

Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: 20 April 1991

Vol. 17-16

Date de publication: 20 avril 1991

Contained in this issue:

Establishing Goals, Techniques and Priorities for National Communicable Disease Surveillance	79
Cholera Epidemic in South America - 1991	84
Erratum	84

Contenu du présent numéro:

Formulation de buts, de méthodes et de priorités pour le programme canadien de surveillance des maladies transmissibles	79
Épidémie de choléra en Amérique du Sud - 1991	84

ESTABLISHING GOALS, TECHNIQUES AND PRIORITIES FOR NATIONAL COMMUNICABLE DISEASE SURVEILLANCE†

Introduction

Which communicable diseases should be routinely monitored? How should they be monitored? Why monitor them at all? In 1987, the national Advisory Committee on Epidemiology established a subcommittee to consider these questions. The conclusions this subcommittee reached led to recommendations on communicable disease surveillance, which were subsequently endorsed by the Advisory Committee on Epidemiology. These recommendations, summarized in this article, will have a significant impact on microbiologists and clinicians in this country both from the standpoint of their workload and on data that they may have available for the study of communicable diseases.

Goals

The first requirement was to establish the goals for national communicable disease surveillance. Without goals, decisions cannot be made on priorities or methods. The subcommittee established the following goals:

- To facilitate the prevention and control of the disease under surveillance by identifying:
 - prevailing incidence levels, impacts and trends for the development of feasible objectives for prevention and control of the disease and the evaluation of control programs;
 - epidemiologic patterns and risk factors associated with the disease to assist in the development of intervention strategies;
 - and outbreaks for timely investigation and control.
- To satisfy the needs of government (especially regulatory programs), health care professionals, voluntary agencies and the public for information on risk patterns and trends in the occurrence of communicable diseases.

It was necessary to define the quality requirements of the surveillance system if these goals were to be met. The subcommittee determined these requirements to be as follows:

† Also published in the spring issue of the Canadian Journal of Infectious Diseases (1991;2:37-40).

FORMULATION DE BUTS, DE MÉTHODES ET DE PRIORITÉS POUR LE PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES†

Introduction

Quelles sont les maladies transmissibles qui devraient être couramment surveillées? Comment réaliser cette surveillance? Pourquoi faut-il les surveiller? En 1987, le Comité consultatif de l'épidémiologie a mis sur pied un sous-comité chargé d'étudier ces questions. Ce sous-comité a tiré des conclusions qui ont donné lieu à des recommandations sur la surveillance des maladies transmissibles, qui ont été par la suite approuvées par le Comité consultatif de l'épidémiologie. Ces recommandations, résumées dans le présent article, auront des répercussions considérables pour les microbiologistes et les cliniciens du pays, tant sur le plan de leur charge de travail que celui des données qui leur seront ainsi fournies pour l'étude des maladies transmissibles.

Buts

On voulait en premier lieu définir les buts du programme national de surveillance des maladies transmissibles. Autrement, on n'aurait pu prendre de décisions sur les priorités et les méthodes à employer. Le sous-comité a défini les buts suivants:

- Faciliter la lutte contre chacune des maladies sous surveillance, ainsi que sa prévention, par la reconnaissance:
 - de ses taux de survenue, de sa gravité et de son génie évolutif, afin de fixer des objectifs réalisables pour sa prévention et la lutte qu'il faut lui opposer, et pour juger de l'efficacité de celle-ci;
 - de ses caractères épidémiologiques et de ses facteurs de risque, afin d'élaborer une stratégie d'intervention;
 - des épidémies, afin de procéder en temps opportun aux enquêtes et de mettre en place les moyens de lutte qui s'imposent.
- Informer les gouvernements (en particulier les programmes de réglementation), les professionnels de la santé, les organismes bénévoles et le public au sujet de ces questions.

Pour atteindre ces buts, il a été jugé nécessaire de définir des normes de qualité. Le sous-comité a établi les normes suivantes:

† Publié également dans le numéro du printemps du Journal canadien des maladies infectieuses (1991;2:37-40).

- The use of uniform case definitions across Canada and definitions of preventable cases, if applicable;
- The collection of sufficient, appropriate epidemiologic data on cases to fulfill the goals and identify preventable cases;
- The timely transmission of these data from local to provincial and national agencies for analysis and timely reporting of analysis to clinicians and public health officials;
- The use of these data to enhance disease control programs and to assist in the development of realistic objectives for reducing the number of preventable cases;
- Evaluation of the surveillance system every 5 years for effectiveness, cost and progress towards control of the diseases.

