



Canada Diseases

Weekly Report

ISSN 0382-232X

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL AND
LA MALADIE BIBLIOTHEQUE

Oct 21 1992

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHEQUEDate of publication: March 15, 1986
Date de publication: 15 mars 1986

Vol. 12-11

CONTAINED IN THIS ISSUE:

| | |
|---|----|
| Joint Meeting of Urban Medical Health Officers and NAC-AIDS | 45 |
| AIDS Surveillance in Canada | 47 |
| AIDS and International Travel | 48 |
| AIDS Surveillance | 48 |

JOINT MEETING OF URBAN MEDICAL HEALTH OFFICERS AND THE NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON AIDS

The first meeting of Canadian Urban Medical Officers of Health was held in Winnipeg, Manitoba, on 26 February 1986, to discuss practical concerns affecting urban public health decision-making regarding AIDS. Representatives from almost all major Canadian centres and several members of the National Advisory Committee on AIDS (NAC-AIDS) were present. Hosted by Dr. Donald Gemmill, Medical Officer of Health, Winnipeg, the meeting was chaired by Dr. Catherine Hanks, Calgary Deputy Medical Officer of Health and NAC-AIDS member.

The initial topic addressed was the **occupational risk** of acquiring AIDS. Dr. Richard Mathias, NAC-AIDS, presented the latest information related to health-care workers and Dr. John Blatherick, Vancouver Medical Officer of Health, reported on restaurant employees.

From surveillance and research data, it is apparent that health-care workers are at extremely low risk of occupationally acquired HTLV-III/LAV infection. There was strong endorsement of the current infection control and precautionary measures which have been recommended to health-care personnel⁽¹⁾. The participants agreed that there are no contraindications to the embalming of individuals who have died with AIDS or who are HTLV-III/LAV positive. Open coffin ceremonies, if desired, should be allowed. Morticians should take extraordinary care during all embalming processes to avoid personal exposure to blood and body fluids. Concerns were expressed regarding neurological disease which may be the presenting illness in more than 10% of AIDS cases. High-risk group members or their sexual partners who present with neurological symptoms may have HTLV-III/LAV infection.

After reviewing the latest epidemiological information regarding the potential for transmission through oral or gastric exposure, the participants strongly supported the following statements. Food service workers known to be infected with HTLV-III/LAV need not be restricted from work unless they have evidence of other infection or illness for which any worker in the food service industry would be restricted. All food handlers, regardless of whether they are HTLV-III/LAV seropositive

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

| | |
|--|----|
| Réunion conjointe des médecins-hygienistes en milieu urbain et du CCN-SIDA | 45 |
| Surveillance du SIDA au Canada | 47 |
| Le SIDA et les voyages internationaux | 48 |
| Surveillance du SIDA | 48 |

RÉUNION CONJOINTE DES MÉDECINS-HYGIÉNISTES EN MILIEU URBAIN ET DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL SUR LE SIDA

La première réunion des médecins-hygienistes canadiens en milieu urbain a eu lieu à Winnipeg au Manitoba, le 26 février 1986, afin d'examiner les questions pratiques relatives au SIDA qui influent sur la prise de décisions en matière de santé publique dans les villes. Des représentants de la grande majorité des grands centres canadiens et plusieurs membres du Comité consultatif national sur le SIDA (CCN-SIDA) y assistaient. Le Dr Donald Gemmill, médecin-hygieniste à Winnipeg, a accueilli les participants à la rencontre, présidée par le Dr Catherine Hanks, médecin-hygieniste adjointe à Calgary et membre du CCN-SIDA.

On étudia premièrement le **risque au travail** de contracter le SIDA. Le Dr Richard Mathias du CCN-SIDA présenta les renseignements les plus récents sur les travailleurs sanitaires et le Dr John Blatherick, médecin-hygieniste à Vancouver, fit le point sur la situation chez les employés de restaurants.

D'après les données tirées de la surveillance et des recherches, le risque pour les travailleurs de la santé de contracter une infection à HTLV-III/LAV dans l'exercice de leurs fonctions est manifestement très faible. On approuve fermement des mesures de lutte anti-infectieuse et des précautions recommandées actuellement au personnel soignant⁽¹⁾. Les participants conviennent que l'embaumement des personnes décédées qui étaient atteintes du SIDA ou HTLV-III/LAV positives n'est pas contre-indiqué. Les cérémonies à cercueil ouvert doivent être autorisées, le cas échéant. Les embaumeurs doivent toutefois faire très attention au cours de l'opération afin d'éviter tout contact avec le sang ou les fluides organiques du défunt. On fait état des affections neurologiques qui peuvent être les manifestations initiales du SIDA dans plus de 10% de cas. La présence de symptômes neurologiques chez les personnes appartenant à un groupe à risque élevé ou chez les partenaires sexuels de ces sujets, peut être indicatrice d'une infection à HTLV-III/LAV.

