Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

ISSN 0382-232X

Date of publication: June 19, 1982
Date de publication: 19 juin 1982

Vol. 8-25

CANADIANA
C2
JUN 29 1982

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Summation of a Symposium on Hepatitis B, Montreal, April 19-20, 1982 121
Notifiable Diseases Summary 124-125

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Sommaire d'un symposium sur l'hépatite B tenu à Montréal les 19 et 20 avril 1982 121
Sommaire des maladies à déclaration obligatoire .. 124-125

SUMMATION OF A SYMPOSIUM ON HEPATITIS B, MONTREAL, APRIL 19-20, 1982

This international symposium, sponsored by the Canadian Association for Clinical Microbiology and Infectious Diseases (CACMID), was organized by Dr. R.P. Bryce Larke, and supported by a grant from Merck Sharp and Dohme. Four half-day sessions were held, chaired by Dr. Larke, Dr. L. Blendis, Dr. L. Spence, and Dr. F. White, with introductory remarks from Dr. H. Robertson, President of CACMID.

Overview: Dr. S. Krugman, Professor of Pediatrics, New York University Medical Center, described the unfolding of the hepatitis mystery since the 1940s. McCollum proposed the terms type A and type B in 1947. The 1950s saw the development of the transaminase tests, and the discovery that jaundice occurred only in a minority of cases. In the mid 1960s, Krugman demonstrated the clinical behaviour of 2 distinct virus types. Since that time, the hepatitis B virus (HBV), hepatitis A virus (HAV), and non-A, non-B (NANB) hepatitis have been identified. Blumberg's discovery of Australia antigen was a major milestone.

Global variation in both HAV and HBV infections was described, and the importance of epidemiological factors such as socioeconomic status, institutionalization, ethnic and cultural origin, male homosexuality, and drug addiction was highlighted. Beasley's work in Taiwan, demonstrating the high relative risk of hepatocellular carcinoma (HPC) among carriers of hepatitis B surface antigen (HBsAg), was acknowledged.

Inability to cultivate HBV in the laboratory has not prevented the development of an effective vaccine because heat-treated serum containing HBsAg was found to be highly immunogenic, leading to the first human trials of an HBV vaccine in late 1975.

The Biology and Characterization of Hepatitis B Virus: Dr. A.J. Zuckerman, Director, WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Viral Hepatitis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, discussed the significance of antibody to hepatitis B core antigen (anti-HBc), a marker of virus replication in persistent carriers, an antigen (HBeAg), a marker for infectivity, and the relationship of HBsAg to antigenicity. He described the geographic distribution of subtypes, which is subject to change depending on population mobility.

SOMMAIRE D'UN SYMPOSIUM SUR L'HÉPATITE B TENU À MONTRÉAL LES 19 ET 20 AVRIL 1982

Parrainé par l'Association canadienne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses, le symposium international fut organisé par le docteur R.P. Bryce Larke et subventionné par la firme Merck Sharpe et Dohme. Après quelques mots d'introduction du président de l'Association, le docteur H. Robertson, les quatre séances d'une demi-journée furent présidées par les docteurs B. Larke, L. Blendis, L. Spence et F. White.

Historique: le docteur S. Krugman, professeur de pédiatrie au Centre médical de l'Université de New York, a raconté comment, depuis les années quarante, le voile s'est levé sur l'hépatite. C'est en 1947 que McCollum proposa l'usage des termes: type A et type B. Ensuite, au cours des années cinquante, on mit au point les épreuves de transaminase et on découvrit que l'ictère se déclarait uniquement dans la minorité des cas. Puis, vers le milieu des années soixante, Krugman démontra les manifestations cliniques de deux types de virus distincts. Depuis, on a réussi à identifier le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite A (VHA) et l'hépatite non-A, non-B (NANB). La découverte de l'antigène Australie par Blumberg a constitué un immense pas en avant.

Après avoir décrit les grandes différences dans les infections dues au VHA et au VHB, on a souligné l'importance des facteurs épidémiologiques comme la situation socio-économique, la résidence en institution, l'origine ethnique et culturelle, l'homosexualité masculine et la toxicomanie. On a aussi reconnu le travail accompli par Beasley à Taiwan qui démontre le grand risque de carcinome hépatocellulaire (CHP) chez les porteurs de l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg).

Malgré l'impossibilité de cultiver le VHB en laboratoire, un vaccin efficace a été mis au point. En effet, le sérum qui contient le HBsAg et qui est traité par la chaleur s'étant avéré hautement immunogène, les premiers essais d'un vaccin contre le VHB ont été tentés sur les humains à la fin de 1975.

