82-003
1990
v. 2, no 1
c. 1

Catalogue 82-003 Quarterly

Canadian Centre
for Health
Information

Catalogue 82-003 Trimestriel

Centre canadien
d'information
sur la santé

HEALTH REPORTS

RAPPORTS SUR LA SANTÉ

1990 VOLUME 2, No. 1

82-003
2 no. 1
c. 1
1990

NOT FOR LOAN
NE S'EMPRUNTE PAS

STATISTICS CANADA
STATISTIQUE CANADA
APR 15 1990
LIBRARY
BIBLIOTHÈQUE

Coronary Bypass

Mental Disorders in Hospitals

Divorces

Lung Cancer and Smoking

Pontages aortocoronariens

Le traitement des troubles mentaux dans les hôpitaux

Divorces

Le cancer du poumon et l'usage du tabac

Statistics Canada Statistique Canada

Canada

Data in Many Forms . . .

Statistics Canada disseminates data in a variety of forms. In addition to publications, both standard and special tabulations are offered on computer print-outs, microfiche and microfilm, and magnetic tapes. Maps and other geographic reference materials are available for some types of data. Direct access to aggregated information is possible through CANSIM, Statistics Canada's machine-readable data base and retrieval system.

How to Obtain More Information

Inquiries about this publication and related statistics or services should be directed to:

Information Production Section,
Canadian Centre for Health Information,

Statistics Canada, Ottawa, K1A 0T6 (Telephone: 951-1758) or to the Statistics Canada reference centre in:

St. John's	(772-4073)	Winnipeg	(983-4020)
Halifax	(426-5331)	Regina	(780-5405)
Montreal	(283-5725)	Edmonton	(495-3027)
Ottawa	(951-8116)	Calgary	(292-6717)
Toronto	(973-6586)	Vancouver	(666-3691)

Toll-free access is provided in all provinces and territories, **for users who reside outside the local dialing area** of any of the regional reference centres.

Newfoundland and Labrador	1-800-563-4255
Nova Scotia, New Brunswick and Prince Edward Island	1-800-565-7192
Quebec	1-800-361-2831
Ontario	1-800-263-1136
Manitoba	1-800-542-3404
Saskatchewan	1-800-667-7164
Alberta	1-800-282-3907
Southern Alberta	1-800-472-9708
British Columbia (South and Central)	1-800-663-1551
Yukon and Northern B.C. (area served by NorthwesTel Inc.)	Zenith 0-8913
Northwest Territories (area served by NorthwesTel Inc.)	Call collect 403-495-2011

How to Order Publications

This and other Statistics Canada publications may be purchased from local authorized agents and other community bookstores, through the local Statistics Canada offices, or by mail order to Publication Sales, Statistics Canada, Ottawa, K1A 0T6.

1(613)951-7277

Facsimile Number 1(613)951-1584

National toll free order line 1-800-267-6677

Toronto
Credit card only (973-8018)

Des données sous plusieurs formes . . .

Statistique Canada diffuse les données sous formes diverses. Outre les publications, des totalisations habituelles et spéciales sont offertes sur imprimés d'ordinateur, sur microfiches et microfilms et sur bandes magnétiques. Des cartes et d'autres documents de référence géographiques sont disponibles pour certaines sortes de données. L'accès direct à des données agrégées est possible par le truchement de CANSIM, la base de données ordinolingue et le système d'extraction de Statistique Canada.

Comment obtenir d'autres renseignements

Toutes demandes de renseignements au sujet de cette publication ou de statistiques et services connexes doivent être adressées à:

Section de l'information,
Centre canadien d'information sur la santé,

Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6 (téléphone: 951-1758) ou au centre de consultation de Statistique Canada à:

St. John's	(772-4073)	Winnipeg	(983-4020)
Halifax	(426-5331)	Regina	(780-5405)
Montréal	(283-5725)	Edmonton	(495-3027)
Ottawa	(951-8116)	Calgary	(292-6717)
Toronto	(973-6586)	Vancouver	(666-3691)

Un service d'appel interurbain sans frais est offert, dans toutes les provinces et dans les territoires, **aux utilisateurs qui habitent à l'extérieur des zones de communication locale** des centres régionaux de consultation.

Terre-Neuve et Labrador	1-800-563-4255
Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick et Île-du-Prince-Édouard	1-800-565-7192
Québec	1-800-361-2831
Ontario	1-800-263-1136
Manitoba	1-800-542-3404
Saskatchewan	1-800-667-7164
Alberta	1-800-282-3907
Sud de l'Alberta	1-800-472-9708
Colombie-Britannique (sud et centrale)	1-800-663-1551
Yukon et nord de la C.-B. (territoire desservi par la NorthwesTel Inc.)	Zénith 0-8913
Territoires du Nord-Ouest (territoire desservi par la NorthwesTel Inc.)	Appelez à frais virés au 403-495-2011

Comment commander les publications

On peut se procurer cette publication et les autres publications de Statistique Canada auprès des agents autorisés et des autres librairies locales, par l'entremise des bureaux locaux de Statistique Canada, ou en écrivant à la Section des ventes des publications, Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

1(613)951-7277

Numéro du bélinographe 1(613)951-1584

Commandes: 1-800-267-6677 (sans frais partout au Canada)

Toronto
Carte de crédit seulement (973-8018)

Statistics Canada

Canadian Centre
for Health Information

Statistique Canada

Centre canadien
d'information sur la santé

HEALTH REPORTS

RAPPORTS SUR LA SANTÉ

Volume 2, Number 1

Volume 2, numéro 1

Published under the authority of the Minister
of Industry, Science and Technology

© Minister of Supply
and Services Canada 1990

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without prior written permission of the Minister of Supply and Services Canada.

July 1990

Canada: $26.00 per issue, $104.00 annually
United States: US$31.25 per issue, US$125.00 annually
Other Countries: US$36.50 per issue, US$146.00 annually

Catalogue 82-003

ISSN 0840-6529

Ottawa

Publication autorisée par le ministre de
l'Industrie, des Sciences et de la Technologie

© Ministre des Approvisionnements
et Services Canada 1990

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 du ministre des Approvisionnements et Services Canada.

Juillet 1990

Canada : 26 $ l'exemplaire, 104 $ par année
États-Unis : 31,25 $ US l'exemplaire, 125 $ US par année
Autres pays : 36,50 $ US l'exemplaire, 146 $ US par année

Catalogue 82-003

ISSN 0840-6529

Ottawa

Symbols

The following standard symbols are used in Statistics Canada publications:

.. figures not available.

... figures not appropriate or not applicable.

– nil or zero.

-- amount too small to be expressed.

p preliminary figures.

r revised figures.

x confidential to meet secrecy requirements of the Statistics Act.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada:

.. nombres indisponibles.

... n'ayant pas lieu de figurer.

– néant ou zéro.

-- nombres infimes.

p nombres provisoires.

r nombres rectifiés.

x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique relatives au secret.

Health Reports

Health Reports responds to the needs and concerns of our users. It offers convenient access to essential data addressing many topical areas of the health field in Canada.

Analytical Articles which represent original contributions to the analysis of health data in Canada are welcome. All analytical articles are refereed. Papers may be submitted in either English or French, if accepted, they will be published in both languages. Contributions should be submitted to the:

Editor in Chief,
CCHI, STC

RHC 18
Ottawa, Ontario
K1A 0T6

Each issue of **Health Reports** contains:

- an up-to-date list of recently released databases and publications;
- analytical articles that support your understanding of statistical information;
- highlights of newly released data;
- directions on how to obtain specialized tabulations and custom data services directly from the Canadian Centre for Health Information of Statistics Canada.

Authors are members of the Canadian Centre for Health Information of Statistics Canada unless otherwise noted.

Editor in Chief: D.F. Bray

Managing Editor: R.M. Laflamme

Associate Editors: O. Adams
L. de G. Fournier
M. Fair
C. Nair

Art Direction and Composition:
Publications Division

Text Editing: Communications Division

Rapports sur la santé

Rapports sur la santé, une publication trimestrielle, a été conçue pour répondre à vos besoins et à vos préoccupations en vous donnant aisément accès à des données essentielles sur de nombreux dossiers de l'heure en matière de santé au Canada.

Les **articles analytiques** qui sont des contributions originales à l'analyse des données sur la santé des Canadiens sont les bienvenus. Tous les articles analytiques sont soumis à un comité de lecture. Ils peuvent être présentés en français ou en anglais; s'ils sont acceptés, ils seront publiés dans les deux langues. Les envoyer au:

Rédacteur en chef
CCIS, SC

18e étage, R.-H.-Coats
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6

Chaque édition de **Rapports sur la santé** vous donnera:

- Une liste à jour des bases de données et des publications récemment parues;
- des articles analytiques qui aideront à la compréhension des renseignements statistiques;
- les faits saillants relatifs aux nouvelles données parues;
- des indications sur la façon d'obtenir des totalisations spéciales et des données personnalisées du Centre canadien d'information sur la santé.

Auteurs sont membres du Centre canadien d'information sur la santé à moins d'avis contraire.

Rédacteur en chef: D. F. Bray

Directeur des services de rédaction: R.M. Laflamme

Codirecteurs: O. Adams
L. de G. Fournier
M. Fair
C. Nair

Direction artistique et composition:
Division des publications

Rédaction: Division des communications

Table of Contents

	Page
Data Releases	
Births in Canada – Census Metropolitan Areas, 1986	2
Canadian Cancer statistics, 1990	2
Cancer in Canada 1985	2
Canadian Health Indicators Database	2
Causes of Death 1988	3
Hospital Statistics, Preliminary Annual Survey 1988-89	3
Notifiable Diseases Annual Summary 1988	3
Nursing in Canada 1988	3
Registered Nurses Data 1989	3
Residential Care Facilities 1987-88	4
Therapeutic Abortions 1988	4
Articles	
Coronary Artery Bypass Surgery in Canada – Steve Peters, Karim Chagani, Peter Paddon, Cyril Nair	9
Canada's Disabled Population in Institutions – Judith M. Dowler, Deborah A. Jordan-Simpson	27
The Treatment of Mental Disorders in Hospitals – Rod Riley, Alex Richman	37
Divorces in Canada, 1988 – Owen Adams	57
Lung Cancer and Smoking Prevalence in Canada – Anna M. Brancker	67
Highlights	
Births and Birth Rates, Canada, 1988 – Surinder N. Wadhera	86
Marriages, Canada and the Provinces, 1988 – Surinder N. Wadhera	89
Mental Health Statistics, 1985-86 – Rod Riley	91
Cumulative Quarterly Hospital Statistics – April, 1988 – March 31, 1989, Peter Mix	93
How to Order	97

Table de matières

	Page
Données disponibles	
Naissances au Canada – Régions métropolitaines de recensement 1986	2
Statistiques Canadiennes sur le cancer 1990	2
Cancer au Canada 1985	2
Base de données canadienne sur les indicateurs sur la santé	2
Causes de décès 1988	3
La statistique hospitalière – Rapport annuel préliminaire 1988-89	3
Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire 1988	3
Personnel infirmier au Canada 1988	3
Données relatives aux infirmières autorisées 1989	3
Établissements de soins pour bénéficiaires internes 1987-88	4
Avortements thérapeutiques 1988	4
Articles	
Pontages Aortocoronariens au Canada – Steve Peters, Karim Chagani, Peter Paddon, Cyril Nair	9
Canadiens ayant une incapacité et vivant en établissement – Judith M. Dowler, Deborah A. Jordan-Simpson	27
Le traitement des troubles mentaux dans les hôpitaux – Rod Riley, Alex Richman	37
Les Divorces au Canada, 1988 – Owen Adams	57
Cancer du Poumon et Prévalence de l'usage du tabac – Anna M. Brancker	67
Faits Saillants	
Naissances et taux de natalité, Canada, 1988 – Surinder N. Wadhera	86
Mariages, Canada et les Provinces, 1988 – Surinder N. Wadhera	89
Statistique de la santé mentale, 1985-86, Rod Riley	91
Statistique Hospitalière trimestrielle cumulative, 1er avril, 1988 au 31 mars, 1989 – Peter Mix	93
Comment commander	97

Data Releases

Données disponibles

Data Releases

Births in Canada
Census Metropolitan Areas 1986

It is now possible to obtain special tabulations of 1986 birth data for Canada. For the 219,000 births that occurred to residents of census metropolitan areas of Canada in 1986, the census tract of the residence of the mother has been determined.

This additional information will permit the conduct of ecological studies of the relationship between birth characteristics and various socio-demographic and economic characteristics.

Canadian Cancer Statistics 1990

During 1990, an estimated 104,000 new cases of cancer will be diagnosed in Canada (excluding non-melanoma skin cancer). Estimated cancer deaths in 1990 will total 54,500. Lung cancer alone is expected to account for 17,300 (16.6%) of newly diagnosed cancers and 14,200 (26.0%) of all cancer deaths in 1990.

During their lifetime, just over one in three Canadians can expect to develop some form of cancer, while one in four men and one in five women will die from this disease. Almost 10% of women will develop breast cancer, while lung cancer is anticipated to occur in close to 8% of men.

Cancer in Canada 1985

Provincial and territorial cancer registries reported a total of 90,997 new cases of cancer diagnosed in 1985, an increase of 4.1% over the 87,436 cancers diagnosed in 1984.

Cancer incidence data are now available in advance of publication.

Canadian Health Indicators Database

This is the first edition of a comprehensive set of health indicators for Canada, the provinces and territories. The indicators cover a wide range of topics grouped into four categories: determinants of health, health status of the population, resources available in the Canadian health care delivery system, and utilization of services. The data are presented in three formats: hardcopy and graphic illustration, a personal computer diskette database containing over one million observations. The same data are also available on the CANSIM cross-classified database. The information will be updated annually and more indicators will be added as data become available. To obtain further information on this release contact John Menic (613-951-1654).

Données disponibles

Naissances au Canada
Régions Métropolitaines de Recensement 1986

Il est maintenant possible de se procurer des totalisations spéciales des données relatives aux naissances au Canada en 1986. Pour les 219,000 naissances survenues dans les régions métropolitaines de recensement au Canada en 1986, on a déterminé le secteur de recensement où résidait la mère.

Ces renseignements permettront de faire des études écologiques sur le rapport entre la natalité et les diverses caractéristiques économiques et socio-démographiques.

Statistiques canadiennes sur le cancer 1990

En 1990, on estime que 104,000 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués au Canada (sauf le cancer cutané sans mélanome) et que 54,500 décès seront attribuables au cancer. On s'attend à ce que, en 1990, le cancer du poumon à lui seul explique 17,300 (16.6%) des nouveaux cas de cancer diagnostiqués et 14,200 (26%) de l'ensemble des décès dus au cancer.

Un peu plus d'un Canadien sur trois peut s'attendre à être atteint par une forme quelconque de cancer au cours de sa vie. Un homme sur quatre et une femme sur cinq mourront de cette affection. On prévoit que près de 10% des femmes seront atteintes d'un cancer du sein, alors que près de 8% des hommes auront un cancer du poumon.

Cancer au Canada 1985

Les registres du cancer des provinces et des territories déclarent un total de 90,997 nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 1985, une hausse de 4.1% par rapport au 87,436 cancers diagnostiqués en 1984.

Les données sur l'incidence du cancer sont maintenant offertes, avant leur publication.

Base de données Canadienne sur les Indicateurs sur la Santé

Il s'agit là de la première édition d'une série exhaustive d'indicateurs sanitaires pour le Canada, les provinces et les territoires. Les indicateurs traitent d'un vaste éventail de sujets, regroupés en quatre catégories: les déterminants de la santé, l'état de santé de la population, les ressources offertes dans le système canadien de prestation des soins de santé et l'utilisation des services. Les données sont offertes sur trois supports: le support papier avec graphiques, la disquette pour ordinateur personnel où est stockée une base de données contenant plus d'un million d'observations et, enfin, la base de données recoupées CANSIM. On mettra les renseignements à jour tous les ans et on y ajoutera de nouveaux indicateurs à mesure que les données seront disponibles. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec John Menic au (613-951-1654).

Causes of Death 1988

Of the 190,000 Canadian Deaths which occurred in 1988, cardiovascular diseases accounted for 41%, cancer for 27%, respiratory diseases (excluding cancer) for 8% and accidents and violence for 7% of the deaths. Standard Table No. 41030 is available. To order see page 97.

Hospital Statistics, Preliminary Annual Survey 1988-1989

Statistics from the Preliminary Annual Survey of Hospitals are now available for the 1988-89 reporting year. These provide key data elements on hospital utilization and expenditures. Utilization variables include patient days, occupancy, separations, admissions and average length of stay. Related to expenditures are figures for paid hours, salaries and benefits, medical and surgical supplies and drug costs. The data are compiled by province and hospital type and size. Although these statistics are preliminary, they nevertheless provide a reasonably accurate portrayal of costs and utilization of Canadian general and allied special hospitals.

Notifiable Diseases Annual Summary 1988

Notifiable Diseases Annual Summary 1988 data are now available by sex and five- year age group for Canada and the provinces.

Available on CANSIM: cross-classified table 00050122.

Nursing in Canada 1988

Nursing statistics are now available for the 1988 reporting year. Catalogue number 83-226 (Canada: $18.00, Other countries: $22.00).

Registered Nurses Data 1989

Registered Nurses data for the year 1989 are now available. Demographic and employment information include such variables as age, sex, basic and highest level of nursing education, type of employer, primary area of responsibility and position of employment as well as full-time or part-time status.

Causes de décès 1988

Les données sur les causes des décès survenus au Canada en 1988 sont maintenant disposibles. Parmi les 190,000 décès, les maladies cardio-vasculaires représentaient 41% des décès, le cancer 27%, les maladies des voies respiratoires (sauf le cancer) 8% et les morts accidentelles ou violentes 7%. Le tableau normalisé nº 41030 est disponible. Pour commander voir page 97.

La statistique hospitalière – Rapport annuel préliminaire 1988-89

Les statistiques sur les services hospitaliers tirées du rapport annuel préliminaire des hôpitaux sont maintenant disponibles pour l'année de déclaration 1988-89. Ces statistiques fournissent des éléments clés se rapportant à l'utilisation et aux coûts des services hospitaliers. Les variables portant sur l'utilisation incluent le nombre de jours d'hopitalisation, le taux d'occupation, le nombre de radiations et d'admissions, ainsi que la durée moyenne des séjours. Les coûts comprennent le nombre d'heures rémunerées, les frais salariaux ainsi que ceux découlant des avantages sociaux, les frais d'approvisionnement et les coûs des médicaments. Les données sont compilées par province et par type et grosseur d'hôpital. Bien que ces statistiques soient préliminaires, elles représentent néanmoins une description suffisamment précise de l'utilisation et des coûts des hôpitaux canadiens, généraux et spéciaux divers.

Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire 1988

Les données du sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire 1988 sont maintenant disponibles pour le Canada et les provinces et ventilées selon le sexe et le groupe d'âge (par tranche de cinq ans).

Disponible de CANSIM dans le tableau recoupé 00050122.

Personnel infirmier au Canada 1988

Les données pour l'année de déclaration 1988 du Personnel infirmier au Canada sont maintenant disponibles. No. 83-226 au catalogue (Canada: $18.00, Autres pays: $22.00).

Données relatives aux infirmières autorisées 1989

Vous pouvez vous procurer dès maintenant les données relatives aux infirmières autorisées pour l'année 1989. Au nombre des renseignements ayant trait à la démographie et à l'emploi, on compte des variables telles que l'âge, le sexe, les niveaux de formation d'infirmière de base et supérieure, le type d'employeur, le principal secteur de responsabilité et le poste, de même que les modalités de travail à plein temps et à temps partiel.

Residential Care Facilities 1987-88

Statistics and indicators from the Annual Survey of Residential Care Facilities are now available for the 1987-88 reporting year. For this survey, residential care facilities include all institutions with a minimum of four beds and offering the services of nursing homes, homes for the aged, physically handicapped or disabled, emotionally disturbed children, alcohol and drug addicts, delinquents, transients, transition homes and children's facilities.

Information collected relates to the residents, personnel and finances of these facilities. The data are compiled by provinces, principal characteristic of the predominant group of residents and bed size.

Therapeutic Abortions 1988

In 1988, 66,251 therapeutic abortions were performed in Canadian hospitals*, an increase of about 4.1% over the 63,662 abortions performed in 1987, but slightly lower than the 1982 peak of 66,319.

Quebec is the only province that reported to Statistics Canada therapeutic abortions performed outside the hospital setting. The total number of clinic therapeutic abortions** was 4,617 in 1988, or 25.4% more than 3,681 abortions in 1987, but 1.8% less than the peak of 4,704 abortions in 1980.

Based on information supplied by the States along the Canada-United States border***, 1,939 legal abortions were performed on Canadian women visiting these states in 1988, 29.7% less than the 2,757 abortions in 1987.

The addition of clinic therapeutic abortions from Quebec and legal abortions from the United States to the hospital therapeutic abortions brought the overall total to 72,693 abortions in 1988, compared to 70,023 abortions in 1987.

* *Based on reports from the 10 provinces and the two territories.*

** *Source: Régie de l'assurance-maladie du Québec.*

*** *Voluntary system of reporting froms states along Canada-United States border.*

Établissements de soins pour bénéficiaires internes 1987-88

Il est possible d'avoir accès aux renseignements tirés du Rapport annuel des établissements de soins pour bénéficiaires internes pour l'année de déclaration 1987-88. Aux fins de cette enquête, les établissements de soins pour bénéficiaires internes comprennent tous les établissements ayant au moins quatre lits et offrant des services de maison de santé, de foyer pour les personnes âgées, des services pour les handicapés physiques ou les invalides, les personnes handicapées par un retard de développement, les personnes souffrant de troubles psychiatriques, les enfants perturbés affectivement, les alcooliques, les toxicomanes, les délinquants, les nomades ainsi que les maisons de transition et les établissements pour enfants.

Les renseignements recueillis concernent les bénéficiaires, le personnel et la situation financière des établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada. Ces données sont regroupées selon la province, la caractéristique principale du groupe prédominant de résidents et la taille de l'établissement.

Avortements thérapeutiques 1988

En 1988, 66,251 avortements thérapeutiques ont été pratiqués dans les hôpitaux canadiens*, une augmentation d'environ 4.1% comparativement aux 63,662 avortements rapportés en 1987, mais un faible recul par rapport au 66,319 avortements enregistrés en 1982.

Le Québec est la seule province qui déclare à Statistique Canada les avortements thérapeutiques pratiqués en dehors des contextes hospitaliers. Le nombre total d'avortements thérapeutiques pratiqués en clinique** s'est chiffré à 4,617 en 1988 ou 25.4% de plus que les 3,681 avortements déclarés en 1987, mais 1.8% de moins que le sommet de 4,704 avortements déclarés en 1980.

Selon les renseignements fournis par les États situés le long de la frontière canado-américaine***, 1,939 avortements légaux ont été pratiqués sur des femmes canadiennes visitant ces États en 1988, 29.7% de moins que les 2,757 avortements pratiqués en 1987.

Avec l'ajout des avortements thérapeutiques pratiqués en clinique au Québec et des avortements légaux aux États-Unis aux données sur les avortements thérapeutiques pratiqués à l'hôpital, le nombre d'avortements s'est chiffré à 72,693 en 1988 et à 70,023 en 1987.

* *Selon les rapports des 10 provinces et des deux territoires.*

** *Source : Régie de l'assurance-maladie du Québec.*

*** *Système facultatif des déclarations des État situés le long de la frontière canado-américaine.*

The therapeutic abortion rate (number of hospital-performed therapeutic abortions per 100 live births) was 17.6 or 2.3% in 1988, more than the rate of 17.2 in 1987, but 1.1% lower than the peak rate of 17.8 in 1982. The addition of abortion figures from clinics in Quebec and from the United States increased the abortion rate to 19.3 in 1988, compared to 18.9 in 1987.

How to Order

Request for special tabulations should be directed to the Production Manager, Canadian Centre for Health Information, Statistics Canada, R.H. Coats BLdg., 18th Floor, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 or contact B. Sander (613) 951-1746.

Le taux d'avortements thérapeutiques (soit le nombre d'avortements thérapeutiques pratiqués à l'hôpital par 100 naissances vivantes) s'est chiffré à 17.6 ou 2.3% de plus que le taux de 17.2 enregistré en 1987, mais 1.1% de moins que le sommet de 17.8 enregistré en 1982. L'ajout des chiffres sur les avortements pratiqués en clinique au Québec et pratiqués aux États-Unis a fait augmenter le taux d'avortements qui est passé de 18.9 en 1987 à 19.3 en 1988.

Comment commander

Les demandes pour les totalisations spéliales doivent étre adresser aux gestionnaires de production, Centre canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, édifice R.H. Coats, 18ième étage, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 ou contacter B. Sander à (613) 951-1746.

Articles

Articles

Coronary Artery Bypass Surgery in Canada

Steve Peters, Karim Chagani, Peter Paddon, Cyril Nair.

Abstract

This report examines trends in the number and the rates of coronary artery bypass surgery (CABS) in Canada, performed over a six-year period from 1981-82 to 1986-87. The analysis includes comparisons of rates and events by sex, age and geographic location. In Canada 10,865 CABS were performed in 1986-87 representing a 39% increase over 1981-82. During the same period the rate of CABS rose to 43.2 per 100,000 population. In the twelve census metropolitan areas (CMAs) covered in this study, CABS increased 45.7% from 6,477 in 1981-82 to 9,439 in 1986-87, while hospital separations for Ischemic Heart Disease (IHD) increased by 22.6%.

Regionally the coronary artery bypass surgery rate was lowest in Halifax at 62.4 per 100,000 population and highest in Ottawa-Hull at 131.8 per 100,000 population. The average annual proportion of CABS performed on residents versus non-residents in CMAs ranged from 15.5% for residents in Halifax (84.5% for non-residents) to a high of 65.7% for residents in Montreal (34.3% for non-residents).

Procedure rates increased consistently among the 65-74 and 75+ age groups, remained stable in the 55-64 age group, and decreased in the 35-54 age group. The variations among the CMAs may in part be due to the amount of resources available in each CMA, the demand for this type of service and perhaps to differing patterns of physician practice.

Introduction

Ischemic Heart Disease (IHD) is the leading cause of death and hospitalization in Canada, as it is in most industrialized countries (1,2). Despite the decline in IHD mortality rates, more and more people are hospitalized for IHD. Among the various treatment modalities, CABS is becoming a more frequent occurrence, resulting in a debate in Canada about the need and availability of resources to undertake sophisticated procedures. In recent years, concern has been expressed that long waiting times for coronary bypass surgery in some urban centres is becoming a significant problem. This study will not address the issue of waiting time periods for CABS, but will review the utilization patterns in twelve major CMA's from 1981-82 to 1986-87. The analysis includes age-specific and standardized rates for each CMA and inter-CMA

Pontages aortocoronariens au Canada

Steve Peters, Karim Chagani, Peter Paddon, Cyril Nair.

Résumé

Le présent rapport examine les tendances relatives au nombre et à la proportion de pontages aortocoronariens (PA) pratiqués au Canada, au cours d'une période de six ans comprise entre 1981-82 et 1986-87. L'analyse compare les taux et les événements selon le sexe, l'âge et l'emplacement géographique. Au Canada, 10,865 PA ont été effectués en 1986-87, ce qui représente une augmentation de 39% par rapport à 1981-82. Au cours de la même période, le taux de PA a augmenté à 43.2 pour 100,000 habitants. Dans l'ensemble des douze régions métropolitaines de recensement (RMR) observées au cours de la présente étude, les PA ont augmenté de 45.7%, passant de 6,477 en 1981-82 à 9,439 en 1986-87, tandis que les sorties d'hôpitaux pour les cas de cardiopathie ischémique se sont accrues de 22.6%.

Parmi ces régions, Halifax a obtenu la proportion la plus faible de pontages aortocoronariens (62.4 pour 100,000 habitants) et Ottawa-Hull, la proportion la plus élevée (131.8 pour 100,000 habitants). Le pourcentage annuel moyen des PA pratiqués sur les habitants des RMR par rapport aux PA pratiqués sur les non-résidents varie de 15.5% pour les habitants de Halifax (84.5% pour les non-résidents) à un sommet de 65.7% pour les habitants de Montréal (34.3% pour les non-résidents).

La proportion des interventions a augmenté régulièrement dans le groupe de 65 à 74 ans et parmi les personnes de 75 ans et plus, est demeurée stable pour le groupe de 55 à 64 ans, et a diminué parmi les personnes de 35 à 54 ans. Les variations entre les RMR peuvent en partie s'expliquer par la quantité de ressources dont dispose chaque RMR, par la demande pour ce type de service et peut-être par des modèles différents de pratique médicale.

Introduction

La cardiopathie ischémique constitue la cause principale des décès et des hospitalisations au Canada, tout comme dans la majorité des pays industrialisés (1,2). Malgré la diminution des taux de mortalité associés à la cardiopathie ischémique, un nombre toujours plus important de personnes sont hospitalisées pour cette maladie. Parmi les divers traitements offerts, le PA constitue une intervention de plus en plus fréquente, ce qui a entraîné au Canada un débat au sujet du besoin et de la disponibilité des ressources pour les interventions de haute technicité. Depuis quelques années, la longueur des périodes d'attente pour les patients ayant besoin d'un pontage aortocoronarien dans certaines régions urbaines est cause de préoccupation. La présente étude n'aborde pas cette question, mais passe en revue les schèmes d'utilisation dans douze RMR importantes de 1981-82 à 1986-87. L'analyse comprend les taux comparatifs et par âge pour

comparison rates of change over time. In addition, information on alternative procedures for the removal of coronary artery obstructions (e.g., angioplasty) is discussed.

Methodology

Each year Statistics Canada receives inpatient hospital discharge records from all public general and allied hospitals in Canada. These records contain patients' age, sex and place of residence as well as diagnoses, surgical procedures and length of stay.

Operations on vessels of the heart as classified by the Canadian Classification of Diagnostic, Therapeutic and Surgical Procedures (CCP) include: code 48.0, removal of coronary artery obstruction, code 48.1, bypass anastomosis for heart revascularization and code 48.2, heart revascularization by arterial implant. For this study, only 48.0 as it refers to angioplasty and 48.1 referring to CABS were examined (3).

Census metropolitan areas are defined according to the Standard Geographic Classification. Population for intercensal years was estimated using the straight line interpolation method. The following census metropolitan areas were chosen for this study: Halifax, Quebec City, Montreal, Ottawa-Hull, Toronto, Hamilton, London, Winnipeg, Regina, Saskatoon, Edmonton and Vancouver.

Results

Trends in coronary artery bypass surgery procedures

Table 1 shows the number and rate of Coronary Artery Bypass Surgical procedures performed in eight provinces from 1981-82 to 1986-87. In 1986-87, 10,865 CABS procedures were performed in Canada, resulting in a 39% increase compared to 1981-82. The CABS rate also increased by 39% from 31.1 per 100,000 population to 43.2 per 100,000.

During the same period the total number of CABS performed in the twelve CMAs (Table 2) rose 45.7% from 6,477 to 9,439. Table 2 and Chart 1 show a significant increase of 29.4% occurring between 1981-82 and 1983-84. Year-to-year changes indicated increases of 16.1% and 11.4% from 1981-82 to 1982-83 and from 1982-83 to 1983-84, respectively. This was followed by a levelling off period with a 2.2% decline in 1984-85, a 6.9% increase the next year and a 7.7% increase in 1986-87.

chaque RMR, ainsi que les taux de variation mettant en évidence les changements survenus d'une RMR à l'autre. On présente en outre des renseignements concernant des méthodes de rechange pour la désobstruction des artères coronaires (l'angioplastie, par exemple).

Méthodologie

Chaque année, Statistique Canada reçoit les dossiers relatifs aux sorties des patients de tous les hôpitaux publics généraux et hôpitaux spéciaux divers du Canada. Ces dossiers contiennent l'âge, le sexe et le lieu de résidence des patients, ainsi que les diagnostics, les interventions chirurgicales et la durée de l'hospitalisation.

Les opérations sur les vaisseaux du coeur, telles que classées selon la Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC), comprennent: le code 48.0, désobstruction d'artère coronaire; le code 48.1, revascularisation du coeur par anastomose/pontage; et le code 48.2, revascularisation cardiaque avec implantation artérielle. Pour la présente étude, seuls ont fait l'objet d'un examen les codes 48.0 et 48.1 dans la mesure où ils s'appliquent respectivement à l'angioplastie et au PA (3).

Les régions métropolitaines de rencensement ont été établies à partir de la Classification géographique type. La population des années intercensitaires a été évaluée au moyen de la méthode d'interpolation linéaire. Les régions métropolitaines de recensement suivantes ont été choisies pour la présente étude: Halifax, Québec, Montréal, Ottawa-Hull, Toronto, Hamilton, London, Winnipeg, Regina, Saskatoon, Edmonton et Vancouver.

Résultats

Tendances relatives aux pontages aortocoronariens

Le tableau 1 indique le nombre et la proportion de pontages aortocoronariens pratiqués dans huit provinces de 1981-82 à 1986- 87. En 1986-87, 10,865 PA ont été pratiqués au Canada, soit une augmentation de 39% en comparaison de 1981-82. La proportion de PA a aussi augmenté de 39%, passant de 31.1 à 43.2 pour 100,000 habitants.

Au cours de la même période, le nombre total de PA pratiqués dans les douze RMR (tableau 2) a augmenté de 45.7%, passant de 6,477 à 9,439. Le tableau 2 et le graphique 1 indiquent une hausse particulièrement importante entre 1981-82 et 1983-84 (29.4%). La variation d'une année à l'autre a consisté en une augmentation de 16.1% de 1981-82 à 1982-83, et de 11.4% de 1982-83 à 1983-84. Puis a suivi une période de stabilisation, comportant une diminution de 2.2% en 1984-85, une augmentation de 6.9% l'année suivante et une augmentation de 7.7% en 1986-87.

Table 1.

Number of Coronary Artery Bypass Procedures by Province

Tableau 1.

Nombre de pontages aortocoronariens selon la province

Province	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86	1986/87
Newfoundland – Terre-Neuve	136	174	231	231	233	283
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	393	482	482	471	498	527
Quebec – Québec	2016	2363	2664	2521	2814	3273
Ontario	3194	3594	3890	3797	4012	4182
Manitoba	291	339	397	401	389	467
Saskatchewan	190	270	315	282	281	343
Alberta	563	537	558	490	686	650
British Columbia – Colombie-Britannique	1042	1140	1336	1322	1327	1140
CANADA	**7825**	**8899**	**9873**	**9515**	**10230**	**10865**

Number of Coronary Artery Bypass Procedures Per 100,000 Population, by Province

Nombre de pontages aortocoronariens pour 100,000 habitants selon la province

Province	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86	1986/87
Newfoundland – Terre-Neuve	23.9	30.4	40.0	39.9	38.4	48.8
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	46.3	56.3	55.7	53.8	56.4	59.5
Quebec	31.2	36.4	40.9	38.4	42.7	49.3
Ontario	36.9	41.0	43.9	42.2	44.0	45.3
Manitoba	28.3	32.6	37.7	37.7	36.2	43.2
Saskatchewan	19.5	27.4	31.5	27.9	27.6	33.6
Alberta	24.8	23.0	23.8	20.9	29.0	27.2
British Columbia – Colombie-Britannique	37.7	40.7	47.1	46.0	45.9	39.0
CANADA	**31.1**	**36.0**	**40.1**	**38.4**	**40.0**	**43.2**

Table 2.

Number of Coronary Artery Bypass Surgical Procedures by Census Metropolitain Area.

Tableau 2.

Nombre de pontages aortocoronariens selon la région métropolitaine de recensement.

CMA – RMR	Year – Année					
	81/82	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Halifax	391	479	478	459	494	523
Québec	415	441	559	567	595	617
Montréal	1377	1661	1822	1701	1981	2398
Ottawa-Hull	618	676	773	760	678	687
Toronto	1505	1731	1922	1894	2081	2124
Hamilton	243	282	311	327	372	373
London	398	532	519	478	464	531
Winnipeg	288	339	395	400	387	452
Regina	95	142	139	123	138	207
Saskatoon	94	126	174	151	143	118
Edmonton	316	298	323	341	379	335
Vancouver	737	816	969	1002	1053	1074
All CMA's – Ensemble des RMR	**6477**	**7523**	**8384**	**8203**	**8765**	**9439**
Percentage change – Variation en pourcentage		16.1	11.4	-2.2	6.9	7.7

Why this trend occurred is not clear. However, three distinct phases seem to emerge. In the first phase (1981-82 to 1983-84) the increase of the 29.4% could be attributed to the widespread acceptance of CABS and the resulting expansion of resources to service the increased demand. The second phase (1983-84 to 1984-85) resulted in a 2.2% decline. This is perhaps due to resource restriction and need reduction as well as improvements in alternative procedures such as, percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) or balloon angioplasty. In the United States, for instance, the number of PTCA procedures is approaching that of CABS. There, it is thought that the increasing popularity of PTCA primarily reflects its lower cost, shorter hospitalization and the preference of patients for less invasive treatment (4). Preliminary data show that similar trends are also emerging in Canada. The third phase (1985-86 to 1986-87) shows some evidence of stabilization.

Chart 1 and table 3 trace the growth of removal of coronary artery obstruction, CCP code 48.0. This procedure, of which angioplasty is a major component, is being used increasingly in many centres covered in this study. Over the three phases mentioned earlier, growth in removal of coronary artery obstruction was continuous, although the rate of increase lessened somewhat in the second phase. CABS and the removal of coronary artery obstruction (including angioplasty) are the main procedures used on the vessels of the heart, but angioplasty, especially the balloon method, is becoming increasingly popular. This phenomenon is perhaps responsible for the levelling off of the number of CABS towards the end of the six year period under study.

La cause exacte de cette tendance n'est pas claire. toutefois, trois phases distinctes semblent émerger. Dans la première phase (de 1981-82 à 1983-84), l'augmentation de 29.4% pourrait être attribuée à l'acceptation répandue des PA et à l'accroissement subséquent des ressources pour répondre à la demande plus grande. La deuxième phase (de 1983-84 à 1984-85) a entraîné une baisse de 2.2%. Celle-ci est probablement attribuable à la réduction des ressources et à la diminution des besoins, ainsi qu'aux améliorations apportées à d'autres types d'interventions, dont l'angioplastie transluminale percutanée. Aux États-Unis, par exemple, le nombre d'angioplasties transluminales percutanées avoisine celui des PA. Dans ce pays, on estime que la popularité croissante de cette intervention est d'abord fonction de son coût moins élevé, de la période d'hospitalisation plus courte et de la préférence des patients pour les traitements moins effractifs (4). Les données préliminaires montrent qu'une telle tendance se dégage également au Canada. La troisième phase (de 1985-86 à 1986-87) montre un certain signe de stabilisation.

Le graphique 1 et le tableau 3 retracent l'expansion de la désobstruction des artères coronaires, code 48.0 de la CCADTC. Cette intervention, dont l'angioplastie représente une composante importante, est utilisée de plus en plus dans un grand nombre des régions observées. Au cours des trois phases mentionnées plus haut, l'augmentation du nombre de désobstructions d'artères coronaires a été continué, bien que le taux d'augmentation ait quelque peu diminué pendant la deuxième phase. Les PA et les désobstructions d'artères coronaires (incluant l'angioplastie) constituent les principales interventions pratiquées sur les vaisseaux du coeur, mais l'angioplastie, particulièrement l'angioplastie transluminale percutanée, devient de plus en plus populaire. Ce phénomène est peut-être à la source de la stabilisation du nombre des PA vers la fin des six années à l'étude.

Chart 1

Number of Coronary Artery Procedures in Selected CMAs

Graphique 1

Nombre de pontages aortocoronariens dans certaines RMR

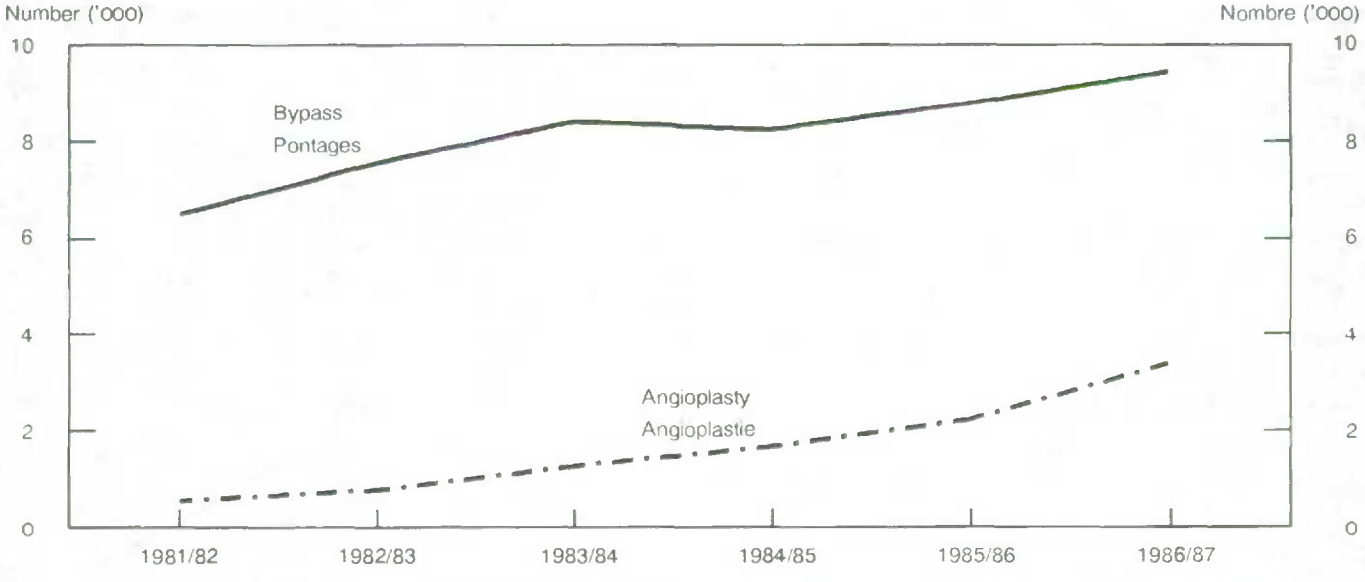


Table 3.

Removal of Coronary Artery Obstruction including Angioplasty.

Tableau 3.

Désobstruction des artères coronaires, incluant l'angioplastie.

	Year - Année					
	81/82	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Total	503	735	1236	1603	2179	3353

Table 4a, 4b and Chart 2 show CABS data by age groups and sex. The increase in the first phase (1981-82 to 1983-84) is distributed among all age groups except one: women aged 35-54. As was mentioned earlier, these increases are likely the result of expanded use of this relatively new procedure. The second phase (1983-84 to 1984-85) indicates a small decrease in the number of CABS performed. This decrease was accounted for by men in the 35-54 and 55-64 age groups, whereas the older age groups 65-74 and 75 + showed increases. The final phase has been characterized by the stabilization of the CABS rate as was the case for men and women aged 55-64. There was a slight decrease for females aged 35-54 but large continued increases for both sexes in the older age groups, 65-74 and 75 + .

Les tableaux 4a, 4b et le graphique 2 présentent les données sur les PA selon le groupe d'âge et le sexe. L'augmentation au cours de la première phase (de 1981-82 à 1983-84) se répartit entre tous les groupes d'âge sauf un: les femmes âgées de 35 à 54 ans. Comme il a été mentionné plus haut, cette augmentation est probablement attribuable à un plus grand recours à ce type relativement nouveau d'intervention. La deuxième phase (de 1983-84 à 1984-85) indique une faible diminution du nombre de PA pratiqués. Cette baisse provient des hommes de 35 à 54 ans et de 55 à 64 ans, tandis que les groupes plus âgés, soit les 65-74 ans et les 75 ans et plus, ont affiché des hausses. La dernière phase se caractérise par la stabilisation de la proportion de PA, notamment parmi les hommes et les femmes âgés de 55 à 64 ans. On a constaté une légère diminution pour les femmes de 35 à 54 ans, mais d'importantes augmentations continues pour les deux sexes dans les groupes plus âgés, soit les 65-74 ans et les 75 ans et plus.

Chart 2

Number of Coronary Artery Bypass Surgical Procedures performed in Selected CMAs

Graphique 2

Nombre de pontages aortocoronariens dans certaines RMR

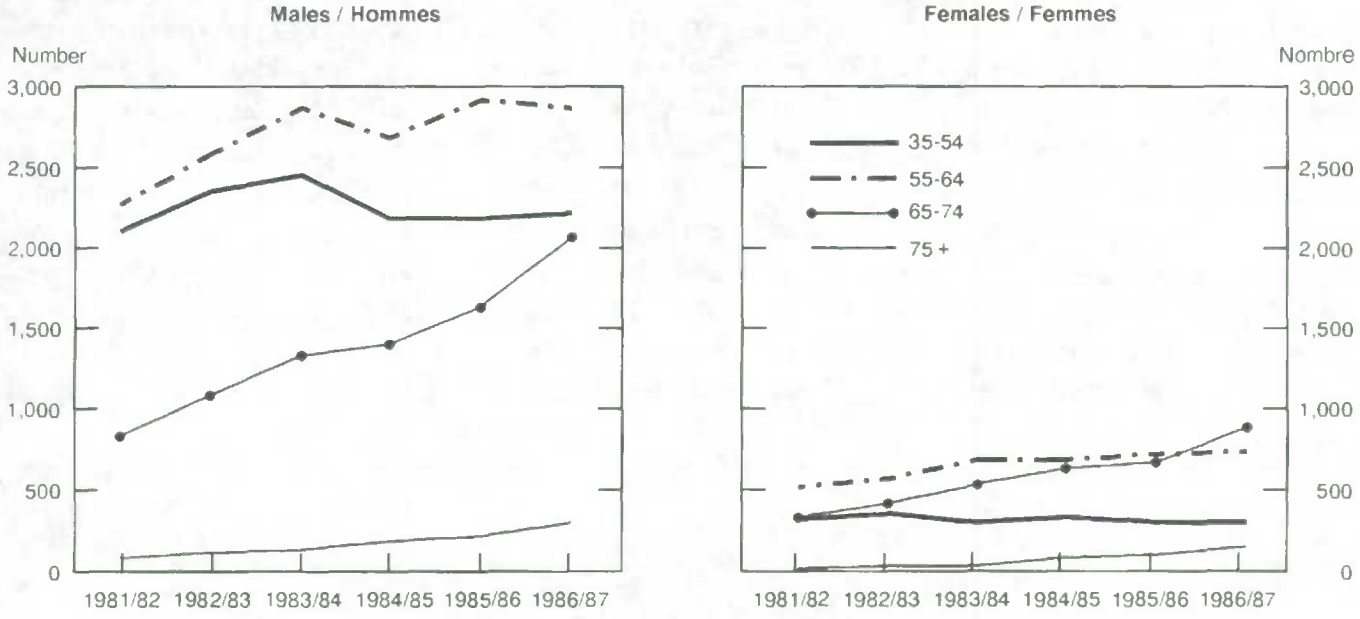


Table 4a.

Number of Coronary Artery Bypass Surgical Procedures by Metropolitain Area, Age Group, and Year, for Males

Tableau 4a.

Nombre de pontages aortocoronariens selon la région métropolitaine de recensement, le groupe d'âge, le sexe et l'année, pour les hommes

CMA – RMR	81/82				82/83				83/84			
	35-54	55-64	65-74	75+	35-54	55-64	65-74	75+	35-54	55-64	65-74	75+
Halifax	92	128	75	10	116	159	103	8	113	153	120	7
Québec	145	133	44	4	164	119	52	5	166	202	68	6
Montréal	467	502	143	5	542	565	216	14	565	611	243	19
Ottawa/Hull	248	199	81	1	253	243	53	2	284	254	105	7
Toronto	518	522	183	14	578	582	231	23	552	701	286	28
Hamilton	66	103	27	4	90	101	38	4	77	109	54	7
London	133	140	45	3	172	181	73	6	178	157	66	7
Winnipeg	74	82	54	6	81	129	50	5	83	137	65	9
Regina	24	44	6	1	29	71	23	0	45	51	24	1
Saskatoon	27	38	14	0	32	57	17	1	44	63	35	3
Edmonton	105	115	37	0	83	100	55	1	101	115	51	3
Vancouver	188	256	128	11	212	274	157	24	239	311	190	25
All CMA's – Ensemble des RMR	**2087**	**2262**	**817**	**59**	**2352**	**2581**	**1078**	**93**	**2447**	**2864**	**1327**	**122**

	84/85				85/86				86/87				Total
	35-54	55-64	65-74	75+	35-54	55-64	65-74	75+	35-54	55-64	65-74	75+	
Halifax	116	129	103	14	102	135	125	20	101	145	143	24	2241
Québec	166	174	52	7	169	177	102	12	167	178	119	16	2447
Montréal	492	576	216	35	539	678	291	27	651	732	429	44	8602
Ottawa/Hull	241	264	53	6	213	223	108	11	179	218	142	11	3399
Toronto	494	631	231	35	500	718	384	44	479	699	448	68	8949
Hamilton	77	114	38	6	95	119	65	11	69	119	80	15	1488
London	130	156	73	12	144	152	62	3	153	150	125	14	2335
Winnipeg	84	134	50	12	72	113	92	15	75	118	110	21	1671
Regina	29	50	23	6	20	57	36	3	39	65	55	2	704
Saskatoon	42	51	17	3	35	56	24	2	22	34	34	4	655
Edmonton	107	101	55	3	109	145	66	4	88	105	71	9	1629
Vancouver	198	303	157	33	188	335	264	50	184	306	311	59	4403
All CMA's – Ensemble des RMR	**2176**	**2683**	**1388**	**172**	**2186**	**2908**	**1619**	**202**	**2207**	**2869**	**2058**	**287**	**38523**

Table 4b.

