Health and Welfare Canada Santé et Bien-être social Canada

Date of publication: August 6, 1977
date de publication: 30 août 1977 vol. 3-32

canada diseases weekly report

rapport hebdomadaire des maladies au canada

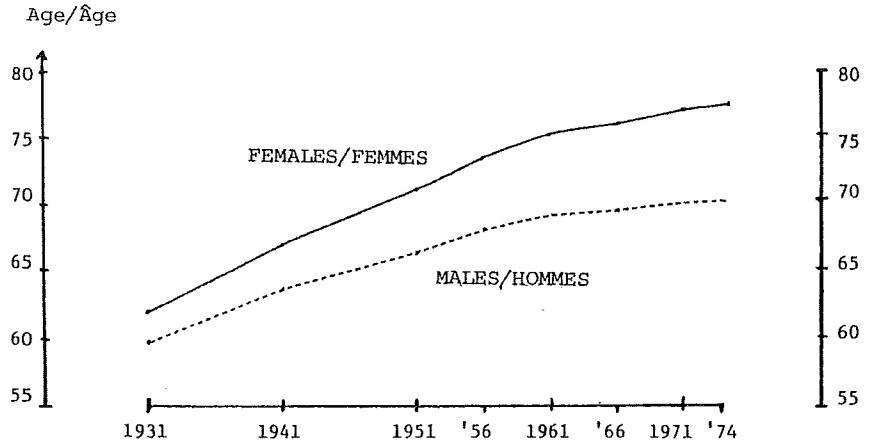
LIFE EXPECTANCY IN CANADA

Over the last forty years, expectation of life at birth has improved steadily in both sexes such that life expectancy in Canada is almost 70 years for males, and 77 for females. The main reason for the overall increase in life expectancy during the last few decades is the drop in infant mortality.

ESPÉRANCE DE VIE AU CANADA

L'espérance de vie à la naissance s'est constamment accrue pour les deux sexes au cours des quarante dernières années; actuellement au Canada, elle approche 70 ans chez les hommes et 77 ans chez les femmes. Cette augmentation globale de l'espérance de vie depuis ces dernières décennies est due essentiellement à la chute de la mortalité infantile.

FIGURE 1: TREND OF LIFE EXPECTANCY AT BIRTH, BY SEX, CANADA, 1931-1974
ÉVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE À LA NAISSANCE, SELON LE SEXE, CANADA, 1931-1974



An interesting observation is the difference between male and female life expectancy which increased from 2.1 to 7.6 years over this period. This is reflected in lower death rates for women at all ages and a substantially larger decrease for female death rates compared to male death rates.

One possible explanation of this phenomenon is the difference in lifestyles of males and females such as occupation or drinking and smoking habits, but the influence of biological factors should not be disregarded. Higher rates for males than females in infant mortality and hospitalization before age 1 indicate a constitutional difference between males and females.

SOURCE: *Health and Welfare Canada, Health Field Indicators, December 1976.*

Il est intéressant d'observer l'évolution de l'écart entre l'espérance de vie des deux sexes, qui est passé de 2,1 à 7,6 années au cours de cette période. Les taux de mortalité féminine pour tous les groupes d'âges sont en effet inférieurs aux taux correspondants pour les hommes, et la mortalité a baissé plus sensiblement chez les femmes que chez les hommes.

Ce phénomène peut sans doute s'expliquer en partie par des différences d'habitudes de vie entre hommes et femmes telles que la profession, l'habitude de boire et de fumer, mais il ne faudrait pas négliger l'influence de facteurs biologiques. Les taux de mortalité infantile et d'hospitalisation avant 1 an, plus élevés chez les garçons que chez les filles dénotent une différence de constitution entre les deux sexes.

SOURCE: *Santé et Bien-être social, Indicateur sanitaire régional, décembre 1976.*

Vital Statistics

INFANT MORTALITY - INTERNATIONAL GRENFALL ASSOCIATION (IGA) AREA, 1975-1976

During 1975 and 1976 there were 41 infant deaths recorded (1975 - 23, 1976 - 18) in the IGA area. This gives an overall infant mortality rate of: $\frac{23 + 18}{848 + 776} \times 10^3 = 25.25$.

