

82-003
1990
V. 2, NO. 3
C.1

Catalogue 82-003 Quarterly

C.1

Catalogue 82-003 Trimestriel

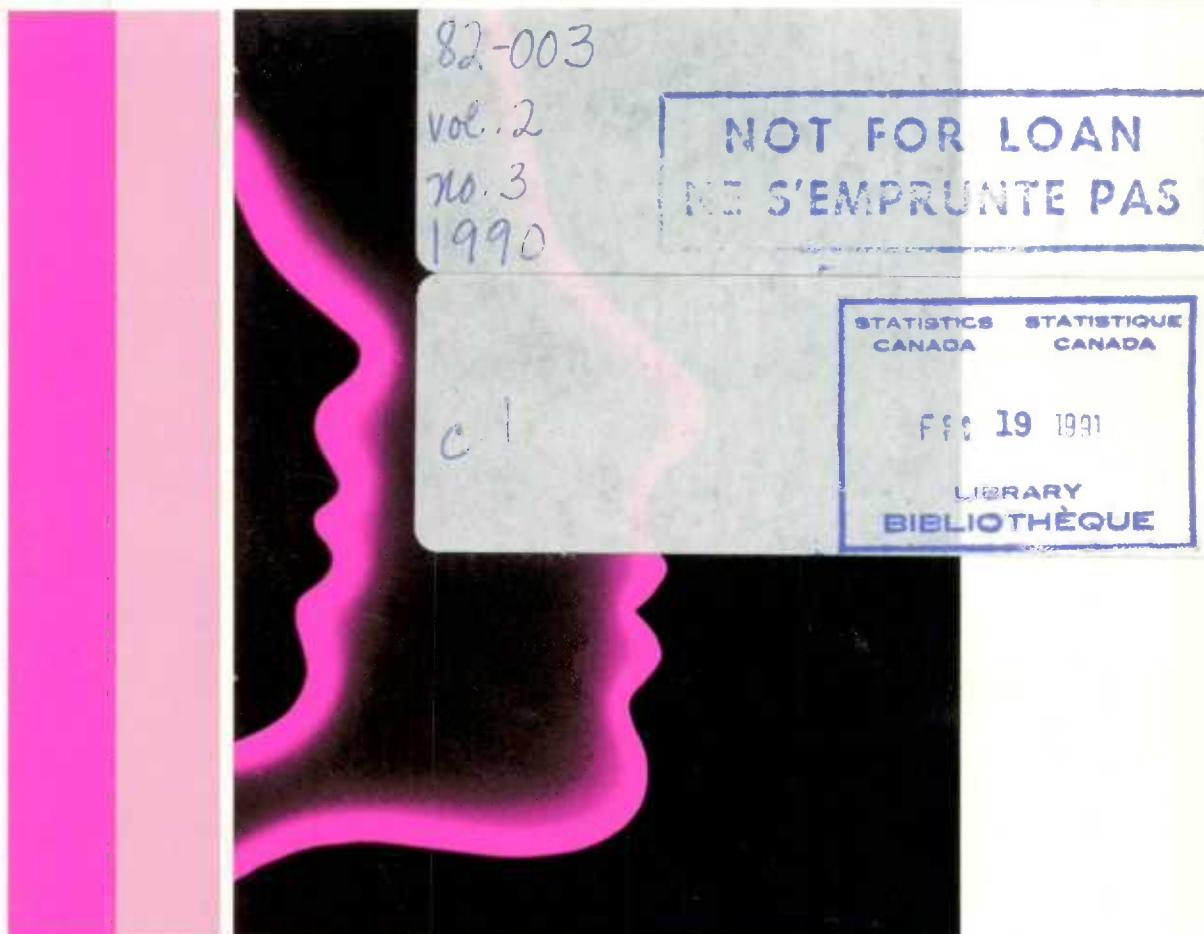
Canadian Centre
for Health
Information

Centre canadien
d'information
sur la santé

HEALTH REPORTS

RAPPORTS SUR LA SANTÉ

1 9 9 0 V O L U M E 2, No. 3



CVD Mortality: Immigrants vs Canadian Born

Therapeutic Abortions

The Elderly and Family Mutual Aid

Mortalité due aux MCV : Immigrants et personnes nées au Canada

Les avortements thérapeutiques

Les personnes âgées et l'entraide familiale



Statistics
Canada

Statistique
Canada

Canadä

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:

Manager, Information Requests,
Canadian Centre for Health Information.

Statistics Canada, Ottawa, K1A 0T6 (Telephone: 951-1746) 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 ordinolingué 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:

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

Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6 (téléphone: 951-1746) 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 bélénographe 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

HEALTH REPORTS

Volume 2, Number 3

Statistique Canada

Centre canadien
d'information sur la santé

RAPPORTS SUR LA SANTÉ

Volume 2, numéro 3

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

© Minister of Supply
and Services Canada 1991

All rights reserved. No part of this publication may be
reproduced, stored in a retrieval system or trans-
mitted 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.

January 1991

Price: Canada: \$26.00 per issue, \$104.00 a year
United States: US\$31.25 per issue, US\$125.00 a year
Other Countries: US\$36.50 per issue, US\$146.00 a year

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 1991

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, enregis-
trement sur support magnétique, reproduction électronique,
mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasinier
dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite
préalable du ministre des Approvisionnements et Services
Canada.

Janvier 1991

Prix : 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

Health Reports

Health Reports responds to the needs and concerns of 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,
Canadian Centre for Health Information
Statistics Canada
R.H. Coats Bldg., 18th Floor
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: A. Brancker
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
Centre canadien d'information sur la santé
Statistique Canada
18^e 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: A. Brancker
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

- Cancer in Canada, 1986
Marriages, 1989
Quarterly Hospital Information System – Hospital Indicators April 1 to June 30, 1990
Tuberculosis Incidence in Canada, 1989
Post-censal Population Estimates

Page

197

197

197

197

198

Articles

- Canadian Cardiovascular Disease Mortality: First Generation Immigrants versus Canadian Born – Cyril Nair, Mukund Nargundkar, Helen Johansen, Jill Strachan
Therapeutic Abortions, Canada, 1970-1988 – Surinder Wadhera
The Health of the Elderly and the Extent of Family Mutual Aid – Louise Lapierre
Participation of People with Disabilities in Selected Activities – Judith M. Dowler, Deborah A. Jordan-Simpson
The Health and Activity Limitation Survey : Disabled Aboriginal Persons in Canada – Magda K. Hamilton

Page

203

229

253

269

279

Highlights

- List of Residential Care Facilities, 1989 – Judith M. Dowler
Nursing in Canada: Registered Nurses, 1989 – Peter Paddon
The First Canadian Epidemiology Research Conference, August 1989, Ottawa – Proceedings – Maureen Carpenter, Martha Fair

Page

288

291

296

How to order

Page

298

Table de matières

Page

Données disponibles

- Cancer au Canada, 1986
Mariages, 1989
Programme de renseignements hospitaliers trimestriels – Indicateurs hospitaliers 1er avril au 30 juin 1990
Incidence de la tuberculose au Canada, 1989
Estimations postcensitaires de la population

Articles

- Mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires au Canada: Première génération d'immigrants et personnes nées au Canada – Cyril Nair, Mukund Nargundkar, Helen Johansen, Jill Strachan
Les avortements thérapeutiques au Canada de 1970 à 1988 – Surinder Wadhera
Les personnes âgées : bilan de santé et entraide familiale – Louise Lapierre
Les personnes atteintes d'incapacité et leur participation aux loisirs – Judith M. Dowler, Deborah A. Jordan-Simpson
L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités : L'incapacité et les autochtones au Canada – Magda K. Hamilton

Faits Saillants

- Liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1989 – Judith M. Dowler
Personnel infirmier au Canada: Infirmiers(ières) autorisés, 1989 – Peter Paddon
Actes de la première conférence Canadienne sur la recherche épidémiologique tenue à Ottawa en août, 1989 – Maureen Carpenter, Martha Fair

Comment commander

Page

197

197

197

269

279

288

291

296

298

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.

Data Releases

Cancer in Canada, 1986

Provincial and territorial cancer registries reported a total of 92,480 new cases of cancer diagnosed in 1986, an increase of 1.6% over the 90,987 cancers diagnosed in 1985.

Marriages, 1989

In 1989, 190,640 marriages were recorded, a 1.6% increase over the 187,728 marriages in 1988 and 4.7% more than 182,151 marriages in 1987. The marriage rate (marriages per 1,000 population) increased to 7.3 in 1989 from 7.2 in 1988 and 7.1 in 1987. The median age at marriage in 1989 was 24.9 years for never-married women and 26.7 years for never-married men. Since 1960 the median age at marriage has increased by 3 years for single women and by 2.5 years for single men.

Quarterly Hospital Information System - Hospital Indicators April 1 to June 30, 1990

On June 30, 1990 there were 1,242 hospitals operating in Canada with an approved bed complement of 178,620. Eighty-eight percent of these hospitals were publicly owned, representing 97% of approved beds.

These statistics are based on a voluntary survey of Canadian hospitals. The data are collected quarterly and produced cumulatively.

Additional indicators on finances, services and utilization are available upon request.

More detailed data is available in Standard Table No. 41022. To order see page 298.

Tuberculosis Incidence in Canada, 1989

Across Canada, 2,035 new active and reactivated cases of tuberculosis (a rate of 7.8 per 100,000 population) were reported in 1989, a 4.5% increase over the previous year. This is the first sizable rise after two decades of almost uninterrupted declines in the reported incidence of tuberculosis.

Most provinces, however, continued to report falling numbers and rates. The increases in 1989 were concentrated in Ontario, Saskatchewan and the Northwest Territories. In Ontario, most of the additional cases occurred among the foreign-born; in Saskatchewan the increase was largely accounted for by a higher reported incidence in young Indian children (ages 0-4 years), diagnosed as a result of an intensified case-finding program; in the Northwest Territories the increase was a continuation of the outbreak of tuberculosis in an Inuit community. This outbreak started in 1988 and is now reported to be under control.

Données disponibles

Cancer au Canada, 1986

Les registres du cancer des provinces et des territoires déclarent un total de 92,480 nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 1986, une hausse de 1.6% par rapport aux 90,987 cancers diagnostiqués en 1985.

Mariages, 1989

En 1989, on a enregistré 190,640 mariages, soit une augmentation de 1.6% par rapport à 1988 (187,728) et de 4.7% par rapport à 1987 (182,151). Le taux de nuptialité (nombre de mariages par 1,000 habitants) est passé de 7.1 en 1987 et 7.2 en 1988 à 7.3 en 1989. En 1989, l'âge médian du mariage des personnes célibataires est 24.9 ans chez les femmes et 26.7 chez les hommes. Depuis 1960, il a augmenté de 3 ans chez les femmes et de 2.5 chez les hommes.

Programme de renseignements hospitaliers trimestriels - Indicateurs hospitaliers 1er avril au 30 juin 1990

En date du 30 juin 1990, il y avait 1,242 hôpitaux en activité au Canada et le nombre total de lits approuvés s'établissait à 178,620. Les hôpitaux publics représentaient 88% de tous les hôpitaux et 97% du total des lits approuvés.

Ces statistiques sont fondées sur les résultats d'une enquête à participation volontaire menée auprès des hôpitaux canadiens. Les données sont recueillies sur une base trimestrielle et produites cumulativement.

Vous pouvez vous procurer sur demande des indicateurs additionnels ayant trait aux finances, aux services et à l'utilisation.

On peut obtenir des données plus détaillées en consultant le tableau normalisé no 41022. Pour commander voir page 298.

Incidence de la tuberculose au Canada, 1989

Au Canada, 2,035 nouveaux cas actifs et réactivés de tuberculose (taux de 7.8 pour 100,000 habitants) ont été déclarés en 1989, soit 4.5% de plus que l'année précédente. Il s'agit de la première augmentation importante de l'incidence de la tuberculose après presque deux décennies de baisse pratiquement ininterrompue.

Toutefois, le nombre de cas et les taux ont encore baissé dans la plupart des provinces. Les augmentations en 1989 ont surtout été observées en Ontario, en Saskatchewan et dans les Territoires du Nord-Ouest. En Ontario, la plupart des cas supplémentaires étaient des personnes nées à l'étranger. En Saskatchewan, la progression s'explique essentiellement par la déclaration d'une incidence plus élevée chez les enfants autochtones en bas âge (0-4 ans) que des efforts accrus de dépistage ont permis de diagnostiquer. Dans les Territoires du Nord-Ouest, l'accroissement est dû à la poursuite de l'épidémie de tuberculose dans la collectivité inuit. Cette épidémie a débuté en 1988 et est maintenant sous contrôle d'après les autorités.

How to Order

Requests 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 N. Nault (613) 951-1746.

Post-censal Population Estimates

The Canadian Centre for Health Information routinely publishes population post-censal estimates for Canada along with each standard table concerning both vital statistics and hospital based statistics. The former contains values for June 1 of the reference calendar year, the latter Oct. 1 of the reference fiscal year. This practice will continue.

In response to requests from readers for population estimates for other than these two dates, Health Reports now include current estimates. This issue includes values for the first three quarters in 1990. Future issues will carry the most recent quarter.

Comment commander

Les demandes pour les totalisations spéciales doivent être adressées 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 N. Nault à (613) 951-1746.

Estimations postcensitaires de la population

Le Centre canadien d'information sur la santé publie régulièrement des estimations postcensitaires de la population du Canada avec chaque tableau normalisé des statistiques vitales et des statistiques fournies par les hôpitaux. Le premier contient les chiffres du 1er juin pour le calendrier de l'année de référence, le dernier, du 1er octobre de l'année de référence. Nous continuons de cette façon.

En réponse aux demandes des lecteurs au sujet des estimations de la population pour d'autres dates que celles ci-haut mentionnées, les Rapports sur la Santé contiennent maintenant des estimations courantes. Le présent Rapport sur la Santé contient les chiffres pour les trois premiers trimestres de 1990. Les prochaines publications contiendront le trimestre le plus récent.

Post-censal Population Estimates, by Sex and Age Group, Canada and Provinces, January 1st, 1990.

Estimations postcensitaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada et provinces, 1^{er} janvier, 1990.

Sex and age Sexe et âge	Canada	Nfld. T.-N.	P.E.I. I.P.-É	NS. N.-É	N.B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta. Alb.	B.C. C.-B.	Yukon	N.W.T. T.N.-O.
thousands – milliers													
Total	26,440.3	572.6	130.6	889.1	722.6	6,736.2	9,667.6	1,086.6	1,001.6	2,448.9	3,105.7	25.8	53.5
< 1	380.8	7.3	2.0	12.2	9.7	91.3	136.7	17.0	16.7	43.3	42.8	0.5	1.4
1-4	1,488.9	31.7	7.9	48.5	39.0	340.5	543.8	66.6	66.7	165.1	171.7	1.9	5.5
5-9	1,847.6	45.3	9.9	60.8	51.1	454.6	651.1	78.9	81.2	193.7	213.2	2.2	5.6
10-14	1,820.8	50.4	10.0	62.4	54.8	470.2	633.0	77.1	77.8	176.5	201.9	1.8	4.8
15-19	1,867.0	54.2	10.2	68.2	58.5	446.8	679.0	80.8	73.7	180.9	207.9	2.0	5.0
20-24	2,017.0	52.2	10.4	71.2	58.2	502.8	745.4	83.3	72.5	194.1	219.8	1.9	5.2
25-29	2,383.9	47.6	11.2	80.3	62.4	613.7	887.0	96.2	84.3	234.5	258.3	2.7	5.6
30-34	2,363.6	47.4	10.7	76.3	61.9	621.8	851.3	91.5	82.9	241.1	270.8	2.9	5.0
35-39	2,157.6	46.3	9.7	69.6	58.2	566.6	776.2	82.7	73.1	209.0	259.6	2.6	4.2
40-44	1,948.3	41.2	9.1	64.3	52.8	516.3	716.1	72.4	60.4	173.8	236.1	2.2	3.5
45-49	1,523.0	29.6	6.7	49.2	39.1	418.7	560.0	56.1	47.9	129.3	182.5	1.5	2.3
50-54	1,264.7	24.0	5.9	40.9	32.0	336.3	476.2	47.8	42.8	105.8	150.4	1.0	1.7
55-59	1,211.5	21.7	5.3	38.5	30.0	324.5	456.7	46.7	42.9	97.9	145.2	0.9	1.4
60-64	1,148.2	20.1	5.1	36.3	29.0	301.8	437.0	46.3	42.8	86.3	141.8	0.6	1.0
65-69	1,035.6	17.8	4.9	35.1	27.8	258.1	394.2	45.2	40.8	74.0	136.6	0.4	0.6
70-74	771.9	14.8	4.3	29.4	22.2	189.6	278.2	36.2	35.4	56.1	105.2	0.2	0.3
75-79	588.6	11.1	3.4	22.4	17.3	140.0	214.5	29.1	27.9	41.8	80.6	0.2	0.3
80-84	356.6	5.9	2.1	13.3	10.4	84.3	131.3	18.2	17.6	26.1	47.1	0.1	0.2
85 +	264.5	4.2	1.7	10.2	7.8	58.3	100.0	14.4	14.1	19.5	34.2	0.1	0.1
Male – Masculin													
Total	13,034.7	285.6	64.6	436.8	356.4	3,299.9	4,753.4	535.7	498.8	1,227.2	1,535.3	13.5	27.6
< 1	194.9	3.8	1.0	6.2	5.0	46.7	70.2	8.6	8.5	22.0	21.9	0.3	0.7
1-4	762.1	16.1	4.0	24.8	20.1	174.4	278.6	34.1	34.2	84.3	87.8	1.0	2.7
5-9	946.9	22.9	5.0	30.9	26.1	233.5	333.5	40.6	41.4	99.6	109.2	1.2	2.9
10-14	934.0	26.0	5.2	31.9	28.1	241.8	324.2	39.4	39.8	90.7	103.6	1.0	2.5
15-19	957.4	27.8	5.3	35.0	29.9	228.9	348.6	41.5	37.7	92.6	106.5	1.0	2.6
20-24	1,024.7	26.3	5.2	36.5	29.7	255.4	378.9	42.6	37.1	98.1	111.3	1.0	2.7
25-29	1,191.1	23.4	5.6	40.2	31.1	307.5	443.3	48.5	42.3	116.8	128.1	1.4	2.8
30-34	1,173.6	23.1	5.3	37.7	30.6	308.7	421.5	46.1	41.7	122.1	132.7	1.5	2.5
35-39	1,070.2	22.9	4.8	34.3	28.6	280.8	381.4	41.1	37.3	106.3	129.2	1.3	2.2
40-44	972.4	20.7	4.5	32.0	26.6	256.2	355.7	36.1	30.5	88.1	118.8	1.2	1.9
45-49	762.8	15.0	3.4	24.5	19.8	207.9	280.0	28.0	24.0	65.9	92.2	0.9	1.3
50-54	631.1	12.2	3.0	20.5	15.9	165.4	237.3	23.8	21.5	53.8	76.4	0.6	0.9
55-59	600.9	11.1	2.7	18.9	14.7	156.9	226.9	23.1	21.5	49.9	74.0	0.5	0.7
60-64	551.8	9.9	2.5	17.1	13.8	141.4	210.3	22.3	21.0	42.8	69.7	0.4	0.5
65-69	472.2	8.7	2.3	16.0	12.8	115.5	179.1	20.4	19.3	34.6	63.1	0.2	0.3
70-74	335.3	6.9	1.9	12.8	9.8	79.4	120.8	15.9	16.1	25.0	46.3	0.1	0.2
75-79	241.3	4.8	1.4	9.3	7.3	54.1	88.0	12.1	12.1	17.6	34.3	0.1	0.1
80-84	132.1	2.4	0.9	5.1	4.0	28.9	47.0	6.9	7.5	10.3	19.0	0.0	0.1
85 +	80.0	1.4	0.5	3.0	2.3	16.4	28.3	4.5	5.4	6.7	11.2	0.0	0.1
Female – Féminin													
Total	13,405.6	287.0	66.0	452.3	365.8	3,436.3	4,914.2	550.9	502.8	1,221.7	1,570.4	12.3	25.9
< 1	186.0	3.5	1.0	6.0	4.7	44.6	66.5	8.3	8.2	21.3	20.9	0.2	0.7
1-4	726.8	15.6	3.9	23.8	18.9	166.1	265.2	32.4	32.6	80.8	83.8	1.0	2.8
5-9	900.8	22.3	4.9	29.9	25.0	221.1	317.5	38.3	39.8	94.1	104.0	1.0	2.8
10-14	886.8	24.4	4.9	30.5	26.8	228.4	308.8	37.8	38.0	85.8	98.3	0.9	2.3
15-19	909.6	26.4	4.8	33.2	28.6	217.9	330.4	39.3	36.0	88.3	101.4	1.0	2.4
20-24	992.3	25.9	5.1	34.7	28.6	247.4	366.4	40.8	35.4	96.0	108.5	0.9	2.5
25-29	1,192.9	24.2	5.6	40.1	31.3	306.1	443.7	47.8	42.0	117.8	130.2	1.3	2.8
30-34	1,190.1	24.3	5.4	38.6	31.2	313.1	429.9	45.4	41.1	119.1	138.1	1.4	2.5
35-39	1,087.4	23.4	4.9	35.2	29.5	285.7	394.8	41.6	35.8	102.7	130.5	1.3	2.0
40-44	975.9	20.5	4.5	32.3	26.2	260.1	360.4	36.3	29.9	85.7	117.3	1.1	1.6
45-49	760.2	14.6	3.3	24.7	19.3	210.8	280.1	28.1	23.9	63.4	90.4	0.6	1.0
50-54	633.6	11.8	2.9	20.4	16.0	170.9	238.9	24.1	21.3	52.0	74.0	0.4	0.8
55-59	610.7	10.6	2.6	19.7	15.3	167.6	229.8	23.6	21.4	48.0	71.1	0.4	0.6
60-64	596.4	10.2	2.6	19.1	15.2	160.3	226.7	24.1	21.9	43.5	72.1	0.2	0.4
65-69	563.4	9.1	2.6	19.1	15.0	142.6	215.1	24.8	21.5	39.5	73.5	0.2	0.3
70-74	436.7	7.9	2.4	16.6	12.4	110.2	157.4	20.3	19.3	31.1	58.9	0.1	0.2
75-79	347.3	6.3	2.0	13.1	10.0	86.0	126.5	17.0	15.8	24.2	46.2	0.1	0.1
80-84	224.5	3.5	1.3	8.2	6.4	55.3	84.3	11.3	10.2	15.8	28.1	0.0	0.1
85 +	184.6	2.8	1.2	7.1	5.5	41.9	71.7	9.9	8.6	12.7	22.9	0.0	0.1

Demography Division, Population Estimates Section, Statistics Canada
Division de la démographie, Section des estimations démographiques, Statistique Canada.

Post-censal Population Estimates, by Sex and Age Group, Canada and Provinces, April 1st, 1990.

Estimations postcensitaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada et provinces, 1^{er} avril, 1990.

Sex and age Sexe et âge	Canada	Nfld	P.E.I.	NS	N.B.	Qué	Ont	Man	Sask	Alta.	B.C.	Yukon	N.W.T.
		T.-N.	I.-P.-É.	N.-É.									T.N.-O.
thousands - milliers													
Total	26,512.1	572.6	130.5	890.2	722.9	6,749.4	9,698.5	1,088.0	1,000.4	2,459.2	3,120.6	25.8	54.0
< 1	377.4	7.1	2.0	12.1	9.5	90.3	135.3	16.8	16.5	43.4	42.4	0.5	1.3
1-4	1,492.7	31.5	7.9	48.6	39.0	341.1	546.0	66.8	66.6	165.6	172.2	2.0	5.5
5-9	1,849.5	45.0	9.9	60.7	50.9	452.1	653.8	79.0	81.1	194.8	214.5	2.2	5.7
10-14	1,824.6	50.1	10.0	62.3	54.6	472.1	633.6	77.0	77.8	177.2	203.0	1.8	4.9
15-19	1,862.1	53.9	10.1	67.9	58.4	446.4	676.8	80.5	73.4	180.6	207.2	2.0	5.0
20-24	2,004.7	52.1	10.2	70.6	57.9	497.4	741.1	82.9	71.6	193.7	220.1	1.9	5.2
25-29	2,381.2	47.7	11.2	80.4	62.4	612.5	887.8	96.1	83.6	233.4	257.9	2.7	5.6
30-34	2,372.6	47.3	10.7	76.5	61.8	623.6	856.5	91.8	82.6	241.7	272.0	2.9	5.0
35-39	2,173.5	46.4	9.7	70.0	58.5	570.4	782.0	83.3	73.7	211.5	261.3	2.6	4.2
40-44	1,968.6	41.7	9.2	64.9	53.4	519.9	723.7	73.2	61.0	176.1	239.6	2.3	3.6
45-49	1,538.3	29.9	6.7	49.7	39.5	423.7	564.9	56.6	48.2	130.8	184.6	1.5	2.3
50-54	1,270.7	24.2	5.9	41.0	32.2	338.2	478.1	47.9	42.7	106.3	151.5	1.0	1.7
55-59	1,209.7	21.7	5.3	38.5	30.0	323.7	456.0	46.5	42.7	97.9	145.2	0.9	1.4
60-64	1,150.3	20.2	5.1	36.2	29.0	302.6	437.4	46.2	42.7	86.9	142.3	0.6	1.0
65-69	1,039.1	17.6	4.9	34.9	27.8	259.7	396.0	45.2	40.7	74.2	136.9	0.4	0.7
70-74	777.1	14.9	4.3	29.6	22.3	190.6	280.3	36.2	35.4	56.7	106.2	0.2	0.3
75-79	594.0	11.2	3.4	22.5	17.4	141.0	216.5	29.3	28.2	42.3	81.7	0.2	0.3
80-84	359.7	6.0	2.2	13.5	10.6	85.0	132.3	18.3	17.7	26.3	47.7	0.1	0.2
85+	266.2	4.2	1.7	10.2	7.9	59.0	100.5	14.5	14.1	19.7	34.4	0.0	0.1
Male - Masculin													
Total	13,069.0	285.5	64.5	437.2	356.7	3,306.2	4,768.5	536.4	498.2	1,232.1	1,542.3	13.6	27.8
< 1	192.9	3.7	1.0	6.2	4.9	46.2	69.3	8.6	8.4	22.1	21.6	0.3	0.6
1-4	763.8	16.0	4.0	24.8	20.1	174.7	279.7	34.2	34.1	84.5	88.0	1.0	2.7
5-9	948.0	22.8	5.0	30.8	26.0	232.1	335.1	40.7	41.4	100.2	109.9	1.2	2.9
10-14	936.1	25.8	5.2	31.9	28.0	242.8	324.5	39.3	39.8	91.1	104.2	1.0	2.5
15-19	954.7	27.7	5.3	34.9	29.8	228.7	347.4	41.3	37.6	92.4	106.1	1.0	2.6
20-24	1,019.3	26.3	5.2	36.2	29.5	252.8	377.0	42.4	36.7	98.1	111.6	0.9	2.7
25-29	1,190.0	23.5	5.6	40.3	31.1	307.2	443.8	48.4	42.0	116.1	127.9	1.4	2.8
30-34	1,178.1	23.1	5.3	37.8	30.6	309.6	424.3	46.3	41.6	122.2	133.2	1.5	2.6
35-39	1,077.7	22.9	4.8	34.5	28.8	282.6	384.2	41.4	37.5	107.6	129.9	1.3	2.2
40-44	982.1	21.0	4.6	32.3	26.8	258.0	359.2	36.5	30.8	89.2	120.5	1.2	2.0
45-49	770.6	15.2	3.4	24.8	20.0	210.4	282.5	28.3	24.1	66.6	93.2	0.9	1.3
50-54	634.0	12.3	3.0	20.5	16.1	166.4	238.2	23.8	21.5	54.0	76.9	0.6	0.9
55-59	599.8	11.1	2.7	18.9	14.7	156.5	226.4	23.0	21.4	49.9	74.0	0.5	0.7
60-64	553.5	10.0	2.5	17.1	13.8	141.9	210.9	22.2	20.9	43.2	70.1	0.4	0.5
65-69	474.0	8.7	2.3	15.9	12.8	116.3	179.9	20.4	19.2	34.7	63.3	0.2	0.4
70-74	337.4	7.0	1.9	12.9	9.9	79.9	121.6	15.9	16.1	25.3	46.7	0.1	0.2
75-79	243.2	4.8	1.4	9.3	7.3	54.4	88.9	12.2	12.2	17.8	34.8	0.1	0.1
80-84	133.3	2.5	0.9	5.1	4.1	29.2	47.5	7.0	7.5	10.3	19.2	0.0	0.1
85+	80.3	1.4	0.5	3.0	2.3	16.5	28.4	4.5	5.4	6.8	11.4	0.0	0.1
Female - Féminin													
Total	13,443.1	287.1	66.0	453.0	366.2	3,443.2	4,929.9	551.7	502.2	1,227.1	1,578.3	12.3	26.1
< 1	184.4	3.4	1.0	5.9	4.6	44.1	66.0	8.3	8.1	21.3	20.8	0.2	0.7
1-4	728.9	15.4	3.9	23.8	18.9	166.4	266.3	32.6	32.5	81.1	84.2	1.0	2.8
5-9	901.6	22.2	4.9	29.8	24.9	220.0	318.7	38.4	39.7	94.6	104.6	1.0	2.8
10-14	888.5	24.3	4.9	30.4	26.6	229.3	309.1	37.7	38.0	86.1	98.8	0.9	2.4
15-19	907.4	26.3	4.8	33.1	28.6	217.7	329.4	39.2	35.8	88.2	101.0	1.0	2.4
20-24	985.4	25.8	5.1	34.4	28.4	244.6	364.1	40.5	34.9	95.7	108.6	0.9	2.5
25-29	1,191.2	24.2	5.5	40.1	31.3	305.4	444.0	47.7	41.7	117.2	129.9	1.3	2.8
30-34	1,194.5	24.2	5.4	38.7	31.2	314.0	432.1	45.5	41.0	119.5	138.8	1.4	2.5
35-39	1,095.8	23.5	4.9	35.5	29.7	287.8	397.8	41.9	36.1	103.9	131.4	1.3	2.0
40-44	986.5	20.8	4.6	32.6	26.6	261.9	364.5	36.7	30.2	86.9	119.1	1.1	1.6
45-49	767.7	14.7	3.3	24.9	19.5	213.3	282.4	28.3	24.1	64.2	91.4	0.6	1.0
50-54	636.6	11.9	2.9	20.5	16.1	171.8	239.9	24.1	21.2	52.3	74.6	0.4	0.8
55-59	609.8	10.6	2.6	19.6	15.3	167.2	229.6	23.5	21.2	48.0	71.2	0.4	0.7
60-64	596.8	10.2	2.6	19.1	15.2	160.7	226.5	23.9	21.8	43.7	72.2	0.2	0.4
65-69	565.1	9.0	2.6	19.0	15.0	143.5	216.1	24.8	21.5	39.5	73.6	0.2	0.3
70-74	439.8	7.9	2.4	16.7	12.4	110.7	158.7	20.3	19.4	31.4	59.5	0.1	0.2
75-79	350.8	6.3	2.0	13.2	10.1	86.7	127.7	17.2	16.0	24.5	46.9	0.1	0.1
80-84	226.4	3.5	1.3	8.3	6.5	55.8	84.8	11.4	10.2	15.9	28.5	0.0	0.1
85+	186.0	2.8	1.2	7.1	5.5	42.5	72.1	9.9	8.7	12.9	23.0	0.0	0.1

Demography Division, Population Estimates Section, Statistics Canada
Division de la démographie, Section des estimations démographiques, Statistique Canada

Post-censal Population Estimates, by Sex and Age Group, Canada and Provinces, July 1st, 1990.

Estimations postcensitaires de la population, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada et provinces, 1^{er} juillet, 1990.

Sex and age Sexe et âge	Canada	Nfld. T.-N.	P.E.I. I.-P.-É.	N.S. N.-É.	N.B.	Qué. Québec	Ont.	Man.	Sask.	Alta	B.C. C.-B.	Yukon	N.W.T. T.N.-O.
thousands – milliers													
Total	26,620.4	572.9	130.4	892.0	724.3	6,770.9	9,747.7	1,090.7	1,000.3	2,472.5	3,138.9	26.0	54.0
<1	385.6	7.2	1.9	12.4	9.5	92.0	139.8	17.2	16.7	44.0	43.0	0.5	1.3
1-4	1,497.4	31.2	7.9	48.7	39.0	342.1	548.3	66.9	66.6	166.3	172.8	2.0	5.6
5-9	1,853.3	44.7	9.9	60.6	50.8	450.0	657.8	79.2	80.9	195.9	215.6	2.3	5.6
10-14	1,830.5	49.8	10.0	62.2	54.4	474.4	635.7	77.0	77.9	178.1	204.2	1.8	4.9
15-19	1,859.1	53.6	10.0	67.6	58.2	446.7	675.5	80.3	73.1	180.6	206.7	1.9	4.9
20-24	1,998.3	52.0	10.1	70.2	57.7	493.1	739.3	82.6	71.0	194.0	221.3	1.9	5.2
25-29	2,378.3	47.7	11.1	80.3	62.4	610.6	889.1	95.9	82.9	232.3	257.6	2.7	5.6
30-34	2,384.5	47.2	10.7	76.8	61.9	626.2	863.2	92.0	82.5	242.6	273.2	2.9	5.1
35-39	2,189.1	46.5	9.7	70.4	58.8	574.3	787.5	83.8	74.3	214.1	262.9	2.6	4.2
40-44	1,987.5	42.2	9.3	65.5	54.0	523.4	730.7	73.8	61.7	178.4	242.6	2.3	3.6
45-49	1,554.7	30.3	6.7	50.2	39.9	428.9	570.4	57.0	48.5	132.3	186.6	1.5	2.3
50-54	1,278.5	24.3	5.9	41.2	32.4	340.6	480.6	48.1	42.7	107.0	152.9	1.0	1.7
55-59	1,209.7	21.7	5.3	38.5	29.9	323.2	456.1	46.5	42.5	98.1	145.5	0.9	1.4
60-64	1,153.9	20.3	5.1	36.2	28.9	303.7	438.6	46.1	42.6	87.5	143.2	0.7	1.0
65-69	1,043.5	17.5	4.9	34.8	27.8	261.5	398.2	45.2	40.5	74.6	137.3	0.4	0.7
70-74	784.1	15.0	4.3	29.8	22.5	192.1	283.4	36.3	35.5	57.4	107.5	0.2	0.3
75-79	599.6	11.2	3.5	22.7	17.5	142.1	218.5	29.5	28.4	42.9	82.9	0.2	0.3
80-84	363.7	6.1	2.2	13.6	10.7	86.0	133.6	18.5	17.9	26.5	48.4	0.1	0.2
85+	269.2	4.2	1.7	10.2	7.9	60.0	101.4	14.6	14.2	20.0	34.8	0.1	0.1
Male – Masculin													
Total	13,121.9	285.6	64.4	438.0	357.3	3,316.9	4,793.1	537.7	498.0	1,238.5	1,551.0	13.6	27.8
<1	197.3	3.7	1.0	6.3	4.9	47.2	71.8	8.8	8.5	22.3	21.9	0.3	0.6
1-4	766.1	15.9	4.0	24.8	20.1	175.2	280.9	34.3	34.0	84.8	88.2	1.0	2.7
5-9	949.8	22.6	5.0	30.8	25.9	230.9	337.1	40.8	41.3	100.8	110.5	1.2	2.9
10-14	939.1	25.7	5.2	31.8	27.9	244.0	325.5	39.3	39.9	91.6	104.8	1.0	2.5
15-19	953.1	27.5	5.2	34.7	29.7	228.9	346.6	41.3	37.4	92.3	105.9	1.0	2.6
20-24	1,016.8	26.3	5.1	36.0	29.4	250.9	376.3	42.3	36.4	98.3	112.1	1.0	2.7
25-29	1,189.1	23.5	5.6	40.3	31.1	306.5	444.7	48.3	41.6	115.6	127.8	1.4	2.8
30-34	1,184.5	23.0	5.3	37.9	30.7	310.9	428.2	46.5	41.6	122.6	133.8	1.5	2.6
35-39	1,085.2	22.9	4.8	34.6	29.0	284.5	386.9	41.6	37.8	108.9	130.5	1.4	2.2
40-44	991.2	21.2	4.6	32.6	27.1	259.8	362.4	36.8	31.1	90.4	122.0	1.2	2.0
45-49	778.8	15.4	3.4	25.1	20.2	213.0	285.2	28.5	24.2	67.4	94.1	0.9	1.3
50-54	637.7	12.4	3.0	20.6	16.2	167.7	239.3	23.9	21.5	54.3	77.5	0.6	0.9
55-59	599.5	11.1	2.7	18.9	14.7	156.3	226.3	23.0	21.3	49.9	74.1	0.5	0.7
60-64	555.9	10.0	2.5	17.1	13.8	142.4	211.8	22.2	20.9	43.6	70.7	0.4	0.6
65-69	476.3	8.6	2.3	15.9	12.8	117.1	180.9	20.4	19.2	34.9	63.6	0.2	0.4
70-74	340.3	7.0	1.9	13.0	9.9	80.6	122.9	15.9	16.1	25.5	47.3	0.1	0.2
75-79	245.5	4.8	1.4	9.4	7.3	54.8	89.7	12.2	12.3	18.1	35.3	0.1	0.1
80-84	134.8	2.5	0.9	5.2	4.2	29.5	48.0	7.0	7.6	10.4	19.4	0.0	0.1
85+	81.0	1.4	0.5	3.0	2.3	16.7	28.6	4.6	5.5	6.8	11.5	0.0	0.1
Female – Féminin													
Total	13,498.5	287.3	65.9	454.0	367.0	3,454.0	4,954.6	553.0	502.3	1,234.0	1,587.9	12.4	26.1
<1	188.4	3.5	1.0	6.0	4.6	44.8	68.1	8.5	8.2	21.7	21.1	0.2	0.7
1-4	731.3	15.3	3.9	23.9	18.9	167.0	267.4	32.6	32.5	81.4	84.5	1.0	2.8
5-9	903.5	22.1	4.8	29.8	24.9	219.1	320.7	38.5	39.6	95.1	105.1	1.1	2.7
10-14	891.4	24.2	4.9	30.4	26.5	230.3	310.2	37.7	38.0	86.5	99.4	0.9	2.4
15-19	906.0	26.1	4.8	32.9	28.5	217.7	328.8	39.0	35.7	88.3	100.8	1.0	2.4
20-24	981.5	25.7	5.0	34.2	28.2	242.2	363.0	40.2	34.6	95.7	109.1	1.0	2.5
25-29	1,189.2	24.2	5.5	40.1	31.3	304.1	444.4	47.6	41.4	116.7	129.8	1.3	2.8
30-34	1,200.0	24.2	5.4	38.8	31.3	315.3	435.0	45.6	41.0	120.1	139.4	1.4	2.5
35-39	1,103.9	23.6	4.9	35.7	29.9	289.7	400.6	42.2	36.4	105.3	132.4	1.3	2.0
40-44	996.3	21.0	4.7	32.9	26.9	263.7	368.3	37.0	30.6	88.0	120.6	1.1	1.6
45-49	775.9	15.0	3.3	25.2	19.7	215.9	285.2	28.5	24.2	64.9	92.5	0.6	1.0
50-54	640.8	11.9	2.9	20.6	16.2	172.9	241.3	24.2	21.3	52.7	75.5	0.5	0.8
55-59	610.2	10.6	2.6	19.6	15.3	166.9	229.8	23.5	21.1	48.2	71.4	0.4	0.7
60-64	598.0	10.2	2.6	19.1	15.2	161.3	226.8	23.9	21.7	43.9	72.5	0.3	0.5
65-69	567.2	8.9	2.6	18.9	15.0	144.3	217.2	24.8	21.4	39.7	73.7	0.2	0.3
70-74	443.7	8.0	2.4	16.8	12.5	111.5	160.5	20.3	19.4	31.8	60.2	0.1	0.2
75-79	354.2	6.4	2.1	13.3	10.2	87.4	128.8	17.3	16.1	24.9	47.6	0.1	0.1
80-84	228.9	3.6	1.3	8.4	6.5	56.5	85.6	11.5	10.3	16.1	29.0	0.0	0.1
85+	188.2	2.8	1.2	7.2	5.6	43.3	72.8	10.1	8.8	13.1	23.3	0.0	0.1

Demography Division, Population Estimates Section, Statistics Canada.
Division de la démographie, Section des estimations démographiques, Statistique Canada.

Canadian Cardiovascular Disease Mortality: First Generation Immigrants Versus Canadian Born

Cyril Nair, Mukund Nargundkar, Helen Johansen, and Jill Strachan

Abstract

Cardiovascular disease (CVD) is the major cause of death in Canada, as it is in most industrialized countries. Studies have shown that CVD mortality rates vary among ethnic groups. Since about one in six Canadian residents is a first generation immigrant, it is important to consider ethnic background when interpreting Canadian health statistics or planning health services. Overall, lower CVD mortality rates were found for first generation Canadians from Latin America, China and South Asia; higher rates are indicated for those from Scandinavia and Africa. The rates for North America are similar to those found for Eastern and Western Europe. Between two five-year time periods (1969-73 and 1984-88), CVD mortality rates generally were found to decrease, except for immigrants from Africa (age 35+). The rates were consistently higher for males than for females.

KEY WORDS: Cardiovascular disease, mortality rates, immigrants, ethnicity, place of birth, time trends.

Introduction

Cardiovascular disease (CVD) is the major cause of death in Canada, as it is in most industrialized countries. It is the leading cause of hospitalization in Canada with direct hospital costs estimated to be in excess of three billion dollars per year.

Mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires au Canada: première génération d'immigrants et personnes nées au Canada

Cyril Nair, Mukund Nargundkar, Helen Johansen et Jill Strachan

Résumé

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) constituent la principale cause de mortalité au Canada, comme dans la plupart des pays industrialisés. Des études ont démontré que le taux de mortalité attribuable aux MCV varie selon les groupes ethniques. Puisque environ un Canadien sur six est un immigrant de la première génération, il importe de considérer l'origine ethnique lorsque l'on interprète les statistiques de la santé au Canada ou que l'on planifie les services de santé. Dans l'ensemble, on observe des taux de mortalité due aux MCV plus faibles pour la première génération de Canadiens venus de l'Amérique latine, de la Chine et de l'Asie du Sud, et des taux plus élevés pour ceux d'origine scandinave ou africaine. Les taux relatifs à l'Amérique du Nord sont semblables à ceux qui ont été établis pour l'Europe de l'Est et l'Europe de l'Ouest. Entre les deux périodes quinquennales 1969-73 et 1984-88, les taux de mortalité attribuable aux MCV ont généralement diminué, sauf pour les immigrants de l'Afrique (35 ans et plus). Les taux sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

MOTS CLÉS: maladies cardio-vasculaires, taux de mortalité, immigrants, origine ethnique, lieu de naissance et tendances chronologiques.

Introduction

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de mortalité au Canada, comme dans la plupart des pays industrialisés. Elles constituent aussi la principale cause d'hospitalisation au Canada, avec un coût hospitalier direct estimé à plus de trois milliards de dollars par an.

Chart 1

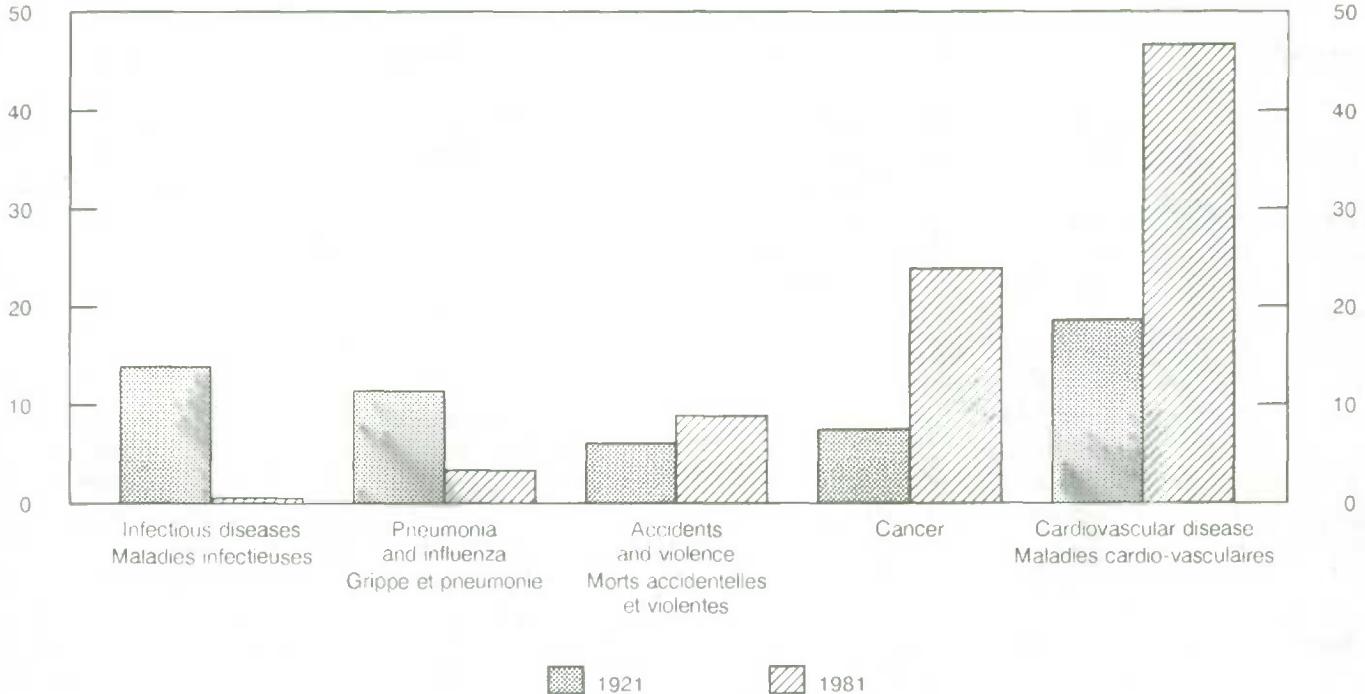
**Leading Causes of Death,
Canada, 1921 and 1981**

Graphique 1

**Principales causes de décès,
Canada, 1921 et 1981**

Percentage of total deaths

Pourcentage de l'ensemble des décès



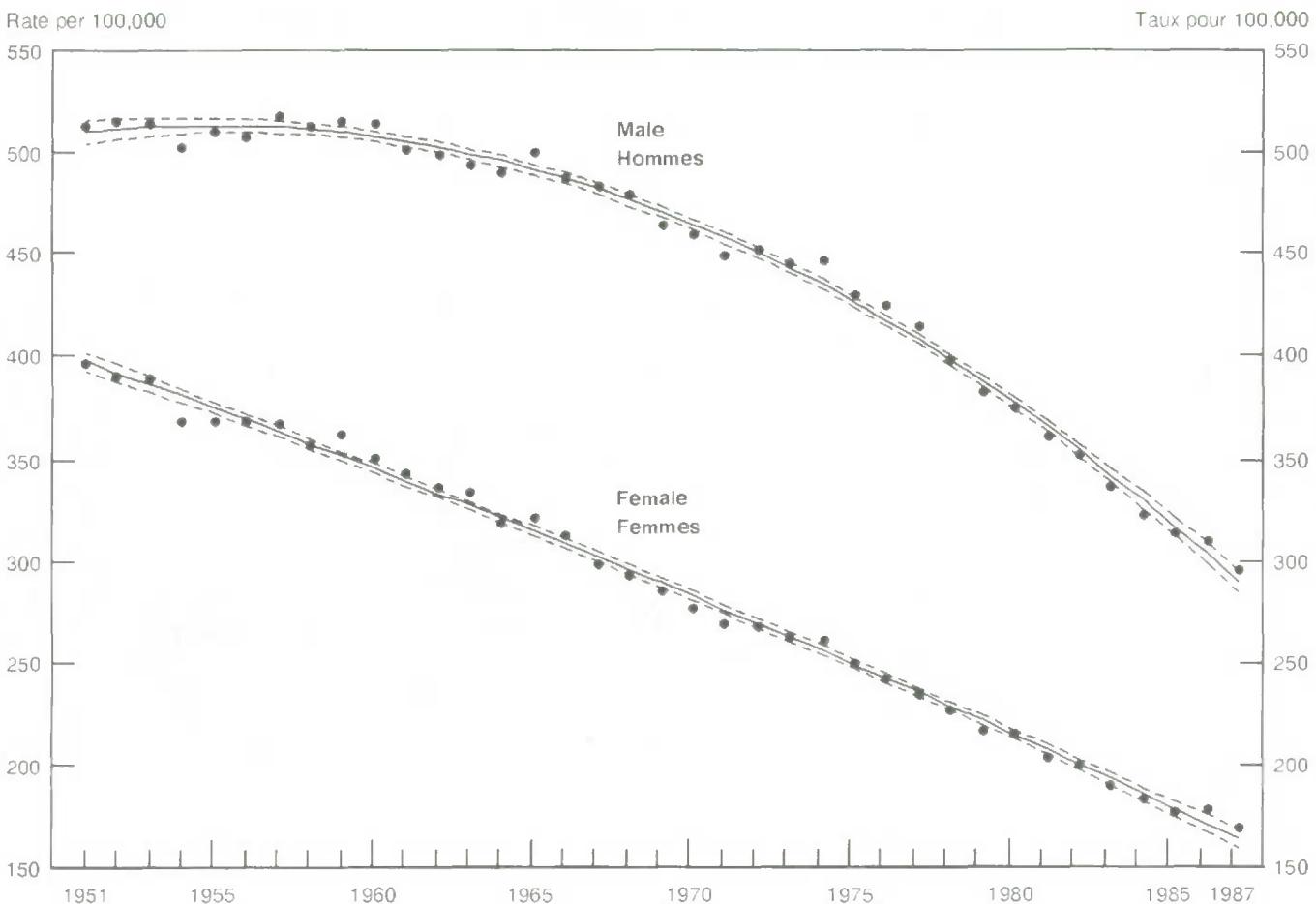
In 1988, 77,000 Canadians – roughly the population of Kingston, Ontario – died from CVD (1). CVD has been the leading cause of death in Canada since the 1920s. In 1921, CVD accounted for 18.6% of all deaths; in 1981, this had risen to 46.6% of all deaths (Chart 1). However, by 1988 the proportion had dropped to 43% of all deaths. This implies that four out of ten Canadians are likely to die from CVD each year.

En 1988, 77 000 Canadiens – soit environ la population de Kingston en Ontario – sont morts d'une MCV (1). Depuis les années 1920, les MCV sont la première cause de décès au Canada. Elles étaient associées à 18,6% de tous les décès en 1921 et à 46,6% en 1981 (graphique 1). Cette proportion est toutefois tombée à 43% en 1988. Cela signifie que chaque année quatre Canadiens sur 10 risquent de mourir d'une MCV.

As Chart 2 shows, age standardized mortality rates (ASMRs) declined for men and women from 1951 to 1987. If the rate had remained at its highest level, there would have been 22,000 additional male deaths and 13,000 additional female deaths in 1987.

Chart 2

**All Cardiovascular Diseases:
Age-standardized Mortality Rates,
Observed Values and Expected Line
(with 95% Confidence Limits)**



Le graphique 2 montre que le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) a diminué chez les hommes et chez les femmes entre 1951 et 1987. Si le taux était demeuré à son niveau le plus élevé, on aurait enregistré en 1987 22 000 décès supplémentaires parmi les hommes et 13 000 de plus parmi les femmes.

Graphique 2

**Toutes affections cardio-vasculaires:
taux de mortalité normalisés selon l'âge,
valeurs observées et ligne attendue
(limites de confiance de 95%)**

Chart 3 shows that males begin to die from CVD at earlier ages than women, and the rates for males are higher at all ages.

CVD death rates for elderly Canadians are substantially higher than for other age groups; rates for those 75 and over are about four times those of Canadians under 65. Because the elderly constitute an increasing proportion of Canada's population, their high rates have major implications for demands on health services.

Comme l'indique le graphique 3, les hommes meurent de MCV plus jeunes que les femmes et le taux est plus élevé pour les hommes que pour les femmes dans tous les groupes d'âge.

Le taux de mortalité attribuable aux MCV chez les personnes âgées au Canada est considérablement supérieur à celui des autres groupes d'âge: pour les 75 ans et plus, le taux est environ quatre fois plus élevé que pour les moins de 65 ans. Puisque les personnes âgées constituent un pourcentage croissant de la population canadienne, leur taux élevé a des répercussions importantes sur la demande de services de santé.

Chart 3

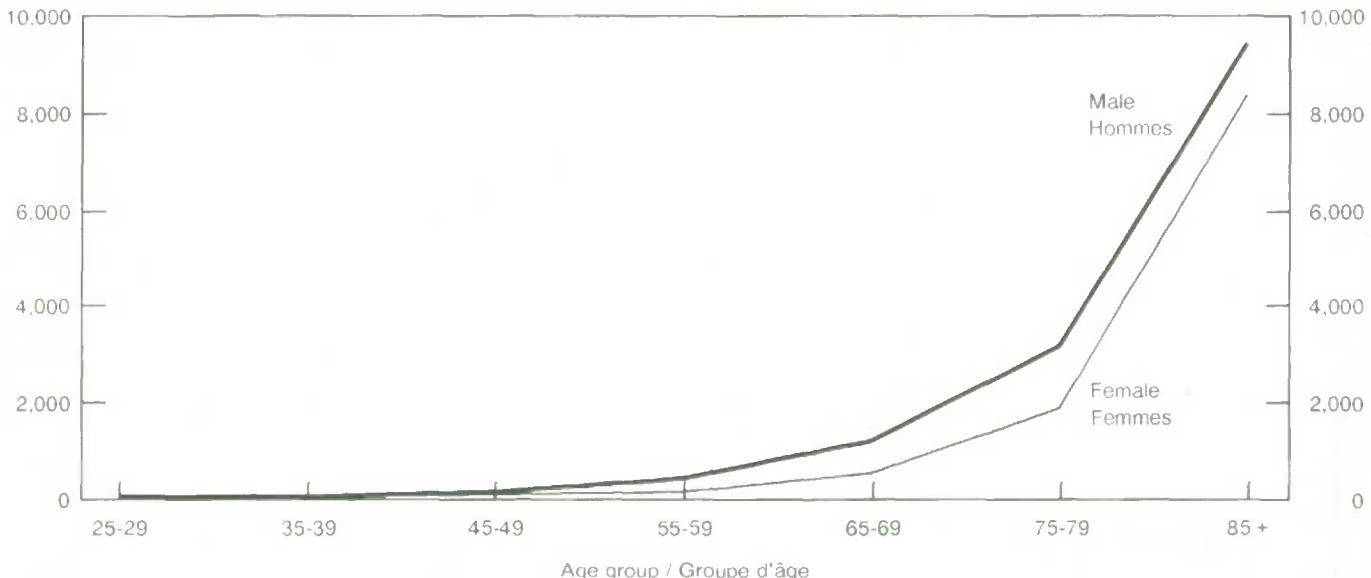
Cardiovascular Disease, Canada, 1987

Graphique 3

Maladies cardio-vasculaires, Canada, 1987

Rate per 100,000 population

Taux pour 100,000 habitants

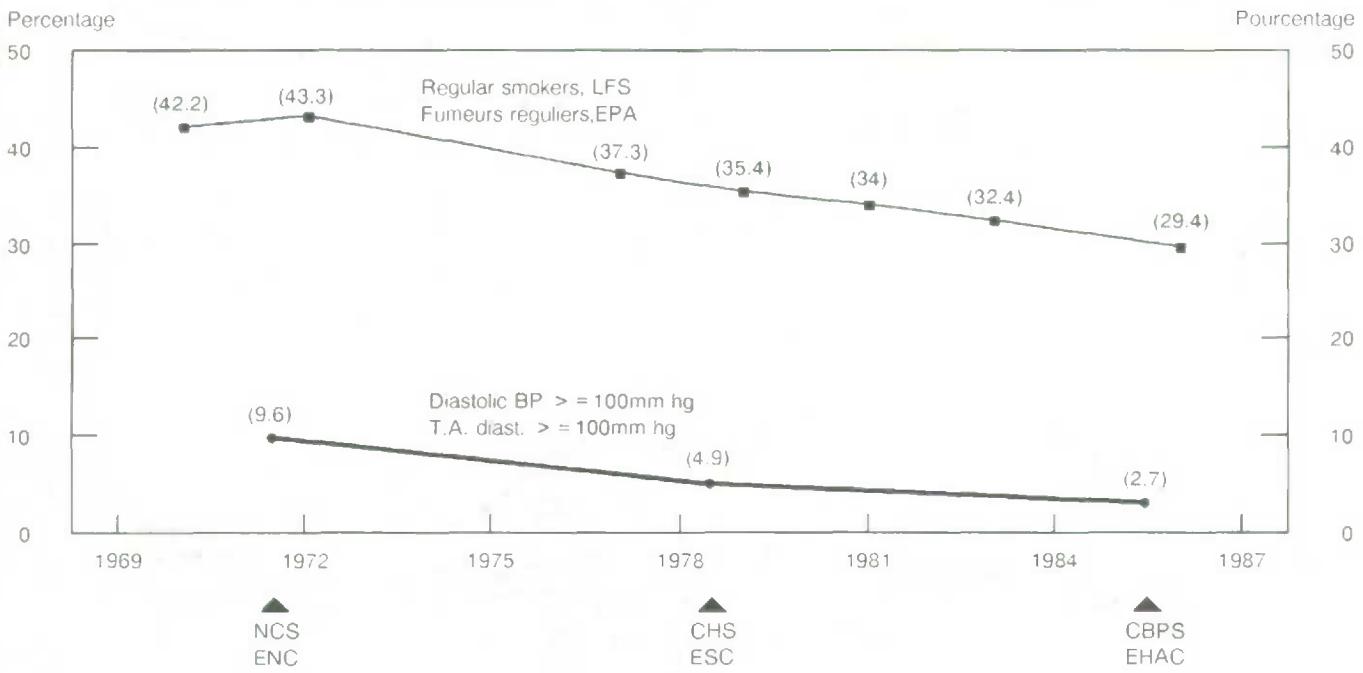


Three major risk factors for CVD have been identified: smoking, high blood pressure, and elevated serum cholesterol. Comparable data for two of these risk factors, namely smoking and high blood pressure, are available over a period of time and are examined in this paper. The proportion of smokers in Canada has declined from 42.2% in 1970 to 29.4% in 1986 (Chart 4) (2). Similarly, the proportion of Canadians with diastolic blood pressure ≥ 100 mmHg has decreased from 9.6% in the Nutrition Canada Survey (NCS)(3), to 4.9% in the Canadian Health Survey (CHS), (4) to 2.7% in the Canadian Blood Pressure Survey (CBPS) (Chart 4) (5). These two shifts may help explain the decline in ASMRs over the past decade.