Techniques

A "general" methodology was developed that met these goals and quality standards. This consisted of notification of cases to local public health authorities, collection of data on cases and transmission of these data on a case-by-case basis to provincial and national surveillance agencies. As each disease was examined individually, the "general" method was altered to suit the particular characteristics of the disease. Not all diseases can be effectively and efficiently kept under surveillance by a case notification system. Other methods are available for keeping track of a disease. One can use laboratory-based information, hospital reports, sentinel physicians, epidemiologic investigation, mortality data, special surveys, or a combination of these.

Priorities

After the subcommittee had decided on the goals and methods of communicable disease surveillance, the question of what diseases warranted surveillance was addressed. This was done by developing 12 criteria that contribute to the importance of a disease from a national disease surveillance perspective (using the goals previously defined). Each disease was given from 0 to 5 points for each criterion depending on how important that criterion was for that disease. The sum of the points gave the estimate of the importance of that disease for national surveillance purposes.

Some may wonder why all infectious diseases of general interest are not nationally notifiable. First, there isn't enough money, time or energy for health care providers, local health units, provinces, territories or Health and Welfare Canada to report and collect data on every communicable disease. Second, to make a disease nationally notifiable means every province and territory needs to go through the legislative or regulatory process of making it reportable in their jurisdictions. That takes time and effort. The disease must be important enough to be worth this effort. Having priorities helps to decide where to put the greatest effort.

The following are the criteria used to determine the importance of a disease:

WHO Interest: The World Health Organization (WHO) is interested in all communicable diseases to some degree; however, cholera, plague, and yellow fever are subject to the 1983 International Health Regulations. Canada must collect and report information about cases of these diseases as an international duty. Five points were awarded to each of these diseases. Three points were awarded to other diseases under WHO surveillance or that are part of the Expanded Program on Immunization.

Agriculture Canada Interest: Agriculture Canada and federal food regulatory agencies spend substantial amounts of money inspecting animals, food production facilities, and products. Human surveillance helps to monitor the effect of such work. The subcommittee gave 5 points to diseases directly prevented by this work and 2 for diseases which have been or could be prevented.

- L'uniformité dans tout le Canada de la définition de cas et, lorsqu'il y a lieu, de celle de cas évitable;
- La collecte de données épidémiologiques suffisantes et pertinentes sur tous les cas;
- La communication en temps utile de ces données depuis les organismes locaux aux organismes provinciaux et nationaux à des fins d'analyse, et la communication des résultats de ces analyses, également en temps opportun, aux cliniciens et aux agents de santé publique;
- L'utilisation de ces données pour améliorer les programmes de lutte et définir des objectifs réalistes pour la diminution du nombre de cas évitables;
- L'évaluation, tous les 5 ans, de l'efficacité et des coûts du programme de surveillance, ainsi que des progrès accomplis dans la lutte contre la maladie.

Méthodes

En accord avec ces buts et ces normes de qualité, on a élaboré une méthode "générale" qui consiste à signaler les cas de maladie aux autorités sanitaires locales, de recueillir les données pertinentes et de les transmettre, cas par cas, aux organismes provinciaux et nationaux chargés de la surveillance des maladies transmissibles. Chaque maladie a été étudiée séparément; chaque fois qu'il a été nécessaire, la méthode "générale" a été modifiée de manière à l'adapter aux particularités de la maladie en question. Toutes les maladies ne peuvent être efficacement surveillées par la simple déclaration des cas. Il existe d'autres façons de surveiller une maladie: on peut recourir aux données de laboratoire, aux rapports des hôpitaux, aux médecins rapporteurs, aux enquêtes épidémiologiques, aux statistiques sur la mortalité, aux enquêtes spéciales.

Priorités

Après avoir décidé des buts du programme et des méthodes de surveillance des maladies transmissibles, le sous-comité a tenté de déterminer les maladies qu'il est justifié de surveiller. Pour ce faire, il a formulé 12 critères de l'importance de la surveillance de chacune d'entre elles à l'échelle nationale, en gardant en vue les buts sus-mentionnés. On attribue à chaque maladie un certain nombre de points (de 0 à 5) pour chaque critère, selon l'importance de ce critère pour cette maladie. La somme des points fournit une estimation de l'importance de cette maladie aux fins du programme national de surveillance.