Statistiques de l'état civil

MORTALITÉ INFANTILE - RÉGION CONFIÉE À LA INTERNATIONAL GRENFALL ASSOCIATION (IGA), 1975-1976

Au cours de 1975 et de 1976, 41 cas de mortalité infantile ont été enregistrés dans la région confiée à la IGA (23 en 1975 et 18 en 1976). Il en résulte un taux total de mortalité infantile de: $\frac{23 + 18}{848 + 776} \times 10^3 = 25,25$.

The ages at death and causes of death are summarized in the following two tables. Age of death for all infants is known. Cause of death as listed on the death certificates is known for 40 of the 41 infants.

L'âge et la cause des décès sont indiqués dans les deux tableaux suivants. On connaît l'âge du décès de tous les nouveau-nés, et la cause du décès telle qu'inscrite sur l'acte de décès est connue pour 40 des 41 nouveau-nés.

TABLE 1/TABLEAU 1

AGE DISTRIBUTION OF INFANT DEATHS
1975-1976 IGA AREA/
DISTRIBUTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE EN FONCTION DE L'ÂGE, 1975-1976, RÉGION DE LA IGA

AGE/ÂGE	NUMBER OF DEATHS/ NOMBRE DE DÉCÈS		TOTAL
	1975	1976	
Less than 24 hours/ Moins de 24 heures	7	11	18
1 day - 7 days/ De 1 à 7 jours	5	0	5
8 days - 28 days/ De 8 à 28 jours	1	1	2
29 days - 1 year/ De 29 jours à 1 an	10	6	16
TOTAL	23	18	41

TABLE 2/TABLEAU 2

CAUSES OF INFANT DEATHS
1975-1976 IGA AREA/
CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE
1975-1976, RÉGION DE LA IGA

1. PREMATURITY/PRÉMATURITÉ (17)
2. SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME/ MORT SOUDAINE DU NOURRISSON (6)
3. PNEUMONIA/PNEUMONIE (5)
4. CONGENITAL ABNORMALITY/ MALFORMATIONS CONGÉNITALES (4)
5. RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME/ DÉTRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU-NÉ (2)
6. OTHERS (1 each)/AUTRES (1 cas chacun)

   Croup/Croup
   Hypothermia/Hypothermie
   Suffocation/Asphyxie
   Septicemia/Septicémie
   Respiratory Failure/Insuffisance respiratoire
   Intracerebral Hemorrhage/Hémorragie cérébrale
   Unknown/Inconnu

The first 24 hours of life accounted for 44% (18/41) of all infant deaths. The first week of life accounted for 56% (23/41) of all infant deaths. Prematurity was the leading cause of mortality in this age group accounting for 43% (17/40) of all deaths for which the cause was known. The second leading cause of death was Sudden Infant Death Syndrome (S.I.D.S.) accounting for 15% (6/40). This was followed by Pneumonia 13% (5/40), Congenital Abnormalities 10% (4/40) and Respiratory Distress Syndrome 5% (2/40). Croup, Hypothermia, Suffocation, Septicemia, Respiratory Failure, and Intracerebral Hemorrhage accounted for one infant death each.

On peut constater que 44% des décès chez les nouveau-nés se sont produits au cours des premières 24 heures de vie (18 sur 41) et 56% au cours de la première semaine de vie (23 sur 41). Dans ce groupe d'âge, la prématurité, principale cause de mortalité, est incriminée dans 43% des décès d'étiologie connue (17 sur 40). Par ordre d'importance décroissante, suivent: la mort soudaine du nourrisson, qui est responsable de 15% des décès (6 sur 40), la pneumonie 13% (5 sur 40), les malformationss congénitales 10% (4 sur 40) et la détresse respiratoire du nouveau-né 5% (2 sur 40). Le croup, l'hypothermie, l'asphyxie, la septicémie, l'insuffisance respiratoire et l'hémorragie cérébrale sont responsables d'un décès chacun.