Biologie et caractérisation du virus de l'hépatite B: le docteur A.J. Zuckerman, Directeur du Centre de référence et de recherche sur l'hépatite virale de l'OMS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, a parlé de l'importance des anticorps spécifiques de l'antigène nucléo-capsidique de l'hépatite B (anti-HBc) - marqueur de la réplication du virus chez les porteurs chroniques, ainsi que de l'antigène "e" (HbeAg) - signe d'infectivité - et du rapport entre HBsAg et l'antigénicité. Il a aussi décrit la répartition géographique des sous-types qui reste fonction de la mobilité de la population.

There may be approximately 200 million carriers worldwide, mainly in developing countries. Several risk factors including early age of infection, maleness, opportunity for exposure, variations in histocompatibility, and HBV carrier mothers were enumerated. Ethnic variations remain largely unexplained. Cross-reactivity with the y chromosome was raised as a plausible basis for male predominance in addition to exposure factors. The concept of a "healthy carrier" of HBV was challenged as scientifically questionable, although it may be clinically useful. Liver damage of varying severity was described, while integration of HBV-DNA in the liver must increase the risk of HPC.

Modes of treatment such as immunotherapy, transfer factor, and the empirical use of chemicals are of doubtful value, while the use of interferons (undergoing clinical trials) is not yet established, and antiviral agents such as adenine arabinoside (ara-A) are sometimes effective but cytotoxic. These observations support the premise that our best chance lies with prevention.

Dr. Zuckerman closed with a description of the recently discovered Delta particle, a defective virus transmissible only with HBV, thought to be worldwide in distribution and spreading in association with drug addiction, which may be a prognostic marker for liver pathology.

The Epidemiology of Hepatitis B in Canada: Dr. J. Derrick, Director of Operational Research, Canadian Red Cross (CRC) Blood Transfusion Service, described the 1976-79 trial of a Connaught Laboratories high-titre hepatitis B immune globulin (HBIG) which met the WHO potency standards. A need for passive immunization products will continue even when hepatitis B vaccine is available, especially for use in neonates and in post-exposure situations.

Data to identify high-risks groups for vaccination is limited. However, considering the relevant health care groups, high-risk patients, and institutionalized individuals, the potential demand for vaccine is estimated to exceed supply, and cost remains an issue. An "entrance" approach was proposed to identify high-risk individuals. This would include those entering life (neonates), persons entering institutions, persons entering certain life-styles (male homosexuals, drug addicts) and hemophiliacs entering therapeutic programs.

Hepatitis B in the Canadian dental profession was addressed by Dr. J. Epstein, Associate Professor of Dentistry, University of Saskatchewan, who spoke on the recent anxiety within the profession concerning the spread of HBV infections in office settings. Much of this concern has been misdirected towards Indo-Chinese refugees who account for only a small proportion of carriers in a typical dental practice. Most carriers are not identified.

The prevalence of hepatitis B markers among dentists continues to receive further study, but so far it does not appear that the prevalence of HBsAg is elevated even though there is an increased prevalence of antibody to hepatitis B surface antigen (anti-HBs), indicating a higher incidence of previous infection than in the general population. Regional variation and the risk status of other dental staff need to be studied further.

Dr. Epstein concluded that there were 2 main issues for Canadian dentists: (1) the need for better infection control practices, and (2) education. Exposure cannot be avoided, but risk can be minimized. The use of hepatitis B vaccine among dentists is an issue for the immediate future.

Il y aurait environ 200 millions de porteurs dans le monde, répartis surtout parmi les pays en développement. Plusieurs facteurs de risques ont été répertoriés, notamment le fait d'être jeune au moment de l'infection, le fait d'être du sexe masculin, les possibilités d'exposition, les variations d'histocompatibilité et les mères porteuses du VHB. Les variations ethniques restent, pour la plupart, inexpliquées. On a avancé l'idée que la réactivité croisée avec le chromosome Y ajoutée aux facteurs d'exposition pourrait expliquer la prédominance masculine. La valeur scientifique du concept de "porteur sain" a été contestée, même si ce concept peut être utile du point de vue clinique. Les divers degrés de gravité des lésions du foie ont été décrites; le risque de CHP est certainement accru par l'intégration de VHB-ADN dans le foie.