Après un examen des dernières données épidémiologiques sur la transmission possible au moyen d'une exposition par voie orale ou gastrique, les participants accordent leur ferme appui aux déclarations qui suivent. Les travailleurs de l'industrie de la restauration atteints d'une infection à HTLV-III/LAV peuvent continuer à travailler à moins qu'ils ne présentent une autre infection ou maladie justifiant l'arrêt de travail d'employés de ce secteur. Il faut prévenir tous ceux qui manipulent de la nourriture, qu'ils soient séropositifs ou

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



or not, should be cautioned to avoid injury to the hands when preparing food. If such an injury occurs, any food contaminated with blood should be discarded and affected work surfaces cleansed with household bleach diluted 1:10 with water. Good hygiene practices including frequent hand washing should be stressed for all food handlers. The kind of non-sexual person-to-person contact that occurs among workers and consumers in the food service industry does not pose a risk for transmission of HTLV-III/LAV.

The issues of **contact tracing**, case finding and confidentiality were addressed in a video presentation by Dr. G. Bonham, Calgary Medical Officer of Health. Dr. Richard Fralick, Toronto Associate Medical Officer of Health, presented a paper on the **use of the HTLV-III/LAV antibody test**. Discussion centered around the lack of studies demonstrating the positive effect of education as an intervention to justify contact tracing, and concern that contact tracing may create iatrogenic disease. Efforts at controlling the spread of this sexually transmitted disease are hampered by the fact that, unlike syphilis and gonorrhea carriers, HTLV-III/LAV carriers cannot be effectively treated. Nova Scotia and Ontario are the only provinces currently requiring the notification of HTLV-III/LAV seropositives to public health authorities. Dr. Ian Gemmill, Ottawa Associate Medical Officer of Health, favoured offering assistance with contact tracing when neither the attending physician nor the individual wished to notify or were capable of notifying the contacts of exposure. Dr. Catherine Hankins felt that to reduce perinatal transmission, public health authorities should ensure that the wives of HTLV-III/LAV-seropositive bisexual or hemophiliac males are informed by their spouses or their physicians so that pregnancy may be avoided by the affected couple until perinatal risk is more clearly defined. The opinion of the majority at the meeting, however, was that contact tracing for HTLV-III/LAV infections was not justified at this time.

Dr. Norbert Gilmore, Chairman of NAC-AIDS, presented recommendations regarding **school and day-care settings** and Dr. Ian Gemmill gave a paper on the role of the health unit in assisting school boards to develop policies on AIDS. After reviewing the latest epidemiological evidence regarding the lack of non-sexual transmission in family settings, the group endorsed the principle of keeping HTLV-III/LAV-infected children in school or day care until a reason for exclusion can be demonstrated for the individual.

Dr. Robert Remis from Montreal presented both sides of the issue regarding closure of **bath houses** after reviewing the experiences of several American cities who have faced the decision. The consensus of the participants was that all avenues should be explored to encourage safe sexual practices within bath houses using facility regulations and targeted health promotion programs before consideration should be given to closure. In many establishments, over 50% of the clientele may be bisexual men who would not otherwise receive health education regarding safe sexual practices.

The meeting discussed the hazards posed by practices such as **tattooing, electrolysis, and ear piercing**. In addition to affirming the need for rigorous sterilization and infection control procedures in these enterprises, it was strongly recommended that operators move toward use of single-service needles which are now available. Individuals known to be HTLV-III/LAV antibody positive and those who belong to high-risk groups should refrain from undergoing these procedures.

In reviewing the recent decision of **Saudi Arabia** to require HTLV-III/LAV testing of individuals over 18 years of age who wish to enter this country for periods exceeding 2 months, the group reaffirmed the World Health Organization

non à l'égard d'HTLV-III/LAV, d'éviter de se blesser les mains lors de la préparation. En cas d'une blessure de ce genre, ils doivent jeter tous les aliments contaminés par le sang et nettoyer les surfaces de travail avec une solution d'eau de javel et d'eau à 1:10. On doit insister fortement auprès de ces travailleurs pour qu'ils appliquent consciencieusement de bonnes pratiques d'hygiène, comme se laver les mains fréquemment. Les contacts personnels non sexuels qu'on retrouve entre les employés et les consommateurs dans l'industrie de la restauration ne constituent pas un risque de transmission de l'HTLV-III/LAV.