Trois principaux facteurs de risque ont été établis pour les MCV: l'usage du tabac, l'hypertension artérielle et un taux élevé de cholestérol sérique. Des données comparables pour deux de ces facteurs de risque, soit l'usage du tabac et l'hypertension, ont été recueillies pendant une certaine période et sont examinées dans le présent article. La proportion de fumeurs au Canada est passée de 42.2% en 1970 à 29.4% en 1986 (graphique 4) (2). De même, le pourcentage de Canadiens ayant une tension artérielle diastolique ≥ 100 mmHg est passé de 9.6%, tel qu'établi par l'enquête Nutrition Canada (ENC) (3), à 4.9% lors de l'enquête Santé Canada (ESC) (4) et à 2.7% lors de l'enquête sur l'hypertension artérielle au Canada (EHAC) (graphique 4) (5). Ces deux changements peuvent expliquer la baisse du TMNA au cours de la dernière décennie.

Chart 4

Canadian Population, Age 20 +



Graphique 4

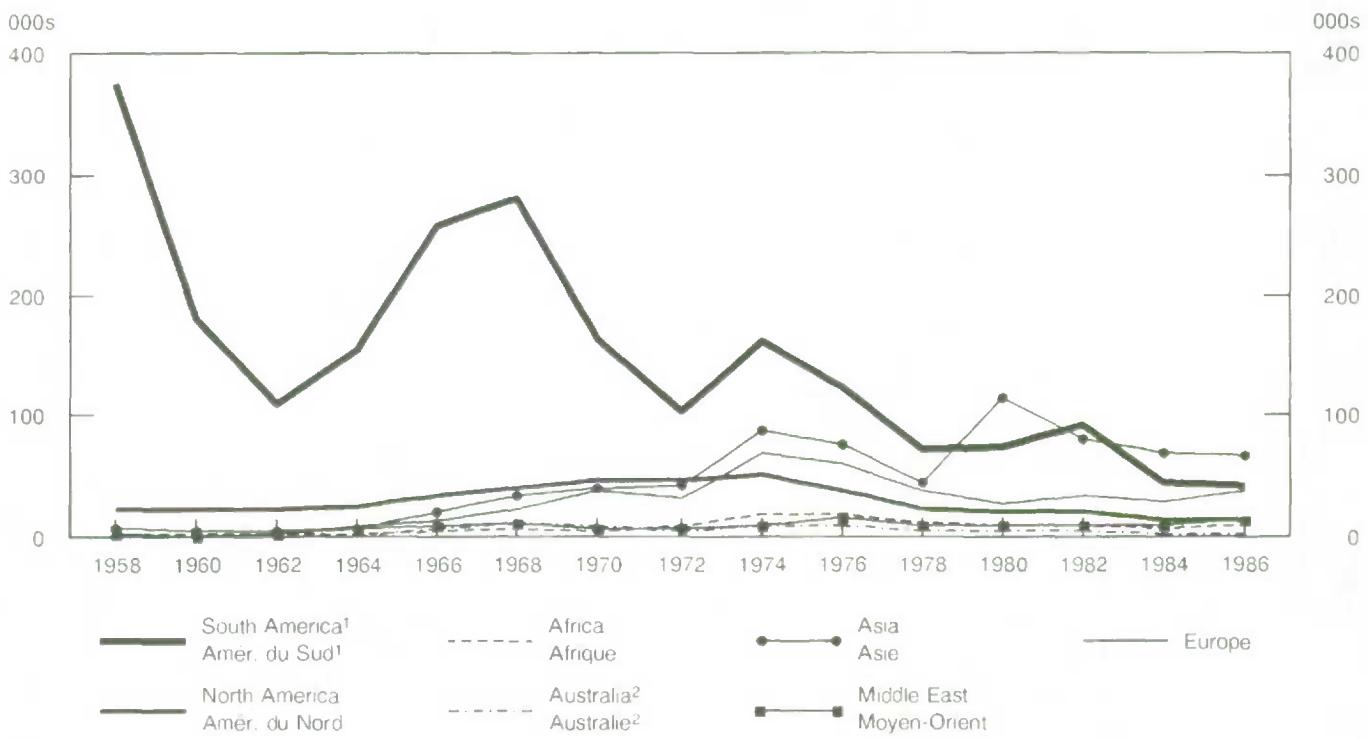
Population canadienne âgée de 20 ans et plus

Currently, approximately one in six Canadian residents is a first generation immigrant (6). As Chart 5 shows, the number of immigrants from Asia and Latin America has increased in recent years as the number from Europe has declined. This trend has contributed to the multi-cultural and multi-ethnic mosaic of the Canadian population.

It has been shown that CVD rates vary internationally (7). Therefore epidemiological studies of first generation Canadians by place of birth may be used to help evaluate the health status of Canada and help in the planning of health intervention programs. This paper will examine the CVD mortality rates of immigrants to Canada by region of birth.

Chart 5

**Number of Immigrants by Country of Origin,
1958-1986**



¹ Including Mexico, Central America & Caribbean.

² Including Oceania.

À l'heure actuelle, environ un Canadien sur six est un immigrant de la première génération (6). Le graphique 5 montre que le nombre d'immigrants provenant de l'Asie et de l'Amérique latine a augmenté au cours des dernières années, alors que celui des immigrants européens a diminué. Ce phénomène a contribué à la mosaïque multiculturelle et multi-ethnique que constitue la société canadienne.

Il a déjà été démontré que le taux de MCV varie selon les pays (7). En conséquence, les études épidémiologiques de la première génération de Canadiens en fonction du lieu de naissance peuvent servir à évaluer l'état de santé de la population canadienne et à planifier des programmes d'intervention sanitaire. Le présent article examine la mortalité attribuable aux MCV chez les immigrants au Canada, selon la région de naissance.

Graphique 5

**Nombre d'immigrants selon le pays d'origine,
1958-1986**

¹ Y compris le Mexique, l'Amérique centrale et les Antilles

² Y compris l'Océanie.

Methodology

The data used in this study are from the Canadian Census of Population (8) and the Canadian Mortality Data Base (CMDB) (9). For the purposes of the study and to act as a proxy for ethnic differences, countries of birth were grouped geographically into regions of birth as outlined in Table 1. The number of countries selected for the study was limited by the availability of data on the CMDB. For example, Japan and Australia were ultimately excluded from most of the analysis due to small numbers.

Table 1
Country Groupings

1. NORTH AMERICA

Canada
United States

2. LATIN AMERICA

Brazil
Chile
Mexico

3. AFRICA

Continent

4. AUSTRALIA¹

Continent

5. ASIA

6. CHINA
7. JAPAN¹
8. SOUTH ASIA
India
Pakistan

9. EUROPE

10. SCANDINAVIA

Denmark
Finland
Norway
Sweden

11. EASTERN EUROPE

Czechoslovakia
Hungary
Poland
Romania
U.S.S.R.
Yugoslavia

12. WESTERN EUROPE

Austria Belgium
France Germany
Greece Ireland
Italy Portugal
Spain Switzerland
United Kingdom

Méthodologie

Les données qui ont servi à la présente étude sont tirées du recensement canadien de la population (8) et de la base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) (9). Aux fins de l'étude et afin d'obtenir une approximation des différences ethniques, les pays de naissance ont été regroupés selon les régions présentées au tableau 1. Le nombre de pays choisis pour l'étude a été limité par la disponibilité des données de la BCDM. Le Japon et l'Australie, par exemple, ont finalement été éliminés de la majeure partie de l'analyse en raison de nombres restreints.

Tableau 1
Regroupements de pays

1. AMERIQUE DU NORD

Canada
Etats-Unis

2. AMERIQUE DU SUD

Brésil
Chili
Mexique

3. AFRIQUE

Continent

4. AUSTRALIE¹

Continent

5. ASIE

6. CHINE
7. JAPON¹
8. ASIE DU SUD
Inde
Pakistan

9. EUROPE

10. SCANDINAVIE
Danemark
Finlande
Norvège
Suède

11. EUROPE DE L'EST

Tchécoslovaquie
Hongrie
Pologne
Roumanie
URSS
Yougoslavie

12. EUROPE DE L'OUEST

Autriche Belgique
France Allemagne
Grèce Irlande
Italie Portugal
Espagne Suisse
Royaume-Uni

¹ Dropped because of low numbers

¹ Supprimés en raison des chiffres peu élevés

Possible time periods for analysis were also limited by availability of data (Table 2). The time periods 1969-73 and 1984-88 were selected since the data were the most complete during these two five-year time periods. Tables 3 and 4 give the raw data by sex and cause of death.

In Alberta for 1984 the total number of deaths due to CVD was known but the country of birth was not recorded and therefore had to be estimated. The number of deaths in Canada for 1988 was estimated from the number of deaths in 1987. All estimates were evaluated by checking their consistency with known data trends.

Table 2

Data Availability by Place of Birth, Age and Sex

Time period Période	Number of deaths Nombre de décès	Population figures Chiffres de population
1964-68	Available	Short census/missing place of birth
	Données disponibles	Recensement abrégé: lieu de naissance manquant
1969-73	Available	Available
	Données disponibles	Données disponibles
1974-78	Missing: Ontario all yrs B.C. 3 yrs Manitoba 1 yr	Short census/missing place of birth
	Données manquantes: Ontario, toutes les années C.-B., 3 ans Manitoba, 1 an	Recensement abrégé: lieu de naissance manquant
1979-83	Missing: Ontario 1 yr Manitoba 4 yrs Alberta 2 yrs	Available
	Données manquantes: Ontario, 1 an Manitoba, 4 ans Alberta, 2 ans	Données disponibles
1984-88	Missing: Alberta 1 yr all 1988 deaths	Short census/place of birth available all 1988 population figures
	Données manquantes: Alberta, 1 an Manquants pour 1988	Recensement abrégé: lieu de naissance disponible tous les chiffres de population

Le choix des périodes d'analyse était aussi limité par la disponibilité des données (tableau 2). Les périodes de 1969-73 et de 1984-88 ont été retenues parce que c'est pour ces deux périodes quinquennales que les données étaient les plus complètes. Les tableaux 3 et 4 donnent les données brutes selon le sexe et la cause du décès.

Si l'on connaît le nombre total de décès attribuables au MCV enregistrés en Alberta en 1984, le pays de naissance n'était pas connu et a donc dû être déduit. Le nombre de décès au Canada en 1988 a été estimé à partir de celui de 1987. On a évalué les estimations en vérifiant si elles étaient compatibles avec les tendances des données connues.

Tableau 2

**Disponibilité des données selon le lieu de naissance,
l'âge et le sexe**

Table 3

Number of Deaths by Country of Birth
Five-year Period

Tableau 3

Nombre de décès par pays de naissance
Période de cinq ans

Country of birth Pays de naissance	Deaths (1969-73) Décès								Population Census 1971 Population recensement	
	IHD		CBVD		CVD Total MCV		All causes		Age 35 +	
	CI	Male	Female	MCBV	Male	Female	Toutes causes	Male	Female	Male	Female
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada	100,267	60,891	24,451	27,269	146,367	108,947	269,890	201,076	3,031,030	3,216,765
All immigrants - Tous les immigrants	47,354	32,112	12,398	13,383	69,668	55,045	127,761	93,296	952,800	919,405
U.S.A. - Etats-Unis	5,434	4,217	1,575	1,990	8,287	7,630	14,835	13,092	88,370	74,749
Europe	40,480	27,378	10,343	11,105	59,149	46,485	108,532	78,394	822,310	808,690
W Europe - Europe de l'Ouest	26,788	20,438	6,944	8,433	39,418	34,777	71,954	58,139	550,345	580,095
E Europe - Europe de l'Est	11,173	5,937	2,660	2,173	15,900	9,883	29,794	17,198	235,950	202,885
Scandinavia - Scandinavie	2,519	1,003	739	499	3,831	1,825	6,784	3,057	36,015	25,710
Africa - Afrique	180	109	41	37	252	180	452	347	4,840	4,495
Australia - Australie	85	66	20	29	121	116	217	194	2,410	2,485
Latin America - Amerique Latine	48	31	8	18	66	59	133	120	4,290	5,100
Asia - Asie	1,127	311	411	204	1,793	575	3,592	1,149	30,580	23,886
China - Chine	866	145	334	123	1,397	296	2,782	633	18,960	14,586
Japan - Japon	110	80	49	48	189	147	438	266	2,505	2,950
South Asia - Asie du Sud	151	86	28	33	207	132	372	250	9,115	6,350

Table 4

Number of Deaths by Country of Births
Five-year Period

Tableau 4

Nombre de décès par pays de naissance
Période de cinq ans

Country of birth Pays de naissance	Deaths (1984-88) Décès								Population Census 1986 Population recensement	
	IHD		CBVD		CVD Total MCV		All causes		Age 35 +	
	CI	Male	Female	MCBV	Male	Female	Male	Female	Male	Female
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada	95,734	67,097	19,612	25,448	144,043	121,510	324,515	266,688	3,954,270	4,316,379
All immigrants - Tous les immigrants	32,494	28,418	8,380	12,109	51,869	53,476	112,699	105,230	1,098,725	1,147,920
U.S.A. - Etats-Unis	3,120	3,470	880	1,654	5,128	6,818	11,049	13,596	73,270	100,035
Europe	27,517	23,726	6,934	9,738	43,704	44,061	94,704	85,870	883,880	906,745
W Europe - Europe de l'Ouest	17,134	16,382	4,217	6,898	26,916	30,635	60,520	60,964	645,610	679,445
E Europe - Europe de l'Est	8,993	6,527	2,317	2,436	14,434	11,786	29,404	21,944	210,805	202,075
Scandinavia - Scandinavie	1,390	817	400	404	2,354	1,640	4,780	2,962	27,465	25,225
Africa - Afrique	354	234	56	85	540	447	1,176	959	16,630	13,720
Australia - Australie	124	107	26	31	170	177	427	356	4,365	4,260
Latin America - Amerique Latine	203	142	46	72	305	291	634	632	29,055	32,025
Asia - Asie	1,176	739	438	529	2,022	1,682	4,709	3,817	91,525	91,135
China - Chine	574	396	304	386	1,148	1,027	3,010	2,512	44,700	49,660
Japan - Japon	71	62	43	57	141	182	352	374	3,715	4,925
South Asia - Asie du sud	531	281	91	86	733	473	1,347	931	43,110	36,550

Five-year time periods were chosen to provide a reasonable number of deaths in the selected groups of countries. The 1971 and 1986 census data – corresponding to the mid-points of the five-year time periods – were categorized by country of birth, age (35-54, 55-64, 65-74, 75+) and sex. The data on the CMDB were similarly grouped for country of birth, age, and sex, as well as by cause of death (all causes, CVD, Ischemic Heart Disease (IHD), and Cerebrovascular Disease (CBVD)).

The census data were used for the denominator and the sum of the deaths over each five-year period was used for the numerator, to give the five-year grouped mortality rates. Age standardized mortality rates (ASMRs) were calculated using the 1986 Canadian population as the standard. When ASMRs are referred to in the following text, they refer to five-year grouped data, age standardized in the above mentioned four age groups, starting at age 35. The ASMRs were calculated for ages 35-74 (three youngest age groupings) and for ages 35+ (all four age groupings). The data were analyzed both by region of birth and by first generation immigrant versus the Canadian born population.

Results

Chart 6 shows the ratio of CVD to total mortality in Canada, by region of birth, for the two time periods: 1969-73 and 1984-88 respectively. In 1969-73, CVD accounted for at least 50% of all deaths age 35 and over. In 1984-88, deaths due to CVD declined in most regions of birth to between 40% and 50%.

The Canadian ASMRs by region of birth for death from all causes for the two time periods are shown in Chart 7. All causes mortality rates vary by country of birth in 1984-88, the lowest being for Latin America, China, and South Asia and the highest for Africa. ASMRs decreased between 1969-73 and 1984-88 for all regions except Africa.

On a choisi des périodes quinquennales afin d'obtenir un nombre adéquat de décès pour les groupes de pays choisis. Les données des recensements de 1971 et 1986 – qui correspondent au point milieu des périodes quinquennales – ont été réparties selon le pays de naissance, l'âge (35-54, 55-64, 65-74, et 75 ans et plus) et le sexe. Les données de la BCDM ont été regroupées de la même manière, soit selon le pays de naissance, l'âge, le sexe et la cause du décès (toutes causes, MCV, cardiopathie ischémique [CI] et maladies cérébro-vasculaires [MCBV]).

Afin d'obtenir les taux quinquennaux de mortalité, les données du recensement ont servi comme dénominateur et la somme des décès pour chacune des périodes de cinq ans a été utilisée comme numérateur. On a calculé les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) en se fondant sur la structure de la population canadienne en 1986. Dans les lignes qui suivent, les TMNA se réfèrent aux données quinquennales normalisées selon l'âge pour les quatre groupes, définis précédemment, de personnes de 35 ans et plus. On a calculé le TMNA pour les personnes de 35 à 74 ans (les trois groupes les plus jeunes) et pour les personnes de 35 ans et plus (les quatre groupes d'âge). On a analysé les données selon la région de naissance et en distinguant entre les immigrants de la première génération et les personnes nées au Canada.

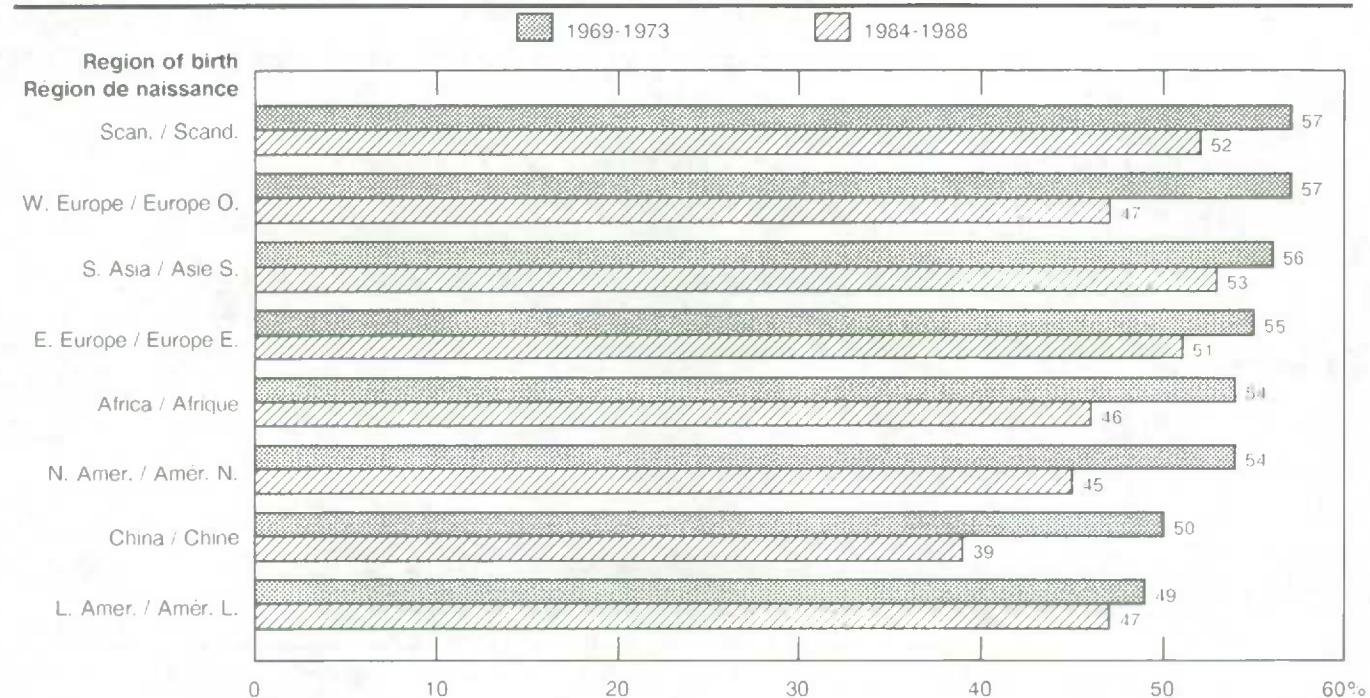
Résultats

On peut voir ou graphique 6 le rapport des décès dus aux MCV à la mortalité totale au Canada, selon le pays de naissance, pour les périodes de 1969-73 et de 1984-88. Pendant la première, les MCV étaient associées à au moins 50% de tous les décès parmi les personnes de 35 ans et plus. En 1984-88, la proportion des décès attribuables aux MCV avait diminué pour la plupart des pays de naissance et se situait entre 40% et 50%.

Pour les deux périodes à l'étude, les TMNA canadiens pour toutes causes par pays de naissance sont fournis au graphique 7. En 1984-88, ces taux variaient selon le pays de naissance, les plus faibles étant enregistrés pour les immigrants de l'Amérique latine, de la Chine et de l'Asie du Sud et les plus élevés pour ceux de l'Afrique. Le TMNA a diminué entre 1969-73 et 1984-88 pour toutes les régions, sauf l'Afrique.

Chart 6

**Percentage of Mortality Due to CVD
for Canadian Residents, Age 35+:
1969-1973 and 1984-1988**

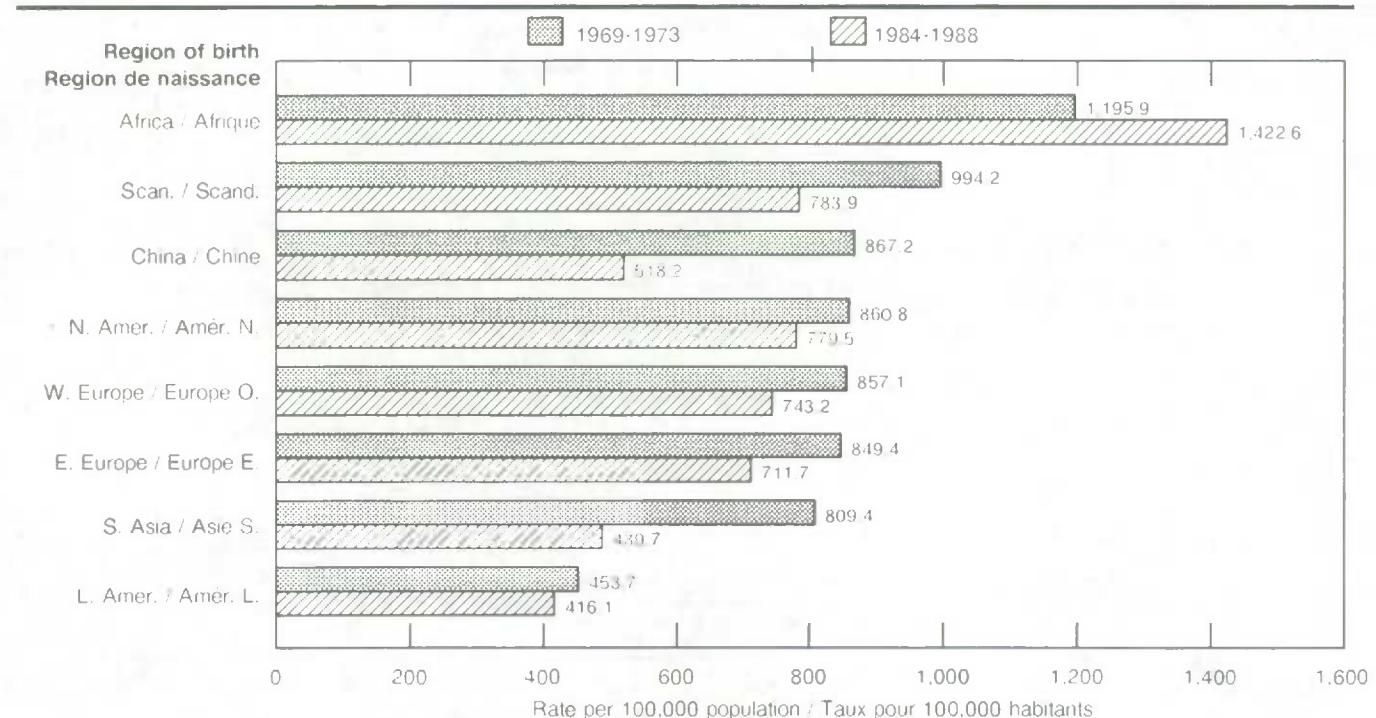


Graphique 6

**Pourcentages des décès attribuables aux MCV
chez les résidents canadiens, 35 ans et plus:
1969-1973 et 1984-1988**

Chart 7

**Canadian 5-year ASMRs for All Causes
by Region of Birth, Age 35+:
1969-1973 and 1984-1988**



Graphique 7

**TMNA canadiens pour 5 ans pour toutes causes,
par région de naissance, 35 ans et plus:
1969-1973 et 1984-1988**

Chart 8

**Age/Sex Specific Rates for CVD,
First Generation Immigrants Versus
Canadian Born: 1969-1973**

Graphique 8

**Taux de MCV par âge, selon le sexe,
première génération d'immigrants et
personnes nées au Canada: 1969-1973**

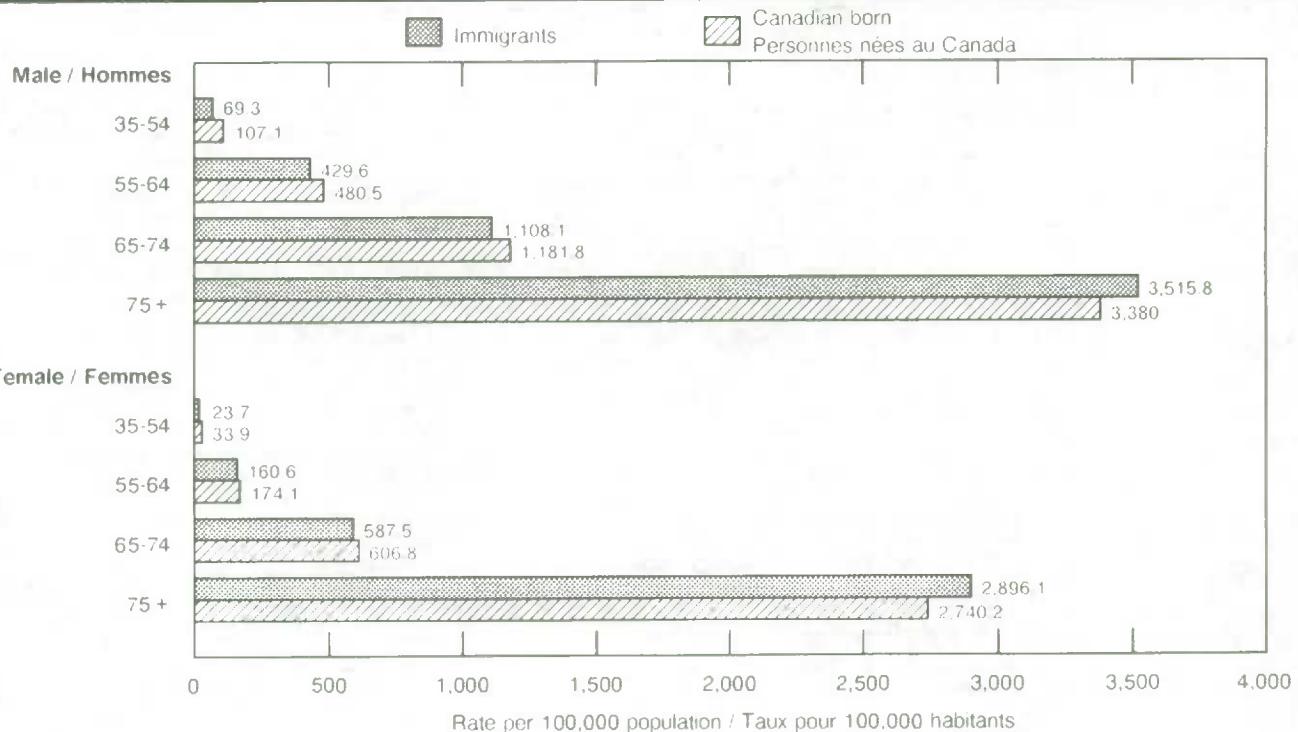
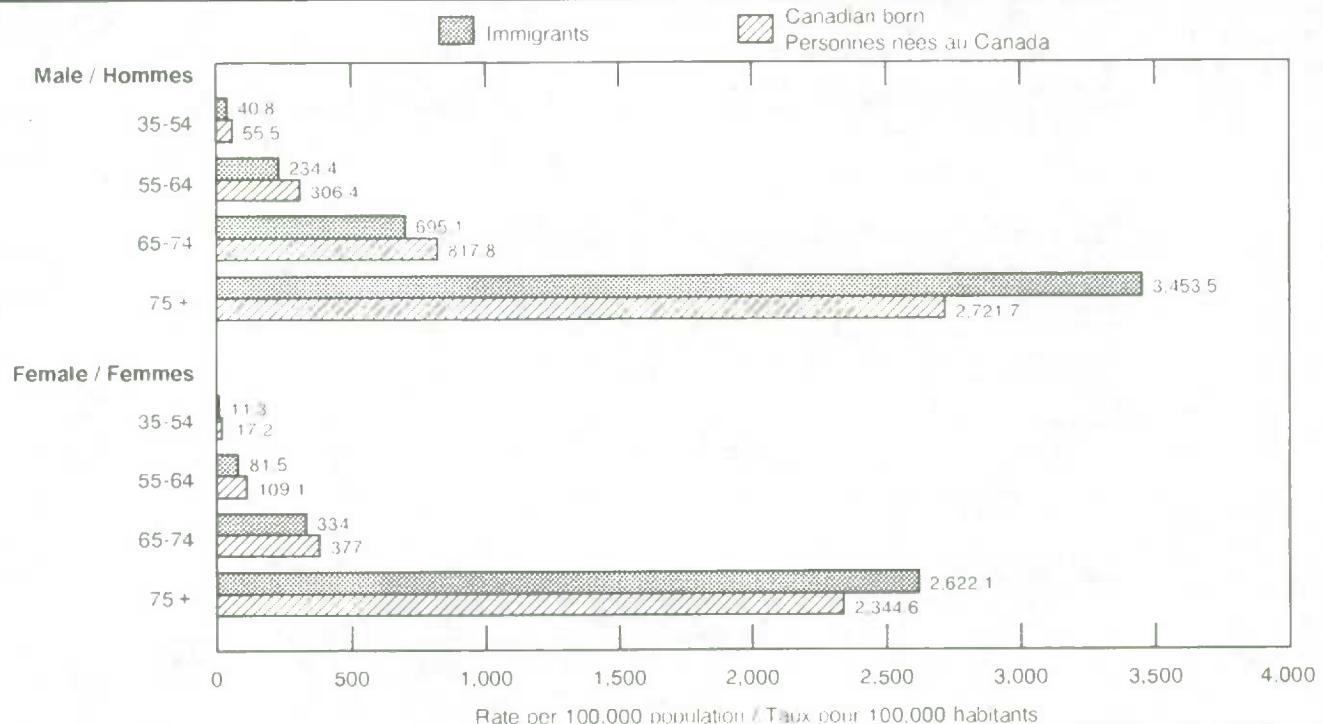


Chart 9

**Age/Sex Specific Rates for CVD,
First Generation Immigrants Versus
Canadian Born: 1984-1988**

Graphique 9

**Taux de MCV par âge, selon le sexe,
première génération d'immigrants et
personnes nées au Canada: 1984-1988**



Charts 8 and 9 give the age specific CVD rates by sex for both time periods. Note that for both men and women in both time periods the CVD rates for those age groups under 75 years are slightly lower for immigrants than for the Canadian born. The reverse is true for those over age 75, especially for 1984-88.

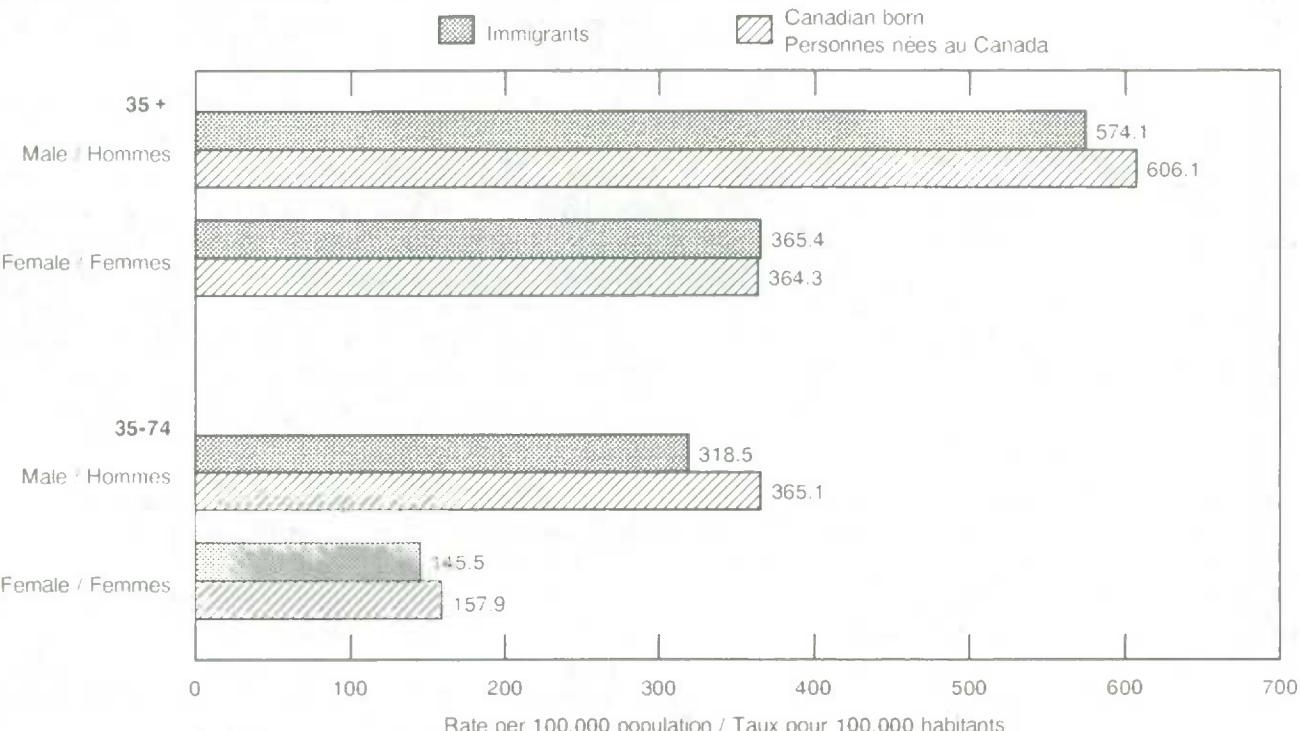
Because the age specific rate for the oldest age group is so high, this group has a large effect when age standardized rates are calculated. For that reason, and because diagnosis of cause of death is more subjective for older than for younger age groups, age standardized rates were calculated for both 35-74 and 35+. Charts 10 and 11 give the results for these two age standardized groupings by sex for immigrants and the Canadian born. Overall the immigrants had lower death rates, except for females when the 75+ age group was included.

On trouve aux figures 8 et 9 les taux de MCV par âge selon le sexe pour les deux périodes. Il faut remarquer que pour toutes deux, tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de MCV des groupes de moins de 75 ans sont légèrement inférieurs dans le cas des immigrants que dans celui des personnes nées au Canada. L'inverse est vrai chez les personnes de plus de 75 ans, en particulier en 1984-88.

Puisque le taux par âge du groupe le plus âgé est très élevé, ce groupe a une forte influence lors du calcul du taux normalisé selon l'âge. Pour cette raison, et parce que le diagnostic de la cause de décès est moins objectif dans le cas des personnes plus âgées, on a calculé le taux normalisé selon l'âge pour les 35-74 ans et pour les 35 ans et plus. On peut voir aux graphiques 10 et 11 les résultats de ces deux regroupements selon le sexe, pour les immigrants et pour les personnes nées au Canada. Dans l'ensemble, les immigrants ont des taux de mortalité moins élevés, à l'exception des femmes lorsque l'on tient compte des 75 ans et plus.

Chart 10

Canadian 5-year ASMRs for CVD by Sex and Age Groups, 35+ and 35-74, First Generation Immigrants versus Canadian Born: 1969-1973



Graphique 10

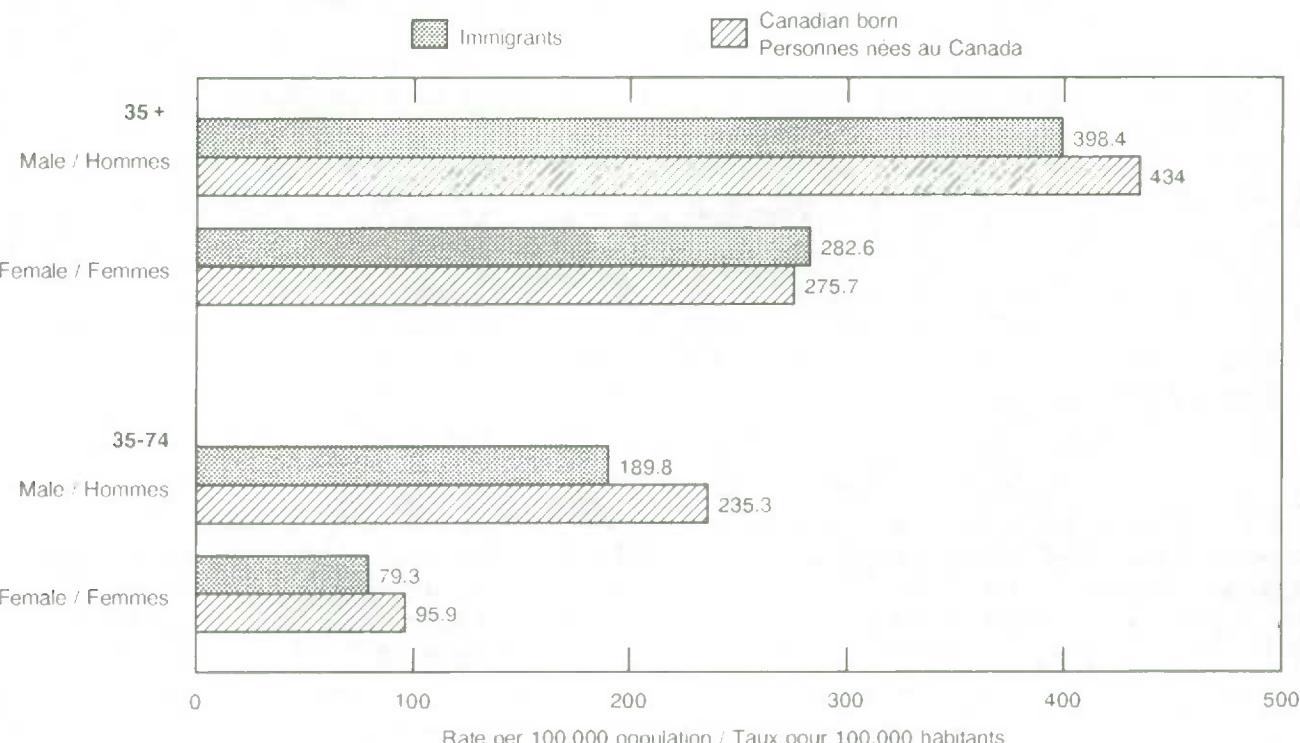
TMNA canadiens pour 5 ans associés aux MCV selon le sexe et le groupe d'âge (35 ans et plus et 35-74 ans), première génération d'immigrants et personnes nées au Canada: 1969-1973

Chart 11

Canadian 5-year ASMRs for CVD by Sex and Age Groups, 35+ and 35-74, First Generation Immigrants Versus Canadian Born: 1984-1988

Graphique 11

TMNA canadiens pour 5 ans associés aux MCV selon le sexe et le groupe d'âge (35 ans et plus et 35-74 ans), première génération d'immigrants et personnes nées au Canada: 1984-1988



Charts 12 and 13 give the Canadian ASMRs by region of birth for CVD mortality for age 35+ and 35-74. CVD ASMRs also vary by region of birth, and show a similar pattern as death from all causes. Rates are decreasing except for Africa for ages 35+, with a major decline indicated for China. The two time periods have a similar ranking by region of birth. Only Africa had higher rates than North America in 1984-88.

Male/female CVD differences for the two time periods and the various age groups are given in Charts 14-17. Males consistently had a higher rate than females for all regions. For Chinese immigrants, however, females had substantially lower rates than males. Overall, males and females had a somewhat similar ranking by region of birth.

Les figures 12 et 13 contiennent les TMNA canadiens liés aux MCV par pays de naissance, chez les personnes de 35 ans et plus et de 35 à 74 ans. Le TMNA associé aux MCV est aussi fonction du pays de naissance et présente une tendance semblable à celle de la mortalité pour toutes causes. Sauf pour les personnes de 35 ans et plus originaires d'Afrique, le taux diminue et même considérablement dans le cas de la Chine. Pour les deux périodes, le classement par pays de naissance est similaire. Seulement pour l'Afrique le taux était-il plus élevé que pour l'Amérique du Nord en 1984-88.

Pour les deux périodes et pour les différents groupes d'âge, les différences entre hommes et femmes relativement à la mortalité attribuable aux MCV sont représentées aux graphiques 14 à 17. Les hommes ont toujours un taux supérieur à celui des femmes, quel que soit le pays de naissance. En outre, chez les immigrants d'origine chinoise, les femmes ont un taux considérablement inférieur à celui des hommes. Dans l'ensemble, le classement selon le sexe par pays de naissance est assez semblable.

Chart 12

**Canadian 5-year ASMRs for CVD
by Region of Birth, Age 35+:
1969-1973 and 1984-1988**

Graphique 12

**TMNA canadiens pour 5 ans associés aux MCV par
région de naissance, 35 ans et plus:
1969-1973 et 1984-1988**

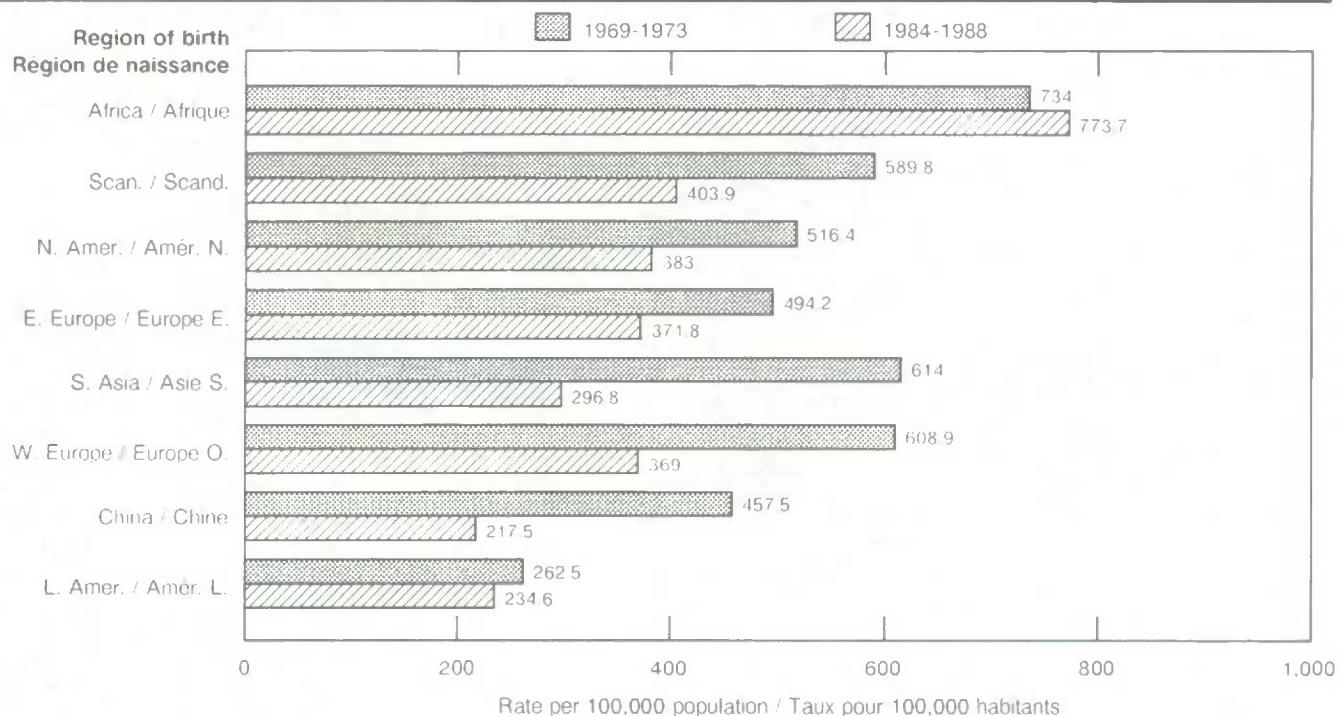


Chart 13

**Canadian 5-year ASMRs for CVD
by Region of Birth, Age 35-74:
1969-1973 and 1984-1988**

Graphique 13

**TMNA canadiens pour 5 ans associés aux MCV par
région de naissance, 35-74 ans:
1969-1973 et 1984-1988**

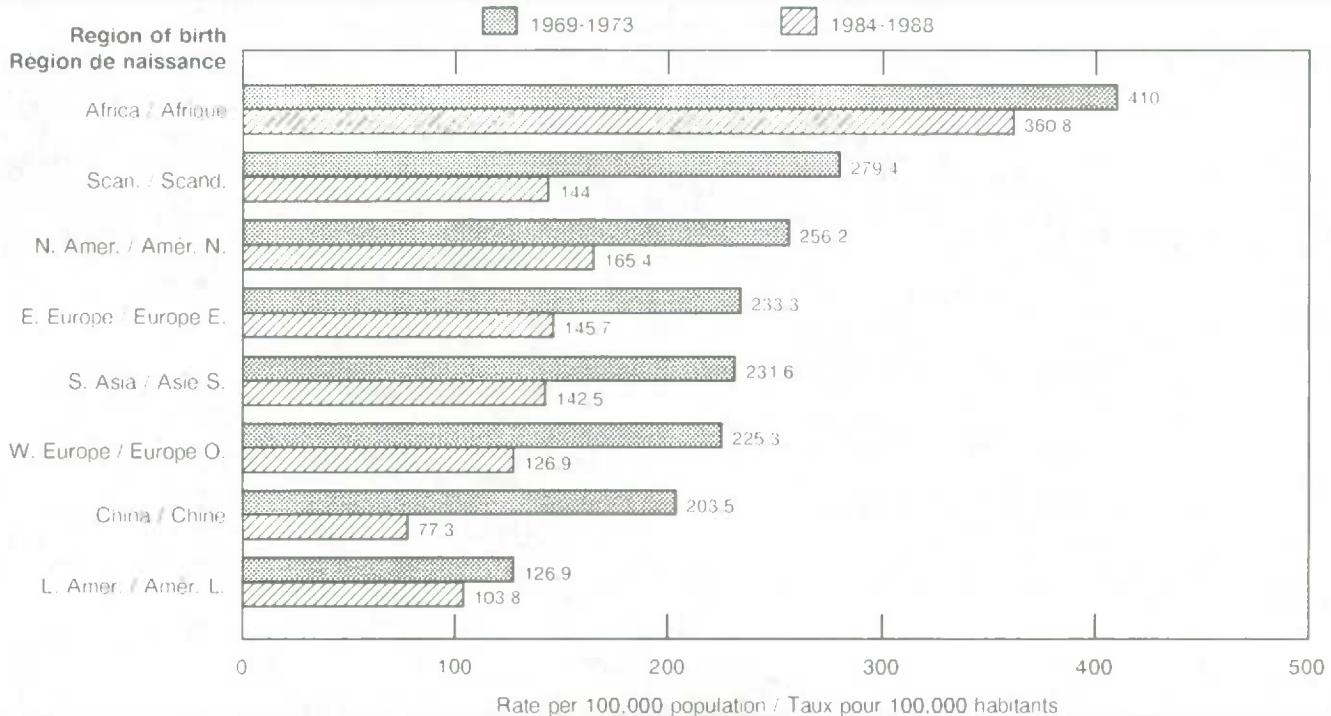


Chart 14

**Canadian 5-year ASMRs for CVD
by Region of Birth, and Sex,
Age 35 + : 1969-1973**

Graphique 14

**TMNA canadiens pour 5 ans associés aux MCV par
région de naissance et selon le sexe,
35 ans et plus: 1969-1973**

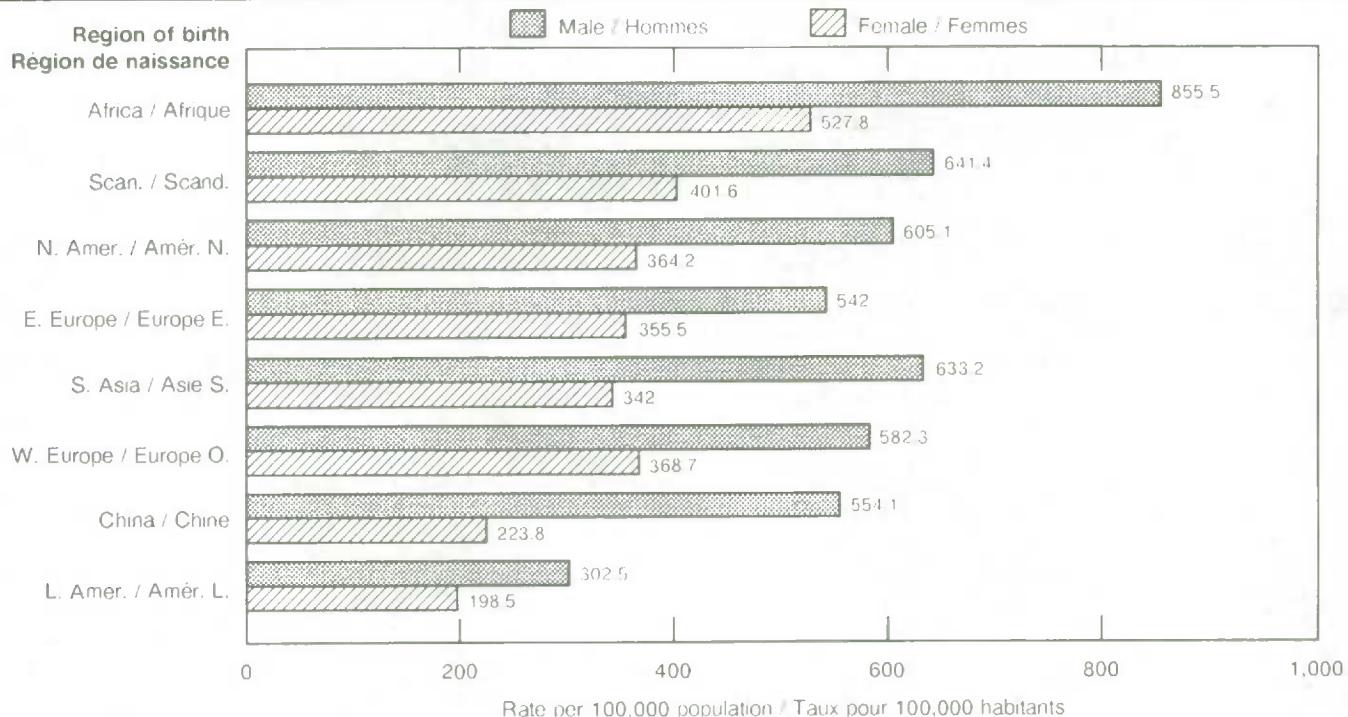


Chart 15

**Canadian 5-year ASMRs for CVD
by Region of Birth, and Sex,
Age 35 + : 1984-1988**

Graphique 15

**TMNA canadiens pour 5 ans associés aux MCV par
région de naissance et selon le sexe,
35 ans et plus: 1984-1988**

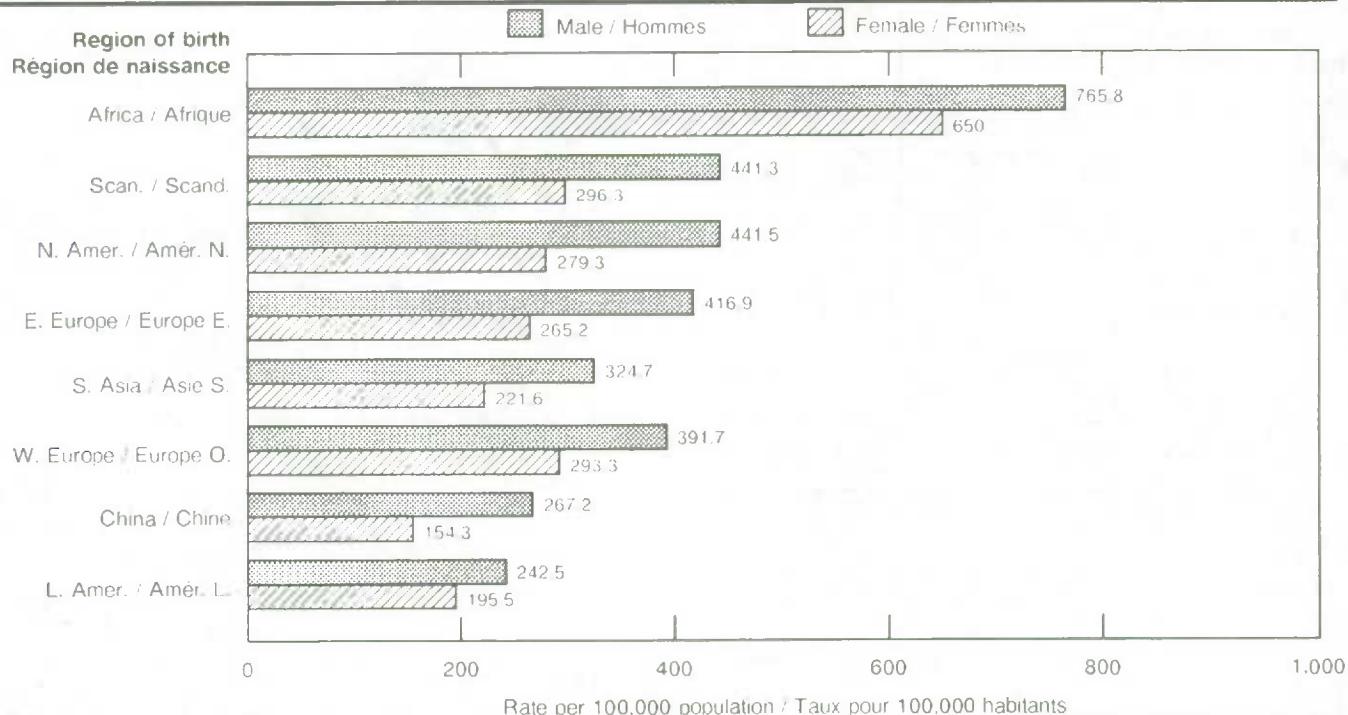
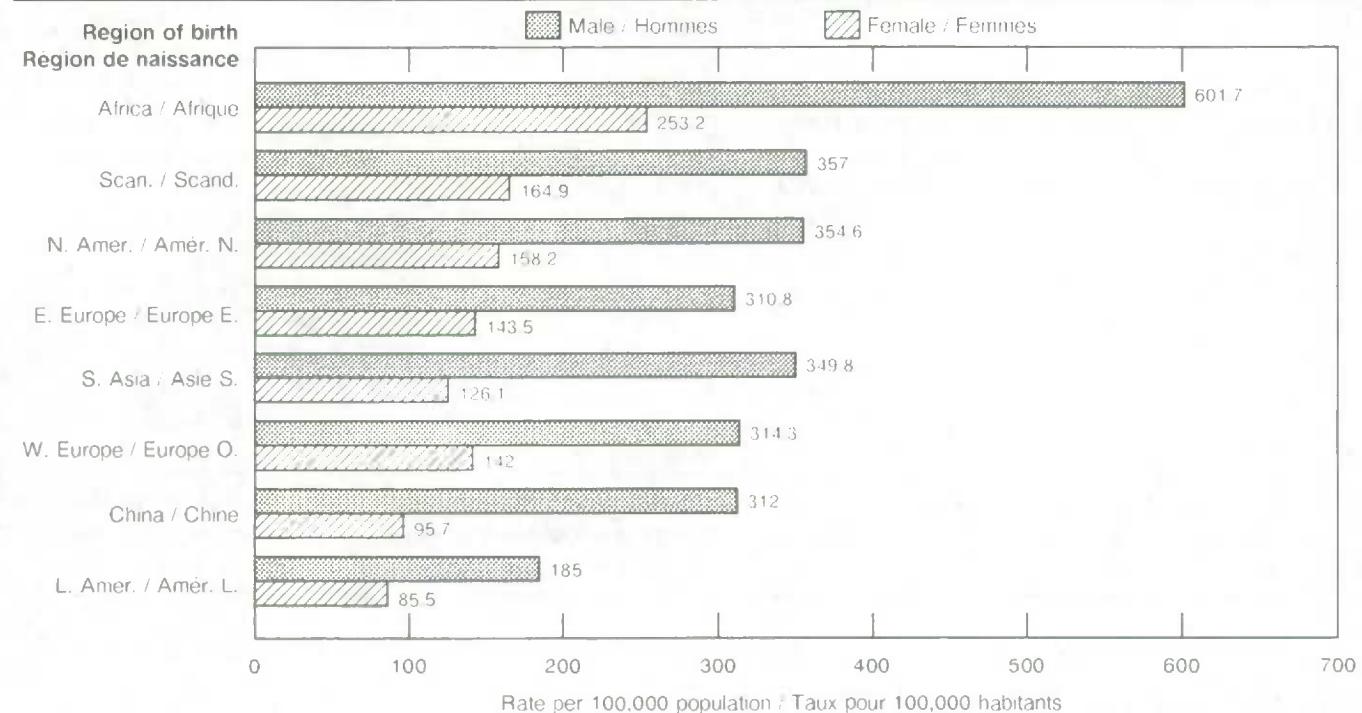


Chart 16

**Canadian 5-year ASMRs for CVD
by Region of Birth, and Sex,
Age 35-74: 1969-1973**

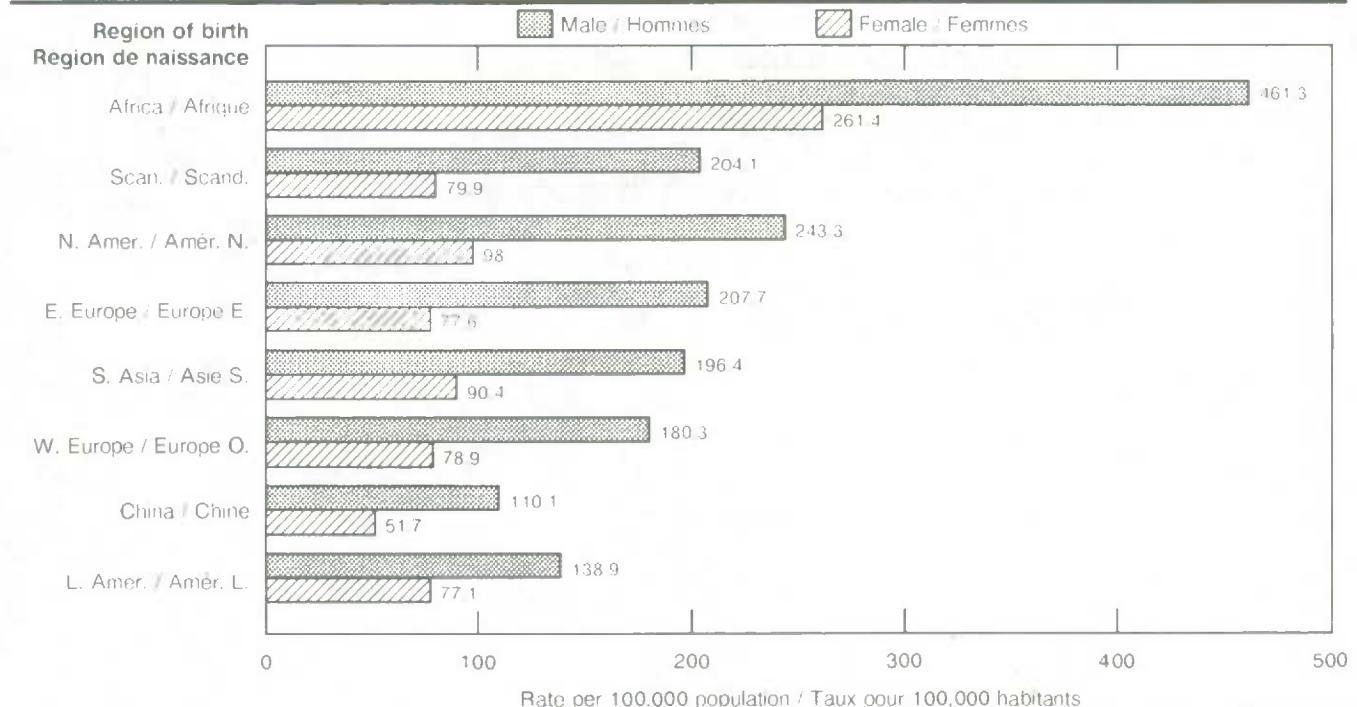


Graphique 16

**TMNA canadiens pour 5 ans associés
aux MCV par région de naissance et selon
le sexe, 35-74 ans: 1969-1973**

Chart 17

**Canadian 5-year ASMRs for CVD
by Region of Birth, and Sex,
Age 35-74: 1984-1988**



Graphique 17

**TMNA canadiens pour 5 ans associés aux MCV par
région de naissance et selon le sexe,
35-74 ans: 1984-1988**

Charts 18 and 19 give the Canadian five-year grouped age specific CVD mortality rates by region of birth for 1984-88 for males and females. Rates increased steeply by age. Roughly the same pattern of high and low rates by region of birth is found by age and sex.