SOURCE: *Public Health Bulletin, International Grenfall Association Vol. 1, No.4, April 1977.*

SOURCE: *Public Health Bulletin, International Grenfall Association, Vol. 1, n° 4, avril 1977.*

COMPUTER ASSISTED SCHOOL HEALTH

The Computer Assisted School Health (CASH) program is an information system based on preschool nursing assessment of school entrants. It was initiated in Ontario in 1969. At the present it is being used in 24 local official health agencies out of 44.

Objectives:

- to assist in monitoring health status and immunization levels of preschool and school age children;
- to provide a standard easy method for collecting, recording and retrieving health information on children;
- to assist nursing staff in day-to-day operation of school health services.

SANTÉ SCOLAIRE CONTRÔLÉE PAR ORDINATEUR

Le Programme de santé scolaire géré par ordinateur (Programme CASH) est un service d'information fondé sur l'évaluation sanitaire préscolaire des écoliers débutants. Il a pris naissance en Ontario en 1969. À l'heure actuelle, ce service est utilisé dans 24 des 44 organismes sanitaires officiels régionaux.

Objectifs:

- faciliter la surveillance de l'état de santé et du degré d'immunité des enfants d'âge scolaire et préscolaire;
- fournir une méthode facile et uniforme pour recueillir, enregistrer et consulter les renseignements relatifs à la santé des enfants;
- aider le personnel infirmier dans le fonctionnement quotidien des services sanitaires scolaires.

Procedure:

The basic document is the School Health Services Records. It captures initial basic data on school entereis at time of nursing assessment. The data from this document is transferred to a central computer file. Information is retrieved as required for scheduled or specific services, such as:

- immunization clinic lists by age and need;
- screening clinic lists for vision, hearing...;
- follow-up list on children needing special referral or care.

Benefits:

Besides immediate and routine access to information, the system provides:

- immunization profile of school entrants (Tables 1 and 2) by age, sex and disease immunity;
- health profile of the same population by age, type of morbidity and sex;
- savings on nursing time previously used for clerical records activities;
- printing of parent consent forms.

In summary, the CASH system promotes efficient use of nursing and clerical manpower, provides current and meaningful health information on children and identifies needs for services and better planning.

SOURCE: Dr. Roch S. Khazen, Director, Health Promotion Branch, Ontario Ministry of Health, Toronto. M4H 1A8

Méthode:

Les dossiers des services sanitaires scolaires constituent le matériel de base. Ils contiennent les données fondamentales initiales relatives aux écoliers débutants au moment de l'évaluation sanitaire. Les données provenant de ces dossiers sont acheminées vers un fichier mécanographique central. L'information est retirée au besoin pour des activités usuelles ou particulières comme:

- les listes des séances de vaccination en fonction de l'âge et des besoins;
- les listes des séances de dépistage pour les affections de la vue, de l'ouïe, etc.;
- la liste de surveillance ultérieure pour les enfants qui nécessitent des consultations ou des soins spéciaux.

Avantages:

En plus de l'accessibilité immédiate et facile à l'information, ce système permet:

- d'obtenir le profil de vaccination des écoliers débutants (Tableaux 1 et 2) en fonction de l'âge, du sexe et de l'immunité contre une maladie donnée;
- d'obtenir le profil de santé de ce même groupe en fonction de l'âge, du sexe et du type de morbidité;
- de réaliser une économie de temps en éliminant une partie du travail d'écritures lié à la tenue des dossiers;
- d'obtenir des formulaires imprimés pour le consentement des parents.

En résumé, le programme CASH favorise une meilleure utilisation du personnel infirmier et du personnel de bureau, fournit des renseignements actuels et précieux sur la santé des enfants et permet d'identifier les besoins en ce qui concerne les services et une meilleure planification.

SOURCE: Dr Roch S. Khazen, Directeur, Health Promotion Branch, Ontario Ministry of Health (Toronto) M4H 1A8.

