours de la période de 5 ans	1,02 (1,00-1,04) <sup>*</sup>	1,02 (1,00-1,04)	1,03 (1,01-1,06) <sup>**</sup>	1,03 (1,01-1,06) <sup>*</sup>
<b>Communauté cible</b>	<b>0,88 (0,78-1,01)</b>	<b>1,04 (0,87-1,24)</b>	<b>0,88 (0,70-1,12)</b>	<b>1,01 (0,74-1,37)</b>
<b>Intensité du programme</b>		<b>0,95 (0,91-0,99)<sup>*</sup></b>		<b>0,96 (0,90-1,02)</b>
<b>Effets aléatoires</b>				
Origine	0,01 <sup>***</sup>	0,01 <sup>***</sup>	0,03 <sup>***</sup>	0,03 <sup>***</sup>
<b>Statistiques d'ajustement du modèle</b>				
-2*Logarithme de vraisemblance	201 161,8	201 156,4	226 606,9	226 605,7
Critère d'information d'Akaike	201 185,8	201 182,4	226 630,9	226 631,7
Critère d'information bayésien	201 198,9	201 196,6	226 644,0	226 645,9

**Note.** Les valeurs des effets fixes sont des estimations de l'odds ratio avec des limites de confiance à 95 % entre parenthèses. Les effets des variables continues sont évalués comme des décalages d'une unité par rapport à la moyenne. \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001 (Arim et coll., 2017)

**Table 2. Résumé des résultats des analyses multiniveaux sur les résultats en matière de santé mentale des enfants en 2010**

	Résultats sur la santé mentale des enfants					
	Diagnostics de santé mentale		Diagnostics des troubles du comportement		Utilisation des services de counseling	
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
<b>Effets fixes</b>						
<b>Variables de niveau individuel</b>						
Filles	0,74 (0,67-0,81)***	0,74 (0,67-0,81)***	0,37 (0,33-0,42)***	0,37 (0,33-0,42)***	0,61 (0,57-0,66)***	0,61 (0,57-0,66)***
Âge	1,16 (1,14-1,19)***	1,16 (1,14-1,19)***	1,00 (0,98-1,03)	1,00 (0,98-1,03)	1,13 (1,10-1,15)***	1,13 (1,10-1,15)***
<b>Variables à l'échelle de communauté</b>						
Prévalence en 2002	1,41 (1,14-1,73)**	1,30 (1,03-1,63)*	1,34 (1,18-1,51)***	1,35 (1,18-1,54)***	1,08 (1,00-1,15)*	1,07 (0,93-1,16)
Taille de la population	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,01)	0,99 (0,97-1,00)*	0,98 (0,97-1,00)*	1,00 (0,99-1,02)	1,00 (0,99-1,02)
Familles avec enfants âgés de < de 15 ans	1,04 (1,01-1,06)**	1,03 (1,01-1,06)*	1,10 (1,06-1,14)***	1,10 (1,06-1,14)***	1,01 (0,97-1,05)	1,01 (0,97-1,05)
Personnes ayant une identité autochtone	0,97 (0,94-1,01)	0,98 (0,94-1,02)	1,01 (0,96-1,05)	1,01 (0,96-1,05)	0,97 (0,93-1,02)	0,97 (0,93-1,02)
Taux de chômage	1,13 (1,05-1,21)**	1,14 (1,06-1,23)***	1,46 (1,31-1,63)***	1,46 (1,31-1,63)***	1,12 (1,00-1,25)*	1,11 (0,98-1,25)
Personnes n'ayant pas fait d'études secondaires	0,95 (0,91-0,99)*	0,95 (0,91-0,99)*	0,90 (0,85-0,95)***	0,90 (0,85-0,95)***	0,98 (0,92-1,04)	0,98 (0,92-1,04)
Langue maternelle autre que le français ou l'anglais	0,98 (0,95-1,00)*	0,98 (0,96-1,01)	1,00 (0,97-1,04)	1,00 (0,97-1,04)	1,02 (0,98-1,05)	1,02 (0,98-1,05)
N'a pas déménagé au cours de la période de 5 ans	1,01 (0,99-1,03)	1,01 (0,98-1,03)	0,96 (0,93-0,99)**	0,96 (0,93-0,99)**	1,03 (1,00-1,06)*	1,03 (1,00-1,06)*
Communauté cible	0,89 (0,76-1,05)	1,10 (0,83-1,45)	1,88 (1,46-2,43)***	1,99 (1,34-2,95)***	1,30 (1,03-1,64)*	1,24 (0,84-1,82)
Intensité du programme		0,93 (0,85-1,01)		0,98 (0,90-1,08)		1,02 (0,92-1,12)
<b>Effets aléatoires</b>						
Origine	N/A	N/A	0,02	0,02	0,03	0,03
<b>Statistiques d'ajustement du modèle</b>						
-2*Logarithme de vraisemblance	16 130,8	16 127,7	15 064,4	15 064,2	24 003,5	24 003,4
Critère d'information d'Akaike	16 154,8	16 153,7	15 090,4	15 092,2	24 029,5	24 031,4
Critère d'information bayésien	16 266,6	16 274,9	15 104,5	15 107,5	24 043,7	24 046,7