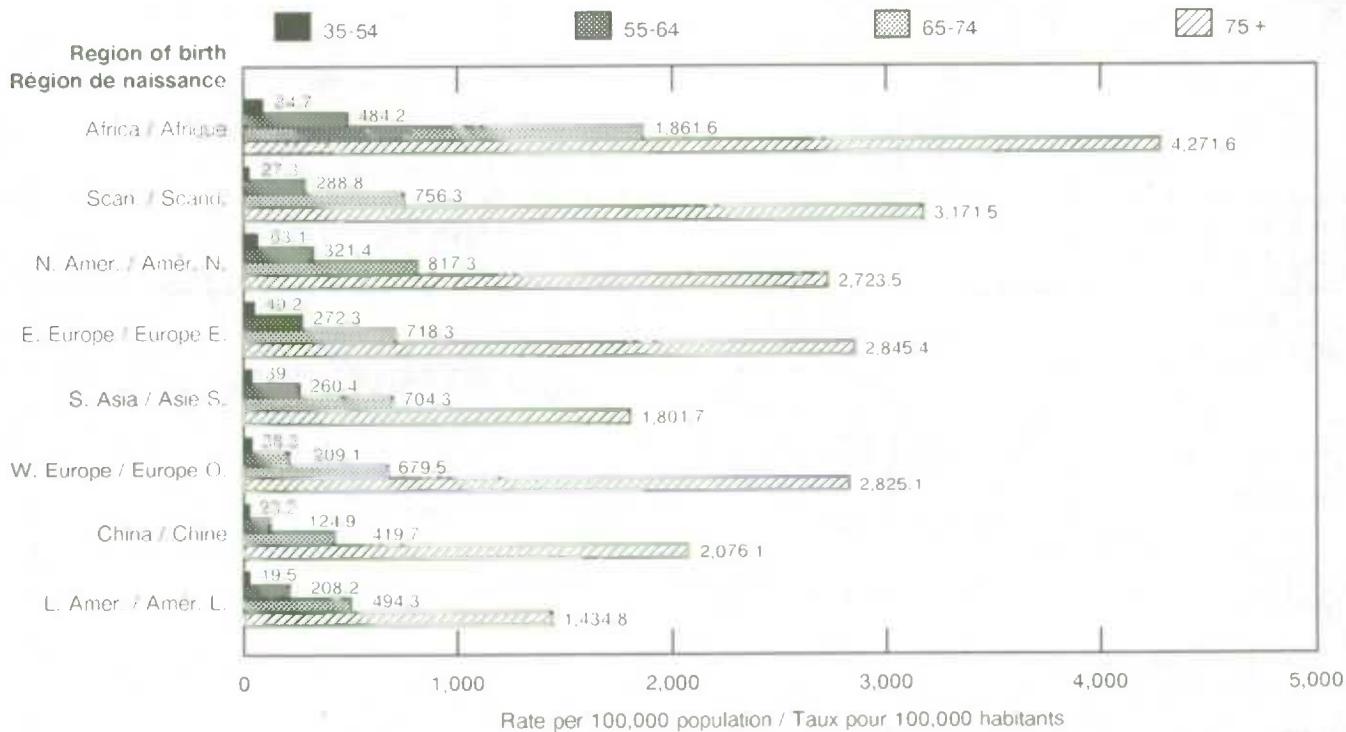
Chart 20 gives the Canadian ASMRs for Ischemic Heart Disease (IHD), Cerebrovascular Disease (CBVD), and other CVD, by region of birth for 1984-88. IHD accounts for over 50% of all deaths from CVD. CBVD accounts for a smaller proportion but still makes a significant contribution. Note that CBVD accounts for one third of all CVD deaths for those born in China.

On peut voir aux graphiques 18 et 19 les taux quinquennaux de mortalité attribuable aux MCV par âge et selon le pays de naissance, pour les hommes et les femmes en 1984-88. Les taux montent en flèche avec l'âge. D'un pays de naissance à l'autre, le taux suit sensiblement la même tendance en fonction de l'âge et du sexe.

Le graphique 20 contient les TMNA canadiens liés aux cardiopathies ischémiques (CI), aux maladies cérébro-vasculaires (MCBV) et aux autres maladies cardio-vasculaires (MCV), selon le pays de naissance en 1984-88. Les CI sont associées à plus de 50 % de tous les décès attribuables aux MCV. Les MCBV en causent un pourcentage moins élevé, mais apportent tout de même une contribution importante. Notons que les MCBV comptent pour le tiers de tous les décès dus aux MCV parmi les immigrants nés en Chine.

Chart 18

Canadian Males, Age Specific Rates for CVD by Region of Birth, Ages 35-54, 55-64, 65-74, 75+ : 1984-1988

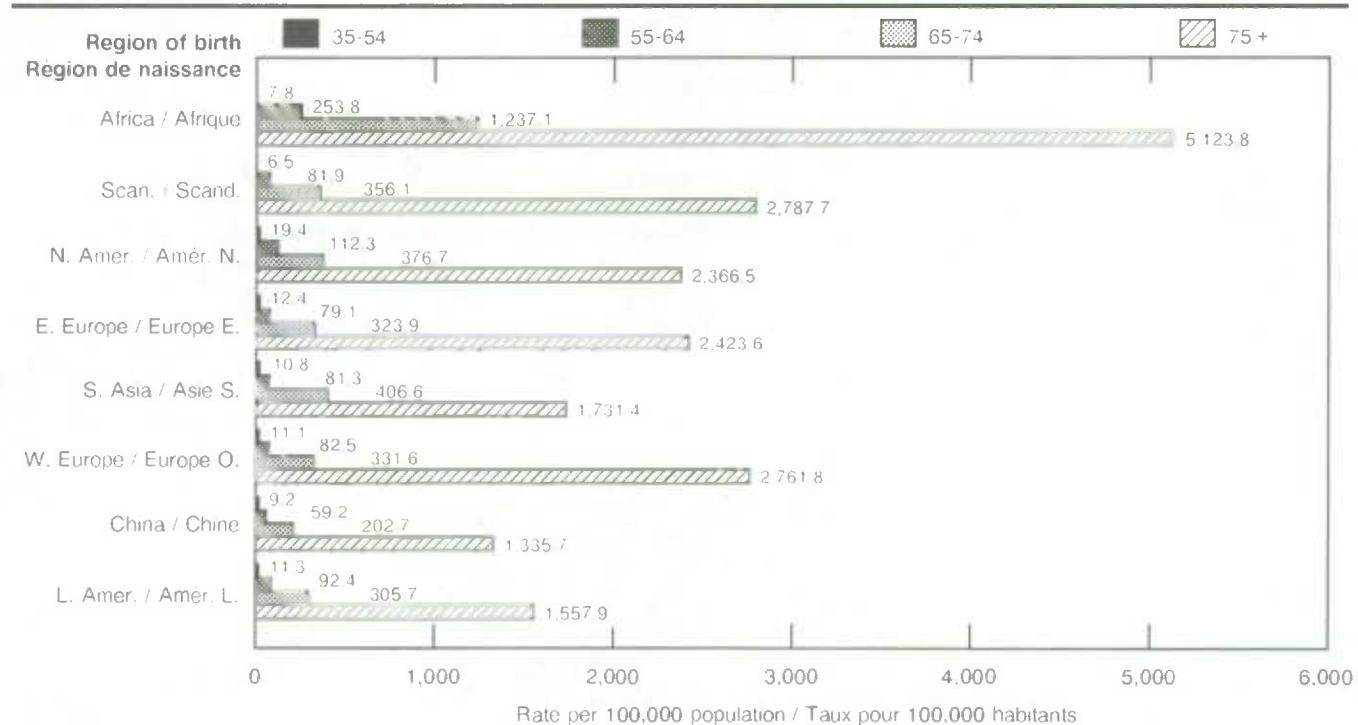


Graphique 18

Canadiens de sexe masculin, taux par âge de MCV selon la région de naissance, pour les âges 35-54, 55-64, 65-74, 75+ : 1984-1988

Chart 19

Canadian Females, Age Specific Rates for CVD by Region of Birth, Ages 35-54, 55-64, 65-74, 75+ : 1984-1988

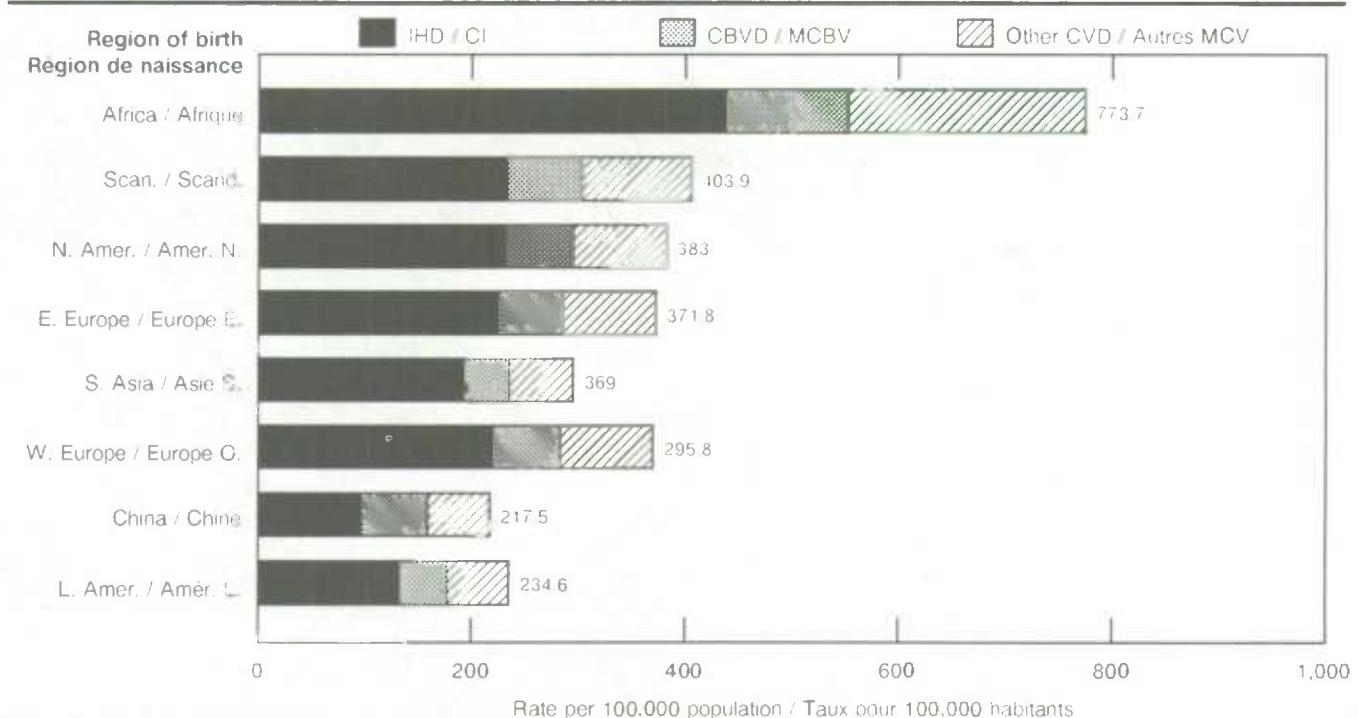


Graphique 19

Canadiennes, taux par âge de MCV selon la région de naissance, pour les âges, 35-54, 55-64, 65-74, 75+ : 1984-1988

Chart 20

Canadian 5-year ASMRs for IHD, CBVD and Other CVD by Region of Birth, Age 35+ : 1984-1988



Graphique 20

TMNA canadiens pour 5 ans associés aux CI, aux MCBV et aux autres MCV par région de naissance, 35 ans et plus: 1984-1988

Charts 21 and 22 show Canadian ASMRs for IHD and CBVD for 1969-73 and 1984-88. IHD declined for those immigrants from China and South Asia. The mortality rates for CBVD and IHD, when ranked by region of birth, show a similar pattern.

Les graphiques 21 et 22 illustrent les TMNA canadiens liés aux CI et aux MCBV en 1969-73 et en 1984-88. La mortalité associée aux CI a diminué chez les immigrants en provenance de la Chine et de l'Asie du Sud. Lorsqu'ils sont classés selon le pays de naissance, les taux de mortalité attribuable aux MCBV et aux CI présentent une tendance semblable.

Chart 21

Canadian 5-year ASMRs for IHD and CBVD by Region of Birth, Age 35+: 1969-1973

Graphique 21

TMNA canadiens pour 5 ans associés aux CI et aux MCBV par région de naissance, 35 ans et plus: 1969-1973

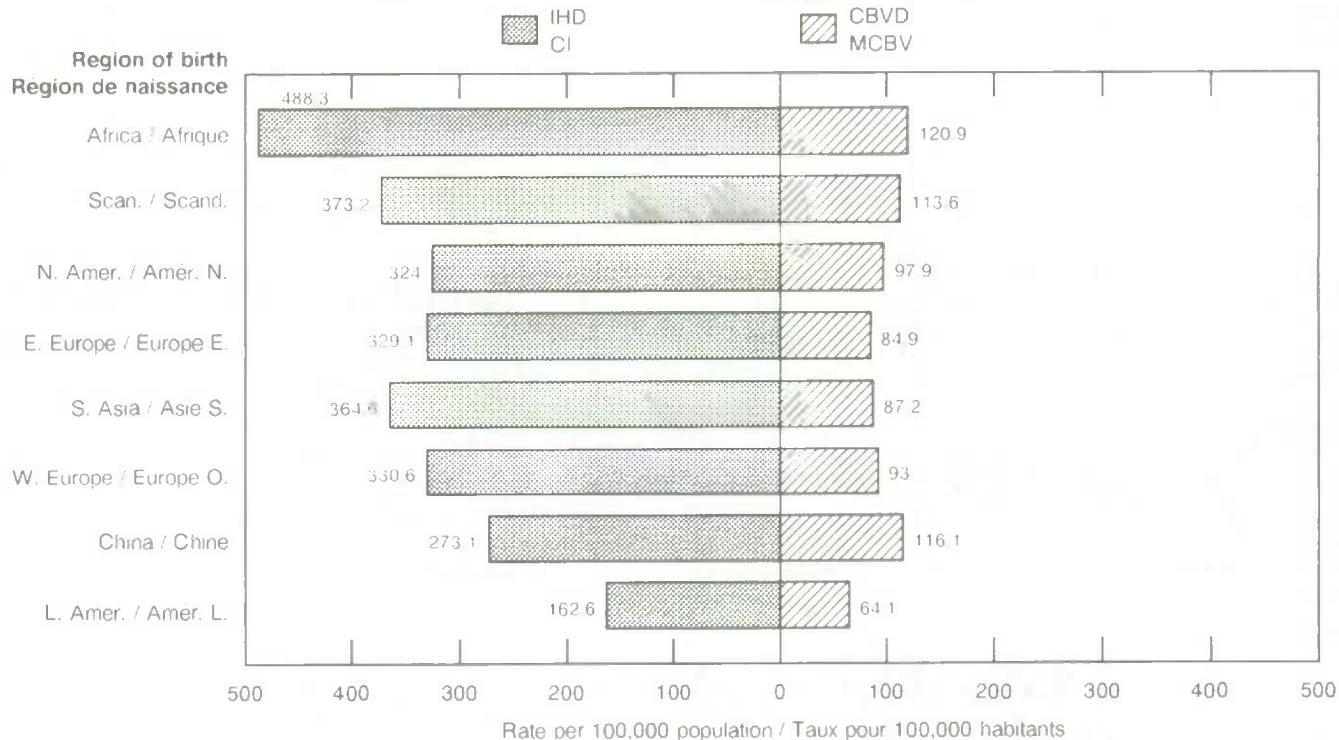


Chart 22

Canadian 5-year ASMRs for IHD and CBVD by Region of Birth, Age 35+ : 1984-1988

Graphique 22

TMNA canadiens pour 5 ans associés aux CI et aux MCBV par région de naissance, 35 ans et plus: 1984-1988

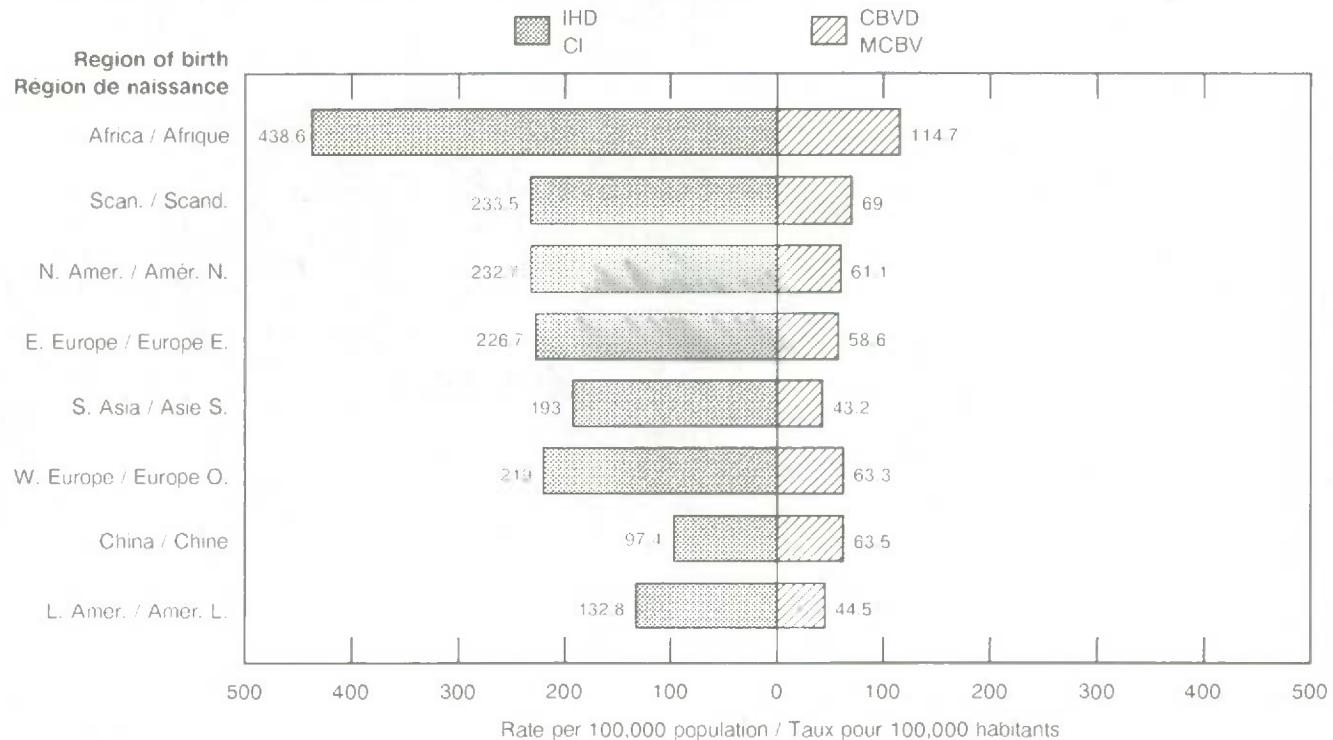


Chart 23 transposes the CVD rates for Canadians on a map of the world. Overall, low rates were found for first-generation Canadians from Latin America, China, and South Asia; high rates were found for Scandinavia and Africa; North American rates were similar to those found in Eastern and Western Europe. We compared this general ranking of CVD mortality rates for Canadian immigrants to WHO mortality rates (10) by region of birth (Tables 5 and 6). As far as can be determined, there is general agreement with the above ordering. Due to a lack of detailed information, rigorous comparisons of the ASMRs of first generation Canadians with the ASMRs of their countries of origin were not possible.

Le graphique 23 transpose les taux canadiens de mortalité due aux MCV sur une carte du monde. Dans l'ensemble, les taux faibles se retrouvent chez la première génération de Canadiens venus de l'Amérique latine, de la Chine et de l'Asie du Sud, alors que les taux élevés sont observés chez les immigrants d'origine scandinave et africaine. Les taux établis pour l'Amérique du Nord sont semblables à ceux de l'Europe de l'Ouest et de l'Europe de l'Est. Nous avons comparé le classement général des taux de mortalité attribuable aux MCV des immigrants au Canada aux taux de mortalité de l'OMS (10) selon le pays de naissance (tableaux 5 et 6). Dans la mesure où il est possible de le déterminer, il existe une correspondance générale avec le classement mentionné précédemment. En raison d'un manque de renseignements détaillés, il est impossible de comparer de façon rigoureuse les TMNA des immigrants de la première génération avec le TMNA de leur pays d'origine.

Chart 23

**Canadian 5-year ASMR CVD by
Country of Birth**



Graphique 23

**TMNA canadiens pour 5 ans - MCV
par pays de naissance**

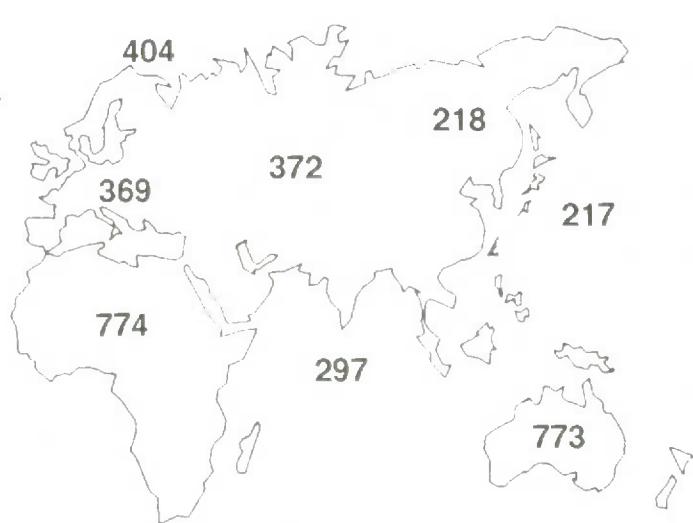


Table 5

Rank Ordering of ASMR – CVD Males 35+, 1986

Canadian immigrants	Country of birth
Immigrants canadiens	Pays de naissance
Scandinavia/Scandinavie	Eastern Europe/Europe de l'Est
United States/États-Unis	Scandinavia/Scandinavie
Eastern Europe/Europe de l'Est	Western Europe/Europe de l'Ouest
Western Europe/Europe de l'Ouest	North America/Amérique du Nord
South Asia/Asie du Sud	Latin America/ Amérique Latine
China/Chine	Hong Kong/Hong Kong
Latin America/Amérique Latine	Sri Lanka/Sri Lanka

Tableau 5

Classement par ordre de TMNA – MCV Hommes 35+, 1986

Eastern Europe/Europe de l'Est	Country of birth
Scandinavia/Scandinavie	Pays de naissance
Western Europe/Europe de l'Ouest	Eastern Europe/Europe de l'Est
North America/Amérique du Nord	Scandinavia/Scandinavie
Latin America/ Amérique Latine	Western Europe/Europe de l'Ouest
Hong Kong/Hong Kong	North America/Amérique du Nord
Sri Lanka/Sri Lanka	Latin America/ Amérique Latine

Table 6**Rank Ordering of ASMR – CVD Males 35+ 1986**

Canadian immigrants	Country of birth
Immigrants canadiens	Pays de naissance
Scandinavia/Scandinavie	Eastern Europe/Europe de l'Est
United States/États-Unis	Western Europe/Europe de l'Ouest
Western Europe/Europe de l'Ouest	Scandinavia/Scandinavie
Eastern Europe/Europe de l'Est	North America/Amérique du Nord
South Asia/Asie du Sud	Latin America/ Amérique Latine
Latin America/Amérique Latine	Hong Kong/Hong Kong
China/Chine	Sri Lanka/Sri Lanka

Discussion

Mortality due to CVD has decreased over the past thirty-five years, but CVD is still the major cause of death in Canada. Over 40% of all deaths are attributable to CVD. Males tend to have higher CVD mortality rates than females. This pattern holds for the five-year ASMRs of first generation Canadians. However, the magnitude of the five-year ASMRs for first generation Canadians varies significantly by region of birth. The rates are high for Scandinavia and Africa, and low for Latin America, China, and South Asia. The rates are decreasing for the general population and for first generation Canadians, except for those from Africa aged 35+.

WHO reports that CVD rates are decreasing worldwide, except in Eastern European countries (10). We did not find an increase for Eastern European Canadian immigrants. This might be explained by the selection process for immigration, and a different diet. Comparable data for African countries were not available. However, a recent paper by Balfe et al. (11) demonstrated that CVD rates are very high for South African whites and Asians. These two groups constitute the majority of the first generation Canadians born in Africa.

A recently published review article by McKeigue et al. (12) on mortality due to CVD among South Asians living in Asian and non-Asian countries indicates that CVD rates for South Asians are among the highest in the world. The article also discusses the South Asian population's predisposition to diabetes mellitus, and particularly to non-insulin dependent diabetes mellitus. There does seem to be a relationship between these two diseases (13-15), but it is unknown if the

Tableau 6**Classement par ordre de TMNA – MCV Hommes 35+ 1986**

Country of birth	Tableau 6
Pays de naissance	
Eastern Europe/Europe de l'Est	Classement par ordre de TMNA – MCV Hommes 35+ 1986
Western Europe/Europe de l'Ouest	
Scandinavia/Scandinavie	
North America/Amérique du Nord	
Latin America/ Amérique Latine	
Hong Kong/Hong Kong	
Sri Lanka/Sri Lanka	

Discussion

Si la mortalité attribuable aux MCV a diminué au cours des 35 dernières années, ces maladies demeurent la principale cause de décès au Canada. Plus de 40% de tous les décès leur sont dus. Le taux de mortalité attribuable aux MCV est généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Il en va de même du TMNA quinquennal pour les immigrants de la première génération. Toutefois, celui-ci varie considérablement selon le pays de naissance. Les taux sont élevés pour la Scandinavie et l'Afrique, et faibles pour l'Amérique latine, la Chine et l'Asie du Sud. Les taux diminuent pour la population en général et pour la première génération d'immigrants, à l'exception des personnes d'origine africaine âgées de 35 ans et plus.

L'OMS rapporte que le taux de MCV diminue dans tous les pays, sauf ceux de l'Europe de l'Est (10). Nous n'avons cependant pas observé de hausse chez les immigrants de ces pays. Cela peut s'expliquer par la procédure de sélection des immigrants ou encore par un régime alimentaire différent. Nous ne disposons pas de données comparables pour les pays africains. Toutefois, un récent article de Balfe et al. (11) démontre que le taux de MCV est très élevé chez les Sud-africains d'origine européenne et asiatique. Ces deux groupes constituent la majorité des immigrants de la première génération au Canada nés en Afrique.

Un rapport de synthèse publié récemment par McKeigue et al. (12) sur la mortalité attribuable aux MCV parmi les personnes originaires de l'Asie du Sud habitant en Asie ou ailleurs indique que les taux de MCV chez ces personnes sont parmi les plus élevés au monde. Dans ce rapport, on discute aussi de la prédisposition de la population de l'Asie du Sud au diabète sucré et, plus particulièrement, au diabète sucré non insulinodépendant. Il semble exister une relation entre le diabète et les MCV (13-15), mais on ignore si la relation est

relationship is causal or genetic. The high CVD rates for South Asians reported by McKeigue et al. (12) and by various others (14, 15) are not consistent with the findings from our study of mortality rates in first generation Canadians from South Asia. Our study indicates that the ASMRs for CVD and for all causes for first generation South Asians have been consistently lower than for other Canadian immigrant groups studied.

A possible explanation for this discrepancy is that in the immigration process healthier people are more likely to be selected as immigrants, and thus first generation South Asian immigrants may not be representative of the South Asian population generally. Another possibility is that more extensive health services allow South Asian immigrants to live longer in Canada than in their country of birth.

However, our study indicates that the proportion of deaths from CVD for first generation South Asian immigrants is higher than for any other region of birth in 1984-88. This indicates that first generation South Asian immigrants are more likely to die from CVD than from any other cause. The mortality data in our study also show that mortality occurs for first generation South Asian immigrants proportionally more often at a younger age than for other Canadians.

Conclusion

CVD mortality rates and trends differ for the various first generation ethnic groups in Canada. Approximately one in six Canadians is a first generation immigrant. For better or worse, immigrants tend to carry over their cultural or lifestyle habits, such as food choices and smoking behaviour, to their adopted country. The lifestyle followed by an individual plays an important role in determining the amount of exposure to the risk factors that affect a person's level of health. Changes to these lifestyle patterns may be necessary to reduce the risk factors associated with CVD and other diseases.

The investigation of differences in mortality rates between countries has traditionally aided in the identification of etiological factors as they relate to ethnic backgrounds. A recent publication (16) has looked at CHD mortality internationally. Genetic, socioeconomic and lifestyle risk factors all influence international differences (17).

causale ou génétique. Les taux élevés de MCV chez les personnes originaires de l'Asie du Sud, rapportés par McKeigue et al. (12) et par d'autres auteurs (14,15), ne correspondent pas aux résultats de notre étude de la mortalité chez la première génération au Canada d'immigrants provenant de l'Asie du Sud. Notre étude indique que les TMNA associés aux MCV et à toutes causes pour la première génération d'immigrants de l'Asie du Sud ont toujours été inférieurs à ceux des autres groupes d'immigrants au Canada.

Une explication possible pour cette divergence est que les gens en bonne santé ont plus de chances d'être choisis lors du processus d'immigration et, ainsi, la première génération d'immigrants de l'Asie du Sud ne serait pas représentative de la population de l'Asie du Sud en général. Une autre possibilité est que des services de santé plus complets permettent aux immigrants de l'Asie du Sud de vivre plus vieux au Canada que dans leur pays d'origine.

Toutefois, notre étude indique que la proportion de décès dus à une MCV chez les Sud-asiatiques était plus élevée que pour tout autre groupe en 1984-88. Il semble donc que les personnes originaires de l'Asie du Sud courrent plus de risques de mourir d'une MCV que de toute autre cause. Les données de cette étude montrent également que les décès chez les immigrants originaires de l'Asie du Sud surviennent plus fréquemment à un âge plus jeune que chez les autres Canadiens.

Conclusion

Le taux de mortalité attribuable aux MCV et ses tendances diffèrent selon l'origine ethnique des immigrants de la première génération au Canada. Environ un Canadien sur six est un immigrant de la première génération. Pour le meilleur ou pour le pire, les immigrants ont tendance à conserver dans leur pays d'adoption leur culture et leur mode de vie, comme les habitudes alimentaires et l'usage du tabac. Le mode de vie d'une personne joue un rôle déterminant quant à l'exposition aux facteurs de risque qui influencent l'état de santé. Des modifications au mode de vie pourraient diminuer les facteurs de risque associés aux MCV et aux autres maladies.

L'étude des différences des taux de mortalité dans différents pays a traditionnellement permis d'établir les facteurs étiologiques liés à l'origine ethnique. Dans une récente publication (16), on examine la mortalité attribuable à la cardiopathie ischémique à l'échelle internationale. Les facteurs de risque génétiques, socio-économiques et liés au mode de vie ont tous une incidence sur les différences entre les pays (17).

All of these CVD risk factors are very complex and difficult to unravel. For example, there is a relationship between socioeconomic variables and CVD, with more affluent countries having higher rates. However, within more affluent countries, low CVD rates are associated with higher social class. A study by Marmot (18) found that in Britain, moving to a higher social class is beneficial for some immigrant groups, but detrimental for others.

Lifestyle risk factors such as dietary habits can also play an important role in influencing serum cholesterol and high blood pressure: both important factors related to CVD. For example, in a recent study by Epstein (19) it was shown that where there was an increase in consumption of animal fat there was a resulting increase in CVD; where consumption did not change there was no change in CVD; and where consumption fell there was a decrease in CVD. This association was not confounded by smoking or alcohol use (19).

In the United States, campaigns to lower blood pressure by influencing lifestyle risk factors – such as salt intake, obesity, and smoking – associated with high blood pressure have been mirrored by a 54% fall in stroke mortality (17).

All of the factors, genetic, socioeconomic and lifestyle, can vary between and within countries thereby having a possible effect on the CVD rates of first generation immigrants in Canada.

One of the major problems encountered in this study was the lack of data related to ethnic background. Although we were able to determine country of birth from the CMDB, the persons' ethnic origin was undeterminable. Due to the lack of data in this area, we were not able to investigate Canada's Native population.

To better analyze health data in a multi-cultural and multi-ethnic society such as Canada, consideration should be given to collecting ethnic information in all health data and vital statistics.

Tous les facteurs de risque associés aux MCV sont complexes et il est difficile de les isoler. Par exemple, il existe une relation entre les variables socio-économiques et les MCV, les pays riches ayant les taux les plus élevés. Dans ceux-ci toutefois, les plus faibles taux de MCV sont associés aux classes sociales supérieures. Une étude de Marmot (18) a démontré qu'en Grande-Bretagne, l'ascension sociale est bénéfique à certains groupes d'immigrants, mais néfaste pour d'autres.

Parmi les facteurs de risque associés au mode de vie, les habitudes alimentaires peuvent aussi jouer un rôle important et influencer le cholestérol sérique et l'hypertension : deux facteurs importants reliés aux MCV. Par exemple, une étude récente de Epstein (19) montre que lorsqu'il y a augmentation de la consommation de gras animal, il en résulte une hausse des MCV; lorsqu'il n'y a pas de changement, la fréquence des MCV est stable; enfin, lorsque la consommation de gras animal diminue, il en va de même pour les MCV. Cette relation existe peu importe s'il y a usage de tabac ou consommation d'alcool (19).

Aux États-Unis, les campagnes visant à réduire la tension artérielle de la population en influençant son exposition aux facteurs de risque correspondants liés au mode de vie – comme la consommation de sel, l'obésité et l'usage du tabac – ont eu pour résultat une diminution de 54% de la mortalité attribuable aux accidents cérébro-vasculaires (17).

Tous ces facteurs peuvent varier d'un pays à l'autre, tout comme dans chacun d'eux, et ainsi influencer le taux de MCV chez les immigrants de la première génération au Canada.

L'une des principales difficultés rencontrées lors de la présente étude a été le manque de données sur l'origine ethnique. Si l'a été possible d'établir le pays de naissance à partir de la BCDM, l'origine ethnique n'a pu être déterminée. En raison du manque de données à ce sujet, il a été impossible d'étudier la population autochtone du Canada.

Dans le but de mieux analyser les données sanitaires relatives à une société multiculturelle et multiethnique comme le Canada, il serait bon de considérer la collecte de renseignements sur l'origine ethnique pour toutes les données sanitaires et pour la statistique de l'état civil.

REFERENCES - RÉFÉRENCES

- 1E. Nair, C., Colburn H., McLean D. A. Petrasovits. **Cardiovascular disease in Canada.** Health Reports. 1989; 1-1:1-22.
- 1F. Nair C. Colburn H. McLean D. et Petrasovits A. **Maladies cardio-vasculaires au Canada** dans Rapports sur la santé. Vol. 1, No. 1, No. 82-003 au catalogue, 1989.
- 2E. Statistics Canada. **The Labour Force Survey.** (Cat. no. 71-001). Minister of Supply and Services, Ottawa, 1985.
- 2F. Statistique Canada. **Enquête sur la population active.** No. 70-001 au catalogue. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1985.
- 3E. Department of National Health and Welfare. **Nutrition Canada Survey** (Cat. no. H58-36). Information Canada, Ottawa, 1973.
- 3F. Département de la Santé nationale et Bien-être social. **Enquête Nutrition Canada** No. H58-36 au catalogue. Ottawa: Information Canada, 1973.
- 4E. Statistics Canada and the Department of National Health and Welfare. **Canada Health Survey. The Health of Canadians: Report of the Canada Health Survey.** Minister of Supply and Services, Canada, 1981.
- 4F. Statistique Canada et Département de la Santé nationale et Bien-être. **Enquête Santé Canada. La santé des Canadiens.** No. 82-538 au catalogue, 1981.
- 5E. Department of Health and Welfare Canada. **Canadian Blood Pressure Survey.** (Cat. no. H39-143). Minister of Supply and Services, Ottawa, 1989.
- 5F. Département de la Santé nationale et Bien-être social. **Enquête sur l'hypertension artérielle au Canada** No. H39-143. Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1989.
- 6E. Employment and Immigration Canada. **Quarterly Statistics-Immigration.** Immigration Statistics, Employment and Immigration Canada, Ottawa, 1988.
- 6F. Emploi et Immigration Canada. **Statistiques de l'immigration trimestrielles.** Ottawa: Emploi et Immigration Canada, 1988.
7. Thom, Thomas J. International. **Mortality from heart disease: Rates and trends.** International Journal of Epidemiology, 1989; 18-S1:20-28.
- 8E. **Canadian Census of Population.** Statistics Canada.
- 8F. **Recensement canadien de la population.** Statistique Canada.
- 9E. **Canadian Centre for Health Information.** Statistics Canada.
- 9F. **Centre Canadien D'information sur la Santé.** Statistique Canada.
10. World Health Organization. **Noncommunicable diseases: A global problem.** World Health Statistics Quarterly Report, Geneva, Switzerland, 1988:41.
11. Balfe, D.L., W.J. Steinberg, H.G.V. Kustner. **Comparison of the decline in the ischaemic heart disease mortality rate in the RSA with that in other western countries.** South African Medical Journal. 1988; 74:551-553.
12. McKeigue, P.M., G.J. Miller, M.G. Marmot. **Coronary heart disease in South Asians overseas: A review.** Journal of Clinical Epidemiology. 1989; 42-7:597-609.
13. Salonen, Jukka T. **Non-insulin dependent diabetes and ischemic heart disease.** British Medical Journal, 1989; 298:1050.
14. Hughes, L.O., V. Raval, E.B. Raftery. **First myocardial infarctions in Asians and white men.** British Medical Journal, 1989; 298:1345-50.
15. Hughes, L.O., J.H. Cruickshank, J. Wright, E.B. Raftery. **Disturbances of insulin in British Asian and white men surviving myocardial infarction.** British Medical Journal, 1989; 299:537-541.
16. International Epidemiological Association. **Trends and determinants of coronary heart disease mortality: International comparisons.** International Journal of Epidemiology, 1989; 18-S1.
17. Castelli, William. **Determinants of CHD mortality: genetic, socioeconomic, lifestyle and risk factor influences: An overview.** International Journal of Epidemiology, 1989; 18-S1:180-182.
18. Marmot, Michael. **Socioeconomic determinants of CHD mortality.** International Journal of Epidemiology, 1989; 18-S1:196-202.
19. Epstein, Frederick. **The relationship of lifestyle to international trends in CHD.** International Journal of Epidemiology, 1989; 18-S1:203-209.
20. Blackburn, Henry. **Trends and determinants of CHD mortality: Changes in risk factors and their effects.** International Journal of Epidemiology, 1989; 18-S1:210-215.

Therapeutic Abortions, Canada, 1970-1988

Surinder Wadhera

Abstract

A total of 66,251 therapeutic abortions were performed in hospitals in Canada in 1988, an increase of 4.1% from the 63,662 performed in 1987. The abortion rate per 1,000 women 15-44 years was 10.6% in 1988, up from 10.2% in 1987. The number of therapeutic abortions performed annually peaked at 66,319 in 1982. The abortion rate peaked at 11.6% in 1979.

Looking at marital status at the time of abortion in 1988, 67% of the women were single, 22% were married and 11% were widowed, divorced, separated, or living common law. About 22% of the women were under 20 years of age, 54.4% were between 20-29 years, 21.5% were between 30-39 years and 2.2% were over 39 years of age.

At the time of pregnancy termination, the gestation period was under 13 weeks for 89.6% of abortion cases. The gestation period was 13 weeks or more for 10.4% of abortion cases. The trend towards abortions performed in the early stages of pregnancy may be one of the reasons for a 50% drop in the abortion complication rate to 1.6% of abortions in 1988 from 3.2% of abortions in 1975.

Introduction

This is an examination of the levels and trends of numbers and the rates of abortions performed in Canadian hospitals from 1970 to 1988. In the absence of any abortion law since January 1988, the provinces have continued to submit reports of hospital therapeutic abortions to Statistics Canada. The information submitted is similar to previous years. Also included in this article are statistics about legal abortions performed on Canadian women travelling to the states along the Canada-United States border and therapeutic abortions performed in Quebec clinics.

Before August 1969, danger to the mother's life was the only ground on which a patient could obtain a legal abortion. In 1969 Parliament amended the Criminal Code (1), authorizing the performance of therapeutic abortions in accredited (provisionally) and approved hospitals. The 1969 abortion law allowed therapeutic abortions to be performed only if the majority of members of a hospital therapeutic abortion committee approved the requests. The committee had to certify that the continuation of pregnancy "would or would be likely" to endanger the life or health of the pregnant woman. On January 28, 1988, the Supreme Court of Canada struck

Les avortements thérapeutiques au Canada de 1970 à 1988

Surinder Wadhera

Résumé

On a pratiqué 66.251 avortements thérapeutiques dans les hôpitaux canadiens en 1988, soit 4.1% de plus que les 63.662 cas enregistrés en 1987. Le nombre d'avortements pour 1.000 femmes âgées de 15 à 44 ans était de 10.6% en 1988, en hausse par rapport au taux de 10.2% en 1987. Le nombre annuel d'avortements thérapeutiques a atteint un sommet de 66.319 en 1982. Quant au taux d'avortements, le sommet de 11.6% a été enregistré en 1979.

En 1988, au moment de leur avortement, 67% des femmes étaient célibataires, 22% étaient mariées et 11% étaient veuves, séparées, divorcées ou vivaient en union libre. Environ 22% de ces femmes avaient moins de 20 ans, 54.4% avaient entre 20 et 29 ans, 21.5% avaient de 30 à 39 ans et 2.2% avaient plus de 39 ans.

Lors de l'intervention, la période de gestation était de moins de 13 semaines dans 89.6% des cas d'avortement et de 13 semaines ou plus dans 10.4% des cas. La tendance à effectuer les interventions de plus en plus au début de la grossesse peut en partie expliquer la diminution de 50% de la proportion des cas ayant entraîné des complications. Entre 1975 et 1988, celle-ci est passée de 3.2% à 1.6 % de tous les avortements.

Introduction

La présente étude a pour objet les tendances et niveaux relatifs au nombre et au taux d'avortements pratiqués dans les hôpitaux canadiens de 1970 à 1988. Même en l'absence de toute loi sur l'avortement depuis janvier 1988, les provinces ont continué de présenter à Statistique Canada des rapports sur les avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux. Les récentes données sont semblables à celles des années antérieures. À celles-ci s'ajoutent des statistiques sur les avortements légaux pratiqués sur des Canadiennes dans les États américains situés à la frontière du Canada et sur les avortements pratiqués dans des cliniques au Québec.

Avant août 1969, on ne pouvait légalement interrompre une grossesse que si elle constituait un danger pour la vie de la mère. En 1969, le Parlement a modifié le Code criminel (1), autorisant la pratique de l'avortement thérapeutique dans les hôpitaux accrédités (à titre conditionnel) et approuvés. La loi de 1969 sur l'avortement permettait alors de pratiquer un avortement thérapeutique si la majorité des membres du comité hospitalier désigné en approuvait la demande. Les membres du comité devaient attester que la continuation de la grossesse «mettrait ou mettrait probablement» en danger la vie ou la santé de la femme enceinte. Le 28 janvier 1988, la Cour Suprême du Canada abrogeait la loi de 1969 sur l'avortement. Un projet

down the 1969 abortion law. On November 3, 1989, the federal government introduced another bill (2) to legislate abortion. On May 29, 1990, Parliament passed the bill and sent it to the Senate for approval. The Senate is expected to consider this bill in the near future.

This paper has two sections, each with various subsections. The first section examines the levels and trends of numbers and rates of abortions, including rates for various age groups and by province/territory of residence. The second section is an examination of selected demographic and medical characteristics of Canadian women who obtained therapeutic abortions in Canada. This section looks at such factors as marital status, age, gestation period, previous deliveries, types of abortion procedures, and abortion-related complications and deaths.

I. Levels, Trends, Numbers and Rates of Abortions

The ten provinces and the two territories reported that hospitals in their jurisdictions performed 66,251 therapeutic abortions in 1988. That is an increase of 2,589 or 4.1% over the 63,662 therapeutic abortions performed in 1987. However, the 1988 figure is still slightly less than the highest yearly total reached in 1982, when 66,319 therapeutic abortions were performed (Table 1).

Residence of Therapeutic Abortion Patients

Women residents in Canada accounted for 66,137 therapeutic abortions or over 99.9% of the 66,251 abortions performed in 1988; foreign residents accounted for 114. The percentage of Canadian women has remained steady for several years.

Canadian women who obtained therapeutic abortions from Canadian facilities outside their province or territory accounted for about 1.2% of therapeutic abortions performed in 1988. This figure is the highest since this information was first recorded in 1975. Over the last 13 years, residents of the Atlantic provinces – except Nova Scotia – were more likely to seek an out-of-province therapeutic abortion than residents of other provinces. No therapeutic abortions were reported being performed in Prince Edward Island since 1983. From 1983-1988 between 11 to 35 abortions per year were obtained by Prince Edward Island women by visiting other provinces. In 1988 out-of-province abortions accounted for 7.6% of all abortions performed on residents of the Yukon and 19.3% of abortions performed on residents of the Northwest Territories.

de loi (2) visant l'avortement a été déposé par le gouvernement fédéral le 3 novembre 1989. Il a été adopté par le Parlement le 29 mai 1990, puis soumis au Sénat pour approbation. On s'attend à ce que le Sénat étudie ce projet de loi dans un proche avenir.

Le présent article est composé de deux parties, chacune comprenant diverses sections. Dans la première partie, on étudie le niveau et la tendance du nombre et du taux d'avortements pour différents groupes d'âge par province et territoire et selon le lieu de résidence. Dans la seconde partie, on examine certaines variables démographiques et médicales relatives aux Canadiennes ayant subi un avortement thérapeutique au pays. On considère notamment l'état matrimonial, l'âge, la période de gestation, les accouchements antérieurs, le type d'intervention chirurgicale, ainsi que les complications et les décès entraînés par les avortements.

I. Niveau et tendance du nombre et du taux d'avortements

Selon les déclarations des dix provinces et des deux territoires, 66,251 avortements thérapeutiques ont été pratiqués en 1988 dans les hôpitaux relevant de leur compétence. Il s'agit là d'une augmentation de 2,589 cas ou de 4.1% par rapport aux 63,662 avortements thérapeutiques enregistrés en 1987. Toutefois, le chiffre de 1988 est encore légèrement inférieur au sommet de 66,319 avortements thérapeutiques pratiqués en 1982 (tableau 1).

Lieu de résidence des femmes ayant subi un avortement thérapeutique

Plus de 99.9% des 66,251 avortements thérapeutiques qui ont été pratiqués au Canada en 1988 et qui se chiffrent au nombre de 66,137 avortements, l'ont été sur des citoyennes canadiennes; 114 avortements ont été pratiqués sur des résidentes étrangères. Parmi toutes les femmes qui ont obtenu un avortement au Canada, le pourcentage des Canadiennes n'a pas changé depuis plusieurs années.

Les Canadiennes ayant subi un avortement thérapeutique à l'extérieur de leur province ou de leur territoire dans des établissements canadiens étaient responsables d'environ 1.2% de tous les avortements thérapeutiques pratiqués en 1988. Il s'agit de la proportion la plus élevée depuis que ce renseignement a été relevé pour la première fois en 1975. Au cours des 13 dernières années, les femmes qui habitaient les provinces de l'Atlantique, à l'exception de la Nouvelle-Ecosse, étaient plus susceptibles que les autres Canadiennes de chercher un avortement thérapeutique à l'extérieur de leur province. Ainsi, on n'a déclaré aucun avortement thérapeutique pratiqué à l'Île-du-Prince-Édouard entre 1983 et 1988. Les femmes de cette province ont néanmoins obtenu entre 11 et 35 avortements chaque année en se rendant dans d'autres provinces. En 1988, les avortements pratiqués à l'extérieur du territoire de résidence représentaient 7.6% de tous les avortements pratiqués sur les femmes vivant au Yukon et 19.3% de tous ceux qui ont été pratiqués sur les femmes des Territoires du Nord-Ouest.

Table 1

**Number and Rates of Therapeutic Abortions
Obtained by Canadian Residents, 1970 to 1988**

Year Année	Total number of therapeutic abortions Nombre total d'avorte- ments thera- peutiques	Therapeutic abortions of Canadian residents Avortements thérapeutiques subis par des canadiennes					
		Number Nombre	Rate ¹		Per cent increase or decrease over previous year for Taux de variation par rapport à l'année précédente		
			Per 1,000 females ages 15-44 years ¹	Per 100 live births	Number	Rate based on Taux fondé sur	Females 15-44 years
			Pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans ¹	Pour 100 naissances vivantes	Nombre	Taux fondé sur Les femmes âgées de 15 à 44 ans	Live births Les naissances vivantes
1970	11,200	11,152	2.5	3.0	-	-	-
1971	30,949	30,923	6.6	8.5	+ 177.3	+ 164.0	+ 183.3
1972	38,905	38,853	8.2	11.2	+ 25.6	+ 24.2	+ 31.8
1973	43,245	43,201	8.9	12.6	+ 11.2	+ 8.5	+ 12.5
1974	48,198	48,136	9.6	13.7	+ 11.4	+ 7.9	+ 8.7
1975	49,390	49,311	9.6	13.7	+ 2.4	-	-
1976	54,536	54,478	10.3	15.1	+ 10.5	+ 7.3	+ 10.2
1977	57,620	57,564	10.6	15.9	+ 5.7	+ 2.9	+ 5.3
1978	62,351	62,290	11.3	17.4	+ 8.2	+ 6.6	+ 9.4
1979	65,135	65,043	11.6	17.8	+ 4.4	+ 2.7	+ 2.3
1980	65,855	65,751	11.5	17.7	+ 1.1	- 0.9	- 0.6
1981	65,127	65,053	11.1	17.5	- 1.1	- 3.5	- 1.1
1982	66,319	66,254	11.1	17.8	+ 1.8	-	+ 1.7
1983	61,800	61,750	10.2	16.5	- 6.8	- 8.1	- 7.3
1984	62,291	62,247	10.2	16.5	+ 0.8	-	-
1985 ²	62,740	62,712	10.2	16.7	+ 0.7	-	+ 1.2
1986	63,508	63,462	10.2	17.0	+ 1.2	-	+ 1.8
1987	63,662	63,585	10.2	17.2	+ 0.2	-	+ 1.2
1988	66,251	66,137	10.6	17.6	+ 4.0	+ 3.9	+ 2.3

¹ Rates based on: (a) therapeutic abortions to women of all ages and (b) revised population estimates. - Taux calculés: a) d'après le nombre d'avortements thérapeutiques subis par des femmes de tous les âges et b) d'après les estimations révisées de la population.