Les questions du **dépistage des contacts** de la recherche des cas et du caractère confidentiel des renseignements sont traitées par le Dr G. Bonham, médecin-hygiéniste à Calgary, au moyen d'une présentation audio-visuelle. Le Dr Richard Fralick, médecin-hygiéniste adjoint à Toronto, présente un exposé sur les **épreuves de mise en évidence des anticorps à l'égard d'HTLV-III/LAV**. La discussion porte principalement sur l'absence d'études démontrant les effets positifs de l'information donnée pour justifier le dépistage de contacts, et la possibilité que ce dépistage donne lieu à des maladies iatrogènes. Les efforts déployés pour lutter contre la propagation de cette maladie transmise sexuellement se heurtent au fait que les porteurs d'HTLV-III/LAV, contrairement aux porteurs de syphilis ou de la bleorrhagie, ne réagissent pas au traitement. La Nouvelle-Écosse et l'Ontario sont actuellement les seules provinces qui exigent que les cas HTLV-III/LAV séropositifs soient déclarés aux autorités de santé publique. Le Dr Ian Gemmill, médecin-hygiéniste adjoint à Ottawa, estime qu'il conviendrait d'aider au dépistage des contacts quand le médecin traitant et la personne atteinte refusent d'informer les contacts de leur exposition à l'organisme ou sont incapables de le faire. Le Dr Catherine Hankins juge que pour réduire la transmission périnatale, les autorités de santé publique devraient s'assurer que les épouses des hommes bisexuels ou hémo-philes séropositifs à l'égard d'HTLV-III/LAV soient avisées de cet état de choses par leur époux ou par le médecin, afin que le couple atteint évite une grossesse jusqu'à ce que le risque pour l'enfant soit clairement établi. Cependant la majorité des participants à la réunion sont d'avis que le dépistage des personnes exposées aux infections à HTLV-III/LAV n'est pas justifié en ce moment.

Le Dr Norbert Gilmore, président du CCN-SIDA, présente des recommandations visant les **écoles et les garderies** et le Dr Ian Gemmill étudie le rôle de l'unité sanitaire auprès des conseils scolaires qui doivent préparer une politique à l'égard du SIDA. Suite à l'examen des dernières données épidémiologiques documentant l'absence de transmission par voie non sexuelle en milieu familial, le groupe se déclare en faveur de permettre aux enfants infectés par HTLV-III/LAV de fréquenter l'école ou la garderie jusqu'à ce qu'une raison précise justifie leur exclusion.

Après avoir cité l'expérience de plusieurs villes américaines en la matière, le Dr Robert Remis de Montréal présente les deux aspects en ce qui a trait à la fermeture des **bains publics**. Les participants s'entendent pour dire qu'il faut explorer toutes les possibilités permettant d'encourager la pratique de relations sexuelles non dangereuses dans ces endroits. On pourrait appliquer les règlements prévus dans ces installations et les programmes pertinents de promotion de la santé, avant de songer à la fermeture de ces établissements. En effet, plus de la moitié des clients de ces commerces peuvent être des bisexuels qui autrement ne bénéfieraient pas d'instruction sanitaire axée sur des pratiques sexuelles sans danger.

On étudie aussi les dangers d'opérations comme le **tatouage, l'électrolyse et le perçage d'oreilles**. On souligne la nécessité d'imposer des mesures strictes de stérilisation et de lutte contre l'infection dans ces entreprises et de recommander l'emploi d'aiguilles à utilisation unique maintenant disponibles sur le marché. Les personnes qui se savent positives à l'égard des anticorps dirigés contre HTLV-III/LAV ou qui appartiennent à un groupe à risque élevé doivent éviter de se soumettre à ce type d'intervention.

Face à la décision prise par l'**Arabie Saoudite**, c'est-à-dire d'exiger que les individus de plus de 18 ans désirant entrer au pays pour plus de 2 mois subissent une épreuve pour déceler la présence d'HTLV-III/LAV, le groupe se range à la décision de l'Organisation