Les méthodes de traitement comme l'immunothérapie, le facteur de transfert et l'usage empirique des produits chimiques n'ont qu'une valeur relative, tandis que l'usage des interférons (à l'essai clinique) n'est pas encore établi et que les agents anti-virus comme l'adénine-arabinoside (ara-A) sont quelquefois efficaces, mais cytotoxiques. Il ressort de toutes ces observations que la prévention reste la meilleure solution.

Le docteur Zuckerman a terminé par une description de la particule Delta, récemment découverte. Il s'agit d'un virus incomplet, transmissible uniquement avec le VHB et, croit-on, universel. De plus, sa diffusion serait fonction de la toxicomanie et il pourrait être un marqueur pronostique en pathologie du foie.

Épidémiologie de l'hépatite B au Canada: le docteur J. Derrick, Directeur de la recherche opérationnelle au Service de transfusion sanguine de la Croix Rouge canadienne (CRC), a décrit les essais effectués de 1976 à 1979 sur une immunoglobuline antihépatitique B (HBIG) de titre élevé, produite par les Laboratoires Connaught et conforme aux normes d'activité de l'OMS. Les produits d'immunisation passive seront encore nécessaires lorsque le vaccin antihépatitique B sera disponible, tout particulièrement pour les nouveau-nés et ceux qui ont été exposés au virus.

On dispose de peu de données pour identifier les groupes à risques élevés. Cependant, si l'on tient compte du personnel exposé dans les services de santé ainsi que du nombre de patients à risques élevés et des personnes résidant en institution, on prévoit que la quantité de vaccins ne suffira pas à la demande. De plus, le prix de revient pose un problème. Pour identifier les individus à risques élevés, on a proposé le concept de la catégorie "entrée". En feraient partie ceux qui font leur entrée dans la vie (les nouveau-nés), ceux qui entrent en institution, ceux qui adoptent un nouveau style de vie (les homosexuels, les toxicomanes) et les hémophiles qui commencent un programme thérapeutique.

Le docteur J. Epstein, Professeur agrégé d'art dentaire à l'Université de la Saskatchewan, a donné le point de vue de la profession dentaire canadienne sur l'hépatite B. Il a parlé de l'inquiétude récente née de la poussée des infections dues au VHB dans les cabinets dentaires. On a reporté à tort la responsabilité sur les réfugiés indochinois qui ne représentent, après tout, qu'une faible proportion des porteurs dans un cabinet dentaire moyen. La plupart des porteurs ne sont pas décelés.

Les études se poursuivent sur la prévalence des marqueurs d'hépatite B chez les dentistes, mais jusqu'ici il ne semble pas que la prévalence de HBsAg soit élevée, même si celle des anticorps de l'antigène de surface de l'hépatite B (anti-Hbs) se soit accrue, ce qui indique une incidence plus grande d'infections antérieures chez les dentistes que dans la population en général. Il faudrait étudier plus à fond les variations régionales et l'état de risque du personnel dentaire.

Le docteur Epstein a terminé en disant que deux questions étaient d'un intérêt primordial pour les dentistes, à savoir: (1) la nécessité d'établir de meilleures méthodes de lutte contre les infections, et (2) la sensibilisation des intéressés à la question. Il est impossible d'éviter l'exposition, mais on peut en diminuer les risques. Dans l'immédiat, l'immunisation des dentistes représente donc un point important.

Dr. Larke, Professor of Pediatrics, University of Alberta, compared the results of surveys in 3 northern communities to illustrate the wide variation which exists in the prevalence of seromarkers of active or past HBV infection (from 8% in Fort MacKay to 61% in Fort Rae) among Canadian native groups. A distinct age relationship was observed in Fort MacKay and Arctic Bay, with much higher marker prevalence over 30 years than below this age. No obvious reason for this was apparent, although a number of possibilities was suggested and the need for further investigation emphasized.

Hepatic and Non-Hepatic Consequences of HBV Infection: Dr. S. Feinman, Head of the Liver Study Unit, Toronto's Mount Sinai Hospital, reported that 28% of antigen carriers studied there have some degree of hepatitis on biopsy, although most are clinically healthy. The eventual outcome of acute infection generally cannot be predicted, although there are some important prognostic factors such as alcoholism. The definition of chronic hepatitis is arbitrary, defined as clinical disease greater than 6 months, classified into chronic benign (with good prognosis) and chronic active. The latter can occur with cirrhosis and risk of hepatoma, but may also resolve without cirrhosis. Other manifestations include periarteritis nodosa, serum sickness, polyarthritis, glomerulonephritis, and possibly Guillain-Barré syndrome, all of which appear to be quite rare and may be related to the formation of immune complexes. In a recent Toronto study, 20 cases of HPC were identified.