² Revised, due to additional reports from Quebec after issue of 1985 report. - Chiffres révisés en fonction des avortements supplémentaires déclarés par le Québec après la parution du rapport en 1985.

Therapeutic Abortion Rates, Canada

It is customary to express the number of therapeutic abortions as the rate per 1,000 women aged 15-44 years, or per 100 live births. These rates are useful for analyzing abortion and maternal and child services and for population studies.

The 66,137 therapeutic abortions performed on Canadian residents in 1988 translates into a rate of 10.6 abortions per 1,000 women. This is an increase of about four percent over the rate of 10.2, the annual average from 1983 to 1987.

Tableau 1

Nombre et taux pour les résidentes canadiennes ayant subi un avortement, 1970 à 1988

Year Année	Number Nombre	Therapeutic abortions of Canadian residents Avortements thérapeutiques subis par des canadiennes					
		Taux ¹	Per cent increase or decrease over previous year for Taux de variation par rapport à l'année précédente				
			Per 1,000 females ages 15-44 years ¹	Per 100 live births	Number	Taux fondé sur Les femmes âgées de 15 à 44 ans	Live births Les naissances vivantes
			Pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans ¹	Pour 100 naissances vivantes	Nombre	Taux fondé sur Les femmes âgées de 15 à 44 ans	Live births Les naissances vivantes
1970	11,200	2.5	3.0	-	-	-	-
1971	30,949	6.6	8.5	+ 177.3	+ 164.0	+ 183.3	+ 183.3
1972	38,905	8.2	11.2	+ 25.6	+ 24.2	+ 31.8	+ 31.8
1973	43,245	8.9	12.6	+ 11.2	+ 8.5	+ 12.5	+ 12.5
1974	48,198	9.6	13.7	+ 11.4	+ 7.9	+ 8.7	+ 8.7
1975	49,390	9.6	13.7	+ 2.4	-	-	-
1976	54,536	10.3	15.1	+ 10.5	+ 7.3	+ 10.2	+ 10.2
1977	57,620	10.6	15.9	+ 5.7	+ 2.9	+ 5.3	+ 5.3
1978	62,351	11.3	17.4	+ 8.2	+ 6.6	+ 9.4	+ 9.4
1979	65,135	11.6	17.8	+ 4.4	+ 2.7	+ 2.3	+ 2.3
1980	65,855	11.5	17.7	+ 1.1	- 0.9	- 0.6	- 0.6
1981	65,127	11.1	17.5	- 1.1	- 3.5	- 1.1	- 1.1
1982	66,319	11.1	17.8	+ 1.8	-	+ 1.7	+ 1.7
1983	61,800	10.2	16.5	- 6.8	- 8.1	- 7.3	- 7.3
1984	62,291	10.2	16.5	+ 0.8	-	-	-
1985 ²	62,740	10.2	16.7	+ 0.7	-	+ 1.2	+ 1.2
1986	63,508	10.2	17.0	+ 1.2	-	+ 1.8	+ 1.8
1987	63,662	10.2	17.2	+ 0.2	-	+ 1.2	+ 1.2
1988	66,251	10.6	17.6	+ 4.0	+ 3.9	+ 2.3	+ 2.3

Taux national d'avortements thérapeutiques

La fréquence des avortements thérapeutiques s'exprime habituellement par le nombre d'interventions pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans ou encore pour 100 naissances vivantes. Ces taux sont utiles à l'analyse des services d'avortement ou de santé maternelle et infantile ainsi qu'aux études démographiques.

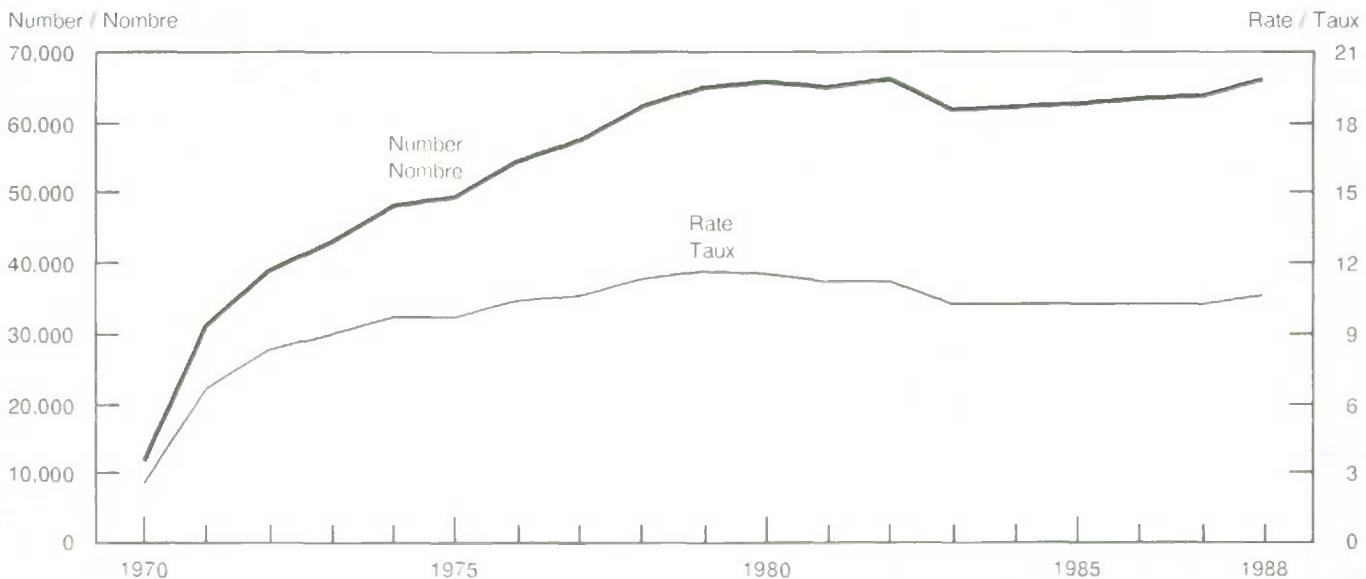
Les 66,137 avortements thérapeutiques pratiqués sur des Canadiennes en 1988 représentent un taux de 10.6 avortements pour 1,000 femmes. Ce chiffre reflète une augmentation d'à peu près quatre pourcent par rapport à la moyenne annuelle de 1983 à 1987, équivalant au taux de 10.2.

Chart 1

Number and Rates¹ of Therapeutic Abortions, Performed in Hospitals, Canada, 1970-1988

Graphique 1

Nombre et taux¹ d'avortements thérapeutiques, pratiqués en milieu hospitalier, Canada, 1970-1988



¹ The number of therapeutic abortions per 1,000 women aged 15-44 years.

The numbers and rates of therapeutic abortions increased rapidly in the first few years following the implementation of the 1969 abortion law, dropping to a moderate rate of increase in the late 1970s (Table 1). While the early 1980s saw the number of abortions increase, the rate actually decreased. The abortion rate per 1,000 women peaked at 11.6 in 1979, falling to 11.1 in 1981 and 1982 (Chart 1). It fell again to 10.2 in 1983, holding steady for the next four years, and then increasing to 10.6 in 1988. The 1988 rate of 10.6% is 8.6% lower than the high of 11.6 in 1979.

The 1988 abortion rate per 100 live births was 17.6, below the peak of 17.8 in 1979 and 1982. In 1983 the rate dipped to 16.5, where it stayed in 1984. After 1984 the rate saw a gradual increase to the 1988 level.

Therapeutic Abortions and Rates, Provincial

Nineteen-eighty-eight saw an increase in the national abortion rate per 1,000 women, but this increase was not spread evenly between the 10 provinces and two territories. While the national rate jumped 3.9% over

¹ Il s'agit du nombre d'avortements thérapeutiques pour 1.000 femmes âgées de 15 à 44 ans.

Le nombre et le taux d'avortements thérapeutiques ont augmenté rapidement au cours des premières années suivant l'entrée en vigueur de la loi de 1969 sur l'avortement; le rythme d'augmentation s'est ensuite modéré à la fin des années 70 (tableau 1). Bien que le nombre d'interventions ait augmenté au début des années 80, le taux d'avortements pour 1.000 femmes a diminué. De son sommet de 11.6 en 1979, ce taux a diminué à 11.1 en 1981 et en 1982 (graphique 1). Il a encore baissé jusqu'à 10.2 en 1983, se maintenant à ce niveau pour les quatre années suivantes. Remonté à 10.6% en 1988, il était néanmoins inférieur de 8.6% au sommet de 11.6 atteint en 1979.

Le taux d'avortements pour 100 naissances vivantes était de 17.6 en 1988, ce qui est moins élevé que le sommet de 17.8 atteint en 1979 et en 1982. En 1983, le taux a diminué à 16.5 et s'est maintenu à ce niveau en 1984. Par la suite, il a graduellement augmenté jusqu'en 1988.

Taux d'avortements par province

L'augmentation du taux national d'avortements pour 1.000 femmes en 1988 n'est pas répartie également entre les 10 provinces et les 2 territoires. Bien que le taux national se soit accru de 3.9% par rapport à 1987, la hausse a été de 2.4%

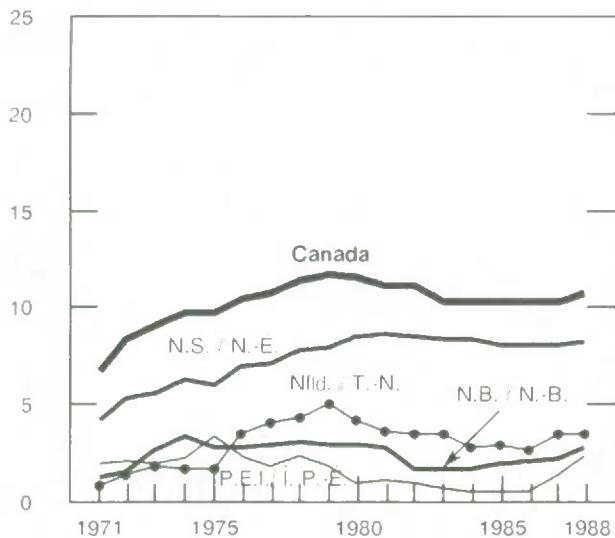
1987. Ontario saw an increase of 2.4%; Nova Scotia, 2.5%; Manitoba, 5.7%; Quebec, 6.8%; the Northwest Territories, 9.5%; Alberta, 14%; New Brunswick, 28.6%; and P.E.I., 91.7%. The abortion rate decreased for British Columbia by 5.5% and for the Yukon by 18.6%. The rate remained unchanged for Newfoundland (Table 2, Chart 2).

pour les Ontariennes, de 2.5% pour les Néo-Écossaises, de 5.7% pour les Manitobaines, de 6.8% pour les Québécoises, de 9.5% pour les femmes des Territoires du Nord-Ouest, de 14% pour les Albertaines, de 28.6% pour les Néo-Brunswickoises et de 91.7% pour les femmes de l'Île-du-Prince-Édouard. Le taux d'avortements a diminué de 5.5% pour les femmes de la Colombie-Britannique et de 18.6% pour celles du Yukon; il est demeuré stable pour les Terre-NeuvIennes (tableau 2, graphique 2).

Chart 2

Therapeutic Abortion Rates per 1,000 Women Aged 15-44 Years, by Province, Canada, 1971-1988

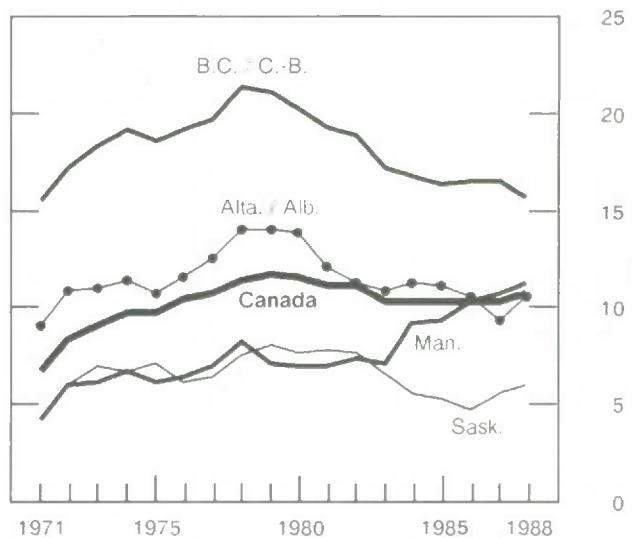
Rate per 1,000 women



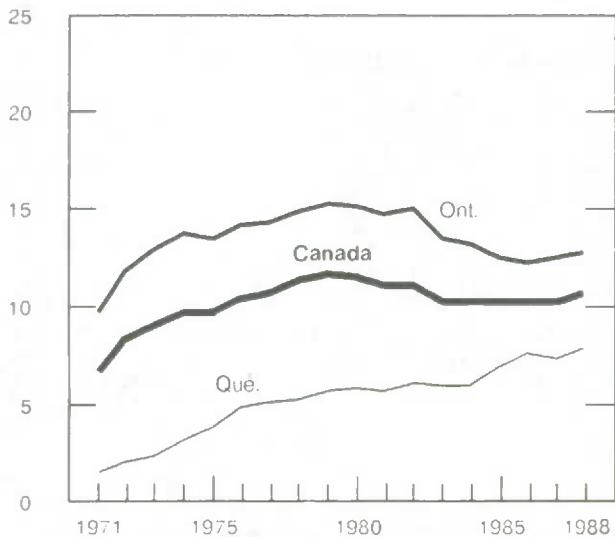
Graphique 2

Taux d'avortements thérapeutiques pour 1,000 femmes âgées de 15-44 ans, par province, Canada, 1971- 1988

Taux pour 1,000 femmes



Rate per 1,000 women



Taux pour 1,000 femmes

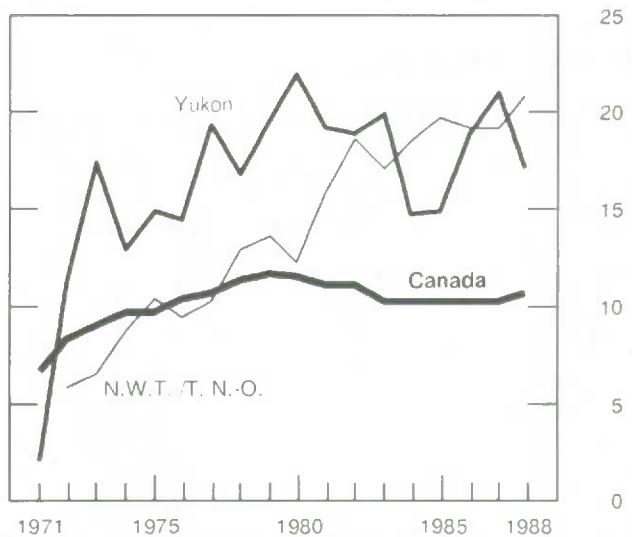


Table 2

Number and Rates of Therapeutic Abortions by Province, Canada, 1981, 1987 and 1988¹

Province of residence Province de résidence	Number Nombre			Rate per 1,000 females 15-44 years Taux pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans			Rate per 100 live births Taux pour 100 naissances vivantes		
	1981	1987	1988	1981	1987	1988	1981	1987	1988
	Canada	65,053	63,585	66,137	11.1	10.2	10.6	17.5	17.2	17.6
Newfoundland – Terre-Neuve	470	475	472	3.5	3.3	3.3	4.6	6.1	6.3
Prince Edward Island – Île-du-Prince-Édouard	27	35	69	1.0	1.2	2.3	1.4	1.8	3.5
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	1,689	1,690	1,730	8.5	7.9	8.1	14.0	14.0	14.2
New Brunswick – Nouveau- Brunswick	444	357	475	2.7	2.1	2.7	4.2	3.7	4.9
Québec	9,042	11,871	12,773	5.6	7.3	7.8	9.5	14.2	14.7
Ontario	30,463	27,935	28,853	14.7	12.4	12.7	4.9	20.8	20.9
Manitoba	1,610	2,649	2,828	6.9	10.6	11.2	10.0	15.6	16.6
Saskatchewan	1,627	1,229	1,293	7.7	5.5	5.8	9.5	7.2	7.7
Alberta	6,757	5,540	6,296	12.0	9.2	10.5	15.8	13.2	15.0
British Columbia – Colombie-Britannique	12,619	11,410	10,951	19.3	16.5	15.6	30.4	27.3	25.5
Yukon	123	143	118	19.2	21.0	17.1	22.9	29.9	22.6
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	179	248	279	15.8	19.1	20.8	13.7	16.3	17.9
Residence unknown – Résidence inconnue	3	3	-	...	...	-	...	...	-

¹ Revised for Canada and the province of Quebec, due to additional reports from Quebec.

¹ Chiffres révisés pour le Canada et le Québec en raison d'avortements supplémentaires déclarés par le Québec.

A review of the provincial abortion rates over the last 18 years shows that the rates for the Atlantic provinces – except Nova Scotia – are generally lower than those for Ontario and the four western provinces. Readers are advised to be cautious interpreting the figures for the Atlantic provinces and the territories due to the small numbers of abortions performed there.

International Abortion Rates

The countries selected for comparison to Canada allow legal abortions and have relatively complete abortion data. In 1987 Canada had a lower abortion rate per 1,000 women aged 15-44 than 14 of the 16 countries in Table 3. Canada's therapeutic abortion rate of 10.2 is higher than the rates for Scotland (8.3) and the Netherlands (5.3 in 1986). However, the Canadian 1987 rate is lower than the rates for New Zealand, England and Wales, Italy, Israel, Australia, Norway, Denmark, Japan and Sweden. The Canadian rate is considerably lower than the U.S. rate of 28.0 (in 1985).

Tableau 2

Avortements thérapeutiques, nombre et taux selon la province, Canada, 1981, 1987 et 1988¹

Province of residence Province de résidence	Number Nombre			Rate per 1,000 females 15-44 years Taux pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans			Rate per 100 live births Taux pour 100 naissances vivantes		
	1981	1987	1988	1981	1987	1988	1981	1987	1988
	Canada	65,053	63,585	66,137	11.1	10.2	10.6	17.5	17.2	17.6
Newfoundland – Terre-Neuve	470	475	472	3.5	3.3	3.3	4.6	6.1	6.3
Prince Edward Island – Île-du-Prince-Édouard	27	35	69	1.0	1.2	2.3	1.4	1.8	3.5
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	1,689	1,690	1,730	8.5	7.9	8.1	14.0	14.0	14.2
New Brunswick – Nouveau- Brunswick	444	357	475	2.7	2.1	2.7	4.2	3.7	4.9
Québec	9,042	11,871	12,773	5.6	7.3	7.8	9.5	14.2	14.7
Ontario	30,463	27,935	28,853	14.7	12.4	12.7	4.9	20.8	20.9
Manitoba	1,610	2,649	2,828	6.9	10.6	11.2	10.0	15.6	16.6
Saskatchewan	1,627	1,229	1,293	7.7	5.5	5.8	9.5	7.2	7.7
Alberta	6,757	5,540	6,296	12.0	9.2	10.5	15.8	13.2	15.0
British Columbia – Colombie-Britannique	12,619	11,410	10,951	19.3	16.5	15.6	30.4	27.3	25.5
Yukon	123	143	118	19.2	21.0	17.1	22.9	29.9	22.6
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	179	248	279	15.8	19.1	20.8	13.7	16.3	17.9
Residence unknown – Résidence inconnue	3	3	-	...	...	-	...	...	-

Au cours des 18 dernières années, les taux d'avortements associés aux provinces de l'Atlantique, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, ont généralement été inférieurs aux taux enregistrés pour l'Ontario et pour les quatre provinces de l'Ouest. Nous recommandons aux lecteurs de faire preuve de prudence en interprétant les chiffres relatifs aux provinces de l'Atlantique et aux territoires, étant donné le petit nombre d'avortements qui y sont pratiqués.

Taux d'avortements internationaux

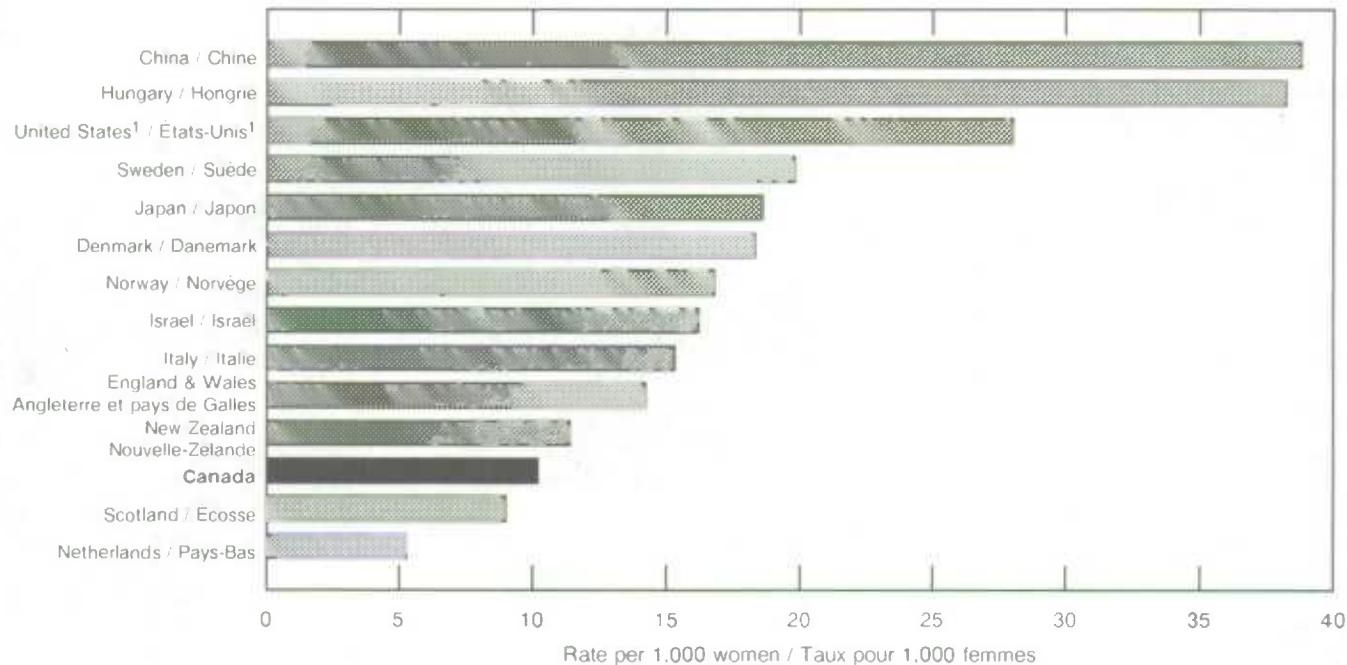
On a comparé le Canada à un certain nombre de pays où l'avortement est légalisé et pour lesquels on dispose de renseignements relativement complets sur les interventions qui y sont pratiquées. En 1987, le taux d'avortements thérapeutiques pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans était plus faible au Canada que dans 14 des 16 pays figurant au tableau 3. Le taux canadien (10.2) était plus élevé que les taux écossais (8.3) et néerlandais (5.3 en 1986). Il était par contre plus faible que les taux relevés en Nouvelle-Zélande, en Angleterre et au pays de Galles, en Italie, en Israël, en Australie, en Norvège, au Danemark, au Japon et en Suède.

Chart 3

**Legal Abortions, Rates per 1,000 Women
Aged 15-44 Years, Selected Countries,
1987**

Graphique 3

**Avortements légaux, taux pour 1,000 femmes
âgées de 15-44 ans, certains pays,
1987**



¹ Relates to 1985.

Source: *The Allan Guttmacher Institute*, New York, New York, U.S.A., 1990.

¹ Données pour 1985.

Source: *The Allan Guttmacher Institute*, New York, New York, États-Unis, 1990.

and the rate of 38.2 for Hungary, 38.8 for China (Chart 3), 46.7 for Czechoslovakia and 111.9 for the Soviet Union (Table 3).

A recent study (3) indicates that legal abortion rates have changed from 1984-1987 for a number of countries. The largest increase, 35%, occurred in Czechoslovakia; much of the increase can be attributed to the elimination of abortion approval committees. The rate increased by more than 10% in England and Wales, New Zealand and Sweden. The Canadian abortion rate stayed at 10.2 for each year from 1983-1987. In January 1988 the Supreme Court of Canada struck down the 1969 abortion law. In 1988 the rate increased 4% to 10.6 from 10.2 in 1987.

Le taux canadien était même de beaucoup inférieur aux taux enregistrés aux Etats-Unis (28.0 en 1985), en Hongrie (38.2), en Chine (38.8), (graphique 3) en Tchécoslovaquie (46.7) et en Union soviétique (111.9) (tableau 3).

Selon une récente étude (3), les taux d'avortements légaux pour de nombreux pays ont varié entre 1984 et 1987. L'augmentation la plus importante (35%) s'est produite en Tchécoslovaquie; une bonne partie de cet accroissement peut être reliée à l'élimination des comités d'approbation des avortements. Le taux a augmenté de plus de 10% en Angleterre et au pays de Galles, en Nouvelle-Zélande et en Suède. Le taux canadien s'est maintenu à 10.2 de 1983 à 1987. Puis il a augmenté de 4%, passant à 10.6, à la suite de l'abrogation, en janvier 1988, de la loi de 1969 sur l'avortement par la Cour Suprême du Canada.

Table 3

Legal Abortion Rates per 1,000 Women Aged 15-44, Canada and Selected Countries, 1981-1987

Country Pays	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981
Netherlands – Pays-Bas	N/A	5.3	5.1	5.6	5.9	6.3	6.5
Scotland – Écosse	8.3	8.6	8.2	7.6	8.3	7.3	7.3
Canada	10.2	10.2	10.2	10.2	10.2	11.1	11.1
New Zealand – Nouvelle-Zélande	11.4	10.5	9.4	9.7	9.8	9.6	9.6
England & Wales – Angleterre et pays de Galles	14.2	13.5	13.1	12.8	12.1	12.2	12.4
Italy – Italie	15.3	16.0	16.9	18.4	19.5	19.6	18.7
Israel – Israel	16.2	18.4	20.3	21.4	18.0	19.8	17.3
Australia – Australie	16.3	16.4	15.6				
Norway – Norvège	16.8	17.1	16.3	15.9	15.7	15.8	16.4
Denmark – Danemark	18.3	17.7	17.6	18.5	18.6	19.3	20.7
Japan – Japon	18.6	19.8	20.6	21.4	21.5	22.5	22.6
Sweden – Suède	19.8	18.9	17.7	17.7	17.9	19.0	19.6
United States – Etats-Unis	..	..	28.0	28.1	28.5	28.8	29.3
Hungary – Hongrie	38.2	37.7	36.9	37.0	35.5	35.5	35.3
China – Chine	38.8	44.4	43.1	36.6	61.5	54.9	39.5
Czechoslovakia – Tchécoslovaquie	46.7	37.3	36.0	34.5	33.1	33.0	32.1
Soviet Union – Union soviétique	111.9	118.1	118.0	113.5	113.0	115.1	113.6

Notes: Source: Alan Guttmacher Institute, New York, N.Y. U.S.A.

Therapeutic Abortions in Quebec Clinics and Legal Abortions Performed on Canadian Residents, Selected States in the United States

Quebec reports therapeutic abortions performed in clinics (4) as well as hospitals. Information from Quebec clinics extends from 1978. Some 4,617 abortions were performed in Quebec clinics in 1988, slightly below the peak of 4,704 in 1980 (Tables 4 and 5). The information concerning therapeutic abortions performed in clinics is based on claims paid to doctors for performing the operations.

Several states along the Canada-United States border have, on request from Statistics Canada, supplied information about legal abortions obtained there by Canadian women. The information from the states along the border is not complete. This is due to the voluntary system of reporting and the states' use of different recording and reporting procedures. Therefore, these counts, clearly a minimum estimate, indicate that Canadian women obtained 1,939 legal abortions in 1988 (Table 4).

Tableau 3

Taux d'avortements légaux pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans, Canada et certains pays, 1981-1987

Country Pays	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981
Netherlands – Pays-Bas	N/A	5.3	5.1	5.6	5.9	6.3	6.5
Scotland – Écosse	8.3	8.6	8.2	7.6	8.3	7.3	7.3
Canada	10.2	10.2	10.2	10.2	10.2	11.1	11.1
New Zealand – Nouvelle-Zélande	11.4	10.5	9.4	9.7	9.8	9.6	9.6
England & Wales – Angleterre et pays de Galles	14.2	13.5	13.1	12.8	12.1	12.2	12.4
Italy – Italie	15.3	16.0	16.9	18.4	19.5	19.6	18.7
Israel – Israel	16.2	18.4	20.3	21.4	18.0	19.8	17.3
Australia – Australie	16.3	16.4	15.6				
Norway – Norvège	16.8	17.1	16.3	15.9	15.7	15.8	16.4
Denmark – Danemark	18.3	17.7	17.6	18.5	18.6	19.3	20.7
Japan – Japon	18.6	19.8	20.6	21.4	21.5	22.5	22.6
Sweden – Suède	19.8	18.9	17.7	17.7	17.9	19.0	19.6
United States – Etats-Unis	..	..	28.0	28.1	28.5	28.8	29.3
Hungary – Hongrie	38.2	37.7	36.9	37.0	35.5	35.5	35.3
China – Chine	38.8	44.4	43.1	36.6	61.5	54.9	39.5
Czechoslovakia – Tchécoslovaquie	46.7	37.3	36.0	34.5	33.1	33.0	32.1
Soviet Union – Union soviétique	111.9	118.1	118.0	113.5	113.0	115.1	113.6

Avortements thérapeutiques dans les cliniques du Québec et avortements légaux subis par des Canadiens dans certains États américains

Le Québec déclare les avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux et, depuis 1978, dans les cliniques (4). En 1988, on a pratiqué 4,617 avortements dans les cliniques du Québec, soit un peu moins que le sommet de 4,704 atteint en 1980 (tableaux 4 et 5). Les renseignements relatifs aux avortements pratiqués en clinique sont fondés sur les feuillets de facturation présentés par les médecins ayant pratiqué ces interventions.

Sur demande, plusieurs États américains le long de la frontière canadienne fournissent à Statistique Canada des renseignements quant aux avortements légaux subis par des Canadiens sur leur territoire. Cette information n'est toutefois pas complète: les États ne fournissent leurs données que sur une base volontaire et, en outre, utilisent des procédures différentes pour enregistrer et pour déclarer les cas d'avortement. Selon ces données, qui constituent manifestement une estimation minimale, les Canadiens ont subi 1,939 avortements légaux aux États-Unis en 1988 (tableau 4).

Table 4

Annual Therapeutic Abortions and Abortion Rates for Canadian Residents, Based on Sources Within and Outside Canada, 1971-1988

Year Année	Number Nombre			Rate per 100 live births Taux pour 100 naissances vivantes			Rate per 1,000 females age 15-44 years Taux pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans					
	In Canada – Au Canada			In Canada – Au Canada			In Canada – Au Canada					
	Hospital events ¹ À l'hôpital ¹	Clinic events ² En clinique ²	From U.S.A. ³ Aux États-Unis ³	Hospital events ¹ À l'hôpital ¹	Clinic events ² En clinique ²	From U.S.A. ³ Aux États-Unis ³	Hospital events À l'hôpital ¹	Clinic events En clinique ²	From U.S.A. ³ Aux États-Unis ³	Total		
1970	11,152		11,152	3.0			3.0	6.6		6.6		
1971	30,923	6,309	37,232	8.5		1.7	10.2	8.2		1.7	9.9	
1972	38,853	6,573	45,426	11.2		1.9	13.1	8.9		1.5	10.4	
1973	43,201	5,501	48,702	12.6		1.6	14.2	9.6		1.2	10.8	
1974	48,136	4,299	52,435	13.7		1.2	14.9	9.6		0.8	10.4	
1975	49,311	4,394	53,705	13.7		1.2	14.9	10.3		0.9	11.2	
1976	54,478	4,234	58,712	15.1		1.2	16.3	10.6		0.8	11.4	
1977	57,564	2,300	59,864	15.9		0.6	16.5	11.3		0.5	11.8	
1978	62,290	2,618	66,710	17.4	0.7	0.5	18.6	11.6	0.5	0.2	12.3	
1979	65,043	3,629	1,073	69,745	17.8	1.0	0.3	19.1	11.5	0.6	0.2	12.3
1980	65,751	4,704	1,644	72,099	17.7	1.3	0.4	19.4	11.1	0.8	0.3	12.2
1981	65,053	4,207	2,651	71,911	17.5	1.1	0.7	19.3	11.1	0.7	0.5	12.3
1982	66,254	4,506	4,311	75,071	17.8	1.2	1.2	20.2	10.2	0.7	0.7	11.6
1983	61,750	3,635	3,983	69,368	16.5	1.0	1.1	18.6	10.2	0.6	0.6	11.4
1984	62,247	3,571	3,631	69,449	16.5	0.9	1.0	18.4	10.2	0.6	0.6	11.4
1985	62,712	3,706	2,798	69,216	16.7	1.0	0.7	18.4	10.2	0.6	0.5	11.3
1986	63,462	3,498	2,612	69,572	17.0	0.9	0.7	18.6	10.2	0.6	0.4	11.2
1987	63,585	3,681	2,757	70,023	17.2	1.0	0.7	18.9	10.2	0.7	0.4	11.3
1988	66,137	4,617	1,939	72,693	17.6	1.2	0.5	19.3	10.6	0.7	0.3	11.6

¹ Relates to therapeutic abortions performed in Canadian hospitals in accordance with 1969 abortion law. No such law existed after January 28, 1988.

¹ Se rapporte aux avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux canadiens, conformément à la loi de 1969 sur l'avortement. Aucune loi de ce genre n'existe après le 28 janvier 1988.

² Relates to therapeutic abortions performed in clinics, Province of Quebec, based on claims by doctors to Régie de l'assurance-maladie du Québec.

² Se rapporte aux avortements thérapeutiques pratiqués dans des cliniques du Québec, selon les relevés d'honoraires présentés par les médecins à la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

³ Pertains to legal abortions for Canadian women reported by states along the Canada-United States border.

³ Se rapporte aux avortements légaux subis par des Canadiennes dans certains États américains limitrophes du Canada.

Tableau 4

Nombre et taux annuels d'avortements thérapeutiques subi par des Canadiennes, basés sur des différentes sources canadiennes et étrangères, 1971-1988

The numbers of Canadian women who sought abortions in the U.S. started dropping as the number of therapeutic abortions performed in Canada increased following the implementation of the 1969 abortion law. From 1979-1988 legal abortions performed on Canadian women in the United States and in Quebec clinics added about 7,300 abortions to the annual average of 64,000 abortions performed in hospitals in Canada. Of those 7,300 annual average abortions, 3,800 were performed in Quebec clinics and 3,500 in the United States. The corresponding increase in the Canadian abortion rate from the two sources was over 10%. (composed of 5.7% for Quebec clinics and 4.3% for United States).

Après l'adoption de la loi de 1969 sur l'avortement, le nombre de Canadiennes se faisant avorter aux États-Unis a commencé à décliner, tandis qu'augmentait le nombre d'avortements thérapeutiques pratiqués au Canada. De 1979 à 1988, environ 7,300 avortements légaux pratiqués annuellement sur des Canadiennes aux États-Unis et dans les cliniques du Québec se sont ajoutés au nombre moyen annuel de 64,000 cas déclarés par les hôpitaux canadiens. De cette moyenne annuelle de 7,300 avortements, 3,800 ont été pratiqués dans les cliniques du Québec et 3,500 aux États-Unis. L'augmentation du taux canadien d'avortements due à ces deux sources a été de plus de 10% (soit 5.7% pour les cliniques du Québec et 4.3% pour les États-Unis).

Table 5

Annual Therapeutic Abortions and Abortion Rates, Performed in Hospitals and Clinics, Province of Quebec, 1978-1988

Year Année	Number Nombre			Rate per 100 live births Taux pour 100 naissances vivantes			Rate per 1,000 females age 15-44 years Taux pour 1,000 femmes âgées de 15 à 44 ans		
	Hospital events ¹ À l'hôpital ¹	Clinic events ² En clinique ²	Total	Hospital events À l'hôpital ¹	Clinic events En clinique ²	Total	Hospital events À l'hôpital ¹	Clinic events En clinique ²	Total
1978	7,583	2,618	10,201	8.3	2.9	11.2	5.1	1.8	6.9
1979	8,609	3,629	12,238	8.7	3.7	12.4	5.6	2.4	8.0
1980	8,940	4,704	13,644	9.2	4.8	14.0	5.7	3.0	8.7
1981	9,042	4,207	13,249	9.5	4.4	13.9	5.6	2.6	8.2
1982	9,671	4,506	14,177	10.7	5.0	15.7	6.0	2.8	8.8
1983	9,406	3,635	13,041	10.7	4.1	14.8	5.8	2.2	8.0
1984	9,720	3,571	13,291	11.1	4.1	15.2	5.9	2.2	8.1
1985	11,311	3,706	15,017	13.1	4.3	17.4	6.9	2.3	9.2
1986	12,410	3,498	15,908	14.7	4.1	18.8	7.5	2.1	9.6
1987	11,871	3,681	15,552	14.2	4.3	18.5	7.3	2.3	9.6
1988	12,773	4,617	17,390	14.7	5.3	20.0	7.8	2.8	10.6

¹ Relates to therapeutic abortions performed in hospitals as authorized under the 1969 abortion law. No such law existed after January 28, 1988.

¹ Se rapporte aux avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux conformément à la loi de 1969 sur l'avortement. Aucune loi de ce genre n'existe après le 28 janvier 1988.

² Relates to therapeutic abortions performed in clinics, based on claims paid to doctors by Régie de l'assurance-maladie du Québec. Information on clinic abortions is available starting from 1988.

² Se rapporte aux avortements thérapeutiques pratiqués dans les cliniques, selon les relevés d'honoraires présentés par les médecins à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Les premières données disponibles sur les avortements pratiqués en clinique sont celles qui s'appliquent à 1988.

Total Abortion Rate

The total abortion rate is the number of abortions 1,000 women are expected to experience during their reproductive years, 15-44. The rate is based on the current age-specific abortion rates. The 1988 total abortion rate of 313.5 means that given the 1988 age specific abortion rates 1,000 women can be expected to have 313 abortions during their reproductive cycle. It does not mean that 313 of the 1,000 women will have an abortion each; some may have more than one abortion. The 1988 rate of 313.5 compares to the 1983 rate of 284.0; 1979, 310.0; and 1975, 258.0 (Table 6).

Taux général d'avortements

Le taux général d'avortements est le nombre d'avortements que devraient subir 1,000 femmes pendant leur période de reproduction, soit de l'âge de 15 à 44 ans. Le taux est basé sur les taux courants d'avortements par âge. Ainsi, le taux général d'avortements de 313.5 calculé pour 1988 signifie que 1,000 femmes au cours de leur période de procréation pourraient connaître un total de 313 avortements, compte tenu des taux d'avortements par âge en 1988. Cela ne veut pas dire que parmi ces 1,000 femmes, 313 subiront chacune un avortement; il se peut que certaines d'entre elles en subissent plus d'un. Comparativement à 313.5 pour 1988, le taux était de 284.0 pour 1983, de 310.0 pour 1979 et de 258.0 pour 1975 (tableau 6).

The information collected on abortions performed in hospitals shows that the percentage of women with at least one previously induced abortion is steadily increasing. For example, it increased to 21.8% in 1988 (5), up from 17.5% in 1981 and 8.6% in 1975. Women who obtain therapeutic abortions for the first time become prime candidates for repeat abortions.

Age-specific Abortion Rates, General Comments

The age-specific abortion rate is the number of therapeutic abortions per 1,000 women of a specific age. In 1988 as in previous years, the age-specific abortion rate was highest for women aged 20-24, followed by women under 20 and women over the age of 24 (Table 6, Chart 4). In 1988 the abortion rate for women aged 20-24 was 19.9, for women aged 15-19 it was 15.5, for women aged 25-29 it was 12.7, and for women 30-34 it was 8.1.

Teenage Abortion Rates

The teenage abortion rate is the number of therapeutic abortions performed on 1,000 women 15-19 years. Table 6 shows the teenage abortion rates from 1975-1988. The rate for teenage women in 1988 was 15.5, down from the 1978 peak of 17.0. From 1975-1988 the percentage of abortions performed on women under 20 declined to 21.9% of about 66,000 abortions in 1988 from 31.3% of about 49,000 abortions in 1975. The overall percentage decrease can be explained in part by a decrease in the population of women aged 15-19. In 1988 this age group accounted for 923.4 thousand, down from 1,127.4 thousand in 1975 (6).

During 1975-1988 the rate was consistently highest for women in the 18-19 age group (21.9 in 1988), followed by the 15-17 age group (10.4 in 1988) and the 14-and-under age group (1.1 in 1988). During the 13-year period, the abortion rate for women 18-19 increased by 31% and for women 15-17 it decreased 4.6%. The abortion rate for women 14 and under was small, ranging between 1.1 and 1.5 over the 13-year period.

Abortion Rates, Women 20-29 Years

The abortion rates for women aged 20-24 are generally higher than rates for women of other ages. The rate for this age group peaked in 1988 at 19.9 therapeutic abortions per 1,000 women. The rate for this age group for 1975, when this information first became available, was 13.8. By 1979 it rose 31% to 18.1. In 1983 the rate had decreased 4.4% to 17.3, but by 1988 it increased 15% to its peak of 19.9.

Les données recueillies sur les avortements pratiqués dans les hôpitaux montrent que le pourcentage des femmes qui avaient déjà subi au moins un avortement provoqué augmente sans arrêt. Ainsi, de 8.6% en 1975, puis de 17.5% en 1981, cette proportion a augmenté à 21.8% en 1988 (5). Les femmes qui subissent un premier avortement thérapeutique sont plus sujettes à en subir d'autres.

Taux d'avortements par âge

Le taux d'avortements par âge est le nombre d'avortements thérapeutiques pour 1.000 femmes d'un âge donné. En 1988, comme lors des années précédentes, les femmes de 20 à 24 ans avaient le taux d'avortements par âge le plus élevé; venaient ensuite les femmes de moins de 20 ans et celles de plus de 24 ans (tableau 6, graphique 4). En 1988, le taux d'avortements était de 19.9 pour les 20-24 ans, de 15.5 pour les 15-19 ans, de 12.7 pour les 25-29 ans et de 8.1 pour les 30-34 ans.

Avortements chez les adolescentes

Le taux d'avortements chez les adolescentes est le nombre d'avortements thérapeutiques pratiqués sur 1.000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Le tableau 6 montre les taux d'avortements parmi les adolescentes depuis 1975. En 1988, le taux d'avortements chez les adolescentes était de 15.5, en baisse par rapport au sommet de 17.0 atteint en 1978. De 1975 à 1988, le pourcentage des avortements pratiqués sur les femmes de moins de 20 ans a diminué, passant de 31.3% (sur environ 49,000 avortements) en 1975 à 21.9% (sur environ 66,000 avortements) en 1988. La baisse globale en pourcentage peut être expliquée, en partie, par une diminution de la population des femmes âgées de 15 à 19 ans. En 1988, ce groupe était composé de 923.4 milliers de personnes, comparativement à 1,127.4 milliers de personnes en 1975 (6).

De 1975 à 1988, parmi les adolescentes, les 18-19 ans ont constamment obtenu le taux d'avortements le plus élevé (21.9 en 1988), suivies des 15-17 ans (10.4 en 1988) et des 14 ans et moins (1.1 en 1988). Au cours de cette période de 13 ans, le taux d'avortements a augmenté de 31% pour les 18-19 ans et il a diminué de 4.6% pour les 15-17 ans. Pour les 14 ans et moins, le taux est resté faible, allant de 1.1 à 1.5 au cours de la période de 13 ans.

Femmes âgées de 20 à 29 ans

Le taux d'avortements pour les 20-24 ans est généralement plus élevé que pour les femmes des autres groupes d'âge. En 1988, il a atteint un sommet de 19.9 avortements thérapeutiques pour 1.000 femmes. Le taux était de 13.8 en 1975, première année pour laquelle on dispose de cette donnée. Il a subsequment augmenté de 31% pour atteindre 18.1 en 1979. Il est ensuite descendu à 17.3 en 1983, diminuant de 4.4%. En 1988, il avait augmenté de 15% pour atteindre son sommet de 19.9.

The rate for women aged 25-29 peaked at 12.7 in 1988. The annual abortion rates for women aged 25-29 were significantly lower than the rates for women aged 20-24, but higher than the rates for women aged 30-34 and women aged 35-39 (Table 6, Chart 4).

Le taux d'avortements pour les 25-29 ans a atteint un sommet de 12.7 en 1988. Les taux annuels pour ce groupe d'âge sont significativement plus faibles que pour les 20-24 ans, mais plus élevés que pour les 30-34 ans ou les 35-39 ans (tableau 6, graphique 4).

Table 6

Age Specific Therapeutic Abortion Rates¹ and Total Abortion Rates², Canada 1975-1988

Year Année	Age specific therapeutic abortion rates					Total Abortion Rate ⁶	
	Taux d'avortements thérapeutiques par âge						
	Under 20 ³ – Moins de 20 ans ³						
13-14 ⁴ years	15-17 years	18-19 years	15-19 years ⁵				
13-14 ⁴ ans	15-17 ans	18-19 ans	15-19 ans ⁵				
1975	1.3	10.9	16.7			13.7	
1976	1.4	11.3	18.2			15.3	
1977	1.5	11.8	19.2			16.3	
1978	1.3	12.2	21.1			17.0	
1979	1.5	12.8	21.7			16.9	
1980	1.4	12.7	21.8			16.2	
1981	1.4	12.0	21.1			16.2	
1982	1.3	11.7	21.1			16.2	
1983	1.2	10.6	18.8			14.7	
1984	1.4	10.7	18.8			14.7	
1985	1.1	10.4	19.7			14.5	
1986	1.1	10.6	20.5			15.0	
1987	1.2	10.3	21.1			15.1	
1988	1.1	10.4	21.9			15.5	
	20-24 years	25-29 years	30-34 years	35-39 years	40-44 years		
	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	Taux général d'avortements ⁶	
1975	13.8	10.0	6.8	4.9	2.4	258.0	
1976	15.1	10.9	7.4	5.0	2.5	281.0	
1977	15.9	11.2	7.5	4.9	2.4	291.0	
1978	17.2	11.9	7.8	5.0	2.4	306.5	
1979	18.1	12.2	7.9	4.8	2.1	310.0	
1980	18.2	12.1	7.9	4.5	2.1	305.0	
1981	18.0	11.9	7.7	4.4	1.9	300.5	
1982	18.5	12.0	7.9	4.5	1.9	305.0	
1983	17.3	11.2	7.5	4.4	1.7	284.0	
1984	17.5	11.5	7.5	4.5	1.6	286.0	
1985	17.8	11.5	7.6	4.5	1.7	288.0	
1986	18.2	11.6	7.8	4.5	1.6	293.5	
1987	18.6	12.0	7.8	4.6	1.6	298.5	
1988	19.9	12.7	8.1	4.8	1.7	313.5	

¹ Abortions per 1,000 women of same age. – Avortements pour 1,000 femmes du même âge.

² Sum of age specific abortion rates multiplied by five. – Somme des taux d'avortements thérapeutiques par âge multipliée par cinq.

³ Abortions to women under 20 years per thousand women age 15-19 years. – Avortements subis par des femmes de moins de 20 ans pour mille femmes de 15 à 19 ans.

⁴ Also includes abortions to women under 13 years of age. – Comprend aussi les avortements pratiqués sur des femmes de moins de 13 ans.

⁵ Also includes abortions to women of age under 15 years. – Comprend aussi les avortements pratiqués sur des femmes de moins de 15 ans.

⁶ Also includes abortions to women of age over 44 years. – Comprend aussi les avortements pratiqués sur des femmes de plus de 44 ans.

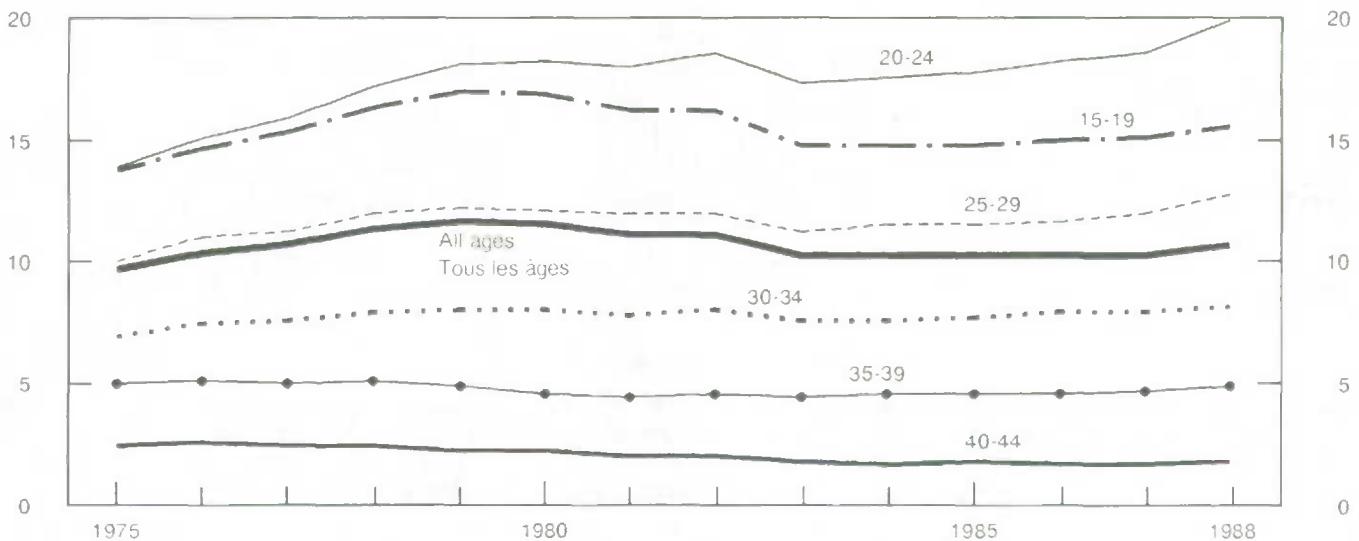
Chart 4

Therapeutic Abortion Rates¹ by Age of Women, at Pregnancy Termination, Canada, 1975 to 1988

Graphique 4

Taux d'avortements thérapeutiques¹ selon l'âge de la femme au moment de l'interruption de grossesse, Canada, 1975 à 1988

Rate per 1,000 women



¹ Abortions per 1,000 women of the same age.

¹ Avortements pour 1,000 femmes du même âge.

Abortion Rates, Women 30-44 and Over

The abortion rates for women aged 30-34 and women aged 35-39 are much lower than rates for women in their teens or twenties. The rate for women aged 30-34 increased to 8.1 in 1988 from 6.8 in 1975. In comparison the rates for women aged 35-39 fluctuated in a narrow range from 4.5 to 5.0 between 1975-1988. The 1988 rate for this age group was 4.8. The annual rates for women aged 40-44 were very small compared to the rates for women in younger age groups. The rate for this group decreased to 1.7 in 1988 from 2.4 in 1975 (Table 6).

Femmes âgées de 30 ans et plus

Les taux d'avortements pour les 30-34 ans et pour les 35-39 ans sont beaucoup plus faibles que pour les adolescentes ou pour les femmes dans la vingtaine. De 6.8 en 1975, le taux pour les 30-34 ans est passé à 8.1 en 1988. Au cours de la même période, le taux pour les 35-39 ans a légèrement fluctué entre 4.5 et 5.0. En 1988, le taux pour ce dernier groupe d'âge était de 4.8. Les taux annuels pour les 40-44 ans sont très faibles comparativement aux taux enregistrés pour leurs cadettes. En 1988, le taux pour les 40-44 ans était de 1.7, en baisse par rapport au taux de 2.4 relevé en 1975 (tableau 6).

II Selected Demographic and Medical Characteristics of Canadian Women Obtaining Abortions

From the information collected in 1988 a profile can be constructed of the average woman who obtained a therapeutic abortion. The woman was in her early twenties, never married, with no prior deliveries and under 13 weeks pregnant. Table 7 shows the demographic and medical characteristics of women from nine countries who obtained legal abortions in recent years. In each of the nine countries, including Canada, nine out of every 10 women obtained abortions when they were under 13 weeks pregnant. In most Western European and English speaking countries about half of all abortions were obtained by young, unmarried women probably seeking to delay a first birth.

II Variables démographiques et médicales relatives aux femmes canadiennes ayant subi un avortement

Les renseignements recueillis nous permettent de tracer le portrait type de la femme ayant obtenu un avortement thérapeutique en 1988. Au début de la vingtaine, cette femme n'a jamais été mariée, elle n'a jamais donné naissance à un enfant et, au moment de l'avortement, elle est enceinte depuis moins de 13 semaines. Le tableau 7 résume les caractéristiques des femmes ayant obtenu un avortement légal dans neuf pays différents au cours des dernières années. Dans chacun d'eux, y compris le Canada, neuf femmes sur dix ont obtenu leur avortement avant leur treizième semaine de grossesse. Dans la plupart des pays d'Europe occidentale et de langue anglaise, près de la moitié de tous les avortements ont été pratiqués sur de jeunes femmes célibataires cherchant probablement à retarder un premier accouchement.

Table 7

Selected Demographic & Medical Characteristics of Women Who Obtained Legal Abortions, Selected Countries¹ Latest Available Year

Tableau 7

Certaines caractéristiques démographiques et médicales relatives aux femmes ayant subi un avortement thérapeutique, divers pays¹, dernière année pour laquelle des données sont disponibles

Country Pays	Year Année	Per cent of total legal abortions for Pourcentages calculés sur l'ensemble des avortements légaux			
		Woman under 20 years	Single women	Under 13 weeks gestation	No Prior deliveries ²
		Femmes de moins 20 ans	Céliba- taires	Moins de 13 semaines de gestation	Aucun accou- chement antérieur ²
Canada	1987	22.3	67.3	88.5	58.4
Czechoslovakia – Tchécoslovaquie	1987	7.7	14.4	97.7	12.4
Denmark – Danemark	1988	14.1	59.0	97.6	47.7
England & Wales – Angleterre et pays de Galles	1987	24.9	65.4	87.0	59.7
Hungary – Hongrie	1987	11.0	21.2	98.5	18.9
Japan – Japon	1987	5.5	--	93.5	--
Norway – Norvège	1987	23.3	54.3	97.5	53.4
Sweden – Suede	1987	17.1	53.7	95.7	45.5
United States – Etats-Unis	1985	26.2	76.5(3)	91.1	54.9

¹ Source: *Induced Abortion: A World Review, 1990*. By Stanley K Henshaw. *Family Planning Perspectives Journal*, Vol. 22, Number 2, March/April 1990. – Source: *Induced Abortion: A World Review, 1990* par Stanley K Henshaw. *Family Planning Perspectives Journal*, vol. 22, no 2, mars/avril 1990

² For some country (ies) information relates to prior live births, live births and still births, surviving children or all births. – Pour certains pays, les données portent sur les naissances vivantes antérieures, sur les naissances vivantes et les enfants mort-nés, sur les enfants survivants ou sur toutes les naissances

³ *Induced Termination of Pregnancy: Reporting States, 1987* Vol. 38 No. 9, supplement January 5, 1990 National Centre for Health Statistics, U.S. Department of Health & Human Services. – *Induced Termination of Pregnancy: Reporting States, 1987* vol. 38, no 9, supplément, 5 janvier 1990. National Centre for Health Statistics, U.S. Department of Health and Human Services

Age and Marital Status

Table 8 shows the percentage distribution of therapeutic abortions by age from 1975-1988. In 1988 the highest percentage of abortions, 31.6%, was obtained by women aged 20-24. Of all the women who obtained abortions in 1988, 22% were married, 67% were single and the remaining 11% were widowed, separated, divorced or living common law. Married women who had therapeutic abortions tended to be older than single women who did. Of the married women who obtained therapeutic abortions in 1988, 82.5% were 25 or older, compared to 30.6% of single women.