Certains vont se demander pourquoi il n'est pas nécessaire que toutes les maladies infectieuses d'intérêt général soient à déclaration obligatoire à l'échelle nationale. Premièrement, les dispensateurs de soins, les unités sanitaires locales, les provinces, les territoires et Santé et Bien-être social Canada n'ont pas suffisamment d'argent, de temps et d'énergie pour déclarer toutes les maladies transmissibles et pour recueillir les données pertinentes. Deuxièmement, lorsqu'on rend obligatoire à l'échelle nationale la déclaration d'une maladie, on oblige toutes les provinces et tous les territoires à adopter des mesures législatives ou des règlements pour rendre cette déclaration obligatoire dans leurs territoires respectifs. Cela exige du temps et du travail. La maladie doit donc être suffisamment importante pour mériter ces efforts. La formulation de priorités permet de décider quelles maladies le sont.

Voici les critères qui ont été utilisés pour déterminer l'importance d'une maladie:

L'importance que l'OMS y accorde : L'Organisation mondiale de la Santé s'intéresse, dans une certaine mesure, à toutes les maladies; toutefois, le choléra, la peste et la fièvre jaune sont soumis aux Règlements sanitaires internationaux de 1983. Afin de s'acquitter de ses obligations sur le plan international, le Canada doit recueillir et transmettre des données au sujet des cas de ces maladies. On a attribué 5 points à chacune de ces maladies, tandis qu'on accordait 3 points aux autres maladies que surveille l'OMS ou qui font partie du Programme élargi de vaccination.

L'importance qu'y accorde Agriculture Canada : Agriculture Canada et les organismes fédéraux de réglementation des aliments consacrent des sommes considérables à l'inspection des animaux, des fabriques de produits alimentaires et des produits eux-mêmes. La surveillance de la population humaine permet de juger des effets de ce travail. Le sous-comité a accordé 5 points aux maladies que ce travail permet de prévenir directement et 2 points à celles qui ont déjà été prévenues ou qui pourraient l'être de cette façon.

Table 1/ Tableau 1
Disease Surveillance in Canada: Points Obtained for Each Criterion During Rating for Surveillance
Surveillance des maladies au Canada: nombre de points attribué à chaque groupe au cours du processus d'établissement des cotes

	Measles Rougeole	Tuberculosis Tuberculose	AIDS Sida
WHO interest/Importance accordée par l'OMS	***	—	***
Agriculture Canada interest/Importance accordée par Agriculture Canada	—	**	—
Incidence/Taux de survenue	*****	****	**
Morbidity/Morbidité	*****	*****	*****
Deaths/Mortalité	**	*****	*****
Deaths-to-case ratio/Taux de létalité	*	****	*****
Communicability/Transmissibilité	*****	***	**
Potential for outbreaks/Génie épidémique	*****	****	****
Public perception of risk/Importance du risque aux yeux de la population	**	***	*****
Socioeconomic impact/Conséquences socioéconomiques	*****	****	*****
Vaccine-preventable/Possibilité de prévention par un vaccin	*****	**	—
Immediate public health response necessary Nécessité de mesures immédiates de santé publique	****	****	**
Total number of points/Nombre total de points	42	40	38

* 1 point

Incidence: The subcommittee classified the disease incidence rates into quintiles and gave 1 through 5 points to each disease depending on the quintile of the rate into which its incidence fell. Zero points were given if no cases were being reported. Quintiles were used since the incidence rates of infectious diseases cover a wide range, from 0 for yellow fever to 174 per 100,000 population for gonorrhoea, and the rates are not normally distributed.

Morbidity: For morbidity, the subcommittee assigned points as above, by quintile, based on hospital days and short-term disability. If data were not available, the disease was subjectively compared to those with data.

Mortality: The subcommittee used the number of deaths recorded by Statistics Canada and divided the diseases into quintiles assigning points as above. The number of deaths varied from less than 1 annually to 443 reported for the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in 1988.

Case-Fatality Rate: Because some organisms may cause few deaths but have a high case-fatality rate for the cases that do occur, the subcommittee rated the death/case ratio by quintiles, with the highest being 100% for rabies.

Communicability and Potential for Outbreaks: These criteria were rated more subjectively based on the literature and experience of subcommittee members. AIDS illustrates the difference between the 2 criteria, as it rated 2 out of 5 for communicability, but 4 out of 5 in potential for an outbreak.