Number of Coronary Artery Bypass Surgical Procedures by Metropolitain Area, Age Group, and Year, for Females

Tableau 4b.

Nombre de pontages aortocoronariens selon la région métropolitaine de recensement, le groupe d'âge, le sexe et l'année, pour les femmes

CMA – RMR	81/82				82/83				83/84			
	35-54	55-64	65-74	75 +	35-54	55-64	65-74	75 +	35-54	55-64	65-74	75 +
Halifax	18	37	27	4	16	27	27	7	15	31	36	3
Québec	28	38	21	2	24	44	44	3	28	47	39	3
Montréal	76	110	70	4	90	79	79	8	83	174	119	8
Ottawa/Hull	42	45	22	0	41	35	35	2	28	61	32	2
Toronto	73	120	66	9	82	78	78	9	78	153	109	15
Hamilton	6	16	18	3	12	19	19	0	11	24	27	2
London	24	30	22	1	24	34	34	3	19	40	27	5
Winnipeg	17	27	25	3	12	29	29	8	14	40	40	7
Regina	6	10	4	0	8	2	2	0	2	14	2	0
Saskatoon	3	8	4	0	2	9	9	2	1	9	19	0
Edmonton	9	29	21	0	9	20	20	0	12	21	20	0
Vancouver	37	65	51	1	37	57	57	7	25	82	84	13
All CMA's – Ensemble des RMR	**339**	**535**	**351**	**27**	**357**	**433**	**433**	**49**	**316**	**696**	**554**	**58**

	84/85				85/86				86/87				Total
	35-54	55-64	65-74	75 +	35-54	55-64	65-74	75 +	35-54	55-64	65-74	75 +	
Halifax	15	43	42	9	11	42	51	8	17	37	55	10	588
Québec	30	44	49	9	19	52	57	7	22	41	63	11	725
Montréal	95	129	125	17	89	190	146	21	94	204	208	36	2254
Ottawa/Hull	23	71	45	5	36	46	38	3	21	57	55	4	749
Toronto	88	169	131	19	87	161	154	33	74	175	143	38	2142
Hamilton	10	37	26	2	14	41	23	4	14	29	39	8	404
London	23	44	34	3	17	54	27	5	15	41	29	4	559
Winnipeg	6	34	40	12	9	31	44	11	15	39	58	16	566
Regina	4	6	8	0	4	9	7	2	6	19	20	1	136
Saskatoon	4	13	12	0	5	8	11	2	1	11	9	3	145
Edmonton	13	27	23	4	7	26	20	2	8	24	27	3	345
Vancouver	37	85	105	12	24	70	97	25	20	77	92	25	1185
All CMA's – Ensemble des RMR	**348**	**702**	**642**	**92**	**322**	**730**	**675**	**123**	**307**	**754**	**898**	**159**	**9798**

Three trends emerge from these data. The youngest age group (35-54) shows a sustained decrease in the number of CABS performed over the time period for both sexes. The 55-64 age group shows little or no growth after 1983-84 despite significant growth in earlier years. Lastly the CABS for both sexes in the 65-74 and 75+ age groups increased steadily throughout the six year period.

Two major factors influenced these trends. The first factor is that CABS is a relatively new procedure and follows a typical pattern of diffusion that is marked by early growth that plateaus or falls off as the procedure becomes diffused. The trends show different diffusion patterns (5). In the 35-54 age group, early increases are followed by a reduced use of CABS likely due to a decreasing need or new alternatives. The 55-64 age group shows initial increases, followed by a plateau. The second factor is that the two older age groups show growth in the number of CABS throughout the period, indicating that the procedure may not be completely diffused for this group and increasing acceptance of this procedure on elderly patients is probably the reason.

Coronary artery bypasses in census metropolitan areas

CABS patients are divided into two residential groups: those residing within the CMA, and those residing outside the CMA. Table 5 shows the proportion of CABS performed in each of the CMAs over the six-year study period. Overall, Halifax had the lowest proportion of CABS performed on residents (15.5%) and conversely the highest proportion performed on non-residents. This supports the theory that Halifax serves as the centre for CABS in the Atlantic region. Table 5 shows that London and Saskatoon also perform more CABS on non-residents of the CMA than on residents, perhaps indicating that they too serve as regional centres. CABS performed in London are likely for patients throughout Southern Ontario. On the other hand, the highest proportion of CABS performed on residents was in Montreal (65.7%).

Trois tendances se dégagent de ces données. Le groupe d'âge inférieur (35-54 ans) montre, pour les deux sexes, une diminution soutenue du nombre de PA pratiqués durant la période à l'étude. Le groupe de 55 à 64 ans montre une croissance faible ou inexistante après 1983-84, malgré une augmentation significative au cours des années précédentes. Enfin, le nombre de PA pratiqués parmi les hommes et les femmes de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus a augmenté régulièrement tout au long de la période de six ans.

Deux grands facteurs sont à l'origine de ces tendances. Premièrement, le pontage aortocoronarien est une intervention médicale relativement nouvelle et donc se répand de façon typique, c'est-à-dire que le nombre d'interventions augmente au début, puis se stabilise ou régresse une fois que l'intervention devient largement répandue. Les trois tendances suivent néanmoins une évolution différente (5). Chez les personnes de 35 à 54 ans, après une croissance initiale, la proportion des PA connaît une diminution qui résulte probablement d'un besoin décroissant ou de la mise en application de nouveaux types d'interventions. Chez les personnes de 55 à 64 ans, le taux augmente au début, puis se stabilise. Deuxièmement, pour les deux groupes plus âgés, on observe une augmentation du nombre de PA durant toute la période, ce qui laisse supposer que cette intervention n'est pas encore largement répandue parmi les personnes de cet âge, mais est néanmoins de plus en plus acceptée.

Pontages aortocoronariens dans les régions métropolitaines de recensement

Les patients qui subissent un pontage sont répartis en deux groupes: ceux qui demeurent dans la RMR et ceux qui n'y habitent pas. Le tableau 5 indique la proportion de PA effectués dans chaque RMR durant la période de six ans. Halifax avait en moyenne le pourcentage le plus bas de PA pratiqués sur des résidents (15.5%) et, inversement, le pourcentage le plus élevé de PA pratiqués sur des non-résidents. De toute évidence, Halifax constitue le point central pour ces interventions dans la région de l'Atlantique. Le tableau 5 indique qu'à London et Saskatoon également, un plus grand nombre de PA sont pratiqués sur les non-résidents, ce qui peut signifier que ces RMR servent aussi de centres régionaux. Il est probable qu'une proportion importante des PA pratiqués à London s'applique à des patients venant de tout le sud de l'Ontario. D'autre part, c'est à Montréal qu'on a enregistré le pourcentage le plus élevé de PA pratiqués sur les résidents (65.7%).

Table 5.

Proportion of Coronary Bypass Surgical Procedures Performed on Residents and Non-Residents by Census Metropolitain Area

Tableau 5.

Pourcentage des pontages aortocoronariens pratiqués sur des résidents et des non-résidents selon la région métropolitaine de recensement

CMA – RMR		Year – Année						
		81/82	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87	Mean
Halifax	Res.	14.8	16.5	18.8	11.6	14.6	16.8	15.5
	Non-Res.	85.2	83.5	81.2	88.4	85.4	83.2	
Québec	Res.	41.5	44.9	50.6	48.4	40.5	42.9	44.8
	Non-Res.	58.5	55.1	49.4	51.6	59.5	57.1	
Montréal	Res.	68.3	64.3	64.4	68.5	64.2	64.3	65.7
	Non-Res.	31.7	35.7	35.6	31.5	35.8	35.7	
Ottawa-Hull	Res.	58.4	61.4	60.8	57.2	57.1	53.9	58.1
	Non-Res.	41.6	38.6	39.2	42.8	42.9	46.1	
Toronto	Res.	62.5	63.2	63.2	61.1	61.6	62.0	62.3
	Non-Res.	47.5	36.8	36.8	38.9	38.4	38.0	
Hamilton	Res.	60.1	59.9	63.3	53.8	58.1	60.6	59.3
	Non-Res.	39.9	40.1	36.7	46.2	41.9	39.4	
London	Res.	22.9	24.4	25.8	30.1	27.7	29.0	26.7
	Non-Res.	77.1	75.6	74.2	69.9	72.3	71.0	
Winnipeg	Res.	60.8	64.9	65.1	66.3	63.0	62.6	63.8
	Non-Res.	39.2	35.1	34.9	33.8	37.0	37.4	
Regina	Res.	51.6	47.2	43.2	51.2	37.0	39.6	45.0
	Non-Res.	48.4	52.8	56.8	48.8	63.0	60.4	
Saskatoon	Res.	29.8	19.8	28.2	36.4	32.2	33.1	29.9
	Non-Res.	70.2	80.2	71.8	63.6	67.8	66.9	
Edmonton	Res.	52.2	55.7	50.8	48.1	52.8	56.1	52.6
	Non-Res.	47.8	44.3	49.2	51.9	47.2	43.9	
Vancouver	Res.	59.0	58.8	55.8	48.8	52.6	51.9	54.5
	Non-Res.	41.0	41.2	44.2	51.2	47.4	48.1	

Table 6 and Chart 3 show age-standardized rates for the residents of each CMA from 1981-82 to 1986-87. Substantial variations exist between CMAs, ranging from a low of 62.4 CABS per 100,000 population in Halifax to a high of 131.8 in Ottawa-Hull. The rate in Ottawa- Hull was consistently higher throughout the period than in any of the other 11 CMAs studied. Recently, however, the Ottawa-Hull rates have been declining, dropping to about 24.1% above average in 1986-87 from 80.8% above average in 1981-82. In fact, the number of CABS procedures performed in the Ottawa-Hull CMA declined by approximately 11.1% between 1983-84 and 1986-87.

Le tableau 6 et le graphique 3 présentent les taux comparatifs, ou normalisés selon l'âge des habitants de chaque RMR, de 1981-82 à 1986-87. Il y a des variations substantielles entre les RMR, le taux le plus faible s'établissant à 62.4 PA pour 100,000 habitants à Halifax et le plus élevé, à 131.8 pour 100,000 habitants à Ottawa-Hull. Le taux enregistré pour Ottawa-Hull a été supérieur, pendant toute la période, à celui des 11 autres RMR observées. Il a toutefois commencé à décliner récemment: en 1986-87, il était de 24.1% supérieur à la moyenne, par comparaison à 80.8% en 1981-82. En fait, le nombre de PA pratiqués dans la RMR d'Ottawa-Hull a diminué d'environ 11.1% entre 1983-84 et 1986-87.

Table 6.

Age-standardized Coronory Artery Bypass Surgical Procedures per 100,000 Population by Census Metropolitain Area

Tableau 6.

Taux comparatifs par âge de pontages aortocoronariens par 100,000 habitants selon la région métropolitaine de recensement

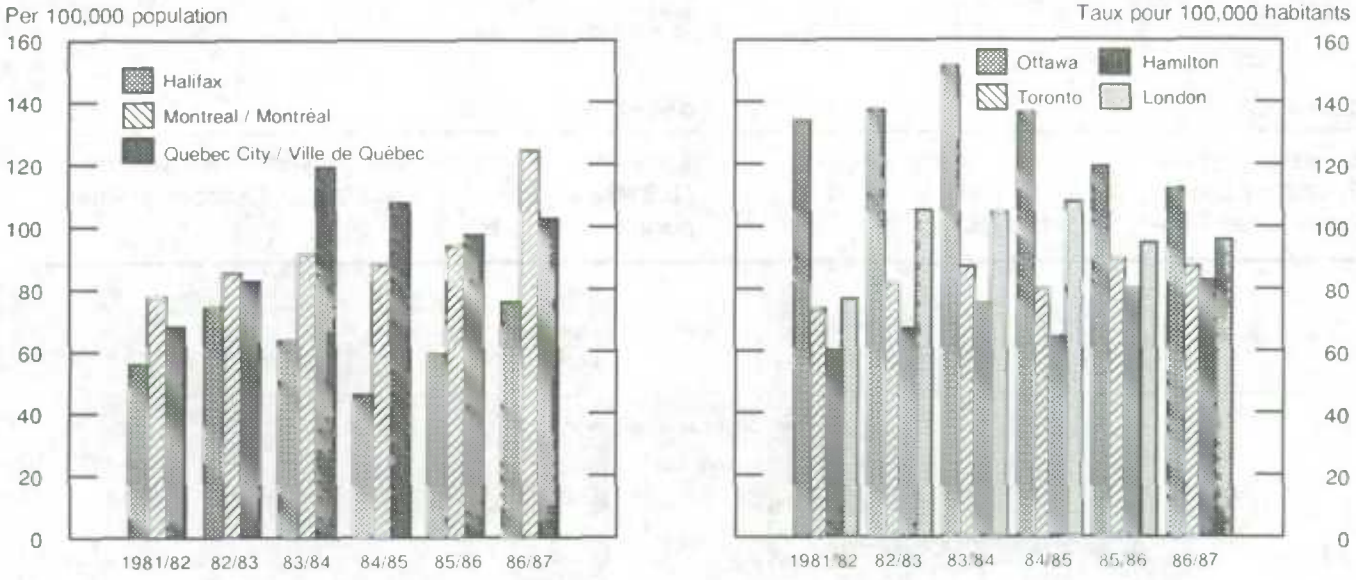
CMA - RMR	Year - Année						
	81/82	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87	Mean
Halifax	55.5	74.1	63.1	46.2	59.5	75.7	62.4
Québec	67.4	82.2	119.4	108.0	97.2	102.3	96.1
Montréal	77.4	85.2	91.6	87.9	94.0	124.7	93.4
Ottawa-Hull	134.0	137.5	151.2	136.7	119.1	112.1	131.8
Toronto	72.8	81.8	87.4	80.3	89.6	87.3	83.3
Hamilton	59.7	66.7	75.0	64.5	79.9	82.4	71.4
London	76.1	105.6	104.6	107.6	94.4	96.0	97.4
Winnipeg	67.1	82.7	92.9	95.9	82.3	95.4	86.0
Regina	78.8	105.8	91.0	91.2	73.1	110.0	91.6
Saskatoon	52.4	44.0	84.1	90.2	74.7	51.8	66.2
Edmonton	74.2	72.3	73.4	64.9	78.3	64.7	71.3
Vancouver	74.7	79.2	81.6	75.3	83.0	81.3	79.2

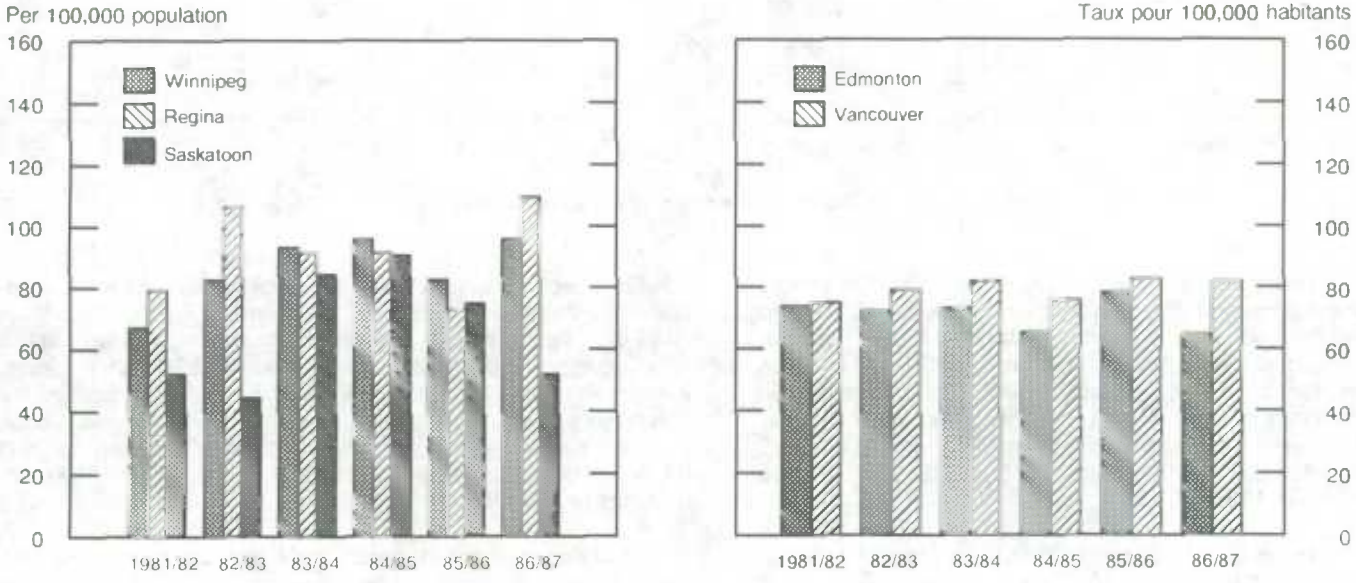
Chart 3

Coronary Artery Bypass Surgical Procedures Rates

Graphique 3

Taux de pontages aortocoronariens





Age-specific rates for CMA residents

Chart 4 illustrates variations in average rates by age group and sex. The rates for males were higher than the rates for females but the difference decreased with age. In the 35-54 age group female rates were on average 13.2% of male rates, increasing to 22.1% in the 55-64 age group, 32.8% in the 65-74 age group and 29.0% in the 75 + age group.

Taux par âge pour les habitants des RMR

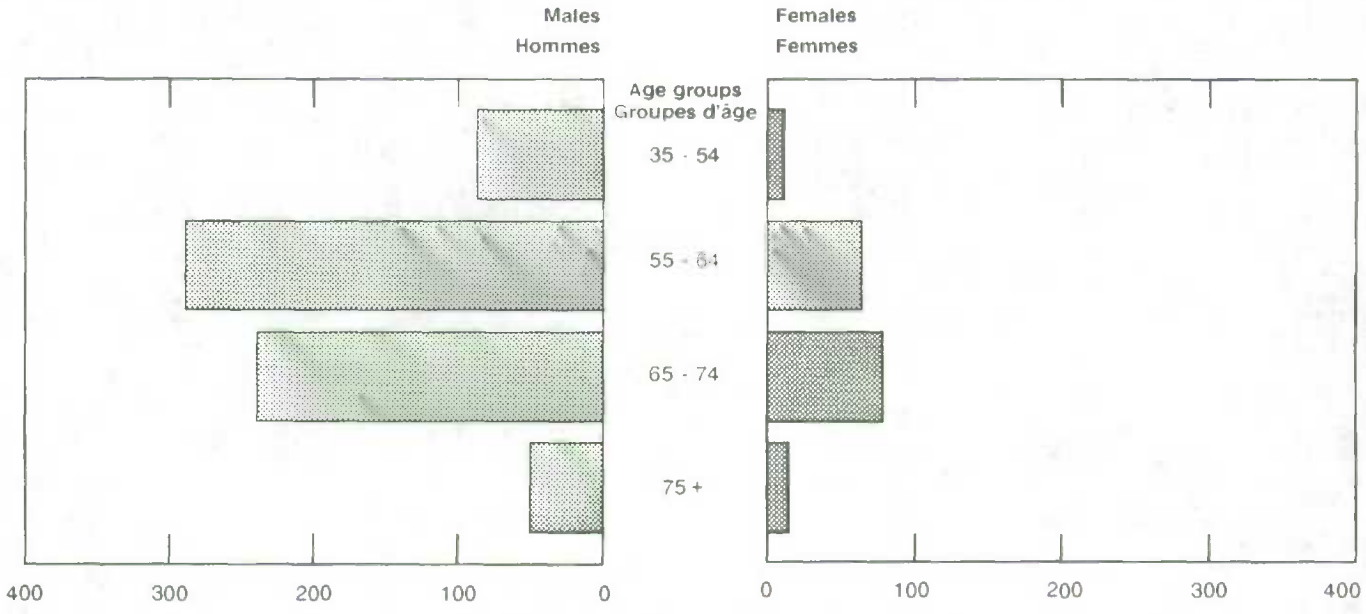
Le graphique 4 illustre les variations dans les taux moyens selon le groupe d'âge et le sexe. Les hommes ont des taux plus élevés que les femmes, mais la différence décroît avec l'âge. Chez les personnes de 35 à 54 ans, le taux établi pour les femmes équivalait en moyenne à 13.2% du taux calculé pour les hommes; cette proportion grimpait à 22.1% pour les personnes de 55 à 64 ans, à 32.8% chez celles de 65 à 74 ans et à 29.0% chez les 75 ans et plus.

Chart 4

Six Year (1981/82 to 1986/87) Average Age-Specific Coronary Artery Bypass Surgical Procedures Rates, Selected CMAs

Graphique 4

Taux comparatifs par âge moyens pour six ans (1981/82 à 1986/87) de pontages aortocoronariens pour certaines RMR



There are also substantial differences in the rates among the four age groups over the years 1981-82 to 1986-87. Chart 5 illustrates a decline in the rates for women in the youngest age group (35-54). However, for males the decline was preceded by an increase in the rates in the first two years followed by a decline. The rates for males decline by 28% from 99.0 CABS per 100,00 in 1983-84 to 71.2 CABS per 100,000 males in 1986-87.

In the 55-64 age group, there is a gradual increase in average rates for men (13% over the period) and a much larger increase in the rates for women (33.8%), mainly occurring between the periods 1982-83 to 1983-84 and 1985-86 to 1986-87.

On constate aussi des écarts substantiels entre les taux des quatre groupes d'âge au cours des années 1981-82 à 1986-87. Le graphique 5 montre une baisse du taux établi pour les femmes du groupe d'âge inférieur (35-54 ans). Quant à leurs homologues masculins, la diminution du taux a été précédée par une augmentation pendant les deux premières années. Ce taux a ensuite diminué de 28%, passant de 99.0 PA pour 100,000 hommes en 1983-84 à 71.2 PA pour 100,000 hommes en 1986-87.

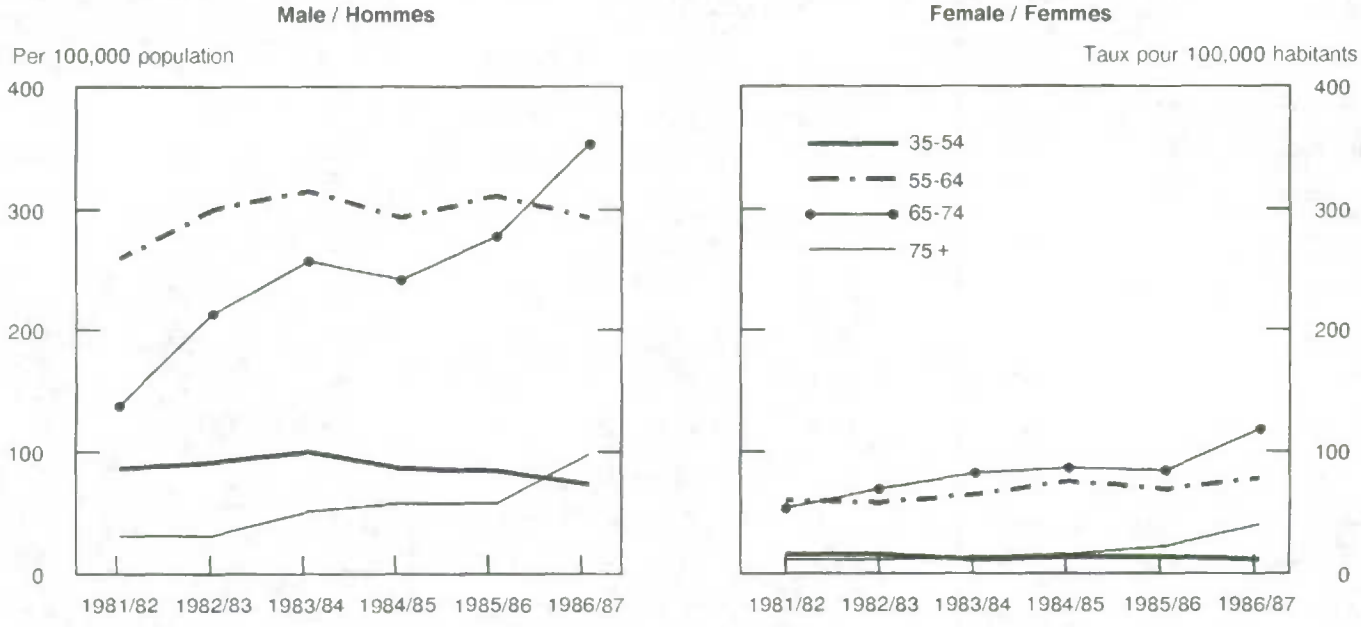
Chez les personnes de 55 à 64 ans, on a constaté une augmentation graduelle du taux moyen pour les hommes (de 13% au cours de la période observée) et une hausse beaucoup plus importante pour les femmes (33.8%), celle-ci se manifestant surtout entre 1982-83 et 1983-84, et de 1985-86 à 1986-87.

Chart 5

Age Specific Coronary Artery Bypass Surgical Procedure Rates for Selected CMAs, 1981/82 to 1986/87

Graphique 5

Taux comparatifs par âge de pontages aortocoronariens dans certaines RMR, 1981/82 à 1986/87



The next two age groups exhibit sustained increases in the average rates over the six year period. The rates for men aged 65-74 increased two and a half times, while the rates for women in the same age group nearly doubled. In the oldest age group, 75 + years, the rate in 1986-87 was almost three times the rate in 1981-82. These figures support the hypothesis that more and more CABS are being performed on older patients. With Canada's aging population, it is likely that this demand will intensify in years to come.

A further look at the CMA age-specific rates by sex gives more detail about the previous observation that Ottawa-Hull has the highest CABS rate of the 12 CMAs studied. Table 7 presents each CMA age-specific CABS rate by sex and the mean. It shows that Ottawa-Hull's above- average utilization is accounted for in the age groups 35-54, 55-64 and 65-74. However, for men and women in the oldest group 75 + years, the rates in Ottawa-Hull are below average, indicating that fewer CABS are performed on older persons in this CMA.

Les taux moyens des deux autres groupes d'âge ont augmentés durant les six années observées. Le taux pour les hommes de 65 à 74 ans a augmenté de deux fois et demie, tandis que le taux pour les femmes du même groupe d'âge a presque doublé. Dans le groupe d'âge supérieur, soit les personnes de 75 ans et plus, le taux en 1986-87 était presque trois fois plus élevé qu'en 1981-82. Ces résultats viennent confirmer l'hypothèse selon laquelle un nombre croissant de PA sont pratiqués sur les patients plus âgés. Compte tenu du vieillissement de la population canadienne, il est probable que cette demande prendra de l'ampleur au cours des prochaines années.

Un examen plus poussé des taux régionaux selon le groupe d'âge et le sexe permet de mieux comprendre la constatation faite précédemment selon laquelle Ottawa-Hull a le taux de PA le plus élevé des douze RMR visées par l'étude. Le tableau 7 présente le taux par âge pour chaque RMR selon le sexe, ainsi que les taux moyens. Ce tableau indique que le taux supérieur à la moyenne observé pour Ottawa-Hull est attribuable aux groupes de 35 à 54 ans, de 55 à 64 ans et de 65 à 74 ans. Le taux pour le groupe d'âge supérieur (75 ans et plus) est toutefois bien inférieur à la moyenne, ce qui indique qu'un moins grand nombre de PA sont pratiqués à Ottawa-Hull sur les personnes plus âgées.

Table 7.

Six Year Average Annual Age-Specific Coronary Artery Bypass Surgical Procedure Rates, per 100,000 Population

Tableau 7.

Taux comparatifs par âge annuels moyens pour six ans de pontages aortocoronariens par 100,000 habitants

CMA - RMR	Male - Hommes				Female - Femmes			
	35-54	55-64	65-74	75 +	35-54	55-64	65-74	75 +
Halifax	48.50	192.30	251.70	51.10	3.00	52.70	68.80	20.10
Québec	98.70	291.50	259.20	64.90	15.80	65.00	111.20	29.20
Montréal	92.40	301.70	236.30	54.30	15.30	73.80	81.90	17.20
Ottawa-Hull	166.87	464.10	322.78	41.90	19.98	95.28	93.15	6.37
Toronto	82.13	279.65	233.93	53.23	12.08	60.37	71.12	17.95
Hamilton	67.05	231.77	197.20	68.18	7.80	54.18	86.60	14.25
London	119.57	279.43	266.93	46.87	13.42	79.80	63.53	9.93
Winnipeg	68.98	277.39	246.68	67.45	12.25	68.83	112.52	36.70
Regina	69.73	396.37	242.68	46.13	16.22	70.00	53.88	0.00
Saskatoon	91.87	228.62	121.72	22.82	3.93	42.27	41.60	3.42
Edmonton	63.80	256.43	222.43	23.47	7.38	51.37	73.93	3.80
Vancouver	67.35	273.58	255.95	68.10	9.53	54.12	79.28	17.79
Mean - Moyenne	86.40	289.40	238.10	50.70	11.40	64.00	78.10	14.70

A comparison between the CMAs for males in the 35-54 age group show that Ottawa-Hull, London, Quebec City, Montreal and Saskatoon have rates above the mean of 86.40, while Halifax has the lowest at 48.50 per 100,000 population. A comparison between females in the age group 35-54 indicate that Quebec City, Montreal, Ottawa-Hull, Toronto, London, Winnipeg and Regina have CABS rates above the mean of 11.40, while Halifax has the lowest rate (3.00).

The CABS rate for males in the age group 55-64 show Quebec City, Montreal, Ottawa-Hull and Regina with rates above the mean, while the remaining CMAs fall below. Halifax has the lowest rate at 192.30 per 100,000 population. For females in the same age group, Quebec City, Montreal, Ottawa-Hull, London, Winnipeg and Regina have rates above the average, while Saskatoon has a rate below average.

In the 65-74 age group for males, Quebec City, Ottawa-Hull, London and Vancouver have the highest rates and Saskatoon the lowest. For females aged 65-74, rates are highest in Quebec City, Montreal, Ottawa-Hull, Hamilton and Winnipeg, and again the rate is lowest in Saskatoon.

En comparant les RMR relativement aux hommes âgés de 35 à 54 ans, on découvre que Ottawa-Hull, London, Québec, Montréal et Saskatoon ont des taux supérieurs à la moyenne de 86.40, tandis qu'Halifax possède le taux le plus faible, soit 48.50 pour 100,000 hommes. Une comparaison semblable portant sur les femmes âgées de 35 à 54 ans indique que Québec, Montréal, Ottawa-Hull, Toronto, London, Winnipeg et Regina ont des taux supérieurs à la moyenne de 11.40, tandis qu'Halifax possède le taux le plus faible (3.00).

Quant aux hommes âgés de 55 à 64 ans, Québec, Montréal, Ottawa-Hull et Regina présentent des taux supérieurs à la moyenne, tandis que les autres RMR ont des taux inférieurs à celle-ci. Halifax possède le taux le plus faible, soit 192.30 pour 100,000 hommes. Pour les femmes du même groupe d'âge, Québec, Montréal, Ottawa-Hull, London, Winnipeg et Regina ont des taux supérieurs à la moyenne, tandis que le taux de Saskatoon y est inférieur.

Parmi les hommes de 65 à 74 ans, Québec, Ottawa-Hull, London et Vancouver ont les taux les plus élevés et Saskatoon, le taux le plus faible. Pour les femmes âgées de 65 à 74 ans, les taux sont les plus élevés à Québec, Montréal, Ottawa-Hull, Hamilton et Winnipeg, et le taux le plus faible se retrouve encore une fois à Saskatoon.

In the oldest group, 75+ years, males have above average CABS rates in Halifax, Quebec City, Montreal, Toronto, Hamilton, Winnipeg and Vancouver, while Saskatoon has the lowest. For females the highest rates are in Quebec City and Winnipeg and the lowest rates in Regina, Saskatoon and Edmonton.

Ischemic heart disease

Ischemic Heart Disease (IHD) is the leading cause of death and hospitalization for persons aged 35 and over (6). In Canada, the number of hospitalizations due to IHD increased considerably during the six year study period (Table 8 and Chart 6), even though the rate of IHD hospitalization in the CMAs increased at a much slower pace.

Dans le groupe d'âge supérieur (75 ans et plus), les hommes obtiennent un taux supérieur à la moyenne à Halifax, Québec, Montréal, Toronto, Hamilton, Winnipeg et Vancouver, tandis que l'on observe le taux le plus faible à Saskatoon. Pour les femmes, les taux les plus élevés se retrouvent à Québec et à Winnipeg et les taux les plus faibles, à Régina, Saskatoon et Edmonton.

Cardiopathie ischémique

La cardiopathie ischémique constitue la cause principale des décès et des hospitalisations parmi les personnes de 35 ans et plus (6). Au Canada, le nombre d'hospitalisations qui y sont dues a augmenté considérablement au cours des six années à l'étude (tableau 8 et graphique 6), même si le taux d'hospitalisation s'est accru à un rythme beaucoup plus lent.

Table 8.

Ischemic Heart Disease Hospital Separations by Census Metropolitan Area

Tableau 8.

Sorties des hôpitaux faisant suite à une hospitalisation pour cardiopathie ischémique selon la région métropolitaine de recensement

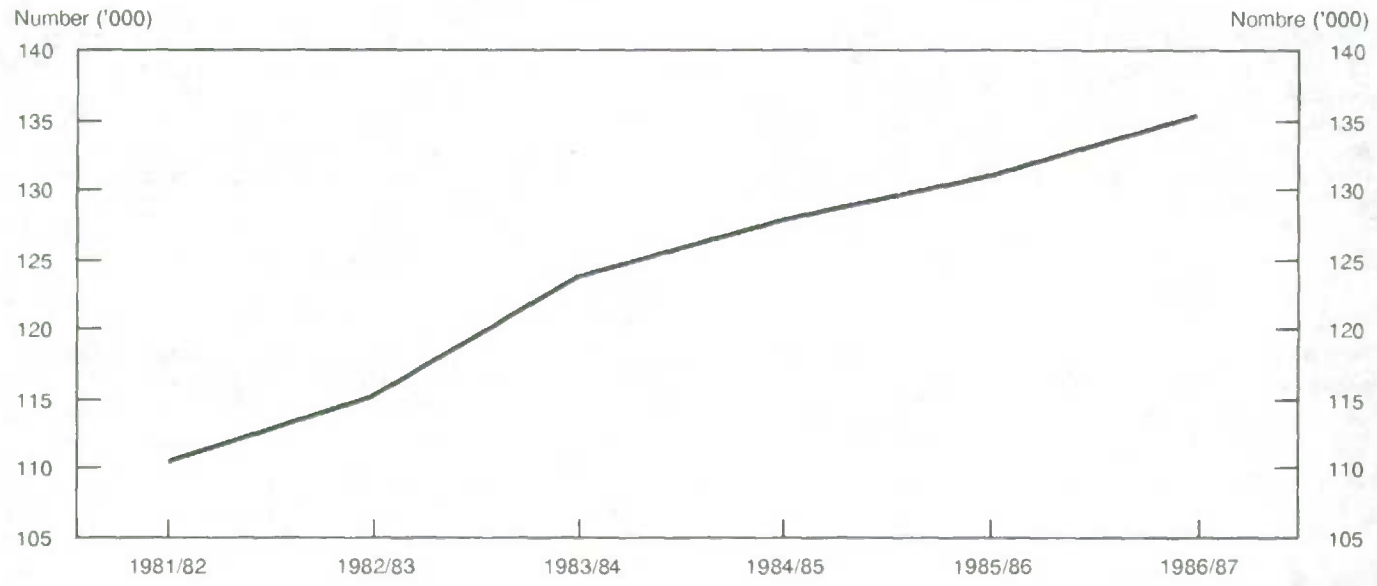
CMA - RMR	Year - Année					
	81/82	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Halifax	3537	3842	3965	4091	4275	4829
Québec	8434	9332	10018	9947	10501	11069
Montréal	25593	26263	29206	29586	29716	30516
Ottawa-Hull	8411	8517	9045	9725	10100	9232
Toronto	29117	30412	30849	31191	31712	32278
Hamilton	6420	6565	6612	6959	7365	7846
London	4156	4534	4593	4547	4986	6302
Winnipeg	6079	6196	6067	6257	6260	6733
Regina	1656	1766	1828	2217	2211	2476
Saskatoon	1273	1294	1490	1980	2060	2075
Edmonton	4885	5667	5975	6124	6399	6323
Vancouver	10822	10644	14030	15227	15274	15615
All CMA's - Ensemble des RMR	**110383**	**115032**	**123678**	**127851**	**130859**	**135294**

Chart 6

Number of Ischemic Heart Disease Hospital Separations in Selected CMAs

Graphique 6

Nombre de départs des hôpitaux faisant suite à une hospitalisation pour cardiopathie ischémique dans certaines RMR



In the twelve CMAs reviewed in this report, the number of hospitalizations due to IHD increased in every CMA, resulting in an overall increase of 22.6% between 1981-82 and 1986-87. During the same period the rate of hospitalization increased by only 6% (Table 9 and Chart 7). The average rate over the six year period was highest in Quebec City at 2,433.2 per 100,000 population and lowest in Saskatoon at 1,409.4 per 100,000 population. Seven of the twelve CMAs had rates above the mean (1,858.1) with the other five below the mean. In Ontario, Hamilton had the highest rate (2,414.3) with all the other CMAs well above the mean.

Interventive care such as coronary artery bypass surgery and angioplasty are becoming frequent modes of treatment for patients with ischemic heart disease. The data suggest that with the increasing number of hospitalizations due to IHD, one can expect more CABS and angioplasties to be performed in the years to come.

Le nombre d'hospitalisations dues à la cardiopathie ischémique a augmenté dans chacune des douze RMR étudiées dans le présent rapport, ce qui a entraîné une augmentation globale de 22.6% entre 1981-82 et 1986-87. Au cours de la même période, le taux d'hospitalisation a augmenté de 6% seulement, (tableau 9 et graphique 7). Le taux moyen durant la période de six ans a été le plus élevé à Québec, soit 2,433.2 pour 100,000 habitants, et le plus faible à Saskatoon, soit 1,409.4 pour 100,000 habitants. Sept des douze RMR ont enregistré un taux supérieur à la moyenne (1,858.1), le taux des cinq autres RMR se situant sous la moyenne. En Ontario, Hamilton avait le taux le plus élevé (2,414.3) et les autres RMR, un taux bien au-dessus de la moyenne.

Des interventions telles que le pontage aortocoronarien et l'angioplastie constituent des types de traitement de plus en plus fréquents pour les patients souffrant de cardiopathie ischémique. Les données permettent de penser qu'avec le nombre toujours croissant d'hospitalisations dues à la cardiopathie ischémique, le nombre de PA et d'angioplasties augmentera au cours des années à venir.

Table 9.

Hospital Separation Rate per 100,000 Population By Census Metropolitain Areas, 1981-82 to 1986-87

Tableau 9.

Taux de sorties des hôpitaux par 100,000 habitants selon la région métropolitaine de recensement, 1981-82 à 198-87

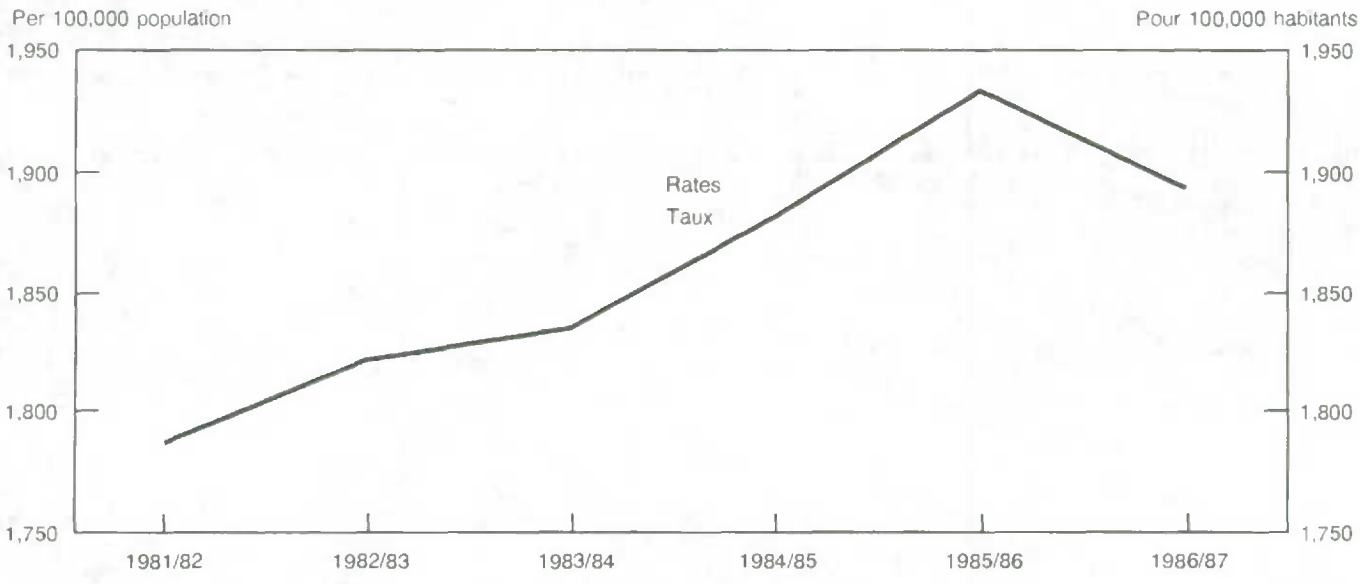
CMA – RMR	Ischemic heart disease – Cardiopathie ischémique						
	Year – Année						
	81/82	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87	Six year Mean Moyenne sur six ans
Halifax	1424.6	1432.4	1295.5	1360.8	1310.9	1482.9	1384.5
Québec	2046.4	2470.0	2581.6	2437.4	2541.2	2522.6	2433.2
Montréal	1722.7	1683.7	1851.2	1842.1	1790.6	1814.4	1784.1
Ottawa-Hull	1977.1	1980.7	1940.5	1905.6	2009.5	1970.9	1964.1
Toronto	1961.4	2010.7	1944.7	1892.7	2004.3	1905.1	1953.2
Hamilton	2368.6	2466.9	2249.1	2238.1	2514.2	2648.8	2414.3
London	1950.0	1897.8	1864.5	1891.9	2139.9	1882.8	1937.8
Winnipeg	2019.2	1984.9	1898.9	1849.2	1809.9	1906.7	1911.5
Regina	1580.5	1541.9	1531.0	1850.8	1770.7	1792.1	1677.8
Saskatoon	1166.3	1101.1	1285.4	1739.6	1717.4	1446.5	1409.4
Edmonton	1550.0	1693.5	1710.5	1640.0	1680.3	1472.3	1624.4
Vancouver	1658.6	1586.3	1858.3	1936.3	1913.4	1863.4	1802.7
Mean – Moyenne	1785.5	1820.8	1834.3	1882.0	1933.5	1892.4	1858.1

Chart 7

Hospital Separations Rates of Ischemic Heart Disease in Selected CMAs[1]

Graphique 7

Taux de départs des hôpitaux faisant suite à une hospitalisation pour cardiopathie ischémique dans certaines RMR[1]



[1] Rates are based on CMA residents.

[1] Les taux ont été établis selon les résidents de la RMR.

Conclusion

This study shows major differences in CABS rates in selected CMAs. It also points out that for every CMA an increasing number of these procedures are being performed on older patients those aged 65-74 and 75+. If this pattern continues, as it is expected because of the aging of Canada's population, it will lead to increasing demands for operations like the coronary artery bypass and angioplasty, resulting in an even greater strain on the health care system. For those with less severe coronary artery obstruction, less expensive procedures like angioplasty can now be used, easing some of the pressure on the system. Nevertheless, claims of excessive waiting times for CABS in some main urban areas should be studied and planning for the future should be initiated.

Conclusion

La présente étude montre les différences importantes entre les proportions de PA pratiqués dans certaines RMR. Elle révèle aussi que dans toutes ces RMR, un nombre croissant de PA sont pratiqués sur les patients de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus. Si cette tendance se maintient, le vieillissement de la population canadienne donnera lieu à un accroissement de la demande d'interventions telles que le pontage aortocoronarien, occasionnant ainsi une plus forte pression sur le système de santé. Les personnes dont l'obstruction aortocoronarienne est moins sévère peuvent maintenant subir des interventions moins coûteuses, telle l'angioplastie, ce qui permet d'alléger la charge imposée au système. Il conviendrait néanmoins de se pencher sur la question des longues périodes d'attente avant de pouvoir subir un PA dans certains grands centres urbains, ainsi que d'entreprendre des mesures de planification pour les années à venir.

References

1. Thom Thomas J, International Mortality from Heart Disease: Rates and Trends. *Int J Epidemiol.* 1989; 18: s20-8.

2. Nair C, Colburn H, Mclean D, Pertrasovits A : Cardiovascular Disease in Canada. *Health Reports*. 1989; Vol 1 (1); Catalogue 82-003.

3. Canadian Classification of Diagnostic, Therapeutic and Surgical Procedures (CCP).

4. Schroedesr S, Krupp M, et al : Revascularization procedures for patients with angina pectoris. *Current Medical Diagnosis and Treatment* 1989 : 227-228.

5. Anderson G, Lomas J: Coronary Artery Bypass Surgery among the elders and non-elderly utilization data from Ontario :

6. Nicholls E, Nair C, MacWilliam L, et al : *Cardiovascular Disease in Canada* Statistics Canada, 1986.

Références

1. Thom Thomas J, International Mortality from Heart Disease: Rates and Trends. *Int J Epidemiol.* 1989; 18 : s20-8.

2. Nair, C., H. Colburn, D. Mclean et A. Petrasovits. "Maladies cardio-vasculaires au Canada", dans *Rapports sur la santé,* vol. 1, no 1. 1989. numéro 82-003 au catalogue.

3. Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCADTC)

4. Schroeder, S., M. Krupp et al. «Revascularization procedures for patients with angina pectoris», dans *Current Medical Diagnosis and Treatment 1989*, p. 227-228.

5. Anderson, J. et J. LOMAS. *Coronary Artery Bypass Surgery among the elders and non-elderly utilization data from Ontario: 1979-1983.*

6. Nicholls, E., C. Nair, L. MacWilliam et al. *Maladies cardio-vasculaires au Canada*, Statistique Canada, 1986.

Canada's Disabled Population in Institutions

Judith M. Dowler, Deborah A. Jordan-Simpson

Abstract

One percent of Canada's population are long-term residents of health care institutions. Of this group an estimated 97% have a disabling condition. This article profiles disabled people living in institutions using data from the Health and Activity Limitation Survey (HALS) undertaken by Statistics Canada. HALS collected data on: the nature, number and severity of disabilities; the underlying causes of the disabilities; and the degree of assistance required for daily activities.

For the institutional component of HALS, a sample of 19,000 disabled individuals from 1,100 institutions was used. The institutional survey indicated that almost 80% of the disabled population in institutions were aged 65 or older, while about 90% had mobility and/or agility-related disabilities.

The most frequently cited underlying cause of disability for respondents living in both institutions and households was disease or illness. Among young adults in institutions, mental retardation was the main disabling condition. Among the elderly, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (including arthritis) were most common. Most respondents in institutions required daily help with personal care, shopping and personal finances.

Introduction

In 1986, an estimated 13.2% of Canadians had some level of disability. Of the 3.3 million disabled persons, 247,000 were living in institutions. This article examines the health status and health-related needs of this sub-group of the disabled population.

The Health and Activity Limitation Survey (HALS) consisted of a household component, conducted in 1986 and an institutional component, conducted in 1987. The household component was examined in the previous edition of *Health Reports* (1). For the institutional component, 19,000 individuals from 1,100 institutions across Canada were surveyed on: the nature, number and severity of their disabilities; the factors causing the disabilities; and the kinds of assistance needed when performing certain daily activities. All persons with a physical or emotional/psychiatric disability living in Canada on March 1, 1987 were included in the survey's target population.