Table 8

Percentage Distribution of Therapeutic Abortions by Age Group, Canada, 1975, 1980-1988

Age group Groupe d'âge	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
All ages - Tous les âges	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Under 20 years -										
Moins de 20 ans	31.3	29.7	28.3	26.8	24.9	23.6	22.9	22.3	21.9	21.9
20-24 years - ans	29.1	31.8	32.3	32.8	33.3	33.5	33.5	32.9	31.8	31.6
25-29 " "	19.4	19.6	19.9	20.4	20.8	21.3	21.5	21.8	22.5	22.8
30-34 " "	10.7	11.6	12.0	12.2	12.6	12.7	13.0	13.7	14.0	14.0
35-39 " "	6.4	5.3	5.5	5.9	6.4	6.9	7.0	7.3	7.5	7.5
40 years and over - ans et plus	3.1	2.0	2.0	1.9	2.0	2.0	2.1	2.0	2.3	2.2
Therapeutic abortions - Total - Avortements thérapeutiques	49,033	65,243	64,554	65,812	61,326	61,822	60,518	62,406	61,635	66,137 ¹

¹ For 3,705 cases in 1988 the woman's age at the time of abortion was not reported. Percentage distribution is based on cases where ages were reported.

¹ L'âge de la femme au moment de l'avortement n'a pas été déclaré dans 3 705 cas en 1988. La répartition en pourcentage est basée sur les cas pour lesquels ce renseignement a été fourni.

From 1975-1988 the average age of women who obtained abortions increased to 25.0 from 24.0 years. For single women the average age increased by 2.2 years to 22.7 in 1988 from 20.5 in 1975. For married women the average age increased by 0.8 years to 30.2 in 1988 from 29.4 in 1975. For widowed, separated and divorced women, the average age increased by more than four years to 31.7 in 1988 from 27.6 in 1975.

The period from 1975-1988 saw a decrease in the relative percentages of abortions for women in three categories: women under 20, to 21.9% in 1988 from 31.3% in 1975; women over 39 years, to 2.2% from 3.1%; and married women, to 22.2% from 31.4%. The same period saw an increase in the relative percentages of abortions for women aged 20-29 years, to 54.4% in 1988 from 48.5% in 1975; women aged 30-39, to 21.5% from 17.1%; and for single women, to 67.2% from 58.4%.

Âge et état matrimonial

Le tableau 8 montre la répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques, de 1975 à 1988, selon l'âge des femmes. En 1988, les 20-24 ans obtenaient la plus forte proportion des avortements, soit 31.6%. De toutes les femmes qui ont obtenu un avortement en 1988, 22% étaient mariées, 67% étaient célibataires et 11% étaient veuves, séparées, divorcées ou vivaient en union libre. Les femmes mariées avaient tendance à être plus âgées que les célibataires parmi celles qui ont obtenu un avortement thérapeutique en 1988: 82.5% des premières avaient 25 ans ou plus, comparativement à 30.6% des célibataires.

Tableau 8

Répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques selon le groupe d'âge, Canada, 1975, 1980-1988

De 1975 à 1988, l'âge moyen des femmes ayant obtenu un avortement a augmenté de 24.0 ans à 25.0 ans. Chez les célibataires, l'âge moyen a augmenté de 2.2 ans, passant de 20.5 en 1975 à 22.7 en 1988. Dans le cas des femmes mariées, l'âge moyen a augmenté de 0.8 an, soit de 29.4 en 1975 à 30.2 en 1988. Parmi les femmes veuves, séparées ou divorcées, l'âge moyen a augmenté de plus de quatre ans, soit de 27.6 en 1975 à 31.7 en 1988.

Entre 1975 et 1988, trois groupes ont vu diminuer leur contribution relative à l'ensemble des avortements: les femmes de moins de 20 ans, pour lesquelles le pourcentage est passé de 31.3% en 1975 à 21.9% en 1988; les femmes de plus de 39 ans, pour lesquelles il a diminué de 3.1% à 2.2%; et les femmes mariées, pour lesquelles la proportion s'est abaissée de 31.4% à 22.2%. Pendant la même période, la part relative des avortements chez les 20-29 ans a augmenté, de 48.5% en 1975 à 54.4% en 1988; celle des 30-39 ans, de 17.1% à 21.5%; et celle des célibataires, de 58.4% à 67.2%.

Gestation Period

The gestation period is the time between the onset of the last menstrual period (LMP) and the date of therapeutic abortion (7). It is an indicator used for evaluating mortality and morbidity associated with induced abortion. In cases where the LMP date was unknown, the length of the gestation period was estimated by the attending doctors.

Table 9 shows the percentage distribution of therapeutic abortions by gestation period from 1975-1988. In 1988 almost nine of every 10 therapeutic abortions were performed during the first trimester (under 13 weeks) of pregnancy. Of these first-trimester abortions, 41% were for pregnancies of eight weeks or less, the remaining 59% for pregnancies of 9-12 weeks. Only 10.4% of all abortions were obtained by women with pregnancies lasting longer than 12 weeks.

Table 9

Percentage Distribution of Therapeutic Abortion Cases by Gestation Period, Canada, 1975, 1980-1988

Gestation period Période de gestation	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
All gestations – Toutes les périodes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Under 13 weeks – Moins de 13 semaines	81.3	86.0	86.6	86.9	87.9	88.0	89.0	87.8	88.5	89.7
Under 9 weeks – Moins de 9 semaines	22.4	24.7	25.5	25.9	27.7	29.5	31.8	30.7	33.2	36.6
9-12 weeks – semaines	58.9	61.4	61.1	61.0	60.2	58.5	57.1	57.1	55.3	53.1
13-16 weeks – semaines	13.3	10.4	9.9	9.7	8.8	8.6	7.7	8.7	8.0	7.4
13-14 weeks – semaines	9.0	7.3	7.0	7.0	6.4	6.1	5.5	6.2		
15-16 weeks – semaines	4.3	3.1	3.0	2.8	2.4	2.5	2.2	2.5		
17 weeks or more – semaines ou plus	5.4	3.6	3.5	3.4	3.3	3.4	3.3	3.4	3.6	2.9
17-20 weeks – semaines	5.2	3.4	3.2	3.2	3.1	3.1	3.0	3.0	3.2	2.7
Over 20 weeks – Plus de 20 semaines	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.2
Therapeutic abortions – Total – Avortements thérapeutiques	49,033	65,243	64,554	65,812	61,326	61,822	60,518	62,406	61,635	66,137¹

¹ For 6,476 cases in 1988, the gestation period was not reported. Percentage distribution is based on cases where gestation period was reported.

¹ La période de gestation n'a pas été déclarée dans 6 476 cas en 1988. La répartition en pourcentage est basée sur les cas pour lesquels ce renseignement a été fourni.

Période de gestation

La période de gestation correspond au nombre de jours compris entre la date du début des dernières règles et celle de l'avortement thérapeutique (7). Il s'agit d'un renseignement utile pour évaluer la mortalité et la morbidité associées aux avortements provoqués. Dans les cas où la date du début des dernières règles est inconnue, la période de gestation est déterminée par le médecin traitant.

Le tableau 9 montre la répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques, de 1975 à 1988, selon la période de gestation. En 1988, près de neuf avortements sur dix ont été pratiqués pendant le premier trimestre de la grossesse (moins de 13 semaines). De ce nombre, 41% ont eu lieu au cours des 8 premières semaines et 59%, entre la 9^e et la 12^e semaine inclusivement. Seulement 10.4% de tous les avortements ont été subis par des femmes enceintes depuis plus de 12 semaines.

Tableau 9

Répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques selon la période de gestation, Canada, 1975, 1980-1988

Gestation period Période de gestation	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
All gestations – Toutes les périodes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Under 13 weeks – Moins de 13 semaines	81.3	86.0	86.6	86.9	87.9	88.0	89.0	87.8	88.5	89.7
Under 9 weeks – Moins de 9 semaines	22.4	24.7	25.5	25.9	27.7	29.5	31.8	30.7	33.2	36.6
9-12 weeks – semaines	58.9	61.4	61.1	61.0	60.2	58.5	57.1	57.1	55.3	53.1
13-16 weeks – semaines	13.3	10.4	9.9	9.7	8.8	8.6	7.7	8.7	8.0	7.4
13-14 weeks – semaines	9.0	7.3	7.0	7.0	6.4	6.1	5.5	6.2		
15-16 weeks – semaines	4.3	3.1	3.0	2.8	2.4	2.5	2.2	2.5		
17 weeks or more – semaines ou plus	5.4	3.6	3.5	3.4	3.3	3.4	3.3	3.4	3.6	2.9
17-20 weeks – semaines	5.2	3.4	3.2	3.2	3.1	3.1	3.0	3.0	3.2	2.7
Over 20 weeks – Plus de 20 semaines	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.4	0.2
Therapeutic abortions – Total – Avortements thérapeutiques	49,033	65,243	64,554	65,812	61,326	61,822	60,518	62,406	61,635	66,137¹

An increasing number of women are obtaining abortions in the early stages of pregnancy (Chart 5).

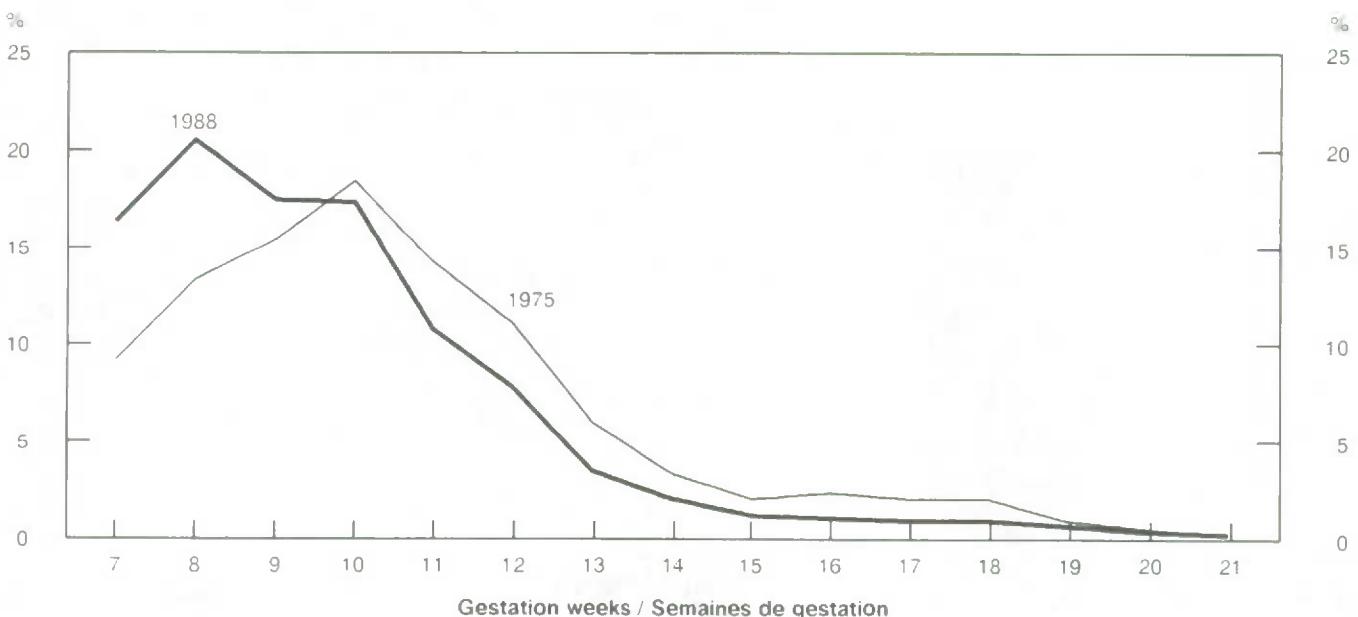
Un nombre croissant de femmes obtiennent un avortement au début de la grossesse (graphique 5).

Chart 5

Per Cent Distribution of Therapeutic Abortions, by Gestation Weeks at Pregnancy Termination, Canada, 1975 and 1988

Graphique 5

Répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques, selon le nombre de semaines de gestation au moment de l'interruption de grossesse, Canada, 1975 et 1988



The average gestational period declined to 9.7 weeks in 1988 from 10.6 weeks in 1975. The decline was greater for single women than married women. In 1988 first-trimester abortions accounted for 89.6% of all abortions, compared to 81.3% in 1975 (Table 10, Chart 6). Second-trimester abortions (13 weeks or more) fell to an all-time low of 10.4% in 1988, from 18.7% in 1975.

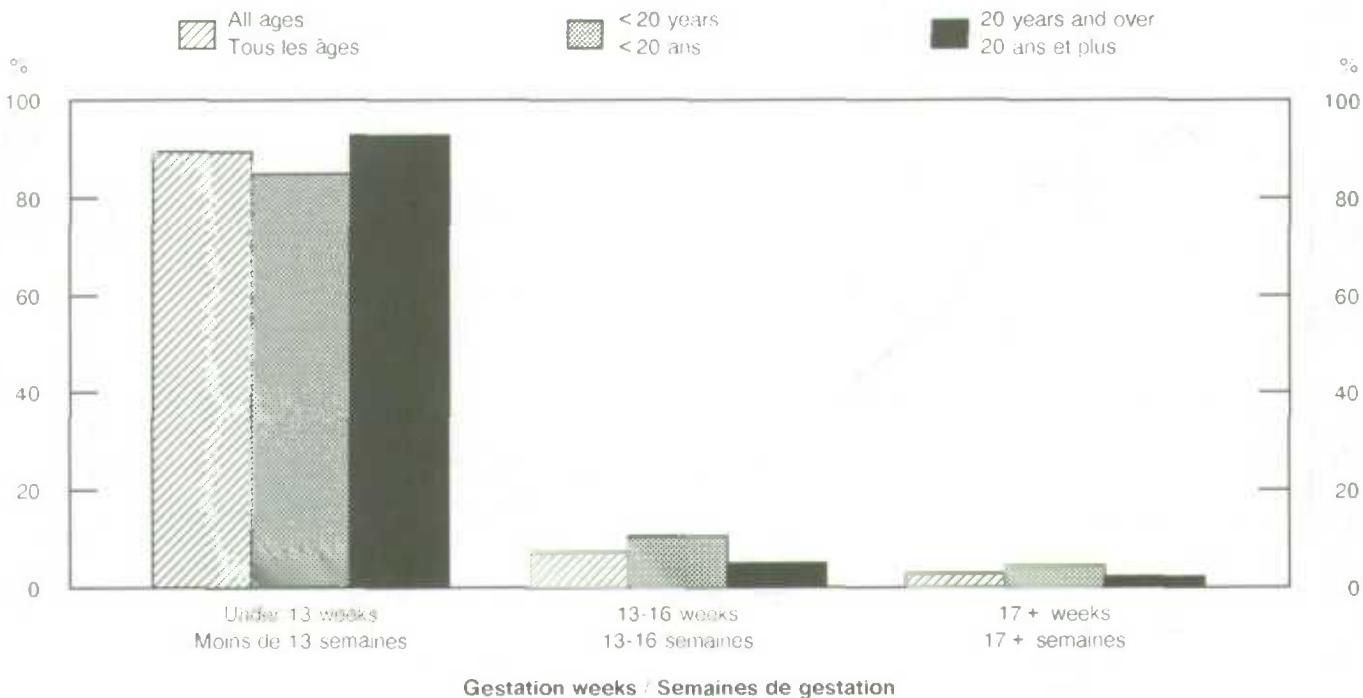
La période de gestation moyenne a diminué, de 10.6 semaines en 1975 à 9.7 semaines en 1988. La baisse a été plus importante dans le cas des femmes célibataires. En 1988, 89.6% de tous les avortements ont été pratiqués au cours du premier trimestre de la grossesse, comparativement à 81.3% en 1975 (tableau 10, graphique 6). Les avortements subis au cours du deuxième trimestre (13 semaines ou plus) ont atteint un minimum absolu de 10.4% en 1988, par rapport à 18.7% en 1975.

Previous Deliveries and Previous Abortions

In 1988 the large majority of women who obtained therapeutic abortions had not ever delivered. In 1988 55.4% of abortion patients had no previous deliveries, 37.8% had one to three previous deliveries and 1.6% had more than three previous deliveries. For 5.2% the number of previous deliveries was not reported.

Chart 6

Per Cent Distribution of Therapeutic Abortions by Age of Women and Gestation Weeks at Pregnancy Termination, Canada, 1988



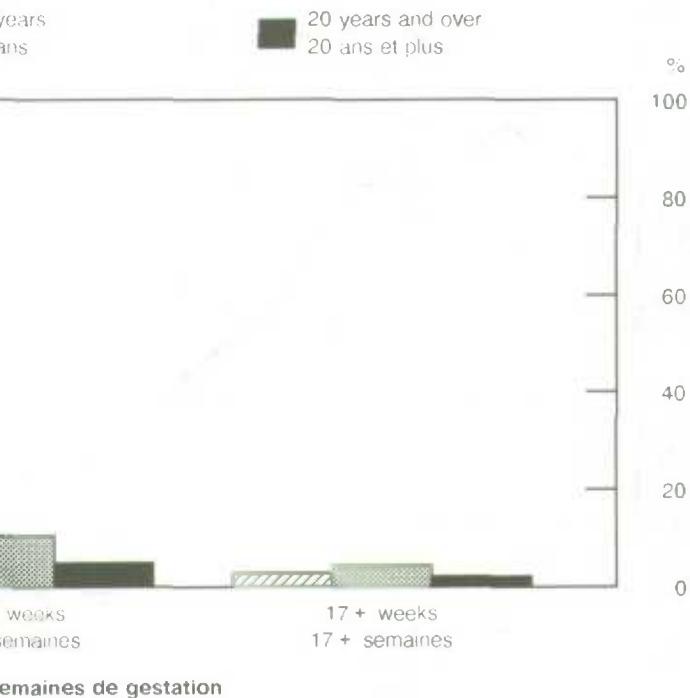
In the same year 21.8% of women who obtained abortions had already had at least one induced therapeutic abortion. The percentage of women who obtained abortions and had already had at least one previous induced abortion was highest for the age group 30-39 at 28% followed by the age group 20-29 at 24.1%, women over 39 at 23.4% and women under 20 at 9.6%

Accouchements et avortements antérieurs

En 1988, la grande majorité des femmes ayant obtenu un avortement thérapeutique, soit 55.4%, n'avaient jamais accouché; 37.8% avaient accouché entre une et trois fois; et 1.6%, plus de trois fois. Dans 5.2% des cas, le nombre d'accouchements antérieurs n'est pas connu.

Graphique 6

Répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques selon l'âge de la femme et le nombre de semaines de gestation au moment de l'interruption de grossesse, Canada, 1988



Parmi les femmes ayant obtenu un avortement thérapeutique en 1988, 21.8% en avaient déjà subi au moins un. Le groupe des 30-39 ans comptait la proportion la plus élevée de femmes ayant déjà obtenu au moins un avortement, soit 28%. Venaient ensuite les 20-29 ans avec 24.1% des cas, puis les 40 ans et plus avec 23.4%, et enfin les moins de 20 ans avec 9.6%.

Table 10

Percentage Distribution of Therapeutic Abortions by Gestation Period, Marital Status and Age, Canada, 1975, 1980-1988

	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Under 13 weeks – Moins de 13 semaines										
Cases – Cas	81.3	86.0	86.6	86.9	87.9	88.0	89.0	87.8	88.5	89.6
Marital status – État matrimonial:										
Single – Célibataire	78.5	84.3	85.0	85.4	86.6	86.8	87.7	86.9	87.6	88.8
Married – Mariée	86.4	90.4	90.7	90.9	91.2	91.1	92.3	90.3	90.7	91.5
Other and unknown – Autre ou inconnu	81.7	86.6	87.3	87.5	89.2	88.8	90.2	89.2	89.7	91.1
Age – Âge:										
Under 20 years – Moins de 20 ans	74.0	80.4	81.0	80.7	82.2	82.0	82.9	82.0	82.8	84.9
20 years and over – ans et plus	84.6	88.4	88.8	89.2	89.8	89.8	90.8	89.6	90.1	90.8
20-29 years – ans	83.5	87.2	87.6	88.2	88.7	88.7	89.7	88.5	89.2	90.2
30-39 years – ans	87.3	92.1	92.2	92.1	92.8	92.9	93.5	92.2	92.2	93.0
40 years and over – ans et plus	86.7	88.1	89.8	90.1	90.6	90.8	91.9	90.6	91.3	90.4
13 weeks and over – 13 semaines et plus										
Cases – Cas	18.7	14.0	13.4	13.1	12.1	12.0	11.0	12.2	11.5	10.4
Marital status – État matrimonial:										
Single – Célibataire	21.5	15.7	15.0	14.6	13.4	13.2	12.3	13.1	12.4	11.2
Married – Mariée	13.6	9.6	9.3	9.1	8.8	8.9	7.7	9.7	9.3	8.5
Other and unknown – Autre ou inconnu	18.3	13.4	12.7	12.5	10.8	11.2	9.8	10.8	10.3	8.9
Age – Âge:										
Under 20 years – Moins de 20 ans	26.0	19.6	19.0	19.3	17.8	18.0	17.1	18.0	17.2	15.1
20 years and over – ans et plus	15.4	11.6	11.2	10.8	10.2	10.2	9.2	10.4	9.9	9.2
20-29 years – ans	16.5	12.8	12.4	11.8	11.3	11.3	10.3	11.5	10.8	9.8
30-39 years – ans	12.7	7.9	7.8	7.9	7.2	7.1	6.5	7.8	7.8	7.0
40 years and over – ans et plus	13.3	11.9	10.2	9.9	9.4	9.2	8.1	9.4	8.7	9.6

Time Spent in Hospital

Patients for therapeutic abortions spent an average of less than one day in hospital in each year from 1978-1988. Over the same period the percentage of abortions performed on an out-patient basis climbed to 84.3% in 1988 from 34.9% in 1975.

Tableau 10

Répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques selon la période de gestation et selon l'état matrimonial et l'âge, Canada, 1975, 1980-1988

13 weeks and over – 13 semaines et plus

Durée d'hospitalisation

Pour chacune des années entre 1978 et 1988, la durée moyenne du séjour à l'hôpital des femmes ayant subi un avortement thérapeutique a été de moins d'un jour. Au cours de la même période, la proportion des avortements pratiqués en clinique externe a augmenté considérablement, passant de 34.9% en 1975 à 84.3% en 1988.

In 1988, as in past years, the most common initial procedure used to perform abortions was suction dilatation and curettage (Suction D & C) (Table 11). In 1988 the procedure was used to perform 92.8% of all abortions, an all-time high. In 1975 the procedure was used to perform 70.5% of therapeutic abortions. The second most commonly used procedure in 1988 was surgical dilatation and curettage (Surgical D & C), used to perform 3.3% of abortions. Over the years the share of therapeutic abortions declined for surgical D & C (13.7% in 1975 to 3.3% in 1988) and saline (5.8% in 1975 to 0.7% in 1988).

Table 11

Percentage Distribution of Therapeutic Abortions Involving Initial Surgical Procedure, Canada, 1975, 1980-1988

	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
All procedures – Toutes les interventions	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Suction – D & C – Aspiration	70.5	88.0	88.5	89.8	91.5	91.9	92.7	92.4	92.0	92.8
Menstrual extraction – Extraction menstruelle	5.1	0.3	0.5	0.5	0.1	0.1	0.3	0.3	0.3	0.3
Surgical – D & C – Curetage	13.7	5.7	5.3	4.3	3.4	3.1	2.3	2.8	3.4	3.3
Saline – Soluté salé	5.8	2.7	2.3	2.3	2.4	2.2	1.9	1.7	1.4	0.7
Urea – Urée	0.8	0.9	0.9	1.0	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1
Prostaglandin – Prostaglandine	1.7	2.0	2.1	1.8	1.6	2.0	2.2	2.3	2.6	2.6
Hysterotomy and hysterectomy – Hystérotomie et hystérectomie	2.3	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Other and unrelated – Autres et non connexes	--	--	0.1	0.1	0.1	--	--	--	--	0.1
Therapeutic abortions – Total – Avortements thérapeutiques	49,033	65,243	64,554	65,812	61,326	61,822	60,518	62,406	61,635	66,137¹

¹ For 5,484 cases initial surgical procedure was not reported. Percentage distribution based on cases where initial surgical procedure was reported.

¹ L'intervention chirurgicale initiale n'a pas été déclarée dans 5 484 cas. La répartition en pourcentage est basée sur les cas pour lesquels ce renseignement a été fourni.

In 1988, suction D & C and surgical D & C accounted for 93.7% of abortions performed on women with a gestation period of under 17 weeks. Saline, urea, and prostaglanden accounted for 66.9% of abortions performed on women with a gestation period of 17 weeks or more.

Subsequent procedures were used for 1.1% of the therapeutic abortions. About 73% of women requiring subsequent procedures were at least 13 weeks pregnant at the time of abortion.

Types of Surgical Procedures

Information on the surgical procedures for therapeutic abortions and on treating complications was reported under two categories using the following definitions: Initial surgical procedure is a procedure or a combination of procedures used to terminate pregnancy. Subsequent surgical procedure is a procedure or a combination of procedures used to treat complications arising from pregnancy termination.

En 1988, comme par les années passées, l'intervention chirurgicale initiale la plus fréquente a été l'aspiration endo-utérine (tableau 11). En 1988, on a eu recours à cette méthode dans 92.8% des cas d'avortement, un sommet jamais égalé. En 1975, elle a été utilisée dans 70.5% des cas. Le curetage utérin était la deuxième intervention la plus répandue en 1988, ayant servi à pratiquer 3.3% des avortements. Au cours des années, il y a eu diminution de la proportion des avortements thérapeutiques effectués par voie de curetage utérin (de 13.7% en 1975 à 3.3% en 1988) ou au moyen d'une injection de soluté salé (de 5.8% en 1975 à 0.7% en 1988).

Tableau 11

Répartition en pourcentage des avortements thérapeutiques selon l'intervention chirurgicale initiale, Canada, 1975, 1980-1988

En 1988, on a eu recours à l'aspiration endo-utérine et au curetage utérin dans 93.7% des cas d'avortement pratiqué avant la 17^e semaine de grossesse. Le soluté salé, l'urée et la prostaglandine ont été utilisés dans 66.9% des cas d'avortement pratiqué à partir de la 17^e semaine de grossesse.

Par ailleurs, 1.1% des avortements thérapeutiques ont nécessité une intervention chirurgicale subséquente. Environ 73% des femmes qui ont dû subir une intervention subséquente étaient enceintes d'au moins 13 semaines au moment de l'avortement.

Types d'intervention chirurgicale

Les renseignements sur les méthodes utilisées pour les avortements thérapeutiques et pour le traitement des complications sont regroupés dans deux catégories. Par intervention chirurgicale initiale, on entend une intervention ou une combinaison d'interventions pratiquées pour interrompre une grossesse. Par intervention chirurgicale subséquente, on entend une intervention ou une combinaison d'interventions ayant pour but de traiter les complications découlant de l'interruption de grossesse.

Abortion Complications

A therapeutic abortion complication is defined as a morbid condition resulting from pregnancy termination. The information presented here is based on hospitalizations immediately following pregnancy terminations. Only first-reported complications are considered.

Of therapeutic abortion cases in 1988, 994 or 1.6% were reported to have had at least one complication arising from the procedure; 38 cases had two or more complications; two cases had more than two complications. The complication rate (cases with at least one complication per 100 therapeutic abortion cases) decreased from 3.2% in 1975 to 1.6% in 1988. The leading complications in 1988 with their rates were: retained products of conception, 1.1; laceration of the cervix, 0.2; haemorrhage, infection and other, 0.1 each. One therapeutic abortion-related death per year occurred in 1974, 1979 and 1986. No therapeutic abortion-related deaths were reported in 1987 or 1988.

The risk of complications resulting from abortion increased with the increase in gestation period. The rate of complication for first-trimester abortions was 0.7 compared to a rate of 10.2 for second-trimester abortions. Of the 994 cases of abortion complications registered in 1988, 63.3% related to women who were pregnant for 13 weeks or more at the time of abortion.

Complication résultant d'un avortement

Par complication résultant d'un avortement thérapeutique, on entend un état morbide entraîné par l'interruption de grossesse. Les données présentées ici ont trait aux cas d'hospitalisation suivant immédiatement l'interruption de grossesse. On ne considère que les premières complications déclarées.

Parmi les avortements thérapeutiques pratiqués en 1988, 1.6% ou 994 cas ont entraîné au moins une complication; 38 cas, au moins deux complications; et 2 cas, au moins trois complications. La fréquence des complications entraînées par les interruptions de grossesse (cas présentant au moins une complication pour 100 avortements) a diminué, passant de 3.2% en 1975 à 1.6% en 1988. Les principales complications en 1988 (avec leur fréquence) sont les suivantes: rétention des produits de conception (1.1); laceration du col (0.2); hémorragie, infection ou autre (0.1 chacune). Une femme est décédée des conséquences d'un avortement en 1974, une en 1979 et une en 1986. Aucun décès relié à un avortement thérapeutique n'a été déclaré en 1987 ou en 1988.

Le risque de complication résultant d'un avortement augmente avec la période de gestation. La fréquence des complications entraînées par des avortements provoqués au cours du premier trimestre de la grossesse a été de 0.7, comparativement à 10.2 pour les avortements pratiqués au cours du deuxième trimestre. Des 994 cas de complication déclarés en 1988, 63.3% se retrouvaient parmi les femmes qui, lors de l'avortement, étaient enceintes depuis au moins 13 semaines.

Mortality from Abortion

Canadian data on maternal deaths, derived from the vital statistics registration source, confirms the findings of other researchers (8, 9): that in developed countries where abortion is legal, the procedure is safer than pregnancy or childbirth. Over 914,000 therapeutic abortions were performed in Canada from 1974-1988, resulting in only three deaths, one in 1974, one in 1979 and one in 1986. No therapeutic abortion-related deaths were reported in 1987 or 1988.

Deaths, based on Vital Statistics Registration in Canada, resulting from abortion dropped rapidly after the implementation of the 1969 abortion law. From 1965-1969 abortion-related deaths based on registration of deaths, accounted for one in seven maternal deaths. That dropped to one in 11 from 1970-1974, one in 17 from 1975-1979 and one in 25 from 1980-1988 (Table 12).

Table 12

Total Maternal Deaths and Abortion Related Maternal Deaths, Canada 1965-1988

Period Période	Total maternal deaths ¹ Total des décès maternels ¹	Abortion related deaths ²			
		Décès résultant d'un avortement ²			
		Spontaneous abortion	Legal abortions	Other and not specified abortion	
	Total	Avortements spontanés	Avorte- ments légaux	Autres avortements et avortements non précisés	
1965-1969	457	61	18	3	40
1970-1974	267	25	11	7	7
1975-1979	119	7	6	1	-
1980-1984	90	2	1	-	1
1985-1988	59	4	2	1	1

Sources: ¹ Statistics Canada. Births (Standard Table No. 41051) and Deaths (Standard Table No. 41052) Vol. 1. Formerly Cat. 84-204

¹ Statistique Canada. Naissances (tableau normalisé n° 41051) et décès (tableau normalisé n° 41052) volume 1, antérieurement no 84-204 au catalogue.

² Statistics Canada. Causes of Death (Standard Table No. 41030) Vol IV. formerly cat. 84-203

² Statistique Canada. Causes de décès (tableau normalisé n° 41030) volume IV. antérieurement n° 84-203 au catalogue.

From 1965-1969 three deaths were registered by legal abortion, increasing to seven from 1970-1974. One death was reported from 1975-1984 and one from 1985-1988. The number of deaths from the category "other and not specified abortion," which includes self or criminally induced abortion, also showed a marked decline. Deaths in this category declined more than 82% during the first 10 years of the operation of the abortion law: 42 deaths were recorded in this category from 1965-1969 and seven were recorded from 1970-1974; no such deaths were recorded for the next five years, 1975-1979; two deaths were recorded in this category from 1980-1988.

Mortalité liée aux avortements

Tirées des registres de l'état civil, les données canadiennes sur la mortalité maternelle confirment les constatations de certains chercheurs (8,9), selon lesquelles dans les pays nantis où l'avortement est légalisé, l'intervention est moins dangereuse que la grossesse ou l'accouchement. De 1974 à 1988, plus de 914,000 avortements thérapeutiques ont été pratiqués au Canada, n'entrant que trois décès, survenus en 1974, en 1979 et en 1986 respectivement. Aucun décès relié à un avortement n'a été déclaré en 1987 ou en 1988.

Selon les déclarations de décès survenus au Canada entre 1965 et 1969, après l'entrée en vigueur de la loi de 1969 sur l'avortement, le nombre de décès résultant d'un avortement a diminué rapidement. Un décès maternel sur sept était relié à un avortement. Ce rapport a ensuite diminué, s'établissant à 1 décès sur 11 entre 1970 et 1974, 1 décès sur 17 entre 1975 et 1979, et 1 sur 25 entre 1980 et 1988 (tableau 12).

Tableau 12

Nombre total des décès maternels et des décès résultant d'un avortement, Canada, 1965-1988

Period Période	Total maternal deaths ¹ Total des décès maternels ¹	Abortion related deaths ²		
		Décès résultant d'un avortement ²	Spontaneous abortion	Legal abortions
	Total		Avortements spontanés	Avorte- ments légaux
1965-1969	457	61	18	3
1970-1974	267	25	11	7
1975-1979	119	7	6	1
1980-1984	90	2	1	-
1985-1988	59	4	2	1

On a déclaré trois décès attribuables à un avortement légal entre 1965 et 1969, sept entre 1970 et 1974, puis un seul entre 1975 et 1984, et entre 1985 et 1988. Le nombre de décès associés à la catégorie «Autres avortements et avortements non précisés», qui comprend les auto-avortements et les avortements criminels, a également connu un déclin sensible. Les décès liés à cette catégorie ont diminué de plus de 82% au cours des 10 premières années de l'application de la loi sur l'avortement. Tandis que 42 cas avaient été déclarés entre 1965 et 1969, 7 l'ont été entre 1970 et 1974 et aucun entre 1975 et 1979. Deux décès ont ensuite été rapportés entre 1980 et 1988.

Summary

Several conclusions can be drawn from a review of the Canadian abortion data from 1970-1988, supplied by participating hospitals from the 10 provinces, the two territories, Quebec clinics and facilities from states along the Canada-United States border.

After the 1969 abortion law was implemented, the numbers and rates of therapeutic abortions performed in hospitals increased rapidly, especially during the first half of the 1970s. The numbers and rates increased at a much lower pace during the second half of the 1970s and the first three years of the 1980s. The number of therapeutic abortions peaked at approximately 66,000 in 1982 and again in 1988. The abortion rate fell from its peak of 11.6 per thousand females ages 15-44 in 1979 to 10.6 in 1988.

The annual abortion rates for the Atlantic provinces, except Nova Scotia, were generally lower than the rates for Ontario and the four western provinces. Quebec clinics added an annual average of 3,800 therapeutic abortions; facilities in states along the Canada-United States border added an annual average of 3,500.

An increasing number of women throughout the period of 1974-1988 obtained abortions in the early stages of pregnancy. First-trimester (under 13 weeks) abortions increased to 89.6% of about 66,000 abortions in 1988 from 81.3% of about 49,000 abortions in 1975. The increase was most marked for single women (to 88.3% from 78.5%) and for women under 20 years (to 84.9% from 74.0%). The increase of abortions performed in the early stages of pregnancy may be one of the reasons for a 50% decline in the abortion-related complication rate. The rate fell to 1.6% in 1988 from 3.2% in 1975. Moreover, abortion-related maternal deaths decreased. Abortion-related maternal deaths accounted for one of every seven maternal deaths from 1965-1969 but only for one of every 25 maternal deaths from 1980-1988.

Only three abortions-related deaths were reported for the over 914,000 therapeutic abortions performed from 1974-1988. Over the same period, the abortion rate for women aged 20-24 was higher than the rates for women of other age groups. Suction dilatation and curettage (Suction D & C) was the most common procedure used to perform nine of every ten therapeutic abortions from 1974 to 1988.

More detailed data is available in Standard Table No 41020. To order see page 298.

Sommaire

On peut tirer plusieurs conclusions d'un examen des données canadiennes sur les avortements pour la période de 1970 à 1988, données fondées sur les renseignements fournis par les hôpitaux des dix provinces et des deux territoires, par les cliniques du Québec et par certains établissements des États américains limitrophes du Canada.

Après l'entrée de la loi de 1969 sur l'avortement, le nombre et les taux d'avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux ont augmenté, d'abord rapidement au cours de la première moitié des années 70, puis beaucoup plus lentement jusqu'en 1983. Le nombre d'avortements thérapeutiques a atteint un sommet d'environ 66 000 en 1982 ainsi qu'en 1988. Le taux d'avortements a diminué d'un sommet de 11.6 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans en 1979 au taux de 10.6 en 1988.

Les taux d'avortements annuels pour les provinces de l'Atlantique, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, étaient généralement plus faibles que pour l'Ontario et les quatre provinces de l'Ouest. En moyenne, on a pratiqué chaque année sur des Canadiennes 3 800 avortements thérapeutiques dans les cliniques du Québec et 3 500 dans les établissements des États américains limitrophes du Canada.

Entre 1974 et 1988, un nombre croissant de femmes ont obtenu un avortement au début de leur grossesse. Les avortements pratiqués au cours du premier trimestre de la grossesse (moins de 13 semaines) ont augmenté, représentant 89.6% des quelque 66 000 avortements déclarés en 1988, comparativement à 81.3% des quelque 49 000 cas en 1975. La proportion des avortements pratiqués au début de la grossesse a le plus augmenté chez les célibataires (de 78.5% à 88.3%) et chez les femmes de moins de 20 ans (de 74.0% à 84.9%). Un tel accroissement peut en partie expliquer la diminution de 50% du taux de complications résultant d'un avortement, qui est passé de 3.2% en 1975 à 1.6% en 1988. Les décès dus à un avortement ont également diminué. Entre 1965 et 1969, 1 décès maternel sur sept a été relié à un avortement, mais seulement 1 sur 25 entre 1980 et 1988.

Pour plus de 914 000 avortements thérapeutiques pratiqués entre 1974 et 1988, on a déclaré trois décès résultant d'un avortement. Au cours de la même période, le taux d'avortements pour les femmes âgées de 20 à 24 ans a été plus élevé que pour les femmes des autres groupes d'âge. L'aspiration endo-utérine a été l'intervention la plus répandue; de 1974 à 1988, cette méthode a été employée pour pratiquer neuf avortements thérapeutiques sur dix.

On peut obtenir des données plus détaillées en consultant le tableau normalisé n° 41020. Pour commander voir page 298.

References - Références

1. The Criminal Code. **Revised Statutes of Canada.** Chapter C-34, Section 251. Ottawa: Department of Justice, 1970.
2. **Bill C-43.** Ottawa: Department of Justice, Nov. 3. 1989.
3. Henshaw, Stanley K. "Induced Abortion: A World Review, 1990." Family Planning Perspective. March/April 1990. Vol. 22.
4. **Régie de l'assurance-maladie du Québec.** Quebec City; the Province of Quebec.
- 5E. Statistics Canada. **Therapeutic Abortions. 1988. Vol. 2, No. 1.** Billing no. 41020.
- 5F. Statistique Canada. **Avortements thérapeutiques. 1988. Vol. 2, No.1.** Numéro de la facture 41020.
6. **Estimates (annual) of population, Canada, 1971 to 1988.** Ottawa; Statistics Canada, Demography Division.
7. World Health Organization. **Induced Abortion.** Report of a WHO Scientific Group. 1978. Technical Report Series 623.
8. Henshaw, Stanley K. **Induced Abortion: A World Review.** op cit (see reference 3).
9. Potts, Malcolm; Peter, Diggory; and Peel, John. **Abortion.** New York; Cambridge University Press, 1977.

The Health of the Elderly and the Extent of Family Mutual Aid

Louise Lapierre

Abstract

By 1986, Canadian life expectancy at birth for men had risen to 73 years; for women, it was almost 80 years. Life expectancy without disability, on the other hand, was 61.3 years for men and 64.9 years for women.

Although many Canadians aged 65 and over suffer from health problems and restrictions in their activities, most consider themselves to be in good, or even excellent, health. However, elderly women are slightly more likely to rate their health status as fair or poor than are elderly men. Circulatory system diseases and cancer are responsible for most cases of hospitalization and death in elderly Canadians.

The elderly often exchange services with relatives, and this arrangement seems generally to correspond to their needs.

Introduction

In recent years, the political, economic and social implications of Canada's aging population has attracted the attention of both specialists and the general public. Among the important issues raised in these discussions have been the potential impact of an increasing number of elderly on health care systems, and on the well-being of the elderly themselves.

Several recent studies have focused on assessing the health care needs of certain population sub-groups to offer these groups better services and to ensure more efficient management of resources; it is in this context that the present study has been conducted.

Responding adequately to the specific health care needs of the elderly is a major concern for health care administrators. Thus this article offers an overview of the health status of Canadians aged 65 and over, on the basis of health and vital statistics and data from various surveys.

The help that family and community members provide for one another merits particular attention because it can have an impact on the use of medical services. We will therefore discuss family mutual aid and the exchange of services that takes place within the family.

Les personnes âgées: bilan de santé et entraide familiale

Louise Lapierre

Résumé

Au Canada, en 1986, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 73 années chez les hommes, tandis qu'elle atteignait presque 80 ans chez les femmes. L'espérance de vie sans incapacité, cependant, s'élevait à 61.3 années pour les hommes et à 64.9 années pour les femmes.

Même si les personnes âgées de 65 ans et plus éprouvent certains problèmes de santé et souffrent d'une restriction d'activité, la plupart s'estiment en bonne, voire en excellente santé. Les femmes sont toutefois un peu plus nombreuses que les hommes à qualifier leur état de santé de moyen ou mauvais. Par ailleurs, la majorité des cas d'hospitalisation et de décès parmi les personnes âgées sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire et au cancer.

Enfin, il existe vraisemblablement un échange de services entre les personnes âgées et leurs proches, qui semble correspondre assez bien aux besoins des gens du troisième âge.

Introduction

Au cours des dernières années, les conséquences politiques, économiques et sociales du vieillissement de la population ont suscité l'intérêt à la fois des spécialistes et du grand public. Les répercussions possibles de ce phénomène sur le système de santé et sur le bien-être même des personnes âgées sont parmi les principales questions d'intérêt.

Plusieurs récentes études ont eu comme objectif de déterminer les besoins en matière de santé de certains sous-groupes de la population afin de leur offrir de meilleurs services et d'assurer une gestion plus efficace des ressources. C'est le contexte dans lequel s'inscrit la présente étude.

Une réponse adéquate aux besoins spécifiques de nos ainés constitue l'une des principales préoccupations des administrateurs des services de santé. Nous dresserons donc ici le bilan de la santé des personnes âgées de 65 ans et plus à l'aide de données provenant de différentes enquêtes, ainsi que des statistiques de la santé et de l'état civil.

L'aide que s'apportent les membres d'une famille ou d'une communauté mérite une attention particulière puisqu'elle peut avoir un effet sur l'utilisation des services médicaux. Nous traiterons donc également de l'entraide familiale et de l'échange de services qui existe à l'intérieur de la famille.

Data sources

Our discussion of the overall health status of the elderly, their main health problems and the extent of mutual aid offered within the family, is based on results from the first cycle of the General Social Survey (GSS), conducted in 1985 (1). The GSS is an annual survey, the main theme of which changes from year to year. The objectives of the GSS are to gather data required to study the evolution of Canadian society, and to provide information on specific policy questions. The theme of Cycle One was social support for the elderly. However, Cycle One did not cover persons living in institutions; this excluded 3% of Canada's population aged 65 to 74, and 17% of those aged 75 and over (2).

Information on life expectancy in good health and on activity limitations was provided by the Health and Activity Limitation Survey (HALS), conducted in 1986 (3). HALS dealt with the nature and severity of disabilities among Canadians, and with the difficulties the disabled experience in the performance of their daily activities.

The data on hospital morbidity (1985-86) were obtained from provincial summaries of hospital discharges compiled by the Canadian Centre for Health Information in accordance with the 9th revised edition of the International Classification of Diseases (ICD) (4).

Statistics on mortality (1987) were obtained from the national death file, which contains records of all death certificates issued by the registry offices of the provinces and territories (5). These data are also compiled in accordance with the 9th revised edition of the ICD.

For the analysis of certain variables, the Enquête Santé Québec (1987) was of assistance (6).

All of the data have been disaggregated by sex. Where possible, a further disaggregation by age group--65 to 74, and 75 and over-- has been performed.

I- Health

A) Life Expectancy, and Life Expectancy in Good Health

Canadian life expectancy at birth is among the highest in the world. From 1931 to 1981, life expectancy increased by 11.9 years for Canadian men, and by 16.9 years for Canadian women (7). This progress can be attributed to many factors, including declining incidence of infectious diseases as a result of improved sanitation, healthier living conditions and the introduction of antibiotics.

In 1986, life expectancy at birth for men was 73.0 years; for women, it was 79.8 years (Table 1). From 1981, this was an increase of 1.1 years for men and 0.8 years for women.

Sources des données

Notre examen de l'état de santé des personnes âgées, de leurs principaux problèmes de santé et de l'entraide familiale se fonde sur les résultats du premier cycle (1985) de l'Enquête sociale générale (1). Cette enquête constitue un programme continu de cueillette d'informations, dont le thème principal varie chaque année. Elle a pour objectifs de recueillir des données permettant d'étudier l'évolution de la société canadienne et de fournir des renseignements relatifs à des questions précises de politique. Le premier cycle de l'enquête avait pour thème l'aide aux personnes âgées. On n'a toutefois pas interrogé les personnes vivant en établissement, excluant ainsi 3% des 65-74 ans et 17% des 75 ans et plus (2).

L'espérance de vie en bonne santé et les données sur la restriction d'activité ont été établies grâce à l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, menée en 1986 (3). Cette enquête portait sur la nature et la gravité de l'incapacité des personnes atteintes et sur les difficultés qu'elles éprouvent dans l'exercice de leurs tâches quotidiennes.

Les données sur la morbidité hospitalière (1985-86) proviennent des relevés provinciaux des cas de sortie des hôpitaux et ont été établies par le Centre canadien d'information sur la santé conformément à la IXe révision de la Classification internationale des maladies (4).

Les statistiques de la mortalité (1987) proviennent du fichier national des décès établi à partir des déclarations de décès des bureaux de l'état civil de chaque province ou territoire (5). Ces données sont également compilées selon la IXe révision de la Classification internationale des maladies .

Les résultats de l'Enquête Santé Québec (1987) ont également servi à l'analyse de certaines variables (6).

Toutes les données présentées ici sont ventilées selon le sexe. En outre, lorsque cela était possible, elles ont été désagrégées pour les tranches d'âge de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus.

I- Bilan de santé

A) Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé

Au Canada, l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées au monde. De 1931 à 1981, elle s'est accrue de 11.9 années chez les hommes et de 16.9 années chez les femmes (7). Ce progrès est attribuable, notamment, à la régression des maladies infectieuses due aux meilleures conditions de vie, à l'apparition des antibiotiques ainsi qu'à des habitudes de vie plus saines.

En 1986, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 73.0 années chez les hommes et à 79.8 années chez les femmes (tableau 1). Ces chiffres représentent une augmentation de 1.1 année pour les hommes et de 0.8 année pour les femmes depuis 1981.

Table 1

Life Expectancy and Life Expectancy Without Disability By Age and Sex, Canada, 1986

Age Âge	Total life expectancy Espérance de vie totale	Life expectancy Espérance de vie	
		Without disability Sans incapacité	With disability Avec incapacité
Men - Hommes			
0 years - ans	73.0	61.3	11.7
15 "	59.0	48.0	11.0
25 "	49.6	39.0	10.7
35 "	40.2	30.1	10.1
55 "	22.3	14.0	8.3
65 "	14.9	8.1	6.8
Women - Femmes			
0 years - ans	79.8	64.9	14.9
15 "	65.6	51.2	14.3
25 "	55.8	41.9	14.0
35 "	46.1	32.7	13.4
55 "	27.5	15.9	11.6
65 "	19.2	9.4	9.8
Total			
0 years - ans	76.4	63.1	13.3
15 "	62.3	49.6	12.7
25 "	52.7	40.4	12.3
35 "	43.2	31.4	11.8
55 "	25.0	15.0	10.0
65 "	17.2	8.8	8.4

Life expectancy is undeniably an important indicator of the health status of a population, but the quality of life individuals can expect as they age also deserves attention. Wilkins and Adams (8) used HALS data to calculate the number of years Canadians can expect to live in good health; that is, without disability.

Life expectancy without disability for men at birth was 61.3 years; for women, it was 64.9 years. Hence Canadian women live an average of 6.8 years longer than men, of which 3.6 years are in good health. Men who have reached age 65 can expect to live another 8.1 years without disability; women at this age can expect another 9.4 years of good health. The combined average for men and women is 8.8 years.

A) Self-evaluation of Health Status

This section presents data drawn from the GSS, and from HALS. In both surveys, respondents assessed their health status themselves; their assessments were not necessarily supported by a doctor's diagnosis.

Tableau 1

Spérance de vie et espérance de vie sans incapacité, selon l'âge et le sexe, Canada, 1986

Age Âge	Total life expectancy Espérance de vie totale	Life expectancy Espérance de vie	
		Without disability Sans incapacité	With disability Avec incapacité
Men - Hommes			
0 years - ans	73.0	61.3	11.7
15 "	59.0	48.0	11.0
25 "	49.6	39.0	10.7
35 "	40.2	30.1	10.1
55 "	22.3	14.0	8.3
65 "	14.9	8.1	6.8
Women - Femmes			
0 years - ans	79.8	64.9	14.9
15 "	65.6	51.2	14.3
25 "	55.8	41.9	14.0
35 "	46.1	32.7	13.4
55 "	27.5	15.9	11.6
65 "	19.2	9.4	9.8
Total			
0 years - ans	76.4	63.1	13.3
15 "	62.3	49.6	12.7
25 "	52.7	40.4	12.3
35 "	43.2	31.4	11.8
55 "	25.0	15.0	10.0
65 "	17.2	8.8	8.4

La durée de la vie est certes un indicateur important de l'état de santé d'une population, mais la qualité même de cette vie mérite une attention particulière. A partir des résultats de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Wilkins et Adams (8) ont évalué le nombre d'années que les individus peuvent s'attendre à vivre en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacité.

À la naissance, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 61.3 années chez les hommes et à 64.9 années chez les femmes. Celles-ci vivent donc en moyenne 6.8 années de plus que les hommes, dont seulement 3.6 années en bonne santé. A l'âge de 65 ans, les hommes peuvent s'attendre à vivre en bonne santé pendant encore 8.1 années et les femmes, 9.4 années. A cet âge, l'espérance de vie sans incapacité pour les deux sexes réunis est de 8.8 années.

A) Auto-évaluation de l'état de santé

Cette section présente des données provenant de l'Enquête sociale générale et de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités. Au cours de celles-ci, les personnes interrogées ont elles-mêmes estimé leur état de santé, sans nécessairement s'appuyer sur le diagnostic d'un médecin.

a) Overall Health Status

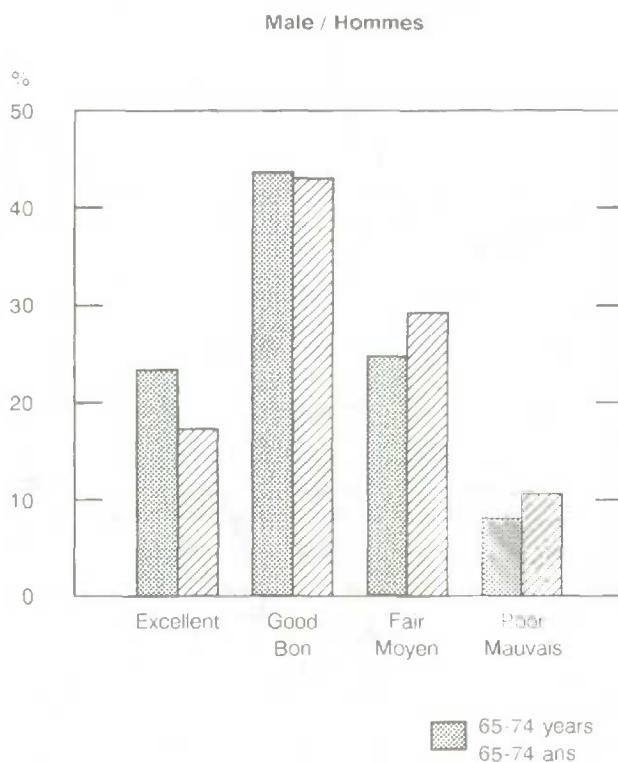
Many factors can affect health. Lifestyle and heredity play a considerable role, as do certain socio-economic variables: for example, in the Enquête Santé Québec (ESQ), elderly men and women in the highest economic category were three times more likely to declare themselves to be in excellent or very good health than were those in the lowest income category (9). The ESQ also found that seniors who enjoyed a high level of social support were twice as likely to declare themselves to be in good or excellent health than were those who received little social support (10).

As part of the GSS, the elderly were asked to compare their health status to that of other persons of the same age. Despite the subjectivity of such an assessment, studies have shown a close correlation between it and the presence of physical problems (11). These studies have also found correlations between self-reported health status and use of hospital services, and even of mortality.

Chart 1 shows responses to the question: "Compared to persons your age, would you say the state of your health is excellent, good, fair or poor?"

Chart 1

Self-Reported Health Status by Age and Sex, Canada, 1985



a) État de santé global

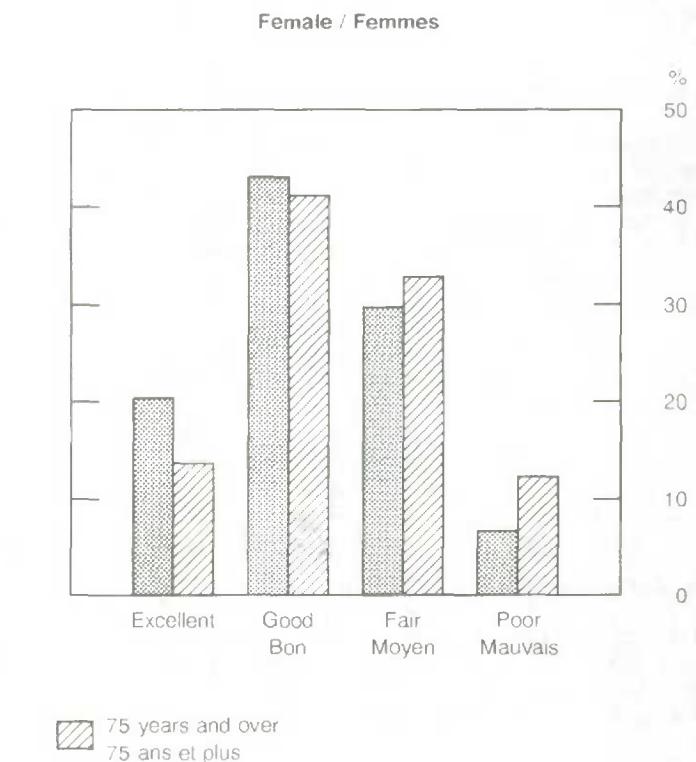
Plusieurs facteurs peuvent influencer l'état de santé. Les habitudes de vie et l'hérédité jouent un rôle considérable, tout comme certaines variables socio-économiques. Les résultats de l'Enquête Santé Québec, par exemple, ont démontré que les personnes âgées les mieux nanties sont trois fois plus susceptibles de se déclarer en excellente ou en très bonne santé que celles qui font partie des catégories à faible revenu (9). Toujours selon cette enquête, les personnes du troisième âge qui reçoivent beaucoup d'aide de leur milieu sont deux fois plus portées à se déclarer en très bonne ou en excellente santé que celles qui en reçoivent peu (10).

Pour l'Enquête sociale générale, on a demandé aux personnes âgées de comparer leur état de santé à celui des autres personnes du même âge. Certaines recherches ont établi une étroite corrélation entre cette évaluation, aussi subjective soit-elle, et l'existence de problèmes physiques (11). Elles ont également démontré que l'auto-évaluation de l'état de santé peut servir à prédire l'utilisation des services hospitaliers et même la mortalité.