Socioeconomic Impact: For this criterion, the subcommittee considered factors such as the cost of immunization and food inspection programs, non-hospital health care and long-term disability. Economic impact analyses have not been prepared for many communicable diseases, so subjective comparison was often necessary.

Public Perception of Risk: This was even more subjectively based on subcommittee members' experience and media interest. It included the following factors:

- immediate versus delayed effects of the infection
- dreaded versus familiar disease
- mechanism of disease not known or understood

La fréquence de survenue : On a classé les taux de survenue des maladies en quintiles et accordé à chaque maladie de 1 à 5 points, selon le quintile où elle se situe. Si aucun cas d'une maladie n'a été signalé, on lui a attribué un 0. On s'est servi de quintiles parce que l'éventail des taux de survenue des maladies infectieuses est très vaste (de 0 pour la fièvre jaune à 174 par 100 000 habitants pour les gonococcies) et que ces taux ne sont pas distribués normalement du point de vue statistique.

La morbidité : Ici encore on a attribué les points selon les quintiles fondés sur le nombre de jours d'hospitalisation et d'incapacité de courte durée. En l'absence de données, on a comparé subjectivement la maladie aux autres maladies dont on est mieux informé.

La mortalité : On s'est servi du nombre de décès enregistrés par Statistique Canada pour répartir les maladies en quintiles et leur attribuer des points. Pour chaque maladie, le nombre annuel de décès varie de 1 à 443; ce dernier chiffre se rapporte au syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) en 1988.

Le taux de létalité: Certains micro-organismes causent peu de décès, mais le taux de mortalité chez les personnes atteintes est élevé; pour cette raison, le sous-comité a réparti en quintiles les rapports décès-cas, dont le plus élevé est 100%: c'est celui de la rage.

La transmissibilité et le génie épidémique : À partir des publications parues sur le sujet et de l'expérience des membres du sous-comité, ces critères ont été cotés de manière plus subjective. La différence entre les deux critères est illustrée par le sida; on a accordé à cette maladie 2 points sur 5 pour sa transmissibilité, 4 sur 5 pour sa capacité de provoquer une épidémie.

Les conséquences socioéconomiques : Pour ce critère, on a examiné divers facteurs, notamment le coût de l'immunisation et des programmes d'inspection des aliments, les soins en dehors du milieu hospitalier et l'incapacité de longue durée. Dans bien des cas, il a fallu établir des comparaisons subjectives, aucune analyse n'ayant été faite des conséquences économiques de bien des maladies.

L'importance du risque aux yeux de la population : Ce critère, le plus subjectif de tous repose sur l'expérience des membres du sous-comité et sur l'intérêt accordé aux diverses maladies par les médias. Les facteurs suivants ont été pris en considération:

- les effets de l'infection sont immédiats plutôt que retardés;
- c'est une maladie qu'on redoute, plutôt que d'être une maladie qu'on connaît bien;
- la nature du processus morbide est inconnue ou mal comprise;

Table 2
Disease Surveillance in Canada: Rating for Surveillance

Rank	Disease	Points
Under surveillance 1988		
1	Measles	42
2	Tuberculosis	40
3	AIDS	38
4	Hepatitis B	37
5	Pertussis	37
6	Salmonellosis	36
7	Rubella and CRS	35
8	<i>Haemophilus influenzae</i> invasive disease	34
9	Diphtheria	34
10	Chickenpox*	33
11	Meningococcal infection	33
12	Gonococcal infection	31
13	Rabies	31
14	Paralytic poliomyelitis	30
15	Syphilis	29
16	Botulism	27
17	Hepatitis A	27
18	Shigellosis	27
19	Mumps	25
20	Giardiasis	21
21	Typhoid	21
22	Tetanus	21
23	Plague	20
24	Yellow fever	20
25	Cholera	19
26	Pneumococcal and other meningitis	19
27	Trichinosis	19
28	Campylobacteriosis	18
29	Legionellosis	17
30	Amoebiasis	16
31	Brucellosis	16
32	Malaria	16
33	Paratyphoid	15
34	Leprosy	12
Recommended for addition 1989-91		
35	Influenza*	38
36	Non-AIDS HIV infection*	32
37	Rotavirus infection*	32
38	Chlamydial infection - genital	31
39	RSV infection*	31
40	Verotoxigenic <i>E. coli</i> infection	28
41	Hepatitis C*	28
42	Listeriosis	26
43	Herpes infection - genital*	25
44	Herpes infection - congenital	21
45	Parvovirus infection*	21
46	NonA-nonB hepatitis	20
47	Chancroid	18
Not recommended for addition		
48	Reye syndrome	16
49	Yersiniosis	15
50	Lyme disease	15
51	Psittacosis	14
52	Q fever	14
53	Toxoplasmosis - congenital	14
54	CMV infection - neonatal	14
55	Cryptosporidiosis	13
56	Kawasaki disease	11
57	Toxic shock syndrome	11
58	Tularemia	11
59	HTLV-1 infection	8
60	<i>Borrelia hermsii</i> infection	8

