Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CANADIANA
C2
MAY 11 1981

Announcement

EPIC '81

The annual training program in epidemiology (EPIC), co-sponsored by the Bureau of Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, and the Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa, will be presented in a new format this year. There will be 2 courses, each of 5 days' duration, as follows:

Course 1: **Principles of Epidemiology for Infectious Disease Control Personnel (August 17-21 inclusive)**

This is a practical course designed to introduce infectious and communicable disease control personnel to basic epidemiologic principles, and their application in a variety of situations. While directed to non-medical health personnel, public health physicians may appreciate the opportunity to refresh their epidemiologic skills.

Course 2: **Survey Methods for Public Health Physicians (August 24-28 inclusive)**

This is a practical course on conducting a survey, including definition of objectives, selection of sample, questionnaire design, data collection strategies and methods of data analysis. Sources of help and information will be identified, and practical experience in all phases of surveys will be provided through conduct of a complete small survey on a relevant topic. Participants are invited to bring a project of their own, which may be at any stage from conceptualization to data analysis.

For further information, details and application forms contact:

Dr. A.G. Jessamine,
Course Coordinator, EPIC '81,
Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Health and Welfare Canada,
Ottawa, Ontario.
K1A 0L2

indicating your course preference.

Avis

EPIC '81

Le programme annuel de formation en matière d'épidémiologie (EPIC), coparrainé par le Bureau d'épidémiologie du Laboratoire de lutte contre la maladie et par le Département d'épidémiologie et de médecine communautaire de l'Université d'Ottawa sera présenté sous une nouvelle forme cette année. Il y aura deux cours, d'une durée de 5 jours chacun.

Cours 1: **Principes d'épidémiologie pour le personnel de lutte contre les maladies infectieuses (du 17 au 21 août inclusivement)**

Il s'agit d'un cours pratique conçu en vue d'initier le personnel affecté à la lutte contre les maladies infectieuses et transmissibles aux principes de base de l'épidémiologie et à leur application à une variété de situations. Bien que le cours s'adresse au personnel sanitaire non médical, il se peut que les médecins oeuvrant dans le domaine de l'hygiène publique apprécient cette occasion de rafraîchir leurs connaissances épidémiologiques.

Cours 2: **Méthodes de sondage pour les médecins oeuvrant dans le domaine de l'hygiène publique (du 24 au 28 août inclusivement)**

Il s'agit d'un cours pratique sur la façon de mener un sondage, y compris la définition des objectifs, le choix d'un échantillon, la conception d'un questionnaire, les stratégies de collecte de données et les méthodes d'analyse de données. On y identifiera les sources d'assistance et d'information et on prévoira de l'expérience pratique à toutes les étapes du sondage grâce à la réalisation d'un petit sondage complet portant sur un sujet pertinent. Nous invitons les participants à présenter l'un de leurs propres projets, qui pourrait en être au stade de la conceptualisation ou à celui de l'analyse des données.

Pour obtenir des renseignements et des détails supplémentaires ainsi que des demandes de participation, veuillez communiquer avec le:

Dr A.G. Jessamine
Coordonnateur du cours EPIC '81
Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2

en lui indiquant le cours de votre choix.

Health and Welfare Canada / Santé et Bien-être social Canada

Date of publication: May 2, 1981
date de publication: 2 mai 1981

Vol. 7-18

RUBELLA IMMUNE STATUS - PRINCE EDWARD ISLAND

Routine immunization with combined measles, mumps and rubella vaccine for infants 15 months of age has been practised in this province since 1977. Since 1972, rubella vaccine has been offered to all prepubertal girls in Grade 5. This serves to catch those who escaped earlier vaccination and also as a booster for those who were previously immunized. Records for the past 3 years indicate over a 90% compliance rate.

As an Immunization Action Month project in November 1980, a pilot study was initiated to determine the immune status of women employed within a hospital setting which can be considered an "at-risk" environment. Serum samples were obtained from 197 volunteer females, both employees and student nurses. Between 91 and 92% had protective antibody levels. Of these, 97% had received vaccine over 7 years ago.

The percentage of women with immunity to rubella in this hospital-based population is similar to that found in routine testing performed mainly for pre-marital and pre-natal screening. From April 1, 1980 to March 31, 1981, of 2879 specimens processed, 2653 or 92% showed immunity.

SOURCE: *Ella B. MacLeod, M.S., Director of Nursing, Department of Health and Social Services, Charlottetown, Prince Edward Island.*

Editorial Note: There were 29 cases of congenital rubella syndrome reported in Canada in 1979 and 15 in 1980. Although none were reported in the Maritime provinces, the type of surveillance described above is important. As recently emphasized by Preblud et al[1], rubella should be avoided in the health care setting for many reasons - medical, epidemiologic, public health, financial, and even legal.