Les canadiens ayant une incapacité et vivant en établissement

Judith M. Dowler et Deborah A. Jordan-Simpson

Résumé

Un pour cent de la population canadienne réside à long terme dans un établissement de santé. On estime que 97% des résidents de ce groupe présentent une affection incapacitante. Le présent article donne le profil des personnes ayant une incapacité et vivant en établissement, à partir des données tirées de l'enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) menée par Statistique Canada. L'ESLA a réuni des données sur la nature, le nombre et la gravité des incapacités, sur les origines des incapacités et sur le niveau d'aide que requièrent les activités quotidiennes.

Le volet institutionnel de l'ESLA a eu recours à un échantillon de 19,000 résidents ayant une incapacité, choisis parmi 1,100 établissements. L'enquête menée auprès de ces derniers révèle que près de 80% des résidents ayant une incapacité sont âgés de 65 ans ou plus et que 90% ont une incapacité relative à la mobilité ou à l'agilité.

Selon les répondants habitant dans un établissement ou dans un ménage, la maladie représente la cause d'incapacité la plus fréquente. Chez les jeunes adultes en établissement, le retard mental constitue la principale affection incapacitante. Chez les personnes âgées, les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (y compris l'arthrite) sont les plus fréquentes. La plupart des répondants en établissement ont besoin d'aide tous les jours pour leurs soins personnels, les emplettes et leurs finances personnelles.

Introduction

En 1986, on estimait que 13.2% des Canadiens avaient un niveau quelconque d'incapacité. Parmi les 3.3 millions de personnes ayant une incapacité, 247,000 habitaient dans un établissement. Le présent article porte sur l'état de santé et les besoins relatifs à la santé de ce sous-groupe de la population ayant une incapacité.

L'enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) comprenait deux volets: celui sur les ménages, qui a eu lieu en 1986, et celui sur les établissements, mené en 1987. Le volet sur les ménages a fait l'objet d'un article paru dans un numéro précédent des *Rapports sur la santé* (1). Quant au volet sur les établissements, 19,000 personnes résidant dans 1,100 établissements au Canada y ont participé. Il portait sur la nature, le nombre et la gravité de leurs incapacités, sur les causes des incapacités et sur le genre d'aide nécessaire à l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne. Toutes les personnes ayant une incapacité physique ou des troubles émotifs ou psychiatriques et habitant au Canada le 1er mars 1987 ont été intégrées à la population cible de l'enquête.

HALS used the World Health Organization's definition of disability: "any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being" (2). A modified version of the "Activities of Daily Living" questions (3) were used to measure degree of disability among Canadians aged 15 and older. Individuals were not considered disabled if a technical device, such as, a hearing aid, completely eliminated the disability. The disability had to have lasted or been expected to last six months or more.

The Institutional Component

The five categories of institutions used in the Census were represented in the sampled institutions: orphanages and children's homes; special care homes and institutions for the elderly and chronically ill; general hospitals; psychiatric institutions; and treatment centres and institutions for the physically handicapped.

Individuals were chosen randomly from lists provided by the institutions. Only those who had lived in an institution for six months or more were included. Personal interviews were conducted with 42% of respondents; information for the rest was collected with the help of institutional staff and next-of-kin. The response rate was 97%.

Disabilities were separated into the following categories: mobility, agility, seeing, hearing, speaking, other and unknown. A mobility disability was defined as a limited ability to walk, move from room to room, carry an object 10 metres, or stand for long periods. An agility disability was defined as a limited ability to bend, dress or undress, get in or out of bed, cut toenails, grasp objects, reach, or cut food. A seeing disability was defined as the inability to read ordinary newsprint or to see someone four metres away, even when wearing glasses. A hearing disability was defined as the inability to hear conversations even when wearing a hearing aid. A speaking disability was defined as a limited ability to speak or be understood. "Other" was defined as a learning, emotional or psychiatric disability or a developmental delay. "Unknown" was defined as an unspecified disability.

Overview

One percent of Canadians are long-term residents of health care institutions. Of these 255,000 individuals, an estimated 97% have a disabling condition. In 1987, almost 80% of this disabled group were 65 years of age or older, compared to 37% of disabled people in households (Chart 1).

L'ESLA s'est servi de la définition d'une incapacité que donne l'Organisation mondiale de la santé, à savoir "toute réduction partielle ou totale (étant le résultat d'une déficience) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain" (2). On a utilisé une version modifiée des questions portant sur les "activités de la vie quotidienne" (3) afin de déterminer le niveau d'incapacité des Canadiens âgés de 15 ans ou plus. On ne considérait pas que les personnes avaient une incapacité lorsqu'un appareil, comme une prothèse auditive, enrayait complètement l'incapacité. L'incapacité devait durer, ou on devait s'attendre à ce qu'elle dure, au moins six mois.

Le volet sur les établissements

Les cinq catégories d'établissements utilisées lors du recensement étaient représentées dans les établissements échantillonnés: les orphelinats et les foyers pour enfants, les foyers de soins spéciaux et les établissements pour personnes âgées et malades chroniques, les centres hospitaliers, les établissements psychiatriques et les centres de traitement et les établissements pour les personnes ayant une incapacité physique.

On choisissait au hasard les personnes à partir de listes fournies par les établissements. Seules celles habitant dans un établissement depuis six mois ou plus ont participé à l'enquête. On a mené une interview personnelle auprès de 42% des répondants; les renseignements sur les personnes restantes ont été relevés à l'aide du personnel de l'établissement et de la parenté. Le taux de réponse a été de 97%.

On a divisé les incapacités selon les catégories suivantes: mobilité, agilité, vision, audition, parole, autre et inconnue. L'incapacité relative à la mobilité était définie comme une capacité limitée à marcher, à se déplacer d'une pièce à une autre, à transporter un objet sur une distance de 10 mètres ou à se tenir debout pendant de longues périodes. Une incapacité relative à l'agilité était définie comme une capacité limitée à se pencher, à s'habiller ou à se déshabiller, à se mettre au lit ou à en sortir, à se couper les ongles d'orteil, à saisir un objet, à tendre le bras pour prendre quelque chose ou à couper ses aliments. Une incapacité visuelle était définie comme une incapacité à lire les caractères ordinaires du journal ou à voir quelqu'un à 4 mètres même en portant des verres. Une incapacité auditive était définie comme une incapacité à entendre une conversation même avec le port d'une prothèse auditive. Une incapacité relative à l'élocution était définie comme une capacité limitée à parler ou à être compris. La catégorie "autre" était définie comme des difficultés d'apprentissage, des troubles émotifs ou psychiatriques ou encore des retards du développement. La catégorie "inconnue" faisait référence aux incapacités non précisées.

Aperçu

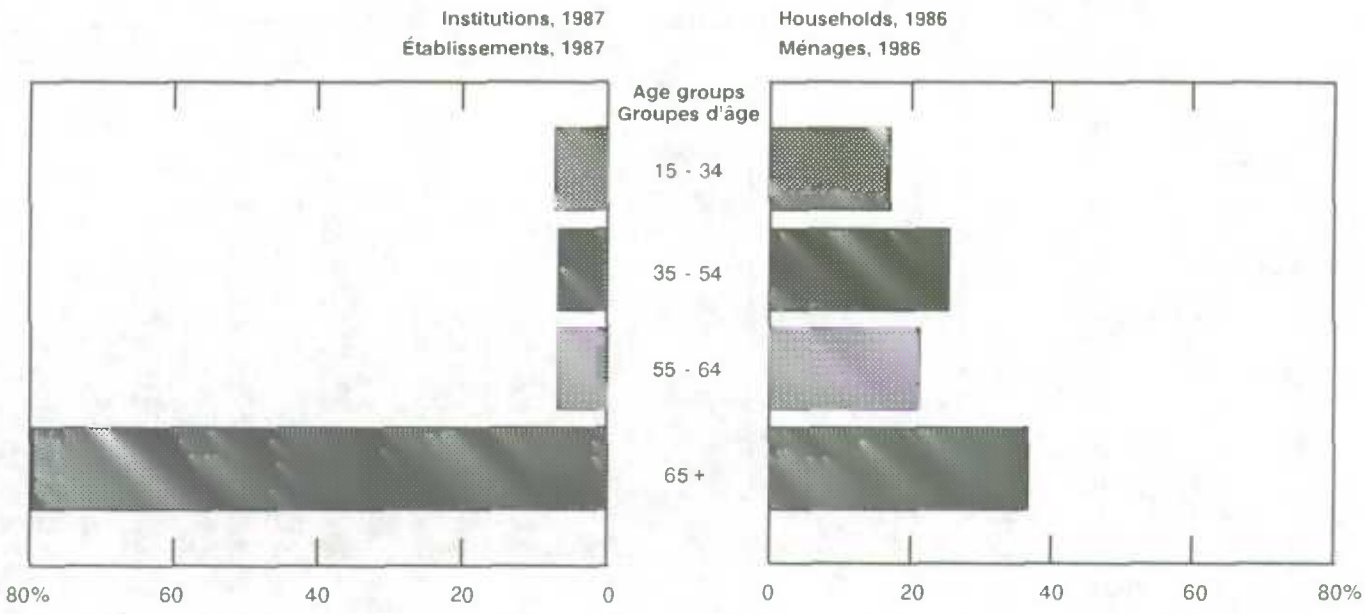
Un pour cent des Canadiens sont résidents à long terme d'un établissement de santé. On estime que 97% de ces 255,000 personnes ont une affection incapacitante. En 1987, près de 80% des résidents de ce groupe ayant une incapacité étaient âgés de 65 ans ou plus, comparativement à 37% des personnes ayant une incapacité et vivant dans un ménage (graphique 1).

Chart 1

Disabled Adults Living in Institutions and Households

Graphique 1

Adultes ayant une incapacité vivant en établissement et en ménage



Source: Health and Activity Limitation Survey

Source: Enquête sur la santé et les limitations d'activités

Nearly twice as many disabled women were living in institutions as disabled men (10% versus 5%), partly because women tend to live longer. In the 85 and over age group, nearly four times as many disabled women were living in institutions.

Nature of Disability

For disabled people living in households, mobility and agility were the most frequently cited disability categories for both sexes. For disabled people in institutions, disability related to agility was most frequently cited again for both sexes (Chart 2).

There was some variation in this pattern by age group. In the 15-34 age group in institutions, the most common disability was the "other" category which included: learning, emotional and psychiatric disabilities and developmental delay. This category was cited by 91% of male respondents and 94% of female respondents. Agility was the second most common disabilty, followed by speaking. "Other" was the most common category in the 35-54 age group for both men and women, followed by agility.

Près de deux fois plus de femmes que d'hommes ayant une incapacité vivent en établissement (10% et 5% respectivement), ce qui s'explique en partie par la plus longue espérance de vie des femmes. Dans le groupe d'âge des 85 ans ou plus, près de quatre fois plus de femmes que d'hommes ayant une incapacité habitent dans un établissement.

Nature de l'incapacité

Chez les personnes ayant une incapacité et vivant dans un ménage, la mobilité et l'agilité sont les catégories d'incapacités les plus fréquemment nommées pour les deux sexes. Chez les personnes ayant une incapacité et vivant en établissement, l'incapacité relative à l'agilité est l'incapacité la plus fréquemment nommée pour les deux sexes (graphique 2).

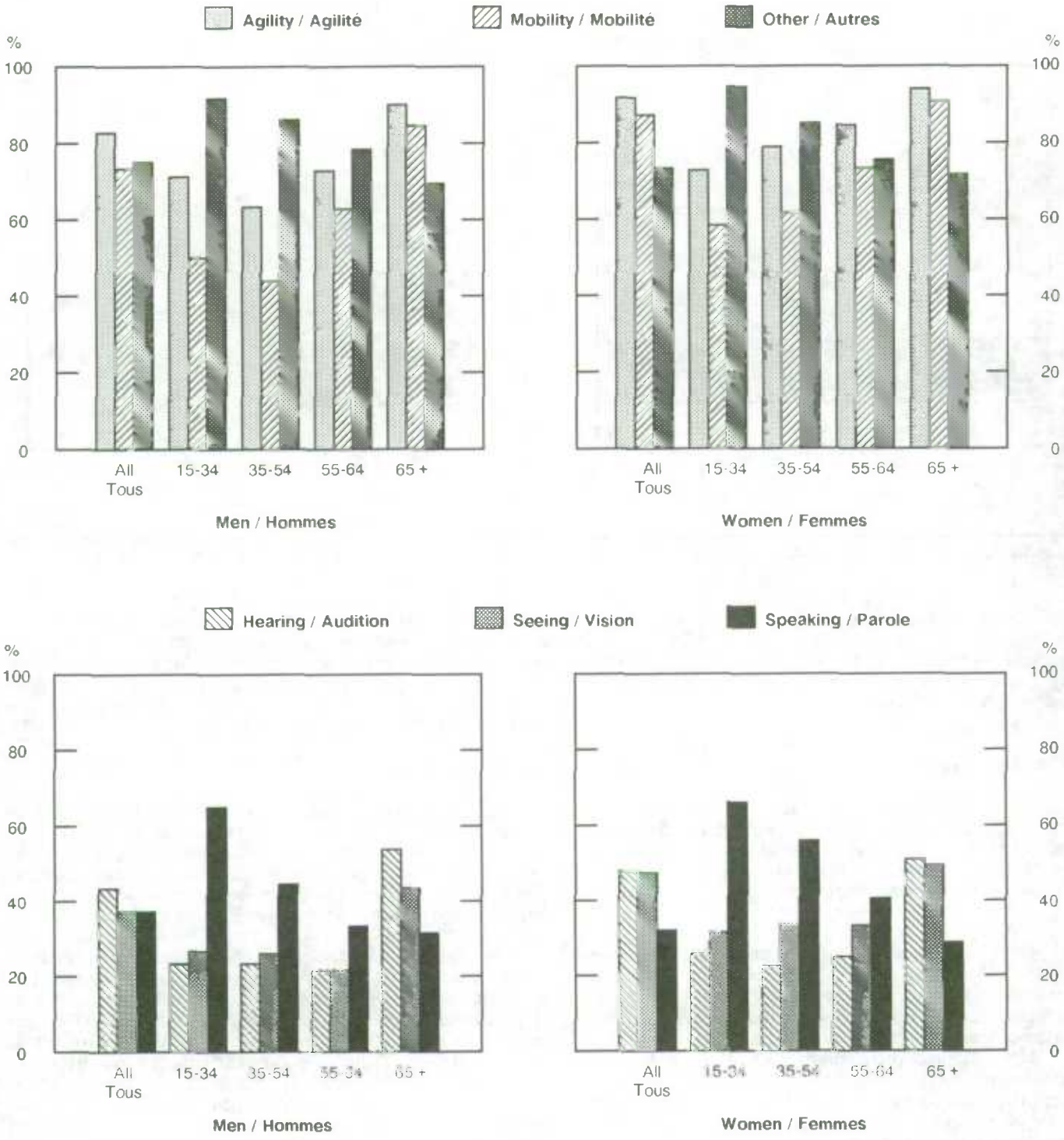
On observe toutefois une certaine variation selon le groupe d'age. Dans le groupe d'âge des 15 à 34 ans vivant en établissement, les incapacités les plus connues sont celles de la catégorie "autre", qui comprend les difficultés d'apprentissage, les troubles émotifs ou psychiatriques et les retards du développement. Cette catégorie est indiquée par 91% des répondants et 94% des répondantes. L'agilité vient en deuxième place, suivie par l'élocution. La catégorie "autre" est aussi celle la plus fréquente dans le groupe d'âge des 35 à 54 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, et est suivie par la catégorie "agilité".

Chart 2

Nature of Disability among Disabled Adults in Institutions, 1987

Graphique 2

Nature de l'incapacité chez les adultes ayant une incapacité et vivant en établissement, 1987



Source: Health and Activity Limitation Survey

Source: Enquête sur la santé et les limitations d'activités

In the 65 and over age group, about 90% of respondents in institutions reported agility and/or mobility related disabilities. About 50% cited a seeing and/or hearing disability.

About 50% of respondents said that they could move by themselves within the institution, although many cited mobility-related disabilities. About 25% were able to move about only with the help of someone else. As well, about 50% of respondents were able to do things outside of the institution with the help of an attendant.

Number of Disabilities

The likelihood of having more than one disability increases with age. Disabled people living in institutions are almost three times more likely to have three or more disabilities than those living in households, 78% versus 29% respectively.

About 20% of respondents in institutions reported one or two disabilities; about 50% reported three or four, and about 30% reported five to seven. By contrast, about 60% of disabled people residing in households reported one or two disabilities. About 25% reported three or four and only 4% reported five to six (Chart 3).

Dans le groupe d'âge des 65 ans ou plus, environ 90% des répondants vivant en établissement déclarent des incapacités relatives à l'agilité ou à la mobilité. Environ 50% disent avoir une incapacité de vision ou d'audition.

Environ 50% des répondants indiquent qu'ils peuvent se déplacer seuls dans l'établissement même si bon nombre d'entre eux déclarent une incapacité relative à la mobilité. Environ 25% sont capables de se déplacer simplement avec l'aide de quelqu'un d'autre. En outre, environ 50% des répondants se disent capables de faire des activités à l'extérieur de l'établissement avec l'aide d'un infirmier.

Nombre d'incapacités

Les chances d'avoir plus d'une incapacité augmentent avec l'âge. Les personnes ayant une incapacité et vivant en établissement courent trois fois plus de risques d'avoir trois incapacités ou plus que celles vivant dans un ménage, soit respectivement 78% et 29%.

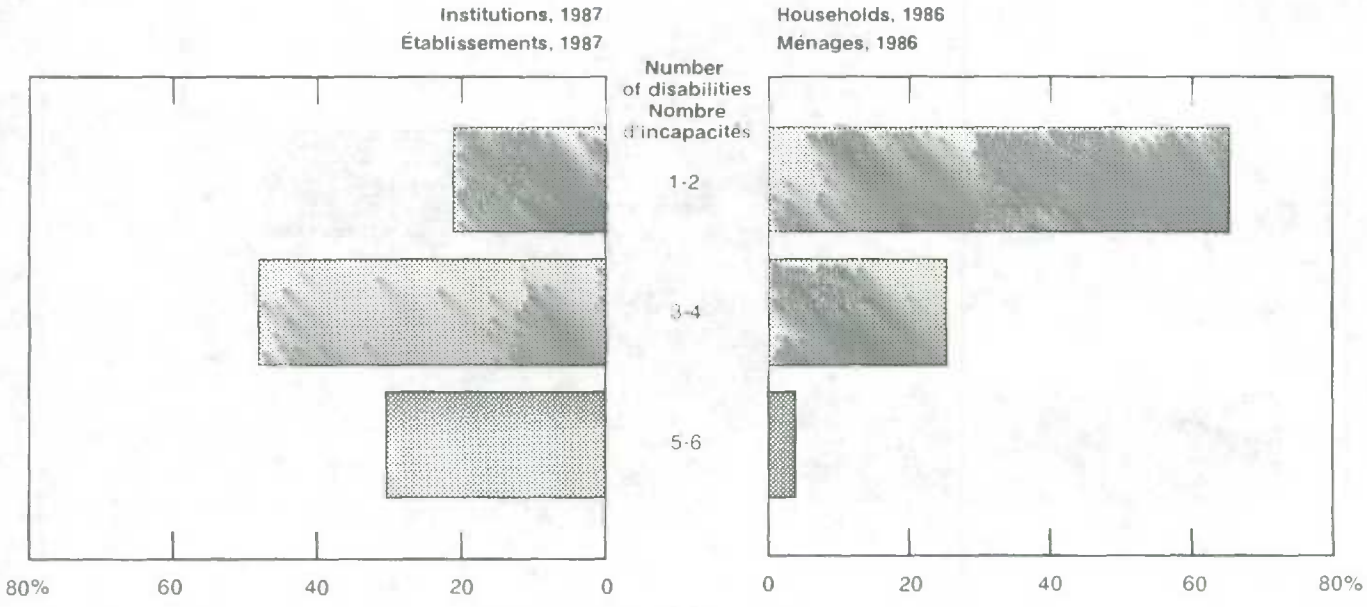
Environ 20% des répondants en établissement déclarent une ou deux incapacités, environ 50% en déclarent trois ou quatre et environ 30% en déclarent entre cinq et sept. En comparaison, environ 60% des personnes ayant une incapacité et vivant dans un ménage déclarent une ou deux incapacités. Environ 25% en déclarent trois ou quatre, et seulement 4% en déclarent cinq ou six (graphique 3).

Chart 3

Number of Disabilities among Disabled Adults

Graphique 3

Nombre d'incapacités chez les adultes ayant une incapacité



Source: Health and Activity Limitation Survey

Source: Enquête sur la santé et les limitations d'activités

In all but one age group, in both institutions and households, more women had three or more disabilities than did men. In the 55 to 64 age group residing in households, no difference existed between men and women.

Degree of Disability

A severity scale was developed using responses to 18 screening questions plus two questions on use of seeing and hearing aids. For each question, the respondent received one point if a limitation was indicated, and two points if total loss of function was indicated. The total score was then categorized as: slight, less than 5 points; moderate, 5 to 10; severe, 11 or more.

In the general disabled population, 45% indicated having a mild disability, 32% a moderate disability and 23% a severe disability. Almost 75% of the disabled living in institutions were severely disabled compared to 19% of those living in households (Chart 4). Mild or moderate disabilities were cited by 27% of disabled respondents in institutions, compared to 81% of those living in households.

Dans tous les groupes d'âge sauf un, tant chez les personnes vivant dans un établissement ou dans un ménage, il y a plus de femmes que d'hommes ayant trois incapacités ou plus. Dans le groupe d'âge des 55 à 64 ans vivant dans un ménage, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.

Niveau d'incapacité

Une échelle de gravité a été élaborée à partir des réponses à 18 questions de sélection et d'après deux questions sur l'utilisation de prothèses visuelles ou auditives. Pour chaque question, on a attribué au répondant un point s'il déclarait une limitation et deux points s'il déclarait une perte totale de la fonction. Le score total a ensuite été classé selon les catégories suivantes: incapacité légère, moins de 5 points; incapacité moyenne, de 5 à 10 points et incapacité grave, 11 points ou plus.

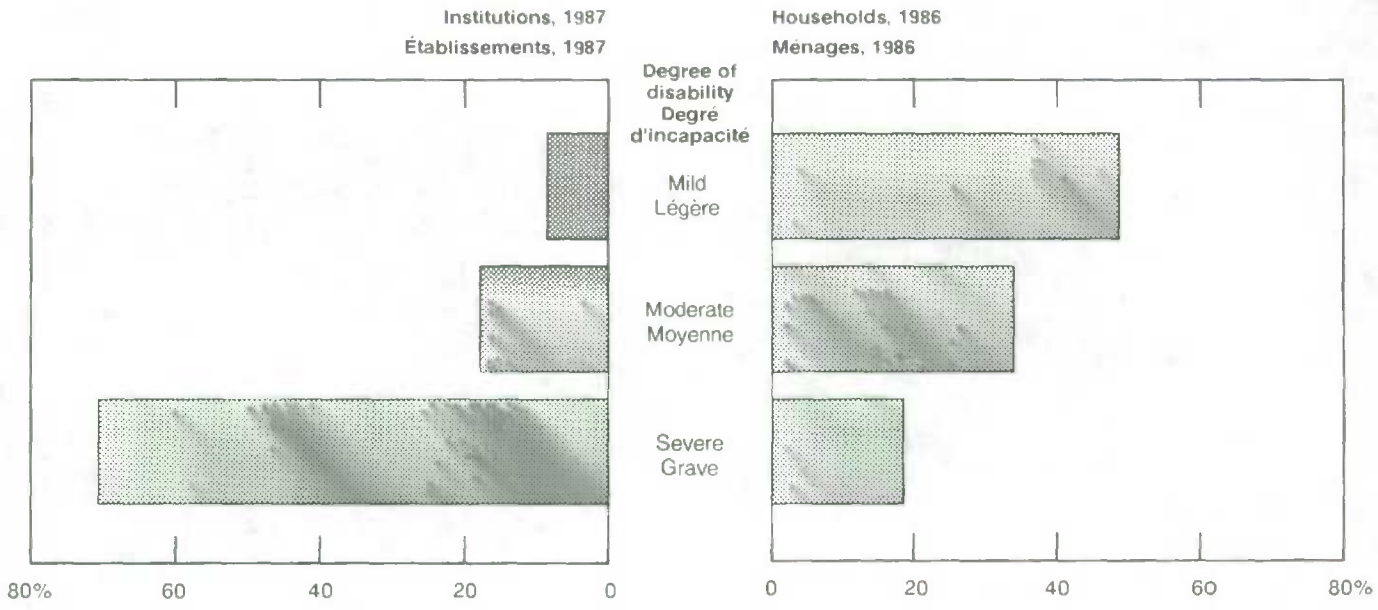
Dans l'ensemble de la population ayant une incapacité, 45% indiquent avoir une incapacité légère, 32%, une incapacité moyenne et 23%, une incapacité grave. Près de 75% des personnes ayant une incapacité et vivant en établissement ont une incapacité grave, comparativement à 19% chez celles habitant dans un ménage (graphique 4). Vingt-sept pour cent des répondants ayant une incapacité et vivant en établissement déclarent une incapacité légère ou moyenne, par rapport à 81% chez ceux vivant dans un ménage.

Chart 4

Degree of Disability among Disabled Adults

Graphique 4

Degré d'incapacité chez les adultes ayant une incapacité



Source: Health and Activity Limitation Survey

Source: Enquête sur la santé et les limitations d'activités

Degree of disability tended to increase with age. For example, in the 35-54 age group, 49% of persons with disabilities had a severe disability; in the 65 and older age group, 77% had a severe disability. Disabled women residing in institutions were more often severely disabled (77%) than were men in this group (64%) (Chart 5).

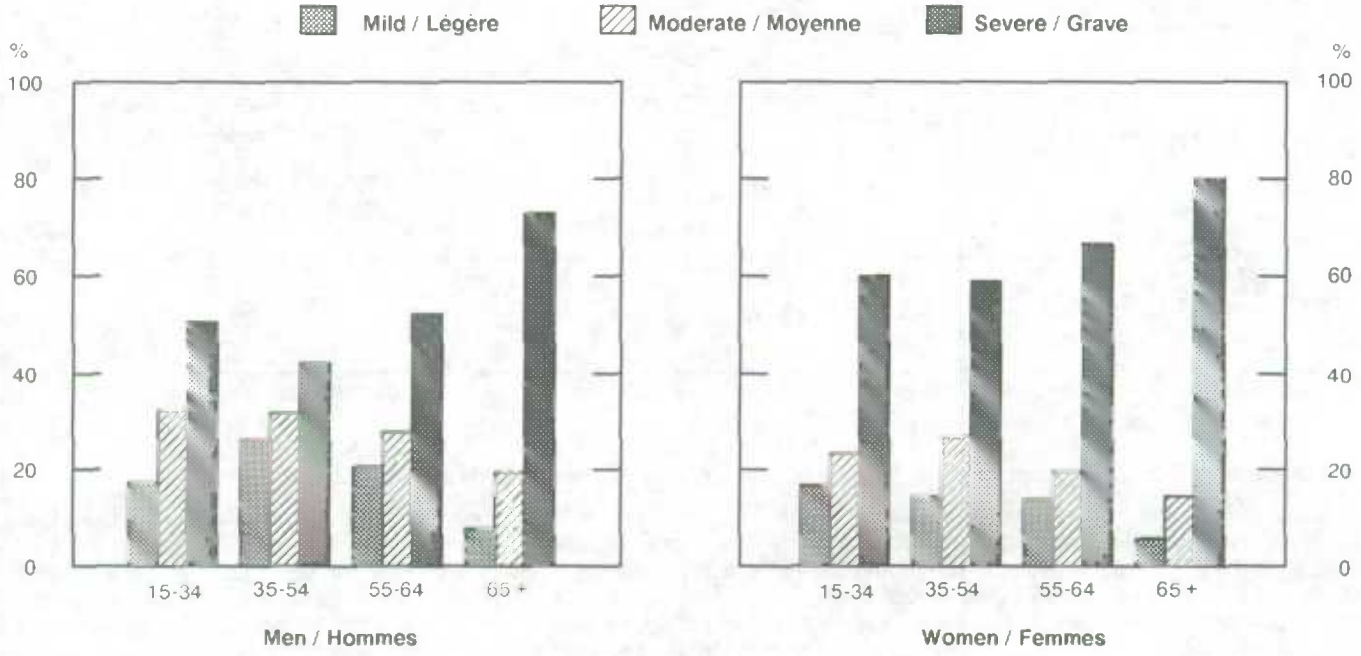
Le niveau d'incapacité tend à augmenter avec l'âge. Par exemple, dans le groupe d'âge des 35 à 54 ans, 49% des personnes ayant une incapacité ont une incapacité grave, alors que dans le groupe d'âge des 65 ans ou plus, 77% ont une incapacité grave. Les femmes ayant une incapacité et vivant en établissement ont plus souvent une incapacité grave (77%) que les hommes de ce groupe (64%) (graphique 5).

Chart 5

Degree of Disability among Disabled Adults in Institutions, 1987

Graphique 5

Degré d'incapacité chez les adultes ayant une incapacité et vivant en établissement, 1987



Source: Health and Activity Limitation Survey

Source: Enquête sur la santé et les limitations d'activités

Causes of Disability

About 45% of the disabled living in institutions reported disease as the main cause of their disability. Another 30% cited the aging process or the effects of a stroke.

For those aged 15 to 34, the most common causes were: mental retardation (41%) and diseases of the nervous system and sense organs (24%) (Chart 6). Mental retardation declined in importance with age. For those aged 55 and over, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (including arthritis and rheumatism) were most important, followed by diseases of the nervous system.

Causes de l'incapacité

Environ 45% des personnes ayant une incapacité et vivant en établissement déclarent la maladie comme principale cause de leur incapacité. Trente pour cent attribuent leur incapacité au processus de vieillissement ou aux séquelles d'une attaque.

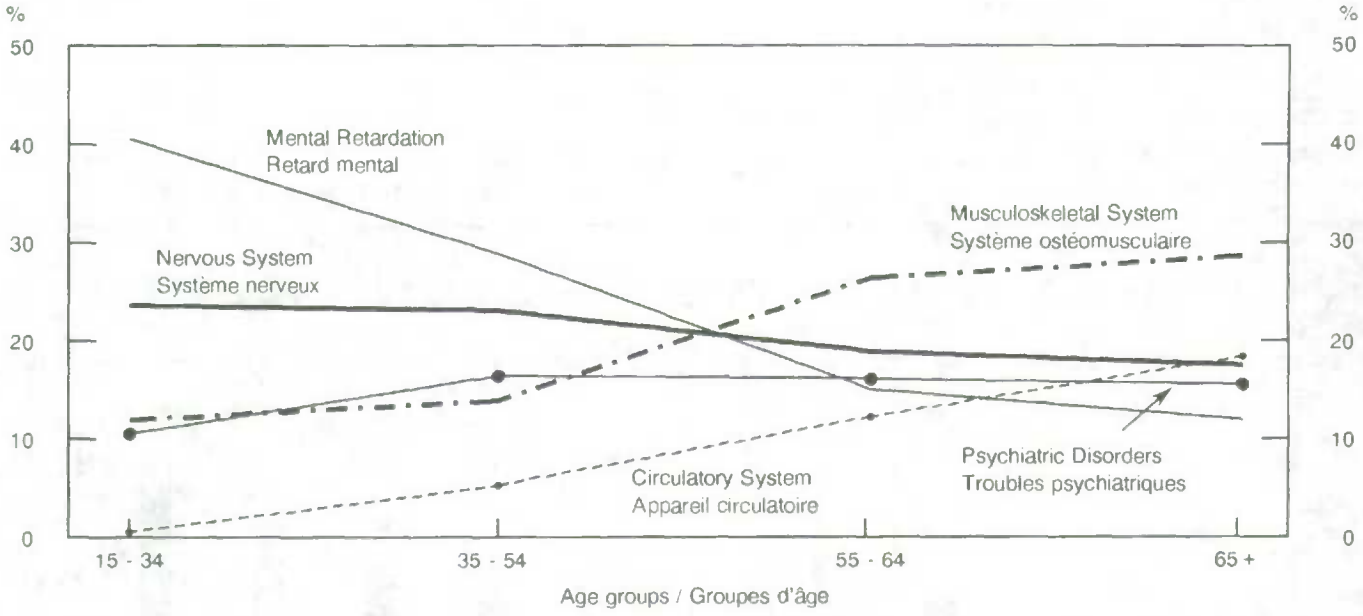
Chez ceux âgés de 15 à 34 ans, les causes les plus fréquentes sont le retard mental (41%) et les maladies du système nerveux et des organes des sens (24%) (graphique 6). Avec l'âge, le retard mental perd de l'importance. Chez ceux âgés de 55 ans ou plus, les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (y compris l'arthrite et le rhumatisme) sont les causes les plus importantes, suivies des maladies du système nerveux.

Chart 6

Selected Disabling Conditions among Disabled Adults in Institutions, 1987

Graphique 6

Affections incapacitantes chez les adultes ayant une incapacité et vivant en établissement, 1987



Source: Health and Activity Limitation Survey

Source: Enquête sur la santé et les limitations d'activités

Assistance with Daily Activities

About 90% of the 245,000 disabled adults living in institutions required some assistance with shopping. Those aged 15 to 34 most often received help from the institution (76%) while those 65 years of age and over most often received help from someone outside the institution (71%) – for example, family or friends (Table 1).

Aide pour les activités quotidiennes

Environ 90% des 245,000 adultes ayant une incapacité et vivant en établissement ont besoin d'une aide quelconque pour leurs emplettes. Les personnes âgées de 15 à 34 ans reçoivent la plupart du temps de l'aide de l'établissement (76%), alors que celles âgées de 65 ans ou plus reçoivent le plus souvent de l'aide de personnes n'appartenant pas à l'établissement (71%), par exemple de la famille ou des amis (Tableau 1).

Table 1.

Assistance with Activities Among Disabled Adults in Institutions, 1987

Tableau 1.

Aide requise pour les activités, chez les adultes ayant une incapacité et vivant en établissement, 1987

Activity Activité	Total	Age Group – Groupe d'âge 15 to 34 years 15 à 34 ans	35 to 54 years 35 à 54 ans	55 to 64 years 55 à 64 ans	65 years plus 65 ans ou plus
	%	%	%	%	%
Help with shopping – Aide pour les emplettes	91.0	91.8	85.6	87.1	91.8
by institution – fournie par l'établissement		75.9	64.0	49.9	28.9
by family/friend – fournie par la famille ou des amis		25.0	28.0	43.9	71.3
Help with personal finance – Aide pour les finances personnelles	87.4	90.5	82.1	84.0	87.9
by institution – fournie par l'établissement		74.6	56.2	39.7	18.9
by family/friend – fournie par la famille ou des amis		28.7	43.4	53.3	73.1
Help with daily personal care – Aide pour les soins personnels quotidiens	62.4	65.6	52.1	53.2	63.7

Help with personal finances was required by 87% of disabled people living in institutions. Again young adults were most likely to get help from the institution and those aged 65 and older were most likely to receive help from outside the institution.

About 62% of disabled people in institutions required daily help with personal care, which included washing, grooming, dressing and feeding oneself. Those aged 15-34 and 65 and over were most likely to require help.

Not surprisingly, those with severe disabilities were more likely to require assistance than those with slight or moderate disabilities. With shopping and personal finances the type of disability (mobility, agility, hearing or seeing) did not appear to influence the need for help (Chart 7).

Dans 87% des cas, les personnes ayant une incapacité et vivant en établissement ont besoin d'aide pour leurs finances personnelles. Là encore, ce sont les jeunes adultes qui sont les plus susceptibles d'avoir de l'aide de l'établissement, alors que les gens âgés de 65 ans ou plus recevront probablement de l'aide de personnes extérieures à l'établissement.

Environ 62% des personnes ayant une incapacité et vivant en établissement ont besoin d'aide tous les jours pour prendre soin d'elles-mêmes, c'est-à-dire se laver, se coiffer, s'habiller et se nourrir. C'est le groupe de personnes âgées 15 à 34 ans et de 65 ans ou plus qui est le plus susceptible d'avoir besoin d'aide.

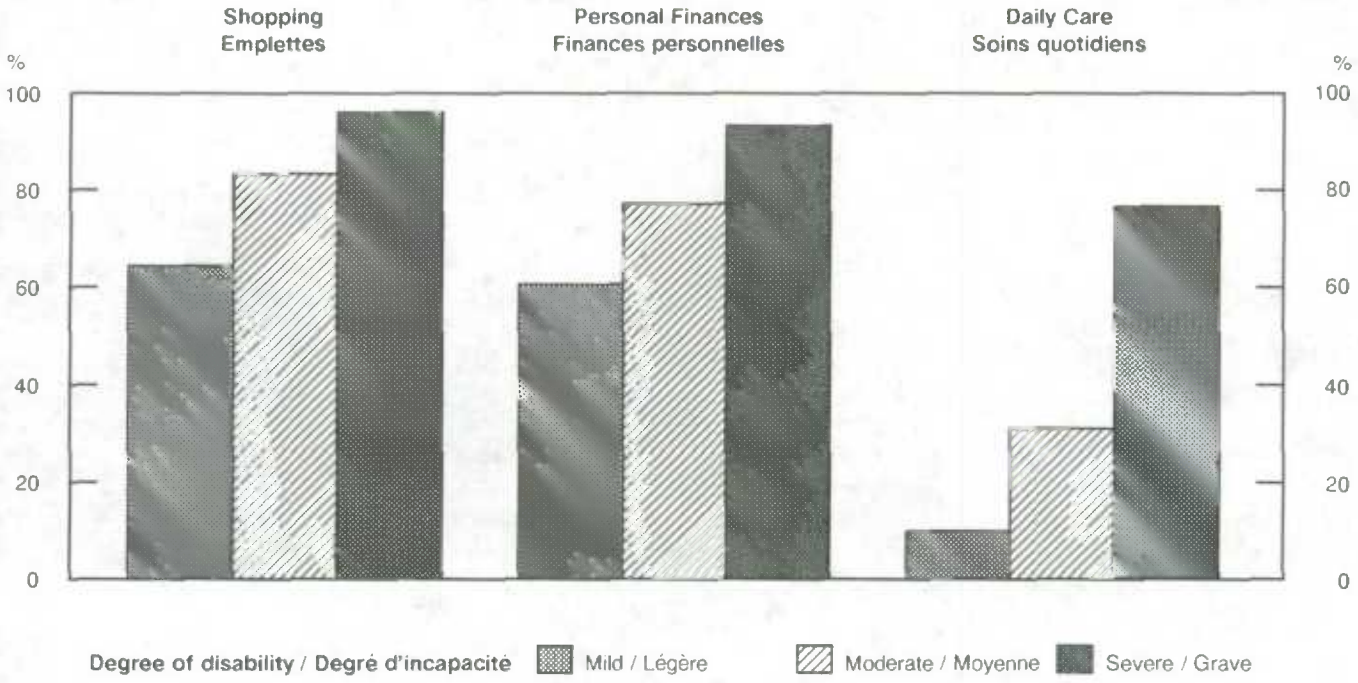
Il n'est pas étonnant de constater qu'il est plus vraisemblable que les personnes ayant une incapacité grave aient besoin d'aide plutôt que celles ayant une incapacité légère ou moyenne. Lorsque l'on considère les emplettes et les finances personnelles, le genre d'incapacité (mobilité, agilité, audition ou vision) ne semble pas avoir d'influence sur le besoin d'aide (graphique 7).

Chart 7

Assistance with Selected Activities among All Adults in Institutions, 1987

Graphique 7

Aide requise pour l'accomplissement d'activités par l'ensemble des adultes vivant en établissement, 1987



Source: Health and Activity Limitation Survey

Source: Enquête sur la santé et les limitations d'activités

Conclusions

People with disabilities residing in institutions tend to be more profoundly disabled than those residing in households. A larger percentage are severely disabled, have multiple disabilities, and require daily help with personal care, shopping and personal finances.

Almost 80% of disabled people in institutions are aged 65 or older. Institutionalization rates, the incidence of multiple disabilities, and the degree of disability all increase with age. Nearly twice as many disabled women as disabled men reside in institutions partly because women live longer, and partly because women tend to be more severely disabled than men.

References

1. Hamilton, Magda K. "The Health and Activity Limitation Survey." *Health Reports*, Volume 1, Number 2, p. 175-187.

2. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva, WHO, 1980, p. 143.

3. Special Study Number 5. *Measuring Disability*. Organization for Economic and Cultural Development, 1982.

Conclusions

Les personnes ayant une incapacité et vivant dans un établissement semblent avoir une plus grande incapacité que celles habitant dans un ménage. Un plus grand pourcentage d'entre elles ont une incapacité grave, ont des incapacités multiples et ont besoin d'aide tous les jours pour leurs soins personnels, leurs emplettes et leurs finances personnelles.

Près de 80% des personnes ayant une incapacité et vivant en établissement sont âgées de 65 ans ou plus. Les taux de placement en établissement, l'incidence d'incapacités multiples et le niveau d'incapacité augmentent tous trois avec l'âge. Près de deux fois plus de femmes que d'hommes ayant une incapacité habitent dans un établissement, ce qui est partiellement attribuable à la plus longue espérance de vie des femmes et à leur tendance à avoir une incapacité plus grave que les hommes.

Références

1. Hamilton, Magda K. "Enquête sur la santé et les limitations d'activités." *Rapports sur la santé, volume 1,* numéro 2, p. 175-187.

2. Organisation mondiale de la santé. "Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps." Genève, Organisation mondiale de la santé, 1980, p. 143.

3. Étude spéciale numéro 5. "Mesurer l'incapacité." Organisation de coopération et de développement économiques, 1982.

The Treatment of Mental Disorders in Hospitals

By Rod Riley and Alex Richman*

Abstract

This article examines mental disorders treated in Canadian general and psychiatric hospitals from 1971 to 1985-86. Significant changes occurred over the period of study. The analysis is based on hospital discharge data from eight provinces.

For several decades, mental disorders have been among the leading causes of hospital use. In 1985-86, mental disorders accounted for about 10.8% of total days of care given in general hospitals.

The total discharge rate for mental disorders treated in general and psychiatric hospitals declined moderately from 1971 to 1985-86. However the rate for functional psychoses has increased, while for other diagnoses the rates have decreased.

The two diagnostic categories most often found in active treatment programs shifted position over the period. In 1971, the rate for general clinical disorders was almost twice that of functional psychoses; since 1981-82, the functional psychoses rate has exceeded the general clinical disorders rate.

Discharge rates for functional psychosis for the elderly increased considerably, but remained stable in other age groups. This suggests that mental illness is being diagnosed more often in the elderly, and that treatment of their mental illnesses is more often undertaken.

Introduction

Mental disorders have been a leading cause of hospital use for several decades, despite de-institutionalization policies and programs. Disorders treated in hospitals include organic psychotic conditions, functional psychoses, neurotic disorders, personality disorders, alcohol and drug problems, and mental retardation. This wide range of conditions requires many kinds of health personnel and treatment approaches.

This study focuses on patients with functional psychoses and general clinical disorders who have been discharged from the active psychiatric treatment programs of general and psychiatric hospitals. The data analyzed cover 1971 to 1985-86 and are based on hospital morbidity statistics which provinces provide annually to the Canadian Centre for Health Information.

* *Dr. Alex Richman, Clinical Research Centre, Faculty of Medicine, Dalhousie University*

Le traitement des troubles mentaux dans les hôpitaux

Rod Riley et Alex Richman

Résumé

Le présent article porte sur le traitement des troubles mentaux dans les hôpitaux généraux et psychiatriques canadiens de 1971 à 1985- 86. D'importants changements sont survenus au cours de cette période. L'analyse est fondée sur les données relatives aux sorties des hôpitaux de huit provinces.

Depuis plusieurs décennies, les troubles mentaux comptent parmi les principales causes d'hospitalisation. En 1985-86, ils représentaient environ 10.8% de l'ensemble des jours de soins donnés dans les hôpitaux généraux.

Le taux global de sortie faisant suite à une hospitalisation pour troubles mentaux traités dans des hôpitaux généraux ou psychiatriques diminue légèrement entre 1971 et 1985-86. Toutefois, le taux pour psychose fonctionnelle augmente alors que les taux pour les autres diagnostics diminuent.

Au cours de la période étudiée, l'importance relative des deux catégories de diagnostics les plus souvent notés dans les programmes de soins de courte durée a changé. En 1971, le taux de troubles cliniques généraux était presque le double de celui des psychoses fonctionnelles; depuis 1981-82, le taux de psychoses fonctionnelles a dépassé celui des troubles cliniques généraux.

Les taux de sortie faisant suite à une hospitalisation pour psychose fonctionnelle ont considérablement augmenté chez les personnes âgées, mais sont demeurés stables dans les autres groupes d'âge. Cela laisse supposer que la maladie mentale est plus fréquemment diagnostiquée et traitée chez les personnes âgées.

Introduction

Les troubles mentaux sont l'une des principales causes d'hospitalisation depuis plusieurs décennies, malgré la politique et les programmes de déshospitalisation. Les troubles traités dans les hôpitaux comprennent les psychoses organiques et fonctionnelles, les névroses, les troubles de la personnalité, l'alcoolisme, la toxicomanie et le retard mental. Ce large éventail d'affections exige un grand nombre de spécialistes et d'approches thérapeutiques différentes.

La présente étude porte principalement sur les patients atteints de psychoses fonctionnelles et de troubles cliniques généraux qui ont été libérés des programmes de soins psychiatriques de courte durée des hôpitaux généraux et psychiatriques. Les données analysées couvrent la période de 1971 à 1985-86 et sont fondées sur les statistiques de morbidité hospitalière que les provinces fournissent tous les ans au Centre canadien d'information sur la santé.

* *Dr Alex Richman, Clinical Research Centre, Faculty of Medicine, Dalhousie University.*

Defining Mental Disorders

In the *International Classification of Diseases* (ICD) published by the World Health Organization (1), the chapter on "Mental Disorders" covers a wide range of conditions including schizophrenia, paranoid states, personality disorders, neurotic disorders, sexual disorders, acute reactions to stress, alcohol and/or drug problems, adjustment reactions, and mental retardation. The complexity of mental disorders has been noted by many researchers:

> Consider, for example, that the categories range from brain syndrome through psychoneurosis to personality disorders; that the causes include many different combinations of genetic, traumatic, infectious, nutritional, degenerative, psychological, societal, and cultural factors; that syndromes vary widely in the degree to which the causes are dependably known, with general paresis at one extreme and personality disorders at the other; that the degree of disability ranges from slight to total; that dangerousness ranges from none to great; that duration runs from transient situational disorders to life-long psychoses; that frequency in populations ranges from the rate fou savant to exceedingly common patterns of anxiety and depression; and that treatability extends from good responses to reassurance and medication to intractability in the face of every known remedy (2).

For this study, the diagnostic categories of the ICD Chapter V on Mental Disorders were divided into two groups (Table 1). Group I accounts for most mental disorder discharges from general and psychiatric hospitals and is the focus of this paper. Group II represents disorders for which alternate specialized facilities are used on a more frequent basis than disorders in Group I.

The data for mental disorders in Group I have been sorted into four groups by length of hospital stay: under 6 days, 6-90 days, 91-365 days, and 366+ days. The 6 to 90 day active treatment group is the largest and forms the major part of the analysis. Many patients in the under 6 day group are in hospital for stabilization or psychiatric assessment. The 91-365 day group is a mix of active treatment and longer-stay cases; and the 366+ day group is the long-stay population.

Définition des troubles mentaux

Dans la *Classification internationale des maladies* (CIM), publiée par l'Organisation mondiale de la santé (1), le chapitre sur les «Troubles mentaux» traite d'un vaste éventail d'affections dont la schizophrénie, la paranoïa, les troubles de la personnalité, les névroses, les troubles sexuels ou engendrés par le stress, l'alcoolisme, la toxicomanie, les troubles de l'adaptation et le retard mental. Nombre de chercheurs ont souligné la complexité des troubles mentaux:

> Considérons, par exemple, que les catégories varient du syndrome cérébral aux troubles de la personnalité en passant par les psychonévroses; que les causes peuvent comprendre bon nombre de combinaisons différentes de facteurs génétiques, traumatiques, infectueux, nutritionnels, dégénérescents, psychologiques, sociétaux et culturels; que les syndromes varient grandement selon le degré de connaissance des causes, allant d'un extrême, la parésie générale, à l'autre, les troubles de la personnalité; que le degré d'incapacité s'échelonne de léger à total; que le danger peut être nul ou très grand; que la durée varie de la période transitoire des troubles réactionnels à la permanence des psychoses; que la fréquence dans la population varie de la rareté du fou savant aux phénomènes courants d'anxiété et de dépression et que la guérison s'échelonne des bonnes réponses au réconfort et aux médicaments à l'incurabilité malgré tous les remèdes connus (2).