Le graphique 1 présente les réponses obtenues à la question: «Comparativement aux personnes de votre âge, vous diriez que votre état de santé est excellent, bon, moyen ou mauvais?».

Graphique 1

État de santé auto-évalué selon l'âge et le sexe, Canada, 1985



These responses indicate that health status diminishes with age. Persons aged 75 and over are less inclined to consider themselves in excellent health than are persons aged from 65 to 74, and are more likely to rank their health status as fair or poor.

A higher proportion of men than women declare themselves to be in excellent health; this is true for both age groups. At the same time, more women than men assess their health status as being fair or poor. Equal numbers of men and women rank their health status as good.

Self-evaluation of health is based primarily on two factors: health problems, and difficulties encountered in the performance of daily activities.

b) Health Problems

The GSS questionnaire contained questions on health problems such as high blood pressure, heart disease, diabetes, respiratory disease, and arthritis or rheumatism (Chart 2). Respondents could declare more than one health problem.

Chart 2

Population 65 Years and Over by Selected Health Problems, Age and Sex, Canada, 1985

Les résultats indiquent que l'état de santé diminue avec l'âge. Comparativement aux 65-74 ans, les personnes âgées de 75 ans et plus sont moins portées à s'estimer en excellente santé et plus susceptibles de qualifier leur état de moyen ou mauvais.

Par ailleurs, les hommes se déclarent en excellente santé dans une proportion plus élevée que les femmes et ce, dans les deux groupes d'âge. Plus de femmes que d'hommes considèrent leur état de santé comme étant moyen ou mauvais. Cependant, des proportions similaires d'hommes et de femmes jugent bon leur état de santé.

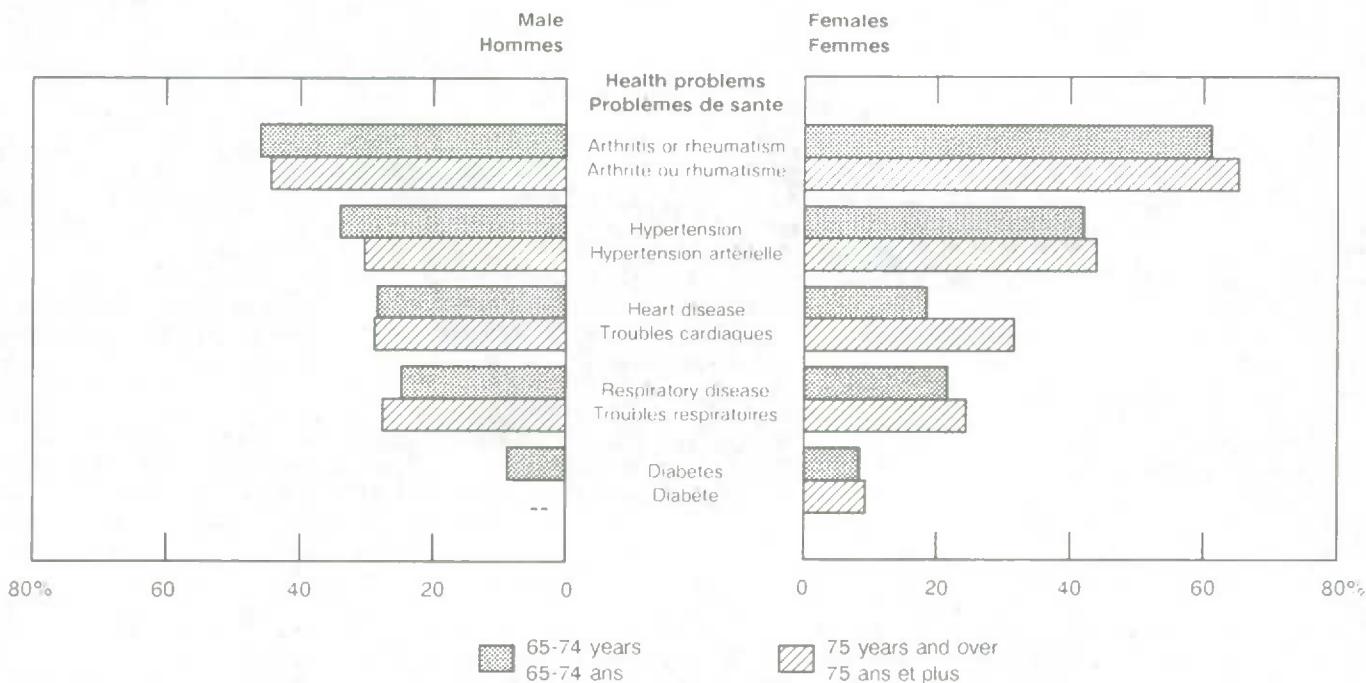
L'auto-évaluation de l'état de santé se fonde principalement sur deux critères: l'existence de problèmes de santé ainsi que les difficultés éprouvées dans l'exercice des activités quotidiennes.

b) Problèmes de santé

Le questionnaire de l'Enquête sociale générale contenait quelques questions relatives à certains problèmes de santé tels que l'hypertension artérielle, les troubles cardiaques, le diabète, les troubles respiratoires et l'arthrite ou le rhumatisme (graphique 2). Notons qu'une même personne a pu déclarer souffrir de plus d'une maladie.

Graphique 2

Répartition de la population âgée de 65 ans et plus selon différents problèmes de santé, l'âge et le sexe, Canada, 1985



-- Amount too small to be expressed.

-- Nombres infimes.

Arthritis and rheumatism affected from 45% to 65% of seniors, with women more affected than men. (HALS found that diseases of the osteomuscular system and connective tissues (including arthritis and rheumatism) accounted for one third of all incapacitating ailments in seniors (12)).

High blood pressure affected about one third of the men and more than 40% of the women in both age groups. High blood pressure did not increase with age in men, at least not for the age groups under consideration. For women, however, there was a correlation between age and high blood pressure, with older women running a greater risk of experiencing this health problem.

Heart disease affected 28% of men and 18% of women aged 65 to 74. For men aged 75 and over, the rate remained stable, but for women in this age group it increased to 32%.

About one quarter of seniors were affected by respiratory problems, with the rate increasing with age. Rates for men and women were similar.

Diabetes was the least frequently cited health problem; in all age and sex groups, less than one in ten respondents cited the disease.

c) Disability

HALS gathered detailed information on the characteristics of disabled persons in Canada. Table 2 shows the number of disabled persons by severity of disability.

Nearly six out of ten persons aged 65 and over living in households did not have a disability. However, the proportion of men and women who were disabled increased with age. Among men, the figure rose from 38% for the 65 to 74 year group to 44% for the 75 to 84 year group, and to 67% for the 85 and over group. Among women, one third of those aged 65 to 74 had at least one disability, compared to more than half of those aged 75 to 84, and more than three quarters of those aged 85 and over.

As well as declaring disability more often than men, women were also more likely to suffer from a moderate or severe disability. Among elderly women, 39% declared a moderate disability, compared to 34% of men; and 30% of elderly women, compared to 22% of elderly men, assessed their disability as severe.

To summarize, both the proportion of the elderly suffering from disability and the severity of their disabilities increase with age. At the same time, the frequency and severity of disability is greater among women.

L'arthrite ou le rhumatisme atteint entre 45% et 65% des personnes âgées, les femmes en souffrant dans une proportion supérieure. Selon les résultats de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, les maladies du système ostéo-musculaire et des tissus conjonctifs (comportant l'arthrite et le rhumatisme) constituaient d'ailleurs le tiers des affections incapacitantes des personnes du troisième âge (12).

L'hypertension artérielle touche environ le tiers des hommes et plus de 40% des femmes dans les deux groupes d'âge. Chez les hommes, les risques de souffrir d'hypertension artérielle n'augmentent pas avec l'âge, du moins pour les deux tranches d'âge qui nous intéressent. Chez les femmes, cependant, il existe un lien entre l'âge et l'hypertension artérielle, les femmes plus âgées risquant davantage d'en être atteintes.

On retrouve des problèmes cardiaques chez 28% des hommes et 18% des femmes de 65 à 74 ans. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, le taux reste stable pour les hommes, mais augmente à 32% pour les femmes.

Les troubles respiratoires atteignent environ le quart des personnes du troisième âge. Si la fréquence augmente avec l'âge, la différence selon le sexe n'est pas marquée.

Le diabète est le moins cité des problèmes de santé. Dans chacun des groupes d'âge, moins d'une personne sur dix déclare en souffrir.

c) Incapacité

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités a permis de recueillir de l'information sur les caractéristiques des Canadiens souffrant d'incapacité. Le tableau 2 présente le nombre de personnes âgées faisant partie d'un ménage selon le degré d'incapacité.

Près de 6 personnes sur 10 âgées de plus de 64 ans et faisant partie d'un ménage n'éprouvent aucune incapacité. La proportion d'individus atteints d'incapacité augmente toutefois avec l'âge. Chez les hommes, elle passe de 38% dans le groupe des 65-74 ans à 44% dans celui des 75-84 ans et à 67% parmi les 85 ans et plus. Chez les femmes, le tiers des 65-74 ans souffrent d'incapacité, ce qui est le cas de plus de la moitié des 75-84 ans et d'au moins les trois quarts des 85 ans et plus.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être atteintes d'incapacité et, en outre, d'une incapacité plus marquée. Parmi les 65 ans et plus, 39% des femmes contre 34% des hommes déclarent une incapacité moyenne; 30% des femmes contre 22% des hommes du même âge considèrent leur incapacité comme étant grave.

En bref, la proportion des personnes âgées souffrant d'incapacité et la gravité de leur incapacité augmentent avec l'âge. La valeur de ces variables est en outre plus élevée chez les femmes.

Table 2

Population Aged 65 and Over Living in Households
According to Degree of Disability, Age and Sex, Canada,
1986

Age	Men - Hommes		Degree of disability		
	Without disability Sans incapacité	With disability Avec incapacité	Slight disability Incapacité légère	Moderate disability Incapacité moyenne	Severe disability Incapacité grave
65-74 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	453 62.0	278 38.0	137 18.7	93 12.8	48 6.5
75-84 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	166 56.2	129 43.8	47 16.1	46 15.7	35 11.9
85 years and over - 85 ans et plus Number - Nombre Percentage - Pourcentage	15 32.9	31 67.1	7 15.1	10 22.4	14 29.6
Age	Women - Femmes		Degree of disability		
	Without disability Sans incapacité	With disability Avec incapacité	Slight disability Incapacité légère	Moderate disability Incapacité moyenne	Severe disability Incapacité grave
65-74 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	589 66.9	291 33.1	110 12.5	113 12.9	68 7.7
75-84 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	212 48.2	228 51.8	62 14.1	94 21.4	72 16.3
85 years and over - 85 ans et plus Number - Nombre Percentage - Pourcentage	22 24.1	70 75.9	11 11.9	23 24.8	36 39.2

The implications of these findings on the use of medical services can be gauged by looking at HALS figures for the total Canadian disabled population living in households (12).

Charts 3 and 4 show that the more severe the disability, the more often individuals visit a doctor or are hospitalized. Among respondents suffering from a slight disability, 34% made one or two visits to a doctor in the three months prior to the survey, while 19% made three or more visits. Among respondents with a severe disability, one in three made one or two doctor's visits in the three months preceding the survey, while half visited at least three times.

A similar pattern occurred with hospitalization (12). In the twelve months preceding the survey, 18% of those with a slight disability were admitted to hospital once or twice, and 2% were hospitalized at least three times. By contrast, one third of respondents suffering from a severe disability were hospitalized once or twice, and 8% were hospitalized at least three times.

Tableau 2

Population âgée de 65 ans et plus vivant dans les ménages selon le degré d'incapacité, l'âge et le sexe, Canada, 1986

Age	Men - Hommes		Degree of disability		
	Without disability Sans incapacité	With disability Avec incapacité	Slight disability Incapacité légère	Moderate disability Incapacité moyenne	Severe disability Incapacité grave
65-74 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	453 62.0	278 38.0	137 18.7	93 12.8	48 6.5
75-84 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	166 56.2	129 43.8	47 16.1	46 15.7	35 11.9
85 years and over - 85 ans et plus Number - Nombre Percentage - Pourcentage	15 32.9	31 67.1	7 15.1	10 22.4	14 29.6
Age	Women - Femmes		Degree of disability		
	Without disability Sans incapacité	With disability Avec incapacité	Slight disability Incapacité légère	Moderate disability Incapacité moyenne	Severe disability Incapacité grave
65-74 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	589 66.9	291 33.1	110 12.5	113 12.9	68 7.7
75-84 years - ans Number - Nombre Percentage - Pourcentage	212 48.2	228 51.8	62 14.1	94 21.4	72 16.3
85 years and over - 85 ans et plus Number - Nombre Percentage - Pourcentage	22 24.1	70 75.9	11 11.9	23 24.8	36 39.2

On peut estimer les répercussions d'un tel phénomène sur l'utilisation des services médicaux grâce aux données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités concernant l'ensemble de la population canadienne faisant partie de ménages et souffrant d'incapacité (12).

Les graphiques 3 et 4 indiquent que plus l'incapacité est grave, plus la fréquence des consultations et des hospitalisations est élevée. Parmi les personnes atteintes d'une légère incapacité, 34% ont visité le médecin une ou deux fois au cours des trois mois précédant l'enquête; 19% l'ont fait au moins trois fois. De toutes les personnes éprouvant une incapacité grave, le tiers ont consulté le médecin une ou deux fois et la moitié l'ont fait au moins trois fois au cours des trois mois précédant l'enquête.

La tendance est similaire pour ce qui est de l'hospitalisation (12). Parmi les personnes atteintes d'une légère incapacité, 18% ont été hospitalisées une ou deux fois; 2% l'ont été au moins trois fois au cours des douze mois précédent l'enquête. De toutes les personnes éprouvant une incapacité grave, le tiers ont été hospitalisées une ou deux fois et 8% l'ont été au moins trois fois.

Chart 3

Disabled Persons in the Household Population by Frequency of Physician Visits During the Past Three Months by Degree of Disability, Canada, 1986

Graphique 3

Personnes souffrant d'incapacité et faisant partie d'un ménage, selon la fréquence des visites chez le médecin au cours des 3 mois précédent l'enquête et selon le degré d'incapacité, Canada, 1986

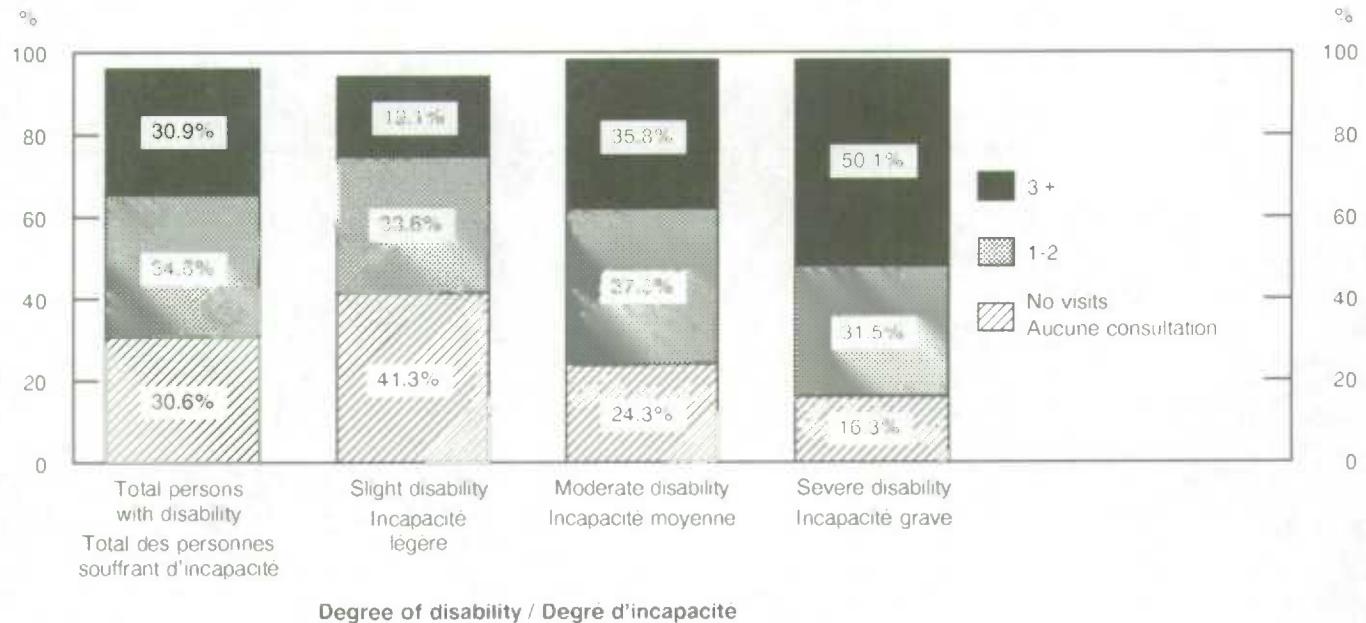
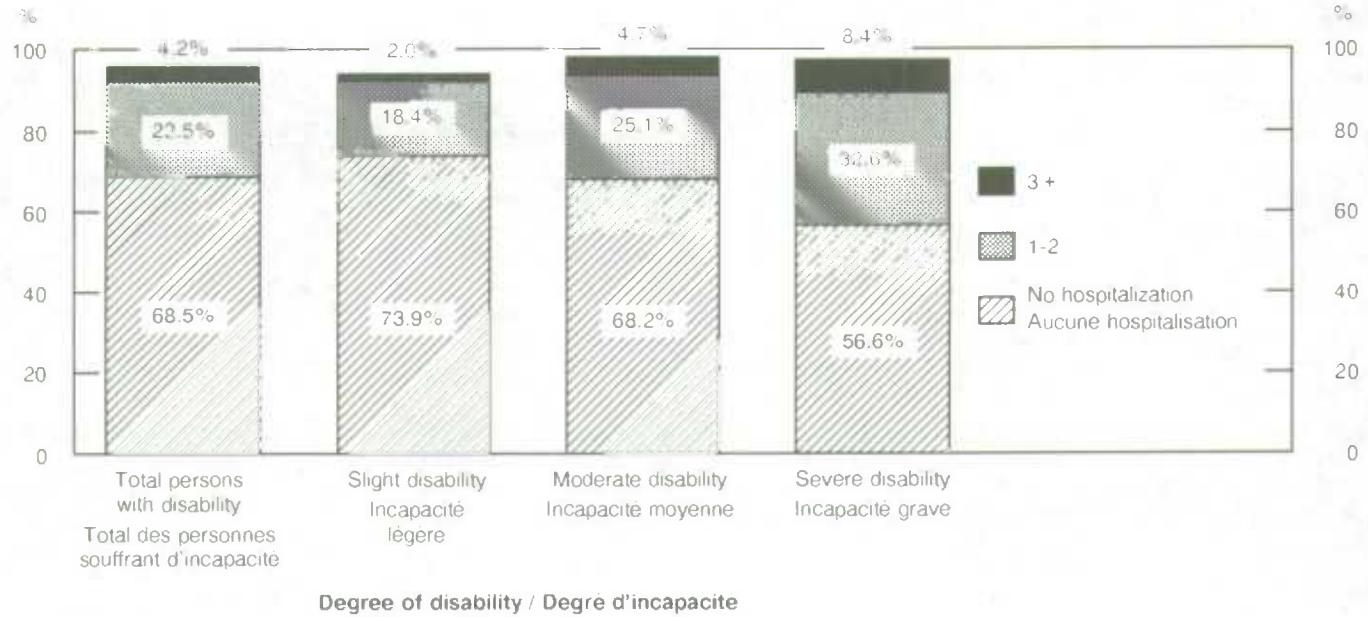


Chart 4

Disabled Persons in the Household Population by Frequency of Hospitalization During the Past 12 Months by Degree of Disability, Canada, 1986

Graphique 4

Personnes souffrant d'incapacité et faisant partie d'un ménage, selon la fréquence d'hospitalisation au cours des 12 mois précédent l'enquête et selon le degré d'incapacité, Canada, 1986



Overall, most respondents were not hospitalized at all during the reference period: this was true for nearly three quarters of the slightly disabled, seven out of ten of the moderately disabled, and nearly six out of ten of the severely disabled.

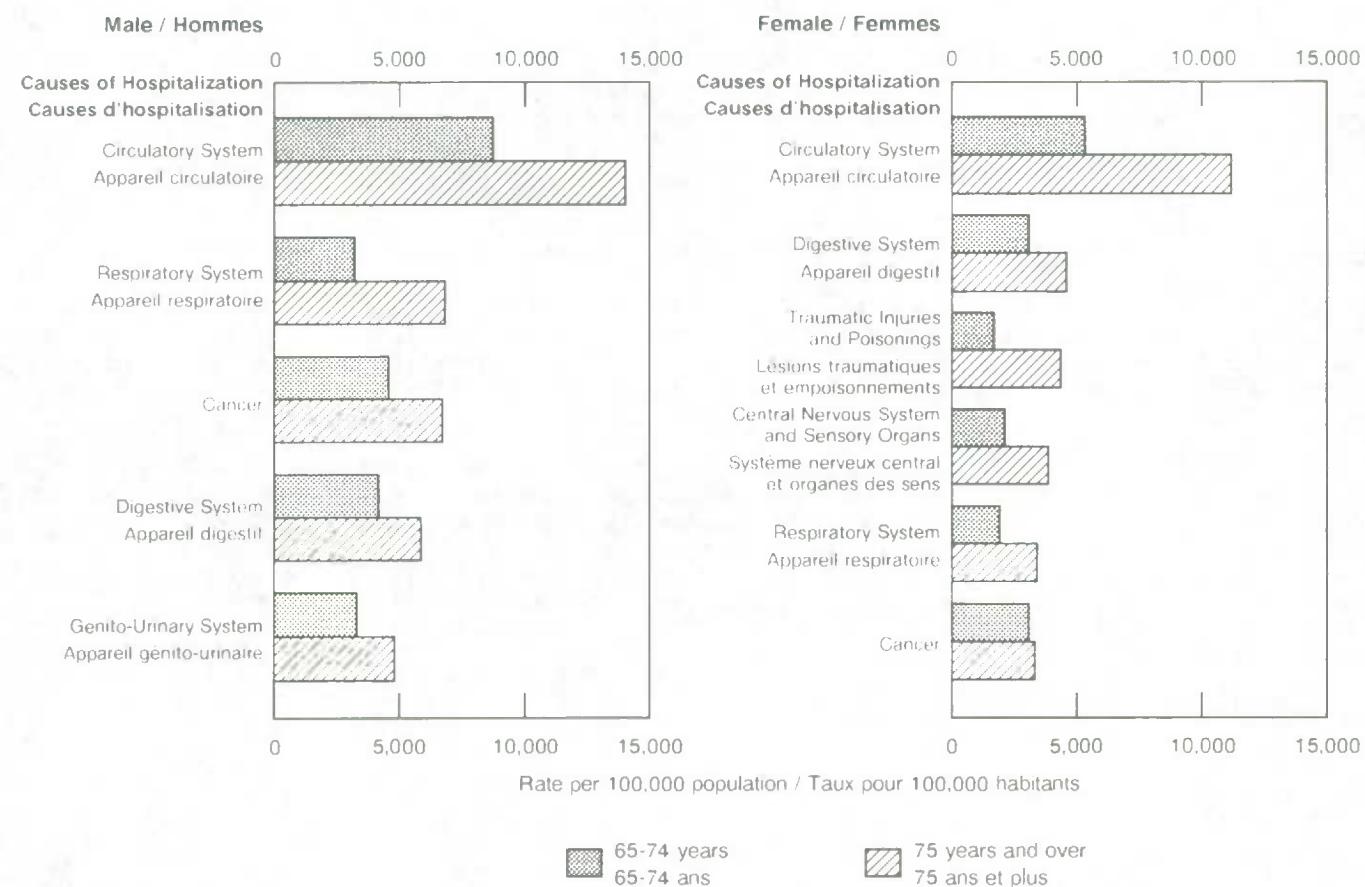
These data suggest that the severely disabled--representing 26% of the population aged 65 and over--use a large proportion of medical services (12).

B) Hospital Morbidity

Chart 5 depicts 1985-86 hospitalization rates by cause for the elderly in Canada. Hospital morbidity data are calculated on the basis of number of cases, not number of persons, because an individual may be admitted to hospital several times during a year (13).

Chart 5

Leading Causes of Hospitalization Among Persons Aged 65 and Over, by Age and Sex, Canada, 1985-1986



Néanmoins, la plupart des individus déclarant souffrir d'incapacité n'ont pas été hospitalisés durant la période de référence. Ce fut le cas des trois quarts des personnes ayant une légère incapacité, de sept personnes sur dix atteintes d'une incapacité moyenne et d'environ 6 personnes sur dix éprouvant une incapacité majeure.

Il semble donc que ce sont les personnes souffrant le plus d'incapacité - soit 26% de la population âgée - qui ont davantage recours aux services médicaux (12).

B) Morbidité Hospitalière

Le graphique 5 présente les taux d'hospitalisation des personnes âgées selon différentes causes en 1985-1986 (16). Les données reflètent le nombre de cas d'hospitalisation et non le nombre de malades, ceux-ci ayant pu être hospitalisés plus d'une fois au cours de l'année (13).

Diseases of the circulatory system were by far the main cause of hospitalization for the elderly. Rates range by age from 5,000 to about 14,000 per 100,000 population, with men having higher rates than women.

Other important causes include cancer, diseases of the respiratory system, diseases of the digestive system, diseases of the genito-urinary system (men), diseases of the central nervous system (women), and traumatic lesions and poisoning (women).

Although hospitalization rates increase with age for both sexes, women are hospitalized less often for most diseases. However, a recent study (14) found that the average hospital stay for women is longer than for men with the same disease, especially among older age groups. This does not necessarily mean that women take longer to recover than men; it may reflect the large proportion of elderly women who live alone. In 1986, 48% of Canadian women aged 75 and over lived alone, compared to 19% of men of the same age (15). It is likely that women who have no one at home to take care of them are kept in hospital longer than are most men.

The Enquête Santé Québec (1987) found that only 11% of the Quebec population aged 65 and over and 14% aged 75 and over had been hospitalized once or more in the year preceding the survey. Because hospital administrative records indicate that the elderly account for one half of all hospital days, this survey's results suggest that a small proportion of the population uses a large proportion of medical services (16).

C) Mortality

In 1987 (17), the death rate for men aged 65 to 74 (3.5%) was almost three times lower than the rate for men aged 75 and over (10.0%). The rate for women aged 65 to 74 (1.8%) was almost four times lower than the rate for the older group (7.1%).

These figures indicate that men are twice as likely as women to die between the ages of 65 and 74 years, and one and a half times as likely to die after age 74.

The main causes of death in the senior population are diseases of the circulatory system, cancer, diseases of the respiratory system, diseases of the digestive system, diseases of the endocrine system, and accidents (Chart 6). Heart disease and cancer alone are responsible for three quarters of all deaths among seniors.

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent de loin la première cause d'hospitalisation des personnes âgées. Le taux d'hospitalisation par âge varie entre 5,000 et 14,000 environ pour 100,000 habitants, étant plus élevé pour les hommes.

Les autres principales causes d'hospitalisation des personnes âgées sont le cancer, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies du système digestif, les maladies de l'appareil genito-urinaire (chez les hommes), les maladies du système nerveux central (chez les femmes) ainsi que les lésions traumatiques et empoisonnements (chez les femmes).

Si le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge quel que soit le sexe, les femmes sont moins fréquemment hospitalisées que les hommes pour la plupart des maladies. Cependant, une récente étude (14) a démontré que, pour une même maladie, la durée moyenne d'hospitalisation est plus longue pour les femmes et ce, surtout dans les groupes plus âgés. Cela ne signifie pas qu'elles se rétablissent moins vite que les hommes, mais découle peut-être du fait qu'une large proportion de femmes âgées vivent seules. Au Canada, en 1986, 48% des femmes de 75 ans et plus vivaient seules, comparativement à 19% des hommes du même âge (15). Il est probable que l'on garde plus longtemps à l'hôpital les femmes qui n'ont personne à la maison pour prendre soin d'elles.

L'Enquête Santé Québec (1987) révèle pour sa part qu'environ 11% des 65-74 ans et 14% des 75 ans et plus ont été hospitalisés au cours de l'année précédant l'enquête. Compte tenu du fait que la moitié des journées d'hospitalisation sont attribuables aux personnes âgées, de telles données suggèrent qu'une faible proportion de la population utilise une bonne part des services de santé (16).

C) La Mortalité

Selon les données de 1987 (17), le taux de mortalité pour les hommes âgés de 65 à 74 ans est presque trois fois moindre (3.5%) que pour les hommes âgés de 75 ans ou plus (10.0%). Pour les femmes de 65 à 74 ans, le taux est presque quatre fois moindre (1.8%) que pour leurs ainées (7.1%).

Comparativement aux femmes, les hommes risquent donc deux fois plus de mourir entre 65 et 74 ans et sont une fois et demie plus susceptibles de succomber après l'âge de 74 ans.

Les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif, les maladies endocrinianes ainsi que les accidents constituent les principales causes de décès de la population du troisième âge (graphique 6). Les maladies cardiaques et le cancer sont responsables à eux seuls des trois quarts des décès parmi les personnes âgées de 65 ans et plus.

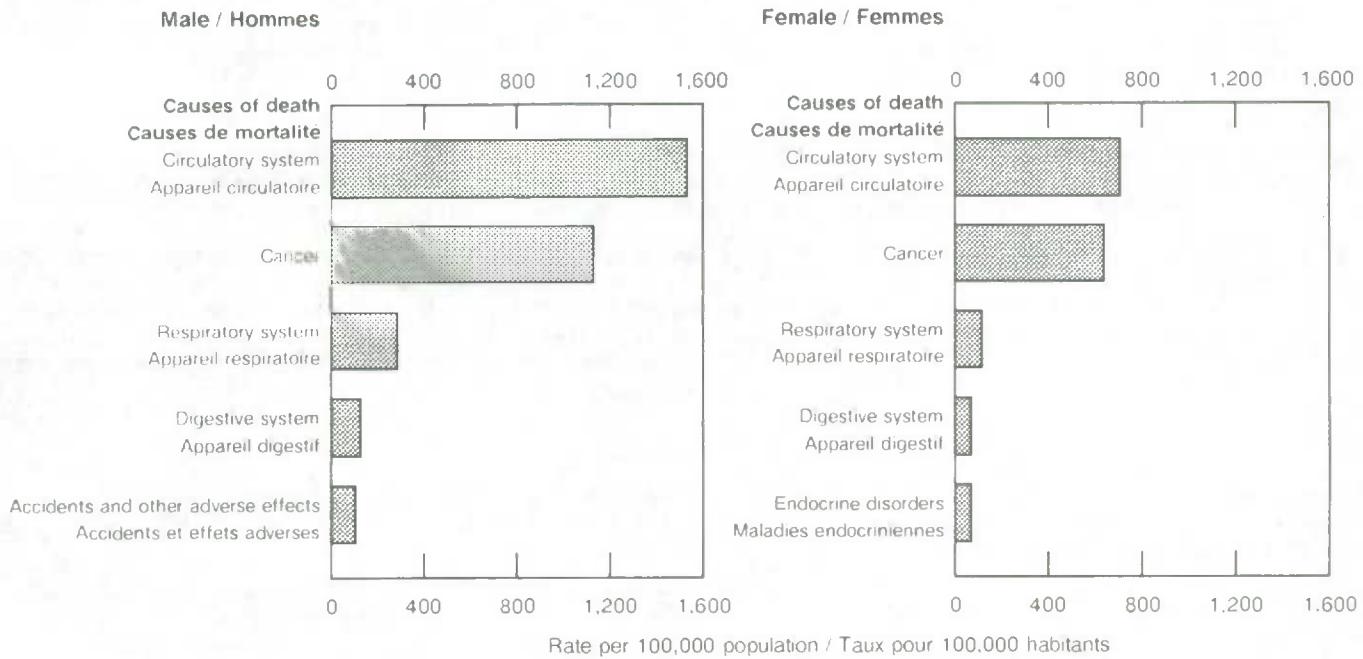
Chart 6

Leading Causes of Death Among Persons Aged 65 and Over, by Age and Sex, Canada, 1987

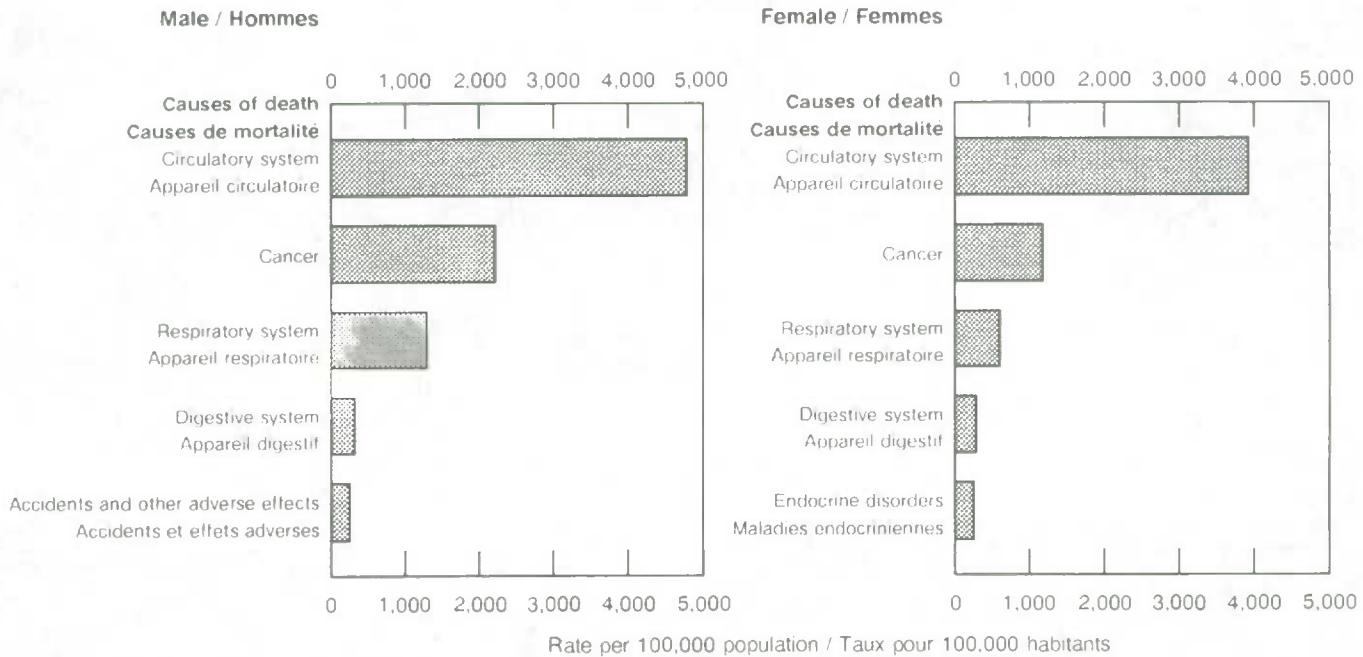
Graphique 6

Principales causes de mortalité des personnes âgées de 65 ans ou plus, selon l'âge et le sexe, Canada, 1987

65-74 years / 65-74 ans



75 years and over / 75 ans et plus



II - Family Mutual Aid

In the section on health status, we saw that elderly persons who enjoy a high level of social support tend to declare themselves in better health than those who receive little social support. One of the most important components of social support is family mutual aid.

Family mutual aid is defined here as the services rendered by members of a family, some of whom may live in separate households. Family members include parents, sons, daughters, and other relatives. Spouses have been excluded from our analysis because the assistance they provide is so extensive it requires separate treatment.

Before discussing the tasks performed by seniors for their relatives, and vice versa, we will outline the assistance the elderly require in their everyday lives.

Table 3 shows that most elderly Canadians not living in institutions are able to perform the following tasks without assistance: housework, meal preparation, grocery shopping, money management, personal care, and outdoor maintenance.

Table 3

Population Aged 65 and Over According to the Type of Assistance They Claim They Need, by Age and Sex, Canada, 1985 (in thousands)¹

Type of assistance Type d'aide	Age and sex – Âge et sexe 65 years and over – 65 ans et plus		
	Men Hommes	Women Femmes	Total
Outdoor maintenance – Entretien extérieur Number – Nombre Percentage – Pourcentage	210 19.7	618 43.9	828 33.5
Heavy housework – Travaux ménagers lourds Number – Nombre Percentage – Pourcentage	305 28.6	470 33.4	775 31.3
Grocery shopping – Achats à l'épicerie Number – Nombre Percentage – Pourcentage	145 13.6	346 24.6	492 19.9
Money management – Comptabilité domestique Number – Nombre Percentage – Pourcentage	83 ² 7.8	197 14.0	281 11.4
Meal preparation – Préparation de repas Number – Nombre Percentage – Pourcentage	172 16.1	107 7.6	279 11.3
Light housework – Travaux ménagers légers Number – Nombre Percentage – Pourcentage	56 ² 5.3	70 ² 5.0	126 5.1
Personal Care – Soins personnels Number – Nombre Percentage – Pourcentage	-- 3.1	61 ² 4.3	94 ² 3.8

¹ Percentages calculated on the combined total of men and women aged 65 and over. – Pourcentages calculés sur l'ensemble des hommes et des femmes âgées de 65 ans et plus.

² High sampling error. – Erreur d'échantillonnage élevée.

II - L'entraide familiale

Nous avons vu au chapitre de l'état de santé que les personnes qui reçoivent beaucoup d'aide de leur milieu se déclarent en meilleure santé que celles qui en reçoivent peu. L'entraide familiale constitue une composante importante de cette aide du milieu.

L'entraide familiale désigne ici les services que se rendent les membres d'une même famille, ne vivant pas nécessairement dans le même ménage, soit: le père, la mère, les fils, les filles et les autres proches. L'appui du conjoint est exclu puisqu'il est souvent si important qu'il pourrait à lui seul faire l'objet d'une étude.

Avant d'examiner la nature des services que se rendent les personnes âgées et leurs proches, voyons quelle est l'aide dont nos ainés ont besoin dans leur vie quotidienne.

Le tableau 3 montre que la plupart des personnes âgées qui ne vivent pas en établissement sont en mesure d'accomplir seules les tâches suivantes: travaux ménagers, préparation des repas, achats de produits de consommation courante, comptabilité domestique, soins personnels et entretien extérieur.

Tableau 3

Population âgée de 65 ans et plus selon le type d'aide qu'elle réclame, l'âge et le sexe, Canada, 1985 (en milliers)¹

The activities elderly women most commonly considered themselves unable to perform alone were outdoor maintenance (44%), heavy housework (33%), grocery shopping (25%), and money management (14%). For their part, elderly men needed assistance most often with heavy housework (29%), outdoor maintenance (20%), meal preparation (16%), and grocery shopping (14%). The proportion of the elderly requiring aid increased with age (18).

Despite the relative autonomy of the elderly, the assistance provided by relatives is extensive (Table 4). Elderly women receive this assistance most commonly with outdoor maintenance (32%) grocery shopping (23%), and housework (17%). Elderly men most commonly are helped with outdoor maintenance (19%), housework (11%), grocery shopping (10%) and meal preparation (8%). The fact that more elderly women than men live alone may partly explain why elderly women receive more assistance.

Une certaine proportion de femmes âgées s'estiment néanmoins incapables d'accomplir seules l'entretien extérieur (44%), les gros travaux ménagers (33%), les achats à l'épicerie (25%) et la comptabilité domestique (14%). Un certain nombre d'hommes auraient besoin d'aide pour les gros travaux ménagers (29%), l'entretien extérieur (20%), la préparation des repas (16%) et les achats à l'épicerie (14%). La proportion des personnes nécessitant une forme ou une autre d'aide croît cependant avec l'âge (18).

Malgré leur relative autonomie, les personnes âgées reçoivent un appui non négligeable de la part de leurs proches (tableau 4). Parmi les femmes, 32% obtiennent de l'aide pour l'entretien extérieur; 23%, pour les achats à l'épicerie; et 17%, pour les travaux ménagers. Quant aux hommes, 19% reçoivent de l'aide pour l'entretien extérieur; 11%, pour les travaux ménagers; 10%, pour les achats à l'épicerie; et 8%, pour la préparation des repas. L'aide plus importante que reçoivent les femmes âgées peut en partie s'expliquer par le fait qu'elles sont plus susceptibles de vivre seules que les hommes âgés.

Table 4

Population Aged 65 and Over According to the Type of Assistance Received from Relatives by Age and Sex, Canada, 1985 (in thousands)¹

Type of assistance received Type d'aide reçue	Age and sex – Âge et sexe		
	65 years and over – 65 ans et plus		
	Men Hommes	Women Femmes	Total
Outdoor maintenance – Entretien extérieur			
Number – Nombre	157	302	459
Percentage – Pourcentage	19.0	32.3	26.0
Grocery shopping – Achats à l'épicerie			
Number – Nombre	101	328	428
Percentage – Pourcentage	9.5	23.3	17.3
Housework – Travaux ménagers			
Number – Nombre	119	245	364
Percentage – Pourcentage	11.2	17.4	14.7
Meal preparation – Préparation de repas			
Number – Nombre	87	168	255
Percentage – Pourcentage	8.2	11.9	10.3
Money management – Comptabilité domestique			
Number – Nombre	42 ²	117	158
Percentage – Pourcentage	3.9	8.3	6.4
Personal care – Soins personnels			
Number – Nombre	--	--	40 ²
Percentage – Pourcentage	--	--	1.6

¹ Percentages calculated on the combined total of men and women aged 65 and over. – Pourcentages calculés sur l'ensemble des hommes et des femmes âgées de 65 ans et plus.

² High sampling error. – Erreur d'échantillonage élevée.

As Table 5 shows, the elderly also provide relatives with various types of assistance. About 15% of persons aged 65 and over look after their relative's children, while 11% of elderly women and 8% of elderly men provide their relatives with financial assistance. About 10% of elderly men offer transportation services, while 7% of elderly women do housework for their relatives.

Les personnes âgées rendent aussi à leur parenté des services de nature diverse (tableau 5). Environ 15% des personnes âgées gardent les enfants de leurs proches. En outre, 11% des femmes et 8% des hommes fournissent une aide financière à certains membres de leur famille. Près d'un homme sur dix offre des services de transport à leurs proches, tandis que 7% des femmes effectuent pour eux des travaux ménagers.

Table 5

Population Aged 65 and Over According to the Type of Assistance Provided to Relatives, by Age and Sex, Canada, 1985 (in thousands)¹

Type of assistance provided	Age and sex - Âge et sexe		
	65 years and over - 65 ans et plus		
	Men	Women	Total
Type d'aide fournie	Hommes	Femmes	
Outdoor maintenance - Entretien extérieur			
Number - Nombre	97 ²	..	126
Percentage - Pourcentage	9.1	2.1	5.1
Housework - Travaux ménagers			
Number - Nombre	..	97 ²	120
Percentage - Pourcentage	2.1	6.9	4.8
Transportation - Transport			
Number - Nombre	102	49 ²	150
Percentage - Pourcentage	9.5	3.5	6.1
Personal care - Soins personnels			
Number - Nombre	..	40 ²	44 ²
Percentage - Pourcentage	.4	2.8	1.8
Child care - Gardiennage			
Number - Nombre	132	228	360
Percentage - Pourcentage	12.4	16.2	14.6
Financial assistance - Aide financière			
Number - Nombre	87 ²	156	244
Percentage - Pourcentage	8.2	11.1	9.9

¹ Percentages calculated on the combined total of men and women aged 65 and over. - Pourcentages calculés sur l'ensemble des hommes et des femmes âgées de 65 ans et plus.

² High sampling error. - Erreur d'échantillonnage élevée.

Clearly, there is a considerable exchange of services within the family. The elderly provide support to their relatives, who in turn offer assistance that corresponds fairly well with the needs of the elderly, at least for the tasks listed in General Social Survey.

Il existe donc un échange substantiel de services au sein même de la famille. Les personnes âgées offrent un appui appréciable à leur parenté, qui leur procure une aide correspondant assez bien à leurs besoins, du moins quant à ceux relevés par l'Enquête sociale générale.

Conclusion

This study has shown that it is impossible to generalize about the health status of the elderly in Canada. Most elderly Canadians declare themselves to be in good or excellent health, although 45% to 65% report being affected by arthritis or rheumatism, and a third of elderly men and 40% of elderly women report suffering from high blood pressure.

The study revealed a marked difference in health status and disability between the 65 to 74 and the 75 and over age groups for both men and women. The most striking example comes from the Health and Activity Limitation Survey (HALS), in which one third of women aged 65 to 74 declared a disability, compared to three quarters of women aged 85 and over. Health planners should pay particular attention to this age differential.

Another finding is that while the prevalence of health problems and disability increases with age, a small proportion of the elderly population uses the majority of health services. The survey data on frequency of visits to the doctor and on hospitalization make this clear.

Arthritis and rheumatism affect many elderly Canadians and are responsible for a large proportion of disability among seniors. Prevention programs for these diseases could help increase longevity and ensure a high quality of life for the elderly.

Finally, social support plays an important role in the lives of seniors, and thus merits further study. It would be interesting, for example, to measure the impact of social support on hospitalization and institutionalization rates. However, this would require detailed information on persons living in institutions, such as the amount of social support available to these individuals before they were institutionalized.

References – Références

- 1E. Statistics Canada. **Health and Social Support, 1985.** Catalogue No. 11-612, No. 1. Ottawa, 1987.
- 1F. Statistique Canada, **Santé et aide du milieu, 1985,** 11-612 no. 1 au catalogue, Ottawa, 1987.
- 2E. Statistics Canada. **The Nation: Population and Dwelling Characteristics,** Part I. Catalogue No. 93-104. Ottawa, 1987.
- 2F. Statistique Canada, **Le Pays, Logements et ménages,** Partie I, 93-104 au catalogue, Ottawa, 1987.
- 3E. Statistics Canada. **Health and Activity Limitation Survey.** Catalogue No. 41034. Ottawa, 1988.
- 3F. Statistique Canada, **L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités,** 41034 au catalogue, Ottawa, 1988.
- 4E. Statistics Canada, **Hospital Morbidity.** Catalogue No. 82-206. Ottawa, 1989.
- 4F. Statistique Canada, **La morbidité hospitalière,** 82-206 au catalogue, Ottawa, 1989.
- 5E. Statistics Canada. "Causes of Death: Provinces by Sex, and Canada by Sex and Age." **Health Reports.** Vol. 1; No. 1, 1989. Catalogue No. 82-003S. Ottawa, 1989.
- 5F. Statistique Canada, Rapports sur la santé, **Les principales causes de décès à différents âges,** vol. 1; no. 1, 1989, 82-003S au catalogue, Ottawa, 1989.

Conclusion

La présente étude démontre qu'on ne peut faire de généralisation sur l'état de santé de nos aînés. Si la plupart se considèrent en bonne ou même en excellente santé, entre 45% et 75% des personnes âgées déclarent être atteintes d'arthrite et de rhumatisme, tandis que le tiers des hommes et 40% des femmes disent souffrir d'hypertension artérielle.

Les données révèlent cependant une différence marquée quant à l'état de santé et au degré d'incapacité entre les 65-74 ans et les 75 ans et plus. L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités en a fourni l'exemple le plus frappant: le tiers des femmes âgées de 65 à 74 ans ont déclaré être atteintes d'incapacité, comparativement aux trois quarts des femmes âgées de 85 ans et plus. Les planificateurs de la santé devront donc porter une attention particulière à cette différence entre les groupes d'âge.

En outre, si la prévalence des problèmes de santé et l'incapacité augmentent avec l'âge, un pourcentage relativement restreint de personnes âgées utiliseraient la plus grande part des services de santé. Les données sur la fréquence des consultations médicales et des hospitalisations sont éloquentes à ce propos.

L'arthrite et le rhumatisme atteignent une large proportion des personnes âgées et constituent la principale cause d'incapacité dans ce groupe d'âge. Des programmes de prévention pourraient augmenter la longévité et assurer aux personnes âgées une meilleure qualité de vie.

Enfin, l'aide du milieu semble jouer un rôle important dans la vie des personnes du troisième âge et mérite d'être étudiée plus à fond. Il serait intéressant, par exemple, d'en mesurer l'impact sur l'hospitalisation et l'institutionnalisation. Pour ce faire, il est nécessaire de recueillir de l'information détaillée auprès des personnes vivant en établissement, telle que la quantité d'aide reçue avant leur institutionnalisation.

References – concluded – Références – fin

- 6E. Lapierre, L. and Adams, O.B. **Les personnes âgées, et la santé, ça va?** (Elderly People, How's Your Health?) Enquête Santé Québec. Publications du Québec, 1989.
- 6F. Lapierre, L. et O.B. Adams, **Les personnes âgées, et la santé, ça va?**, Enquête Santé Québec, Publications du Québec, 1989.
- 7E. Dhruva, Nagnur. **Longevity and Chronological Life Tables, Canada and the Provinces (abridged) 1921-1981.** Catalogue No. 89-506. Statistics Canada. Ottawa, 1986.
- 7F. Dhruva, Nagnur, **Longévité et tables de mortalité chronologiques (abrégiées) 1921-1981**, 89-506 au catalogue. Statistique Canada, Ottawa, 1986.
- 8E. Wilkins, R. and Adams O.B. **Health Expectancy in Canada, 1986.** Paper presented during the first workshop of the Réseau international sur l'espérance de vie en bonne santé (International Network on Life Expectancy in Good Health), Quebec City, September 11-12, 1989.
- 8F. Wilkins, R. et O.B. Adams, **Health Expectancy in Canada, 1986.** Présentation au premier atelier du réseau international sur l'espérance de vie en bonne santé, Québec, 11-12 septembre 1989.
- 9E. Lapierre, L. and Adams O.B., **op. cit.**, p. 9.
- 9F. Lapierre, L. et Adams O.B., **op. cit.**, p. 9
10. **Ibid.**, p. 10.
- 11E. Maddox, GL and Douglass, Elizabeth B. **Self-Assessment of Health: Longitudinal Study of Elderly Subjects.** Journal of Health and Behavior. Vol. 14, 1973, pp. 87-93.
- 11F. Maddox, GL and Douglass, Elizabeth B. **Self-Assessment of Health: Longitudinal Study of Elderly Subjects.** Journal of Health and Behavior. Vol. 14, 1973, pp. 87-93.
- 12E. The **HALS** data were derived from special compilations (1986).
- 12F. Ces données proviennent de compilations spéciales tirées de **l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités** (1986).
- 13E. Statistics Canada. **Hospital Morbidity.** Catalogue No. 82-003S. Ottawa, 1989.
- 13F. Statistique Canada. Rapports sur la santé. **La morbidité hospitalière**, 82-003S au catalogue, Ottawa, 1989.
- 14E. Lapierre, L. **Les personnes âgées: portrait de santé et réseau d'entraide.** (The Elderly: Their Health and Mutual Aid Network.) Thesis, School of Graduate Studies and Research, University of Ottawa, 1988. p. 43.
- 14F. Lapierre, L. **Les personnes âgées: portrait de santé et réseau d'entraide.** Thèse déposée à l'école des Etudes supérieures et de la recherche, Université d'Ottawa, 1988. p. 43.
- 15E. Statistics Canada. **The Nation.** op. cit. Table 2.
- 15F. Statistique Canada. **Le pays.** op. cit. Tableau 2.
- 16E. Lapierre and Adams. **op. cit.**, p. 24.
- 16F. Lapierre et Adams. **op. cit.**, p. 24.
- 17E. Statistics Canada. **Causes of Death, Provinces by Sex, and Canada by Sex and Age.** op. cit., pp. 17-20.
- 17F. Statistique Canada, **Les principales causes de décès à différents âges**, op. cit., pp. 17-20.
18. Lapierre, L. **op. cit.** p. 69.

Participation of People with Disabilities in Selected Activities

Judith M. Dowler and Deborah A. Jordan-Simpson

Abstract

The Health and Activity Limitation Survey (HALS) surveyed disabled Canadians. The survey measured participation in selected cultural and leisure activities, the satisfaction of disabled people with their level of participation, and barriers to participation.

Of those surveyed, 98.0% reported doing one or a combination of the following: watching television; listening to radio, records or tapes; reading. Those with speaking and "other" limitations used the telephone less than those with other types of limitations; similarly, those with severe disabilities used the telephone less than those with less-severe disabilities. Participation decreased with age for activities such as doing arts or crafts, gardening, and talking on the telephone.

Those aged 65 and over were more likely to be satisfied with their activity than younger people. Overall, 47.4% of those with a severe disability wanted to do more, compared to 34.0% with a moderate disability and 26.2% with a slight disability. The physical inability to do more was the most-often cited barrier to increasing activity: 53.9% of men and 55.7% of women said it was a barrier.

Introduction

The Health and Activity Limitation Survey (HALS) collected data on the prevalence and severity of physical and mental disabilities among Canadians. To conduct this survey, Statistics Canada sampled 184,500 people living in households and 19,000 people living in institutions. The households were surveyed in 1986 and the institutions in 1987. Articles describing the results for both have appeared in previous issues of *Health Reports* (1,2).

Of current interest is the extent to which disability affects the individual's participation in society. Understanding this can indicate how disability affects personal well-being and the ability to live independently (3,4,5,6,7,8). This article focuses on how disabilities affect participation in selected cultural and leisure activities, the satisfaction of disabled people with their participation and looks at barriers to participation.

Les personnes ayant une incapacité et leur participation aux loisirs

Judith M. Dowler et Deborah A. Jordan-Simpson

Résumé

Adressée aux Canadiens ayant une incapacité, l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) a permis de mesurer leur participation à certaines activités récréatives et culturelles, d'évaluer leur degré de satisfaction à cet égard et de déterminer les facteurs qui les empêchent de participer davantage.

Parmi les personnes interrogées, 98.0% ont déclaré s'adonner à l'une ou plusieurs des activités suivantes: lecture ou écoute de la télévision, de la radio, de disques ou de cassettes. De toutes les personnes ayant une incapacité, ce sont celles qui ont une limitation de la parole ou d'une incapacité de la catégorie «Autre» qui ont le moins souvent des conversations téléphoniques. De même, les personnes ayant une incapacité grave utilisent le téléphone moins souvent que les personnes moins gravement atteintes. La participation diminue avec l'âge lorsqu'il s'agit d'occupations telles que les activités artistiques ou artisanales, le jardinage et les conversations téléphoniques.

Ce sont les personnes de 65 ans et plus qui sont le plus susceptibles d'être satisfaites de leur niveau de participation aux loisirs. Dans l'ensemble, 47.4% des personnes ayant une incapacité grave désirent accroître leur participation, comparativement à 34.0% des personnes ayant une incapacité moyenne et à 26.2% des personnes ayant une légère incapacité. Les limites physiques constituent le premier obstacle à une participation accrue aux loisirs, selon 53.9% des hommes et 55.7% des femmes.

Introduction

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA) a permis de recueillir des données sur la fréquence et la gravité des incapacités physiques et mentales chez les Canadiens. Pour mener cette enquête, Statistique Canada a constitué un échantillon de 184,500 personnes faisant partie d'un ménage et de 19,000 personnes vivant en établissement de santé. On a effectué l'enquête-ménages en 1986 et l'enquête-établissements en 1987. Des articles présentant les résultats des deux enquêtes ont paru dans des numéros antérieurs de *Rapports sur la santé* (1,2).

La question qui intéresse actuellement les spécialistes est dans quelle mesure l'incapacité dont souffre une personne influe sur sa participation dans la société. Cela peut indiquer comment l'incapacité agit sur le bien-être personnel et la capacité de vivre de façon autonome (3, 4, 5, 6, 7, 8). Le présent article traite de l'effet des incapacités sur la participation à certaines activités récréatives ou culturelles, du degré de satisfaction à cet égard des personnes atteintes, ainsi que des facteurs qui les empêchent de participer davantage.

Methods

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"(9). The World Health Organization has developed the "Activities of Daily Living" questions to measure activity limitations. HALS used a modified version of these questions to measure the degree of disability for Canadians aged 15 and older(10). For the survey's purposes, people who had been, or expected to be, disabled six months or more were considered as disabled. A person was not considered disabled if a technical device such as a hearing aid eliminated the disability.

The disability question for the 1986 Census of Population was used to identify individuals for the HALS household sample. HALS divides disabilities into categories: mobility, agility, speaking, seeing, hearing and other. A mobility disability is a limitation in walking; moving from room to room; carrying an object 10 metres; or standing for long periods. An agility disability is a limitation in bending; dressing; getting in or out of bed; cutting toenails; grasping objects; reaching or cutting food. A speaking disability is a limitation in speaking or being understood. A seeing disability is the inability to read ordinary newsprint or to see someone four metres away. A hearing disability is the inability to hear what is being said in conversation with one or more people, even when wearing a hearing aid. "Other" refers to a learning, emotional or psychiatric disability or a developmental delay.