**Note.** Les valeurs des effets fixes sont des estimations de l'odds ratio avec des limites de confiance à 95 % entre parenthèses. Les effets des variables continues sont évalués comme des décalages d'une unité par rapport à la moyenne. \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001 (Arim et coll., 2017)

# En conclusion (1)

- Il n'y avait pas de différences dans les résultats en matière de santé maternelle entre les mères vivant dans les communautés cibles et celles vivant dans les communautés de comparaison.
- En revanche, les enfants vivant dans les communautés cibles étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués avec des troubles des conduites et plus susceptibles d'utiliser des services de conseil.
- Chez les enfants, l'intensité du programme n'était pas associée aux résultats pour la santé. Cependant, pour les mères, il semblait que plus le programme Triple P était disponible dans la communauté, plus il y avait de praticiens formés et offrant des services, moins il y avait de diagnostics de santé mentale.

(Arim et coll., 2017)

# Conclusion (2)

- Cette étude est la première du genre, utilisant HLM pour examiner l'association de Triple P avec les résultats en matière de santé mentale des mères et des enfants à l'aide de données administratives provinciales.
- Il démontre qu'il est possible d'utiliser les données administratives provinciales pour mener des recherches efficaces et rentables, sans fardeau supplémentaire pour les participants ou les fournisseurs de services.
- Cette étude fournit également des recommandations sur les données d'administration du programme en ce qui concerne les renseignements à recueillir pendant la phase de mise en œuvre, comme le nombre de personnes qui ont reçu le programme Triple P et le niveau de programme qu'elles ont reçu.

(Arim et coll., 2017)



# Limites de cette étude

- Les demandes de remboursement de facturation et les données hospitalières du ministère de la Santé ont probablement sous-estimé les résultats en matière de santé mentale, en particulier pour la santé des enfants.
- Il existait peu d'information sur le programme (p. ex., combien de parents ont été contactés par chaque praticien).
- Il est essentiel de reconnaître le biais de sélection potentiel dû à la sélection non aléatoire de l'échantillon et des variables.
- Les erreurs-types des variances de niveau 2 peuvent être de 15 % « trop faibles » pour 30 groupes. Des études de réplication sont justifiées.
- Il est possible qu'un effet de contagion se soit produit.

(Arim et coll., 2017)

# Importance de cette étude

- Les données administratives ont permis d'établir des « communautés de comparaison ».
- Étant donné que le programme a été mis en œuvre au fil du temps et à des « doses » différentes selon les communautés, nous avons été en mesure d'examiner les caractéristiques du programme et les caractéristiques de la communauté qui étaient associées à de meilleurs résultats du programme.
- Sans l'accès aux données administratives, il n'aurait pas été possible d'effectuer une évaluation exhaustive à l'échelle de la population.