Dr. Zuckerman discussed the risk of HPC. Evidence for a causal relationship with HBV infection includes geographical association with areas of high marker prevalence but variation has been noted. The role of possible co-factors such as genetic, hormonal, toxic, immunologic, and environmental influences was postulated. Risk factors include macronodular cirrhosis, persistent carriage of HBV, male sex, and early infection in endemic areas. The relative risk among HBsAg positive individuals, previously noted, is very high. Various experimental evidence in animals was presented, and a sequential process of active infection leading to persistence, integration, cell transformation, focal clonal growth, and then primary liver cancer proposed.

Immunization Against Hepatitis B: Dr. C. Stevens, Associate Investigator, Lindsley F. Kimball Research Institute, New York Blood Center, reviewed the results of trials to assess seroconversion following passive-active immunization, focussing on neonates. Neonatal exposure to an HBeAg carrier mother is perceived to pose a high risk of chronic infection. Results show no evidence that HBIG interferes with an active immune response, and indicates no advantage to delaying vaccination. Further studies of high-risk infants, with varying dose schedules are now in progress. Dr. Stevens suggested that Asian parents, in general, need to be screened in order that passive-active immunization may be offered.

Dr. A. McLean, Senior Director, Merck Institute for Therapeutic Research, described the development of a vaccine against hepatitis B. Production of this vaccine, really a blood product, includes pepsin digestion, and urea and formalin treatment. Rigorous testing occurs at 3 stages: plasma pool, inactivated bulk, and final product. The vaccine is heat stable, but cannot be frozen. Storage for over 3 years has not been associated with loss of potency.

Reactions are generally mild and include sore arm (15%), fever (3%), headache (3%), fatigue (2%), nausea (2%), malaise (1%), myalgia (1%), and arthralgia (0,5%). Nodule formation, not palpable with intramuscular injection, has been reported in association with subcutaneous injection which is not advised.

Le docteur Larke, Professeur de pédiatrie à l'Université de l'Alberta, a comparé les résultats des enquêtes menées dans trois localités du Nord afin d'illustrer l'éventail de la prévalence, chez les groupes autochtones, des séro-marqueurs d'infections actives ou antérieures dues au VHB (de 8% à Fort MacKay à 61% à Fort Rae). Dans les deux localités de Fort MacKay et Arctic Bay, les résultats étaient liés à l'âge des sujets: la prévalence des marqueurs était beaucoup plus importante chez les plus de trente ans. Devant l'impossibilité de déterminer les causes de façon absolue, on a suggéré plusieurs possibilités en soulignant la nécessité de poursuivre les recherches.

Conséquences de l'infection due au VHB aux niveaux hépatique et extra-hépatique: le docteur S. Feinman, Chef de l'Unité d'hépatologie de l'hôpital Mont-Sinaï à Toronto, a signalé que, chez 28% des sujets étudiés porteurs d'antigène, la biopsie avait révélé des cas plus ou moins graves d'hépatite, bien que la plupart soient cliniquement sains. On ne peut généralement prédire l'issue d'une infection aiguë, même si l'on connaît certains facteurs de pronostic importants comme l'alcoolisme, par exemple. La définition de l'hépatite chronique est arbitraire: affection clinique d'une durée de plus de six mois; maladie chronique bénigne (bon pronostic) ou évolutive. La dernière peut s'accompagner ou non de cirrhose et, éventuellement, d'hépatome. Les autres manifestations comprennent la périartérite noueuse, la maladie sérique, la polyarthrite, la glomérulonéphrite et peut-être même le syndrome de Guillain-Barré, affections très peu répandues qui pourraient être liées à la formation de complexes immuns. Dans une étude faite récemment à Toronto, on a signalé vingt cas de CHP.

Le docteur Zuckerman a parlé des risques de CHP. Le lien de causalité avec l'infection due au VHB est illustré en partie par le rapport géographique avec les zones de prévalence élevée des marqueurs, mais on a noté des variations. On a aussi avancé l'hypothèse de l'influence de co-facteurs éventuels tels que les facteurs d'ordre génétique, hormonal, toxique, immunologique et environnemental. La cirrhose macronodulaire, le portage chronique du VHB, être du sexe masculin et contracter l'infection à un âge peu avancé dans une zone endémique, constituent des facteurs de risque. De plus, chez les sujets positifs à l'égard de HBsAg, le risque de CHP est très élevé. On a fait état de diverses constatations résultant d'expériences effectuées sur des animaux et on a évoqué un processus séquentiel entraînant la persistance, l'intégration, la transformation cellulaire, la croissance clonale en foyer et, enfin, le cancer primaire du foie.