Results

Selected Leisure and Cultural Activities

Participation in selected leisure and cultural activities was surveyed. Those reported most frequently were watching television; listening to radio, records or tapes; reading; talking on the telephone; participating in arts and crafts; gardening; other.

Watching Television, Listening to Radio, Records or Tapes or Reading

Most of those surveyed, 70.0%, spent more than eight hours per week doing one or a combination of the following: watching television; listening to radio, records or tapes; reading (Chart 1). This was true regardless of the nature of the limitation, its severity (not shown in chart), or the age group, or the sex of those surveyed.

Méthodologie

Pour l'ESLA, on a repris la définition de l'incapacité adoptée par l'Organisation mondiale de la santé : «toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain» (9). On a utilisé une version modifiée des questions de l'OMS sur les activités de la vie quotidienne afin de mesurer le niveau d'incapacité des Canadiens âgés de 15 ans et plus (10). Pour les besoins de l'enquête étaient considérées comme ayant une incapacité les personnes qui en avaient été atteintes ou prévoyaient l'être pendant au moins six mois. On considérait qu'une personne n'avait pas d'incapacité si l'utilisation d'un appareil spécial, comme une prothèse auditive, remédiait à sa déficience.

La question relative à l'incapacité qui a été posée lors du recensement de la population de 1986 a servi à déterminer l'échantillon des personnes faisant partie de ménages. Les incapacités sont classées en plusieurs catégories : mobilité, agilité, parole, vision, audition et autre. Une incapacité sur le plan de la mobilité représente une capacité limitée de marcher, de se déplacer d'une pièce à une autre, de transporter un objet sur une distance de dix mètres ou de se tenir debout pendant de longues périodes. Une incapacité sur le plan de l'agilité désigne une capacité limitée de se pencher, de s'habiller, de se mettre au lit ou d'en sortir, de se couper les ongles d'orteil, de saisir des objets, d'atteindre quelque chose ou de couper des aliments. Une incapacité liée à la parole représente une capacité limitée de parler ou d'être compris verbalement. Une incapacité visuelle équivaut à un défaut de la capacité de lire les caractères ordinaires d'un journal ou de voir quelqu'un à quatre mètres de distance. Une incapacité auditive est déterminée par l'inaptitude à entendre ce qui se dit lors d'une conversation avec une ou plusieurs personnes, même avec l'aide d'une prothèse auditive. La catégorie «Autre» désigne des difficultés d'apprentissage, des troubles émotifs ou psychiatriques, ou un retard du développement.

Résultats

Activités récréatives et culturelles

Le questionnaire de l'enquête a porté sur la participation à certaines activités récréatives ou culturelles. Les activités mentionnées le plus souvent sont : l'écoute de la télévision, de la radio, de disques ou de cassettes; la lecture; les conversations téléphoniques; les activités artistiques ou artisanales; le jardinage; autre.

Lecture et écoute de la télévision, de la radio, de disques ou de cassettes

La plupart des personnes interrogées (70.0%) consacrent au moins 8 heures par semaine à la lecture ou à l'écoute de la télévision, de la radio, de disques ou de cassettes (graphique 1). Il en est ainsi quels que soient leur âge, leur sexe, la nature de leur incapacité ou sa gravité (non représentée dans le graphique).

Chart 1

Participation: T.V., Radio, and Reading
at least 8 hours per week

Graphique 1

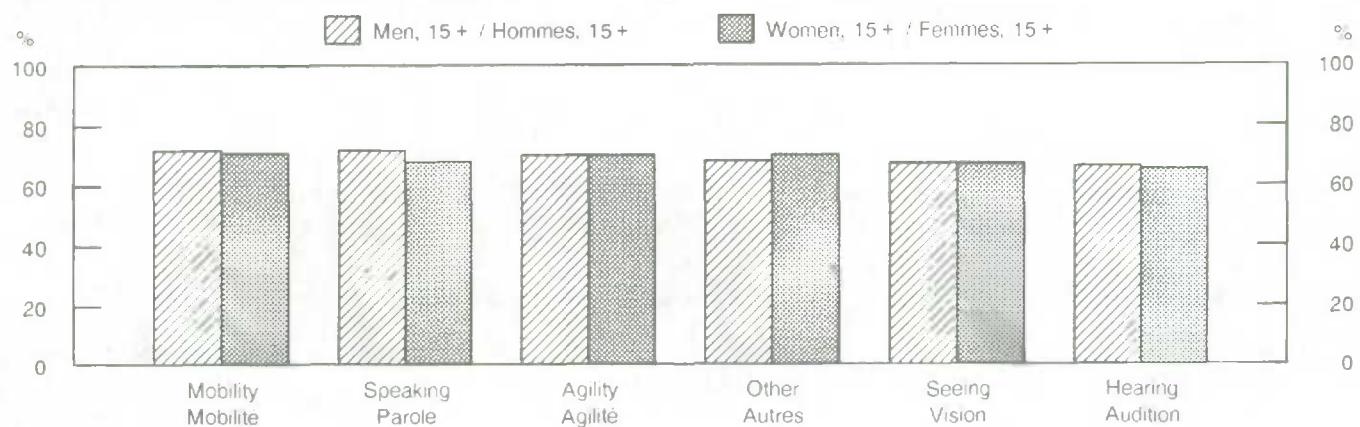


Chart 2

Participation: Talking on the Telephone

Graphique 2

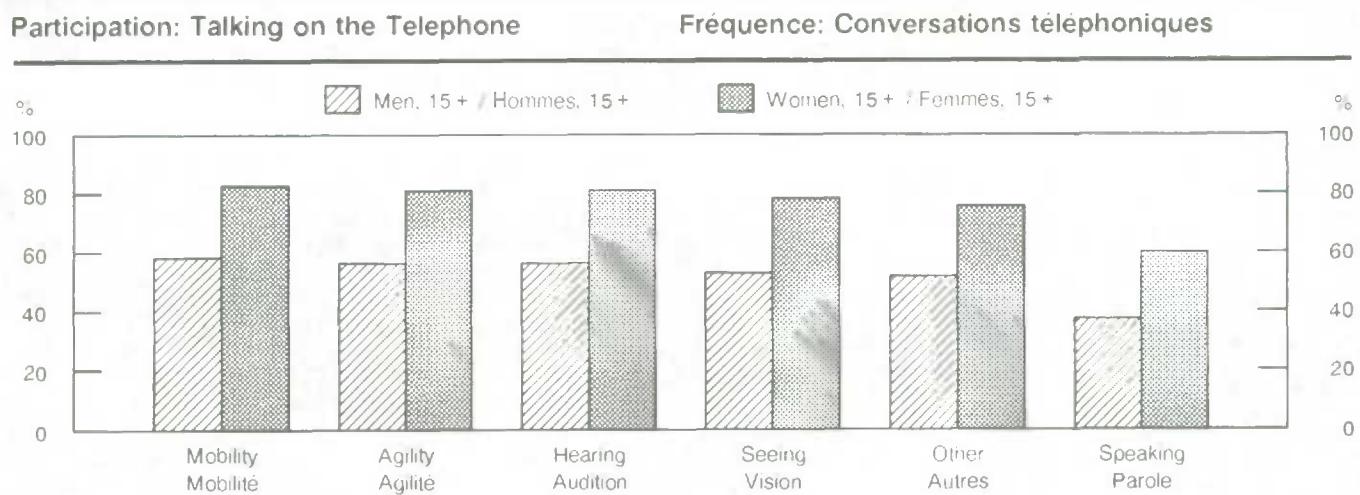
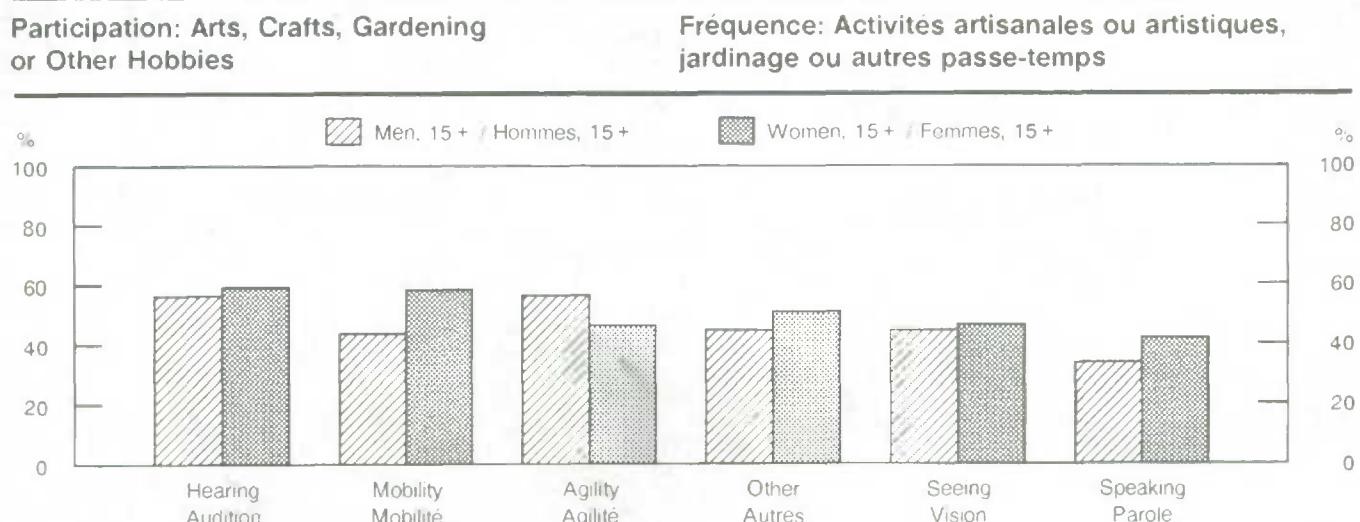


Chart 3

Participation: Arts, Crafts, Gardening or Other Hobbies

Graphique 3



About 2.0% reported never watching television, listening to the radio, records or tapes or reading. Seeing and hearing limitations most affected this group of activities. About 70.0% of both men and women with a hearing limitation watched no television, etc. 73.0% of men and 57.0% of women with a seeing limitation watched no television, etc.

Generally, of those aged 65 and over, 2.8% of women and 2.6% of men watched no television, etc. Of those aged 65 and over with a speaking limitation, 8.5% reported never watching television; listening to radio, records or tapes; or reading.

Talking on the Telephone

Of those surveyed, more than 60.0% talked on the telephone one to seven hours per week. Telephone use appeared to vary depending on the type of disability. Those with speaking and "other" limitations were less likely to use the telephone than those with other types of limitations. For all age groups and all types of disability, a larger percentage of women than of men talked on the telephone (Chart 2).

Least likely to use the telephone were those with speaking limitations; 52.0% reported never talking on the telephone. The percentage was even higher for those aged 65 and over with a speaking limitation: 61.0% never talked on the telephone. Next least likely to use the telephone were those with "other" limitations: 35.0% of whom reported never using it. The percentage for those with hearing limitations was similar at 32.0%. Generally, use of the telephone declined with age.

Overall, telephone use differed little between those with slight and moderate disabilities; however, those with severe disabilities were less likely to use the telephone than people with slight and moderate disabilities.

Arts, Crafts, Gardening and Hobbies

Between 35.0% and 60.0% of those surveyed reported spending one or more hours per week on arts, crafts, gardening, or hobbies (Chart 3) depending upon the nature of their disabilities. Those with hearing disabilities had the highest participation rates for all age groups and for both sexes. In contrast, those with speaking disabilities had the lowest rates.

Environ 2.0% des enquêtés déclarent ne jamais regarder la télévision, écouter la radio, de disques ou de cassettes et la lecture. Les incapacités visuelle et auditive sont celles qui ont la plus grande incidence sur ces activités. Environ 70.0% des malentendants des deux sexes ne regardent pas la télévision, etc. tout comme 73.0% des hommes et 57.0% des femmes qui souffrent d'une incapacité visuelle.

Dans le groupe des personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité, 2.8% des femmes et 2.6% des hommes ne regardent pas la télévision, etc. Parmi ceux et celles qui éprouvent des difficultés d'élocution, 8.5% déclarent ne jamais lire, regarder la télévision ou écouter la radio, des disques ou des cassettes.

Conversations téléphoniques

Plus de 60.0% des personnes interrogées disent parler au téléphone entre une et sept heures par semaine. L'usage du téléphone semble varier en fonction de la nature de l'incapacité. D'entre toutes les personnes ayant une incapacité, celles qui ont une limitation de la parole ou une incapacité de la catégorie «Autre» sont moins susceptibles d'utiliser le téléphone. Quels que soient l'âge et la nature de l'incapacité, la proportion des individus qui ont régulièrement des conversations téléphoniques est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (graphique 2).

Ce sont les personnes ayant une limitation de la parole qui se servent le moins du téléphone : 52.0% d'entre elles disent ne jamais parler au téléphone. Le pourcentage est encore plus élevé chez les individus de 65 ans et plus qui éprouvent de telles difficultés (61.0%). Viennent ensuite le groupe de personnes ayant une «autre» incapacité (35.0%) et celui des personnes ayant une incapacité auditive (32.0%). En général, l'usage du téléphone diminue avec l'âge.

Dans l'ensemble, l'utilisation du téléphone varie peu selon que l'incapacité est légère ou moyenne. Cependant, les personnes ayant une incapacité grave ont moins de chances d'utiliser le téléphone que les personnes dont l'incapacité est légère ou moyenne.

Activités artistiques et artisanales, jardinage et autres passe-temps

Entre 35.0% et 60.0% des personnes interrogées consacrent une heure ou plus par semaine à des activités artistiques ou artisanales, au jardinage ou à d'autres passe-temps (graphique 3); le niveau de participation varie selon la nature de l'incapacité. Quels que soient l'âge et le sexe, les personnes ayant une incapacité auditive montrent le plus fort taux de participation. Par contre, celles qui ont des difficultés de la parole présentent le taux de participation le plus faible.

Generally, women were more likely to participate than men, regardless of the severity of the disability. The 25-44 age group had the highest rates of participation. For all disabilities, participation declined with age.

Satisfaction with Level of Participation

Those aged 65 and over were more satisfied with their level of activity than younger people (Chart 4). In this age group, 76.6% of men and 74.0% of women were satisfied with their activity level. For those aged 15-24, 60.3% of men and 61.0% of women were satisfied with their level of activity.

En général, plus de femmes que d'hommes s'adonnent à ce genre d'activités, indépendamment de la gravité de leur incapacité. Ce sont les 25-44 ans qui manifestent le plus fort taux de participation. Quelle que soit l'incapacité, la participation diminue avec l'âge.

Satisfaction à l'égard du niveau de participation

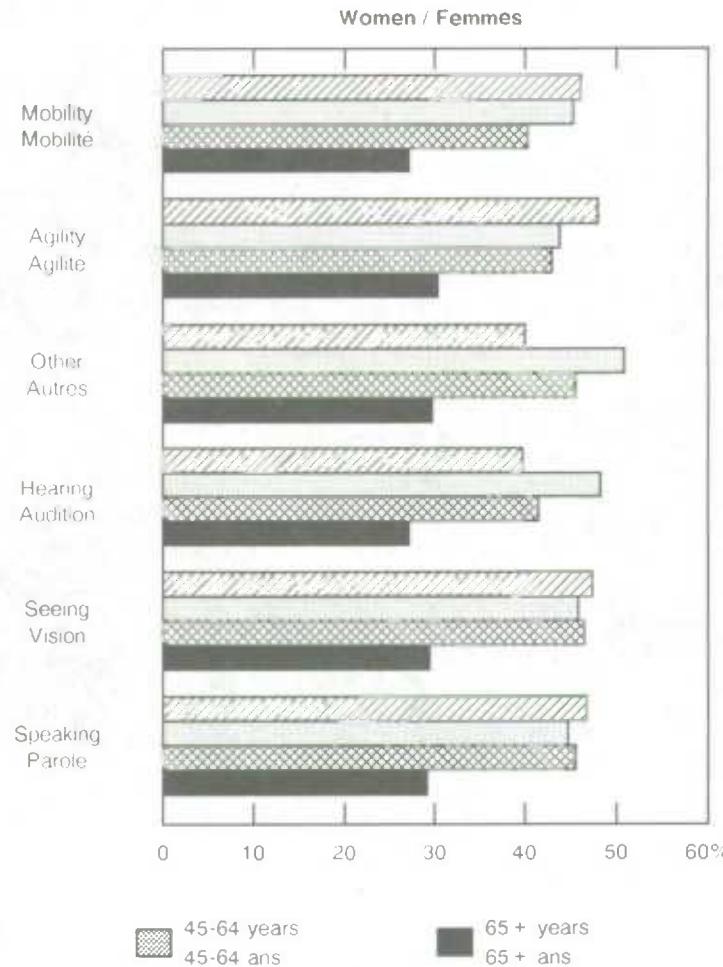
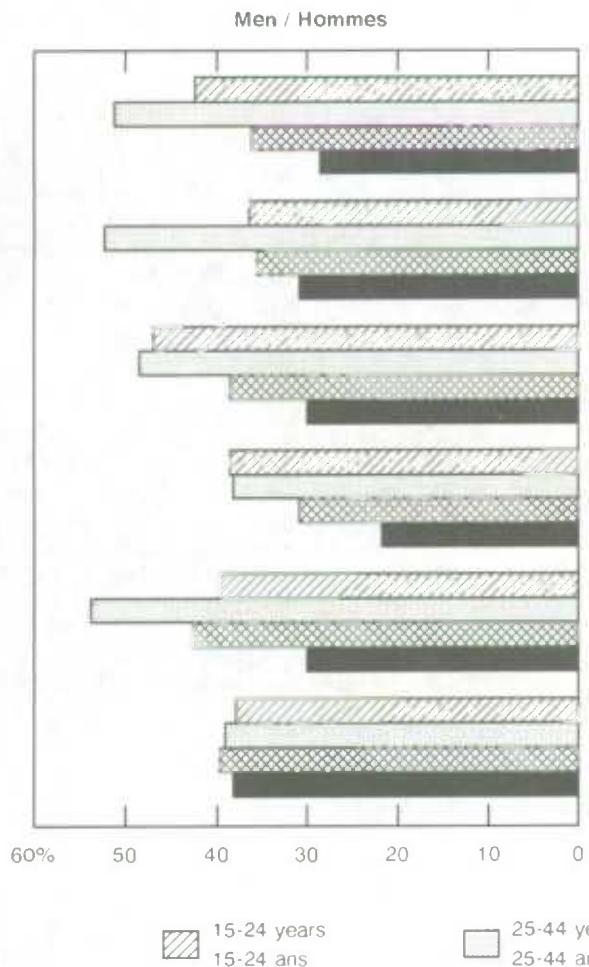
Les personnes de 65 ans et plus sont plus satisfaites que leurs cadets de leur niveau de participation aux loisirs (graphique 4). Dans ce groupe d'âge, 76.6% des hommes et 74.0% des femmes sont satisfaits de leur niveau d'activité, comparativement à 60.3% des hommes et 61.0% des femmes de 15 à 24 ans.

Chart 4

Would Like To Do More

Graphique 4

Voudraient en faire plus



Overall, those with a slight disability were more likely to be satisfied with their level of activity (73.5% of men, 73.6% of women) than those with a moderate disability (65.8% of men, 66.3% of women) or a severe disability (52.3% of men, 50.8% of women). Those aged 25-44 with mobility, agility, and "other" disabilities were more likely to be dissatisfied with their present level of activity: 42.7% of men and 42.4% of women in this group said they wanted to do more.

Overall, 26.2% of men with a slight disability wanted to do more, compared to 34.0% with a moderate disability and 47.4% with a severe disability. Overall, 25.5% women with a slight disability wanted to do more, compared to 33.5% with a moderate disability and 48.9% with a severe disability.

Barriers to Greater Participation

Respondents reported several factors hindering their ability to increase their activities. The physical inability to do more, the cost of participating in an activity, the distant location of an activity, the need for assistance, and inadequate transportation were cited as major barriers.

The physical inability to do more was the main reason for not increasing activity (Chart 5). This was the case for all disabilities and all age groups. For all age groups, 53.9% of men and 55.7% of women said the physical inability to do more was an obstacle to greater participation. For the age group 15-24, men with mobility, agility, "other," and seeing disabilities cited a physical inability to do more as a reason at least 10.0% more often than did women with the same disabilities.

Cost was cited second most often as a reason for not increasing activity. Cost was mentioned by 26.5% of men and 28.5% of women. Of those aged 15-64, except for those with a hearing disability, women cited cost more often than men. Of men and women aged 65 and over, 17.0% of both sexes said cost was a barrier.

The distant location of an activity was mentioned as an obstacle by 11.4% of the men surveyed and by 14.7% of the women. An activity being too far away was mentioned as an obstacle by women more often than men for all age groups.

Dans l'ensemble, les personnes atteintes d'une légère incapacité sont plus susceptibles d'être satisfaites de leur niveau de participation (73.5% des hommes, 73.6% des femmes) que celles ayant une incapacité moyenne (65.8% des hommes, 66.3% des femmes) ou grave (52.3% des hommes, 50.8% des femmes). Les personnes le plus susceptibles d'être insatisfaites à cet égard sont les personnes de 25 à 44 ans qui ont une mobilité ou une agilité restreinte ou une "autre" incapacité : 42.7% des hommes et 42.4% des femmes manifestent le désir d'être plus actifs.

En général, 26.2% des hommes ayant une légère incapacité veulent être plus actifs, comparativement à 34.0% et 47.4% des hommes dont l'incapacité est moyenne ou grave, respectivement. Chez les femmes, les pourcentages correspondants sont de 25.5%, 33.5% et 48.9%.

Obstacles à une participation accrue

Plusieurs obstacles empêchent les personnes interrogées d'accroître leur niveau de participation aux loisirs. On note principalement les limites physiques, le coût et l'éloignement des activités, le besoin d'être aidé et le caractère inadéquat du transport.

Les limites physiques constituent la raison première qu'invoquent les enquêtés pour expliquer pourquoi ils ne peuvent participer davantage aux loisirs (graphique 5). C'est le cas des répondants de toutes les catégories d'incapacité et de tous les groupes d'âge. Dans l'ensemble, 53.9% des hommes et 55.7% des femmes déclarent qu'il leur est physiquement impossible d'accroître leur participation aux loisirs. Parmi les 15-24 ans, les hommes ayant une incapacité sur le plan de la mobilité, de l'agilité, de la vision ou atteints d'une "autre" incapacité signalent au moins 10.0% plus souvent que les femmes ayant les mêmes incapacités qu'ils sont physiquement incapables d'en faire plus.

Le coût des activités constitue le deuxième obstacle à une plus grande participation aux loisirs. Il est invoqué par 26.5% des hommes et 28.5% des femmes. A l'exception des malentendants, parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, les femmes citent le facteur «coût» plus souvent que les hommes. Parmi les personnes des deux sexes âgées de 65 ans et plus, 17.0% considèrent le coût des activités comme un obstacle.

L'éloignement d'une activité constitue également un obstacle pour 11.4% des hommes et 14.7% des femmes. Quel que soit l'âge, il est invoqué plus souvent par les femmes que par les hommes.

Chart 5

Barriers to Greater Participation in Selected Activities - Adults 15+

Physically unable to do more
Incapable physiquement
d'en faire plus

Cost too high
Coût trop élevé

%

80

60

40

20

0

Location too far away
Lieu des activités trop éloigné

Need someone's help
Aidé par quelqu'un

Inadequate transportation
Moyens de transport inadéquats

15-24 years
15-24 ans

25-44 years
25-44 ans

45-64 years
45-64 ans

65+ years
65+ ans

%

80

60

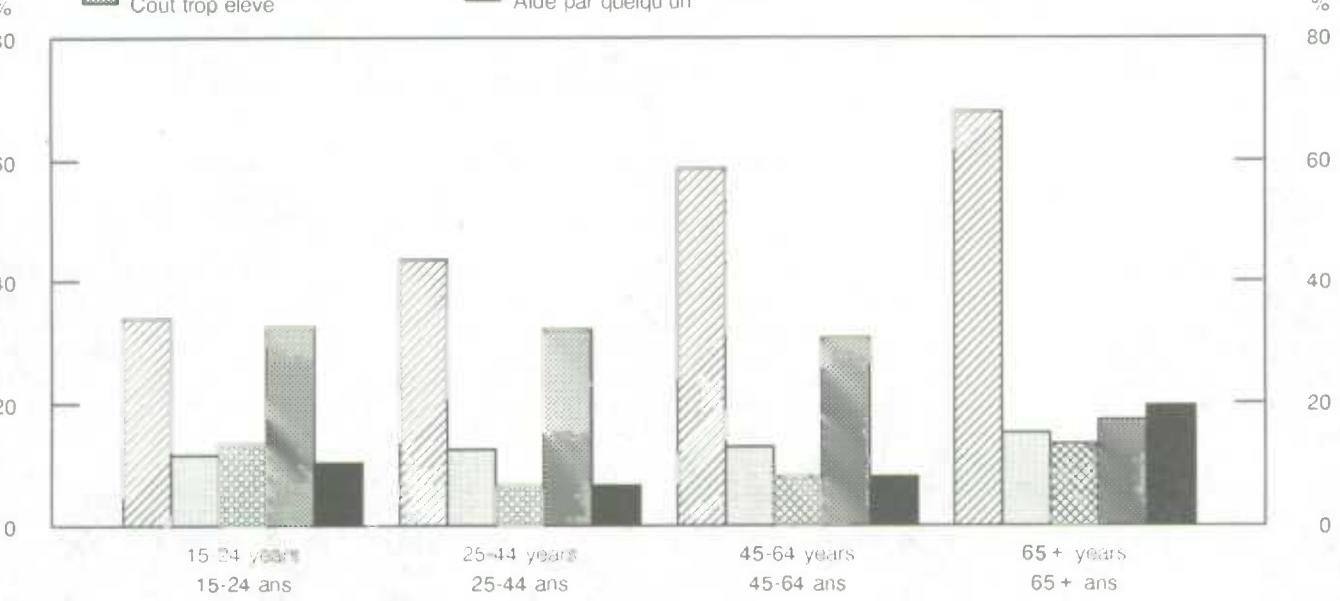
40

20

0

Graphique 5

Obstacles à l'augmentation de fréquence des activités culturelles - adultes 15+



For all age groups, needing assistance was mentioned more by women than men as an obstacle to increasing activity. It was reported most by men and women aged 65 and over. For those aged 65 and over with mobility and agility disabilities, women reported needing help twice as often as did men.

Inadequate transportation was cited as a barrier more often by women than by men. Overall, it was cited as a reason by less than 15.0% of those surveyed. The exception was those aged 15-24 with a seeing disability: 28.5% of the men and 30.4% of the women in this group reported transportation as an obstacle.

With age, an increasing percentage said a physical limitation prevented them from participating in activities they would like. This trend is consistent for all limitations. Of those aged 15-24 expressing dissatisfaction with their level of activity, one-third said they were physically unable to do more. Of those aged 65 and over dissatisfied with their activity level, two-thirds said they were physically unable to do more.

Dans l'ensemble, les femmes déclarent plus souvent que les hommes que le fait d'avoir besoin d'aide les empêchent de participer davantage aux loisirs. Ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui invoquent le plus souvent cette raison. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont une mobilité ou une agilité restreinte, les femmes indiquent avoir besoin d'aide deux fois plus souvent que les hommes.

Les femmes invoquent plus souvent que les hommes l'obstacle que posent des moyens de transport inadéquats. Cet obstacle est rapporté par moins de 15.0% de toutes les personnes interrogées. Cependant, parmi les malvoyants âgés de 15 à 24 ans, 28.5% des hommes et 30.4% des femmes déclarent que des moyens de transport inadéquats les empêchent de participer davantage aux loisirs.

A mesure que l'âge augmente, un pourcentage croissant de répondants disent qu'une incapacité, quelle qu'elle soit, les empêche de participer aux activités de leur choix. Le tiers des 15-24 ans qui se disent insatisfaits de leur niveau de participation aux loisirs déclarent qu'ils sont incapables d'en faire plus. Il en est ainsi des deux tiers des personnes de 65 ans et plus qui sont insatisfaites de leur niveau de participation.

Conclusion

Gauging participation in various activities indicates a person's social integration and well-being. It is a measure of quality of life. About 98.0% of disabled adults surveyed reported doing one or a combination of the following: watching television; listening to radio, records or tapes; reading.

Talking on the telephone is important to keep in touch with family and friends. Telephone use decreased with age and the severity of the disability, partly explaining the social isolation that many elderly people suffer.

Participation in activities such as arts, crafts, and gardening also indicates quality of life. Like telephone use, these activities decreased with age.

The most frequently cited barrier to greater participation in leisure and cultural activities was the physical inability to do more. Generally, cost was cited second most often as a barrier to participation. The distant location of an activity, inadequate transportation and the need for assistance were mentioned as barriers by less than 15.0% of respondents.

Those aged 65 and over were most likely to be satisfied with their current level of activity. Those with a slight disability were more likely to be satisfied than those with a moderate or severe disability. Those aged 25-44 were most likely to be dissatisfied with their current level of activity and wanted to do more.

Conclusion

Le niveau de participation d'une personne à diverses activités révèle son intégration sociale et son bien-être. C'est une mesure de qualité de vie. Environ 98.0% des adultes ayant une incapacité déclarent s'adonner à l'une ou plusieurs des activités suivantes : lecture ou écoute de la télévision, de la radio, de disques ou de cassettes.

Les conversations téléphoniques constituent l'un des meilleurs moyens de rester en contact avec la famille et les amis. L'utilisation du téléphone diminue avec l'âge et la gravité de l'incapacité, ce qui explique en partie l'isolement social dont souffrent nombre de personnes âgées.

La participation à certains loisirs, comme les activités artistiques et artisanales ou le jardinage, contribue aussi à une meilleure qualité de vie. À l'instar de l'utilisation du téléphone, la participation à de telles activités diminue avec l'âge.

Les personnes interrogées invoquent le plus souvent leurs limites physiques comme obstacle à une participation accrue aux activités récréatives et culturelles. Ce dernier obstacle vient généralement au second rang. L'éloignement des activités, le caractère inadéquat du transport et le besoin d'être aidé sont invoqués par moins de 15.0% des personnes interrogées.

Ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont les plus susceptibles d'être satisfaites de leur niveau de participation. Les répondants qui éprouvent une légère incapacité sont plus susceptibles d'être satisfaits que ceux qui ont une incapacité moyenne ou grave. Les 25-44 ans sont les plus susceptibles d'être insatisfaits de leur niveau d'activité et souhaiteraient avoir davantage de loisirs.

References - Références

- 1E. Hamilton, M.K. **Health and Activity Limitation Survey.** Health Reports. 1989. Vol 1, no. 2:175-87. Statistics Canada cat. no. 82-003.
- 1F. Hamilton, M.K. **Enquête sur la santé et les limitations d'activités.** Rapports sur la santé. 1989. Vol. 1, nº 2, p. 175-187. Statistique Canada, nº 82-003 au catalogue.
- 2E. Dowler, J.M. and Jordan-Simpson, D.A. **Canada's Disabled Population in Institutions.** Health Reports. 1990. Vol. 1, no. 2:27-36. Statistics Canada cat. no. 82-003.
- 2F. Dowler, J.M. et Jordan-Simpson, D.A. **Canadiens ayant une incapacité et vivant en établissement.** Rapports sur la santé. 1990. Vol. 1, nº 2, p. 27-36. Statistique Canada. nº 82-003 au catalogue.
- 3E. Health and Welfare Canada. **Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion.** 1986. DSS cat. no. H 39-102 1986.
- 3F. Santé et Bien-être social Canada. **La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé.** 1986. MAS, nº H39- 102/1986 au catalogue.
- 4E. Health and Welfare Canada. **The Active Health Report on Seniors.** 1988. DSS cat. no H39-124 1988.
- 4F. Santé et Bien-être social Canada. **Action Santé : Les aîné(e)s.** 1988. MAS, nº H39-124/1988 au catalogue.
- 5E. National Advisory Council on Aging. **Understanding Seniors Independence. Report no. 1: The Barriers and Suggestions for Action.** 1989. DSS cat. no. H71-3/11-1-1989.
- 5F. Conseil national sur le vieillissement. **Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. 1er rapport : Les obstacles et les avenues de solutions.** 1989. MAS, nº H71-3/11-1-1989 au catalogue.
- 6E. Health and Welfare Canada. **The Active Health Report on Women.** 1990. DSS cat. no. H39-172/1990.
- 6F. Santé et Bien-être social Canada. **Action Santé : Les femmes.** 1990. MAS, nº H39-172/1990 au catalogue.
- 7E. Institute for Health Care Facilities of the Future. **Aging. Future Health Care Delivery.** Ottawa; 1988.
- 7F. Institut pour les établissements de santé de l'avenir. **Vieillissement. La prestation de soins de santé demain.** Ottawa, 1988.
- 8E. Small, B.M., Priesnitz, W. and Small, B.J. "Healthy Environments or Canadians" (summary version). **Knowledge Development for Health Promotion:a Call for Action.** Health and Welfare Canada. 1989. DSS cat. no. H39-147/1989, p.157- 166.
- 8F. Small, B.M., Priesnitz, W. and Small, B.J. «Des environnements sains pour les Canadiens» (version abrégée). **Le développement des connaissances pour la promotion de la santé : une invitation à agir.** Santé et Bien-être social Canada, 1989, p.169-182. MAS, nº H39-147/1989 au catalogue.
- 9E. World Health Organization. **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.** Geneva: World Health Organization. 1980, p. 143.
- 9F. Organisation mondiale de la santé. **Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.** Genève. Organisation mondiale de la santé. 1980, p. 143.
- 10E. Organization for Economic and Cultural Development. **Measuring Disability.** Special Study No. 5., 1982.
- 10F. Organisation de coopération et de développement économiques. **Mesurer l'incapacité.** Étude spéciale nº 5, 1982.

The Health and Activity Limitation Survey

Disabled Aboriginal Persons in Canada

Magda K. Hamilton

Abstract

In 1986, out of a total of 711,725* Canadians of aboriginal ancestry, 86,505 reported having some level of disability. This article profiles disabled aboriginal persons living both on-and off-reserve, presenting data from Statistics Canada's 1986 Census of Population and the Health and Activity Limitation Survey (HALS), conducted in 1986 and 1987.

Census data provide an overview of selected demographic and socio-economic characteristics of the disabled aboriginal population. HALS data provide details on the nature and number of disabilities, underlying causes of the disabilities, and the degree of assistance required for daily activities.

Accidents were frequently cited as the underlying cause of disability among disabled aboriginal people living both on- and off-reserve.

Most disabled aboriginal persons aged 15 and older were able to perform household duties such as preparation of meals, shopping and housework. On-reserve disabled aboriginal persons did, however, require and receive help more frequently than those who resided off-reserve.

Introduction

In 1986, an estimated 3.3 million or 13.2% of Canadians had some level of disability; 86,505 of these persons were of aboriginal ancestry. 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), conducted in 1986 and 1987, consisted of a household component (1) and an institutional component (2). Aboriginal persons living off-reserve were identified for inclusion in HALS on the basis of their response to the ethnicity question in the 1986 Census. All aboriginal persons living on-reserve who reported having an activity limitation on the Census questionnaire were

* One hundred and thirty six Indian reserves comprising about 45,000 people (6% of the population reporting aboriginal origins) were incompletely enumerated in the 1986 Census. The characteristics of the population living on these reserves have not been estimated.

L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités

L'incapacité et les autochtones au Canada

Magda K. Hamilton

Résumé

En 1986, parmi les 711,725 Canadiens d'ascendance autochtone, 86,505 ont déclaré éprouver une incapacité. Le présent article établit le profil de ces autochtones, selon qu'ils vivent ou non dans une réserve, au moyen des données recueillies lors du recensement de la population de 1986 et grâce à l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA), menée par Statistique Canada en 1986 et 1987.

Les données du recensement mettent en lumière certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population autochtone ayant une incapacité. L'ESLA fournit des renseignements sur la nature et le nombre des déficiences dont résulte l'incapacité, sur la cause de celles-ci et sur l'aide qui est nécessaire aux personnes atteintes pour accomplir leurs tâches coutumières.

Qu'elles vivent ou non dans une réserve, les personnes autochtones éprouvant une incapacité invoquent fréquemment un accident comme cause de leur situation.

La majorité des autochtones âgés de 15 ans et plus et ayant une incapacité sont en mesure d'effectuer des tâches domestiques telles que la préparation des repas, les emplettes et les travaux ménagers. Ceux qui vivent dans une réserve, toutefois, requièrent et reçoivent de l'aide plus fréquemment que les autres autochtones.

Introduction

En 1986, 13.2% des Canadiens éprouvaient une incapacité à des degrés divers. De ces 3.3 millions de personnes, environ 86,505 étaient d'ascendance autochtone. Le présent article examine l'état de santé et les besoins de ce sous-groupe de la population ayant une incapacité.

Visant à la fois les ménages (1) et les institutions (2), l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) a été menée en 1986 et 1987. Aux fins de cette enquête, on a identifié les autochtones vivant hors des réserves grâce aux réponses à la question du recensement de 1986 portant sur l'origine ethnique. On a également communiqué avec tous les autochtones des réserves ayant déclaré aux recenseurs une restriction d'activité. Les autochtones de 15 ans et plus ayant

* La population de 136 réserves indiennes - représentant quelque 45,000 personnes ou 6% de tous les individus déclarant une ascendance autochtone - n'a été que partiellement dénombrée au cours du recensement de 1986. Les caractéristiques de cette population n'ayant pas été estimées, la présente étude n'en fait donc pas état.

also asked to participate in this post-censal survey. Disabled aboriginal persons aged 15 and over were surveyed on the nature and number of their disabilities, the factors causing their disabilities, and the kinds of assistance needed when performing certain daily activities.

Definitions of Disability

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" (3). A modified version of the "Activities of Daily Living" questions (4) was used to measure degree of disability among respondents. Individuals were not considered disabled if a technical device, such as a hearing aid, could eliminate their disability. The disability had to have lasted or been expected to last six months or more. Questions about learning disabilities or limitations caused by long-term emotional, psychological, nervous or mental health conditions or problems were included to broaden the data base.

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 one room to another, carry an object for 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 one's own toenails, grasp objects, reach out, or cut food. A seeing disability was defined as an inability to read ordinary newsprint or to see someone four metres away, even when wearing glasses. A hearing disability was defined as an inability to hear conversations even when wearing a hearing aid. A speaking disability was defined as a limited ability to speak or be understood verbally. "Other" was defined as a learning, emotional or psychiatric disability, or a developmental delay, and "unknown" was defined as an unspecified disability.

Results

Nature of Disability

According to the 1986 Census, of the 711,725 persons of aboriginal ancestry, 86,505 had some level of disability (Table 1). An estimated 14,990, or about 10%, of the aboriginal population who lived on-reserve were disabled, while 71,515, or 13%, of those who resided off-reserve were disabled.

une incapacité ont ensuite été interrogés sur la nature et le nombre des déficiences entraînant leur incapacité, sur la cause de celles-ci et sur l'aide nécessaire pour l'accomplissement des tâches coutumières.

Définition de l'incapacité

Aux fins de l'ESLA, on a utilisé la définition de l'incapacité fournie par l'Organisation mondiale de la santé: «toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain (3)». Une version modifiée du questionnaire sur les «Activités de la vie quotidienne» (4) a servi à mesurer le degré d'incapacité des personnes interrogées. On considérait que les individus n'éprouvaient pas d'incapacité si l'utilisation d'un dispositif tel qu'un appareil auditif pouvait remédier à leur situation. L'incapacité devait être ou avoir été d'une durée d'au moins six mois. Afin d'élargir la base de données, on a ajouté des questions relatives aux difficultés d'apprentissage et aux limitations causées par des problèmes ou troubles émotifs, psychologiques, nerveux ou mentaux de longue durée.

Selon sa nature, l'incapacité a été classée dans l'une ou l'autre des catégories suivantes: locomotion, souplesse, vision, audition, élocation, «autre» et «inconnu». Une incapacité touchant la locomotion a été définie comme une capacité limitée de marcher, de se déplacer d'une pièce à l'autre, de transporter un objet sur une distance de dix mètres ou de se tenir debout durant de longues périodes. Une incapacité ayant trait à la souplesse a été définie comme une capacité limitée de se courber, de s'habiller ou de se dévêter, de se mettre au lit ou d'en sortir, de se couper les ongles d'orteils, d'atteindre ou de saisir des objets, ou encore de couper sa nourriture. Une incapacité touchant la vision a été définie comme le défaut de la capacité de lire un journal imprimé en caractères ordinaires ou d'apercevoir quelqu'un à une distance de quatre mètres et ce, même en portant des lunettes. Une incapacité touchant l'audition a été définie comme l'inhabitabilité à entendre des conversations malgré le port d'un appareil auditif. Une incapacité touchant l'élévation a été définie comme une capacité limitée de parler ou d'être compris verbalement. La catégorie «Autre» désigne des difficultés d'apprentissage, des troubles émotifs ou mentaux, ou encore un retard de développement. «Inconnu» signifie une incapacité non précisée.

Résultats

Nature de l'incapacité

Lors du recensement de 1986, parmi les 711,725 Canadiens d'ascendance autochtone, 86,505 éprouvaient une incapacité (tableau 1). Il en était ainsi pour 10% des autochtones vivant dans les réserves et pour 13% des autochtones n'y habitant pas, soit respectivement 14,990 et 71,515 personnes.

Table 1

Canadian Population by Disability Status and Aboriginal Status, 1986

	Total population ¹	Disabled population
	Population totale ¹	Population ayant une incapacité
Canadians with aboriginal origin - Canadiens d'ascendance autochtone	711,725	86,505
- Living on reserves - Habitant une réserve	160,120	14,990
- Living off reserves - Vivant hors des réserves	551,605	71,515
All other canadians - Tous les autres Canadiens	24,597,605	2,983,095

¹ This figure does not include an estimated 45,000 persons residing on 136 Indian reserves incompletely enumerated in the 1986 Census.

¹ Ce chiffre exclut quelque 45 000 personnes vivant dans les 136 réserves indiennes partiellement dénombrées au cours du recensement de 1986.

For the adult aboriginal population, impaired mobility was the most frequently cited limitation, followed by impaired agility and impaired hearing. Percentages were higher for disabled aboriginal persons residing on-reserve than for those residing off-reserve, especially with mobility --- 66% versus 50%, respectively (Table 2).

Tableau 1

Population canadienne selon l'état d'incapacité et le statut d'autochtone, 1986

Dans la population autochtone âgée de 15 ans et plus, les cas d'incapacité étaient associés le plus souvent à un manque de locomotion, à une souplesse limitée ou à des troubles de l'audition. De tels cas d'incapacité étaient plus fréquents parmi les habitants des réserves que parmi les autres autochtones: ainsi, 66% et 50% des membres respectifs de ces deux groupes avaient des difficultés de locomotion (tableau 2).
--

Table 2

Disabled Persons Aged 15 and Over Reporting Various Natures of Disability by Aboriginal Status, Canada, 1986

Tableau 2

Personnes de 15 ans et plus déclarant des incapacités de nature diverse, selon le statut d'autochtone, Canada, 1986

	Disabled persons reporting		
	Personnes déclarant des incapacités		Non-aboriginal origin
	Aboriginal origin	Non-autochtones	
	Autochtones	Non-autochtones	
	On-reserve ¹	Off-reserve	
	Habitant une réserve ¹	Vivant hors des réserves	
		% reporting - % des répondants	
Mobility - Locomotion	66	50	65
Agility - Souplesse	56	47	55
Seeing - Vision	22	17	16
Hearing - Audition	35	35	31
Speaking - Élocution	9	6	6
Other ² - Autre ²	27	27	27

¹ This figure does not include an estimated 45,000 persons residing on 136 Indian reserves incompletely enumerated in the 1986 Census.

¹ Ce chiffre exclut quelque 45 000 personnes vivant dans les 136 réserves indiennes partiellement dénombrées au cours du recensement de 1986.

² "Other" includes disabled persons who reported psychiatric, learning or emotional disabilities and/or mental handicaps.

² "Autre" comprend les cas de personnes incapaciées et ayant déclaré des difficultés d'apprentissage, des problèmes émotifs ou psychiatriques, ou un handicap mental.

Selected Underlying Causes of Disability

Of the options listed on the survey questionnaire, disabled aborigines most often cited an accident as the underlying cause of their disability: for example, 24% of disabled aboriginal persons living on-reserve indicated that their disability was due to an accident, 17% said their disability was related to aging, and 10% reported that their disability was present at birth (Chart 1).

Causes de l'incapacité

Parmi les causes inscrites sur le questionnaire de l'enquête, ce sont les accidents qui ont été invoqués le plus souvent par les personnes autochtones ayant une incapacité. Ainsi, environ 24% des autochtones habitant une réserve et éprouvant une incapacité ont attribué celle-ci à un accident; 17% l'ont associée au vieillissement; et 10% l'ont liée à une cause congénitale (graphique 1).

Chart 1

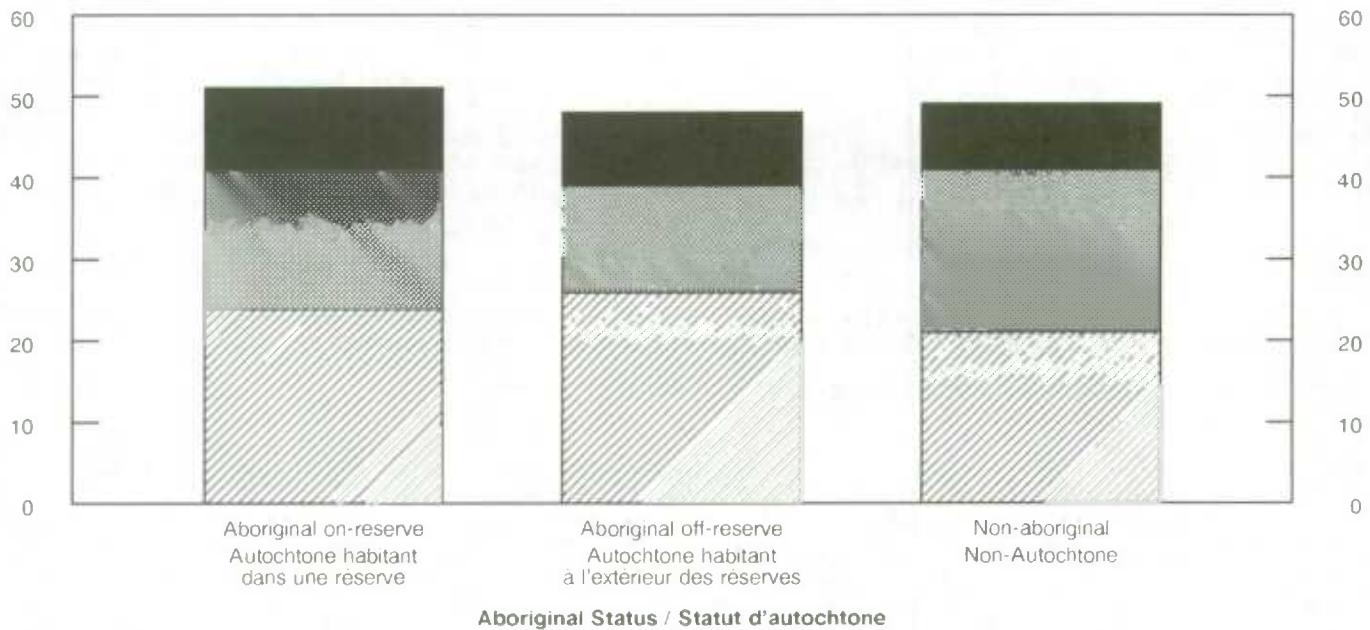
Disabled Persons Aged 15 and Over by Aboriginal Status and Selected Reasons for Disability, Canada, 1986

Due to accident
Causee par un accident

Related to aging
Liée au vieillissement

Congenital
Congénitale

%



Number of Disabilities

Over 75% of off-reserve disabled aboriginal persons reported having one or two disabilities, compared to about 65% of disabled aboriginal persons residing on-reserve.

In contrast, 24% of disabled aboriginal adults residing off-reserve reported having three or more disabilities, compared to almost 35% of disabled aboriginal adults residing on-reserve.

Nombre d'incapacités

Parmi tous les autochtones ayant une incapacité, plus de 75% de ceux qui vivaient hors des réserves ont déclaré éprouver une ou deux incapacités, en comparaison de 65% environ de ceux qui habitaient une réserve.

Par contre, 24% des autochtones victimes d'incapacité et vivant hors des réserves ont déclaré trois incapacités ou plus, ce qui est le cas de presque 35% des autochtones ayant une incapacité et habitant une réserve.

Education

Disabled aboriginal persons aged 15 to 64 residing off-reserve tended to have a higher level of education than their counterparts residing on-reserve. Among disabled on-reserve respondents, 65% reported having 0-8 years of education, 22% reported some secondary education or secondary school graduation, and 13% reported having at least some post-secondary education. Among disabled off-reserve respondents, the corresponding figures were 35%, 37% and 27%, respectively.

Labour Force Participation

According to the 1986 Census, 58% of disabled aborigines aged 15 to 64 living on-reserve were not in the labour force, and 18% were employed. In sharp contrast, 42% of disabled aborigines living off-reserve were employed, about the same proportion as reported for the disabled non-aboriginal population (40%). (Table 3)

Scolarité

De tous les autochtones âgés de 15 à 64 ans éprouvant une incapacité, ceux qui vivaient hors des réserves avaient tendance à avoir une scolarité plus élevée que ceux qui y habitaient. Ainsi, parmi les autochtones ayant une incapacité et vivant dans une réserve, 65% ont rapporté huit années et moins de scolarité, 22% ont déclaré avoir fait, voire terminé, des études secondaires, et 13% ont révélé avoir suivi des cours de niveau postsecondaire. Pour les autochtones ayant une incapacité et n'habitant pas les réserves, les proportions correspondantes étaient de 35%, 37% et 27% respectivement.

Activité

Lors du recensement de 1986, parmi les autochtones des réserves âgés de 15 à 64 ans et éprouvant une incapacité, 58% étaient inactifs et 18% avaient un emploi. Par contraste, 42% des autochtones éprouvant une incapacité et habitant hors des réserves avaient un emploi, ce qui équivaut à la proportion des travailleurs au sein de la population non autochtone ayant une incapacité (40%) (tableau 3).

Table 3

Disabled Persons Aged 15-64 Years by Labour Force Status and Aboriginal Status, Canada, 1986

Tableau 3

Population de 15 à 64 ans ayant une incapacité, selon la situation relative à l'activité et le statut d'autochtone, Canada, 1986

	Disabled persons aged 15 to 64 years reporting Personnes de 15 à 64 ans déclarant des incapacités		
	Aboriginal Origin		Non-aboriginal Origin
	Autochtones		Non-autochtones
	On-reserve ¹	Off-reserve	
Total			
Employed - Employés	18	42	40
Unemployed - Sans emploi	..	10	7
Not in the labour force - Inactifs	58	43	51
Unknown - Inconnu	19	6	2

¹ This figure does not include an estimated 45,000 persons residing on 136 Indian reserves incompletely enumerated in the 1986 Census.

1 Ce chiffre exclut quelque 45 000 personnes vivant dans les 136 réserves indiennes partiellement dénombrées au cours du recensement de 1986.

Income

Disabled aboriginal adults living on-reserve tended to have lower incomes than either disabled aboriginal adults living off-reserve or disabled non-aboriginal adults. In 1986, a total of 80% of disabled aboriginal adults residing on-reserve had either no income or a total income of \$10,000 or less; 16% had an income between \$10,000 and \$20,000 (Table 4).

Revenu

Parmi tous les individus âgés de 15 ans et plus et ayant une incapacité, les autochtones habitant une réserve avaient généralement un revenu inférieur à celui des autres autochtones ou encore à celui des personnes d'ascendance non autochtone. En 1986, 80% des autochtones éprouvant une incapacité et vivant dans une réserve avaient un revenu nul, ou inférieur ou égal à \$10,000, tandis que 16% d'entre eux touchaient entre \$10,000 et \$20,000 (tableau 4).

Table 4

Disabled Persons Aged 15 and Over by Income and Aboriginal Status, Canada, 1986

Tableau 4

Population de 15 ans et plus ayant une incapacité, selon le revenu et le statut d'autochtone, Canada, 1986

	Disabled persons reporting		
	Personnes déclarant des incapacités		
	Aboriginal origin		Non-aboriginal origin
	Autochtones	Non-autochtones	
	On-reserve ¹	Off-reserve	
	Habitant une réserve ¹	Vivant hors des réserves	
	%	%	%
Total	100	100	100
No income - Nul	14	13	10
\$1 - 10,000	66	46	47
\$10,001 - 20,000	16	29	22
\$20,001 +	--	12	20

¹ This figure does not include an estimated 45 000 persons residing on 136 Indian reserves incompletely enumerated in the 1986 Census.

¹ Ce chiffre exclut quelque 45 000 personnes vivant dans les 136 réserves indiennes partiellement dénombrées au cours du recensement de 1986.

The income profile of disabled aboriginal adults living off-reserve more closely resembled that of non-aboriginal disabled adults: in total 59% and 57%, respectively, had either no income or a total income of \$10,000 or less. Almost 30% of disabled off-reserve aborigines, compared to 22% of disabled non-aboriginals, had a total income of between \$10,000 and \$20,000, while 12% and 20%, respectively, reported incomes over \$20,000.

Le profil des revenus des autochtones ayant une incapacité et habitant hors des réserves se rapprochait davantage du profil s'appliquant aux personnes non autochtones éprouvant une incapacité. Dans ces deux groupes respectivement, 59% et 57% des individus avaient un revenu nul, ou inférieur ou égal à \$10,000. Presque 30% des autochtones ayant une et habitant hors des réserves, et 22% des personnes non autochtones éprouvant une incapacité touchaient entre \$10,000 et \$20,000. Dans ces deux groupes respectivement, 12% et 20% des individus déclaraient un revenu supérieur à \$20,000.

Assistance with Selected Activities

Most disabled aboriginal adults were able to perform household duties such as preparation of meals, shopping and housework. However, disabled aborigines residing on-reserve indicated that they required and received help more frequently than those residing off-reserve.

About 16% of disabled aborigines on-reserve received help preparing meals, compared to 8% of those residing off-reserve and 12% of the non-aboriginal disabled population (Table 5).

Table 5

Disabled Persons Receiving Assistance with Everyday Activities by Aboriginal Status, Canada 1986

	Disabled persons aged 15 and over reporting Personnes de 15 ans et plus déclarant des incapacités			
	Aboriginal origin		Non-aboriginal origin	
	Autochtones		Non-autochtones	
	On-reserve ¹	Off-reserve	Vivant hors des réserves	% receiving - % recevant une assistance
Habitant une réserve ¹				
Preparation of meals – Préparation des repas	16	8		12
Shopping – Emplettes	22	17		23
Light Housework – Travaux domestiques légers	25	17		22
Heavy Housework – Travaux domestiques lourds	44	35		46
Personal Care – Soins personnels	8	4		7

¹ This figure does not include an estimated 45,000 persons residing on 136 Indian reserves incompletely enumerated in the 1986 Census.

¹ Ce chiffre exclut quelque 45 000 personnes vivant dans les 136 réserves indiennes partiellement dénombrées au cours du recensement de 1986.

Help with shopping was received by 22% of on-reserve disabled persons and 17% of those living off-reserve. Among non-aboriginal disabled persons, 23% received help shopping.

Help with heavy housework was received by 44% of on-reserve, 35% of off-reserve and 46% of non-aboriginal disabled persons. Only 8%, 4% and 7%, respectively, received help with personal care.

Aide obtenue pour certaines activités

La majorité des autochtones ayant une incapacité et âgés de 15 ans et plus étaient en mesure d'accomplir des tâches domestiques telles que la préparation des repas, les emplettes et les travaux ménagers. Cependant, ceux qui habitaient une réserve ont demandé et reçu de l'aide plus fréquemment que les autres.

Parmi toutes les personnes ayant une incapacité, 16% des habitants des réserves ont obtenu de l'aide pour la préparation des repas, comparativement à 8% des autres autochtones et à 12% des non-autochtones (tableau 5).

Tableau 5

Personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité et recevant de l'aide pour certaines tâches, selon le statut d'autochtone, Canada, 1986

	Disabled persons aged 15 and over reporting Personnes de 15 ans et plus déclarant des incapacités			
	Aboriginal origin		Non-aboriginal origin	
	Autochtones		Non-autochtones	
	On-reserve ¹	Off-reserve	Vivant hors des réserves	% receiving - % recevant une assistance
Habitant une réserve ¹				
Preparation of meals – Préparation des repas	16	8		12
Shopping – Emplettes	22	17		23
Light Housework – Travaux domestiques légers	25	17		22
Heavy Housework – Travaux domestiques lourds	44	35		46
Personal Care – Soins personnels	8	4		7

Tandis que les habitants des réserves et les non-autochtones éprouvant une incapacité recevaient de l'aide pour faire leurs emplettes dans une proportion respective de 22% et de 23%, il en était ainsi pour 17% des autochtones vivant hors des réserves.