Aux fins de l'étude, les catégories de diagnostics du chapitre V sur les troubles mentaux de la CIM ont été divisées en deux groupes (tableau 1). Le groupe I rassemble les diagnostics établis pour la plupart des patients sortant des hôpitaux généraux et psychiatriques et donc constitue le point central de notre analyse. Les troubles cliniques généraux comprennent la plupart des troubles non psychotiques. Le groupe II quant à lui réunit les troubles pour lesquels des installations spécialisées sont utilisées plus fréquemment que pour le groupe I.

Les données sur les troubles mentaux pour le premier groupe de diagnostics ont été réparties en quatre sous-groupes selon la durée de l'hospitalisation: moins de 6 jours, de 6 à 90 jours, de 91 à 365 jours et 366 jours et plus. Les soins de courte durée, de 6 à 90 jours, sont les plus fréquents et constituent le principal volet de l'analyse. Bon nombre de patients hospitalisés pour moins de 6 jours le sont à des fins de stabilisation ou d'évaluation psychiatrique. Les cas d'hospitalisation s'échelonnant entre 91 et 365 jours nécessitent des soins de courte ou de plus longue durée, tandis qu'une hospitalisation de 366 jours et plus implique des soins de longue durée.

Table 1.

Mental Disorders

Tableau 1.

Troubles mentaux

Group I – Groupe I

Functional psychoses **Psychoses fonctionnelles**	**ICD codes** **Code CIM**
Schizophrenia – Psychoses schizophréniques	295
Affective psychoses – Psychoses affectives	296
Paranoid state – États délirants	297
Other nonorganic psychoses – Autres psychoses non organiques	298
Child psychoses – Psychoses spécifiques de l'enfance	299
General clinical disorders **Troubles cliniques generaux**	
Neuroses – Troubles névrotiques	300
Personality disorders – Troubles de la personnalité	301
Sexual deviations and disorders – Deviations et troulbes sexuels	302
Physiological malfunction arising from mental factors – Troubles de fonctionnement physiologique d'origine psychique	306
Special symptoms or syndromes not elsewhere classified – Symptômes ou troubles spéciaux non classés ailleurs	307
Acute reaction to stress – États réactionnels aigus à une situation trés éprouvante	308
Adjustment reaction – Troubles de l'adaptation	309
Depressive disorders not elsewhere classified – Troubles dépressifs non classés ailleurs	311
Disturbance of conduct not elsewhere classified – Troubles de la conduite non classés ailleurs	312
Disturbance of emotions specific to childhood and adolescence – Troubles de l'affectivite spécifiques de l'enfance et de l'adolescence	313
Hyperkinetic syndrome of childhood – Instabilité de l'enfance	314
Specific delays in development – Retards spécifiques de dévelopement	315
Psychic factors associated with diseases classified elsewhere – Facteurs psychiques associés à des affections classées ailleurs	316

Group II – Groupe II

Alcohol and drug problems – Psychoses alcooliques et dues aux drogues; syndrome de dépendance alcoolique et pharmacodépendance	291, 292, 303-305
Organic psychotic conditions and nonpsychotic mental disorders following organic brain damage – États psychotiques organiques et troubles mentaux spécifiques non psychotiques consécutifs à une atteinte cérébrale organique	290, 294, 310
Mental retardation – Retard mental	317-319

The data source for general hospitals was the admission/discharge form completed by the hospital for each patient and subsequently submitted to provincial hospital insurance commissions. The data for the psychiatric hospitals were collected by mental health divisions of provincial ministries of health. After deleting information that identifies individual patients, the provinces submit these data annually to the Canadian Centre for Health Information.

La source de données pour les hôpitaux généraux est le formulaire d'admission et de sortie rempli par les hôpitaux pour chaque patient, puis présenté aux commissions d'assurance-hospitalisation des provinces. Les données pour les hôpitaux psychiatriques sont réunies par les divisions de la santé mentale des ministères provinciaux de la santé. Après avoir supprimé les renseignements permettant d'identifier les patients, les provinces soumettent ces données tous les ans au Centre canadien d'information sur la santé.

Patients can be admitted to a hospital and discharged several times in a year, therefore the data reflect total inpatient discharges, not the number of individual patients. In about 2% of cases, patients were treated outside their province of residence. The provinces of Manitoba and New Brunswick were not included in this study due to incomplete data.

Psychiatric hospitals treat only mental disorders. General hospitals treat patients with mental disorders in special units (psychiatric or chemical dependency) and in general wards not restricted to mental disorders.

Results

Mental Disorders
General Hospitals

Mental disorders are one of the leading causes of hospitalization in general hospitals. In 1985-86 they accounted for the second highest total of hospital days and the seventh highest total of hospital discharges (Chart 1). Mental disorders accounted for 4.3 million days of care in 1985-86, an increase of 95.5% over the 2.2 million in 1971 (Table 2). Mental disorders comprised 10.8% of total general hospital days in 1985-86, compared to 5.7% in 1971 (Chart 2). Discharges rose from 121,335 in 1971 to 144,778 in 1985-86, an 19.3% increase.

Il est possible que les patients soient admis puis libérés plusieurs fois par année. Les données représentent donc le nombre total de sorties et non le nombre de patients. Dans environ 2% des cas, les patients ont été traités à l'extérieur de leur province de résidence. Les données sur le Manitoba et le Nouveau-Brunswick n'étant pas complètes, ces provinces ont été exclues de l'étude.

Les hôpitaux psychiatriques ne soignent que les troubles mentaux. Les hôpitaux généraux traitent les patients souffrant de troubles mentaux soit dans des unités spéciales (psychiatrie ou chimiodépendance), ou dans des services généraux non réservés aux troubles mentaux.

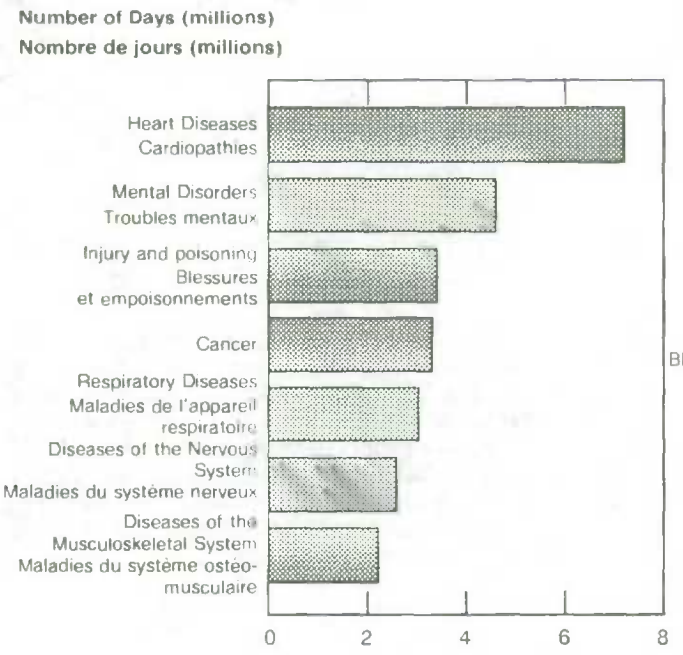
Résultats

Troubles mentaux
Hôpitaux généraux

Les troubles mentaux sont l'une des principales causes d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux. En 1985-86, ils venaient au deuxième rang pour ce qui est du total des jours d'hospitalisation et au septième rang quant au nombre de sorties (graphique 1). Ils avaient nécessité 4.3 millions de jours de soins en 1985-86, soit une hausse de 95.5% par rapport aux 2.2 millions de 1971 (tableau 2). Ils représentaient 10.8% de l'ensemble des jours d'hospitalisation en 1985- 86 comparativement à 5.7% en 1971 (graphique 2). Le nombre de sorties est passé de 121,335 en 1971 à 144,778 en 1985-86, soit une hausse de 19.3%.

Chart 1

Leading Causes of Utilization in General Hospitals, 1985/86



Graphique 1

Principales causes d'hospitalisation hôpitaux généraux, 1985/86

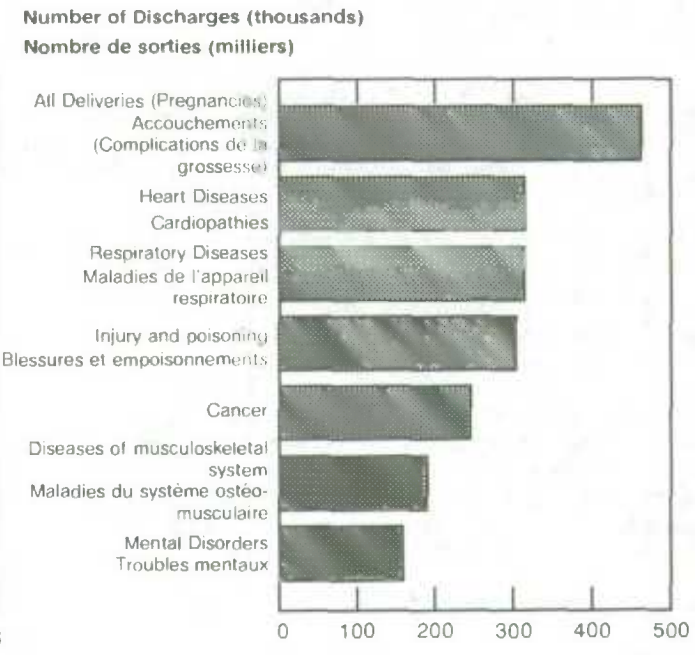


Table 2.

Separations and Days of Care

Tableau 2.

Sorties et jours de soins

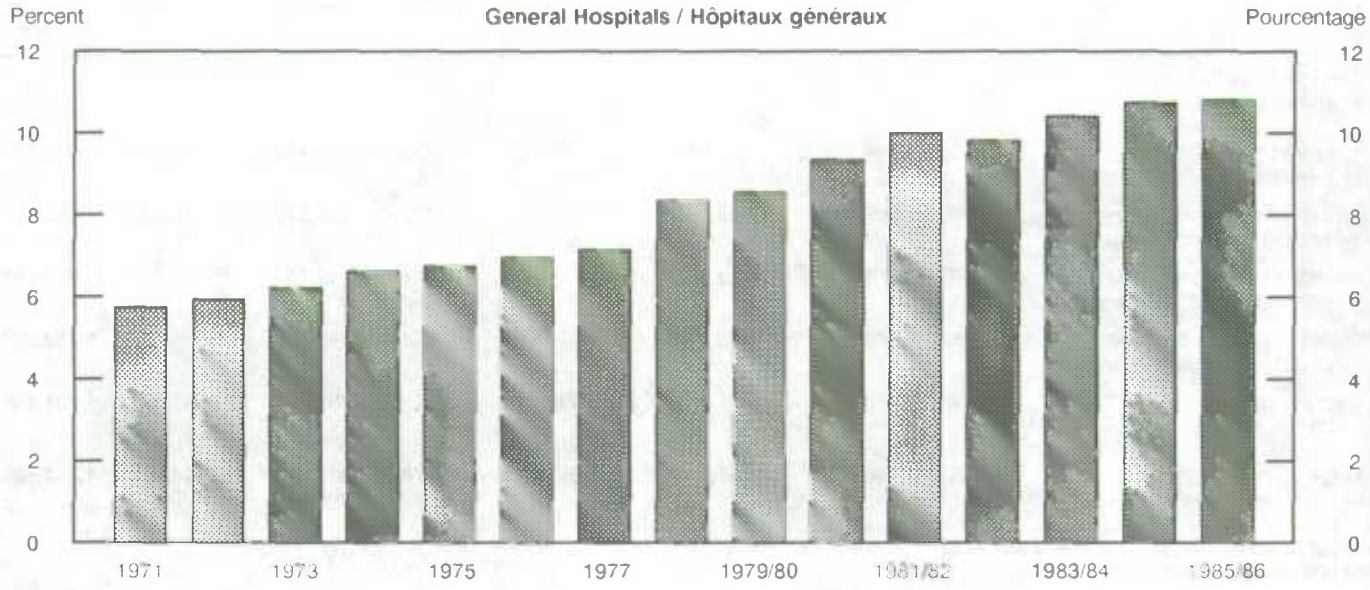
	1971		1976		1981/82		1985-86	
	Separations Sorties	Days Jours de soins	Separations Sorties	Days Jours de soins	Separations Sorties	Days Jours de soins	Separations Sorties	Days Jours de soins
General hospitals – Hôpitaux généraux								
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	26,848	654,124	33,588	823,865	42,188	1,503,498	47,708	1,593,983
General clinical disorders – Troubles cliniques généraux	65,295	968,148	62,914	864,026	61,330	921,969	58,068	928,465
Alcohol and drug problems – Alcoolisme et toxicomanie	23,393	264,192	33,353	365,161	31,141	369,467	28,387	346,217
Organic psychotic conditions – Etats psychotiques organiques	4,115	203,265	5,555	441,976	8,590	1,193,300	9,827	1,362,326
Mental retardation – Retard mental	1,684	110,590	1,344	51,632	1,021	231,693	788	101,889
Total	**121,335**	**2,200,319**	**136,754**	**2,546,660**	**144,270**	**4,219,927**	**144,778**	**4,332,880**
Psychiatric hospitals – Hôpitaux psychiatriques								
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	18,204	10,592,040	18,557	8,446,875	16,324	3,432,978	16,199	3,644,169
General clinical disorders – Troubles cliniques généraux	13,877	1,111,365	12,693	919,009	9,489	622,659	9,099	703,383
Alcohol and drug problems – Alcoolisme et toxicomanie	8,787	565,728	7,964	535,692	5,311	282,008	5,447	307,549
Organic psychotic conditions – Etats psychotiques organiques	2,839	1,857,319	2,750	1,732,746	1,917	1,106,835	1,703	972,352
Mental retardation – Retard mental	1,670	3,203,370	1,821	3,275,354	1,116	1,068,296	1,079	1,305,829
Total	**45,777**	**17,329,822**	**43,785**	**14,909,676**	**34,157**	**6,512,776**	**33,527**	**6,933,282**
General and psychiatric hospitals – Hôpitals généraux et psychiatriques								
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	45,052	11,246,164	52,145	9,270,740	58,512	4,936,476	63,907	5,238,152
General clinical disorders – Troubles cliniques généraux	79,172	2,079,513	75,607	1,783,035	70,819	1,544,628	67,167	1,631,848
Alcohol and drug problems – Alcoolisme et toxicomanie	32,180	829,920	41,317	900,853	36,452	651,475	33,834	653,766
Organic psychotic conditions – Etats psychotiques organiques	6,954	2,060,584	8,305	2,174,722	10,507	2,300,135	11,530	2,334,678
Mental retardation – Retard mental	3,354	3,3 3,960	3,165	3,326,986	2,137	1,299,989	1,867	1,407,718
Total	**166,712**	**19,530,141**	**180,539**	**17,456,336**	**178,427**	**10,732,703**	**178,305**	**11,266,162**

Chart 2

Percentage of Patient Days for Mental Disorders

Graphique 2

Pourcentage des jours d'hospitalisation pour troubles mentaux



Psychiatric Hospitals

Discharges from psychiatric hospitals decreased from 45,377 in 1971 to 33,527 in 1985-86, a drop of 26.1% (Table 2). Patient days declined 60.0%, from 17.3 million in 1971 to 6.9 million in 1985-86. Throughout the period, long-stay patients accounted for the majority of patient days. In 1971, discharges with over one year's length of stay accounted for 87.5% of total days of care but only 10.3% of total discharges; the average length of stay for these discharges was 8.9 years (Table 3). In 1985-86, the long-stay group accounted for 79.0% of total days of care and 6.0% of total discharges, with an average stay of 7.4 years. The total number of discharges for long-stay patients decreased 56.8% from 1971 to 1985-86, while days of care dropped by 63.9%.

Hôpitaux psychiatriques

Le nombre de sorties des hôpitaux psychiatriques est passé de 45,377 en 1971 à 33,527 en 1985-86, soit une diminution de 26.1% (tableau 2). Les jours d'hospitalisation, en majeure partie pour des soins de longue durée, ont diminué de 60.0%, passant de 17.3 millions en 1971 à 6.9 millions en 1985-86. En 1971, 10.3% des patients sortants avaient été hospitalisés pendant plus d'un an et avaient nécessité 87.5% des jours de soins; la durée moyenne de leur hospitalisation avait été de 8.9 ans (tableau 3). En 1985-86, au groupe hospitalisé pour des soins de longue durée, on associait 6% du nombre de sorties, 79% de l'ensemble des jours de soins et une hospitalisation moyenne de 7.4 ans. Le nombre total de sorties de patients hospitalisés pour des soins de longue durée a diminué de 56.8% entre 1971 et 1985-86, alors que les jours de soins ont enregistré une baisse de 63.9%.

Table 3.
Psychiatric Hospitals

Tableau 3.
Hôpitaux psychiatriques

	Total		One Year and Under / Une année et moins		Over One Year / Plus d'une année	
	Discharges / Sorties	Days of Care / Jours de soins	Discharges / Sorties	Days of Care / Jours de soins	Discharges / Sorties	Days of Care / Jours de soins
1971						
Number – Nombre	45,377	17,329,822	40,691	2,167,382	4,686	15,162,440
Percent – Pourcentage	100.0	100.0	89.7	12.5	10.3	87.5
1976						
Number – Nombre	43,785	14,909,676	39,962	1,878,795	3,823	13,030,881
Percent – Pourcentage	100.0	100.0	91.3	12.6	8.7	87.4
1981/82						
Number – Nombre	34,157	6,512,776	32,048	1,532,826	2,109	4,979,950
Percent – Pourcentage	100.0	100.0	93.8	23.5	6.2	76.5
1985/86						
Number – Nombre	33,527	6,933,282	31,503	1,458,218	2,024	5,475,064
Percent – Pourcentage	100.0	100.0	94.0	21.0	6.0	79.0

General and Psychiatric Hospitals

The total discharge rate per 100,000 population for mental disorders treated in general and psychiatric hospitals declined 9.0% from 1971 to 1985-86, despite an increase in the number of discharges. (Table 4).

The general hospital discharge rate rose from 609.6 in 1971 to 619.3 in 1985-86, a 1.6% increase. The rate for psychiatric hospitals decreased 37.1%, from 228.0 to 143.4.

Examining mental disorder discharges by diagnostic groups reveals a consistent ranking since 1971 in both general and psychiatric hospitals (Chart 3). In 1985-86, the distribution of discharges by type of mental disorder in general hospitals was: general clinical disorders, 40.1%; functional psychoses, 33.0%; alcohol and/or drug problems, 19.6%; organic psychotic conditions, 6.8%; and mental retardation, 0.5%. In psychiatric hospitals, the distribution was: functional psychoses, 48.3%; general clinical disorders, 27.1%; alcohol and/or drug problems, 16.2%; organic psychotic conditions, 5.1%; and mental retardation, 3.3%.

Hôpitaux généraux et psychiatriques

Le taux global de sorties (par 100,000 habitants) après une hospitalisation pour troubles mentaux dans les hôpitaux généraux et psychiatriques a diminué de 9% entre 1971 et 1985-86, malgré une hausse du nombre de sorties. (Tableau 4).

Le taux de sortie des hôpitaux généraux est passé de 609.6 en 1971 à 619.3 en 1985-86, soit une hausse de 1.6%. Dans le cas des hôpitaux psychiatriques, le taux s'est abaissé de 37.1%, passant de 228 à 143.4.

Si l'on examine les sorties après une hospitalisation pour troubles mentaux selon les groupes de diagnostics, on constate un ordre constant depuis 1971 tant pour les hôpitaux généraux que les hôpitaux psychiatriques (graphique 3). En 1985-86, les sorties des hôpitaux généraux selon le type de troubles mentaux se répartissaient ainsi: troubles cliniques généraux 40.1%; psychoses fonctionnelles, 33.0%; alcoolisme et toxicomanie, 19.6%; états psychotiques organiques, 6.8% et retard mental, 0.5%. Dans les hôpitaux psychiatriques, la répartition était la suivante: psychoses fonctionnelles, 48.3%; états cliniques généraux, 27.1%; alcoolisme et toxicomanie, 16.2%; états psychotiques organiques, 5.1%, et retard mental, 3.3%.

Table 4.

Major Indicators of Utilization

Tableau 4.

Principaux indicateurs du recours aux soins hospitaliers

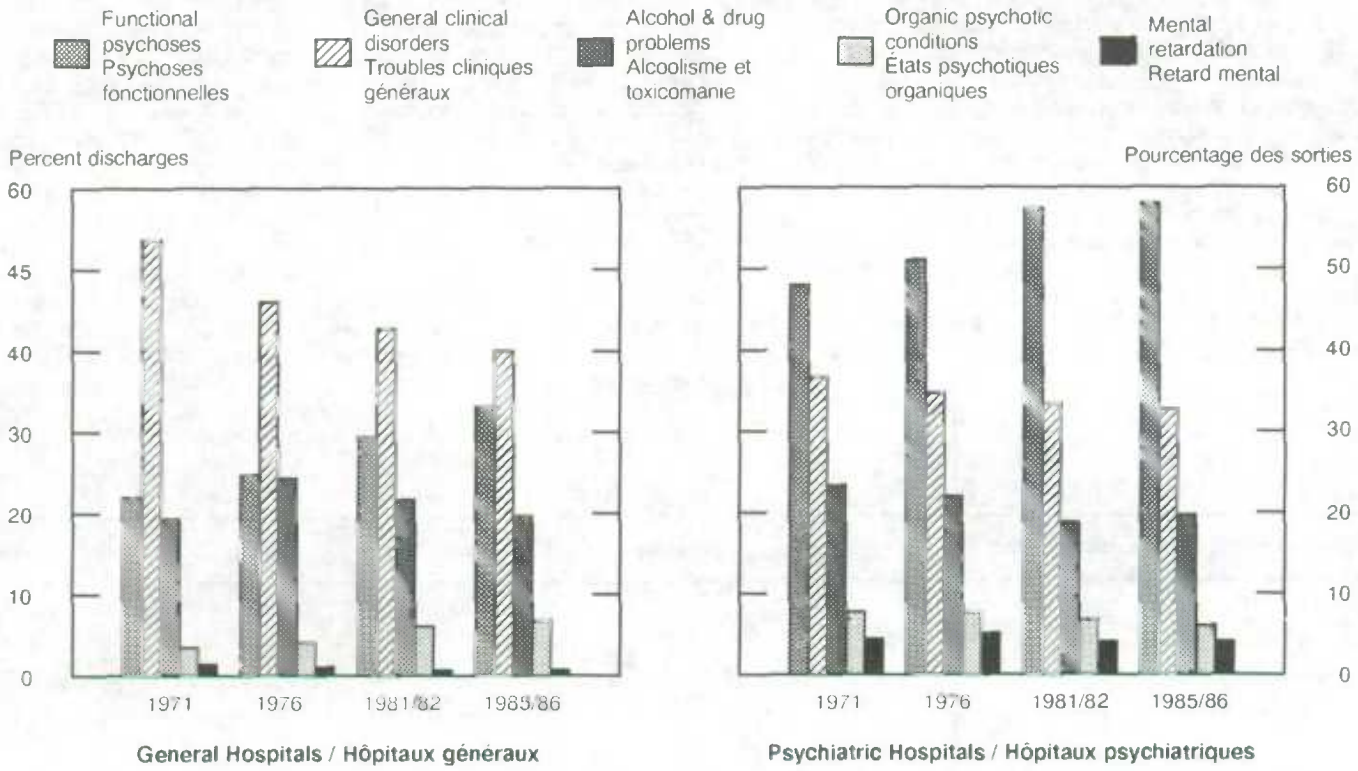
	Discharges Sorties	Discharges per 100,000 Population Sorties par 100,000 habitants	Days of Care Jours de soins	Days of Care per 100,000 Population Jours de soins par 100,000 habitants
General hospitals – Hôpitaux généraux				
1971	121,335	609.6	2,200,319	11,054.4
1973	135,838	665.8	2,398,268	11,754.7
1976	136,754	643.3	2,546,660	11,978.8
1979/80	145,762	659.7	3,273,492	14,815.3
1981/82	144,270	637.0	4,219,927	18,632.8
1983/84	146,857	634.9	3,974,855	17,184.6
1985/86	144,778	619.3	4,332,880	18,532.5
Psychiatric hospitals – Hôpitaux psychiatriques				
1971	45,377	228.0	17,329,822	87,064.9
1973	46,652	228.7	17,129,757	83,958.7
1976	43,785	206.0	14,909,676	70,130.8
1979/80	37,907	171.6	10,663,414	48,260.8
1981/82	34,157	150.8	6,512,776	28,756.6
1983/84	33,147	143.3	7,343,263	31,747.4
1985/86	33,527	143.4	6,933,282	29,654.9
General and psychiatric hospitals – Hôpitaux généraux et physiatriques				
1971	166,712	837.6	19,530,141	98,119.2
1973	182,490	894.4	19,528,025	95,713.4
1976	180,539	849.2	17,456,336	82,109.6
1979/80	183,669	831.2	13,936,906	63,076.1
1981/82	178,427	787.8	10,732,703	47,389.4
1983/84	180,004	778.2	11,318,118	48,932.0
1985/86	178,305	762.6	11,266,162	48,187.4

Chart 3

Mental Disorder Discharges

Graphique 3

Hospitalisation pour troubles mentaux



Group I Disorders

Discharges

In 1985-86, Group I disorders, that is functional psychoses and general clinical disorders, accounted for 73.1% of all mental disorder discharges in general hospitals and 75.4% in psychiatric hospitals. these percentages have been fairly stable since 1971. However, there have been changes in percentage distribution of these two diagnostic groups. Functional psychoses increased from 29.1% of Group I general hospital discharges in 1971 to 45.0% in 1985-86, and from 56.7% to 64.0% of psychiatric hospital discharges (Chart 4). Correspondingly, general clinical disorders decreased from 70.9% of Group I general hospital discharges in 1971 to 55.0% in 1985-86, and dropped from 43.4% to 36.0% in psychiatric hospitals (Chart 5).

Troubles du groupe I

Sorties

En 1985-86, les troubles du groupe I, soit les psychoses fonctionnelles et les troubles cliniques généraux, étaient associés à 73.1% du nombre des sorties pour les hôpitaux généraux et à 75.4% pour les hôpitaux psychiatriques. Ces pourcentages sont demeurés relativement stables depuis 1971. On a toutefois observé des changements dans la répartition en pourcentage de ces deux groupes de diagnostics. Les cas de psychose fonctionnelle sont passées, pour les hôpitaux généraux, de 29.1% a des sorties en 1971 à 45% en 1985-86 et, pour les hôpitaux psychiatriques, de 56.7% à 64% (graphique 4). Parallèlement, les cas de troubles cliniques généraux sont passées, pour les hôpitaux généraux, de 70.9% des sorites en 1971 à 55% en 1985- 86 et, pour les hôpitaux psychiatriques, de 43.4% à 36% (graphique 5).

Chart 4

Graphique 4

General Hospitals Discharges

Sorties hôpitaux généraux

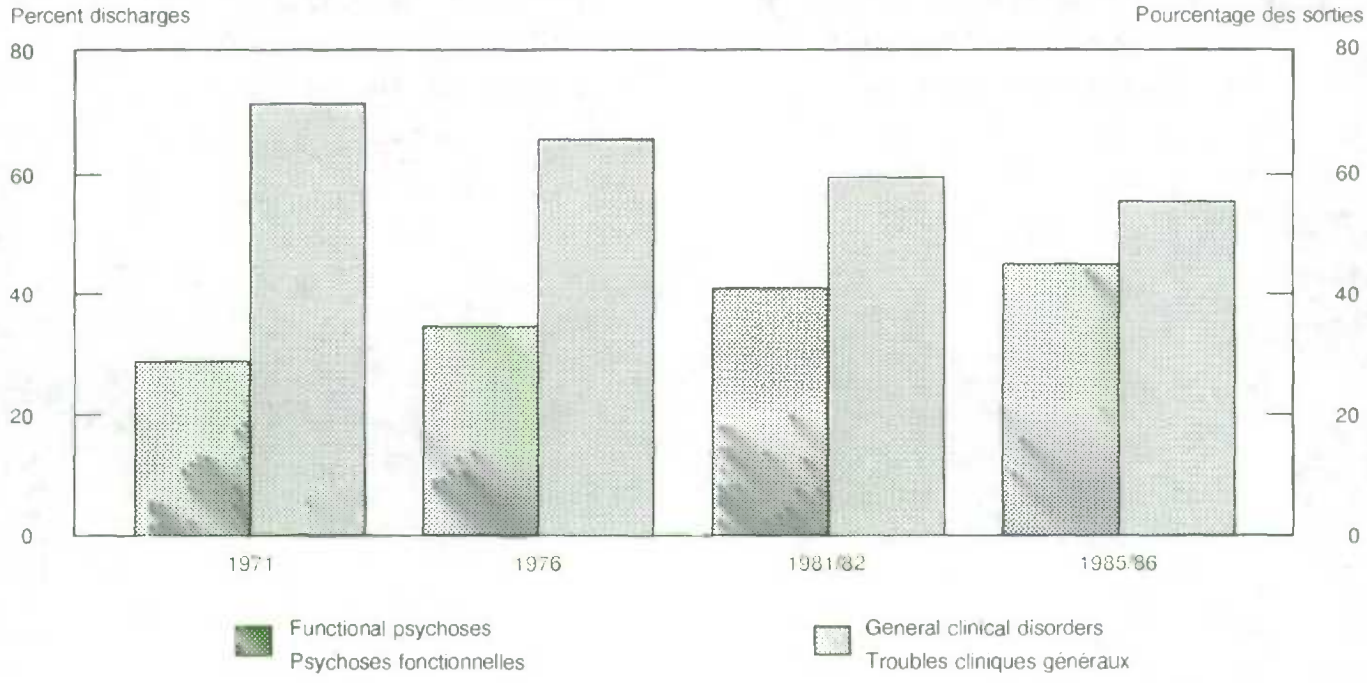
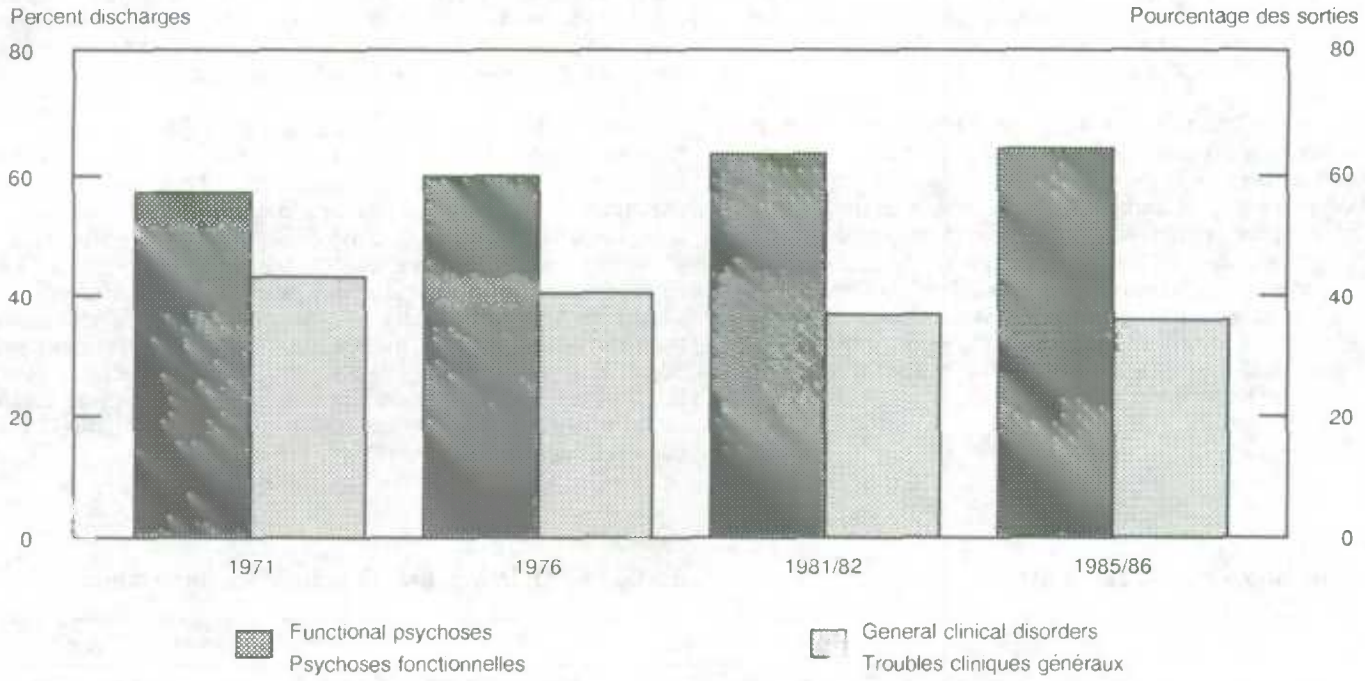


Chart 5

Psychiatric Hospitals Discharges

Graphique 5

Sorties hôpitaux psychiatriques



Length of Stay

Length of stay for functional psychoses and general clinical disorders varied considerably (Table 5). The 6 to 90 days category accounted for the largest percentage of discharges in both general and psychiatric hospitals, comprising 74.1% of total functional psychoses discharges and 60.0% of total general clinical disorder discharges in 1985-86.

From 1971 to 1985-86, discharges for stays of more than 90 days decreased in psychiatric hospitals and increased in general hospitals. Discharges with a length of stay of under 6 days increased in both types of hospital. Functional psychosis discharges with a length of stay of from 6-90 days showed very little change in psychiatric hospitals, but increased by 25.9% in general hospitals. General clinical disorder discharges with a length of stay of 6-90 days, decreased by 21.0% in general hospitals and by 43.2% in psychiatric hospitals.

Durée de l'hospitalisation

La durée de l'hospitalisation pour psychose fonctionnelle et troubles cliniques généraux varie considérablement (tableau 5). En 1985-86, la catégorie des 6 à 90 jours représentait le plus important pourcentage de sorties tant pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques, étant associée à 74.1% des sorties après une hospitalisation pour psychose fonctionnelle et à 60.0% des sorties après une hospitalisation pour troubles cliniques généraux.

Entre 1971 et 1985-86, les sorties faisant suite à une hospitalisation de plus de 90 jours ont diminué dans les hôpitaux psychiatriques et augmenté dans les hôpitaux généraux. Les sorties faisant suite à une hospitalisation de moins de 6 jours ont augmenté dans les deux types d'établissements. Le nombre de sorties faisant suite à une hospitalisation d'une durée de 6 à 90 jours pour psychose fonctionnelle est demeuré à peu près inchangé dans les hôpitaux psychiatriques, mais a augmenté de 25.9% dans les hôpitaux généraux. Les sorties faisant suite à une hospitalisation de 6 à 90 jours pour troubles cliniques généraux ont décru de 21% dans les hôpitaux généraux et de 43.2% dans les hôpitaux psychiatriques.

Table 5.

Discharges by Length of Stay

Tableau 5.

Sorties selon le nombre de jours d'hospitalisation

	Number – Nombre					Percentage – Pourcentage				
	Total	Under 6 Moins de 6	6-90 6-90	91-365 91-365 et plus	366 + 366	100.0%	Under 6 Moins de 6	6-90 6-90	91-365 91-365	366 + 366 et plus
General hospitals **Hôpitaux généraux**										
1971										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	26,848	5,485	28,679	663	21	100.0	20.4	77.0	2.5	0.1
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	65,295	21,269	43,390	622	14	100.0	32.6	66.5	0.9	–
1976										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	33,588	7,039	25,599	909	41	100.0	21.0	76.2	2.7	0.1
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	62,914	24,428	37,889	584	13	100.0	38.8	68.2	1.0	
1981/82										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	42,188	8,156	32,088	1,638	306	100.0	19.3	76.1	3.9	0.7
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	61,330	23,639	36,910	721	60	100.0	38.5	60.2	1.2	0.1
1985/86										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	47,708	9,307	36,112	2,023	266	100.0	19.5	75.7	4.2	0.6
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	58,068	22,789	34,250	969	60	100.0	39.2	59.0	1.7	0.1

Table 5.
Discharges by Length of Stay – Concluded

Tableau 5.
Sorties selon le nombre de jours d'hospitalisation – fin

	Number – Nombre					Percentage – Pourcentage				
	Total	Under 6 Moins de 6	6-90 6-90	91-365 91-365 et plus	366 + 366	100.0%	Under 6 Moins de 6	6-90 6-90	91-365 91-365	366 + 366 et plus
Psychiatric hospitals **Hôpitaux psychiatriques**										
1971										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	18,204	474	11,645	3,539	2,546	100.0	2.6	64.9	19.4	14.0
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	13,877	1,388	10,652	1,425	412	100.0	10.0	76.8	10.3	2.9
1976										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	18,557	1,052	12,617	2,983	1,905	100.0	5.7	68.8	16.1	10.2
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	12,693	1,853	9,427	1,132	281	100.0	14.6	74.3	8.9	2.2
1981/82										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	16,324	1,295	11,252	2,738	1,039	100.0	7.9	68.9	16.8	6.4
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	9,489	1,922	6,386	941	240	100.0	20.3	67.3	9.9	2.5
1985/86										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	16,199	1,317	11,231	2,662	989	100.0	8.1	69.3	16.5	6.1
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	9,099	1,900	6,046	910	243	100.0	28.9	66.4	10.9	2.7
General and psychiatric hospitals **Hôpitaux généraux et psychiatriques**										
1971										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	45,052	5,959	32,324	4,202	2,567	100.0	13.2	71.8	9.3	5.7
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	79,172	22,657	54,042	2,047	426	100.0	28.6	68.3	2.6	0.5
1976										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	52,145	8,091	38,216	3,892	1,946.	100.0	15.5	73.3	7.5	3.7
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	75,607	26,281	47,316	1,716	294	100.0	34.8	62.5	2.3	0.4
1981/82										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	58,512	9,451	43,340	4,376	1,345	100.0	16.2	74.0	7.5	2.3
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	70,819	25,561	43,296	1,662	300.	100.0	36.1	61.1	2.4	0.4
1985/86										
Functional psychoses – Psychoses fonctionnelles	63,907	10,624	47,343	4,685	1,255	100.0	16.6	74.1	7.3	2.0
General clinical disorder – Troubles cliniques généraux	67,167	24,689	40,296	1,879	303	100.0	36.8	60.0	2.8	0.4

Group I Disorders: 6-90 days

Discharges in the 6-90 day length of stay group constitutes the core group of patients in active psychiatric treatment programs. In contrast to 1971 there were more discharges from both hospitals in 1985-86 from the functional psychotic group than from the group with general clinical disorders.

Troubles du groupe I: hospitalisation de 6 à 90 jours

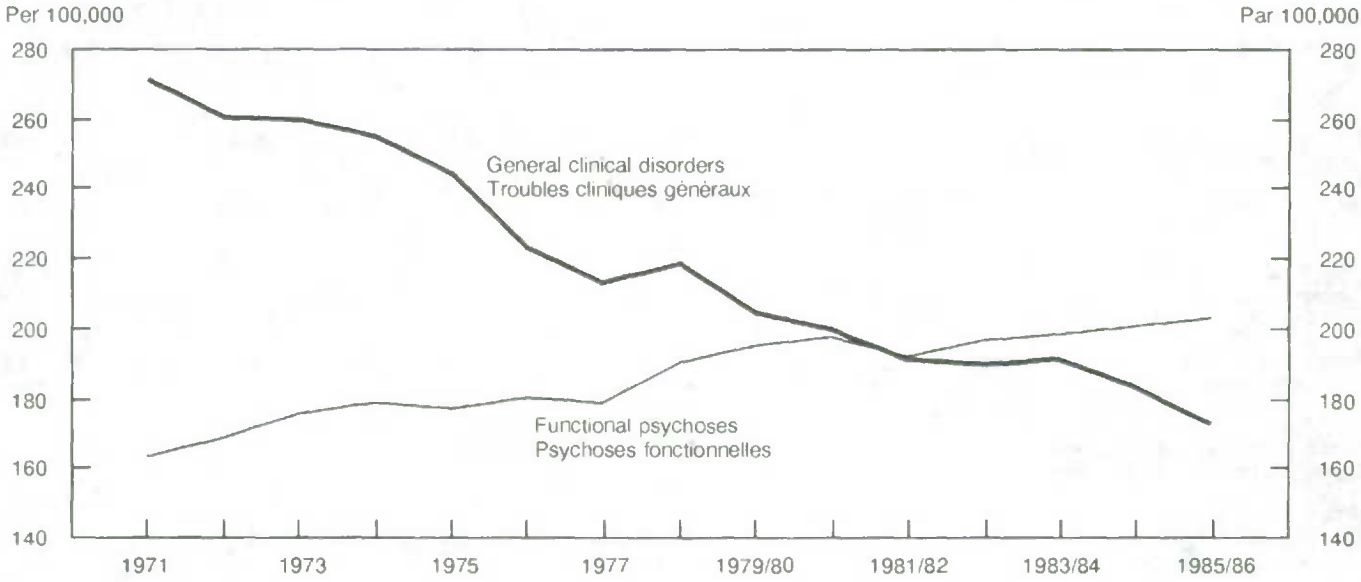
Les sorties après une hospitalisation de 6 à 90 jours sont attribuables en grande partie au groupe de patients suivant un programme de soins psychiatriques de courte durée. En comparaison avec 1971, il y avait plus de sorties en 1985-86, pour les deux types d'établissements, parmi le groupe hospitalisé pour psychose fonctionnelle que parmi le groupe hospitalisé pour troubles cliniques généraux.

Chart 6

Discharge Rates for General and Psychiatric Hospitals
(Length of Stay 6-90 days)

Graphique 6

Taux de sorties pour les hôpitaux généraux et psychiatriques
(Durée de l'hospitalisation, 6 à 90 jours)



Discharge Rates

Functional psychoses discharge rates for general and psychiatric hospitals increased 24.7% from 1971 to 1985-86, rising from 162.4 to 202.5 (Chart 6). The rate for general clinical disorders decreased 36.5%, dropping from 271.5 in 1971 to 172.4 in 1985-86. In 1971, the rate for general clinical disorders was almost twice that for functional psychoses; since 1981/82, the functional psychoses rate has exceeded the general clinical disorders rate.

Taux de sortie

Pour les hôpitaux généraux et psychiatriques, le taux de sortie après une hospitalisation pour psychose fonctionnelle a augmenté de 24.7% entre 1971 et 1985-86, passant de 162.4 à 202.5 (graphique 6). Le taux de sortie après une hospitalisation pour troubles cliniques généraux a diminué de 36.5%, passant de 271.5 en 1971 à 172.4 en 1985-86. En 1971, le taux relatif aux troubles cliniques généraux était presque le double du taux relatif aux psychoses fonctionnelles; depuis 1981-82, le second dépasse le premier.

Age-specific Rates

From 1971 to 1985-86, age-specific discharge rates for functional psychoses remained fairly consistent for the under 65 age groups. However, the rate increased 47.4% for the 65-74 age group and 184.9% for the 75+ age group (Chart 7). With general clinical disorders, little change occurred in the rates for the 65-74 and under 14 age groups. for the 15-54 age group rates decreased by about 50%. However the rate increased by 85.2% for the 75+ age group. For both diagnostic groups rates for the 75+ group were the lowest of all age groups in the early 1970's, but by 1985-86 the 75+ group had the highest rate.

Taux par groupe d'âge

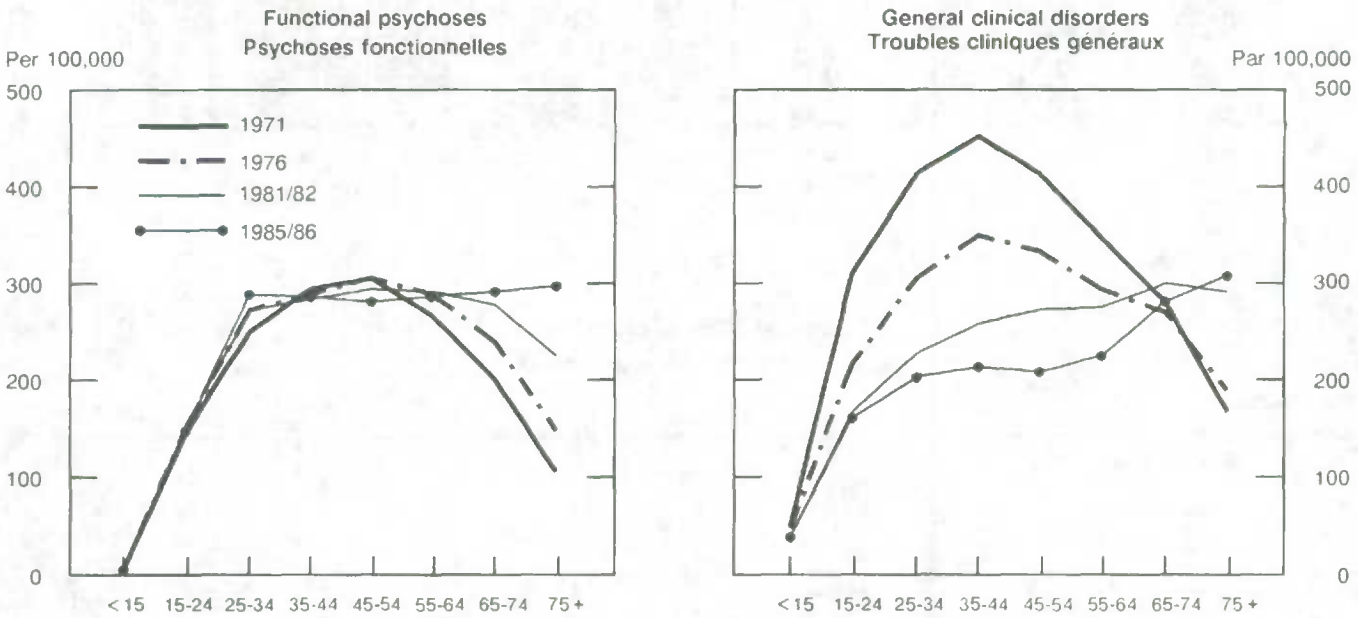
Entre 1971 et 1985-86, le taux par groupe d'âge relatif de sortie faisant suite à une psychose fonctionnelle est demeuré sensiblement le même pour les moins de 65 ans. Il a toutefois augmenté de 47.4% dans le groupe de 65 à 74 ans et de 184.9% dans celui des 75 ans et plus (graphique 7). Quant aux troubles cliniques généraux, le taux a peu varié pour le groupe de 65 à 74 ans et pour les moins de 14 ans. Les taux pour les groupes de 15 à 54 ans ont diminué d'environ 50%. Le taux augmente toutefois de 85.2% dans le groupe d'âge de 75 ans et plus. S'ils étaient les plus bas au début des années 70, les taux relatifs aux psychoses fonctionnelles et aux troubles cliniques généraux parmi les 75 ans et plus étaient les plus élevés en 1985-86.

Chart 7

Age-specific Discharge Rates General and Psychiatric Hospitals
(Length of Stay 6-90 days)

Graphique 7

Taux de sorties par groupe d'âge hôpitaux généraux et psychiatriques
(Durée de l'hospitalisation, 6 à 90 jours)



Provincial Rates

The national pattern of increasing discharge rates for functional psychoses and decreasing rates for general clinical disorders generally held in the provinces (Chart 8). In 1971, highest rates for functional psychoses were in Newfoundland (205.7) and Saskatchewan (195.1); the lowest in Quebec (138.9) and Alberta (159.8) (Chart 9). In 1985-86, the highest rates were in Prince Edward Island (270.4) and Newfoundland (240.1), and the lowest were in Alberta (178.9) and British Columbia (193.7).