Reference:

1. Preblud S R and Hinman A R. JAMA 1981;245:736-7.

International Notes

THE ROUTINE SCREENING OF FOODHANDLERS FOR ENTERIC INFECTION: STOP IT!

California's Infectious Disease Section (IDS) is frequently consulted on the issue of health screening and routine laboratory study of asymptomatic foodhandlers, especially the testing of fecal specimens for bacterial pathogens and ova and parasites. Much of the concern centers on the fact that food establishments employ many immigrants (legal or otherwise), recently arrived refugees, and persons with unconventional life-styles. The implicit assumption is that these individuals pose a greater than average public health risk because they are often infected with intestinal pathogens and may be more likely to have poor personal hygiene.

These concerns must be examined from several points of view, and recommendations should be based on clinical, public health and cost considerations. The IDS takes the position that enteric studies of foodhandlers and routine health examinations for tuberculosis (TB) or venereal disease are not cost-effective and should not be undertaken except when disease investigation suggests possible transmission by food. This position was reached by considering that:

IMMUNISATION CONTRE LA RUBÉOLE - ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Depuis 1977, cette province vaccine systématiquement les nourrissons de 15 mois avec un vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Depuis 1972, le vaccin antirubéoleux est offert à toutes les filles d'âge prépubertaire de la cinquième année. Ce vaccin confère une protection aux personnes qui n'ont pas été vaccinées plus tôt et sert également de rappel pour celles qui ont été vaccinées auparavant. Les dossiers des 3 dernières années font état d'un taux de conformité de plus de 90%.

En novembre 1980, dans le cadre d'un projet intitulé "Mois d'immunisation", une étude pilote a été amorcée afin de déterminer l'état immunitaire des femmes travaillant dans un cadre hospitalier, qui peut être considéré comme un milieu "à risque". On a prélevé des échantillons de sérum chez 197 femmes portées volontaires, soit des employées et des étudiantes. De 91 à 92% des sujets présentaient des concentrations d'anticoprs protecteurs. Dans ce groupe, 97% avaient été vaccinés il y a plus de 7 ans.

Le pourcentage de femmes immunisées contre la rubéole dans cette population hospitalière est semblable à celui que l'on a constaté lors de tests courants effectués principalement à des fins de dépistage prénuptial et prénatal. Du 1er avril 1980 au 31 mars 1981, sur 2879 échantillons analysés, 2653, ou 92%, indiquaient que les sujets étaient immunisés.

SOURCE: *Ella B. MacLeod, M.S., Directrice des Soins infirmiers, ministère de la Santé et des Services sociaux, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard.*

Note de la rédaction: Vingt-neuf cas de syndrôme de rubéole congénitale ont été signalés au Canada en 1979, et 15 en 1980. Bien qu'aucun de ces cas n'ait été signalé dans les provinces maritimes, le genre de surveillance décrit ci-dessus est important. Comme le soulignaient récemment Preblud et al[1], il importe de prévenir la rubéole dans le milieu de soins pour de nombreuses raisons - médicales, épidémiologiques, hygiéniques, financières, voire même légales.

Référence:

1. Preblud S R et Hinman A R. JAMA 1981;245:736-7.

Notes internationales

LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES INFECTIONS DE L'INTESTIN CHEZ LES MANIPULATEURS D'ALIMENTS EST UNE PRATIQUE QU'IL FAUT ABANDONNER

La Section des maladies infectieuses (S.M.I.) de Californie est souvent consultée au sujet du dépistage et des tests de laboratoire réalisés chez les manipulateurs d'aliments asymptomatiques, surtout en ce qui concerne l'analyse des coprocultures pour la présence d'organismes, d'oeufs et de parasites pathogènes. Une bonne part de cette préoccupation tient au fait que les établissements d'alimentation embauchent un bon nombre d'immigrants (légaux ou autres), de réfugiés récemment arrivés au pays, et de personnes ayant des modes de vie inhabituels. Selon une hypothèse générale, ces personnes posent un risque sanitaire plus élevé que la moyenne, du fait qu'elles sont souvent infectées par des organismes pathogènes intestinaux et qu'elles sont plus susceptibles d'avoir de mauvaises habitudes d'hygiène personnelle.