On avait accordé de l'aide pour les travaux domestiques lourds à 44% des habitants des réserves, à 35% des autres autochtones et à 46% des personnes non autochtones. Dans chacun de ces groupes respectivement, 8%, 4% et 7% des individus avaient reçu de l'aide pour leurs soins personnels.

Special Aids Used

About 11% of disabled aboriginal adults residing off-reserve reported using mobility aids or back braces. This compared to 19% of on-reserve disabled aboriginal adults who used these special aids, and 16% of non-aboriginal disabled adults. Only 2% of the total disabled aboriginal population reported needing but not having such aids.

Aids for hearing, including special devices such as a Telecommunications Device for the Deaf (T.D.D.) or a volume control telephone, were used by 7% of disabled aboriginal adults on-reserve and 14% of those off-reserve. About 13% of on-reserve and 9% of off-reserve disabled aboriginal adults, however, reported needing such aids but not having them.

Out-of-Pocket Expenses as a Result of the Disability

Disabled aborigines living off-reserve and disabled non-aborigines both tended to have more out-of-pocket expenses (prescription drugs and/or other costs related to the individuals disability but not covered by insurance or other government plans) than did on-reserve disabled aborigines. About 35% of disabled off-reserve aboriginal and disabled non-aboriginal persons reported such expenses, compared to 12.8% of on-reserve aboriginal persons.

Conclusion

Disabled aboriginal adults living on-reserve differ in several respects from both disabled aboriginal adults living off-reserve and disabled non-aboriginal adults. The former are more likely to have lower levels of education and lower incomes, and are less likely to be in the labour force. This may be due in part to the extent of this group's disabilities: disabled aboriginal adults living on-reserve tended to report greater numbers of disabilities than the two other groups, and were more likely to report receiving assistance with everyday activities.

Products and Services

A variety of products and services are available from the **Health and Activity Limitation Survey**. These include a Custom Data Service, a Microdata File, and numerous publications, including the Subprovincial/subterritorial Profile Series. Fact Sheets on selected topics, as well as a newsletter, are also available, and more products are scheduled for release in the coming months.

For more information, write to: Statistics Canada, The Health and Activity Limitation Survey section, 3 D-7 Jean Talon Building, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario, K1A 0T6; or call (613) 951-0025.

Appareils spéciaux utilisés

Environ 11% des autochtones de 15 ans et plus ayant une incapacité et habitant hors des réserves ont déclaré avoir recours à des dispositifs de locomotion ou à des appareils orthopédiques dorsaux, ce qui est le cas de 19% des habitants des réserves et de 16% des habitants des réserves ayant une incapacité. Seulement 2% de tous les autochtones éprouvant une incapacité ont déclaré qu'ils avaient besoin de tels appareils, mais n'en possédaient pas.

Les instruments auditifs, dont l'appareil de télécommunications pour malentendants (ATME) et le téléphone à sonnerie réglable, étaient utilisés par 7% des habitants des réserves et 14% des autres autochtones ayant une incapacité. Dans ces deux groupes respectivement, 13% et 9% des individus ont déclaré avoir besoin de tels instruments, sans toutefois en posséder.

Dépenses résultant d'une incapacité

Parmi les personnes éprouvant une incapacité, les autochtones vivant hors des réserves et les non-autochtones engageaient des dépenses plus fréquemment que les habitants des réserves pour l'achat de médicaments ordonnés ou le paiement d'autres frais entraînés par leur incapacité, mais non couverts par une assurance ou la sécurité sociale. Environ 35% des individus des deux premiers groupes ont déclaré de telles dépenses, comparativement à 12.8% des autochtones des réserves éprouvant une incapacité.

Conclusion

Parmi les individus ayant une incapacité, les autochtones habitant les réserves se distinguent de ceux qui n'y vivent pas et des personnes d'ascendance non autochtone. Les habitants des réserves éprouvant une incapacité ont tendance à avoir une scolarité moins élevée et un revenu plus faible, et sont moins susceptibles de faire partie de la population active. Cela s'explique en partie par la gravité de leur condition: selon leurs déclarations, ils éprouvent un plus grand nombre d'incapacités que les individus des deux autres groupes et reçoivent davantage d'aide pour l'accomplissement de leurs activités coutumières.

Produits et services

On offre divers produits et services issus de l'**Enquête sur la santé et les limitations d'activités**. Parmi ceux-ci, mentionnons un service de données personnalisées, un fichier de micro-données et de nombreuses publications, notamment la série des profils infraprovinciaux/infraterritoriaux, des fiches descriptives sur des sujets choisis et un bulletin. On prévoit aussi diffuser d'autres produits au cours des prochains mois.

Pour plus de renseignements, écrire à: Statistique Canada, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, immeuble Jean-Talon, 3^e étage D-7, parc Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0T6, ou composer le (613) 951-0025.

References – Références

- 1E. Hamilton, Magda. **The Health and Activity Limitation Survey.** *Health Reports.* 1989. Vol. 1, (2): 175-187.
- 1F. Hamilton, Magda. **Enquête sur la santé et les limitations d'activités.** *Rapports sur la santé.* 1989, vol. 1, (2): p. 1975-1987.
- 2E. Dowler, Judith and Deborah A. Jordan-Simpson. **Canada's Disabled Population in Institutions.** *Health Reports.* 1990. Vol. 2, (1): 27-36.
- 2F. Dowler, Judith et Deborah A. Jordan-Simpson. **Les Canadiens ayant une incapacité et vivant en établissement.** *Rapports sur la santé.* 1990, vol. 2, (1): p. 27-36.
- 3E. World Health Organization. **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.** Geneva, WHO, 1980.
- 3F. Organisation mondiale de la santé. **Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps,** Genève, OMS, 1980.
- 4E. Organization for Economic Co-operation and Development. Special Study No. 5: **Measuring Disability.** OECD: 1982.
- 4F. Organisation de coopération et de développement économiques. **Mesurer l'incapacité,** étude spéciale n° 5, OCDE, 1982.

Highlights

List of Residential Care Facilities, 1989

Judith M. Dowler

- On April 1, 1989 there were 6,405 residential care facilities in Canada (Table 1) with 241,210 approved beds (Table 2).

Table 1

Number of Residential Care Facilities as of April 1, 1989, Canada and Provinces

	Aged Gens âgés	Mental disorders				Other ¹ Autres ¹	Total		
		Personnes souffrant de troubles mentaux							
		Psychia- trically disabled	Develop- mentally delayed	Emotionally disturbed children	Alcohol and drug problems				
		Personnes souffrant de troubles psychiques	Handicapés développe- mentaux	Enfants souffrant de troubles émotifs	Alcooliques et toxico- manes				
Canada	2,605	728	1,177	771	280	844	6,405		
Newfoundland – Terre-Neuve	79	20	24	5	3	31	162		
Prince Edward Island – Île-du- Prince-Edouard	30	2	11	6	6	2	57		
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	114	30	32	10	12	24	222		
New Brunswick – Nouveau- Brunswick	192	86	38	53	12	40	421		
Québec	694	137	0	179	25	22	1,057		
Ontario	692	177	550	283	84	488	2,274		
Manitoba	128	33	98	41	21	32	353		
Saskatchewan	144	12	75	17	24	29	301		
Alberta	241	59	83	81	40	69	573		
British Columbia – Colombie- Britannique	285	172	264	92	50	84	949		
Yukon	2	0	1	0	2	13	18		
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	4	0	1	2	1	10	18		

¹ Includes facilities for physically handicapped, delinquents, transients and others, such as families in crisis.

¹ Y compris les établissements pour les handicapés physiques, les délinquants, les personnes itinérantes et d'autres établissements comme les refuges pour les victimes de violence familiale.

Faits saillants

Liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1989

Judith M. Dowler

- Au 1^{er} avril 1989, il y avait 6 405 établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada (tableau 1) et 241 210 lits approuvés (tableau 2).

Tableau 1

Nombre d'établissements de soins pour bénéficiaires internes au 1^{er} avril, 1989, Canada et provinces.

Table 2

Number of Beds in Residential Care Facilities as of April 1, 1989, Canada and Provinces

Tableau 2

Nombre de lits dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes au 1er avril, 1989, Canada et provinces

	Aged	Mental disorders – Personnes souffrant de troubles mentaux				Other ¹	Total
		Gens âgés	Psychiatrically disabled	Developmentally delayed	Emotionally disturbed children		
		Personnes souffrant de troubles psychiques	Handicapés développementaux	Enfants souffrant de troubles émotifs	Alcooliques et toxicomanes		
Canada	170,239	19,572	19,799	10,867	6,885	13,848	241,210
Newfoundland – Terre-Neuve	3,407	294	126	27	58	460	4,372
Prince Edward Island – île-du-Prince-Édouard	1,383	203	82	39	119	116	1,942
Nova Scotia – Nouvelle-Écosse	6,509	1,567	445	120	192	531	9,364
New Brunswick – Nouveau-Brunswick	5,795	709	359	262	216	492	7,833
Québec	34,676	3,743	0	4,231	558	496	43,704
Ontario	65,306	7,421	11,096	3,957	2,003	7,090	90,873
Manitoba	8,625	1,415	1,913	427	478	729	13,587
Saskatchewan	9,362	74	1,281	192	459	723	12,091
Alberta	17,142	1,146	2,411	882	1,224	1,769	24,574
British Columbia – Colombie-Britannique	17,929	3,000	2,070	710	1,529	1,242	26,480
Yukon	60	0	8	0	42	115	225
Northwest Territories – Territoires du Nord-Ouest	45	0	8	20	7	85	165

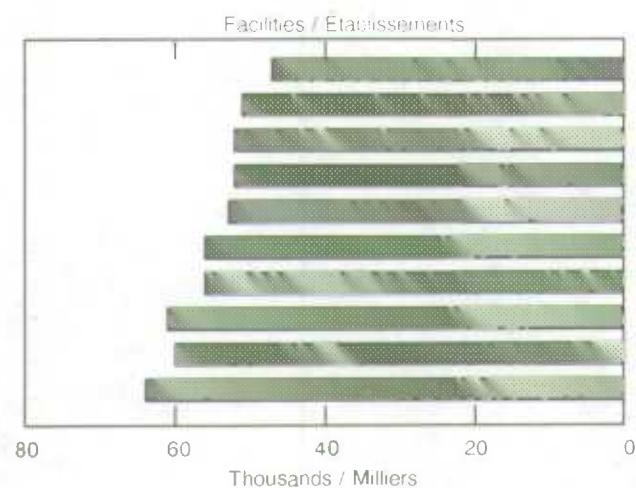
¹ Includes facilities for physically handicapped, delinquents, transients and others, such as families in crisis.

¹ Y compris les établissements pour les handicapés physiques, les délinquants, les personnes itinérantes et d'autres établissements comme les refuges pour les victimes de violence familiale.

- Statistics Canada's List of Residential Care Facilities includes all facilities funded, licensed or approved by provincial and territorial departments of health and social services, and containing at least four beds. The list covers facilities for: the aged; the physically handicapped; the psychiatrically disabled; the developmentally delayed; people with drug and alcohol problems; emotionally disturbed children; transients; and delinquents. Other facilities, such as shelters for families in crisis, are also included. For each facility, the listing includes name, address, ownership, type of care and approved bed complement.
- On April 1, 1989, just over 40% of residential care facilities were homes for the aged. These homes accounted for just over 70% of total residential care beds, averaging 65 beds per facility.
- Although there has been an increase in both facilities and total number of beds over the past ten years (Chart 1), the number of residential care facilities per thousand population (Chart 2) has remained relatively stable.
- La liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes établie par Statistique Canada comprend tous les établissements dotés d'au moins quatre lits et titulaires d'une licence, approuvés ou financés par le ministère provincial ou territorial des services sociaux et sanitaires. La liste regroupe les établissements pour les gens âgés, les handicapés physiques, les personnes souffrant de troubles psychiques, les handicapés développementaux, les toxicomanes et les alcooliques, les enfants souffrant de troubles émotifs, les itinérants et les délinquants. On y retrouve aussi d'autres établissements, comme les refuges pour les victimes de violence familiale. Pour chaque établissement, la liste fournit le nom, l'adresse, l'appartenance, le nombre de lits approuvés, ainsi que le type de soins dispensés.
- Au 1^{er} avril 1989, les foyers pour personnes âgées représentaient un peu plus de 40% des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Ils contenaient un peu plus de 70% de tous les lits des approuvés, chaque foyer comptant en moyenne 65 lits.
- Même s'il on observe une augmentation des établissements et des lits au cours des dix dernières années (graphique 1), la quantité d'établissements de soins pour bénéficiaires internes par 1.000 habitants (graphique 2) est demeurée relativement stable.

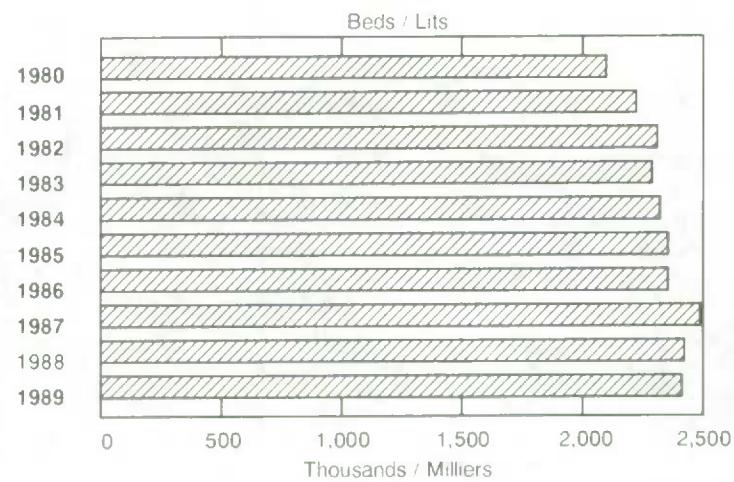
Chart 1

Number of Approved Beds in Residential Care Facilities in Canada



Graphique 1

Nombre de lits approuvés dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada



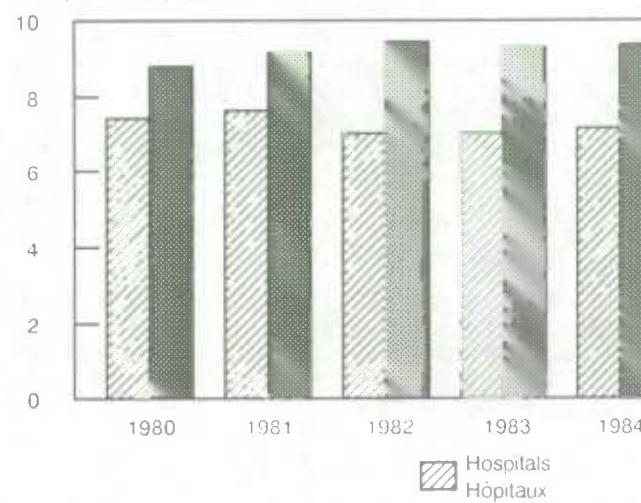
- The number of facilities for persons with mental disorders (the psychiatrically disabled, the developmentally delayed, emotionally disturbed children, and people with alcohol and drug problems) has increased over the past decade, but the number of total beds has declined. In 1988, the average size of these facilities was 21 beds, declining to 19 beds in 1989.

- La quantité d'établissements pour personnes atteintes de troubles mentaux (troubles psychiques, retard du développement, troubles émotions chez l'enfant, et problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie) a augmenté au cours de la dernière décennie, mais le nombre total de lits dans ces établissements a diminué. Le moyen de lits par établissement est en effet passé de 21 en 1988 à 19 en 1989.

Chart 2

Approved Beds in Residential Care Facilities and Hospitals in Canada

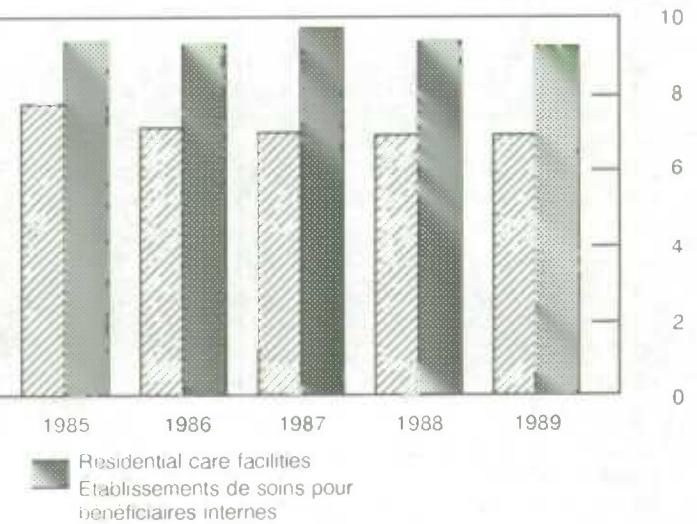
Beds per 1,000 population



Graphique 2

Lits approuvés dans les hôpitaux et les établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada

Lits pour 1.000 habitants



More detailed data is available in Standard Table No. 41040. To order see page 298.

On peut obtenir des données plus détaillées en consultant le tableau normalisé no 41040. Pour commander voir page 298.

Nursing in Canada

Registered Nurses – 1989

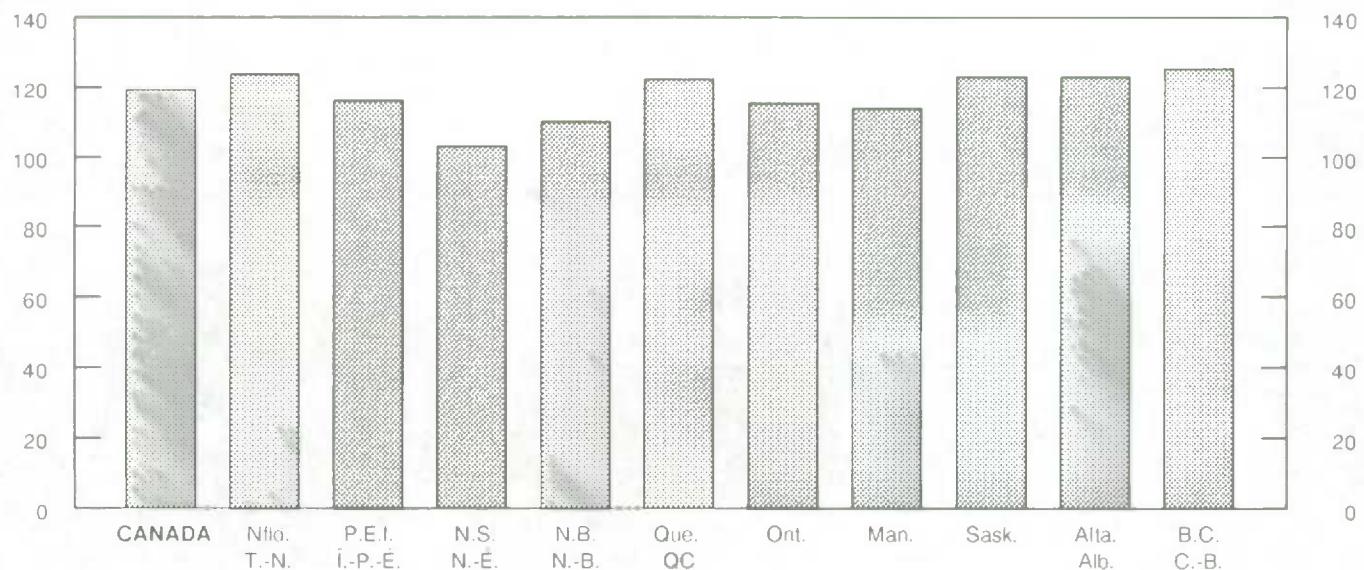
Peter Paddon

- The ratio of practising registered nurses to the Canadian population in 1989 was one nurse for every 119 residents (Chart 1). Twenty years earlier, there was one nurse practising for every 212 persons in the Canadian population.

Chart 1

Canadian Population per Registered Nurse,
1989

Population



Personnel infirmier au Canada

Infirmiers(ières) autorisés – 1989

Peter Paddon

- En 1989, le rapport des infirmiers(ières) autorisés exerçant leur profession à l'ensemble des Canadiens était de 1 pour 119 habitants (graphique 1). Vingt ans auparavant, ce ratio était de 1 pour 212 Canadiens.

Graphique 1

Nombre d'habitants canadiens par
infirmier(ière) autorisé, 1989

- The total number of registered nurses increased to 252,189 from 249,673 in 1988. Ninety-two percent were employed in nursing, while 8% worked outside the profession or were not employed (Table 1).

- Le nombre total d'infirmiers(ières) autorisés a augmenté de 249,673 en 1988 à 252,189 en 1989. Quatre-vingt-douze pour cent d'entre eux exercent leur profession, tandis que 8% ne travaillent pas ou travaillent dans un autre domaine (tableau 1).

Table 1

Registered Nurses by Activity Status, 1989

	Activity status				
	Situation relative à l'emploi				
	Total	Employed in nursing	Employed in other than nursing	Not employed	Not stated
	Total	Travaillant en sciences infirmières	Travaillant dans un autre domaine	Ne travaillant pas	Non précisé
CANADA	252,189	220,999	5,861	14,606	10,723
Newfoundland - Terre-Neuve	4,959	4,592	-	364	3
Prince Edward Island - île-du-Prince-Edouard	1,171	1,126	6	39	-
Nova Scotia - Nouvelle-Écosse	9,056	8,615	52	384	5
New Brunswick - Nouveau-Brunswick	7,590	6,559	60	302	669
Québec	59,530	55,027	288	995	3,220
Ontario	99,643	82,935	4,334	8,770	3,604
Manitoba	9,870	9,489	129	183	69
Saskatchewan	8,513	8,182	61	223	47
Alberta	23,084	19,694	337	1,503	1,550
British Columbia - Colombie-Britannique	28,332	24,365	588	1,824	1,555
Northwest Territories - Territoires du Nord-Ouest	441	415	6	19	1

- The percentage of part-time registered nurses increased to 39% in 1989, compared to 37% in 1988, 35% in 1980 and 30% in 1970.
- The percentage of female registered nurses working part-time (40%) was two and a half times the male rate of 16% (Chart 2).
- Hospitals employed 72.9% of registered nurses in 1989, the community health area employed 10.5%, facilities for the elderly population employed 7.1% and educational institutions, physicians' offices and other employers accounted for 9.5% (Chart 3).

Tableau 1

Infirmiers(ières) autorisés selon la situation relative à l'emploi, 1989

	Activity status				
	Situation relative à l'emploi				
	Total	Employed in nursing	Employed in other than nursing	Not employed	Not stated
	Total	Travaillant en sciences infirmières	Travaillant dans un autre domaine	Ne travaillant pas	Non précisé
CANADA	252,189	220,999	5,861	14,606	10,723
Newfoundland - Terre-Neuve	4,959	4,592	-	364	3
Prince Edward Island - île-du-Prince-Edouard	1,171	1,126	6	39	-
Nova Scotia - Nouvelle-Écosse	9,056	8,615	52	384	5
New Brunswick - Nouveau-Brunswick	7,590	6,559	60	302	669
Québec	59,530	55,027	288	995	3,220
Ontario	99,643	82,935	4,334	8,770	3,604
Manitoba	9,870	9,489	129	183	69
Saskatchewan	8,513	8,182	61	223	47
Alberta	23,084	19,694	337	1,503	1,550
British Columbia - Colombie-Britannique	28,332	24,365	588	1,824	1,555
Northwest Territories - Territoires du Nord-Ouest	441	415	6	19	1

- Le pourcentage d'infirmiers(ières) autorisés travaillant à temps partiel était de 39% en 1989, comparativement à 37% en 1988, 35% en 1980 et 30% en 1970.
- Parmi le personnel travaillant à temps partiel, le pourcentage d'infirmières autorisées (40%) était deux fois et demie supérieur à celui des infirmiers (16%) (graphique 2).
- Les hôpitaux employaient 72.9% des infirmiers(ières) autorisés en 1989; les services de santé communautaire, 10.5%; les établissements pour personnes âgées, 7.1%; et les établissements d'enseignement, les cabinets de médecin ou autres, 9.5% (graphique 3).

Chart 2

Registered Nurses Working Part-time,
by Sex, 1989

Graphique 2

Personnel infirmier autorisé travaillant
à temps partiel, selon le sexe, 1989

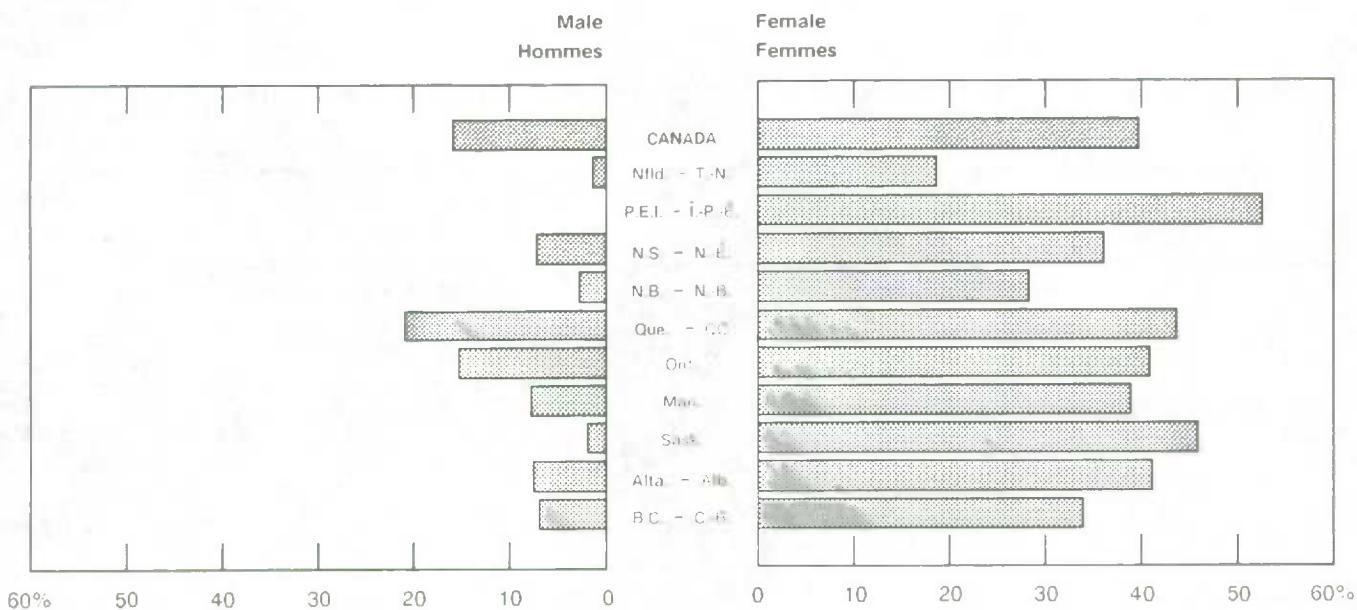
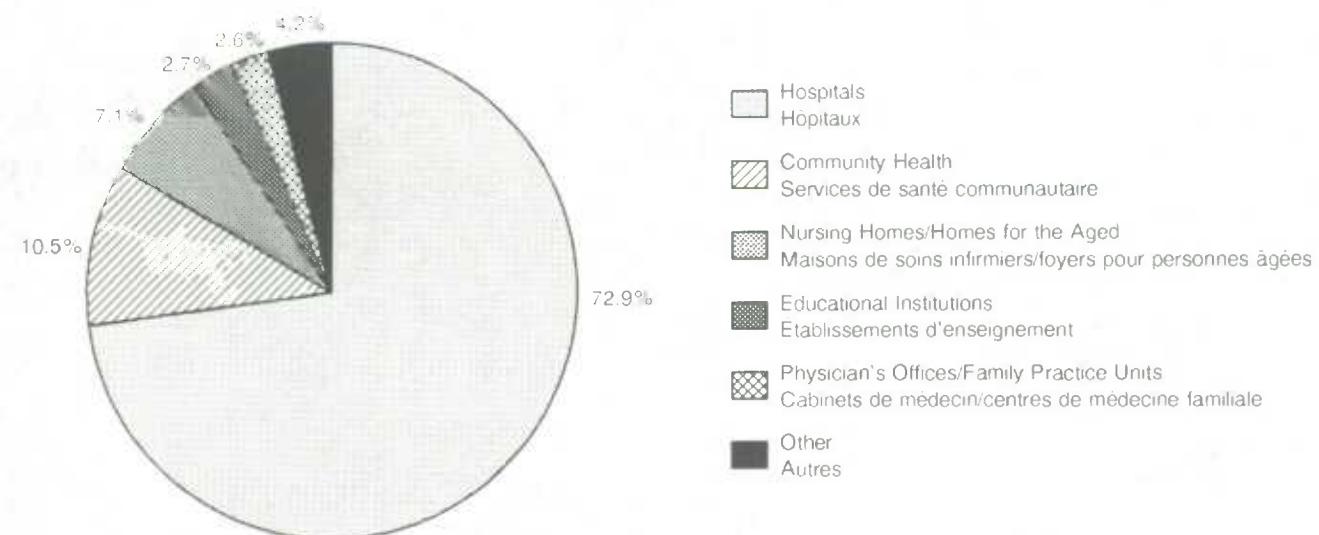


Chart 3

Registered Nurses by Type of Employer,
Canada, 1989

Graphique 3

Personnel infirmier autorisé, selon l'employeur,
Canada, 1989



- Three quarters of all nurses were staff nurses in 1989 while about 15% were in the management/administration category (Table 2).
- En 1989, les trois quarts des infirmiers(ières) étaient affectés aux soins et environ 15% occupaient des postes de gestion ou d'administration (tableau 2).

Table 2

**Male and Female Registered Nurses by Position,
1989**

Positions Postes	Total	Female Femmes	Male Hommes
percentage – pourcentage			
Administrative/Management positions – Postes de gestion/d'administration	15.4	15.1	24.9
Director/Assistant director – Directeur(trice)/directeur(trice) adjoint(e)	2.5	2.5	3.9
Supervisor/Coordinator – Surveillant(e)/coordonnateur(trice)	5.2	5.1	6.8
Head nurse – Infirmier(ière)-chef	7.7	7.5	14.2
Direct Patient Care Positions – Postes de soins	75.3	75.6	67.9
Clinical specialist – Clinicien(ne) spécialisé(e)	0.7	0.7	0.7
Staff nurse – Infirmier(ière) de service général	74.6	74.9	67.2
Other positions – Autres postes	9.3	9.3	7.2
Instructor – Instructeur(trice)	2.7	2.7	2.2
Other (not categorized) – Autres	6.6	6.6	5.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0

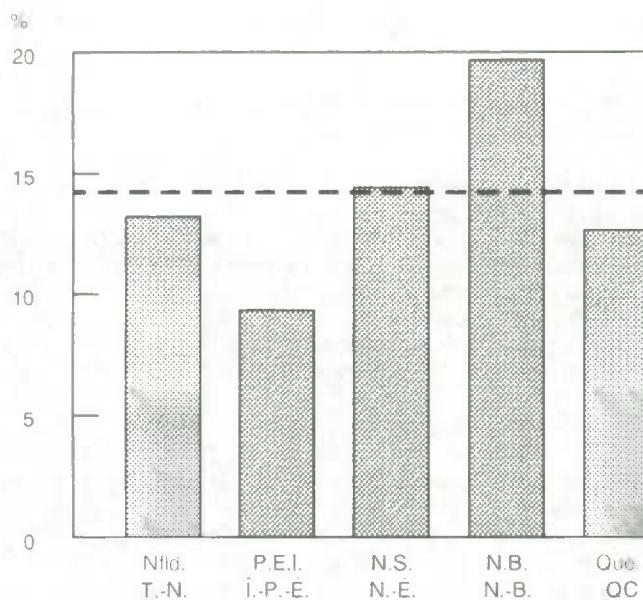
Tableau 2

Infirmiers(ières) autorisés, selon le poste, 1989

- In 1989 the percentage of practising registered nurses with degrees in nursing, at 14.2% (Chart 4), remained virtually unchanged from the previous year. In 1980, 10% had a degree in nursing, and the rate was 7% in 1970. In comparison, 28.6% of active registered nurses in the United States held degrees in nursing in 1980, increasing to 34.2% by 1986 (1).
- En 1989, équivalent à 14.2%, le pourcentage d'infirmiers(ières) autorisés exerçant leur profession et titulaires d'un grade en sciences infirmiers(ières) (graphique 4) est demeuré pratiquement inchangé par rapport à l'année précédente. En 1980 et en 1970, il était de 10% et de 7% respectivement. À titre de comparaison, la proportion d'infirmiers(ières) autorisés exerçant leur profession et titulaires d'un grade en sciences infirmières a augmenté aux États-Unis de 28.6% en 1980 à 34.2% en 1986.(1)

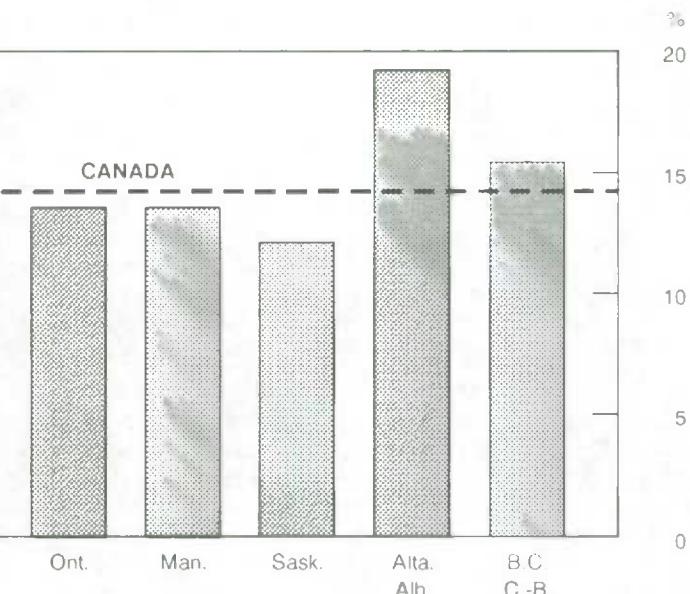
Chart 4

Practising Registered Nurses with Degrees in Nursing, 1989



Graphique 4

Infirmiers(ières) autorisés exerçant leur profession et titulaires d'un grade en sciences infirmières, 1989



Reference

1. U.S. Department of Health and Human Services. **Health United States 1988**. Hyattsville, Maryland, 1989.

More detailed data is available in Standard Table No. 41056. To order see page 298.

Référence

1. U.S. Department of Health and Human Services. **Health United States, 1988**. Hyattsville, Maryland, 1989.

On peut obtenir des données plus détaillées en consultant le tableau normalisé n° 41056. Pour commander voir page 298.

The First Canadian Epidemiology Research Conference

August 1989, Ottawa – Proceedings

Maureen Carpenter and Martha Fair

The proceedings of the record linkage sessions and workshop from the first Canadian Epidemiology Research Conference held in Ottawa in August 1989 have been distributed to conference participants and sponsors. A limited number of extra copies are available from the Information Request Unit, Canadian Centre for Health Information, R.H. Coats Building, 18th Floor, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

The proceedings will be of interest to those involved in the application of linkage techniques to health research. They include the Conference programme and the names and addresses of participants. Funding for preparation of these Proceedings was received from Health and Welfare Canada, Labour Canada, the Ontario Ministry of Health, the Atomic Energy Control Board, DOFASCO, Dow Chemical Canada and Statistics Canada.

The record linkage sessions covered a variety of topics.

- The **plenary session** on record linkage considered the history and the methods of record linkage, together with examples of its application to specific epidemiological studies in occupation, lifestyle, health-status and health-care research. The session also considered the potential for record linkage in health research in general.
- The record linkage **methods session** examined bias in studies resulting from data problems, such as missing bodies (as in drowning deaths), and unreliable or inaccurate diagnosis. The session also described a project that combined existing mental health data from different administrative data bases into a single research data base, plus the results of a study which compared active individual follow-up to computerized record linkage.
- In the session on **occupational studies**, results of follow-ups of cohorts of Canadian farmers, and of Ontario chemical workers, uranium miners and asbestos workers were presented.
- The session on **other record linkage studies** presented results from: a population-based drug use/reproductive outcome study; the use of morbidity and mortality records to estimate

Actes de la première conférence canadienne sur la recherche épidémiologique

Tenue à Ottawa en août 1989 – Actes

Maureen Carpenter et Martha Fair

Les actes des séances et de l'atelier sur le couplage des enregistrements, organisés dans le cadre de la première conférence canadienne sur la recherche épidémiologique tenue à Ottawa en août 1989, ont été distribués aux participants et aux commanditaires de la conférence. Un nombre limité d'exemplaires supplémentaires sont disponibles à la Sous-section des demandes d'information, Centre canadien d'information sur la santé, immeuble R.-H. Coats, 18^e étage, Parc Tunney, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Les actes intéresseront ceux qui appliquent des techniques de couplage pour fins de recherche sur la santé. Ils comprennent le programme de la conférence et les noms et adresses des participants. Des fonds pour la préparation de ces actes ont été reçus de Santé et Bien-être social Canada, de Travail Canada, du ministère de la Santé de l'Ontario, de la Commission de contrôle de l'énergie atomique du Canada, de DOFASCO, de Dow Chemical Canada et de Statistique Canada.

Différents sujets ont été abordés lors des séances sur le couplage des enregistrements.

- La **séance plénière** a permis de faire l'historique du couplage des enregistrements, d'en examiner les méthodes et de présenter des exemples d'application à des études épidémiologiques réalisées dans le cadre de recherches sur les professions, les modes de vie, les soins et l'état de santé. La séance a aussi permis l'examen des applications possibles du couplage des enregistrements aux fins de la recherche sur la santé en général.
- La **séance sur les méthodes** de couplage des enregistrements a été consacrée à l'examen de la distortion introduite dans les études par des données imparfaites, dues par exemple aux personnes portées disparues (décès par noyade notamment) et à des diagnostics douteux ou inexacts. Il a également été question d'une expérience combinant les données actuelles sur la santé mentale de différentes bases de données administratives en une seule et même base de données pour la recherche, et des résultats d'une étude qui avait pour but de comparer le suivi individuel actif et le couplage des enregistrements informatisés.
- À la séance consacrée aux **études sur les professions**, on a fourni les résultats de suivis effectués auprès de cohortes d'exploitants agricoles canadiens et de travailleurs ontariens de l'industrie chimique, de l'amiant et des mines d'uranium.
- À la séance traitant des **autres études sur le couplage des enregistrements**, on a présenté les résultats des travaux suivants: recherche expérimentale sur l'usage des drogues et la fécondité; utilisation des enregistrements sur

incidence and case fatality for cardio-vascular disease; the use of existing records to investigate factors that affect mortality in motor vehicle accidents; and the use of data linkage to assess the association between health status, health practices and medical care use.

The Record Linkage Workshop concentrated on four areas; theory, software, preparing data files for linkage, and quality control and evaluation. The workshop also included a discussion of the state of the art of record linkage in Canada and of work in progress.

- The session on **record linkage theory** emphasized the simplicity of record linkage, discussed the interaction of practice and theory, and described a way of deriving accurate weights for matching records.
- The **software session** described systems developed at Statistics Canada, the University of Manitoba, the Family History Department, Salt Lake City, Utah, and the Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. Demonstrations were given of a new prototype record linkage system developed by Statistics Canada for use on a personal computer in a multi-user workstation environment.
- The session on **preparing data files for linkage** covered recent developments in name equivalents, given-name comparisons, preprocessing (sex and name checks) and definition of linkage rules. A standard data collection package for long-term medical follow-up studies was also presented.
- The final session on **quality control and evaluation** included examples from a review of the Ontario Cancer Registry and from a study to determine the vital status of an occupational cohort in Quebec.
- The Proceedings from this workshop include concluding remarks and final recommendations.

Second Canadian Epidemiology Research Conference

A second conference will be held May 23-24, 1991 at the University of Alberta in Edmonton. Oral and poster sessions will be included. For further information contact the Conference Convener, Dr. Colin Soskolne, Professor and Director, Epidemiology Program, 13-103 Clinical Sciences Building, University of Alberta, Edmonton, Alberta, T6G 2G3. Telephone: (403) 492-6013; FAX: (403) 492-0364.

la morbidité et la mortalité pour l'estimation de l'incidence et de la létalité des maladies cardio-vasculaires; utilisation des enregistrements actuels pour l'étude des facteurs de la mortalité dans les accidents de la route; et utilisation du couplage des données pour l'évaluation des liens entre l'état de santé, les pratiques sanitaires et le recours aux soins médicaux.

L'atelier sur le couplage des enregistrements comportait quatre principaux thèmes: la théorie, les logiciels, la préparation des fichiers de données en prévision du couplage, le contrôle de la qualité et l'évaluation. On y a aussi fait le point sur les techniques actuelles de couplage des enregistrements au Canada et sur les travaux en cours.

- À la séance sur **la théorie du couplage des enregistrements**, on a souligné la simplicité des techniques, on a discuté de l'interaction entre la pratique et la théorie, et on a décrit une façon de pondérer avec précision les enregistrements couplés.
- La **séance sur les logiciels** a été consacrée à la description des systèmes mis au point à Statistique Canada, à l'Université du Manitoba, au département d'études familiales de Salt Lake City en Utah et à la Fondation ontarienne pour la recherche et le traitement du cancer. On a fait la démonstration d'un nouveau logiciel expérimental de couplage des enregistrements, élaboré par Statistique Canada et destiné à être utilisé sur un micro-ordinateur servant de poste de travail à plusieurs utilisateurs.
- La séance sur **la préparation des fichiers de données pour le couplage** a traité des récents progrès en matière d'équivalents de noms, de comparaison de prénoms, de pré-traitement (vérification du sexe et du nom) et de définition des règles de couplage. Une trousse de collecte de données pour les études de suivi médical à long terme a également été présentée.
- La dernière session, consacrée **au contrôle de la qualité et à l'évaluation**, comprenait des exemples tirés d'une revue du Registre du cancer de l'Ontario et d'une étude afin de déterminer le statut vital d'une cohorte professionnelle au Québec.
- Les actes de l'atelier comprennent une conclusion et les dernières recommandations.

Deuxième conférence canadienne sur la recherche épidémiologique

Une deuxième conférence aura lieu les 23 et 24 mai 1991 à l'Université de l'Alberta à Edmonton et comprendra des séances de discussion et de démonstration. Pour plus de renseignements, communiquer avec Colin Soskolne, organisateur de la conférence, professeur et directeur, programme d'épidémiologie, 13-103 Clinical Sciences Building, Université de l'Alberta, Edmonton, Alberta, T6G 2G3. Téléphone: (403) 492-6013; télécopieur: (403) 492-0364.

How to Order

Comment commander

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.

N. Nault
(613) 951-1746

Facsimile number

(613) 951-0792 Numéro du bélénographe

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

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.

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, Edifice R.H. Coats, 18ième étage, Ottawa K1A 0T6

Supplement number	Old catalogue number	Billing number	Price	Title	Reference year	No. of pages
Numéro de supplément	Ancien numéro de catalogue	Numéro de la facture	Prix	Titre	Année de référence	No de pages
1	82-206	41017	\$ 15	Hospital Morbidity La morbidité hospitalière	1987-88	52
2	82-208	41019	\$ 15	Surgical Procedures and Treatments Interventions chirurgicales et traitements	1987-88	42
3	83-204	41023	\$ 15	Mental Health Statistics La statistique de l'hygiène mentale	1987-88	17
4	83-002	41022	\$ 10	Quarterly Hospital Information System Programme de renseignements hospitaliers trimestriels	1Q 1990/1991	18
5	83-217	41024	\$ 15	Hospital Statistics: Preliminary Annual Report La statistique hospitalière: Rapport annuel préliminaire	1988-89	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	1989	99
8	82-207	41018	\$ 25	Cancer in Canada Le cancer au Canada	1984	169
9	82-211	41020	\$ 10	Therapeutic Abortions Avortements thérapeutiques	1988	20
10	82-212	41021	\$ 10	Tuberculosis Statistics La statistique de la tuberculose	1988	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	41048	\$ 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

Supplement number	Old catalogue number	Billing number	Price	Title	Reference year	No. of pages
Numéro de supplément	Ancien numéro de catalogue	Numéro de la facture	Prix	Titre	Année de référence	No de pages
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	1987-88	23
19	83-238	41029	\$ 15	Residential Care Facilities - Mental Établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes - troubles mentaux	1987-88	23
20	83-232	41026	\$ 15	Hospital annual Statistics: Volume 1 - Tables/tableaux 1-4 Beds and Patient Movement Lits et mouvements des malades Volume 2 - Tables/tableaux 5, 9-12 Outpatient Services Service aux malades externes Volume 3 - Tables/tableaux 5-9, 11, 13, 14 Diagnostic and Therapeutic Services Service diagnostique et thérapeutique Volume 4 - Tables/tableaux 17-20 Personnel Personnel 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	82
21	83-233	41027	\$ 8	Hospital Indicators: Volume 1 - Tables/tableaux 1-64 Nursing Units Unités des soins infirmiers Volume 2 - Tables/tableaux 65-94 Diagnostic and therapeutic Diagnostique et thérapeutique Volume 3 - Tables/tableaux 95-112 Administrative and Supportive Administration et soutien Volume 4 - Tables/tableaux 113-119 Total Expenses Dépenses totales	1986-87	163
22	83-226	41056	\$ 10	Nursing in Canada: Registered Nurses	1989	19

Other available products

Canadian Health Indicators Database

A comprehensive set of indicators grouped into four categories: health determinants, health status, health resources and health resource utilization. The data are presented in three formats: hardcopy graphics and a personal computer diskette database containing over one million observations. The data are also available on the CANSIM cross-classified database. The information will be updated annually and new indicators will be added. Publication price (including the diskette database and software) is \$600. Additional copies and updates are \$250. For further information contact Norman Dawson at (613) 951-1653.

Autres produits disponibles

Base de données Canadienne sur les Indicateurs sur la Santé

Il s'agit là d'une série exhaustive d'indicateurs regroupés en quatre catégories: les déterminants de la santé, l'état de la santé, les ressources de la santé et l'utilisation des ressources de la santé. 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. Le prix de la publication (y compris la base de données sur disquette et le logiciel) est de \$600. Les exemplaires supplémentaires et les mises à jour sont offerts à \$250. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec Norman Dawson au (613) 951-1653.

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

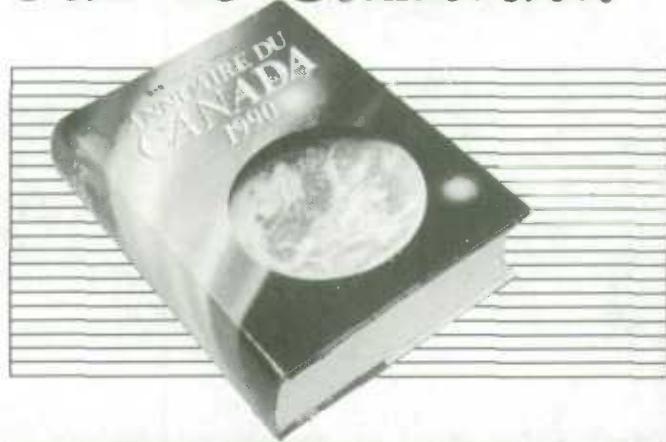
and Canadians, the **Canada Year Book 1990** is your ready reference source.

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 0T6 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

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

Fax (613) 951-1584

(Please print)

Company _____

Department _____

Attention _____ Title _____

Address _____

City _____ Province _____ Country _____

Postal Code _____ Tel. _____

Client Reference Number _____

METHOD OF PAYMENT

 Purchase Order Number (please enclose) _____ Payment enclosed \$ _____ Charge to my: MASTERCARD VISA Statistics Canada

Account Number _____

Expiry Date _____

 Bill me later (Max. \$500)

Signature _____

Catalogue No.	Title	Issue	Quantity	Price	Total

Cheque or money order should be made payable to the Receiver General for Canada/Publications.
Canadian Clients pay in Canadian funds. Foreign clients pay in US \$. drawn on a US bank.

PF
03077

For faster service

1-800-267-6677

MasterCard and
Visa account

Français au verso

BON DE COMMANDE

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

Télécopieur: (613) 951-1584

(Caractères d'imprimerie s.v.p.)

Organisme _____

Service _____

a/s de _____ Fonction _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____

Code postal _____ Tél. _____

Numéro de référence du client _____

MÉTHODE DE PAIEMENT

 Numéro de la commande (inclure s.v.p.) _____ Paiement inclus \$ _____ Portez à mon compte: MASTERCARD VISA Statistique Canada

Nº de compte _____

Date d'expiration _____

 Facturez-moi plus tard (max. 500 \$)

Signature _____

Nº au catalogue	Titre	Édition	Quantité	Prix	Total

Le chèque ou mandat poste doit être fait à l'ordre du Receveur général du Canada - Publications.
Les clients canadiens paient en dollars canadiens; les clients à l'étranger paient en \$ US, tirés sur une banque américaine.

PF
03077Pour un service
plus rapide, composez

1-800-267-6677

Comptes
MasterCard et Visa

English on reverse

BON DE COMMANDEStatistics Canada Library
Bibliothèque Statistique Canada

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

Télécopieur: (613) 951-1584

S.V.P.)

(Caractères d'imprimerie s.v.p.)

Organisme _____

Service _____

a/s de _____ Fonction _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Pays _____

Code postal _____ Tél. _____

N° au catalogue	Titre	Édition	Quantité	Prix	Total

Le chèque ou mandat-poste doit être fait à l'ordre du Receveur général du Canada - Publications.
 Les clients canadiens paient en dollars canadiens; les clients à l'étranger paient en \$ US, tirés sur une banque américaine.

PF
03077Pour un service
plus rapide, composez**1-800-267-6677**Comptes
MasterCard et Visa

English on reverse

ORDER FORM

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

Fax (613) 951-1584

(Please print)

Company _____

Department _____

Attention _____ Title _____

Address _____

City _____ Province _____ Country _____

Postal Code _____ Tel. _____

Catalogue No.	Title	Issue	Quantity	Price	Total

Cheque or money order should be made payable to the Receiver General for Canada/Publications.
 Canadian clients pay in Canadian funds. Foreign clients pay in US \$, drawn on a US bank.

PF
03077

For faster service

1-800-267-6677MasterCard and
Visa accounts

Français au verso

INTERESTED IN ACQUIRING A CANADIAN ORIGINAL?

Then **Canadian Social Trends** is the acquisition for you. A first on the Canadian scene, this journal is claiming international attention from the people who need to know more about the social issues and trends of this country.

Drawing on a wealth of statistics culled from hundreds of documents, **Canadian Social Trends** looks at Canadian population dynamics, crime, education, social security, health, housing, and more.

For social policy analysts, for trendwatchers on the government or business scene, for educators and students, **Canadian Social Trends** provides the information for an improved discussion and analysis of Canadian social issues.

Published four times a year, **Canadian Social Trends** also features the latest social indicators, as well as information about new products and services available from Statistics Canada.

CANADIAN SOCIAL TRENDS

(Catalogue No. 11-008E) is \$34 annually in Canada, US\$40 in the United States and US\$48 in other countries.

To order, write to Publication Sales, Statistics Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 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 DÉSIREZ FAIRE L'ACQUISITION D'UNE ŒUVRE ORIGINALE ?

Alors **Tendances sociales canadiennes** est la publication qu'il vous faut. Première en son genre sur la scène canadienne, cette revue retient l'attention des gens d'ici et d'ailleurs qui désirent en savoir plus sur les questions sociales de l'heure au pays.

À l'aide d'abondantes statistiques extraites de nombreux documents, **Tendances sociales canadiennes** brossre le tableau de la dynamique de la population canadienne, de la criminalité, de l'éducation, de la sécurité sociale, de la santé, de l'habitation et de plusieurs autres sujets.

Que ce soit pour les analystes de la politique sociale, les analystes des tendances oeuvrant au sein des administrations publiques et du monde des affaires, les enseignants ou encore les étudiants, **Tendances sociales canadiennes** dégage l'information nécessaire à des discussions et des analyses approfondies relativement aux questions sociales.

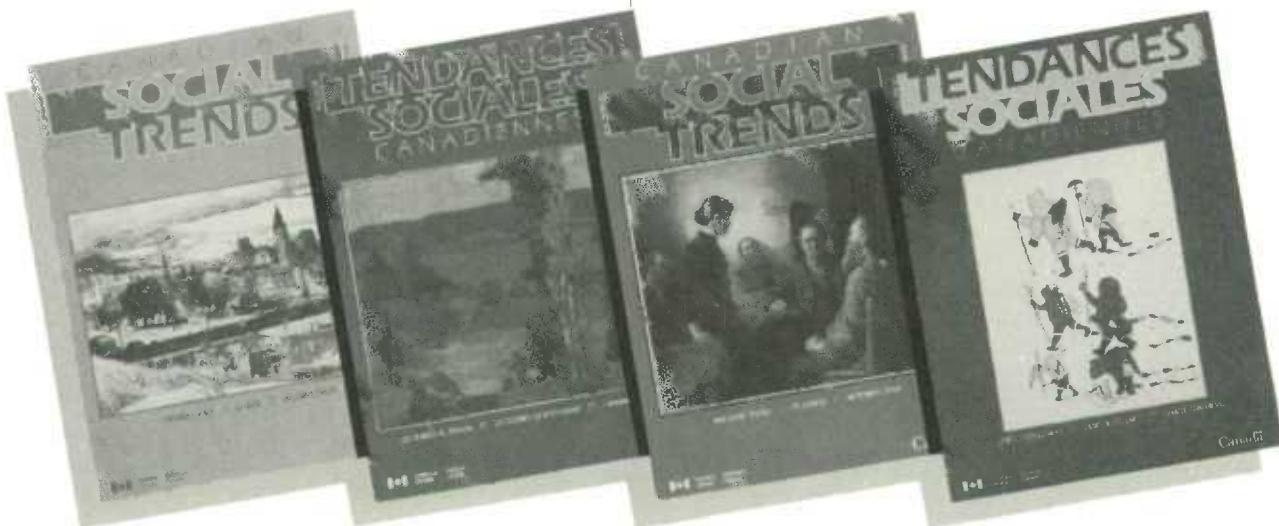
Tendances sociales canadiennes présente également les plus récents indicateurs sociaux de même que des renseignements relatifs aux produits et services qu'offre Statistique Canada.

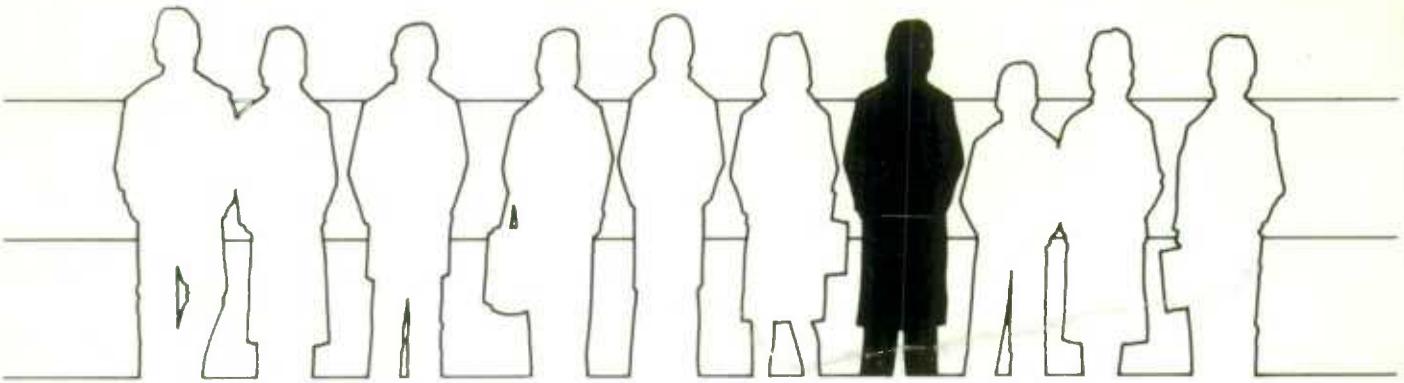
TENDANCES SOCIALES CANADIENNES

Ce trimestriel (No 11-008F au catalogue) se vend 34 \$ l'abonnement annuel au Canada, 40 \$ US aux États-Unis et 48 \$ US dans les autres pays.

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.





Over three million Canadian adults have a disability ...

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

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.

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.