(Arim et coll., 2017)

# Données administratives

- Les renseignements recueillis à des fins autres que la recherche, principalement à des fins administratives, comme l'inscription des clients et la tenue de dossiers dans le domaine de la santé ou de l'éducation.

Dossiers des services de santé : dossiers de facturation, diagnostics et procédures des médecins

- Données sur les prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux
- Accidents du travail et réclamations
- Mensurations
- Évaluations de l'état de préparation à l'école

# Données administratives – Avantages communs

- Évite les problèmes d'échantillonnage et de conception de l'enquête - couvre la quasi-totalité de la population et plusieurs périodes.
- Pas de charge de réponse supplémentaire pour les participants
- Évite les biais dus à l'attrition et aux biais d'auto-évaluation et de rappel
- Moins de problèmes liés à la non-réponse ou à l'absence de données
- Comprend les personnes peu susceptibles de participer aux sondages
- Pas de frais supplémentaires pour la collecte des données (bien qu'il y ait des coûts pour l'extraction et le stockage des données)
- Les grands ensembles de données fournissent une taille d'échantillon adéquate pour les analyses à l'échelle d'une petite zone et une puissance suffisante pour des analyses robustes, même avec de petites tailles d'effet
- **Les données sont recueillies indépendamment de l'étude – « objectivité relative »**

# Données administratives – Défis généraux

- Les chercheurs n'ont aucun contrôle sur le contenu des bases de données.
- L'ensemble de données peut ne pas saisir entièrement la population d'intérêt.
- Les éléments de données peuvent ne pas correspondre exactement aux variables d'intérêt pour la recherche ; Il peut être nécessaire d'utiliser des indicateurs de substitution.
- Les bases de données administratives peuvent être mal documentées.
- Les définitions peuvent changer au fil du temps (p. ex., de la CIM-9 à la CIM-10).
- L'exactitude des données peut être inconnue.
- Peut ne pas être facilement disponible ; Il peut y avoir des procédures complexes pour accéder aux données à des fins de recherche.

# Considérations relatives à d'éventuels travaux futurs

- Avoir des attentes appropriées ; il ne s'agit pas d'un essai contrôlé randomisé (ECR).
- Comprendre comment le programme est mis en œuvre ; Il est important d'inclure les gestionnaires de programme dans l'équipe de recherche.
- Comprendre l'objectif de la base de données administrative, qui est inclus ou exclu, et d'autres biais inhérents possibles.
- Peut renforcer les résultats de l'étude en incorporant des enquêtes ou des études de données qualitatives.

# Références sélectionnées

- Arim, R. G., Guèvremont, A., Dahinten, V. S., & Kohen, D. E. (2017). The use of administrative data to study the Triple P–Positive Parenting Program. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 8(3/4), 59-78.
- Dahinten, V. S., Arim, R. G., Guèvremont, A., & Kohen, D. E. (2014). The case for using administrative data to examine a population-based parenting intervention. *International Journal of Child Health and Human Development*, 7(2), 115-124.
- Peugh, J. L. (2010). A practical guide to multilevel modeling. *Journal of School Psychology*, 48(1), 85-112.
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (Vol. 1). Sage.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. (2003). *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*. Brisbane, Qld: University of Queensland.

# Merci!



[Rubab.Arim@statcan.gc.ca](mailto:Rubab.Arim@statcan.gc.ca)



# Restez branchés!

Application StatsCAN

Balado Hé-coutez bien!

*StatsCAN Plus*

*Le Quotidien*

Site Web

Enquêtes et programmes statistiques

Centre de service de données

Mon StatCan



**Vous avez des questions?** Contactez-nous : [infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca)



# Statistique Canada – Votre organisme national de statistique



Éclairer grâce aux données, pour bâtir un Canada meilleur