Il faut examiner ces préoccupations de plusieurs points de vue et fonder les recommandations sur des considérations d'ordre clinique et financier et sur celles qui tiennent à l'hygiène publique. Selon la position adoptée par la S.M.I., les études sur les infections intestinales chez les manipulateurs d'aliments et l'examen médical périodique visant à déceler la tuberculose ou les maladies vénériennes ne sont pas rentables sur le plan financier et ne devraient être entrepris que si des enquêtes sanitaires laissent supposer la transmission possible de ces affections par les aliments. La Section est arrivée à une telle position en tenant compte des points suivants:

1) Infectious diseases such as TB and syphilis are not transmitted through food contaminated by food handlers.

2) Laboratory studies for enteric pathogens provide information only on the particular day a specimen is provided. They are not useful in identifying infections where fecal shedding is intermittent or infections that may occur between the collection of routine cultures (since many enteric infections produce no long-term carrier state).

3) Negative laboratory results (which occasionally might be falsely negative) can engender a false sense of security and lead to relaxation of hygienic practices by foodhandlers thinking they are "clean".

4) The annual turnover of foodhandlers is substantial, estimated to be almost 300%. This would make any routine exams (particularly those including laboratory work) and monitoring for compliance extremely costly.

5) Health education of foodhandlers, with emphasis on sanitary food handling practices and proper personal hygiene (handwashing), is more efficient and cost-effective than health screening.

There are no State requirements for food workers to obtain physical or laboratory examinations. Any requirements along those lines are based on local ordinances or on employer policies (schools and hospitals). There does not appear to be any local ordinances requiring enteric or VD testing, but several counties still require TB testing for food workers. Local health officers have the authority to exclude employees from restaurant work because of illness. Health education and food training courses are given by some counties although some of these jurisdictions have had to curtail these efforts due to mandated budgetary cutbacks. Whenever infection transmission in restaurants has been publicized - as in San Diego County this year, re hepatitis A - there has been public outcry that something be done about restaurant workers (examination and/or education) for the public's safety.

It is the opinion of the IDS and the Local Environmental Health Programs Section that it is more cost-effective and efficient to protect the public by health education and training of all foodhandlers rather than by health screening. Where all foodhandlers cannot be trained, then food service managers and key staff should be trained and they can pass the knowledge on to their workers and monitor their performance. Best results are obtained when this instruction is given by the same sanitarians who make restaurant inspections.

Education in food handling and hygiene, along with a structured program of sanitary inspection of food establishments, will prevent far more foodborne disease than any program involving routine screening of foodhandlers for communicable diseases.

SOURCE: *California Morbidity Weekly Report, No. 47, 1980.*

1) Les maladies infectieuses telles que la tuberculose et la syphilis ne sont pas trasmises par des aliments contaminés par des manipulateurs d'aliments.

2) Les études de laboratoire portant sur des organismes intestinaux pathogènes ne fournissent des données que pour le jour précis où l'échantillon est présenté. Ils ne peuvent pas mettre en évidence les infections où l'excrétion fécale de l'organisme est intermittente ou les infections qui peuvent survenir entre le prélèvement de cultures courantes (étant donné que bon nombre d'infections intestinales ne produisent pas l'état de porteur à long terme).

3) Les tests de laboratoire négatifs (qui peuvent, à l'occasion, être faussement négatifs) peuvent engendrer un faux sens de sécurité et donner lieu à un relâchement des bonnes habitudes hygiéniques chez les manipulateurs d'aliments qui se croiront non infectés.

4) Le roulement annuel chez les manipulateurs d'aliments est considérable; on l'évalue à quelque 300%. Ce phénomène rendrait extrêmement dispendieux tout examen périodique (particulièrement ceux qui nécessitent des tests de laboratoire) de même que la surveillance de la conformité.

5) L'éducation sanitaire des manipulateurs d'aliments, laquelle accorderait une attention toute particulière aux pratiques sanitaires de manipulation d'aliments et aux bonnes habitudes hygiéniques (nettoyage des mains), est plus efficace et plus rentable que le dépistage des maladies.

L'État ne prévoit pas de dispositions exigeant que les travailleurs de l'alimentation subissent des examens médicaux ou des tests de laboratoire. Toutes les dispositions qui peuvent exister à cet égard sont basées sur des ordonnances locales ou sur les politiques de l'employeur (écoles et hôpitaux). Il ne semble pas y avoir d'ordonnances locales exigeant que des tests soient effectués pour dépister les infections intestinales ou les maladies vénériennes, mais plusieurs comtés exigent encore le test de tuberculose pour les manipulateurs d'aliments. Les autorités sanitaires locales ont le droit d'empêcher les employés de travailler dans un restaurant s'ils sont malades. Certains comtés offrent des cours d'éducation sanitaire et de formation en matière d'alimentation, quoique certaines de ces circonscriptions aient dû les abandonner en raison de coupures budgétaires. Toutes les fois que la transmission d'une maladie dans un restaurant a été rendue publique - comme cela s'est produit à San Diego cette année au sujet de l'hépatite A -, il y a eu un tollé général pour qu'on fasse subir un examen aux travailleurs de restaurants (examen et/ou éducation).