Taux provinciaux

On a observé une augmentation des taux de sortie après une hospitalisation pour psychose fonctionnelle et une diminution des taux en ce qui a trait aux troubles cliniques généraux non seulement à l'échelle nationale, mais aussi dans les provinces (graphique 8). Relativement aux psychoses fonctionnelles, en 1971, les taux les plus élevés se retrouvaient à Terre-Neuve (205.7) et en Saskatchewan (195.1) et les plus faibles, au Québec (138.9) et en Alberta (159.8) (graphique 9). En 1985-86, les taux les plus élevés étaient observés à l'Ile-du-Prince-Édouard (270.4) et à Terre-Neuve (240.1) et les plus faibles, en Alberta (178.9) et en Colombie-Britannique (193.7)

Chart 8

Provincial Discharge Rates General and Psychiatric Hospitals
(Length of Stay 6-90 days)

Graphique 8

Taux provinciaux de sorties hôpitaux généraux et psychiatriques
(Durée de l'hospitalisation, 6 à 90 jours)

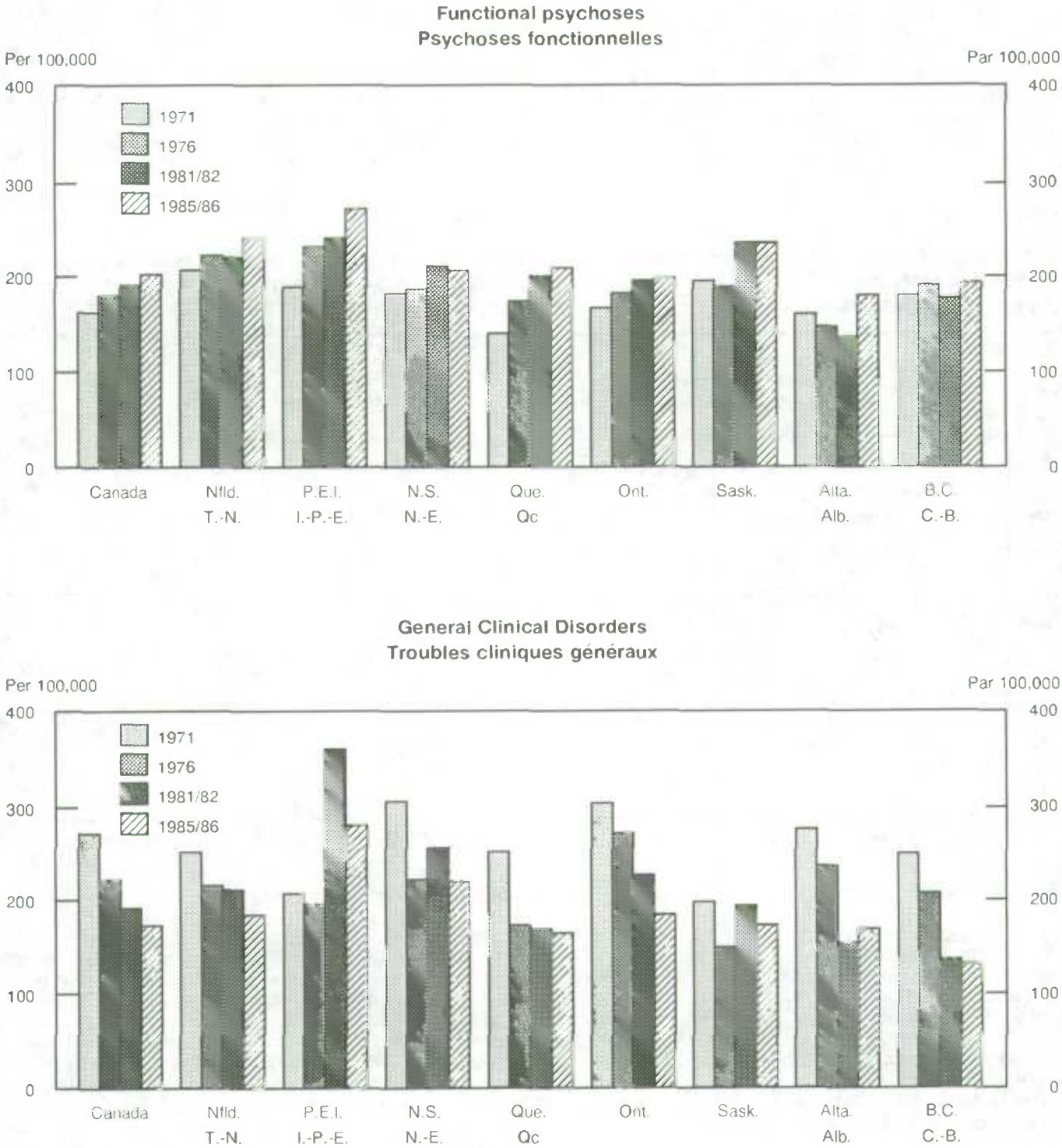
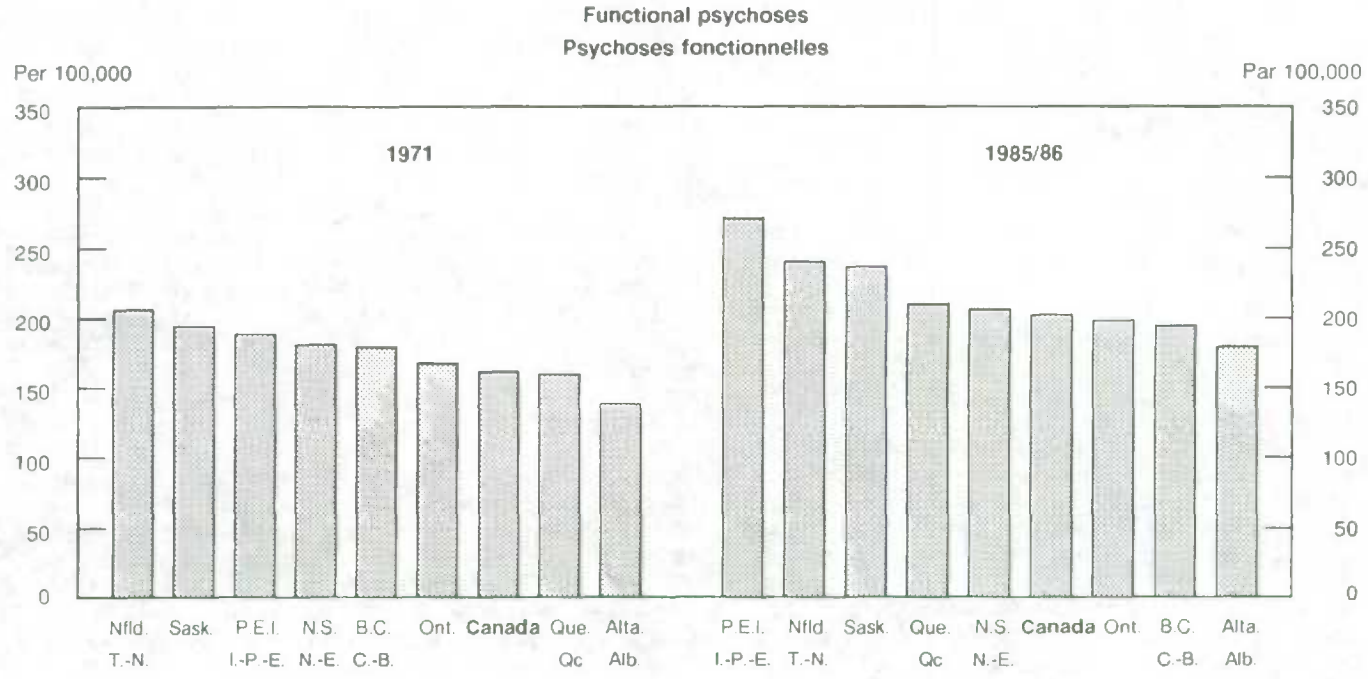


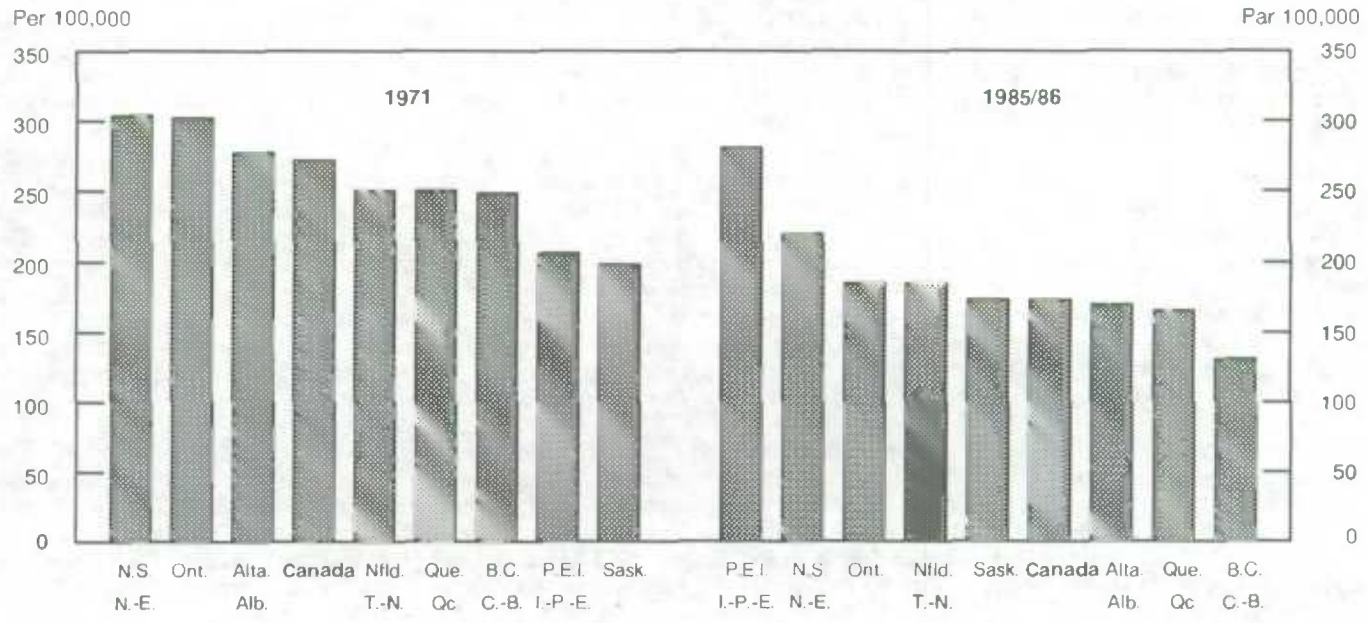
Chart 9

Provincial Discharge Rates General and Psychiatric Hospitals
(Length of Stay 6-90 days)

Graphique 9

Taux provinciaux de sorties hôpitaux généraux et psychiatriques
(Durée de l'hospitalisation, 6 à 90 jours)





For general clinical disorders, the highest rates in 1971 were in Nova Scotia (303.4) and Ontario (301.5); the lowest rates were in Saskatchewan (197.7) and Prince Edward Island (206.1). In 1985- 86 the highest rates were in Prince Edward Island (280.7) and Nova Scotia (218.9), and the lowest rates in British Columbia (130.9) and Quebec (164.7).

The increase in functional psychoses discharge rates and the decrease in general clinical disorder discharge rates varied considerably among the provinces. The largest rate increase for functional psychoses was in Quebec (51.0%), and lowest in Alberta (11.6%).

For general clinical disorders, the largest decrease in discharge rates was in British Columbia (47.4%) and the lowest was in Saskatchewan (12.5%). However in Prince Edward Island, general clinical disorder discharge rates increased by 36.2%.

Discussion

This analysis of inpatient data for general and psychiatric hospitals demonstrates the persisting role of hospitals in the treatment of persons with mental disorders. However there has been a moderate decrease in the total discharge rate. This decrease contrasts with the United States where the discharge rate has been stable (3). The policy and programs of de-institutionalization has significantly reduced the number of beds in psychiatric hospitals, thereby reducing the number of long-stay patients (4). This is reflected in the decrease in long-stay discharges and patient days.

From 1971 to 1985-86, days of care for mental disorders in general hospitals nearly doubled. This change indicates the extent to which psychiatric treatment has legitimated its claim as a medical specialty and as a bona fide segment of general health care (5).

In general hospitals, treatment for mental disorders occurs in both specialized units and non-specialized wards. Some studies found that only one third of psychiatric discharges in general hospitals came from designated psychiatric unit beds, the majority being from beds scattered throughout the non-specialized wards (6). In some hospitals, alcohol and/or drug problems are treated in chemical dependency units.

In both general and psychiatric hospitals, most psychiatric treatment programs focused on treating functional psychoses and general clinical disorders. In 1971, more cases of general clinical disorders were treated; by 1985-86, functional psychoses had moved ahead. For patients with a length of stay of from 6-90

En ce qui concerne les troubles cliniques généraux, en 1971, les taux les plus élevés étaient observés en Nouvelle-Écosse (303.4) et en Ontario (301.5) et les taux les plus faibles, en Saskatchewan (197.7) et à l'Île-du-Prince-Édouard (206.1). En 1985-86, l'Île-du-Prince- Édouard (280.7) et la Nouvelle-Écosse (218.9) présentaient les taux les plus élevés et la Colombie-Britannique (130.9) et le Québec (164.7), les taux les plus faibles.

L'importance de la hausse du taux de sortie après une hospitalisation pour psychose fonctionnelle et de la diminution du taux relatif aux troubles cliniques généraux varie considérablement selon les provinces. La plus importante hausse du taux relatif aux psychoses fonctionnelles a été observée au Québec (51.0%) et la plus faible, en Alberta (11.6%).

Quant aux troubles cliniques généraux, la plus importante diminution du taux de sortie a été observée en Colombie-Britannique (47.4%) et la plus faible, en Saskatchewan (12.5%). Par contre, le taux de sortie après une hospitalisation pour troubles cliniques généraux a augmenté de 36.2% à l'Île-du-Prince-Édouard.

Discussion

L'analyse des données sur l'hospitalisation dans les établissements généraux et psychiatriques démontre le rôle durable de ces institutions quant au traitement des personnes atteintes de troubles mentaux. Toutefois, il y a eu une légère baisse du taux global de sortie. Cette situation contraste avec celle américaine où le taux de sortie demeure stable (3). La politique et les programmes de déshospitalisation ont réduit considérablement le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et, en conséquence, diminué le nombre de patients y recevant des soins de longue durée (4), ce que reflète la diminution du nombre de jours de soins et du nombre de sorties après une hospitalisation de longue durée.

Entre 1971 et 1985-86, le nombre de jours de soins pour troubles mentaux dans les hôpitaux généraux a presque doublé. Cette évolution montre jusqu'à quel point la place des traitements psychiatriques comme spécialité médicale et segment véritable des soins de santé généraux est justifiée (5).

Dans les hôpitaux généraux, on soigne les troubles mentaux tant dans des unités spéciales que dans les services non spécialisés. Certaines études ont démontré que seulement le tiers des patients sortant des hôpitaux généraux avait été hospitalisé dans des unités psychiatriques spéciales et que la majorité d'entre eux avait été traitée dans divers services non spécialisés (6). Dans certains hôpitaux, les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie sont soignés dans des unités de chimiodépendance.

Aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques, la plupart des programmes de traitements psychiatriques se concentrent sur les psychoses fonctionnelles et les troubles cliniques généraux. S'il y avait en 1971 plus de cas de troubles cliniques généraux, on soignait en 1985-86 un plus grand nombre de psychoses

days, it is the first time in decades that the discharge rate for functional psychoses has been higher than the rate for general clinical disorders. This is evidence of some diagnostic groups being treated less frequently in hospitals than in the past. Improvements in community mental health services, psychopharmacology, and private treatment, and an increase in the number of family practitioners treating mental illness are all contributing to this change (7).

Most patients with Group I disorders were found in the 6-90 day length of stay group. Increased functional psychoses discharge rates among the elderly, especially for patients aged 75 years and older, largely accounted for the overall increase in this active treatment group. With general clinical disorders, a similarly large increase in rates for those aged 75 years and over was recorded. In 1985-86, this group had the highest rate of all age groups. This is evidence that functional psychoses and general clinical disorders are now more frequently recognized in the elderly, and as a result the elderly are more often considered for active psychiatric treatment in hospitals (8,9).

The large decline in discharge rates for general clinical disorders in the under 55 age groups reflects the diminished role of hospital care for these disorders. The increase in services offered within the community by family physicians and non-medical practitioners such as psychologists and social workers, as well as by psychiatrists, has made it possible to treat more general clinical disorder cases in ambulatory settings (10). It should be noted however, that these community services are better developed for the younger population than for the elderly (9).

Provincial differences in discharge rates for functional psychoses and general clinical disorders could be the result of many factors including provincial policies on psychiatric inpatient hospital treatment, the availability of hospital beds for psychiatric treatment, and general patterns of community care.

Conclusion

Patients with mental disorders continue to be major consumers of health care services in Canadian hospitals. However, in the 1980's psychiatric treatment has moved towards less hospitalization and greater use of community out-patient services for less severe mental disorders.

fonctionnelles. Pour les patients dont la durée d'hospitalisation varie entre 6 et 90 jours, c'est la première fois depuis plusieurs décennies que le taux de sortie après une hospitalisation pour psychose fonctionnelle est plus élevé que le taux relatif aux troubles cliniques généraux. Cela prouve que certaines affections sont aujourd'hui traitées moins fréquemment dans les hôpitaux que par le passé. L'amélioration des services communautaires de santé mentale, de la psychopharmacologie et des traitements privés, ainsi que la hausse du nombre d'omnipraticiens soignant les troubles mentaux ont contribué à ce changement (7).

La plupart des patients souffrant de troubles du groupe I ont été hospitalisés pour une durée de 6 à 90 jours. L'augmentation des hospitalisations pour psychose fonctionnelle parmi les personnes âgées, en particulier celles de 75 ans et plus, explique en grande partie la hausse globale de la clientèle des soins de courte durée. Une hausse également importante du taux relatif aux troubles cliniques généraux chez les personnes âgées de 75 ans et plus a été observée. En 1985-86, ce groupe a enregistré le plus haut taux de tous les groupes d'âge. Cela prouve que les psychoses fonctionnelles et les troubles cliniques généraux sont maintenant plus fréquemment reconnus chez les personnes âgées et, en conséquence, que ces dernières sont plus souvent considérés pour traitements psychiatriques de courte durée dans les hôpitaux (8,9).

L'importante diminution du taux de sortie après une hospitalisation pour troubles cliniques généraux chez les groupes de moins de 55 ans traduit le rôle moins important des soins hospitaliers dans ce domaine. L'augmentation des services offerts au sein de la collectivité par les omnipraticiens, les psychiatres et les praticiens sans formation médicale, comme les psychologues et les travailleurs sociaux, a rendu possible le traitement d'un plus grand nombre de troubles cliniques généraux dans les services ambulatoires (10). Il faut cependant remarquer que ces services communautaires sont plus développés pour les jeunes que pour les personnes âgées (9).

Les différences entre les provinces quant aux taux de sortie après une hospitalisation pour psychose fonctionnelle ou troubles cliniques généraux pourraient être le résultat de bon nombre de facteurs, dont les politiques provinciales en matière de traitements psychiatriques en établissement hospitalier, la disponibilité des lits d'hôpitaux pour traitements psychiatriques et les caractéristiques générales des soins communautaires.

Conclusion

Les patients atteints de troubles mentaux demeurent les principaux utilisateurs des services hospitaliers canadiens. Dans les années 80, toutefois, on a recours de moins en moins à l'hospitalisation et de plus en plus aux services de consultations externes dans les cas moins graves de troubles mentaux.

At the same time, discharge rates for the elderly have increased considerably, especially for functional psychoses in those aged 75 and older. This is evidence of the growing recognition that psychiatric treatment can benefit the elderly.

These increasing discharge rates for the elderly will undoubtedly have major impact on future hospital utilization practices. In addition, demographic studies project a dramatic rise in the proportion of the elderly in Canada's population over the next several decades. These trends underline the need for more research on psychiatric treatment and community mental health care for the elderly.

References

1. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. World Health Organization, Geneva, 1987.
2. Leighton, A.H. *Caring for Mentally* I11 *People*. Cambridge University Press: Cambridge, 1982.
3. Redick, R.W., Witkin, M.J., Bethel, H.E., and Manderscheid, R. "Trends in patient care episodes in mental health organizations, United States, 1970-81." Mental Health Statistical Note. 1971, 1985.
4. Richman, A. and Harris, P. "Mental hospital de-institutionalization in Canada: A national perspective with some regional examples." Int. Journal Ment. Health. 11: 64-83, 1983.
5. Richman, A. and Harris, P. "General hospital psychiatry: are its roles and functions adjunctive or pivotal?" General Hospital Psychiatry. 7: 258-266, 1985.
6. Kiesler, C.A., Simpkins, C.G., Morton, T.L., "Who is treated in psychiatric scatter beds in general hospitals? An imputational algorithm." Professional Psychology: research and Practice. 20: 236-243, 1989.
7. Glass, R.M., Freedman, D.X. "Psychiatry." Journal of the American Medical Association 254: 2281-2283, 1985.
8. Guidelines for *Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders*. Mental Health Division. Health and Welfare Canada, 1988.
9. Richman, A. "Use of psychiatric services by the elderly in Canada". Canadian Journal of Psychiatry. 30: 89-97, 1985.
10. Richman, A. "Psychiatry." *The Canadian Encyclopedia*, 2nd edn. 1776-1778, 1988.

Le taux de sortie chez les personnes âgées a néanmoins augmenté considérablement, en particulier pour les psychoses fonctionnelles chez les personnes âgées de 75 ans et plus, ce qui prouve qu'il est de plus en plus reconnu que les traitements psychiatriques peuvent être avantageux pour les personnes âgées.

L'augmentation du taux de sortie chez les personnes âgées aura sans aucun doute un impact important sur l'utilisation future des hôpitaux. En outre, les études démographiques prévoient une hausse considérable de la proportion des personnes âgées dans la population canadienne au cours des prochaines décennies. Ces tendances soulignent la nécessité d'accroître la recherche sur les traitements psychiatriques et les soins communautaires de santé mentale pour les personnes âgées.

Références

1. Classification internationale des maladies, accidents, et causes de décès, Organizations mondiale de la santé, Genève, 1987.
2. Leighton, A.H. *Caring for Mentally* I11 *People.* Cambridge University Press: Cambridge, 1982.
3. Redick, R.W., Witkin, M.J., Bethel, H.E., and Manderscheid, R. "Trends in patient care episodes in mental health organizations, United States, 1970-81." Mental Health Statistical Note. 171, 1985.
4. Richman, A. and Harris, P. "Mental hospital deinstitutionalization in Canada: A national perspective with some regional examples." Int. Journal Ment. Health. 11: 64-83, 1983.
5. Richman, A. and Harris, P. "General hospital psychiatry: are its roles and functions adjunctive or pivotal?" General Hospital Psychiatry. 7: 258-266, 1985.
6. Kiesler, C.A., Simpkins, C.G., Morton, T.L.. "Who is treated in psychiatric scatter beds in general hospitals? An imputational algorithm." Professional Psychology: Research and Practice. 20: 236-243, 1989.
7. Glass, R.M., Freedman, D.X. "Psychiatry". Journal of the American Medical Association 254: 2281-2283, 1985.
8. *Guidelines for Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders.* Mental Health Division. Health and Welfare Canada, 1988.
9. Richman, A. "Use of psychiatric services by the elderly in Canada". Canadian Journal of Psychiatry. 30: 89-97, 1985.
10. Richman, A. "Psychiatry." *The Canadian Encyclopedia,* 2nd edn. 1776-1778, 1988.

Divorces in Canada, 1988

Owen Adams

Abstract

In 1988, a total of 79,872 divorces were granted in Canada. This was a 12.2% decrease from the 1987 total of 90,985, the highest ever in Canada. Divorce levels have been generally high in the late 1980s, but data for several more years are required before the impact of the 1985 Divorce Act can be accurately assessed.

The 1988 divorce rate in Canada for married women aged 15 and over was 1,256 per 100,000. The highest rates occurred in Alberta (1,498) and British Columbia (1,407), and the lowest in Newfoundland (669) and Prince Edward Island (844).

The average duration of marriages ending in divorce was 12.5 years. The largest number of divorces occurred after five years, followed by six and four years.

Among divorces granted in 1988 under the 1985 divorce law, separation for not less than one year was cited as the grounds in almost nine out of ten cases.

Of all children affected by custody orders for divorces granted under the 1985 law, 76% were awarded to the wife, 12% to the husband, 11% to joint custody, and fewer than 1% to a person other than the husband or wife.

Introduction

After Canada's first comprehensive divorce legislation came into effect in 1968, the annual number of divorces rose steadily until 1982. For the next three years, numbers declined. However, when revised divorce legislation came into effect in 1986, the number of divorces rose 26%, followed by a 16% increase in 1987. The 1987 total of 90,985 was the highest ever recorded in Canada.* In 1988, the number of divorces again dropped, this time by 12.2%. However, the total for 1988 (79,872) was still 13% higher than for 1982 (70,436).**

The 1988 divorce rate for married women aged 15 and over in Canada was 1,256 per 100,000 (Table 1). The highest rates occurred in Alberta (1,498) and British Columbia (1,407), and the lowest in Newfoundland (669) and Prince Edward Island (844).

* *Data have been adjusted to account for about 4,000 Ontario cases in both 1987 and 1988 that were not included on the database because of incomplete information.*

** *In 1988, 94% of divorces were granted under the 1985 Divorce Act, which came into effect on June 1, 1986. The remaining 6% were granted under the 1968 Divorce Act, effective from July 2, 1968 to May 31, 1986.*

Les divorces au Canada, 1988

Owen Adams

Résumé

En 1988, 79,872 divorces ont été prononcés au Canada. Il s'agit d'une diminution de 12.2% par rapport au total de 90,985 enregistré en 1987, un sommet encore inégalé au Canada. Si le nombre des divorces était généralement élevé vers la fin des années 80, il faudra obtenir les données pour plusieurs autres années avant de pouvoir évaluer exactement les effets de la Loi de 1985 sur le divorce.

Au Canada, le taux de divortialité chez les femmes mariées âgées de 15 ans et plus s'est établi à 1,256 pour 100,000 en 1988. Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Alberta (1,498) et en Colombie-Britannique (1,407), tandis que les plus bas ont été observés à Terre-Neuve (669) et à l'Île-du-Prince-Édouard (844).

La durée moyenne des mariages qui se sont terminés par un divorce était de 12.5 ans. La plupart des divorces ont eu lieu après cinq années de mariage, suivis de ceux qui sont survenus après six années et quatre années de mariage.

Parmi les divorces prononcés en 1988 conformément à la Loi de 1985, la séparation pendant au moins un an était le motif invoqué dans près de neuf cas sur dix.

De tous les enfants touchés par une ordonnance de garde suivant la Loi de 1985 sur le divorce, 76% ont été confiés à l'épouse et 12% à l'époux, 11% ont fait l'objet d'une garde conjointe et moins de 1% a été confié à une tierce personne.

Introduction

Après l'entrée en vigueur en 1968 de la première loi exhaustive sur le divorce au Canada, le nombre annuel de divorces a augmenté progressivement jusqu'en 1982. Durant les trois années suivantes, les chiffres ont diminué. Avec l'application de la loi révisée sur le divorce, le nombre s'est accru de 26% en 1986, puis de 16% en 1987, atteignant alors le total annuel le plus élevé jamais enregistré au Canada,* soit 90,985 divorces. En 1988, le nombre a de nouveau diminué, cette fois de 12.2%. Néanmoins, le total pour 1988 (79,872) dépassait toujours de 13% celui de 1982 (70,436).**

Au Canada, le taux de divortialité chez les femmes mariées âgées de 15 ans et plus était de 1,256 pour 100,000 en 1988 (tableau 1). Les taux les plus élevés ont été observés en Alberta (1,498) et en Colombie-Britannique (1,407), tandis que les taux les plus bas ont été relevés à Terre-Neuve (669)

* *On a rajusté les données afin de tenir compte d'environ 4,000 causes de l'Ontario en 1987 et 1988 qui n'ont pas été incluses dans la base de données car les renseignements étaient incomplets.*

** *En 1988, 94% des divorces ont été prononcés conformément à la Loi de 1985 sur le divorce, qui est entrée en vigueur le 1er juin 1986. Les autres divorces (6%) ont été accordés en vertu de la Loi de 1968, qui a été en vigueur du 2 juillet 1968 au 31 mai 1986.*

Table 1.

Divorces and Rates, Canada and Provinces, 1985-1988

Tableau 1.

Divorces et taux, Canada et provinces, 1985-1988

	Number of divorces / Nombre de divorces				% Change / Variation en %	Divorce rate per 100,000 married women 15 + / Taux de divortialité pour 100,000 femmes mariées âgées de 15 ans et plus				% Change / Variation en %
	1985	1986	1987	1988	1988/87	1985	1986	1987	1988	1988/87
Canada	**61,980**	**78,160**	**90,985**	**79,872**	**-12.2**	**1,003.5**	**1,255.2**	**1,435.3**	**1,256.2**	**-12.5**
Newfoundland – Terre-Neuve	561	610	1,002	884	-11.8	430.9	468.9	757.4	668.7	-11.7
Prince Edward Island – Île-du-Prince-Édouard	213	191	246	260	5.7	722.0	636.7	811.9	844.2	4.0
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	2,337	2,550	2,640	2,478	-6.1	1,122.5	1,216.6	1,241.2	1,162.8	-6.3
New Brunswick – Nouveau-Brunswick	1,360	1,700	1,952	1,665	-14.7	801.9	991.8	1,127.0	960.8	-14.7
Quebec – Québec	15,814	18,399	19,315	19,825	2.6	1,035.1	1,201.7	1,214.8	1,256.1	3.4
Ontario	20,854	28,653	38,223	29,873	-21.8	909.7	1,231.1	1,622.6	1,254.8	-22.7
Manitoba	2,314	2,917	3,771	2,998	-20.5	897.6	1,122.8	1,437.7	1,146.9	-20.2
Saskatchewan	1,927	2,395	2,751	2,463	-10.5	784.0	980.8	1,121.0	1,015.3	-9.4
Alberta	8,102	9,386	9,170	8,644	-5.7	1,431.4	1,646.1	1,588.4	1,497.6	-5.7
British Columbia – Colombie-Britannique	8,330	11,176	11,697	10,591	-9.5	1,134.4	1,513.5	1,571.1	1,406.9	-10.5
Yukon	96	89	113	81	-28.3	1,120.0	1,253.4	1,397.4	1,216.6	-12.9
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	72	94	105	110	4.8					

For the past two decades, divorce rates have been highest in Alberta and British Columbia and lowest in the Atlantic Provinces.

The only increases in the divorce rate occurred in Prince Edward Island (4%) and Quebec (3%). All other provinces and the territories registered decreases, the largest occurring in Ontario (23%) and Manitoba (20%), and the smallest in Alberta and Nova Scotia (both 6%).

Characteristics of Persons Obtaining a Divorce

About 86% of Canadians obtaining a divorce had not been previously married, while 12% were divorcing for at least the second time. However, rates varied considerably among the provinces. For example, in Newfoundland only 6% had already been divorced, compared to 18% in British Columbia.

et à l'Île-du-Prince-Édouard (844). Au cours des deux dernières décennies, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont obtenu les taux les plus élevés et les provinces de l'Atlantique, les taux les plus faibles.

Le taux de divortialité n'a augmenté qu'à l'Île-du-Prince-Édouard (de 4%) et au Québec (de 3%). Les autres provinces et territoires ont enregistré des diminutions, dont les plus importantes sont survenues en Ontario (23%) et au Manitoba (20%) et les moins importantes, en Alberta et en Nouvelle-Écosse (6%).

Caractéristiques des personnes obtenant un divorce

Environ 86% des Canadiens qui ont obtenu un divorce n'avaient été mariés qu'une seule fois, tandis que 12% divorçaient pour la deuxième fois au moins. On note cependant des variations importantes entre les provinces. Par exemple, la proportion de personnes ayant déjà été divorcées n'était que de 6% à Terre-Neuve, comparativement à 18% en Colombie-Britannique.

Looking at age-specific divorce rates for married Canadians, the highest rate for men (19 per 1,000) occurred in the 30-34 age group, with declines in subsequent age groups (Chart 1). The largest decline came after age 54; the 55 and over group had a rate of less than 4. For women, rates behaved similarly, rising to a high of 19 in the 25-29 age group, and then beginning to decline. As with men, the sharpest drop came after age 54.

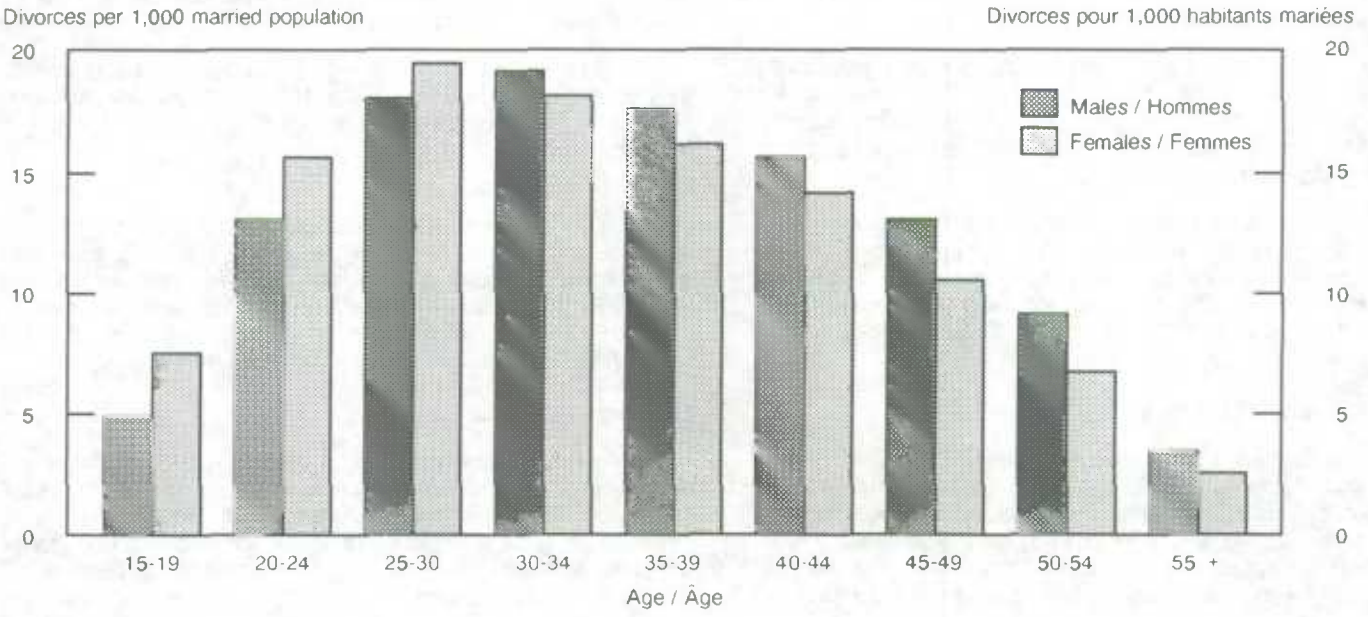
En ce qui concerne le taux de divortialité par âge chez les hommes mariés, il a atteint son plus haut niveau (19 pour 1,000) dans le groupe des 30 à 34 ans, puis a fléchi dans les groupes d'âge suivants (graphique 1). La diminution la plus importante a été observée après l'âge de 54 ans, le groupe des 55 ans et plus obtenant un taux inférieur à 4. Chez les femmes, le taux présente une tendance similaire, s'élevant à 19 dans le groupe des 25 à 29 ans, puis amorçant un mouvement descendant. Comme dans le cas des hommes, la baisse la plus marquée survient après l'âge de 54 ans.

Chart 1

Age Specific Divorce Rates, Males and Females, Canada, 1988

Graphique 1

Taux de l'âge précis du divorce, hommes et femmes, Canada, 1988



The maximum rate for men occurred in a later age group than for women because women tend to get married – and hence divorced – at a younger age. The average age of husbands obtaining a divorce in 1988 was 38.8 years, compared to 36.2 for women.

Chez les hommes, le taux maximal a été enregistré dans un groupe d'âge plus avancé que chez les femmes, celles-ci ayant tendance à se marier et, par conséquent, à divorcer à un âge plus jeune. L'âge moyen des personnes qui ont obtenu un divorce était de 38.8 ans pour les hommes, comparativement à 36.2 ans pour les femmes.

Length of Marriage

The average length of marriages ending in divorce in 1988 was 12.5 years.* The largest number of divorces occurred after marriages lasting five years, followed by those lasting six and four years. Although one-half of divorces occurred after 11 years or less of marriage, just over one in ten couples obtaining a divorce in 1988 had been married for 25 years or longer.

* *The time between the date of marriage and the date the divorce is granted. Data on date of separations are not currently available.*

Durée du mariage

En 1988, la durée moyenne des mariages qui se sont terminés par un divorce était de 12.5 ans.* La plupart des divorces ont eu lieu après cinq années de mariage, suivis de ceux qui sont survenus après six années et quatre années de mariage. Bien que la moitié é des divorces ait eu lieu après un maximum de onze années de mariage, un peu plus d'un couple sur dix ayant obtenu un divorce en 1988 avait été marié depuis vingt-cinq ans ou plus.

* *Période entre la date du mariage et la date de l'obtention du divorce. Les données sur la date de séparation ne sont pas disponibles en ce moment.*

Major Reasons for Divorce

Before 1968, divorces were granted only if one of the spouses could be proven to have committed adultery. The 1968 Divorce Act made the requirements much less stringent. Under the Act, a divorce could be obtained if either spouse had committed a "matrimonial offence" such as adultery or physical or mental cruelty*, or if the marriage had broken down permanently because the spouses had lived separately and apart for at least three years or one spouse had deserted or been imprisoned.**

While the Act was in force, both matrimonial offenses and marriage breakdowns were cited frequently. Adultery was the most frequently cited matrimonial offence, and separation for not less than three years was the most frequently cited reason for marriage breakdown. In 1985, for example, separation for not less than three years was cited in 42% of divorces, compared to 36% for adultery.

Under the 1985 Divorce Act, marriage breakdown is the sole ground for divorce. Four reasons for marriage breakdown are recognized, including separation for not less than one year, adultery, physical cruelty, and mental cruelty.

For divorces granted under the 1985 Divorce Act from 1986 to 1988, separation for not less than one year was cited almost nine out of ten times. In 1988, it was cited in 85% of cases, followed by mental cruelty (11%), adultery (9%) and physical cruelty (5%).

Custody of Children

In 1988, 25,954 divorces involving custody orders were granted under the 1985 Act. Of the 45,421 children affected, 76% were awarded to wives, 12% to husbands, 11% to joint custody, and fewer than 1% to a person other than the husband or wife.*** The percentage for joint custody has been stable since 1986.****

* *Under the 1968 Divorce Act, a "matrimonial offence" occurred when the respondent committed adultery, sodomy, bestiality, a homosexual act, bigamy, or physical or mental cruelty rendering continued cohabitation intolerable.*

** *Under the 1968 Divorce Act, a "marriage breakdown" occurred when: the respondent had been imprisoned for a lengthy period, had been grossly addicted to a substance for at least three years, or had been absent for three years; the marriage had not been consummated for at least one year; the spouses had been living separately and apart for at least three years.*

*** *Table 2 shows the number of children involved in all divorces in 1988.*

**** *The data collection procedures for divorces granted under the Divorce Act, 1985, now permit the identification of the "joint custody" of children, under which a former husband and wife can continue to share responsibility for making major decisions affecting their children, regardless of which parent the children live with.*

Principaux motifs de divorce

Avant 1968, les divorces n'étaient accordés que s'il était prouvé qu'un des conjoints avait commis l'adultère. La Loi de 1968 sur le divorce prévoyait des exigences beaucoup moins strictes.En vertu de cette loi, un divorce était accordé si l'un des conjoints avait commis un «délit matrimonial», comme l'adultère ou la cruauté physique ou mentale*, ou s'il y avait échec permanent du mariage en raison d'une séparation d'au moins trois ans, de l'abandon ou de l'emprisonnement d'un des conjoints.**

Durant la période d'application de cette loi, les délits matrimoniaux et l'échec du mariage étaient fréquemment invoqués comme motifs du divorce. L'adultère représentait le délit matrimonial le plus souvent mentionné et une séparation d'au moins trois ans constituait la raison généralement invoquée de l'échec du mariage. En 1985, par exemple, cette dernière a été invoquée dans 42% des cas de divorce et l'adultère, dans 36% des cas.

Selon la Loi de 1985, l'échec du mariage peut seul constituer un motif de divorce. Il est établi dans quatre cas: une séparation d'au moins un an, l'adultère, la cruauté physique et la cruauté mentale.

En ce qui concerne les divorces prononcés entre 1986 et 1988 conformément à la Loi de 1985, on a invoqué une séparation d'au moins un an dans près de neuf cas sur dix. En 1988, cette raison a été invoquée dans 85% des cas; la cruauté mentale, l'adultère et la cruauté physique ont été mentionnés respectivement dans 11%, 9% et 5% des cas.

Garde des enfants

En 1988, 25,954 divorces assortis d'une ordonnance de garde ont été prononcés conformément à la Loi de 1985. Parmi les 45,421 enfants touchés, 76% ont été confiés à l'épouse et 12%, à l'époux, 11% ont fait l'objet d'une garde conjointe et moins de 1% a été confié à une tierce personne.*** Le pourcentage des cas de garde conjointe est demeuré stable depuis 1986.****

* *La Loi de 1968 sur le divorce stipule qu'il y a «délit matrimonial» lorsque l'intimé commet l'adultère, la sodomie, la bestialité, un acte homosexuel, la bigamie ou traite le requérant avec une cruauté physique ou mentale qui rend intolérable le maintien de la cohabitation.*

** *Selon la Loi de 1968 sur le divorce, il y a «échec du mariage» si l'intimé a été emprisonné pour une longue période, s'est adonné de façon excessive à une quelconque substance pendant au moins trois ans ou s'est absenté pendant trois ans; si le mariage n'a pas été consommé au cours de la première année ou encore si les conjoints ont vécu séparés l'un de l'autre pendant au moins trois ans.*

*** *Le tableau 2 montre le nombre d'enfants impliqués dans tous les divorces en 1988.*

**** *La procédure de collecte de données sur les divorces prononcés conformément à la Loi de 1985 permet maintenant de tenir compte de la «garde conjointe» des enfants, selon laquelle les ex-époux peuvent tous deux conserver la responsabilité des décisions importantes concernant leurs enfants, quel que soit le parent avec lequel habitent ces derniers.*

From 1970 to 1988, women were awarded custody of roughly three out of four children involved in divorces. Men were awarded custody of around one in ten children, (Table 2)*, roughly the same proportion for whom other custody arrangements were ordered. During this time, cases of split custody, where one spouse was awarded custody of at least one child and where at least one child was awarded to the other spouse or some other arrangement was made, have been infrequent. Split custody has occurred in fewer than one in 20 divorces where there are children involved.

The spouse who petitioned or applied for the divorce increased his or her chances of being awarded custody of children. This was particularly true for men, although husbands who were petitioners/applicants for divorce were less likely to be awarded custody of children in the early 1980s than in the early 1970s. In 1970, for example, men who were petitioners were awarded four out of ten children; this had declined to one out of three by 1985, and to fewer than one out of four by 1988. Women who petitioned or applied for divorce received custody of more than eight out of ten children in 1988, down from nine out of ten in 1970.

* *This table accounts for divorces in which both parents are awarded custody of at least one child. An alternate approach would be to show the distribution of divorces involving children according to the parent awarded custody. This would produce similar results.*

De 1970 à 1988, les femmes ont obtenu la garde d'environ trois enfants sur quatre impliqués dans un divorce. Les hommes se sont vu attribuer la garde d'environ un enfant sur dix (tableau 2)*, ce qui équivaut à peu près à la proportion des autres arrangements de garde. Durant cette période, on a enregistré peu de cas de garde partagée, selon laquelle les époux obtiennent chacun la garde d'au moins un enfant ou prennent un arrangement autre. Le partage de la garde est survenu dans moins d'un divorce sur vingt impliquant des enfants.

Le conjoint qui formait la demande en divorce augmentait ses chances de se voir accorder la garde des enfants. Cela s'appliquait particulièrement aux hommes, bien qu'au début des années 80 les demandeurs de sexe masculin aient été moins susceptibles de se voir attribuer la garde des enfants qu'au début des années 70. En 1970, par exemple, les hommes qui se portaient requérants ont reçu la garde de quatre enfants sur dix; cette proportion est tombée à un enfant sur trois en 1985 et à moins d'un enfant sur quatre en 1988. Les femmes qui ont demandé le divorce ont obtenu la garde de plus de huit enfants sur dix en 1988, soit une diminution par rapport à neuf enfants sur dix en 1970.

* *Ce tableau fait état des divorces dans lesquels les deux parents ont obtenu la garde d'au moins un enfant. Une autre méthode possible serait de montrer la répartition des divorces impliquant des enfants, selon le parent auquel la garde a été attribuée. Cette méthode donnerait des résultats semblables.*

Table 2.
Children involved in divorces, petitioner and by party to whom custody was granted, Canada, 1969-88

Petitioner and person to whom custody granted	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
						%				
Wife petitioner										
To wife	91.5	89.7	89.7	88.9	89.5	88.7	89.0	89.9	90.0	88.9
To husband	2.8	3.1	3.8	4.1	4.7	5.1	5.8	5.9	6.1	6.9
To other[3]	5.7	7.2	6.5	7.0	5.7	6.2	5.2	4.2	3.8	4.2
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total number of children	14,802	22,882	24,317	25,972	29,938	39,558	42,704	43,426	42,937	42,776
Husband petitioner										
To husband	46.8	42.2	42.2	39.4	38.9	37.2	37.7	39.0	38.6	38.2
To wife	34.8	35.5	39.0	42.0	45.0	47.0	49.5	49.9	50.8	52.3
To other[3]	18.4	22.2	18.8	18.5	16.1	15.8	12.8	11.1	10.6	9.6
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Total number of children	5,317	9,612	10,316	11,387	13,001	15,185	16,425	16,168	16,409	16,660
Total										
To wife	76.5	73.7	74.6	74.6	76.0	77.1	78.0	79.0	79.2	78.7
To husband	14.4	14.7	15.2	14.9	15.1	14.0	14.7	14.9	15.1	15.6
To other[3]	9.1	11.6	10.2	10.5	8.9	8.9	7.3	6.1	5.7	5.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total number of children	20,119	32,494	34,633	37,359	42,939	54,743	59,129	59,594	59,346	59,436

[1] *Total (wife and husband) for 1986 includes 373 children for which the wife and husband jointly applied for divorce.*

[2] *Total (wife and husband) for 1987 includes 1,486 children for which the wife and husband jointly applied for divorce.*

[3] *Total (wife and husband) for 1988 includes 2,025 children for which the wife and husband jointly applied for divorce.*

[4] *From 1970 to 1985, "other" includes custody awarded to other person or agency, or no award of custody. For 1986, 1987 and 1988, it also includes joint custody to both husband and wife.*

Source : *Canadian Centre for Health Information, Health Status Section, Statistics Canada.*

Tableau 2.

Enfants impliqués dans des divorces selon le demandeur et la personne qui en a obtenu la garde, Canada, 1969-88

1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986[1]	1987[2]	1988[3]	Demandeur et personne à qui la garde a été confiée
				%						
										Demanderesse
88.8	88.3	87.8	86.9	85.2	84.5	83.3	82.7	83.3	83.2	À l'épouse
7.2	7.6	7.2	7.6	7.3	7.5	7.2	7.4	7.5	7.8	À l'époux
4.0	4.2	5.0	5.5	7.5	8.0	9.4	9.8	9.2	9.0	Autre[4]
100.0	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**Total**
41,344	42,078	44,610	46,517	45,035	41,644	38,556	41,133	35,842	33,508	Nombre total d'enfants
										Demandeur
37.2	36.4	37.3	35.3	35.6	33.5	32.4	32.5	26.9	24.1	À l'épouse
53.6	54.0	52.9	53.4	50.7	51.1	49.8	48.6	56.7	60.2	À l'époux
9.2	9.6	9.7	11.3	13.6	15.4	17.8	19.0	16.5	15.7	Autre[4]
100.0	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**Total**
16,512	17,522	17,824	18,824	19,186	18,419	17,780	18,944	16,371	14,716	Nombre total d'enfants
										Total
78.7	78.2	77.9	77.2	74.9	74.3	72.8	71.9	74.7	75.8	À l'épouse
15.8	16.0	15.8	15.6	15.7	15.5	15.2	15.3	13.6	12.9	À l'époux
5.5	5.8	6.3	7.2	9.4	10.2	12.1	12.7	11.7	11.4	Autre[4]
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	Total
57,856	59,600	62,434	65,341	64,221	60,063	56,336	60,450	53,699	50,249	Nombre total d'enfants

1 Le total (femme et homme) pour 1986 comprend 373 enfants impliqués dans un divorce dont la demande a été faite conjointement par les deux époux.

2 Le total (femme et homme) pour 1987 comprend 1,486 enfants impliqués dans un divorce dont la demande a été faite conjointement par les deux époux.

3 Le total (femme et homme) pour 1988 comprend 2,025 enfants impliqués dans un divorce dont la demande a été faite conjointement par les deux époux.

4 Pour 1970 à 1985, la catégorie «Autre» signifie que la garde a été attribuée à une autre personne ou à un organisme, ou qu'aucune garde n'a été accordée. Pour 1986, 1987 et 1988, elle comprend également les cas de garde conjointe.

***Source** : Centre canadien d'information sur la santé, Section de l'état de santé, Statistique Canada.*

International Comparisons

The divorce rate in Canada is much lower than in the United States, (1) but higher than in some European countries (3,4) and Japan. The Canadian rate is less than two-thirds of the U.S. rate (Chart 2), slightly lower than rates in England and Wales (2), and more than twice the Japanese (5) rate.