Tableau 2
Surveillance des maladies au Canada: nombre de points accordés en vue de la surveillance

Rang	Maladie	Points
Sous surveillance en 1988		
1	Rougeole	42
2	Tuberculose	40
3	Sida	38
4	Hépatite B	37
5	Coqueluche	37
6	Salmonellose	36
7	Rubéole et SRC	35
8	<i>Haemophilus influenzae</i> : formes envahissantes	34
9	Diphthérie	34
10	Varicelle*	33
11	Méningococcies	33
12	Gonococcies	31
13	Rage	31
14	Poliomyélite (formes paralytiques)	30
15	Syphilis	29
16	Botulisme	27
17	Hépatite A	27
18	Shigellose	27
19	Oreillons	25
20	Giardiose	21
21	Typhoïde	21
22	Tétanos	21
23	Peste	20
24	Fièvre jaune	20
25	Choléra	19
26	Méningite à pneumocoques et autres	19
27	Trichinose	19
28	Campylobactériose	18
29	Légionellose	17
30	Amibiase	16
31	Brucellose	16
32	Paludisme	16
33	Paratyphoïde	15
34	Lèpre	12
Ajouts recommandés pour 1989-1991		
35	Grippe	38
36	Infection à VIH sans symptômes du sida*	32
37	Infection à rotavirus*	32
38	Chlamydiose génitale	31
39	Infection à VRS*	31
40	Infection à <i>E. coli</i> vérotoxigène	28
41	Hépatite C*	28
42	Listériose	26
43	Herpès (génital)*	25
44	Herpès (congénital)	21
45	Infection à parvovirus*	21
46	Hépatite non A - non B	20
47	Chancre mou	18
Ajouts non recommandés		
48	Syndrome de Reye	16
49	Yersiniose	15
50	Maladie de Lyme	15
51	Psittacose	14
52	Fièvre Q	14
53	Toxoplasmose (congénitale)	14
54	Infection à CMV (néonatale)	14
55	Cryptosporidiose	13
56	Maladie de Kawasaki	11
57	Syndrome du choc toxique staphylococcique	11
58	Tularémie	11
59	Infection à HTLV-1	8
60	Infection à <i>Borrelia hermsii</i>	8

* Recommended surveillance method differs from 'general' method described in text. AIDS: Acquired Immunodeficiency syndrome; CMV: Cytomegalovirus; CRS: Congenital rubella syndrome; HIV: Human Immunodeficiency virus; HTLV-1: Human T-lymphotropic virus type 1; RSV: Respiratory syncytial virus.

* La méthode de surveillance recommandée diffère de la méthode "générale" de surveillance décrite dans le texte. CMV : cytomegalovirus; HTLV-1 : virus humain T-lymphotrope de type 1; Sida : syndrome de l'immunodéficience acquise; SRC : syndrome de la rubéole congénitale; VIH : virus de l'immunodéficience humaine; VRS : virus respiratoire syncytial.

Figure 1.
Disease surveillance in Canada:
Rating for surveillance.