La Section des maladies infectieuses et les Programmes locaux d'hygiène du milieu estiment qu'il est plus rentable et efficace de protéger le public, d'assurer l'éducation sanitaire et la formation de tous les manipulateurs d'aliments que de recourir au dépistage des maladies. S'il est impossible de former tous les manipulateurs d'aliments, il faudrait alors former les responsables du service d'alimentation et le personnel clé, qui, à leur tour, pourraient transmettre leurs connaissances aux employés. À noter que l'on obtient de meilleurs résultats si l'on confie cette tâche aux inspecteurs qui surveillent les restaurants.

L'éducation sanitaire en matière de manipulation d'aliments et d'hygiène, jumelée d'un programme structuré d'inspection sanitaire des établissements d'alimentation, réussira à prévenir un plus grand nombre d'intoxications alimentaires que ne le fera tout programme comprenant le dépistage périodique des maladies transmissibles chez les manipulateurs d'aliments.

SOURCE: *California Morbidity Weekly Report, nº 47, 1980.*

SURVEILLANCE DATA ON SELECTED DISEASES/
DONNÉES DE SURVEILLANCE POUR CERTAINES MALADIES

Cumulative totals to March 21, 1981 — Totaux cumulatifs jusqu'au 21 mars 1981

Disease/Maladie		Canada	Nfld./ T.-N.	P.E.I./ Î.-P.-É.	N.S./ N.-É.	N.B./ N.-B.	Que./ Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta./ Alb.	B.C./ C.-B.	Yukon	N.W.T./ T.N.-O.
Amoebiasis/ Amibiase 006	Notifications	264	-	-	-	-	-	242	-	3	-	19	-	-
	Lab./Labo. Identification	180	-	-	-	-	-	..	49	1	130	-	-	-
Brucellosis/ Brucellose 023	Notifications	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-	-
Giardiasis/ Giardiase 007.1	Notifications	811	-	-	-	-	-	751	-	9	-	51	-	-
	Lab./Labo. Identification	275	17	1	19	18	-	..	93	1	126	-	-	-
Malaria/ Paludisme 084	Notifications	28	-	-	-	-	4	6	2	-	-	16	-	-
	Lab./Labo. Identification	3	-	-	-	-	-	..	3	-	-	-	-	-
Psittacosis/ Psittacose 073	Notifications	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-	-
Tetanus/ Tétanos 037	Notifications	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-	-
Tularemia/ Tularémie 021	Notifications	8	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-	-

NOTE: Cumulative total includes amendments to previously published figures/
Le total cumulatif comprend les révisions dans les chiffres déjà publiés

Notifications are the number of cases reported by physicians whereas laboratory identifications are either the number of isolations or serological confirmations made. Hence the latter can include several positive laboratory results on the same patient over a period of time. This distinction between these 2 categories should be kept in mind when looking at the figures presented in this table./

Les notifications représentent le nombre de cas signalés par les médecins tandis que les identifications en laboratoire constituent soit le nombre d'isolats obtenus ou le nombre de cas confirmés sérologiquement. Par conséquent, les identifications en laboratoire peuvent comprendre plusieurs résultats de laboratoire positifs provenant d'un même malade sur une certaine période de temps. Lorsqu'on examine les chiffres présentés dans ce tableau, il faut garder à l'esprit la distinction entre ces 2 catégories de données.

It should also be remembered that for conditions such as amoebiasis, brucellosis and giardiasis, positive laboratory identifications may represent the carrier state or asymptomatic infections, NOT clinically apparent disease; therefore, notification of cases is not likely to occur in such instances./

Il faudrait également se rappeler que pour des maladies comme l'amibiase, la brucellose et la giardiase, les identifications en laboratoire positives peuvent représenter l'état de porteur ou des infections asymptomatiques, soit une maladie qui n'est pas cliniquement apparente; dans ces circonstances, il est par conséquent peu probable que la notification des cas ait lieu.

- No cases reported or identified/Aucun cas déclaré ou identifié
.. Not available or not notifiable/Non disponible ou déclaration non obligatoire

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 National Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: Eleanor Paulson

Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario.
Canada. K1A 0L2
(613) 996-4041

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 ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson

Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2
(613) 996-4041