Comparaison internationale

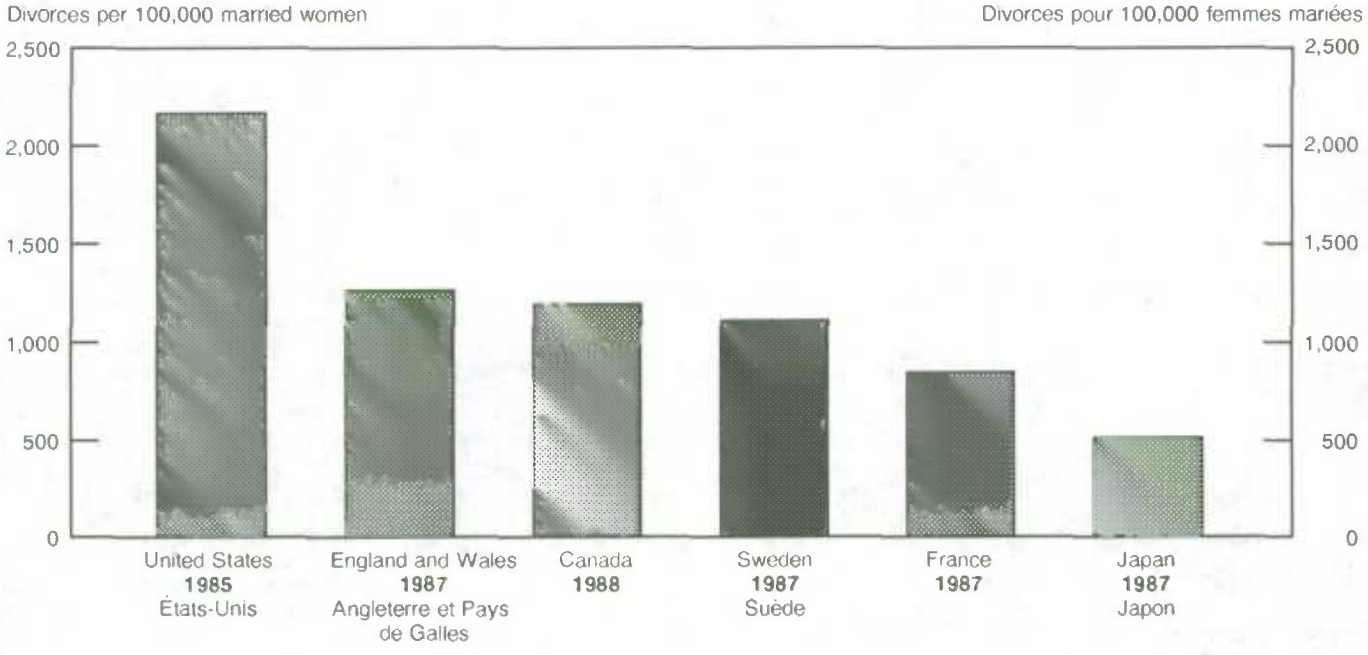
Le taux de divortialité au Canada est beaucoup plus bas qu'aux États-Unis, (1) mais plus élevé que dans certains pays européens (3,4) et au Japon. Il équivaut à moins des deux tiers du taux américain (graphique 2) et est légèrement inférieur aux taux de l'Angleterre et du pays de Galles (2). Par contre, il dépasse de deux fois le taux du Japon (5).

Chart 2

Divorce Rates, Canada and Selected Countries, Recent Years

Graphique 2

Taux de divorce, Canada et pays sélectionnés, années récentes



Proportion of Marriages Ending in Divorce

One of the most frequently asked questions about divorce rates is: "What proportion of marriages end in divorce?"

One approach to addressing this question is to apply life-table techniques to age-specific divorce rates. Using the simplest method, current rates are applied to a hypothetical cohort of 100,000 young married men or women, with the table ending at an advanced age group. Such a table estimates divorce probability assuming that age-specific rates remain constant, and that early death does not occur.

Proportion des mariages se terminant par un divorce

Les gens se demandent très souvent quelle est la proportion de mariages qui se terminent par un divorce.

Pour répondre à cette question, on applique aux taux de divortialité par âge les méthodes utilisées pour établir les tables de mortalité. Selon la méthode la plus simple, les taux actuels sont appliqués à une cohorte hypothétique de 100,000 jeunes époux ou épouses, la table se terminant à un groupe d'âge avancé. Grâce à une telle table, il est possible d'estimer la probabilité de divorce en présumant que les taux par âge demeureront stables et qu'il n'y aura pas de décès prématurés.

The first tables of this type for Canada were produced by Basavarajappa for 1970 to 1972 (6). According to these tables, one in four young married men and women would be divorced before their 80th birthday. By 1975, this rate had risen to one in three (7), and in the most recently published tables for 1984 to 1986 (8), the rate was four in ten.

Demographers have also used multi-state (increment-decrement) life-table techniques to estimate divorce probabilities. This method applies rates of marriage, divorce, widowhood and death to hypothetical cohorts from birth until the last member in the cohort dies. By doing so, it accommodates death rates, the average age at which men and women marry, and remarriage rates among widowed and divorced persons.

Tables prepared for 1984 to 1986 using the multi-state approach suggest that almost three out of ten marriages can be expected to end in divorce. However, the tables also indicate that three out of four divorced men and two out of three divorced women will remarry.

Future Levels of Divorce

Because the 1985 Divorce Act reduced the period of separation required for a divorce from three years to one year, a subsequent rise in divorce rates has been widely anticipated. The evidence so far tends to support this view, although data for several more years are required to accurately assess the impact of the new Act, particularly in light of the 1988 decrease.

The strongest early indicator of an increase is the number of divorce applications filed in Canada. From 1980 to 1985, an average of 78,000 applications were filed each year. From 1986 to 1989, the average jumped to 97,000. Although the number of applications declined somewhat in 1988, no further decrease was observed in 1989, thus (9), it seems unlikely the number of divorces granted will return to the levels of the early 1980s in the near future.

More detailed data is available in Standard Table No. 41054 To order see page 97.

Les premières tables de ce genre pour le Canada ont été produites par Basavarajappa pour les années 1970 à 1972.(6) Ces tables révélaient qu'un époux ou une épouse sur quatre divorcerait avant d'atteindre l'âge de 80 ans. Ce taux est passé à un sur trois en 1975 (7) et à quatre sur dix selon les dernières tables publiées pour 1984 à 1986(8).

Afin d'estimer la probabilité de divorce, les démographes ont également eu recours à la méthode utilisée pour les tables de survie en plusieurs états. Cette méthode consiste à appliquer les taux de nuptialité, de divortialité, de veuvage et de mortalité à des cohortes hypothétiques à partir de la naissance jusqu'au décès du dernier membre de la cohorte. Elle permet ainsi d'établir les taux de mortalité, l'âge moyen des hommes et des femmes au mariage et les taux de remariage parmi les personnes veuves et divorcées.

Les tables préparées pour 1984 à 1986 à l'aide de cette dernière méthode laissent supposer que près de trois mariages sur dix se termineront par un divorce. Cependant, elles permettent également de prédire que trois hommes divorcés sur quatre et deux femmes divorcées sur trois se remarieront.

Niveaux futurs de divorce

Puisque la Loi de 1985 a réduit, de trois ans à un an, la période de séparation nécessaire à l'obtention d'un divorce, on s'attendait généralement à une augmentation subséquente du taux de divortialité. Jusqu'à présent, les faits tendent à renforcer cette vue, mais il faudra obtenir les données pour plusieurs autres années avant de pouvoir évaluer exactement l'incidence de la nouvelle loi, particulièrement à la lumière de la diminution observée en 1988.

Le meilleur indicateur d'une augmentation est le nombre de demandes en divorce déposées au Canada. De 1980 à 1985, 78,000 demandes en moyenne ont été présentées chaque année. De 1986 à 1989, ce chiffre est passé à 97,000. Bien que le nombre de demandes ait légèrement diminué en 1988, aucune autre baisse n'a été observée en 1989. Par conséquent (a), il semble peu probable que le nombre de divorces retombe prochainement aux niveaux du début des années 80.

On peut obtenir des données plus détaillées en consultant le tableau normalisé nº 41054. Pour commander voir page 97.

References

1. United States: National Center for Health Statistics. Advance Report of Final Divorce Statistics, 1985. Monthly Vital Statistics Report, Volume 36, No. 8, Supplement. U.S. Department of Health and Human Services. Washington; 1987.

2. England and Wales: Office of Population Censuses and Surveys. Marriage and Divorce Statistics. Review of the Registrar General on Marriages and Divorces in England and Wales, 1987. Series FM2, no. 14. London; Her Majesty's Stationery Office, 1988.

3. Sweden: Befolkningsförändringar 1987. Del 3. Statistika Centralbyrån. Stockholm; 1988.

4. France: Covet, Christine, and Yves Court. La situation démographique en 1987. Les collections de l'INSEE, no. 131-D. Ministère de l'économie, des finances et du budget. Paris; 1989.

5. Japan: Japan Statistical Yearbook 1989. Statistics Bureau, Management and Coordination Agency. Tokyo; 1989.

6. Basavarajappa, K.G. Marital Status and Nuptiality in Canada. Statistics Canada. Catalogue 99-704. Ottawa; 1978.

7. Adams, O.B. and Nagnur, D.N. Marriage, Divorce and Mortality: A Life Table Analysis for Canada, 1975-1977. Statistics Canada. Catalogue 84-536. Ottawa; 1981.

8. Adams, O.B. and Nagnur, D.N. Marriage, Divorce and Mortality: A Life Table Analysis for Canada and Regions. Statistics Canada. Catalogue 84-536. Ottawa; 1988. Tables 17 and 18.

9. Central Divorce Registry, Department of Justice. Statistics Respecting Divorce Applications Filed in 219 Divorce Registries in Canada since the Coming into Force of the Divorce Act on July 2, 1968. Mimeograph, 1990.

Références

1. États-Unis: National Center for Health Statistics. Advance Report of Final Divorce Statistics, 1985, Monthly Vital Statistics Report, vol. 36, nº 8, supplément, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 1987.

2. Angleterre et pays de Galles: Office of Population Censuses and Surveys. Marriage and Divorce Statistics, Review of the Registrar General on Marriages and Divorces in England and Wales, 1987, série FM2, nº 14, London, Her Majesty's Stationery Office, 1988.

3. Suède: Befolkningsförändringar 1987, Del 3, Statistika Centralbyran, Stockholm, 1988.

4. France: Covet, Christine et Yves Court. La situation démographique en 1987, les collections de l'INSEE, nº 131-D, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et du Budget, 1989.

5. Japon: Japan Statistical Yearbook 1989, Tokyo, Statistics Bureau, Management and Coordination Agency, 1989.

6. Basavarajappa, K.G. État matrimonial et nuptialité au Canada, Ottawa, Statistique Canada, 1978, nº 99-704 au catalogue.

7. Adams, O.B. et D.N. Nagnur. Mariage, divorce et mortalité : Analyse des tables de mortalité, Canada, 1975-1977, Ottawa, Statistique Canada, 1981, nº 84-536 au catalogue.

8. Adams, O.B. et D.N. Nagnur. Mariage, divorce et mortalité : Analyse des tables de mortalité, Canada et régions, tableaux 17 et 18, Ottawa, Statistique Canada, 1988, nº 84-536 au catalogue.

9. Bureau central des divorces, ministère de la Justice. Statistiques sur les demandes de divorce présentées dans 219 bureaux de divorce au Canada depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur le divorce, le 2 juillet 1968, mimeograph, 1990.

Lung Cancer and Smoking Prevalence in Canada

Anna Brancker

Abstract

This article reviews lung cancer mortality and smoking prevalence in Canada.

For men, age-adjusted lung cancer death rates are highest in Quebec and the Atlantic provinces, areas that had Canada's highest smoking prevalence twenty years ago. Rates are still rising in these provinces, though much less steeply than in the past. In Ontario and the Western provinces, lung cancer death rates for men have reached a plateau in recent years and rates in British Columbia even show signs of falling. Sizeable declines in smoking rates among men have been reported in all provinces over the last twenty years, and lung cancer death rates for men can thus be expected to begin declining in this decade.

For women, lung cancer death rates began to rise steeply in the 1960s, although remaining well below the rates for men. Rates for women nearly doubled in both the 1970s and 1980s. Smoking rates for women increased up to the early 1970s and declined only slightly since then. Lung cancer death rates for women can thus be expected to continue to rise until the end of the century.

Introduction

Starting with seminal reports published 40 to 50 years ago, which provided early evidence of the link between smoking and lung cancer (1,2,3), the lung cancer epidemic in countries with a high prevalence of smoking has been described extensively. Increases in lung cancer death rates for women have generally followed those for men after a lag of some 20-30 years.

The Canadian cancer data were reviewed twelve years ago by Miller (4) in light of reports from some parts of the world that lung cancer death rates were levelling off or decreasing, at least for men. At the time, however, he found that there was no indication of levelling of rates for Canadian men and that rates in women were rising rapidly. Based on surveys of cigarette smoking Miller predicted that the next decade might see a reduction in mortality for men in Ontario and the Prairies. To follow up on these predictions, this article reviews trends and patterns of lung cancer mortality and smoking prevalence in Canada and the provinces with an emphasis on changes over the last decade.

Cancer du poumon et usage du tabac au Canada

Anna Brancker

Résumé

Le présent article porte sur la mortalité due au cancer du poumon et sur la prévalence de l'usage du tabac au Canada.

Chez les hommes, les plus hauts taux de mortalité liés au cancer du poumon et corrigés en fonction de l'âge sont enregistrés au Québec et dans les provinces atlantiques, régions où l'usage du tabac était le plus répandu il y a vingt ans. Le taux progresse toujours dans ces provinces, mais à un rythme beaucoup plus lent que par le passé. En Ontario et dans les provinces de l'Ouest, le taux de mortalité masculine due au cancer du poumon s'est stabilisé ces dernières années et donne même signe de fléchissement en Colombie-Britannique. Toutes les provinces ont enregistré une baisse sensible de la proportion de fumeurs parmi les hommes au cours des vingt dernières années et on peut donc s'attendre à ce que la mortalité masculine attribuable au cancer du poumon commence à décliner d'ici la fin de la présente décennie.

Chez les femmes, le taux de mortalité due au cancer du poumon – quoique demeurant bien inférieur au taux enregistré pour les hommes – a amorcé une montée en flèche pendant les années 60. Il a en effet presque doublé au cours des années 70 et 80. La proportion des femmes faisant usage du tabac s'est accrue jusqu'au début des années 70 et n'a que légèrement diminué depuis. On peut donc s'attendre à ce que la mortalité féminine attribuable au cancer du poumon continue d'augmenter d'ici la fin du siècle.

Introduction

Depuis la publication, il y a une cinquantaine d'années, des premiers rapports démontrant l'existence d'un lien entre le tabagisme et le cancer du poumon (1,2,3), la fréquence de cette forme de cancer dans les pays où l'usage du tabac est largement répandu a fait l'objet d'études détaillées. On a notamment remarqué que le taux de mortalité due au cancer du poumon chez les femmes suivait la même courbe ascendante que chez les hommes, mais avec un décalage de quelque vingt à trente ans.

Il y a douze ans, Miller (4) a examiné les données canadiennes relatives au cancer, à la lumière de rapports faisant état, dans certaines régions du monde, d'une stabilisation, voire d'une régression du taux de mortalité lié au cancer du poumon, tout au moins chez les hommes. Non seulement n'a-t-il pu déceler aucun signe de stabilisation de ce taux pour les Canadiens du sexe masculin, mais il a aussi constaté un accroissement rapide de la mortalité féminine due au cancer du poumon. S'appuyant sur les résultats d'enquêtes sur l'usage de la cigarette, Miller a néanmoins prédit, pour la décennie à venir, un déclin possible de la mortalité masculine due au cancer du poumon en Ontario et dans les Prairies. Afin de vérifier la justesse de cette prédiction, le présent article examinera l'évolution, notamment au cours de la dernière décennie, de l'usage du tabac et de la mortalité due au cancer du poumon dans l'ensemble du Canada et dans les provinces.

Methods

Information on lung cancer deaths is derived from mortality data supplied to Statistics Canada by provincial and territorial registries of vital statistics.

To allow for changes in the International Classification of Diseases (5), which is used to code cause of death, an equivalent grouping of cancers of the lung, trachea and bronchus (abbreviated to 'lung' in this report) was used for all time periods.

For international comparisons and for the long-term trend analysis, rates were adjusted to the World population, first constructed by Segi (6) and modified by Doll et al. (7). For all other comparisons, age-adjusted rates are based on the Canadian population as determined by the 1971 Census of Canada. Because the small populations of the Yukon and the Northwest Territories result in unstable rates from year to year, data for these regions were not analyzed separately. Cohort mortality rates were derived using the abridged method described in the WHO Manual of Mortality Analysis (8).

Data on smoking prevalence were taken from a Health and Welfare Canada publication containing information collected through supplements to the Labour Force Survey (9). The survey excludes the Yukon and Northwest Territories.

Global Patterns

According to 1980 estimates of worldwide cancer incidence, lung cancer ranked a close second, behind stomach cancer (10). With declining incidence rates of stomach cancer and the continuing rise for lung cancer, lung cancer is believed to rank first since 1982. Canadian lung cancer death rates ranked seventh for men and fifth for women in 1986-1987 out of rates for 20 industrialized countries included in Cancer Mortality Statistics in the World (11, 12) (Chart 1). The highest lung cancer death rates for men were reported by Belgium, the Netherlands and Scotland; for women rates were highest in Scotland and the United States.

Canadian Patterns

For both incidence and mortality, lung cancer is by far the leading cancer of Canadian men. It accounted for close to 9,000 deaths or one-third of all cancer deaths in 1987 and nearly 10,000 newly-diagnosed cancers among men in 1984. For women it ranks second among cancer deaths (3,550 deaths in 1987), after cancer of the breast. It accounted for just over

Méthodes

L'information sur les décès dus au cancer du poumon a été tirée des données relatives à la mortalité transmises à Statistique Canada par les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil.

Afin de tenir compte des modifications apportées à la Classification internationale des maladies (5), utilisée pour le codage des causes de décès, les cancers du poumon, de la trachée et des bronches (désignés, dans le présent rapport, par «cancer du poumon») ont fait l'objet d'un groupement équivalent pour toutes les tranches chronologiques.

Pour permettre la comparaison avec les autres pays ainsi que l'analyse des tendances à long terme, les taux ont été rectifiés en fonction de la structure par âge de la population mondiale, selon les données d'abord élaborées par Segi (6), puis modifiées par Doll et al. (7). Pour toutes les autres comparaisons, les taux corrigés en fonction de l'âge ont été établis à partir des données du recensement canadien de 1971. Puisque la taille restreinte de la population du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest donne lieu à des taux peu cohérents d'une année à l'autre, les données relatives à ces régions n'ont fait l'objet d'aucune analyse distincte. Les taux de mortalité par cohorte ont été obtenus au moyen de la méthode abrégée proposée par l'OMS dans le Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (8).

Les données sur l'usage du tabac ont été tirées d'une publication de Santé nationale et Bien-être social Canada qui résume l'information recueillie au moyen des suppléments à l'Enquête sur la population active (9). Cette enquête exclut le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

Tendances mondiales

Selon les estimations de 1980 concernant la fréquence des divers types de cancer dans le monde, le cancer du poumon venait au second rang, tout juste derrière le cancer de l'estomac (10). Compte tenu du recul du cancer de l'estomac et de la progression soutenue du cancer du poumon, ce dernier occuperait la première place depuis 1982. En 1986-1987, parmi vingt pays industrialisés inclus dans un recueil de statistiques sur la mortalité attribuable au cancer (11, 12), le Canada se rangeait aux septième et cinquième rangs respectivement quant aux taux de mortalité masculine et féminine liés au cancer du poumon (graphique 1). Les taux les plus élevés se retrouvaient en Belgique, aux Pays-Bas et en Écosse pour les hommes, et en Écosse et aux États-Unis pour les femmes.

Tendances canadiennes

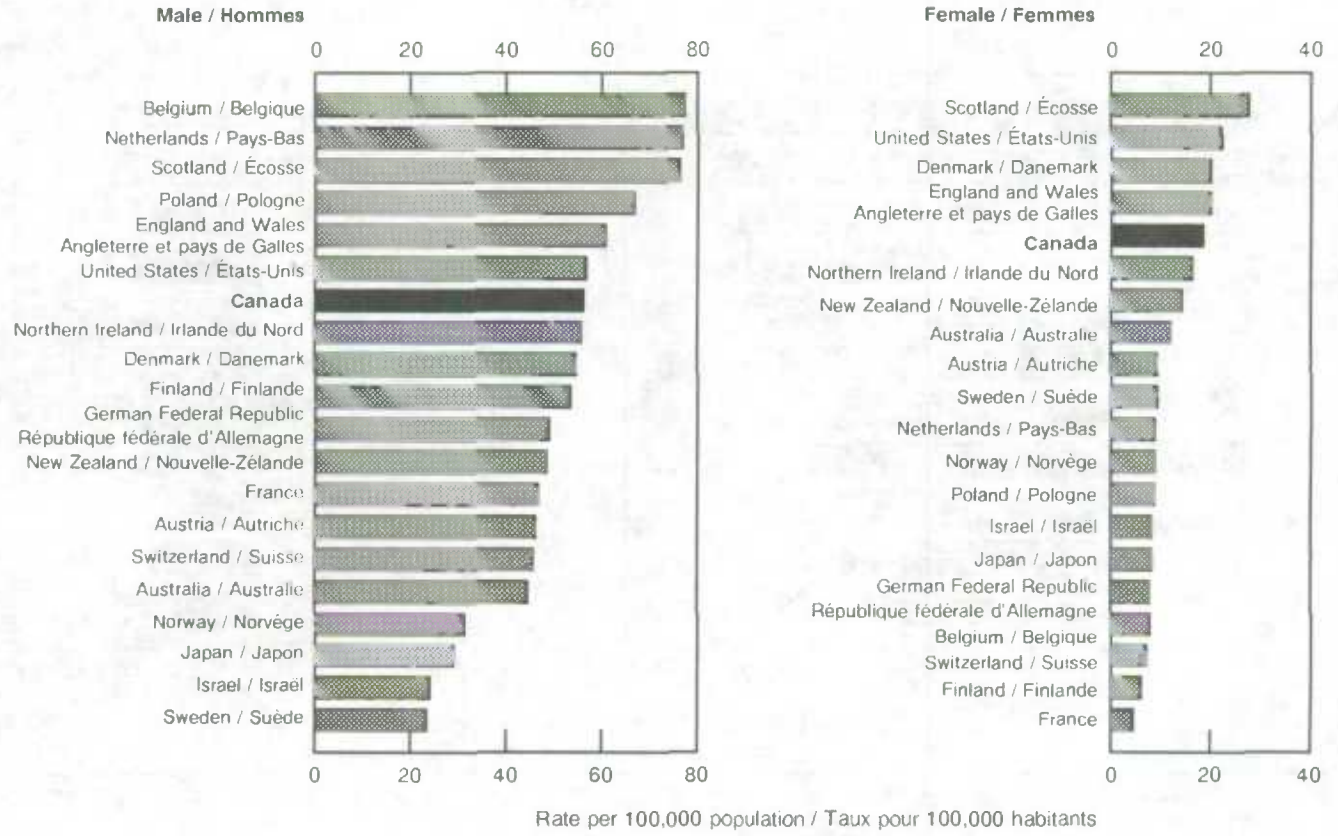
Qu'il s'agisse de la fréquence de la maladie ou du taux de mortalité qui lui est associé, le cancer du poumon est de loin le type de cancer prédominant chez les Canadiens du sexe masculin. On lui a imputé en 1987 près de 9,000 décès, soit le tiers de la mortalité masculine due au cancer, et près de 10,000 nouveaux cas ont été diagnostiqués chez les hommes en 1984. Chez les femmes, le cancer du poumon occupe la

Chart 1

International Comparison of Lung Cancer Death Rates

Graphique 1

Comparaison internationale des taux de mortalité attribuable au cancer du poumon



Note: Rates adjusted to the World population (6,7)
Rates based on data years 1986 or 1987
Source: WHO, 1988 (12)

Nota: Taux corrigés en fonction de la population mondiale (6,7)
Taux fondés sur les données de l'année de référence 1986 ou 1987
Source: OMS, 1988 (12)

3,700 newly diagnosed cancers among women in 1984, ranking third after cancers of the breast and colo-rectum.

Within Canada there are considerable differences in age-adjusted lung cancer mortality rates. In the 1985-87 period, rates for men were highest in Quebec (73 per 100,000) and lowest in Alberta (42) and Saskatchewan (44). For women, the contrast between the provinces was more marked: British Columbia, the province with the highest rate (24 per 100,000) had double the rate of Newfoundland, the province with the lowest rate (Chart 2). In 1987, British Columbia was the first province in which lung cancer death rates overtook breast cancer death rates for women.

deuxième place parmi les causes de mortalité liée au cancer (3,550 décès en 1987), après le cancer du sein. Un peu plus de 3,700 nouveaux cas chez les femmes ont été diagnostiqués en 1984, ce qui classe le cancer du poumon troisième, après les cancers du sein et de la région côlorectale.

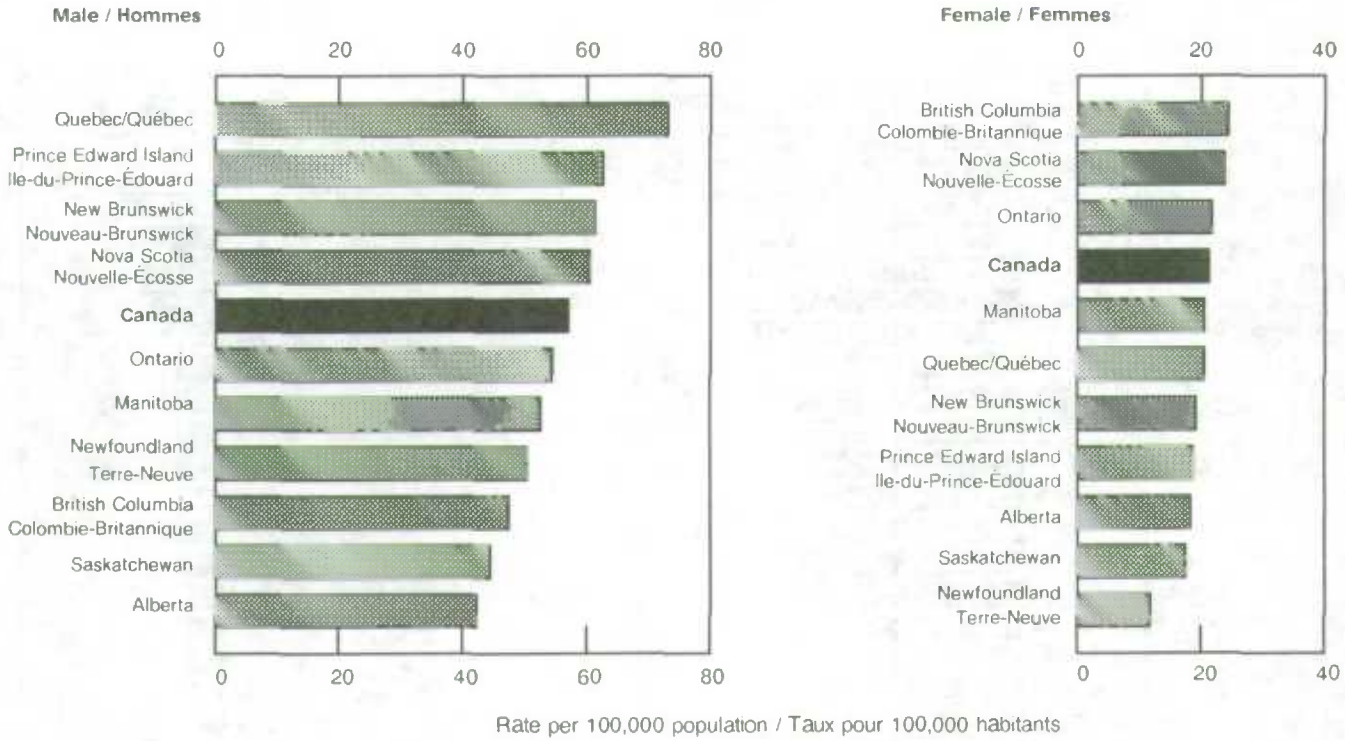
Les taux de mortalité liés au cancer du poumon et corrigés en fonction de l'âge diffèrent considérablement d'une région à l'autre du Canada. Ainsi, de 1985 à 1987, pour les hommes, les taux les plus élevés étaient enregistrés au Québec (73 pour 100,000) et les plus faibles, en Alberta (42) et en Saskatchewan (44). Pour les femmes, les écarts entre provinces étaient encore plus prononcés: le taux le plus élevé (24 pour 100,000), obtenu par la Colombie-Britannique, était le double du plus faible, enregistré à Terre-Neuve (graphique 2). En 1987, la Colombie-Britannique était la première province où le cancer du poumon a remplacé le cancer du sein au premier rang des cancers mortels chez les femmes.

Chart 2

Lung Cancer Death Rates, Canada and the Provinces

Graphique 2

Taux de mortalité attribuable au cancer du poumon, Canada et provinces



Note: Rates adjusted to the 1971 population of Canada. Rates based on annual average 1985 to 1987

Nota: Taux corrigés en fonction de la population canadienne de 1971. Taux fondés sur la moyenne annuelle 1985-1987.

On average, lung cancer death rates are currently almost three times as high for men as for women but this ratio varies from 2:1 in British Columbia to over 4:1 in Newfoundland.

Time Trends in Mortality Rates

Age-Adjusted Rates

Chart 3 shows age-adjusted lung cancer death rates in Canada from 1931 to 1987. In men, rates increased rapidly up to the late 1940's followed by a less rapid increase since then. In the last three years, rates have levelled out to around 57 deaths per 100,000 men annually.

Lung cancer death rates for women rose slowly and unevenly up to 1960. Part of this early increase has been attributed to improved diagnostic practices

Le taux de mortalité lié au cancer du poumon est actuellement près de trois fois plus élevé, en moyenne, chez les hommes que chez les femmes, mais ce rapport varie d'une province à l'autre, passant de 2 à 1 en Colombie-Britannique, à 4 à 1 à Terre-Neuve.

Tendances chronologiques des taux de mortalité

Taux corrigés en fonction de l'âge

Le graphique 3 présente les taux de mortalité liés au cancer du poumon, enregistrés au Canada de 1931 à 1987. Chez les hommes, le taux a subi une croissance rapide jusqu'à la fin des années 40, après quoi il a continué d'augmenter, mais plus lentement. Au cours des trois dernières années, il s'est stabilisé à quelque 57 décès pour 100,000 hommes annuellement.

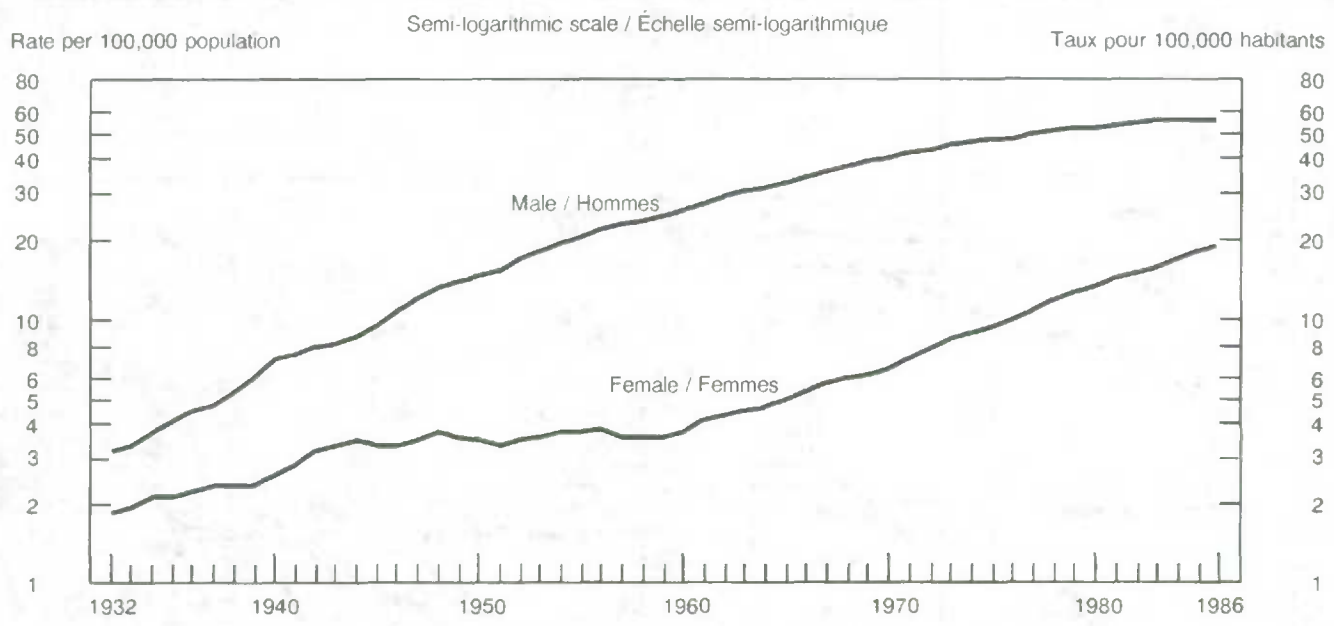
Chez les femmes, le taux de mortalité lié au cancer du poumon a connu une progression lente et inégale jusqu'en 1960. Cette première hausse est en partie attribuée à

Chart 3

Trends in Lung Cancer Death Rates, Canada, 1931-1987

Graphique 3

Tendances des taux de mortalité attribuable au cancer du poumon, Canada, 1931-1987



Note: Rates adjusted to the World population (6,7)
Rates based on 3-year moving averages

Nota: Taux corrigés en fonction de la population mondiale (6,7)
Taux fondés sur des moyennes mobiles de 3 ans

resulting from increasing awareness of the problem of lung cancer in women as the incidence rates rose for men (13). Steep increases in lung cancer death rates for women started in the 1960s and are continuing to date. Judging from comparisons of the steepness of the increases, the epidemic in Canadian women has followed that in men with a lag of about 30 years. In each of the last two decades rates for women have almost doubled.

Provincial data for 1976-86 show rates for men starting to fall in British Columbia, levelling out in the Prairie provinces and Ontario, and still rising although much less steeply than before in Quebec and the Maritime provinces. For women the largest increases in the last 10 years, occurred in Quebec and Ontario, where rates doubled. (Chart 4).

l'amélioration des méthodes de diagnostic, conséquence d'une préoccupation croissante à l'égard de ce type de cancer chez les femmes, suscitée par l'augmentation de la fréquence de cette affection chez les hommes (13). Le taux de mortalité féminine lié au cancer du poumon a amorcé une croissance rapide dans les années 60, tendance qui s'est poursuivie depuis. Si l'on compare le rythme d'augmentation du taux pour chacun des sexes, on constate que la progression de la maladie chez les Canadiennes a suivi, avec quelque trente ans de décalage, la même courbe que chez les Canadiens. Le taux de mortalité féminine a doublé à chacune des deux dernières décennies.

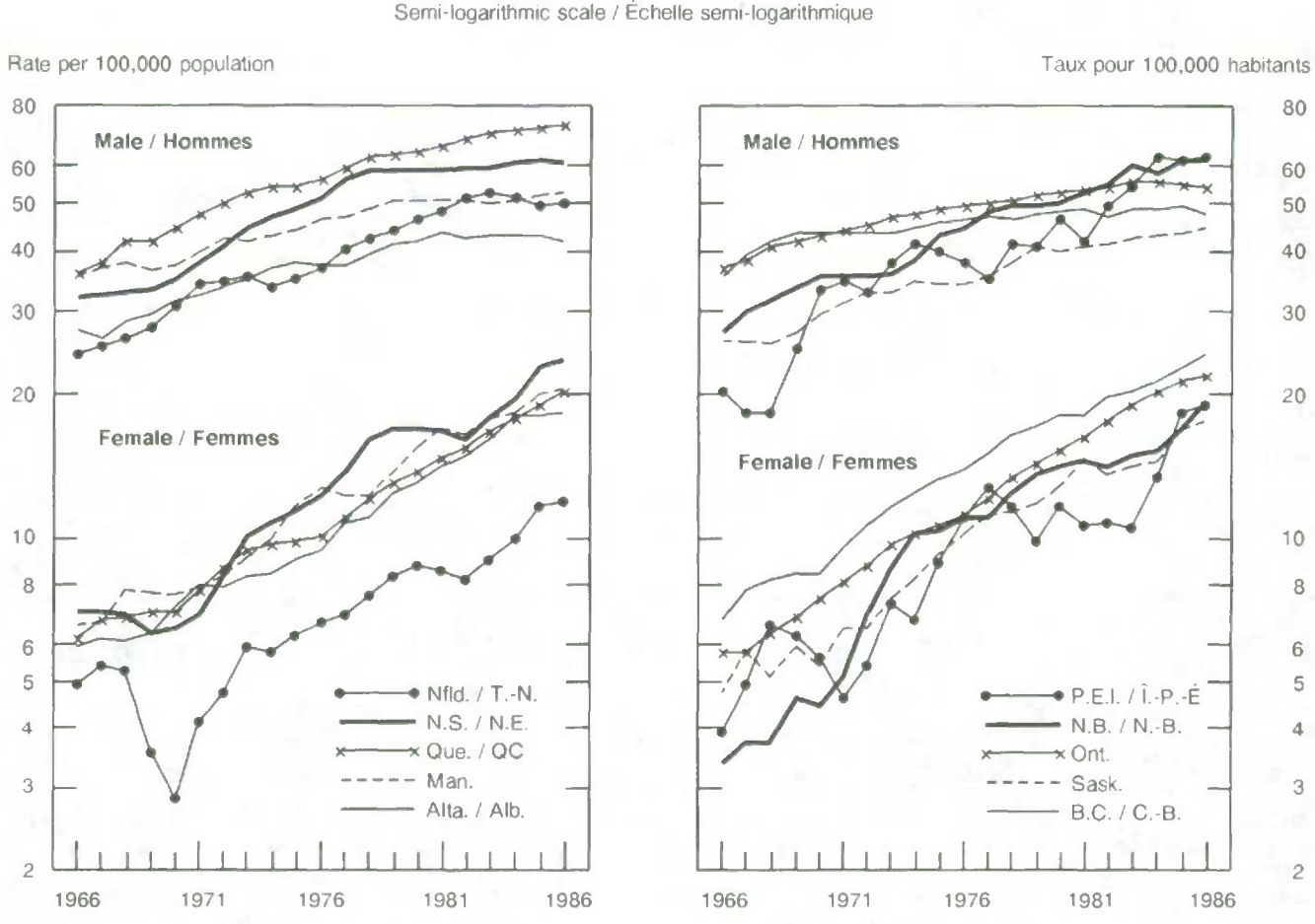
Les données selon les provinces indiquent qu'entre 1976 et 1986, le taux de mortalité masculine a commencé à fléchir en Colombie-Britannique, s'est stabilisé dans les Prairies et en Ontario, et a continué d'augmenter, quoique moins rapidement, au Québec et dans les provinces maritimes. Chez les femmes, c'est au Québec et en Ontario que les augmentations les plus marquées ont été enregistrées, les taux ayant doublé depuis dix ans (graphique 4).

Chart 4

Recent Trends in Lung Cancer Death Rates in the Provinces, 1966-1987

Graphique 4

Tendances récentes des taux de mortalité attribuable au cancer du poumon dans les provinces, 1966-1987



Note: Rates adjusted to the 1971 population of Canada
Rates based on 3-year moving averages

Nota: Taux corrigés en fonction de la population canadienne de 1971
Taux fondés sur des moyennes mobiles de 3 ans

Age-Specific Rates

Chart 5 shows trends in lung cancer death rates in Canada for 5-year age groups between 35 and 74 years. For men, rates have fallen or levelled out in recent years for the youngest age groups while increasing slowly for the older groups. For women, a slow uneven increase in rates up to 1960 followed by steep increases is evident for all age groups.

Taux par âge

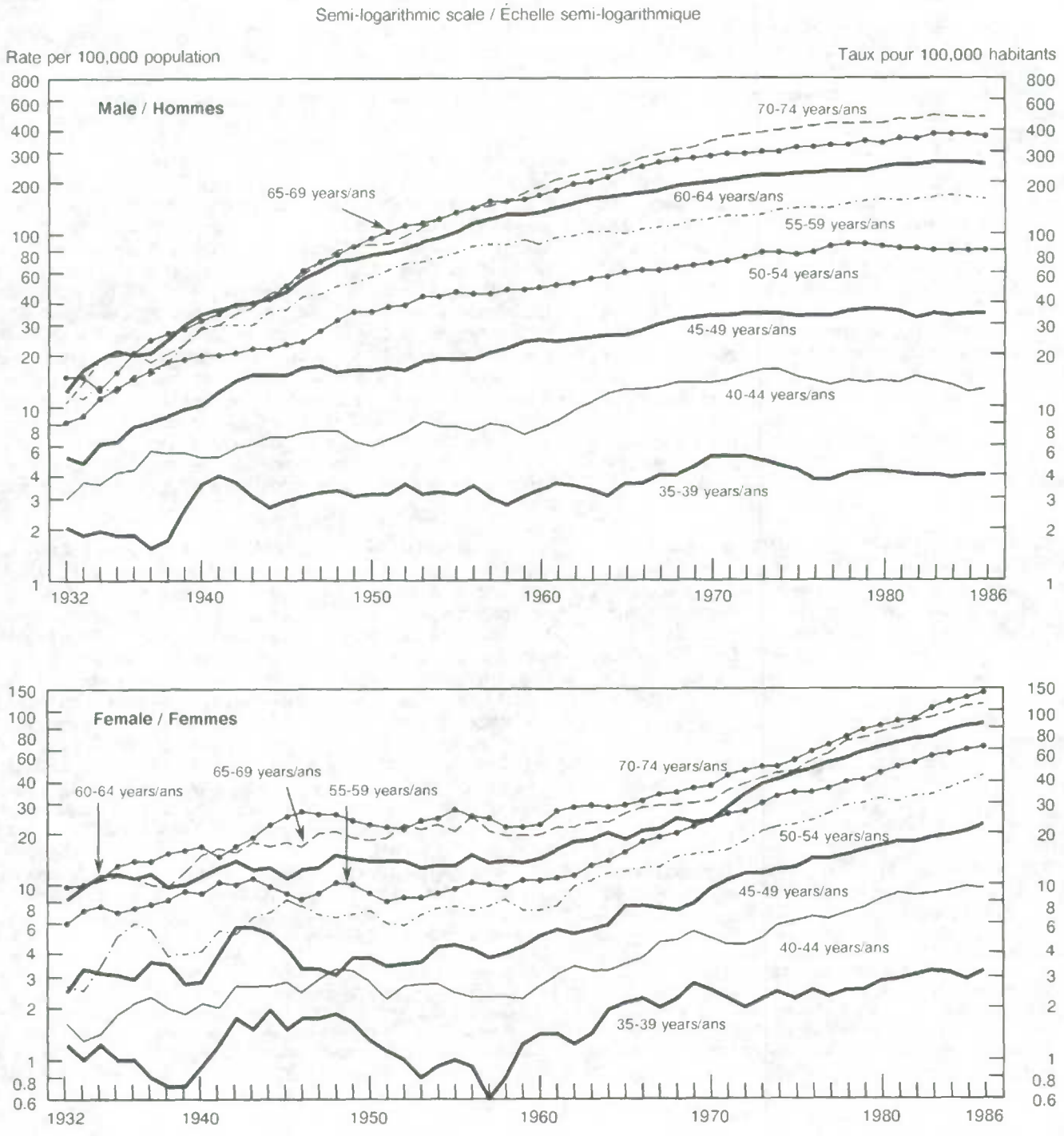
Le graphique 5 illustre la tendance au Canada des taux de mortalité liés au cancer du poumon, pour des groupes d'âge établis selon un intervalle de cinq années, entre 35 et 74 ans. Ces taux ont diminué ou se sont stabilisés au cours des dernières années chez les hommes les plus jeunes, tandis qu'ils se sont légèrement accrus chez les plus âgés. Chez les femmes, par contre, on a observé dans tous les groupes d'âge une croissance lente et irrégulière des taux avant 1960, suivie d'augmentations marquées depuis.

Chart 5

Trends in Lung Cancer Death Rates for Selected Age Groups, Canada, 1931-1987

Graphique 5

Tendances des taux de mortalité attribuable au cancer du poumon pour certains groupes d'âge, Canada, 1931-1987



Note: Rates based on 3-year moving averages.

Nota: Taux fondés sur des moyennes mobiles de 3 ans

Cohort Mortality

Underlying the observed trends in age-adjusted and age-specific rates are changes in lung cancer mortality experienced by cohorts of persons born around the same time. For Canada, Chart 6 depicts lung cancer mortality for cohorts born from around 1860 to around 1940*.

For each cohort, risk of death from lung cancer rises steeply with age and more steeply than suggested by the cross sectional age-specific rates in the 1985 to 1987 period (shown as dotted lines in Chart 6**. For men each successively younger cohort from 1860 to 1930 has a higher death rate at any age than the previous cohort. Very steep increases from cohort to cohort are apparent up to the turn of the century. After that, the increases become smaller, with very little difference between the 1920 and 1930 cohorts. Few overlapping data points are available for the cohorts born around 1930 and 1940 but for the age range 35-49 there are no further cohort-to-cohort increases. This pattern indicates that for men the lung cancer epidemic has abated and that age-adjusted death rates should begin to fall in the near future. For women, uneven increases for successively younger cohorts occur up to the cohort born around the turn of the century, followed by large cohort-to-cohort increases thereafter. This pattern suggests that age-adjusted rates for women will continue to climb for some time to come.

Cohort data for the regions of Canada begin with cohorts born around 1880***. For men, Chart 7 contrasts Quebec, which has the highest age-adjusted rates that are still rising, with British Columbia, which has rates below the Canadian average that have dropped slightly in the most recent years. Cohort-to-cohort increases are less steep in British Columbia, the Prairie region and Ontario (not shown) than in Quebec and the Atlantic region (not shown). Increases are diminishing in all regions for cohorts born since around 1900 but this slowing is most pronounced in Western Canada and Ontario.

For women, as typefied by the Canada graph (Chart 6), large cohort-to-cohort increases occur in all regions (not shown).

* *Based on years of death from 1930 to 1987.*

** *When rates are increasing or decreasing over time, the cross-sectional age-specific rates can give a misleading impression of how risk varies with age (14).*

*** *Based on years of death from 1950 to 1987.*

Mortalité par cohorte

La tendance des taux par âge et corrigés en fonction de l'âge témoigne des changements survenus au chapitre de la mortalité due au cancer du poumon par cohortes de personnes nées durant la même période. Le graphique 6 illustre le cas des cohortes nées entre 1860 et 1940*.

Pour chaque cohorte, le risque de mourir du cancer du poumon croît considérablement avec l'âge et à un rythme plus rapide que ne le laissent croire les taux par âge établis pour la période de 1985 à 1987 (représentés par les lignes pointillées dans le graphique 6)**. Dans chacune des cohortes d'hommes nés entre 1860 et 1930, on observe à un même âge donné un taux de mortalité due au cancer du poumon supérieur à celui de la cohorte précédente. Les taux font des bonds importants d'une cohorte à l'autre jusqu'au tournant du siècle. Puis, les augmentations se font moins marquées, l'écart entre les cohortes nées en 1920 et en 1930 étant très faible. Peu de données sont disponibles quant aux cohortes nées vers 1930 et 1940, mais parmi les personnes âgées de 35 à 49 ans, les taux cessent de croître d'une cohorte à l'autre. Cette évolution témoigne d'un arrêt de la progression du cancer du poumon chez les hommes, qui devrait se traduire, dans un avenir rapproché, par une chute du taux de mortalité corrigé en fonction de l'âge. Chez les femmes, les taux augmentent de façon irrégulière d'une cohorte à l'autre jusqu'au tournant du siècle, puis subissent des augmentations considérables. Cette tendance laisse présager que le taux de mortalité corrigé en fonction de l'âge continuera de grimper encore quelque temps chez les femmes.

Les cohortes nées vers 1880*** sont les premières pour lesquelles on dispose de données régionales. Pour les hommes, le graphique 7 illustre le contraste entre le Québec, où l'on enregistre les taux corrigés en fonction de l'âge les plus élevés et toujours à la hausse, et la Colombie-Britannique, où les taux, inférieurs à la moyenne canadienne, ont quelque peu diminué ces dernières années. Les augmentations d'une cohorte à l'autre sont moins marquées en Colombie-Britannique, dans les Prairies et en Ontario (données non illustrées), qu'au Québec et dans la région atlantique (données non illustrées). On remarque dans toutes les régions un ralentissement de la progression des taux pour les cohortes nées depuis 1900, mais c'est dans l'Ouest du Canada et en Ontario que ce ralentissement est le plus prononcé.