Notifiable Diseases Summary (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (fin)

| No. Diseases No Maladies | ICD-9 CIM-9 | | | | | | | | | | | | | British Columbia | | | Yukon | | | Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest | | | | |
|---|----------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|----------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--|------------|------------|----|---|
| | | Ontario | | | Manitoba | | | Saskatchewan | | | Alberta | | | Colombie-Britannique | | | | | | | | | | |
| | | Cur. Cou. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. Cou. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. Cou. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. Cou. | Cum. 86 | Cum. 85 | | |
| 1. AIDS - SIDA | | 9 | 9 | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 2. Amoebiasis - Amibiase | 006 | 54 | 54 | 60 | - | - | 1 | - | - | 1 | 12 | 12 | 3 | 23 | 23 | 20 | - | - | - | - | - | - | - | |
| 3. Botulism - Botulisme | 005.1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 4. Brucellosis - Brucellose | 023 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 5. Campylobacteriosis - Campylobactériose | | 271 | 271 | .. | - | - | 2 | 2 | .. | 24 | 24 | .. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 6. Chickenpox - Varicelle | 052 | 1245 | 1245 | .. | - | - | 138 | 138 | .. | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 6 | .. | 1 | 1 | .. | .. | |
| 7. Cholera - Choléra | 001 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 8. Diphtheria - Diphtérie | 032 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 9. Giardiasis - Giardiase | 007.1 | 217 | 217 | 171 | - | - | 18 | 18 | 7 | 92 | 92 | 42 | 73 | 73 | 51 | - | - | 7 | - | - | 3 | - | - | |
| 10. Gonococcal Infections (excluding 098.4) - Infections gonococciques (sauf 098.4) | 098 | 778 | 778 | 866 | 252 | 252 | 230 | 109 | 109 | 120 | 222 | 222 | 482 | 279 | 279 | 432 | 10 | 10 | 12 | 110 | 110 | 118 | - | - |
| 11. Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophthalme gonococcique du nouveau-né | 098.4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 12. Haemophilus influenzae B infections (invasive) - Infections (invasive) à Haemophilus influenzae B | | - | - | .. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | .. | 2 | 2 | .. | 1 | 1 | .. | .. | |
| 13. Hepatitis A - Hépatite virale A | 070.0, 070.1 | 14 | 14 | 8 | 24 | 24 | 62 | 31 | 31 | 29 | 20 | 20 | 4 | 8 | 8 | 17 | - | - | - | - | - | - | 1 | |
| 14. Hepatitis B - Hépatite virale B | 070.2, 070.3 | 45 | 45 | 67 | 1 | 1 | 5 | 8 | 8 | 14 | 10 | 10 | 12 | 24 | 24 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | |
| 15. Hepatitis other and unspecified viral - Hépatite virale, autres et sans précision | 070.4, 070.5 | 3 | 3 | - | - | - | - | - | - | 4 | 4 | - | 21 | 21 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 16. Legionellosis - Légionellose | | - | - | .. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 17. Leprosy - Lépre | 030 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 18. Malaria - Paludisme | 084 | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 2 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | |
| 19. Measles - Rougeole | 055 | 19 | 19 | 137 | 196 | 196 | - | 1 | 1 | - | 17 | 17 | 2 | 808 | 808 | 2 | - | - | - | - | - | - | 4 | |
| 20. Meningitis/Encephalitis: - Méningitis/encéphalite: | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| A. Bacterial - Bactérienne | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Pneumococcal - à pneumocoques | 320.1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | 2 | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 21. Other (all other categories excluding Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0) - Autres (toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, Ménigococoques 036 et tuberculose 013.0) | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | - | - | 4 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 1 | - | |
| 22. B. Viral (all categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060) - Virale (toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomélyrite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060) | | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - | - | 1 | 4 | 4 | 2 | - | - | - | 1 | 1 | - | - | |
| 23. Meningococcal infections - Infections à ménigococoques | 035 | 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | |
| 24. Numps - Oreillons | 072 | 22 | 22 | .. | 1 | 1 | .. | 2 | 2 | .. | 9 | 9 | .. | 3 | 3 | .. | - | - | - | - | - | - | - | |
| 25. Paratyphoid - Paratyphoïde | 002.1-002.9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 26. Pertussis - Coqueluche | 033 | 141 | 141 | 67 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 4 | - | - | |
| 27. Plague - Peste | 020 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 28. Poliomyelitis - Poliomélyrite | 045 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 29. Rabies - Rage | 071 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 30. Rubella - Rubéole | 056 | 17 | 17 | 27 | - | - | 3 | 1 | 1 | 8 | 76 | 76 | 26 | 33 | 33 | 7 | - | - | - | - | - | - | 1 | |
| 31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale | 771.0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 32. Salmonellosis (excluding Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1-002.9) - Salmonellose (sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1-002.9) | 003 | 242 | 242 | 213 | 9 | 9 | 15 | 12 | 12 | 49 | 28 | 28 | 36 | 53 | 53 | 115 | - | - | - | 2 | 2 | 1 | - | |
| 33. Shigellosis - Shigellose | 004 | 242 | 242 | 21 | 7 | 7 | 48 | 25 | 25 | 24 | 5 | 28 | 5 | 10 | 53 | 5 | 113 | - | - | 2 | - | - | - | |
| 34. Syphilis: Early, Symptomatic (Primary and Secondary) - Symptomatique, récent (primaire et secondaire) | 091 | 15 | 15 | 23 | 1 | 1 | 4 | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | |
| Symbols - Signes conventionnels: | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| .. Not available .. Non disponible. | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| - No cases reported - Aucun cas déclaré. | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |

This Table has been produced by the use of CANSIM - Ce tableau a été produit avec le concours de CANSIM.

Symbols - Signes conventionnels:

.. Not available .. Non disponible.

- No cases reported - Aucun cas déclaré.

SOURCE: Vital Statistics and Health Status Section, Health Division, Statistics Canada, Ottawa, Canada, K1A 0T6 telephone (613) 991-1769

Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Division de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Canada, K1A 0T6 téléphone (613) 991-1769

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUES CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending January 18, 1986.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 18 janvier, 1986.

| No. Diseases No. Maladies | ICD-9 CIM-9 | Canada | | | Newfoundland | | | Prince Edward Island | | | Nova Scotia | | | New Brunswick | | | Québec | | |
|--|----------------------------|-------------|------------|------------|-----------------------|------------|------------|----------------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|---------------|------------|------------|--------|------------|------------|
| | | Terre-Neuve | | Cou. | Île-du-Prince Édouard | | Cou. | Nouvelle-Écosse | | Cou. | Nouveau-Brunswick | | Cou. | Cur. | | Cou. | Cur. | | Cou. |
| | | Cur. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. | Cum. 86 | Cum. 85 | Cur. | Cum. 86 | Cum. 85 |
| 1. AIDS - SIDA | | 12 | 12 | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 2. Amoebiasis - Amibiase | 006 | 89 | 89 | 87 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| 3. Botulism - Botulisme | 005.1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 4. Brucellosis - Brucellose | 023 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 5. Campylobacteriosis - Campylobactériose | | 304 | 304 | | 4 | 4 | | - | - | - | 3 | 3 | | - | - | - | - | - | - |
| 6. Chickenpox - Varicelle | 052 | 1446 | 1446 | | 25 | 25 | | - | - | - | 31 | 31 | | - | - | - | - | - | - |
| 7. Cholera - Choléra | 001 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 8. Diphtheria - Diphtérie | 032 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 9. Giardiasis - Giardiase | 007.1 | 422 | 422 | 289 | 7 | 7 | 2 | - | - | - | 6 | 6 | 4 | 1 | 1 | - | 8 | 8 | 2 |
| 10. Gonococcal Infections (excluding 098.4) - Infections gonocoïques (sauf 098.4) | 098 | 2037 | 2037 | 2550 | 28 | 28 | 59 | 3 | 3 | 1 | 43 | 43 | 86 | 32 | 32 | 12 | 171 | 171 | 132 |
| 11. Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophthalmie gonocoïque du nouveau-né | 098.4 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| 12. Haemophilus influenzae B infections (invasive) - Infections (invasive) à Haemophilus influenzae B | | 6 | 6 | | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | | - | - | - | - | - | - |
| 13. Hepatitis A - Hépatite virale A | 070.0, 070.1 | 100 | 100 | 131 | 2 | 2 | 2 | - | - | - | - | - | - | 7 | - | - | 1 | 1 | 1 |
| 14. Hepatitis B - Hépatite virale B | 070.2, 070.3 | 109 | 109 | 109 | 1 | 1 | - | - | - | - | 1 | 1 | - | 3 | 3 | 1 | 16 | 16 | 4 |
| 15. Hepatitis other and unspecified | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viral - Hépatite virale, autres et sans précision | 070.4, 070.5, 070.6, 070.9 | 35 | 35 | 1 | - | - | - | 2 | 2 | - | - | - | - | - | - | 5 | 5 | - | - |
| Legionellosis - légionellose | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 16. Leprosy - Lépre | 030 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 17. Malaria - Paludisme | 084 | 3 | 3 | 8 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 18. Measles - Rougeole | 055 | 1217 | 1217 | 156 | - | - | - | - | - | - | 174 | 174 | 2 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 9 |
| 20. MeningitisEncephalitis: - Meningiteéncephalite: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A. Bacterial - Bactérienne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pneumococcal - à pneumocoques | | 320.1 | 5 | 5 | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - |
| 21. Other (all other categories excluding Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0) - Autres (toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, Meningocoques 036 et tuberculose 013.0) | | 8 | 8 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| 22. B. Viral (all categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060) - Virale (toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomylérite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060) | | 7 | 7 | 16 | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 |
| 23. Meningococcal Infections - Infections à mениngocoques | 036 | 13 | 13 | 15 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 4 | 4 | - |
| 24. Mumps - Oreillons | 072 | 39 | 39 | .. | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | - | - | - | 2 | 18 | 18 | - |
| 25. Paratyphoid - Paratyphoïde | 002.1-002.9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 26. Pertussis - Coqueluche | 033 | 211 | 211 | 100 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | - | 34 | 34 | 22 | - | - | - | 2 | 18 | 18 |
| 27. Plague - Peste | 020 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 28. Poliomyelitis - Poliomylérite | 045 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 29. Rabies - Rage | 071 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 30. Rubella - Rubéole | 056 | 131 | 131 | 77 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 4 | 4 | 3 |
| 31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale | 771.0 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 32. Salmonellosis (excluding Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1-002.9) - Salmonellose (sauf typhi 002.0 et paratyphi 002.1-002.9) | | 408 | 408 | 520 | 11 | 11 | 6 | 2 | 2 | 5 | 15 | 15 | 22 | 2 | 2 | 4 | 32 | 32 | 54 |
| 33. Shigellosis - Shigellose | 003 | 110 | 110 | 124 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | 6 | 4 | 2 |
| 34. Syphilis: Early, Symptomatic (Primary and Secondary) - Syphilis: tôt, symptomatique, primaire et secondaire | 091 | 24 | 24 | 37 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 24 | 24 | 2 | - |
| Other - Autres | 090, 092-097 | 73 | 73 | 72 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 36. Tetanus - Tétanos | 037 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 37. Trichinosis - Trichinose | 124 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 38. Tuberculosis - Tuberculose | 010-018 | 41 | 41 | 25 | 2 | 2 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 2 | 16 | 16 | 2 |
| 39. Typhoid - Typhi | 002.0 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 40. Yellow Fever - Fièvre jaune | 060 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