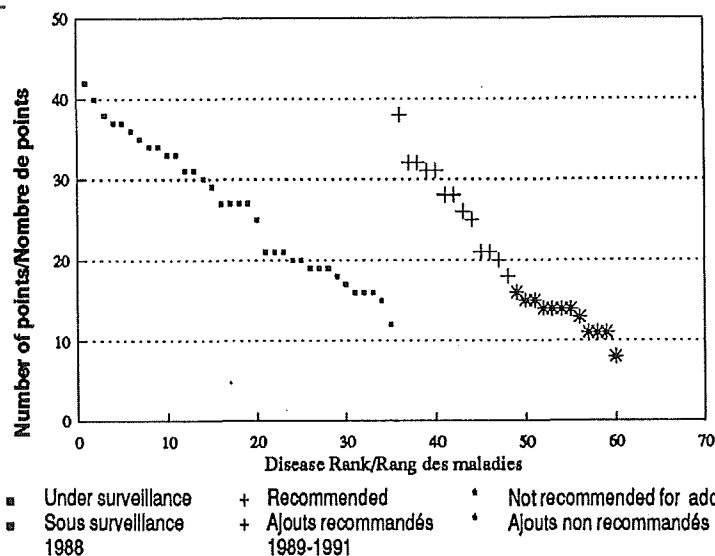


Figure 1.
Surveillance des maladies au
Canada : nombre de points
accordés en vue de la
surveillance.

See Table 2 for definition of 'Disease Rank'

Voir Tableau 2 pour la définition des
rangs des maladies.

- uncontrollable
- involuntary
- children at risk
- identifiable victims
- lack of belief in authority of the information source
- media attention.

Vaccine Preventability: This criterion included both vaccine availability and efficacy.

Necessity for an Immediate Public Health Response: This criterion evaluated the need for health officials to act immediately upon learning of a case of the disease in order to prevent further transmission. It measured the effectiveness of immediate case and contact management measures and was based on the member's knowledge and subjective comparison between diseases.

The subcommittee did not give weights to the various criteria, i.e., give more importance to one criterion compared to another. Perhaps weighting will be done in the future as we gain experience with this approach. A second set of criteria would have to be developed for assigning weights to the first. Table 1 illustrates the points scored in the 12 categories for measles, AIDS, and tuberculosis, which were ranked as the top 3 diseases by the present system.

Looking at all 60 diseases which have been evaluated (Figure 1, Table 2), the diseases notifiable in 1988 are distinguished on the basis of points scored from those added in 1989 and 1990 and from those considered but not recommended for addition. What is important in this exercise is not the exact number of points given to a disease, but rather the relative position of the disease to others, and the cutoff point chosen. The subcommittee decided to use a cutoff of 18 points to recommend a disease for national surveillance (Table 2). This requires diseases to rank somewhat higher to initiate than to continue surveillance. The system has worked well for diseases proposed in 1989-91 and provides a methodology to judge additional disease suggestions in the future.

Disease surveillance is much more than collecting numbers. It also means compilation, consolidation and analysis of data, and the derivation of conclusions. Then and only then will surveillance lead

- on ne peut juguler la maladie;
- il ne dépend pas de la volonté de s'y soustraire;
- elle menace des enfants;
- on peut reconnaître ses victimes;
- on manque de confiance dans l'autorité comme source d'information;
- on ne fait grand cas dans les media.

La possibilité de prévention par un vaccin : Ce critère tient compte tant de l'existence d'un vaccin que de son efficacité.

La nécessité de prendre immédiatement des mesures de santé publique : Les autorités sanitaires doivent-elles prendre des mesures immédiates pour éviter toute transmission, dès qu'un cas d'une maladie donnée leur est signalé? Ce critère repose sur l'efficacité des premières mesures prises pour assurer la prise en charge du malade et des personnes avec qui il est en contact; les membres du comité ont fait ici appel à leurs connaissances et comparé les maladies entre elles.

Nous n'avons pas attribué de coefficient de pondération aux divers critères, c'est-à-dire qu'il n'a pas accordé plus d'importance à l'un par rapport aux autres. Peut-être le ferons-nous un jour, quand nous aurons acquis une plus grande expérience de cette méthode, mais il nous faudrait alors établir une seconde série de critères. Au tableau 1, on peut voir le nombre de points qui a été attribué à la rougeole, au sida et à la tuberculose, pour chacun des 12 critères; ces 3 maladies se sont retrouvées en tête de liste.

Si l'on considère les 60 maladies étudiées (figure 1, tableau 2), les maladies à déclaration obligatoire en 1988 se distinguent, par le nombre de points qui leur a été attribué, des maladies qui ont été ajoutées à la liste en 1989 et 1990 et de celles dont on a considéré l'addition à la liste sans toutefois la recommander. Mais ce qui est important ici, ce n'est pas le nombre exact de points accordés à telle maladie, mais plutôt sa position relative par rapport aux autres maladies, et le seuil d'inclusion. Le seuil choisi par le sous-comité pour recommander qu'une maladie soit incluse dans le programme de surveillance à l'échelle nationale est de 18 points (tableau 2). Il se peut que pour y entrer, telle maladie doit obtenir une cote plus élevée que pour y rester. Pour les maladies dont l'inclusion a été proposée de 1989 à 1991, ce système a bien fonctionné; nous disposons ainsi d'une méthode qui permettra, à l'avenir, de juger de la pertinence d'ajouter une maladie au programme de surveillance.