Pour ce qui est des femmes, comme l'illustre la courbe des données canadiennes (graphique 6), toutes les régions se caractérisent par des augmentations considérables d'une cohorte à l'autre (données non illustrées).

* *D'après les décès survenus entre 1930 et 1987.*

** *Lorsque les taux augmentent ou diminuent au cours d'une période donnée, les taux par âge peuvent donner une idée trompeuse de la variation du risque en fonction de l'âge (14).*

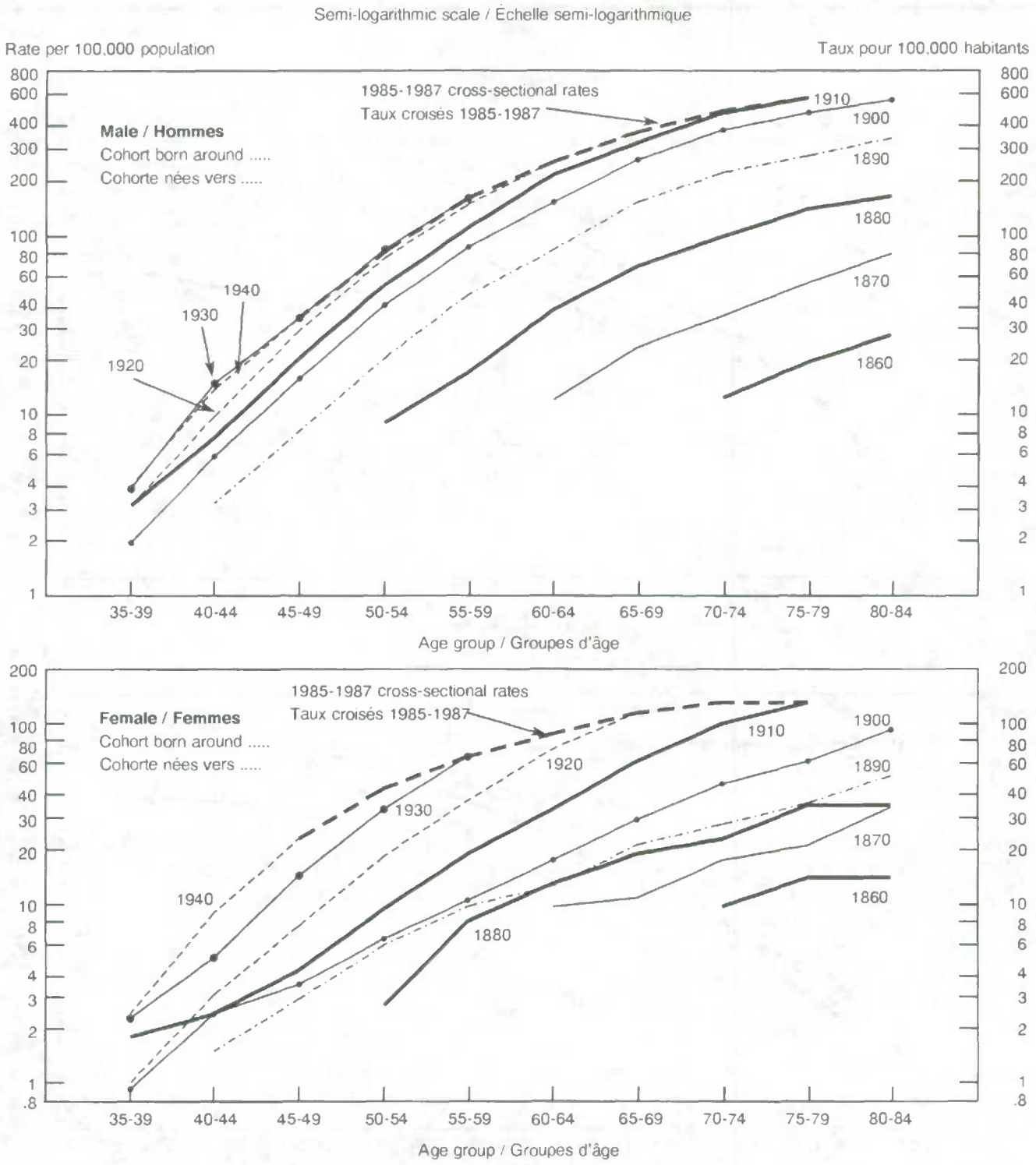
*** *Selon les décès survenus entre 1950 et 1987.*

Chart 6

Lung Cancer Death Rates, by Birth Cohort, Canada

Graphique 6

Taux de mortalité attribuable au cancer du poumon, selon la cohorte de naissance, Canada



Note: Rates based on data years 1931 to 1987.

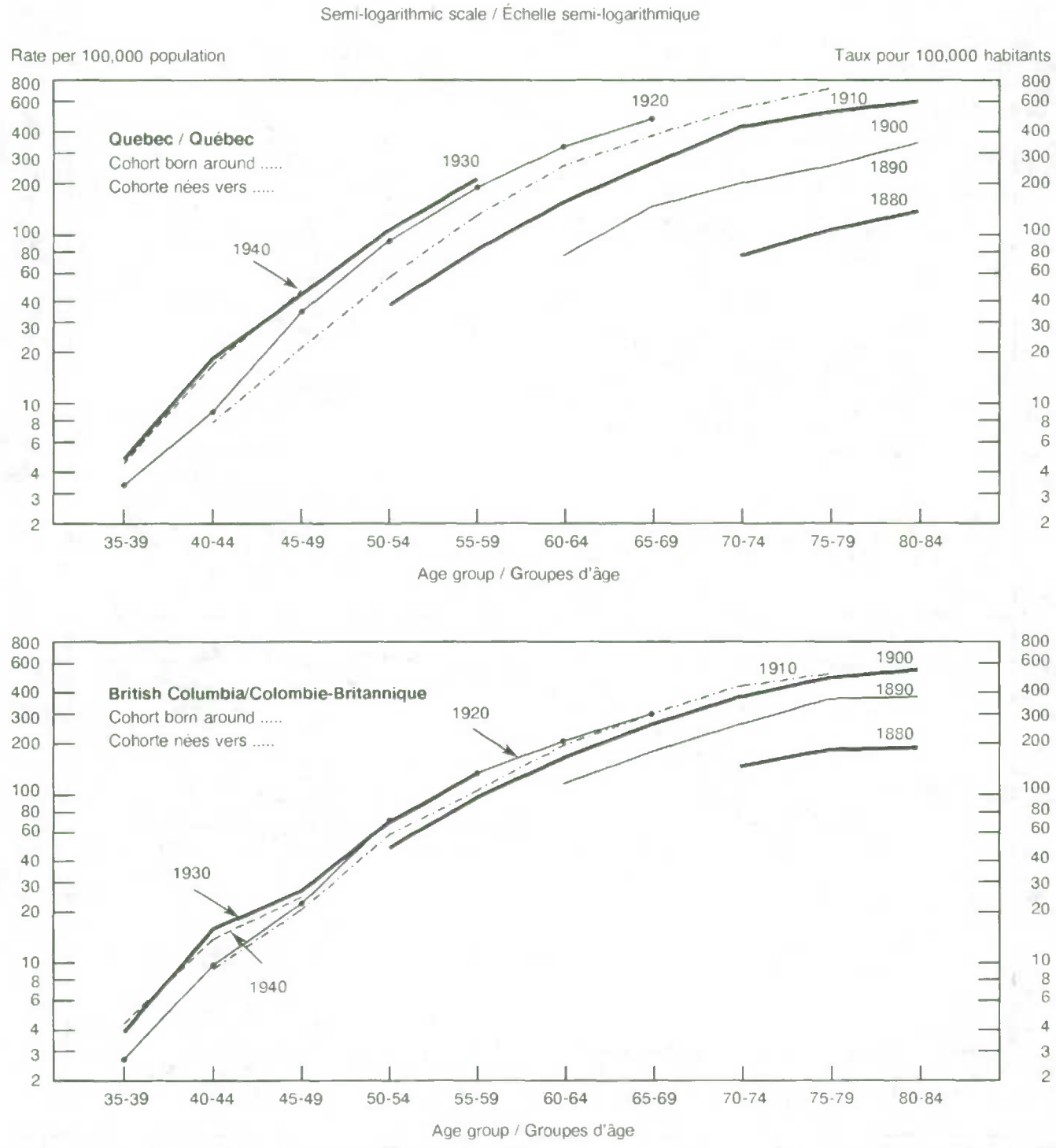
Nota: Taux fondés sur les données des années de référence 1931 à 1987

Chart 7

Lung Cancer Death Rates, by Birth Cohort, Men in Quebec and British Columbia

Graphique 7

Taux de mortalité attribuable au cancer du poumon, selon la cohorte de naissance, hommes, Québec et Colombie-Britannique



Note: Rates based on data years 1950 to 1987

Nota: Taux fondés sur les données des années de référence 1950 à 1987

Income and Lung Cancer Mortality

A study of mortality by income group in urban Canada for 1971 and 1986 (15) shows that low family income is linked to high lung cancer mortality rates for both men and women. Moreover, increases in lung cancer rates from 1971 to 1986 were more pronounced in low income groups, which increased overall disparity (Chart 8).

Lien entre le revenu et la mortalité due au cancer du poumon

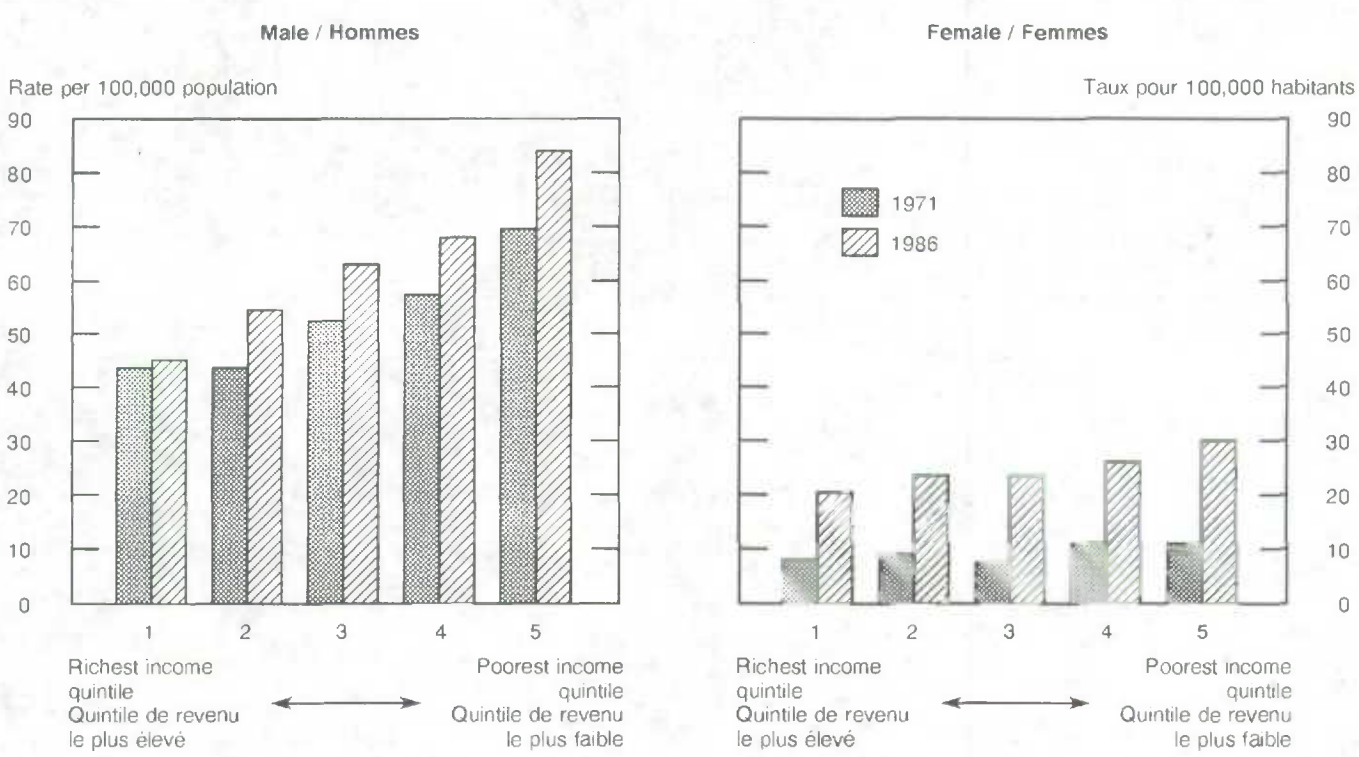
D'après une étude de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 (15), le taux de mortalité due au cancer du poumon est inversement proportionnel au revenu familial, tant chez les hommes que chez les femmes. De plus, l'augmentation de la fréquence du cancer du poumon entre 1971 et 1986 a été plus prononcée dans les groupes à faible revenu, ce qui a encore accentué les disparités globales (graphique 8).

Chart 8

Lung Cancer Death Rates by Income: Urban Canada, 1971 and 1986

Graphique 8

Taux de mortalité attribuable au cancer du poumon selon le revenu, Canada urbain, 1971 et 1986



Note: Rates adjusted to the Census Metropolitan Area population (excluding residents of health care facilities)

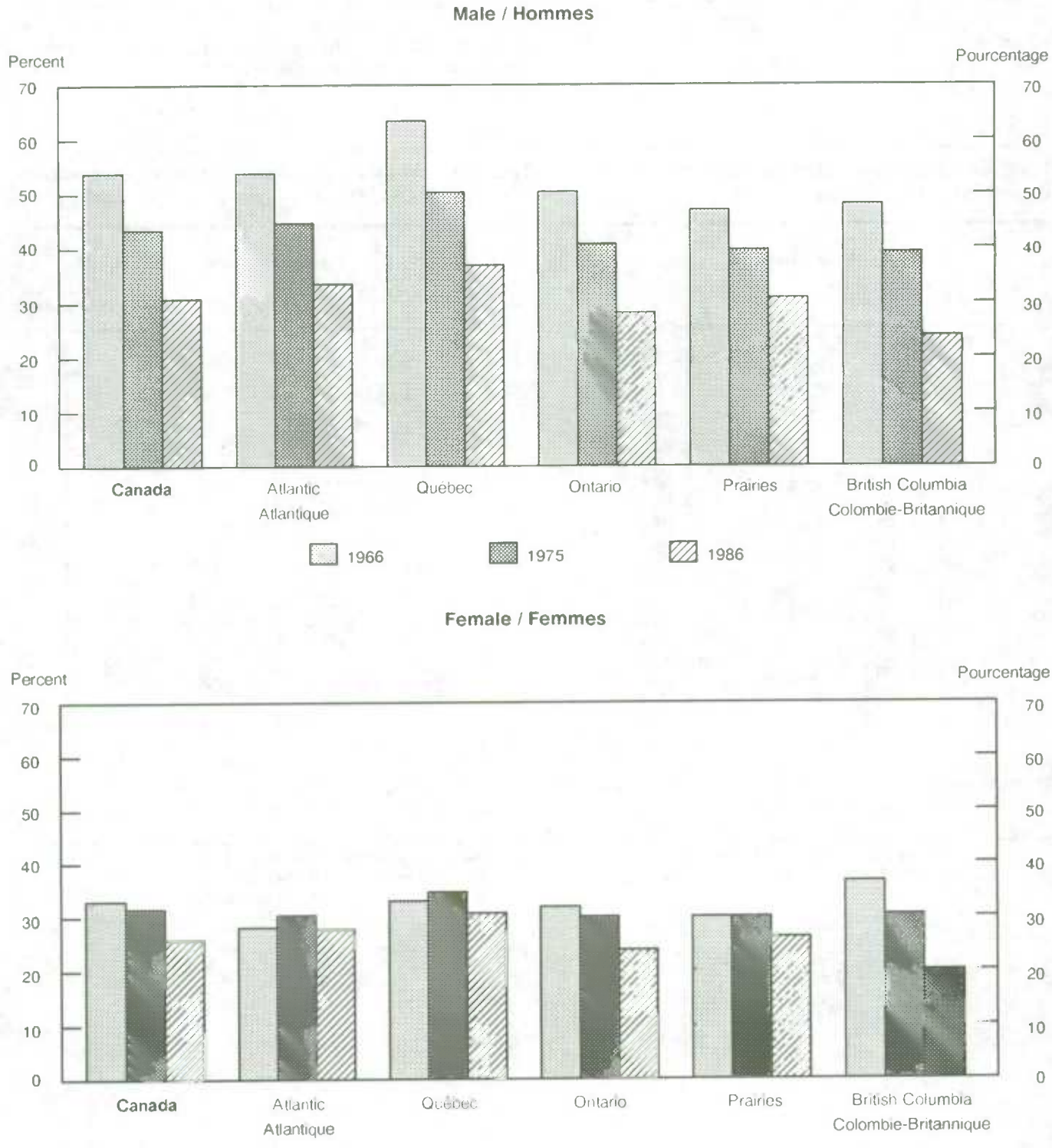
Nota: Taux calculés d'après la population des régions métropolitaines de recensement, (à l'exclusion des résidents d'établissements de santé).

Chart 9

Regular Cigarette Smokers in the Population 15 Years of Age and Over, Canada and Regions, 1966, 1975 and 1986

Graphique 9

Fumeurs réguliers de cigarettes dans la population âgée de 15 ans et plus, Canada et régions, 1966, 1975 et 1986



Smoking Behaviour

In 1986, an estimated 31% of the male and 26% of the female Canadian population 15 years of age and older were regular cigarette smokers. Since 1966, smoking prevalence has declined among both men and women but much less markedly among women (down 19%) than men (down 43%).

Smoking prevalence for women peaked in the early or mid-1970s but did at no time reach the high levels reported for men. The changing patterns in smoking prevalence by region are similar – declines were substantial for men and small for women except in British Columbia (Chart 9). This province had the highest smoking prevalence for women 20 years ago, and although smoking has declined more there than in other regions, British Columbia now has the highest lung cancer death rates for women. Chart 10 illustrates the high correlation between smoking prevalence in the provinces of Canada in 1966 and lung cancer death rates 20 years later*.

* *A lag of about 30 years would probably yield a higher correlation (16) but comparable smoking prevalence data are not available prior to 1965.*

Usage du tabac

En 1986, on évaluait à 31% des hommes et à 26% des femmes le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui fumaient régulièrement la cigarette au Canada. Depuis 1966, l'usage du tabac a diminué pour les deux sexes, mais de façon moins marquée chez les femmes (baisse de 19%) que chez les hommes (baisse de 43%).

La prévalence de l'usage du tabac chez les femmes a atteint un sommet dans la première moitié des années 70, mais n'a jamais été aussi élevée que celle qui a été observée chez les hommes. Les données relatives à l'usage du tabac témoignent d'une évolution similaire dans toutes les régions du pays – déclin marqué chez les hommes et faible recul chez les femmes, sauf en Colombie-Britannique (graphique 9). Cette province avait, il y a vingt ans, le pourcentage de fumeuses le plus élevé au pays et, même si l'usage du tabac y a diminué plus qu'ailleurs, elle présente maintenant le plus haut taux de mortalité féminine lié au cancer du poumon. Le graphique 10 illustre la corrélation élevée qui existe entre la prévalence de l'usage du tabac dans les provinces canadiennes en 1966 et la mortalité due au cancer du poumon vingt ans plus tard*.

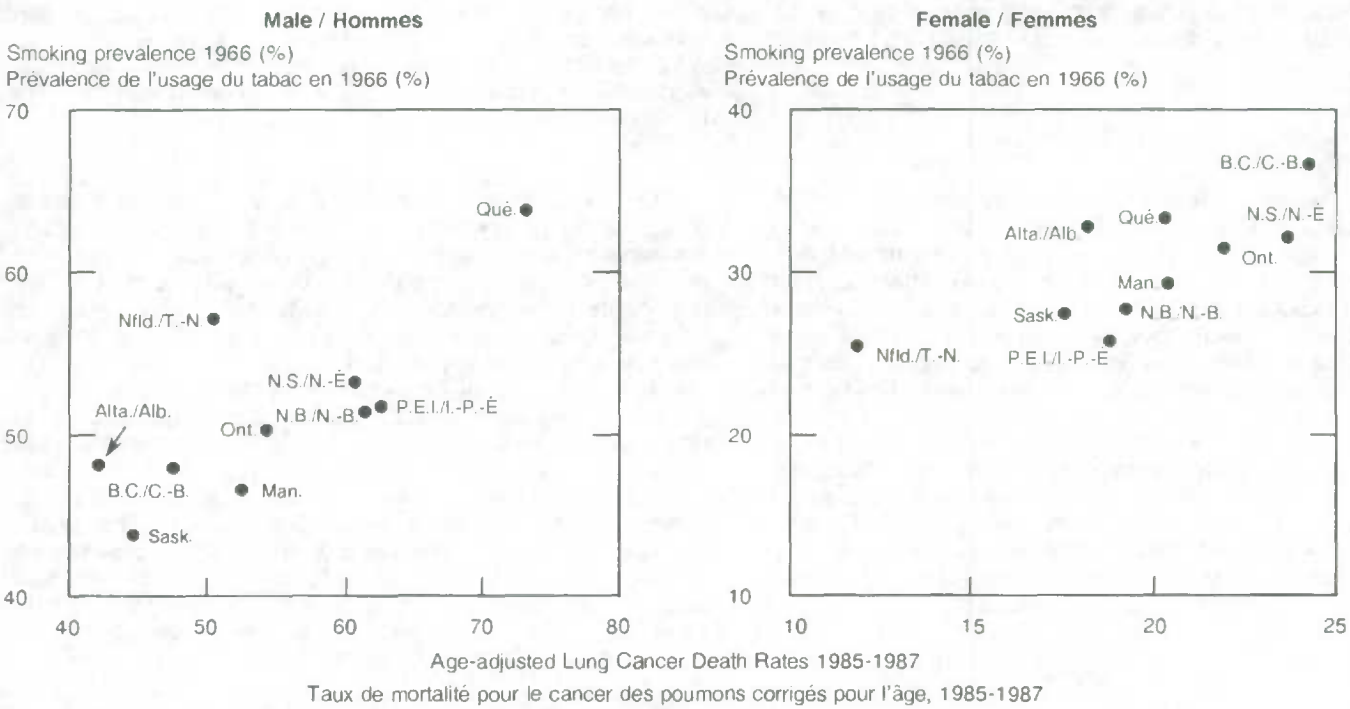
* *Un décalage de quelque trente ans, plutôt que vingt, produirait probablement une corrélation plus élevée (16), mais on ne dispose de données comparables sur la prévalence du tabagisme avant 1965.*

Chart 10

Correlation Between Smoking Prevalence in 1966 and Lung Cancer Mortality in 1985-1987

Graphique 10

Corrélation entre la prévalence de l'usage du tabac en 1966 et la mortalité attribuable au cancer du poumon en 1985-1987



Although smoking prevalence has declined, many of those who do smoke now consume more cigarettes; in 1986, 15% of male smokers consumed over 25 cigarettes a day, compared to 11% in 1966. For women the corresponding figures were 9% and 4%. However, the last decade also brought a shift from high to low tar-yield cigarettes: from 1977 to 1987, the proportion of high tar-yield (over 15mg) or handmade cigarette smokers fell from 62% to 33% for men and from 50% to 23% for women.

National figures on smoking prevalence by income group are not available. Education, however, tends to be closely related to income, and, in 1986, men without post-secondary education were twice as likely to smoke as those with a university degree. For women, the difference was even more pronounced – women without a university degree were from two to three times as likely to smoke as women with a degree.

Discussion and Conclusion

The evidence that cigarette smoking greatly increases the risk of lung cancer is overwhelming. Today's lung cancer mortality rates depend strongly on smoking habits of different generations in their recent and distant past (17). Major risk factors are amount smoked daily, duration of smoking and tar-yield of cigarettes (18).

For Canadian men, age-adjusted lung cancer death rates have reached a plateau in recent years and cohort-to-cohort increases in rates have abated. Coupled with declines in smoking prevalence over the last 20 years, this indicates that rates will soon begin to fall.

However, declines in mortality will not affect all groups or areas equally. Current regional differences in lung cancer death rates largely confirm Miller's predictions made twelve years ago (4). Rates for men are lowest in British Columbia and the Prairie provinces, where they have either stabilized or show signs of falling. Twenty years ago, smoking rates in these regions were lower than elsewhere. The highest lung cancer death rates for men occur in Quebec and the Maritimes. Rates here are still rising, albeit more slowly in recent years than in the past. Smoking prevalence in Quebec and the Maritimes, now as 20 years ago, is higher than in other parts of Canada. Declines in smoking prevalence in the last two decades, however, were comparable with those observed in other regions of Canada.

Si le pourcentage des fumeurs a diminué, on compte aujourd'hui un plus grand nombre de «gros fumeurs»: en 1986, 15% des fumeurs et 9% des fumeuses consommaient plus de 25 cigarettes par jour, comparativement à 11% et 4% respectivement en 1966. Le taux de goudron des cigarettes a toutefois diminué au cours de la dernière décennie: de 1977 à 1987, la proportion de fumeurs qui consommaient des cigarettes à taux élevé de goudron (plus de 15 mg) ou des cigarettes confectionnées à la main est passée de 62% à 33% chez les hommes et de 50% à 23% chez les femmes.

On ne dispose d'aucune donnée nationale sur l'usage du tabac selon le revenu, mais le niveau d'instruction a tendance à être étroitement relié au revenu. Or, en 1986, les hommes qui n'avaient pas suivi d'études postsecondaires étaient deux fois plus susceptibles de fumer que les diplômés d'université. Chez les femmes, l'écart était encore plus prononcé – celles qui ne détenaient pas de diplôme universitaire étaient de deux à trois fois plus susceptibles de fumer que les autres.

Discussion et conclusion

Il est incontestable que l'usage de la cigarette accroît considérablement le risque de cancer du poumon. Les taux actuels de mortalité due au cancer du poumon sont étroitement liés à l'usage du tabac par les différentes générations, dans leur passé récent et lointain (17). Parmi les principaux facteurs de risque associés au tabagisme, mentionnons le nombre de cigarettes fumées chaque jour, la durée de l'usage du tabac et le taux de goudron des cigarettes (18).

Pour les Canadiens du sexe masculin, le taux de mortalité lié au cancer du poumon et corrigé en fonction de l'âge a atteint un plateau ces dernières années et les augmentations d'une cohorte à l'autre se font moins marquées. Si l'on considère en outre le déclin de l'usage du tabac au cours des vingt dernières années, on peut présumer que le taux de mortalité masculine due au cancer du poumon commencera bientôt à fléchir.

Ce fléchissement n'aura toutefois pas la même ampleur pour tous les groupes et dans toutes les régions. Les écarts actuellement observés entre les taux régionaux de mortalité due au cancer du poumon confirment largement les prédictions faites par Miller il y a douze ans (4). Pour les hommes, c'est en Colombie-Britannique et dans les Prairies que l'on enregistre les plus faibles taux, qui d'ailleurs s'y sont stabilisés ou montrent même un signe de régression. Il y a vingt ans, c'est précisément dans ces régions que l'usage du tabac était le moins répandu. Les taux les plus élevés de mortalité due au cancer du poumon se retrouvent au Québec et dans les Maritimes, où ils progressent toujours, mais à un rythme plus lent que par le passé. Ces provinces détenaient il y a vingt ans – et détiennent toujours-le record canadien en ce qui a trait à la prévalence de l'usage du tabac. Au cours des deux dernières décennies, toutefois, le tabagisme a subi dans ces provinces un recul semblable à celui qui a été observé dans les autres régions du Canada.

For women, the picture is different. Throughout the last 20 years fewer women than men smoked and their age-adjusted lung cancer death rates are currently just over a third of those observed in men. But rates for women are rising steeply, nearly doubling in each of the last two decades. British Columbia, which had the highest smoking rates for women 20 years ago, now has the highest lung cancer death rates for women. Because smoking in women became widespread several decades after it did in men, women could benefit sooner from anti-smoking campaigns and low-tar cigarettes, which seem to reduce the risk of developing lung cancer (19, 20). On the other hand, while smoking prevalence in men decreased markedly in the last two decades, it increased in women up to the early 1970s and has generally declined only slowly since then. Further increases in lung cancer death rates for women are thus inevitable in the short run. It can, however, be expected that lung cancer rates for women will reach a plateau at the end of this century – at a level more than ten times above lung cancer death rates recorded 50 years or so ago. These rates will likely be almost identical to rates then prevailing in men.

Acknowledgement

The author wishes to thank Dr. A.B. Miller for reviewing the manuscript and providing many helpful suggestions, Wayne Millar for providing smoking survey data and comments, and Peter Lim for preparing the data for analysis.

Note to Readers

Tables with annual lung cancer death rates and cohort death rates for all provinces are available upon request.

Pour les Canadiennes, le tableau est différent. Tout au cours des vingt dernières années, elles ont été moins nombreuses à fumer que les hommes et leur taux de mortalité lié au cancer du poumon et corrigé en fonction de l'âge n'équivaut actuellement qu'à un peu plus du tiers de celui des hommes. Ce taux de mortalité féminine croît toutefois rapidement: il a en effet presque doublé au cours de chacune des deux dernières décennies. La Colombie-Britanniue, où l'on enregistrait la plus forte proportion de fumeuses il y a vingt ans, présente maintenant le taux de mortalité féminine due au cancer du poumon le plus élevé au pays. Puisque l'usage du tabac ne s'est propagé chez les femmes qu'avec plusieurs décennies de retard sur les hommes, celles-ci ont bénéficié plus tôt des effets des campagnes anti-tabac et des cigarettes à faible taux de goudron, qui semblent diminuer les risques de cancer du poumon (19, 20). D'autre part, pendant que l'usage du tabac diminuait radicalement chez les hommes au cours des deux dernières décennies, la proportion de fumeuses n'a cessé de croître jusqu'au début des années 70 et, en général, n'a diminué que lentement depuis lors. D'autres augmentations du taux de mortalité féminine due au cancer du poumon sont donc à prévoir dans un avenir rapproché. On peut toutefois s'attendre à ce que ce taux se stabilise d'ici la fin du siècle – à un niveau plus de dix fois supérieur à celui qui était enregistré il y a une cinquantaine d'années. Toute différence significative entre les taux de mortalité masculine et féminine aura alors vraisemblablement disparu.

Remerciements

L'auteur remercie A. B. Miller pour les précieuses remarques formulées à la suite de la lecture du manuscrit, Wayne Millar, pour les résultats d'enquête sur l'usage du tabac, assortis de commentaires judicieux, et Peter Lim, pour la préparation des données aux fins d'analyse.

Note au lecteur

On peut obtenir sur demande les tableaux des taux annuels de mortalité due au cancer du poumon et des taux de mortalité par cohorte pour toutes les provinces.

References

1. Doll R, Hill AB. – Smoking and carcinoma of the lung". Brit Med J 1950; 2: 739-748.

2. Wynder EL, Graham EA. – Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma: a study of 684 proved cases". J Am Med Assn 1950; 143: 329-336.

3. Mueller FH. Tabakmissbrauch und lungen-carcinom (Tobacco misuse and lung carcinoma). Z. Krebsforschung 1939; 49: 57-84.

4. Miller AB. Recent trends in lung cancer mortality in Canada. CMA Journal 1977; 116: 28-30.

5. World Health Organization. International Classification of Diseases, WHO, Geneva, 6th, 7th, 8th and 9th Revisions.

6. Segi M, Kurihara M. Cancer Mortality for Selected Sites in 24 Countries, No. 2, Tohoku University School of Medicine, Sendai, Japan, 1960.

7. Doll R, Payne P, Waterhouse J. eds. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. 1. Springer-Verlag for U.I.C.C., Berlin, 1966.

8. World Health Organization. Manual of Mortality Analysis. WHO, Geneva, 1977.

9. Millar WJ. Smoking Behaviour of Canadians, 1986. Minister of Supply and Services, Ottawa, 1988, Health and Welfare Canada.

10. Parkin DM, Laara E, Muir CS. Estimates of the world wide frequency of sixteen major cancers in 1980. International Journal of Cancer 1988; 41: 148-197.

11. Kurihara M, Oaki K, Tominaga S. Cancer Mortality Statistics in the World. University of Nagoya Press, Nagoya, Japan, 1984.

12. World Health Organization. World Health Statistics Annual, WHO, Geneva, 1988.

13. Miller AB. Personal communication, 1989.

14. Mausner J, Kramer S. eds. Epidemiology. Mausner and Bahn. W.B. Saunders Co., 1985; 347.

15. Wilkins R, Adams O, Brancker A. Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986. Canadian Centre for Health Information. Health Reports. (Catalogue 82-003). 1989, Vol. 1, no. 2.

Références

1. Doll, R. et A.B. Hill. "Smoking and carcinoma of the lung", Brit. Med. J., 1950, 2, p. 739-748.

2. Wynder, E.L. et E.A. Graham. "Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma : a study of 684 proved cases", J. Am. Med. Assn., 1950, 143, p. 329-336.

3. Mueller, F.H. "Tabakmissbrauch und lungencarcinom" (Tobacco misuse and lung carcinoma), Z. Krebsforschung, 1939, 49, p. 57-84.

4. Miller, A.B. "Recent trends in lung cancer mortality in Canada", CMA Journal, 1977, 116, p. 28-30.

5. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, Genève, OMS, 6e, 7e, 8e et 9e révisions.

6. Segi, M. et M. Kurihara. Cancer Mortality for Selected Sites in 24 Countries, nº 2, Sendai, Japon, Tohoku University School of Medicine, 1960.

7. Doll, R., P. Payne et J. Waterhouse. Cancer Incidence in Five Continents, vol. 1, Berlin, Spring-Verlag for U.I.C.C., 1966.

8. Organisation mondiale de la santé. Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Genève, OMS, 1977.

9. Millar, W.J. L'usage du tabac au Canada en 1986, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1988.

10. Parkin, D.M., E. Laara et C.S. Muir. "Estimates of the world wide frequency of sixteen major cancers in 1980", International Journal of Cancer, 1988, 41, p. 148-197.

11. Kurihara, M., K. Oaki et S. Tominaga. Cancer Mortality Statistics in the World, Nagoya, Japon, University of Nagoya Press, 1984.

12. Organisation mondiale de la santé. Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, Genève, OMS, 1988.

13. Miller, A.B. Communication personnelle, 1989.

14. Mausner, J. et S. Kramer. Epidemiology, Mausner and Bahn, W.B. Saunders Co., 1985, p. 347.

15. Wilkins, R., O. Adams et A. Brancker. "Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986", Centre canadien d'information sur la santé, Rapports sur la santé (n° de cat. 82-003), 1989, Vol.1, no.2.

16. Semenciw R, Hill G, Mao Y, Wigle D. Chronic Disease Mortality Trends to the Year 2000. Health and Welfare Canada. In: Chronic Diseases in Canada, Vol. 10, No. 3: 44-49, 1989.

17. Doll R, Peto R. The Causes of Cancer, Oxford University Press, Oxford/New York, 1981.

18. International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Tobacco Smoking, Volume 38, IARC, Lyon, France, 1985.

19. Wynder EL, Stellman SD. The impact of long-term filter cigarette usage on lung cancer and larynx cancer risk: A case-control study. J Natl Cancer Inst 1979; 62: 471-477.

20. Lubin JH, Blot WJ, Berrino F, et al. Patterns of lung cancer risk according to type of cigarette smoked. Int J Cancer 1984; 33: 569-579.

16. Semenciw, R., G. Hill, Y. Mao et D. Wigle. "Mortalité liée aux maladies chroniques jusqu'à l'an 2000", Santé nationale et Bien-être social Canada, Maladies chroniques au Canada, 1989, vol. 10, n° 3, p. 44-49.

17. Doll, R. et R. Peto. The Causes of Cancer, Oxford, New York, Oxford University Press, 1981.

18. Centre international de recherche sur le cancer. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Tobacco Smoking, vol. 38, Lyon, France, CIRC, 1985.

19. Wynder, E.L. et S.D. Stellman. "The impact of long-term filter cigarette usage on lung cancer and larynx cancer risk : A case-control study", J. Natl Cancer Inst., 1979, 62, p. 471-477.

20. Lubin, J.H., W.J. Blot, F. Berrino et al. "Patterns of lung cancer risk according to type of cigarette smoked", Int. J. Cancer, 1984, 33, p. 569-579.

Highlights

Faits saillants

Births and Birth Rates, Canada, 1988

Surinder H. Wadhera

- A total of 376,795 live births were recorded in Canada in 1988, an increase of 1.9% over 1987. From 1973 to 1988, the annual number of live births increased 9.7%, rising from 343,000 to 377,000. (See Chart 1).

Naissances et taux de natalité, Canada, 1988

Surinder H. Wadhera

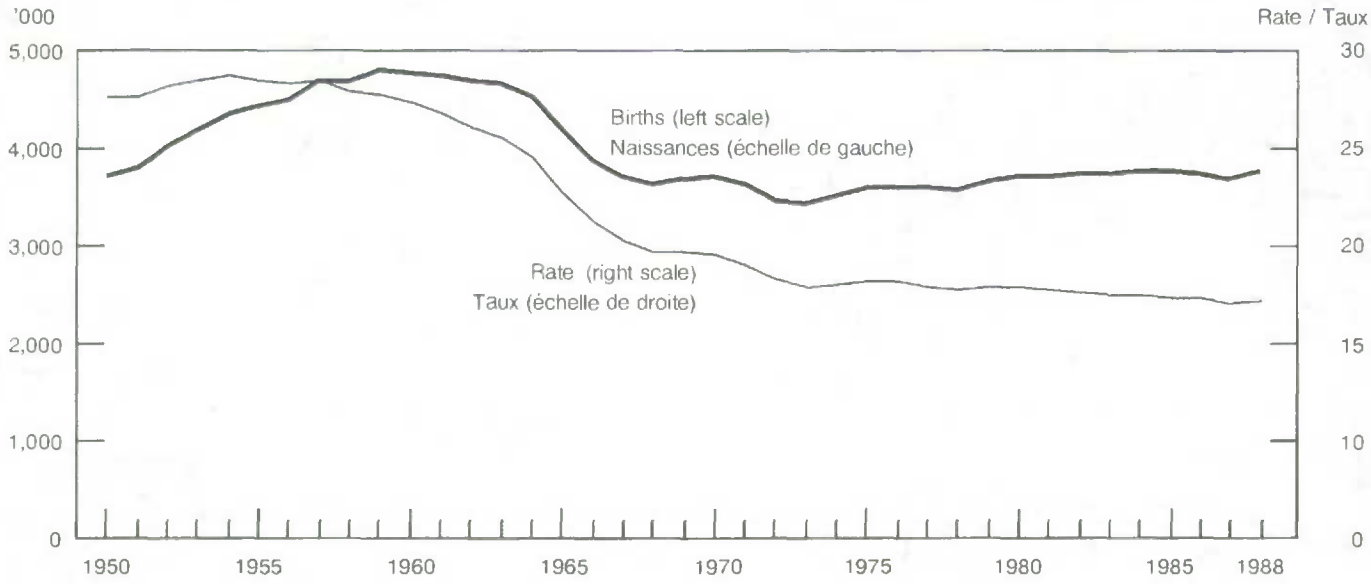
- On a enregistré un total de 376,795 naissances vivantes au Canada en 1988, soit une hausse de 1.9% par rapport à 1987. De 1973 à 1988, le nombre annuel de naissances vivantes a augmenté de 9.7%, passant de 343,000 à 377,000. (Voir graphique 1.)

Chart 1

Births and Crude Birth Rates[1], Canada, 1950-1988

Graphique 1

Naissances et taux de natalité[1], Canada, 1950-1988



(1) Live births per 1,000 population

(1) Naissances pour 1,000 habitants

- The crude birth rate (number of live births per 1,000 population) was 14.5 in 1988, compared to 14.4 in 1987. From 1961 to 1972, the rate declined 39%, dropping from 26.1 to 15.9. From 1973 to 1979, it fluctuated between 15.3 and 15.8 and then resumed the downward trend. By 1988, it had declined a further 6.4% from the 1980 rate of 15.5.

- The total fertility rate (the average number of children Canadian women can expect to bear during their reproductive years) was 1.7 in 1988,

- Le taux brut de natalité (nombre de naissances vivantes par 1,000 habitants) s'élevait à 14.5 en 1988, comparativement à 14.4 en 1987. De 1961 à 1972, le taux a diminué de 39%, passant de 26.1 à 15.9. De 1973 à 1979, il a varié entre 15.3 et 15.8, puis a repris sa tendance à la baisse. En 1988, il avait diminué de 6.4% par rapport au taux de 1980 (15.5).

- L'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants auxquels les Canadiennes peuvent donner naissance au cours de leur période de procréation) était

compared to 1.6 in 1987. (See Table 1). For the last 16 years the rate has been below the population replacement level of 2.1. By 1988, the rate has decreased by 22.7% from 2.2 in 1971, the last year when it was over the replacement level (2.1) since 1921.

égal à 1.7 en 1988, comparativement à 1.6 en 1987. (Voir tableau 1.) Au cours des seize dernières années, il a été inférieur au niveau de renouvellement de la population, fixé à 2.1. En 1988, l'indice a diminué de 22.7% par rapport à celui de 1971 (2.2), dernière année depuis 1921 où il a été supérieur au niveau de renouvellement de la population (2.1).

Table 1.

Live Births, Crude Birth Rates[1] and Total Fertility Rates[2] by Province, 1981, 1987 and 1988

Tableau 1.

Naissances vivantes, taux bruts de natalité[1] et indices synthétiques de fécondité[2] selon la province, 1981, 1987 et 1988

	Births Naissances			Crude Birth Rate[1] Taux brut de natalité[1]			Total Fertility Rate[2] Indice synthétique de fécondité[2]		
	1988	1987	1981	1988	1987	1981	1988	1987	1981
Canada	**376,795**	**369,742**	**371,346**	**14.5**	**14.4**	**15.3**	**1,692**	**1,656**	**1,704**
Newfoundland – Terre-Neuve	7,487	7,769	10,130	13.2	13.7	17.8	..	..	..
Prince Edward Island – Île-du-Prince Édouard	1,997	1,955	1,897	15.4	15.4	15.5	1,860	1,849	1,908
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	12,182	12,110	12,079	13.8	13.8	14.3	1,606	1,587	1,643
New Brunswick – Nouveau-Brunswick	9,617	9,588	10,503	13.5	13.5	15.1	1,588	1,565	1,712
Quebec	86,612	83,791	95,322	13.0	12.7	14.8	1,489	1,424	1,614
Ontario	138,066	134,671	122,183	14.6	14.5	14.2	1,689	1,672	1,633
Manitoba	17,030	16,953	16,073	15.7	15.7	15.7	1,897	1,878	1,856
Saskatchewan	16,763	17,034	17,209	16.6	16.8	17.8	2,056	2,047	2,143
Alberta	42,055	42,110	42,638	17.5	17.7	19.1	1,908	1,888	1,936
British Columbia – Colombie-Britannique	42,930	41,814	41,474	14.4	14.3	15.1	1,755	1,718	1,706
Yukon	521	478	536	20.1	19.6	23.2	2,106	2,007	2,138
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	1,555	1,523	1,302	30.0	29.4	28.5	3,184	3,116	2,998

1 *The crude birth rate is the number of live births per 1,000 population.*

1 *Le taux brut de natalité correspond au nombre de naissances vivantes par 1,000 habitants.*

2 *The total fertility rate is the sum of age-specific fertility rates. When five-year rates are used, the sum is multiplied by five. The age-specific fertility rate is the number of live births per 1,000 women of a given age.*

2 *L'indice synthétique de fécondité correspond à la somme des taux de fécondité par âge. Lorsqu'on utilise des taux pour cinq ans, on multiplie la somme par cinq. Le taux de fécondité par âge correspond au nombre de naissances vivantes par 1,000 femmes d'un âge donné.*

.. *Figures not available.*

.. *Chiffres non disponibles.*

The Provinces

- Among the provinces, the highest crude birth rate occurred in Alberta (17.5), and the lowest in Quebec (13.0). Rates for the territories were much higher – 20.1 for the Yukon and 30.0 for the Northwest Territories. From 1987 to 1988, the rate increased 2.4% in Quebec, and 0.7% in Ontario and British Columbia. Decreases occurred in Newfoundland (3.6%), Saskatchewan (1.2%) and Alberta (1.1%). The rate increased 2.6% in the Yukon and 2.0% in the Northwest Territories. Rates in the other provinces were unchanged.

- In 1988, total fertility rates for the provinces ranged from a low of 1.5 in Quebec to a high of 2.1 in Saskatchewan.* The Northwest Territories rate was 3.2 and the Yukon's was 2.1.

Standard Table

More detailed data is available in Standard Table No. 41051. To order, see page 97.

* *Data for Newfoundland are unavailable.*

Provinces

- Parmi les provinces, le taux brut de natalité le plus élevé a été observé en Alberta (17.5) et le plus faible, au Québec (13.0). Dans les territoires, les taux ont été beaucoup plus élevés: 20.1 au Yukon et 30.0 dans les Territoires du Nord-Ouest. Entre 1987 et 1988, le taux a augmenté de 2.4% au Québec et de 0.7% en Ontario et en Colombie-Britannique. On a observé une baisse à Terre-Neuve (3.6%), en Saskatchewan (1.2%) et en Alberta (1.1%). Le taux s'est accru de 2.6% au Yukon et et de 2.0% dans les Territoires du Nord-Ouest. Les taux pour les autres provinces sont demeurés inchangés.

- En 1988, l'indice synthétique de fécondité par province variait entre le niveau minimum de 1.5 au Québec et le niveau maximum de 2.1 en Saskatchewan.* Dans les Territoires du Nord-Ouest, l'indice était égal à 3.2 et au Yukon, à 2.1

Tableau normalisé

Le tableau normalisé nº 41051 contient des données plus détaillées. Pour commander, voir page 97.

* *Les données pour Terre-Neuve ne sont pas disponibles.*

Marriages, Canada and the Provinces, 1988

Surinder N. Wadhera

- A total of 187,728 marriages were recorded in Canada in 1988, an increase of 3.1% from 182,151 marriages in 1987 or 6.9% more than 175,516 marriages in 1986. However, the number of marriages in 1988 was 6.4% lower than the highest number of 200,470 marriages recorded in 1972 during each of the last 66 years for which such records are available.

- The marriage rate (marriages per 1,000 population) increased to 7.2 in 1988 from 7.1 in 1987 and 6.9 in 1986. However, the marriage rate in 1988 was 21.7% less than the marriage rate of 9.2 in 1972 (Chart 1).

Mariages, Canada et les provinces, 1988

Surinder N. Wadhera

- En 1988, on a enregistré 187,728 mariages au Canada, soit une augmentation de 3.1% par rapport aux 182,151 mariages enregistrés en 1987, ou de 6.9% par rapport aux 175,516 mariages enregistrés en 1986. Toutefois, en 1988, le nombre de mariages est inférieur de 6.4% au sommet des 66 dernières années pour lesquelles ces chiffres sont disponibles, soit celui de 200,470 mariages atteint en 1972.

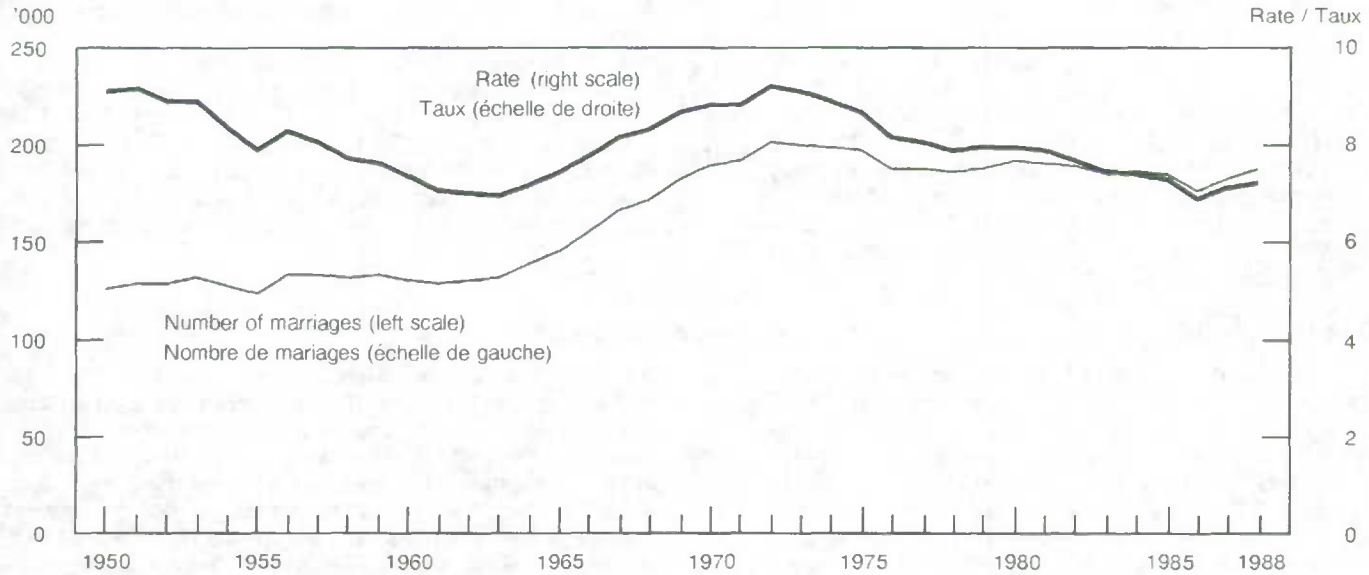
- Le taux de nuptialité (nombre de mariages par 1,000 personnes) est passé de 6.9 en 1986 et 7.1 en 1987 à 7.2 en 1988. Toutefois, en 1988, le taux de nuptialité était inférieur de 21.7% au taux de 9.2 enregistré en 1972 (graphique 1).