This Table has been produced by the use of CANSIM - Ce tableau a été produit avec le concours de CANSIM.

Symbols - Signes conventionnels:

.. Not available .. Non disponible.

- No cases reported - Aucun cas déclaré.

position against the requirement by any country of such testing for individuals seeking entrance. In order to avoid establishing an unfortunate precedent which could encourage other countries to require testing, a request will be made to the Saudi government to reconsider its position.

Concern was expressed over the public health implications of the recently published National Advisory Committee on Immunization (NACI) statement regarding the use of live vaccines for individuals who are HTLV-III/LAV infected(2). The participants agreed that individuals with AIDS or ARC would not be immunized with live vaccines under current guidelines which exclude immunosuppressed individuals from receiving them. However, the group did question whether there was evidence to justify the apparent risk to asymptomatic HTLV-III/LAV-seropositive individuals. Discussion focussed on the risk of live vaccines versus the risk of complications from wild viruses. It was felt that interpretations of the statement might require determining whether infants have high-risk group parents and whether adults belong to high-risk groups. This would have far reaching implications for immunization programs across the country and clarification will be sought from NACI.

With respect to the potential for transmission of HTLV-III/LAV in prisons and correctional institutes, there was strong consensus that condoms should be available for sale to prisoners. Screening of prisoners for HTLV-III/LAV antibody is not indicated.

Dr. Alastair Clayton, Director General of the Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, presented a paper on new health promotion thrusts and endeavours in which he reviewed current efforts being made by all levels of government and non-governmental organizations to educate the general public and control the spread of HTLV-III/LAV infection. The participants endorsed a strong call for more funding of governmental and non-governmental efforts at prevention. They reaffirmed the importance of surveillance through ongoing notification of AIDS cases and regular monthly reports of HTLV-III/LAV seropositivity by age, sex and risk factor status from public health laboratories and from the Canadian Red Cross. There is also an urgent need for research in several areas. Targeted for top priority would be studies to determine seropositive rates in prostitutes and IV drug abusers, cohort studies in homosexual groups to examine potential cofactors in the development of overt disease, studies on condom breakage rates during anal intercourse, and the monitoring of changes in sexual practices to determine the impact of health education programs.