Immunisation anti-hépatite B: le docteur C. Stevens, Chercheur adjoint à l'Institut de recherche Lindsley F. Kimball au New York Blood Center, a signalé des résultats d'essais visant à évaluer la séroconversion entraînée par l'immunisation passive-active; il s'est tout particulièrement attardé au cas des nouveau-nés. On considère que l'exposition d'un nouveau-né à une mère porteuse de HBeAg constitue un risque élevé d'infection chronique. Les résultats ne démontrent pas que l'HBIG entrave une réponse immune active et ne laissent entrevoir aucun avantage à retarder la vaccination. À l'heure actuelle, on procède à des études supplémentaires de divers schémas posologiques sur des nourrissons à hauts risques. D'après le docteur Stevens, il faudrait faire subir un test de dépistage aux parents asiatiques, si on veut leur offrir une immunisation passive-active.

Le docteur A. McLean, Directeur principal de l'Institut de recherche thérapeutique Merck a décrit la mise au point du vaccin anti-hépatite B. La production de ce vaccin (qui, en fait, est un produit du sang) comprend la digestion enzymatique à la pepsine, puis un traitement à l'urée et une inactivation à la formaline. On procède à des tests rigoureux à trois étapes de la production: le pool de plasma, l'ensemble inactivé et le produit final. Le vaccin résiste à la chaleur, mais ne peut être congelé. Conservé pendant plus de trois ans, il s'avère toujours aussi actif.

Les réactions au vaccin sont généralement minimes: bras endolori (15%), fièvre (3%), céphalée (3%), fatigue (2%), nausée (2%), malaise (1%), myalgie (1%) et arthralgie (0.5%). On a signalé un lien entre la formation de nodules - impalpables avec des injections intramusculaires - et les injections sous-cutanées qui de ce fait, sont à déconseiller.

NOTIFIABLE DISEASES SUMMARY SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