Chart 1

Marriages and Rates (Per 1,000 population), Canada, 1950-1988

Graphique 1

Mariages et taux (pour 1,000 habitants), Canada, 1950-1988



Provincial Detail

- The 1988 marriage rates for the provinces (with 1987 marriage rates in brackets) in descending order were: Ontario, 8.3 (8.2); British Columbia, 8.2 (8.0); Alberta, 8.0 (7.8); Nova Scotia, 7.8 (7.6); Prince Edward Island, 7.5 (7.2); New Brunswick, 7.4 (6.9); Manitoba, 7.3 (7.4) and; less than seven for the remaining three provinces of Newfoundland, Quebec and Saskatchewan. The marriage rates for the two territories were: Yukon, 8.3 (7.8) and Northwest Territories, 4.3 (4.6). See Table 1.

Provinces

- En 1988, le taux de nuptialité des provinces (chiffres de 1987 entre parenthèses) est, par ordre décroissant: Ontario, 8.3 (8.2), Colombie-Britannique 8.2 (8.0), Alberta, 8.0 (7.8), Nouvelle-Écosse, 7.8 (7.6), Île-du-Prince-Édouard, 7.5 (7.2), Nouveau-Brunswick 7.4 (6.9), Manitoba, 7.3 (7.4), et inférieur à 7 pour les trois autres provinces, Terre-Neuve, Québec et Saskatchewan. Le taux de nuptialité des deux territoires est : Yukon, 8.3 (7.8) et Territoires du Nord-Ouest, 4.3 (4.6). Voir tableau 1.

Table 1.

Marriages and Rates, Canada and Provinces 1988, 1987 and 1981

Tableau 1.

Mariages et taux, Canada et Provinces 1988, 1987 et 1981

Area Région	Number of marriages Nombre de mariages			Marriage rate (marriages per 1,000 population) Taux de mariage (mariages par 1,000 personnes)		
	1988	1987	1981	1988	1987	1981
Canada	**187,728**	**182,151**	**190,082**	**7.2**	**7.1**	**7.8**
Newfoundland – Terre-Neuve	3,686	3,481	3,758	6.5	6.1	6.6
Prince Edward Island – Île-du-Prince Édouard	965	924	849	7.5	7.2	6.9
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	6,894	6,697	6,632	7.8	7.6	7.8
New Brunswick – Nouveau-Brunswick	5,292	4,924	5,108	7.4	6.9	7.3
Québec	33,519	32,616	41,005	5.0	5.0	6.4
Ontario	78,533	76,201	70,821	8.3	8.2	8.1
Manitoba	7,908	7,994	8,123	7.3	7.4	7.9
Saskatchewan	6,767	6,853	7,329	6.7	6.8	7.6
Alberta	19,272	18,640	21,781	8.0	7.8	9.7
British Columbia – Colombie-Britannique	24,461	23,395	24,699	8.2	8.0	9.0
Yukon	209	189	235	8.3	7.8	10.2
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	222	237	282	4.3	4.6	6.2

- During 1987-88, the marriage rate increased between one to eight per cent for seven of the ten provinces and Yukon. These are Ontario (1.2%), British Columbia (2.5%), Nova Scotia and Alberta (2.6% each), Prince Edward Island (4.2%), Newfoundland (6.6%), New Brunswick (7.2%) and Yukon (6.4%). The marriage rate remained unchanged at 5.0 for the province of Quebec. It decreased for the provinces of Manitoba (1.3%) and Saskatchewan (1.5%) and for Northwest Territories (6.5%).

Trends 1960-1987

- Over the last 27 years the proportion of marriages for previously divorced persons recorded substantial increases. For males it increased from 3.9 per cent of marriages in 1960 to 18.2 per cent in 1988. For females the figures in this category were 3.9 per cent of marriages in 1960 and 18.2 per cent in 1988. The median age at marriage of never-married persons increased by 3.5 years for brides (24.6 years in 1988 and 21.1 in 1961) and by 2.5 years for bridegrooms (26.5) years in 1988 and 24.0 years in 1961).

- These data relate to legal marriages recorded in Canada and do not include any consensual or common law unions, which seem to be on the increase as indicated by Family History Survey, Preliminary Findings (95-955) and the Censuses.

More detailed data is available in Standard Table No. 41053. To order see page 97.

- Au cours de 1987-1988, le taux de nuptialité a augmenté entre 1 et 8% dans sept des dix provinces et au Yukon, soit en Ontario (1.2%), en Colombie-Britannique (2.5%), en Nouvelle-Écosse et en Alberta (2.6%) chacune), à l'Île-du-Prince-Édouard (4.2%), à Terre-Neuve (6.6%), au Nouveau-Brunswick (7.2%) et au Yukon (6.4%). Le taux de nuptialité est demeuré à 5.0 dans la province de Québec et il a diminué au Manitoba (1.3%) et en Saskatchewan (1.5%) ainsi que dans les Territoires du Nord-Ouest (6.5%).

Tendances de 1960 à 1987

- Au cours des 27 dernières années, le pourcentage de mariages parmi les personnes déjà divorcées a enregistré une augmentation importante. Chez les hommes il a augmenté de 3.9% en 1960 à 18.6% en 1988. Chez les femmes l'augmentation a été de 3.9% en 1960 et 18.2% en 1988. L'âge moyen, à leur mariage, des personnes n'ayant jamais été mariées a augmenté de 3.5 ans chez les femmes (24.6 ans en 1988 et 21.1 ans en 1961) et de 2.5 ans chez les hommes (26.5 ans en 1988 et 24.0 ans en 1961).

- Ces données ont trait aux mariages légitimes au Canada et ne comprennent pas les unions de fait ou les unions libres dont le nombre semble augmenter, ainsi que l'indiquent les données provisoires de l'enquête sur la famille (nº 95-955) et les données de recensements.

On peut obtenir des données plus détaillées en consultant le tableau normalisé nº 41053. Pour commander voir page 97.

Mental Health Statistics, 1985-86

Rod Riley

- In 1985-86, general and psychiatric hospitals reported 191,166 discharges for mental disorders, accounting for 11.8 million days of care. Discharges from general hospitals increased 19.3% from 1971 to 1985-86, rising from 131,231 to 156,622. For psychiatric hospitals, the number decreased 32.5%, dropping from 51,208 to 34,544 (Table 1). Over the same period, days of care increased 95.2% in general hospitals and decreased 63.8% in psychiatric hospitals. These changes indicate a gradual shift towards greater use of general hospitals for treating mental disorders accompanied by decreasing use of psychiatric hospitals.

Statistique de la santé mentale, 1985-86

Rod Riley

- En 1985-86, les hôpitaux généraux et psychiatriques ont déclaré 191,166 sorties après une hospitalisation pour troubles mentaux, totalisant 11.8 millions de jours de soins. Le nombre de sorties des hôpitaux généraux s'est accru de 19.3% entre 1971 et 1985-86, passant de 131,231 à 156,622. Quant aux hôpitaux psychiatriques, le nombre de sorties a diminué de 32.5%, passant de 51,208 à 34,544 (tableau 1). Au cours de la même période, la quantité de jours de soins requis a augmenté de 95.2% dans les hôpitaux généraux et baissé de 63.8% dans les hôpitaux psychiatriques. Ces changements indiquent une évolution graduelle, pour le traitement des troubles mentaux, vers une plus grande utilisation des hôpitaux généraux, accompagnée d'une diminution de l'utilisation des hôpitaux psychiatriques.

Table 1.

Major Indicators of Hospital Use for Mental Disorders

Tableau 1.

Principaux indicateurs de l'utilisation des hôpitaux pour le traitement des troubles mentaux

	Discharges Sorties	Per 100,000 population Par 100,000 habitants	Days of care Jours de soins	Per 100,000 population Par 100,000 habitants	Average length of stay Durée moyenne d'hospitalisation
General hospitals – Hôpitaux généraux					
1971	131,231	609.9	2,366,826	10,999.9	18.0
1973	148,566	673.7	2,573,827	11,671.5	17.3
1975	150,498	661.6	2,744,451	12,064.6	18.2
1977	148,689	640.4	2,854,040	12,292.5	19.2
1979-80	157,820	662.7	3,476,973	14,599.4	22.0
1981-82	156,171	640.8	4,458,704	18,294.4	28.6
1983-84	158,796	637.9	4,225,801	16,976.1	26.6
1985-86	156,622	622.6	4,619,079	18,362.0	29.5
Psychiatric hospitals – Hôpitaux psychiatriques					
1971	51,208	238.0	19,783,129	91,942.7	386.3
1973	50,753	230.1	19,021,557	86,256.6	374.8
1975	49,500	217.6	14,521,869	63,838.0	293.4
1977	44,578	192.0	15,763,475	67,893.9	353.6
1979-80	38,629	174.8	10,829,594	49,012.9	280.3
1981-82	34,755	153.5	6,866,727	30,319.5	197.6
1983-84	34,309	148.3	7,803,988	33,739.2	227.5
1985-86	34,544	147.8	7,152,070	30,590.7	207.0

- Average length of stay for mental disorders in general hospitals increased 63.9%, rising from 18.0 days in 1971, to 29.5 days in 1985-86. In psychiatric hospitals, length of stay decreased 46.4% declining from 386.3 to 207.0 days.

- The largest portion of days of care in psychiatric hospitals are used by long-stay patients. In 1971, patients separated from psychiatric hospitals after a stay of one year or longer accounted for 10.5% of total discharges and 82.5% of total days of care. The average length of stay for these patients was 8.2 years. In 1985-86, the long-stay accounted for 6.0% of total separations and 80.4% of total days of care, and had an average length of stay of 7.5 years.

- The average length of stay in general hospitals in 1985-86 was longest in Quebec (44.5 days) and British Columbia (38.5 days) and shortest in Nova Scotia (15.2 days) and Saskatchewan (15.9 days). For psychiatric hospitals, the average length of stay was longest in British Columbia (539.4 days) and Quebec (440.4 days), and shortest in Newfoundland (76.4 days) and Ontario (93.3 days).

More detailed data is available in Standard Table No. 41023. To order, see page 97.

- La durée moyenne d'hospitalisation pour troubles mentaux dans les hôpitaux généraux a augmenté de 63.9%, soit de 18.0 jours en 1971 à 29.5 jours en 1985-86. Dans les hôpitaux psychiatriques, elle a diminué de 46.4%, passant de 386.3 à 207.0 jours.

- La plus grande partie des jours de soins dans les hôpitaux psychiatriques est consacrée au traitement des personnes hospitalisées pour des soins de longue durée. En 1971, on attribuait 10.5% des sorties et 82.5% des jours de soins dans les hôpitaux psychiatriques aux patients sortant après un séjour d'une année ou plus. La durée moyenne de leur hospitalisation avait été de 8.2 années. En 1985-86, on attribuait 6.0% des sorties et 80.4% des jours de soins aux patients sortant après des soins de longue durée, leur hospitalisation ayant été en moyenne de 7.5 ans.

- En 1985-86, la durée moyenne d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux était plus élevée au Québec (44.5 jours) et en Colombie-Britannique (38.5 jours) et plus faible en Nouvelle-Écosse (15.2 jours) et en Saskatchewan (15.9 jours). Quant aux hôpitaux psychiatriques, la durée moyenne d'hospitalisation était plus longue en Colombie-Britannique (539.4 jours) et au Québec (440.4 jours) et plus courte à Terre-Neuve (76.4 jours) et en Ontario (93.3 jours).

On peut obtenir des données plus détaillées en consultant le tableau normalisé nº 41023. Pour commander, voir page 97.

Cumulative Quarterly Hospital Statistics April 1, 1988 – March 31, 1989

Peter Mix

- There were 1,106 public hospitals in Canada on March 31, 1989, which had an approved bed complement of 170,332. In 1984 there were 1,052 hospitals with 170,734 beds.

- Public hospital expenditures were an estimated $18.9 billion in current dollars for 1988-89, an 8% increase over the $17.5 billion in 1987-88 and a 40% increase over the $13.5 billion in 1983-84. These expenditures in constant dollars showed a 3.6% increase from 1987-88 and a 15% increase from 1983-84 (Table 1).

Statistique hospitalière trimestrielle cumulative 1er avril 1988 au 31 mars 1989

Peter Mix

- Au 31 mars 1989, il y avait 1,106 hôpitaux publics au Canada, qui comptaient 170,332 lits approuvés. En 1984, il y avait 1,052 hôpitaux et 170,734 lits.

- Les dépenses des hôpitaux publics sont estimées à 18.9 milliards de dollars, en dollars courants pour 1988-89, ce qui constitue une hausse de 8% par rapport à 1987-88 ($17.5 milliards) et de 40% par rapport à 1983-84 ($13.5 milliards). En dollars constants, ces dépenses enregistrent une hausse de 3.6% au regard de 1987-88 et de 15% par rapport à 1983-84 (tableau 1).

Table 1.

Public Hospital Expenditures, Canada

Tableau 1.

Dépenses des hôpitaux publics, Canada

Year / Année	Current Dollars / Dollars courants	Percent Change from 1983-84 / Variation en pourcentage par rapport à 1983-84	Constant Dollars / Dollars constants	Percent Change from 1983-84 / Variation en pourcentage par rapport à 1983-84
	$'000		$'000	
1983-84	13,455,633		13,455,633	
1984-85	14,391,461	7.0	13,864,606	3.0
1985-86	15,354,166	14.1	14,125,268	5.0
1986-87	16,399,875	21.9	14,748,089	9.6
1987-88*	17,534,034	30.3	14,960,780	11.2
1988-89*	18,857,329	40.1	15,494,929	15.2

* *Estimated from QHIS data.*
* *Estimations faites à partir des données du PRHT.*

- Newfoundland, New Brunswick and Manitoba accounted for a percentage of the total Canadian hospital expenditures equivalent to their share of the total Canadian population. Expenditure share was lower than population share in Ontario, Saskatchewan and British Columbia, and higher in Nova Scotia, Quebec and Alberta (Chart 1).

- The cost per patient day in public hospitals rose from $288.45 in 1984-85 to $371.37 in 1988-89, an increase of 28.7%. In terms of constant dollars it increased 13.9 percent to $328.68 (Chart 2).

- À Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick et au Manitoba, les dépenses des hôpitaux, en pourcentage des dépenses totales des hôpitaux canadiens, correspondaient à la part de chacune de ces provinces par rapport à la population canadienne totale. Le pourcentage des dépenses est inférieur au pourcentage de la population en Ontario, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, et supérieur en Nouvelle-Écosse, au Québec et en Alberta (graphique 1).

- Le coût par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics est passé de $288.45 en 1984-85 à $371.37 en 1988-89, ce qui représente une hausse de 28.7%. En dollars constants, il a augmenté de 13.9%, pour atteindre $328.68 (graphique 2).

Chart 1

Hospital Expenditure and Population Distributions, 1988-89

Graphique 1

Répartition des dépenses des hôpitaux et de la population, 1988-89

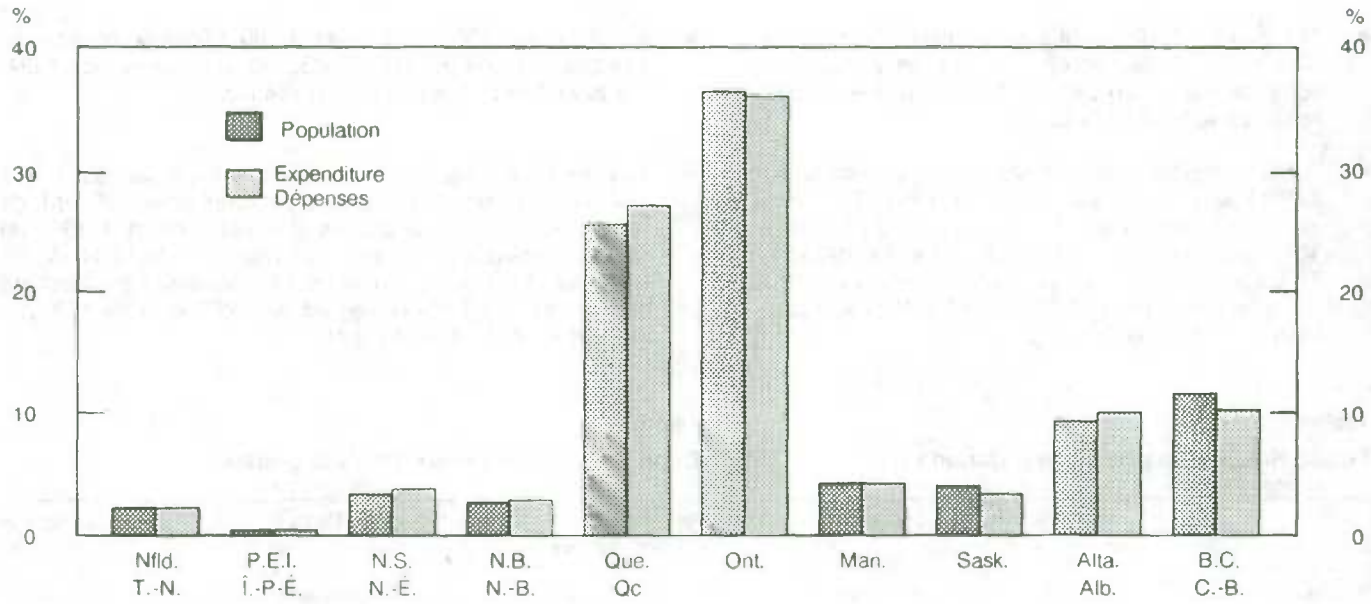
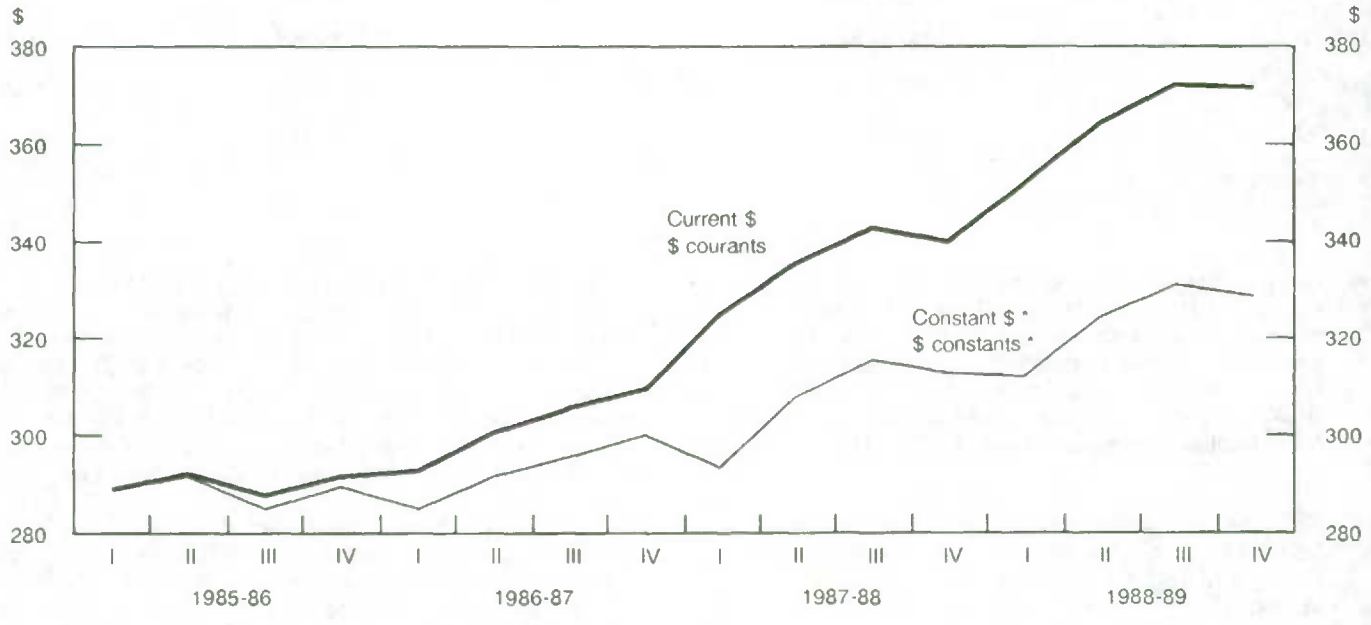


Chart 2

Expense per Patient Day, Public Hospitals, Canada

Graphique 2

Dépenses par jour d'hospitalisation, hôpitaux publics, Canada



* *Indexed to first quarter 1985-86. Data for each quarter are cumulative.*

* *Indexées sur la base du premier trimestres de 1985-86. Les données pour chaque trimestre sont cumulatifs.*

- An estimated 50.8 million patient days of care were provided by public hospitals in 1988-89, a decrease of 1.6% from the previous year and of 1.2% from 1983-84. From 1983-84 to 1988-89 only Ontario showed an increase (2.1%) in total patient days (Table 2).

- On estime à 50.8 millions le nombre de jours de soins dans les hôpitaux publics en 1988-89, soit une diminution de 1.6% par rapport à l'année précédente et de 1.2% au regard de 1983-84. Entre 1983-84 et 1988-89, seul l'Ontario a enregistré une hausse (2.1%) du nombre total des jours d'hospitalisation (tableau 2).

Table 2.

Number of Patient Days – Public Hospitals

Tableau 2.

Nombre de jours d'hospitalisation – hôpitaux publics

	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88*	1988-89*
CANADA	**51,400,016**	**51,871,689**	**51,846,444**	**51,974,110**	**51,624,935**	**50,777,460**
Newfoundland – Terre-Neuve	965,802	967,171	955,430	943,421	955,335	932,368
Prince Edward Island – Île-du-Prince-Édouard	218,122	223,571	219,622	223,197	214,165	213,874
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	1,597,439	1,621,118	1,585,306	1,583,649	1,568,000	1,548,934
New Brunswick – Nouveau-Brunswick	1,531,967	1,548,654	1,536,663	1,525,261	1,572,490	1,513,035
Quebec	16,453,921	16,613,566	16,707,011	16,549,361	16,560,581	16,097,718
Ontario	15,385,246	15,549,536	15,652,376	15,822,752	16,145,494	15,704,556
Manitoba	1,791,185	1,816,195	1,814,196	1,778,870	1,742,671	1,697,350
Saskatchewan	2,009,495	1,955,445	2,015,692	2,016,272	1,914,632	1,953,656
Alberta	5,067,270	5,116,687	5,174,057	5,222,028	4,852,572	4,924,635
British Columbia – Colombie-Britannique	6,336,040	6,417,894	6,153,411	6,273,954	6,070,010	6,163,956
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	43,529	41,852	32,680	35,345	28,985	27,378

* *Estimated from QHIS data.*
* *Estimations faites à partir des données du PRHT*

- Average length of stay in public hospitals increased from 12.77 days in 1983-84 to 13.42 days in 1988-89. However, in short term units it decreased from 8.75 to 8.70 in the same period. In long term units there was an increase from 209.39 to 215.12 days. In nurseries it decreased from 5.36 to 4.88 days.

- La durée moyenne de l'hospitalisation dans les hôpitaux publics est passée de 12.77 jours en 1983-84 à 13.42 jours en 1988-89. Toutefois, dans les unités de courte durée, elle a diminué, passant de 8.75 à 8.70 au cours de la même période. Dans les unités de longue durée, on a observé une hausse, la durée moyenne étant de 209.39 comparativement à 215.12 jours. Dans les pouponnières, la durée moyenne d'hospitalisation a subi une baisse, passant de 5.36 à 4.88 jours.

- Average daily visits to ambulatory care units increased 24 percent from 1983-84 to 1988-89.

- La moyenne des visites quotidiennes aux unités des malades ambulatoires a augmenté de 24% entre 1983-84 et 1988-89.

Source

Highlights are from the Quarterly Hospital Information System (QHIS). From April 1, 1988 to March 31, 1989, 41% (510 of 1,256) of all hospitals reported, accounting for 59% (104,833 of 176,615) of approved beds. Of those reporting, 98% were public, accounting for 98% of beds reported.

Constant dollar values were calculated using the Implicit Price Index for hospital current expenditure on goods and services of the Income and Expenditure Accounts Division, Statistics Canada.

More detailed data is available in Standard Table No 41022. To order see page 97.

Sources

Les faits saillants sont établis à partir des données du Programme de renseignements hospitaliers trimestriels (PRHT). Entre le 1er avril 1988 et le 31 mars 1989, 41% (510 sur 1,256) des hôpitaux ont fait une déclaration et ces hôpitaux représentaient 59% (104,833 sur 176,615) des lits approuvés. Parmi les hôpitaux ayant fait une déclaration, 98% sont des hôpitaux publics et représentent 98% des lits approuvés.

Les valeurs en dollars constants ont été calculées à l'aide de l'indice implicite des prix pour les dépenses courantes des hôpitaux en biens et en services. L'indice a été établi par la Division des comptes des revenus et des dépenses de Statistique Canada.

On peut obtenir des donnees plus detaillees en consultant le tableau normalise nº 41022. Pour commander voir page 97.

How to Order

Special Tabulations

Requests for special tabulations should be directed to the Manager Information Requests, Canadian Centre for Health Information, Statistics Canada, R.H. Coats Bldg.,18th floor, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

B. Sander
(613) 951-1746

Facsimile number (613) 951-0792

Standard Tables

Requests for standard tables should be directed to G. McLean, (613) 951-1637, Information Officer, Information Request Unit, Canadian Centre for Health Information, Statistics Canada, R.H. Coats Bldg., 18th floor, Ottawa K1A 0T6

Comment commander

Totalisations spéciales

Les demandes pour les totalisations spéciales doivent être adresser aux gestionnaires des demandes d'information, Centre Canadien d'Information sur la Santé, Statistique Canada, Édifice R.H. Coats, 18ième étage, Ottawa, Ontario K1A 0T6.

Numéro du bélinographe

Tableaux normalisés

Les demandes de tableaux normalisés doivent être addressées à G. McLean, (613) 951-1637, agent d'information, Sous-section des demandes d'information, Centre canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, Édifice R.H. Coats, 18ième étage, Ottawa K1A 0T6

Supplement number / Numéro de supplément	Old catalogue number / Ancien numéro de catalogue	Billing number / Numéro de la facture	Price / Prix	Title / Titre	Reference year / Année de référence	No. of pages / No de pages
1	82-206	41017	$ 15	Hospital Morbidity La morbidité hospitalière	1985-86	52
2	82-208	41019	$ 15	Surgical Procedures and Treatments Interventions chirurgicales et traitements	1985-86	42
3	83-204	41023	$ 15	Mental Health Statistics La statistique de l'hygiène mentale	1985-86	17
4	83-002	41022	$ 10	Quarterly Hospital Information System Programme de renseignements hospitaliers trimestriels	3Q 1988/1989 4Q 1988/1989	18 18
5	83-217	41024	$ 15	Hospital Statistics: Preliminary Annual Report La statistique hospitalière: Rapport annuel préliminaire	1987-88	31
6	83-201	41039	$ 15	List of Canadian Hospitals Liste des hôpitaux canadiens	1989	50
7	83-221	41040	$ 15	List of Residential Care Facilities Liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada	1988	99
8	82-207	41018	$ 25	Cancer in Canada Le cancer au Canada	1984	169

Supplement number / Numéro de supplément	Old catalogue number / Ancien numéro de catalogue	Billing number / Numéro de la facture	Price / Prix	Title / Titre	Reference year / Année de référence	No. of pages / No de pages
9	82-211	41020	$ 10	Therapeutic Abortions Avortements thérapeutiques	1988	20
10	82-212	41021	$ 10	Tuberculosis Statistics La statistique de la tuberculose	1987	11
11	84-203	41030	$ 30	Causes of Death Causes de décès	1988	232
12	84-206	41033	$ 25	Mortality – Summary List of Causes Mortalité: Liste sommaire des causes	1988	135
13	84-532	41044	$ 15	Life tables, Canada and provinces Tables de mortalité, Canada et provinces	1985-1987	54
14	84-204	41051	$ 8	Births Naissances	1987-1988	79
15	84-204	41052	$ 8	Deaths Décès	1987-1988	70
16	84-205	41053	$ 5	Marriages Mariages	1987-1988	40
17	84-205	41054	$ 5	Divorces Divorces	1987-1988	39
18	83-237	41028	$ 15	Residential Care Facilities – Aged Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes – âgées	1986-87	23
19	83-238	41029	$ 15	Residential Care Facilities – Mental Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes – troubles mentaux	1986-87	23
20	83-232	41025	$ 50	Hospital Annual Statistics – Detailled La statistique annuelle des hôpitaux – détaillé	1986-87	479
	"	41026	$ 15	Volume 1 – Tables/tableaux 1-4 Beds and Patient Movement Lits et mouvements des malades	1986-87	82
	"	"	$ 15	Volume 2 – Tables/tableaux 5, 9-12 Outpatient Services Service aux malades externes	1986-87	91
	"	"	$ 15	Volume 3 – Tables/tableaux 5-9, 11, 13, 14 Diagnostic and Therapeutic Services Service diagnostique et thérapeutique	1986-87	156
	"	"	$ 15	Volume 4 – Tables/tableaux 17-20 Personnel Personnel	1986-87	91
	"	"	$ 15	Volume 5 – Tables/tableaux 15, 16, 21-25 Administrative and Support Services Service d'administration et de soutien Operating Expenses and Income Dépenses d'exploitation et revenus	1986-87	121

Supplement number Numéro de supplément	Old catalogue number Ancien numéro de catalogue	Billing number Numéro de la facture	Price Prix	Title Titre	Reference year Année de référence	No. of pages No de pages
21	83-233	41027	$ 30	Hospital Indicators – Detailled Indicateurs des hôpitaux – détaillé	1986-87	278
	"	"	$ 8	Volume 1 – Tables/tableaux 1-64 Hospitals and Beds Hôpitaux et lits	1986-87	126
	"	"	$ 8	Volume 2 – Tables/tableaux 65-94 Nursing Units Unités des soins infirmiers	1986-87	58
	"	"	$ 8	Volume 3 – Tables/tableaux 95-112 Diagnostic and therapeutic Diagnostique et therapeutique	1986-87	34
	"	"	$ 8	Volume 4 – Tables/tableaux 113-119 Total Expenses Dépenses totales	1986-87	12

Questions About Canada?

FIND YOUR ANSWERS IN THE CANADA YEAR BOOK 1990

Trusted by business people, librarians, educators and journalists for more than 120 years, the **Canada Year Book** is THE reference source to consult on Canada.

The **Canada Year Book 1990** covers a wide range of topics... from education to communications, public finance to international trade, and more.

Over 850 pages of text accompanied by 500 tables, 75 charts and computer generated maps, depict key social and economic developments in Canada.

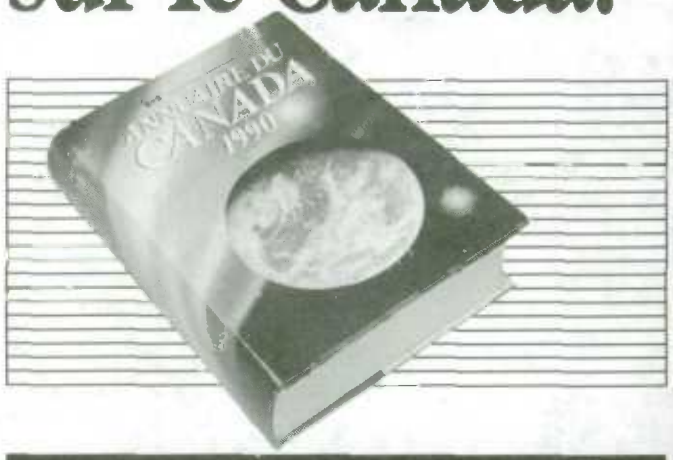
Your one stop encyclopedia for all the latest facts and figures about Canada and Canadians, the **Canada Year Book 1990** is your ready reference source.

The **Canada Year Book 1990** (Cat. no. 11-402E) is priced at $49.95 plus $5.05 postage and handling in Canada and US $49.95 plus US $20.05 postage and handling outside Canada.

To order, write Publication Sales, Statistics Canada, Ottawa, Ontario, K1A OT6 or contact the nearest Statistics Canada Regional Reference Centre listed in this publication.

For faster service, fax your order to 1-613-951-1584. Or call toll-free 1-800-267-6677 and use your VISA or MasterCard.

Vous avez des questions sur le Canada?



L'ANNUAIRE DU CANADA 1990 VOUS DONNE LES RÉPONSES

Depuis plus de 120 ans, gens d'affaires, bibliothécaires, enseignants et journalistes font confiance à l'**Annuaire du Canada**. De fait, c'est LA source pour toute information que l'on veut obtenir sur le pays.

L'**Annuaire du Canada 1990**, c'est quelque 850 pages de texte comprenant 500 tableaux statistiques, 75 graphiques et des cartes produites par ordinateur.

On y traite d'un grand nombre de sujets allant de l'éducation aux communications en passant par les finances publiques et le commerce international.

Cette encyclopédie unique renferme les derniers faits et chiffres sur le Canada et les Canadiens. Ayez-le à portée de la main pour obtenir tous les renseignements utiles sur la société et l'économie canadiennes!

L'**Annuaire du Canada 1990** (11-402F au catalogue) se vend 49,95 $ plus 5,05 $ de frais de port et de manutention au Canada et 49,95 $ US plus 20,05 $ US de frais de port et de manutention à l'étranger.

Pour commander, veuillez écrire à Vente des publications, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6 ou communiquer avec le Centre régional de consultation de Statistique Canada le plus près (voir la liste figurant dans la présente publication).

Pour un service plus rapide, commandez par télécopieur au 1-613-951-1584. Ou composez sans frais le 1-800-267-6677 et utilisez votre carte VISA ou MasterCard.

ORDER FORM

Client Reference Number

Mail to:
Publication Sales
Statistics Canada
Ottawa, Ontario, K1A 0T6

(Please print)

Company

Department

Attention

Address

City Province

Postal Code Tel.

METHOD OF PAYMENT

☐ Purchase Order Number (please enclose)

☐ Payment enclosed $

☐ Charge to my:

☐ MasterCard ☐ VISA

Account Number

Expiry Date

☐ Bill me later

Signature

Catalogue No.	Title	Quantity	Price	Total

Cheque or money order should be made payable to the Receiver General for Canada/Publications, in Canadian funds or equivalent.

PF
03551
06/89

For faster service ☎ **1-800-267-6677** ☎ **VISA and MasterCard Accounts**

Français au verso

BON DE COMMANDE

Numéro de référence du client

Postez à :
Vente des publications
Statistique Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0T6

(Lettres moulées s.v.p.)

Compagnie

Service

À l'attention de

Adresse

Ville Province

Code postal Tél.

MODE DE PAIEMENT

☐ Numéro de la commande (inclure s.v.p.)

☐ Paiement inclus $

☐ Portez à mon compte :

☐ MasterCard ☐ VISA

N° de compte

Date d'expiration

☐ Facturez-moi plus tard

Signature

N° au catalogue	Titre	Quantité	Prix	Total

Le chèque ou mandat poste doit être établi à l'ordre du Receveur général du Canada - Publications, en dollars canadiens ou l'équivalent.

PF
03551
06/89

Pour un service plus rapide, composez ☎ **1-800-267-6677** ☎ **Comptes VISA et MasterCard**

English on Reverse

BON DE COMMANDE

Numéro de référence du client

Postez à :
Vente des publications
Statistique Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0T6

(Lettres moulées s.v.p.)

Compagnie

Service

À l'attention de

Adresse

Ville Province

Code postal Tél.

MODE DE PAIEMENT

☐ Numéro de la commande (inclure s.v.p.)

☐ Paiement inclus $

☐ Portez à mon compte :

☐ MasterCard ☐ VISA

N° de compte

Date d'expiration

☐ Facturez-moi plus tard

Signature

N° au catalogue	Titre	Quantité	Prix	Total

Le chèque ou mandat-poste doit être établi à l'ordre du Receveur général du Canada - Publications, en dollars canadiens ou l'équivalent.

PF 03551 06/89

Pour un service plus rapide, composez ☎ **1-800-267-6677** ☎ **Comptes VISA et MasterCard**

English on Reverse

ORDER FORM

Client Reference Number

Mail to:
Publication Sales
Statistics Canada
Ottawa, Ontario, K1A 0T6

(Please print)

Company

Department

Attention

Address

City Province

Postal Code Tel.

METHOD OF PAYMENT

☐ Purchase Order Number (please enclose)

☐ Payment enclosed $

☐ Charge to my:

☐ MasterCard ☐ VISA

Account Number

Expiry Date

☐ Bill me later

Signature

Catalogue No.	Title	Quantity	Price	Total

Cheque or money order should be made payable to the Receiver General for Canada/Publications, in Canadian funds or equivalent.

PF 03551 06/89

For faster service ☎ **1-800-267-6677** ☎ **VISA and MasterCard Accounts**

Français au verso

Two Decades of Change!

Women in Canada: A Statistical Report is the most extensive compendium on the changing roles, status and lifestyles of Canadian women today.

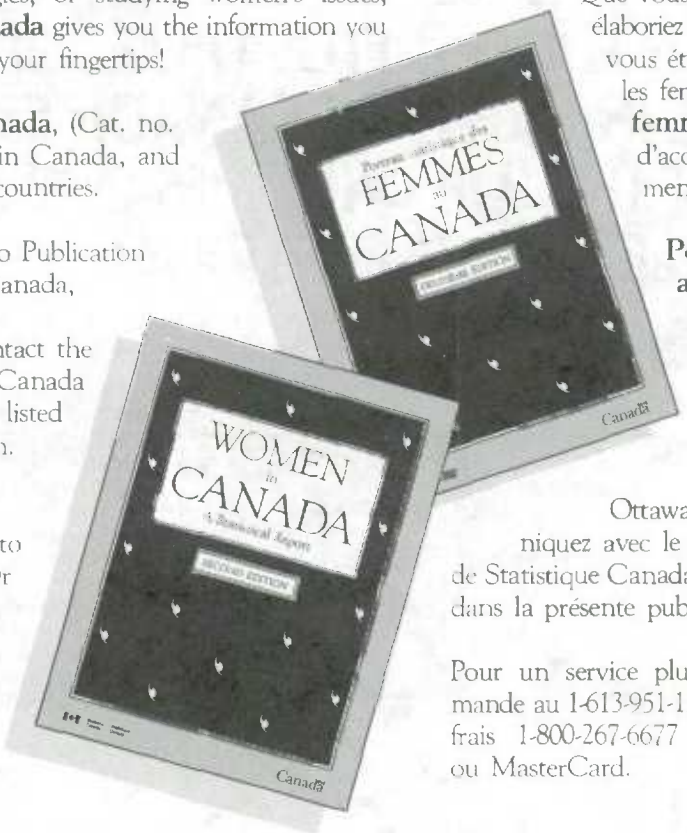
Compiling 20 years of demographic, economic, social, and cultural data, **Women in Canada** features 190 tables, 65 coloured charts, concise analysis, plus comparative statistics for men.

Whether you're planning social policies, developing marketing strategies, or studying women's issues, **Women in Canada** gives you the information you need — right at your fingertips!

Women in Canada, (Cat. no. 89-503 E) is $35 in Canada, and US$42 in other countries.

To order, write to Publication Sales, Statistics Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6, or contact the nearest Statistics Canada Reference Centre listed in this publication.

For faster service, FAX your order to 1-613-951-1584. Or call toll-free 1-800-267-6677 and use your VISA or MasterCard.



Deux décennies de changement !

Portrait statistique des femmes au Canada constitue le recueil le plus vaste qui soit sur l'évolution du rôle et du mode de vie des Canadiennes d'aujourd'hui !

Cette publication réunit 20 années de données démographiques, économiques, culturelles et sociales sur les femmes (comparées avec celles des hommes) et comprend des textes concis, 190 tableaux et 65 graphiques en couleur.

Que vous planifiiez des politiques sociales, élaboriez des stratégies de marketing ou que vous étudiiez les questions qui touchent les femmes, **Portrait statistique des femmes au Canada** vous permettra d'accéder rapidement aux renseignements qui vous intéressent.

Portrait statistique des femmes au Canada (n° 89-503 F au cat.) coûte 35 $ au Canada et 42 $ US à l'étranger.

Faites parvenir votre commande à Vente des publications, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6 ou communiquez avec le Centre régional de consultation de Statistique Canada le plus près (voir la liste figurant dans la présente publication).

Pour un service plus rapide, télécopiez votre commande au 1-613-951-1584. Ou composez le numéro sans frais 1-800-267-6677 et utilisez votre carte VISA ou MasterCard.

Statistics Canada Library
Bibliothèque Statistique Canada
1010040667

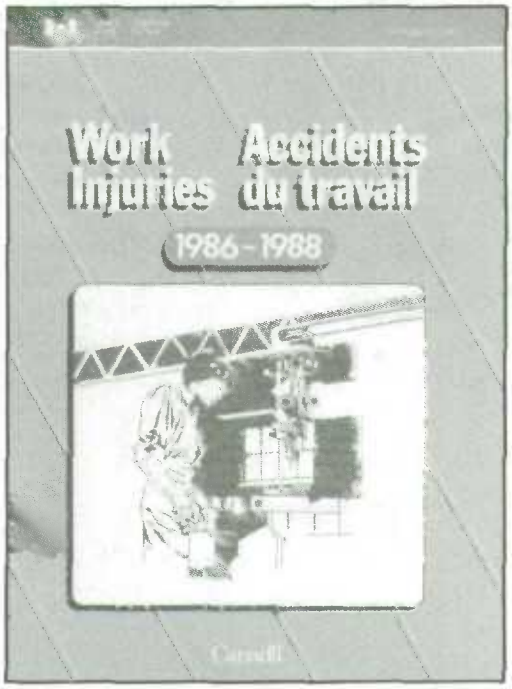
OVER ONE MILLION CANADIANS ARE INJURED ON THE JOB EVERY YEAR

CHAQUE ANNÉE, PLUS D'UN MILLION DE CANADIENS SONT VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

With so many Canadians being injured in job-related accidents, the development of effective occupational health and safety programs should start with **WORK INJURIES 1986-1988.**

Fifty pages of text and tables present statistics on 28 natures of injury, 9 parts of body, 50 sources of injury, and 16 types of accident. In addition, the data are tabulated by occupation, age and sex of the injured worker, as well as by province and industry of the employer.

To order **Work Injuries 1986-1988** (#72-208) send cheque or money order for $23 in Canada, (US$28 outside Canada), payable to the Receiver General for Canada/ Publications to: Publication Sales, Statistics Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 or, using VISA or MasterCard, call toll-free 1-800-267-6677.



Quand arrive le temps de mettre sur pied des programmes de santé et de sécurité au travail, on doit pouvoir compter sur des données à jour et fiables concernant les accidents du travail et les victimes de ces accidents. C'est ce genre de données que renferme **Accidents du travail, 1986-1988**.

Les cinquante pages de texte et de tableaux que contient cette publication présentent des statistiques sur 28 types et 50 causes de lésions, 9 des parties du corps les plus souvent lésées et 16 genres d'accidents. En outre, les données sont totalisées selon la profession, l'âge et le sexe du travailleur blessé, ainsi que selon la province et l'activité économique de l'employeur.

Pour commander **Accidents du travail, 1986-1988** (n° 72-208 au catalogue), envoyez un chèque ou un mandat-poste (23 $ au Canada; 28 $ US à l'étranger) fait à l'ordre du Receveur général du Canada – Publications à: Vente des publications, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6, ou composez le numéro sans frais 1-800-267-6677 et portez votre commande à votre compte VISA ou MasterCard.

Over three million Canadian adults have a disability...

The Health and Activity Limitation Survey (HALS) interviewed over 120,000 disabled Canadians residing in households and institutions. The result is a unique and detailed database on the barriers faced by more than 1 in 10 Canadians during the conduct of their daily activities.

Whether you plan and develop policies and programs for persons with disabilities, employ disabled people, or design accommodation facilities or transportation services, HALS can provide you with the information you need to make better decisions.

A comprehensive profile of the disabled population is available for each province and territory. Special studies are also underway and cover issues such as:

- characteristics of disabled persons who are not in the labour force
- special needs of seniors with disabilities
- socio-economic conditions specific to women with disabilities

Call your nearest Statistics Canada Regional Reference Centre and find out more about the publications, special request service and microdata files from HALS. Our centres are listed in this publication.

Plus de trois millions d'adultes canadiens ont une incapacité...

Pour l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, on a interviewé plus de 120 000 Canadiens atteints d'incapacité qui faisaient partie d'un ménage ou habitaient en institution. On a ainsi obtenu une base de données unique et détaillée sur les barrières que doit surmonter plus d'un Canadien sur dix dans ses activités quotidiennes.

Vous employez des personnes ayant une incapacité? Vous planifiez ou élaborez des politiques et des programmes à leur intention? Ou vous concevez des installations ou des services de transport? Alors, les résultats de l'Enquête peuvent vous aider à prendre des décisions éclairées.

Vous pouvez vous procurer un profil détaillé de la population ayant une incapacité pour chaque province et territoire. Des études spéciales sont également en cours et portent sur :

- les caractéristiques des personnes inactives ayant une incapacité
- les besoins particuliers des personnes âgées ayant une incapacité
- les conditions socio-économiques particulières aux femmes ayant une incapacité

Pour en savoir davantage sur les publications, le service de demandes spéciales et les fichiers de microdonnées de l'Enquête, téléphonez au Centre régional de consultation de Statistique Canada le plus près. Vous en trouverez la liste dans cette publication.

Introducing

Health Reports

Statistics Canada's most frequently requested health information - now in one comprehensive quarterly journal

- ***Feature Articles***... on key topics like the results of recent research on cancer, cardio-vascular disease, etiology, and the socio-economic impact of health issues on Canadians
- ***Highlights***... capsule summaries of the latest health data released by Statistics Canada
- ***Selected Indicators***... to let you track and monitor important health trends on a national, regional or provincial level, including hospital indicators, mortality and morbidity statistics and national health levels

And, every issue of ***Health Reports*** includes a list of available information and sources to contact for specialized tabulations or custom data.

Be informed. Don't miss a single issue. Order your subscription today!

A subscription to ***Health Reports*** (Catalogue No. 82-003) is $104 annually in Canada, US$125 in the United States and US$146 in other countries.

To order, write to: Publication Sales, Statistics Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6, or contact your nearest Statistics Canada Regional Reference Centre, listed in this publication.

Nouveau !

Rapports sur la santé

Les renseignements sur la santé les plus demandés à Statistique Canada - maintenant disponibles dans une revue trimestrielle

- Des ***articles de fond***... traitant les grands dossiers de l'heure : découvertes récentes sur le cancer, les affections cardio-vasculaires, l'étiologie et l'impact socio-économique des problèmes de santé sur les Canadiens.
- Des ***faits saillants***... présentant un condensé des plus récentes données sur la santé publiées par Statistique Canada.
- Des ***indicateurs choisis***... vous permettant de déceler et d'analyser les nouvelles tendances dans le domaine de la santé aux niveaux national, régional et provincial. Vous y trouverez, entre autres, les indicateurs des hôpitaux, de la mortalité et de la morbidité.

Chaque numéro de ***Rapports sur la santé*** comprend aussi une liste de renseignements et vous indique comment vous procurer des données personnalisées et des tableaux normalisés.

Soyez renseigné ! Ne ratez pas un seul numéro. Abonnez-vous dès aujourd'hui !

Un abonnement à ***Rapports sur la santé*** (n° 82-003 au catalogue) ne coûte que 104 $ pour quatre numéros par an au Canada, 125 $ US aux États-Unis et 146 $ US dans les autres pays.

Pour commander, écrivez à : Vente des publications, Statistique Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0T6 ou communiquez avec le Centre régional de consultation de Statistique Canada le plus près de chez vous (voir la liste dans cette publication).

For faster service, fax your order to

Pour obtenir votre revue plus rapidement, commandez par télécopieur au

1-613-951-1584

Or call toll free at

Ou composez sans frais le

1-800-267-6677

and use your VISA or MasterCard.

et portez la commande à votre compte VISA ou MasterCard.