TABLE 1/TABLEAU 1

Immunization Profile for Measles and Rubella in Health Units on CASH System School Entrants for Academic Year 1976-77 (as of December 31, 1976)/
Profil de vaccination contre la rougeole et la rubéole pour les écoliers débutants dans le cas des centres de santé participant au programme CASH pour l'année scolaire 1976-1977 (au 31 décembre 1976)

MEASLES/ROUGEOLE

AGE/ÂGE	STUDENT POPULATION/ POPULATION SCOLAIRE	HAD DISEASE OR IMMUNIZATION/ ONT EU LA MALADIE OU LE VACCIN		HAD NEITHER DISEASE NOR IMMUNIZATION/ N'ONT EU NI LA MALADIE NI LE VACCIN	
		#	%	#	%
4	14,922	10,420	70	4,502	30
5	43,879	33,652	77	10,227	23
6	11,759	7,178	61	4,581	39
T	70,560	51,250	73	19,310	27

RUBELLA/RUBÉOLE

SEX/SEXE	STUDENT POPULATION/ POPULATION SCOLAIRE	IMMUNIZED FOR RUBELLA/ IMMUNISÉ CONTRE LA RUBEOLE	
		#	%
M	36,062	22,518	62
F	34,498	21,988	64
T	70,560	44,506	63

TABLE 2/TABLEAU 2

Immunization Profile for 24 Health Units on CASH System, Comparison of School Entrants, 1975-1976/
Profil de vaccination des écoliers débutants dans le cas de 24 centres de santé participant au programme CASH, (Comparaison entre 1975 et 1976)

% Adequate Immunization*/ % d'immunisation satisfaisante*		% Immunized for Rubella/ Immunisé contre la rubéole		% Immunized for Measles/ Immunisé contre la rougeole		% Immunized for Mumps/ Immunisé contre les oreillons	
1975	1976	1975	1976	1975	1976	1975	1976
53	55	61	63	78	73	24	30

*Defined as: DPTP primary series and booster, plus measles, rubella before 18 months of age./
Comprend: primo-vaccinations et doses de rappel contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite ainsi que la vaccination contre la rougeole et la rubéole avant l'âge de 18 mois.

MONTHLY QUARANTINABLE DISEASES REPORT/

RAPPORT DES MALADIES QUARANTENAIRES

Week Ending: July 28, 1977 — Semaine se terminant: le 28 juillet 1977

SMALLPOX/VARIOLE	CHOLERA/CHOLÉRA	YELLOW FEVER/ FIÈVRE JAUNE	PLAGUE/PESTE
Infected Areas/ Régions infectées	Infected Areas/ Régions infectées	Infected Areas/ Régions infectées	Infected Areas/ Régions infectées
Somalia / Somalie Ethiopia / Éthiopie	Angola Bangladesh Burma / Birmanie Ghana India - Inde Indonesia / Indonésie Kenya Liberia / Libérie Malawi Malaysia / Malaisie Mozambique Nepal / Népal Nigeria / Nigéria Philippines Socialist Republic of Viet Nam / République Socialiste du Viêt-Nam	Angola Bolivia /Bolivie Colombia / Colombie Ghana Nigeria / Nigéria Peru / Pérou Sudan / Soudan Zaire / Zaïre	Bolivia / Bolivie Brazil / Brésil Burma / Birmanie Lesotho Madagascar Socialist Republic of Viet Nam / République Socialiste du Viêt-Nam Zaire / Zaïre
Endemic Areas/ Régions endémiques	Endemic Areas/ Régions endémiques	Endemic Areas/ Régions endémiques	Endemic Areas/ Régions endémiques
	Togo		

SOURCE: Weekly Quarantinable Diseases Report, Quarantine and Regulatory, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare.
Rapport hebdomadaire des maladies quarantenaires, Quarantaine et Réglementation, Direction générale des services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

This report presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available free of charge upon request. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Department of National Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Le présent Rapport, qui fournit des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, peut être obtenu gratuitement sur demande. Un grand nombre d'articles ne contiennent que des données sommaires mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus en s'adressant aux sources citées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Editor: Mr. Roy West
Assistant Editor: R.D. Pilon, Acting for E. Paulson
Editorial Assistant: W. Lynn

Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario.
Canada. K1A 0L2

Rédacteur en chef: M. Roy West
Rédacteur en chef adjoint: R.D. Pilon assurant l'intérim de E. Paulson
Auxiliaire de rédaction: W. Lynn

Bureau d'épidémiologie,
Laboratoire de lutte contre la maladie,
Parc Tunney,
Ottawa (Ontario).
Canada. K1A 0L2