References:

1. LCDC. CDWR 1982; 8:250-252.
2. Idem. CDWR 1986; 12:5.

SOURCE: Catherine Hankins, MD, Chairman, Canadian Urban Medical Officers of Health, Calgary, Alberta.

mondiale de la santé, à savoir qu'un pays ne peut imposer de telles conditions à l'entrée sur son territoire. On demandera au gouvernement de l'Arabie Saoudite de revoir sa position afin d'éviter de créer un précédent qui pourrait encourager d'autres pays à faire de même.

Les participants se disent inquiets des répercussions possibles sur la santé publique de la déclaration publiée récemment par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) concernant l'utilisation de vaccins vivants chez les personnes infectées par l'HTLV-III/LAV(2). Les participants conviennent que les sujets atteints du SIDA ou du para-SIDA ne doivent pas recevoir de vaccins vivants, conformément aux lignes directrices visant les personnes immunodéprimées. Toutefois, le groupe se demande s'il y a vraiment danger pour les sujets asymptomatiques HTLV-III/LAV séropositifs. La discussion porte sur une comparaison entre les risques d'un vaccin vivant et le danger de complications associées à un virus sauvage. On estime aussi que pour interpréter l'énoncé, il faudra peut-être déterminer si les nourrissons sont nés de parents à risque élevé et si les adultes visés appartiennent à ces mêmes groupes. Le cas échéant, il y aurait de vastes répercussions sur les programmes d'immunisation partout au pays, c'est pourquoi le CCNI devrait fournir des éclaircissements.

Quant aux possibilités de transmission d'HTLV-III/LAV dans les prisons et les maisons de correction, on suggère fortement de permettre aux prisonniers d'acheter des préservatifs. Le dépistage des anticorps à l'égard de cet organisme chez les détenus n'est pas jugé nécessaire.

Le Dr Alastair Clayton, directeur général du Laboratoire de lutte contre la maladie à Ottawa, présente un exposé sur les nouvelles mesures et initiatives de promotion de la santé, à tous les paliers de gouvernement et au niveau des organismes non gouvernementaux, afin d'informer le grand public et lutter contre la propagation de l'infection à HTLV-III/LAV. Les participants conviennent du besoin d'insister sur l'augmentation des fonds accordés à ceux-ci pour leurs efforts de prévention. Ils soulignent de nouveau combien il est important que les laboratoires de santé publique et la Société canadienne de la Croix-Rouge effectuent une surveillance au moyen de la déclaration obligatoire des cas de SIDA et publient des rapports mensuels sur la séropositivité à l'égard d'HTLV-III/LAV selon l'âge, le sexe et le facteur de risque. Il y a également un urgent besoin de recherches dans plusieurs domaines, dont les plus importants sont les suivants: l'établissement des taux de séropositivité chez les prostituées et les toxicomanes qui se piquent, des études de cohortes chez des groupes d'homosexuels afin d'examiner les cofacteurs éventuels entraînant l'apparition de formes patentes de maladies, des études sur les taux de condoms déchirés pendant les rapports sexuels anaux et le contrôle des changements dans les pratiques sexuelles afin de déterminer les effets des programmes d'information en matière de santé.

Références:

1. LLCM. RHMC 1982; 8:250-252.
2. LLCM. RHMC 1986; 12:5.

SOURCE: Dr Catherine Hankins, Présidente des médecins-hygiénistes canadiens en milieu urbain, Calgary, Alberta.

AIDS SURVEILLANCE/SURVEILLANCE DU SIDA

Cases Reported for the Period 1 January to 31 December 1984 and 1985/Cas signalés pendant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre en 1984 et en 1985

| CANADA | NFLD./T.-N. | P.E.I./I.P.-É. | N.S./N.-É. | N.B./N.-B. | QUE./QUÉ. | ONT. | MAN. | SASK. | ALTA. | B.C./C.-B. | YUKON | N.W.T./T.N.-O. |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Cumul. 85 84 |
| 274 119 | 0 0 | 0 0 | 4 1 | 2 0 | 78 39 | 122 45 | 1 0 | 3 1 | 12 9 | 52 24 | 0 0 | 0 0 |

In addition to the above adult cases, LCDC received reports of 3 and 14 pediatric cases respectively in 1984 and 1985./Outre les cas adultes susmentionnés, le LLCM a reçu 3 rapports concernant des enfants en 1984 et 14 en 1985.