La surveillance des maladies ne se limite pas, bien entendu, à l'attribution de points. Il s'agit aussi de compiler, consolider et analyser des données et de tirer des conclusions. Ce n'est que de cette manière que la

to better prevention and control of the diseases being counted in the first place. The provincial epidemiologists and the LCDC have attempted to meet this challenge by developing standardized case definitions for the notifiable diseases (a copy of the case definition supplement entitled "Canadian Communicable Disease Surveillance System: Disease-Specific Case Definitions and Surveillance Methods" accompanies this issue) and by instituting case-by-case disease reporting to the federal level. With everyone's cooperation, valuable information should be readily available to help in the prevention and control of communicable disease in Canada.

Source: *Disease Surveillance Division, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC, Ottawa.*

Note

If anyone would like a copy of the detailed ratings given to each disease, please write to the Communicable Disease Surveillance Division, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Health and Welfare Canada, Tunney's Pasture, Ottawa, Canada, K1A 0L2.

Update

CHOLERA EPIDEMIC IN SOUTH AMERICA - 1991

Peru: As of 5 April, the Ministry of Health reported a total of 126,176 cases with 45,284 hospitalizations and 873 deaths.

Columbia: As of 9 April, a total of 49 cases with no deaths have been reported from the Narino Department.

Ecuador: As of 4 April, the Ministry of Health reported 1,427 cases (289 confirmed) and 24 deaths. Cases have occurred in the provinces of El Oro, Guayas, Loja and Los Rios.

Source: *World Health Organization (telex, 11 April 1991).*

Erratum, Vol. 17-7

Guidelines for Measles Control In Canada

On page 39, in the second line of section C entitled "Identify Susceptible Contacts", 15 days should read 5 days.

The Canada Diseases Weekly Report presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available free of charge upon request. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Department of Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcomed (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Scientific Advisory Board:	Dr. J. Spika	(613) 957-4243
	Dr. A. Carter	(613) 957-1339
	Dr. K. Rozee	(613) 957-1329
Editor:	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Desktop Publishing	Joanne Rognier	(613) 957-7845
Circulation:	Gertrude Tardiff	(613) 957-0842

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

surveillance permettra de mieux prévenir et combattre les maladies surveillées. Les épidémiologistes provinciaux et le LLCM ont essayé de relever ce défi en formulant des définitions de cas normalisées pour les maladies à déclaration obligatoire (un exemplaire du supplément intitulé "Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles: définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie" accompagne le présent document) et en établissant la déclaration des maladies cas par cas à l'échelle fédérale. Grâce à la collaboration de tous, de précieuses données seront facilement accessibles afin de prévenir et de combattre les maladies transmissibles au Canada.

Source : *Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM, Ottawa.*

Nota

Les personnes qui désirent obtenir un exemplaire des cotes attribuées à chaque maladie sont priées de s'adresser à la Division de la surveillance des maladies transmissibles, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé et Bien-être social Canada, Parc Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Mise à jour

ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN AMÉRIQUE DU SUD - 1991

Pérou : Au 5 avril, le ministère de la Santé a signalé un total de 126 176 cas ayant entraîné 45 284 hospitalisations et 873 décès.

Colombie : Au 9 avril, le département de Narino a signalé un total de 49 cas, mais aucun décès.

Équateur : Au 4 avril, le ministère de la Santé a signalé 1 427 cas (289 confirmés) et 24 décès. Des cas ont été recensés dans les provinces d'El Oro, de Guayas, de Loja et de Los Rios.

Source : *Organisation mondiale de la santé (télex, 11 avril 1991).*

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

Groupe de conseillers scientifiques:	D' J. Spika	(613) 957-4243
	D' A. Carter	(613) 957-1339
	D' K. Rozee	(613) 957-1329
Rédactrice en chef:	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Éditrice:	Joanne Rognier	(613) 975-7845
Distribution:	Gertrude Tardiff	(613) 957-0842

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
OTTAWA (Ontario) Canada K1A 0L2