International Notes

AIDS AND INTERNATIONAL TRAVEL

A number of Member States have sought the World Health Organization's advice on certificates guaranteeing that a person is free from AIDS, AIDS-related complex, or HTLV-III/LAV infection for international travel. In a meeting of Directors of WHO Collaborating Centres on AIDS held in Geneva from 16 to 18 December 1985, the subject was discussed and it was considered that testing of international travellers and certification are not warranted as measures to prevent HTLV-III/LAV transmission. Reference is also made to the note which appeared in an earlier issue of the *Weekly Epidemiological Record*, stating that "In accordance with Article 81 of the International Health Regulations (1969), no health document, other than those provided for in the Regulations, shall be required in international traffic; thus it is pointed out that there is no provision for any certificate guaranteeing that a person entering any country or coming from any country is free from a given disease."

SOURCE: WHO *Weekly Epidemiological Record*, Vol 61, No 4, 1986.

Notes internationales

LE SIDA ET LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Certains États Membres ont demandé à l'Organisation mondiale de la Santé son avis au sujet de certificats garantissant, aux fins de voyages internationaux, qu'une personne est indemne de SIDA, de para-SIDA ou d'infection par le HTLV-III/LAV. Lors d'une réunion des directeurs des centres collaborateurs de l'OMS pour le SIDA, qui s'est tenue à Genève du 16 au 18 décembre 1985, cette question a été examinée; les participants ont estimé que le dépistage du SIDA chez les voyageurs internationaux et l'établissement d'un certificat ne se justifient pas en tant que mesures destinées à empêcher la transmission du HTLV-III/LAV. On se reportera également à la note parue dans un numéro antérieur *Relevé épidémiologique hebdomadaire* et selon laquelle "En vertu de l'article 81 du Règlement sanitaire international (1969), aucun document sanitaire autre que ceux visés au Règlement ne peut être exigé dans le trafic international; ainsi il est rappelé que le Règlement ne prévoit aucun certificat garantissant qu'une personne entrant dans un pays quelconque ou venant de quelque pays que ce soit est exempte d'une maladie donnée."

SOURCE: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, Vol 61, n° 4, 1986.

AIDS SURVEILLANCE

United States: As of 3 March 1986, 17 871 cases of AIDS (17 617 adults and 254 children (<13 years of age)) had been reported to the Centers for Disease Control (provisional data). Nine thousand four hundred and sixty-three (53.0%) of these cases have died. Homosexual/bisexual males and IV drug abusers account for 72.4 and 16.8%, respectively, of the total cases. The primary disease in 57.7% of the total cases has been *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) without Kaposi's sarcoma (KS), followed by other opportunistic infections (OI) without PCP or KS 18.7%, KS without PCP 18.0%, and both PCP and KS 5.6%.

United Kingdom: The total number of AIDS cases reported as of 31 January 1986 was 287; 144 (50.2%) of these have died. Homosexual/bisexual males constitute the main patient group with 255 cases. PCP has been the primary disease in 44.9% of the total cases, followed by KS 23.7%, OI 23.3%, and PCP and KS 6.6%.

SOURCE: Center for Infectious Diseases, CDC, Atlanta, Georgia; Communicable Disease Report (CDR 86/05), 31 January 1986, London, England.

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 (in the official language of your choice) 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
Turney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada K1A 0L2
(613) 990-8964

SURVEILLANCE DU SIDA

États-Unis: En date du 3 mars 1986, on avait signalé aux Centers for Disease Control 17 871 cas de SIDA (17 617 adultes et 254 enfants de moins de 13 ans) (données provisoires). Parmi les sujets visés, 9463 (53,0%) sont décédés. Des hommes homosexuels ou bisexuels et des toxicomanes qui se piquent représentent respectivement 72,4 et 16,8% du total des cas. Dans 57,7% des cas, la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PPC) non associée à un sarcome de Kaposi (SK) était l'atteinte principale; venaient ensuite d'autres infections opportunistes (IO) sans PPC ni SK - dans 18,7% des cas, un SK sans PPC - dans 18,0% des cas, et une association de PPC et de SK - dans 5,6% des cas.

Royaume-Uni: En date du 31 janvier 1986, le total des cas de SIDA était de 287 et celui des décès, de 144 (50,2%). Le groupe le plus touché est celui des hommes homosexuels, chez qui 255 cas ont été recensés. Observée dans 44,9% des cas, la PPC était la principale atteinte; venaient ensuite le SK - dans 23,7% des cas, une IO - dans 23,3% des cas, et une association de PPC et de SK - dans 6,6% des cas.

SOURCE: Center for Infectious Diseases, CDC, Atlanta (Géorgie); Communicable Disease Report (CDR 86/05), 31 janvier 1986, Londres, Angleterre.

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'exhaustivité, 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.

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) 990-8964