DISEASE - MALADIE	ICD9 — CIM9	CANADA			NFLD.-T.-N.			P.E.I.-Î.P.-É.			N.S.-N.-É.			N.B.			
		Current Période cour.	TOTAL CUMUL. 1982	TOTAL CUMUL. 1981	Current Période cour.	TOTAL CUMUL. 1982	TOTAL CUMUL. 1981	Current Période cour.	TOTAL CUMUL. 1982	TOTAL CUMUL. 1981	Current Période cour.	TOTAL CUMUL. 1982	TOTAL CUMUL. 1981	Current Période cour.	TOTAL CUMUL. 1982	TOTAL CUMUL. 1981	Current Période cour.
Anthrax - Charbon	022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botulism - Botulisme	005.1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chancroid - Chancre mou	099.0	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtheria - Diphtérie	032	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Food Poisoning - Toxi-infection alimentaire *1		128	405	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gonococcal Infections / Infections gonococciques: Ophthalmia Neonatorum / Ophtalmie du nouveau-né	098.4	1	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gonococcal Infections / Infections gonococciques: Others - Autres *2		2998	18550	20336	66	297	331	6	23	30	103	477	503	20	88	119	529
Total Gonococcal Infections / Toutes infections gonococciques *3	098	2999	18552	20339	66	297	331	6	23	30	103	477	503	20	88	119	529
Hepatitis A - Hépatite virale A	070.0 070.1	85	498	407	2	7	3	1	4	6	2	11	2	1	5	2	1
Hepatitis B - Hépatite virale B	070.2 070.3	112	453	373	-	3	-	-	-	-	6	20	4	-	6	10	23
Lassa Fever - Fièvre de Lassa	078.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leprosy - Lèpre	030	-	18	6	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Measles - Rougeole	055	104	499	1490	2	6	596	-	-	-	11	48	145	-	26	28	14
Meningitis Encephalitis Bacterial / Méningite Encéphalite Bactérienne: Haemophilus - à Haemophilus	320.0	33	91	101	1	2	4	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-
Meningitis Encephalitis Bacterial / Méningite Encéphalite Bactérienne: Pneumococcal - à Pneumocoques	320.1	5	24	23	1	2	2	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-
Meningitis Encephalitis Bacterial / Méningite Encéphalite Bactérienne: Others - Autres *4		9	74	35	-	1	4	-	-	-	2	5	1	-	-	-	2
Meningitis/Encephalitis Viral / Méningite/Encéphalite virale *5		8	66	53	-	-	-	-	-	-	1	3	1	-	-	2	2
Meningococcal Infections / Infections à méningocoques	036	10	54	93	-	1	7	-	-	-	-	1	5	-	3	5	1
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	3	10	18	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Pertussis - Coqueluche	033	83	820	902	-	7	17	9	169	62	4	37	26	-	11	17	4
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	535	1242	837	3	13	4	-	-	-	-	8	20	-	6	-	223
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis - Salmonellose *6	003	511	2397	2251	10	45	113	-	29	15	14	105	61	2	28	29	161
Shigellosis - Shigellose	004	106	679	742	-	-	1	-	2	-	-	3	6	-	-	-	11
Syphilis Early (Primary and Secondary) / Syphilis récente (Primaire et secondaire)	091	42	334	455	-	1	6	-	-	-	1	3	8	-	-	1	23
Syphilis (Other) - Syphilis (autre)	090, 092-097	28	591	732	-	1	1	-	-	-	1	6	6	-	-	2	15
Total Syphilis - Syphilis (toutes)	090-097	70	925	1187	-	2	7	-	-	-	2	9	14	-	-	3	38
Trichinosis - Trichinose	124	3	8	5	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primary Tuberculosis / Primo-infection tuberculeuse	010	7	39	39	1	7	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	4
T.B. - Bacteriologically Confirmed / T.B. - Confirmée par examen bactériologique: Respiratory / Respiratoire	011,012	68	355	394	3	15	9	-	2	5	3	13	14	8	19	20	30
T.B. - Bacteriologically Confirmed / T.B. - Confirmée par examen bactériologique: Non-Respiratory / Non respiratoire	013-018	19	81	98	2	3	1	-	-	-	1	1	3	1	1	2	8
T.B. - Not Bacteriologically Confirmed / T.B. - Non confirmée par examen bactériologique: Respiratory / Respiratoire	011,012	42	178	247	1	4	1	-	-	-	-	1	10	-	1	-	29
T.B. - Not Bacteriologically Confirmed / T.B. - Non confirmée par examen bactériologique: Non-Respiratory / Non respiratoire	013-018	7	42	53	-	-	3	-	-	-	2	3	5	-	2	2	-
Typhoid - Typhoïde	002.0	2	15	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Viral Haemorrhagic Fever (excluding Lassa Fever 078.8) / Fièvre hémorragique à virus (sauf de Lassa 078.8)	065,078	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1. (excluding Botulism 005.1; Salmonellosis 003 and Shigellosis 004) (including Staphylococcal 005.0; Clostridium perfringens 005.2; other Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; unspecified 005.9)

   (sauf Botulisme 005.1; Salmonellose 003 et Shigellose 004) (incluant Staphylocoques 005.0; Clostridium perfringens 005.2; autres Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; sans précision 005.9)

2. (all 098 categories excluding 098.4) - (toutes les rubriques de 098 sauf 098.4)

3. (all 098 categories including 098.4) - (toutes les rubriques 098, y compris 098.4)

4. (all other categories excluding Meningococcal 036 and Tuberculous 013.0) - (toutes les autres rubriques sauf à Méningocoques 036 et Tuberculeuse 013.0)

5. (all categories except Measles 055; Poliomyelitis 045; Rubella 056; Viral Haemorrhagic Fever 078; Yellow Fever 060) - (toutes les rubriques sauf Rougeole 055; Poliomyélite 045; Rubéole 056; Fièvre hémorragique à virus 078; et Fièvre jaune 060)

6. (excluding Typhoid 002.0; Paratyphoid 002.1-002.9) - (sauf Typhoïde 002.0; Paratyphoïde 002.1-002.9)

New cases reported for the 4-week period ending May 15, 1982/Nouveaux cas déclarés pour la période de 4 semaines se terminant le 15 mai 1982

QUÉBEC		ONTARIO			MANITOBA			SASKATCHEWAN			ALBERTA			B.C.-C.-B.			YUKON			N.W.T.-T.N.-O.		
TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.	
1982	1981		1982	1981		1982	1981		1982	1981		1982	1981		1982	1981		1982	1981		1982	1981
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
-	1	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	1	121	302	43	4	6	3	-	-	2	3	4	1	-	92	-	-	-	-	-	1	1
-	-	..	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	1	-
2021	1951	..	4614	6093	352	1788	1670	218	963	963	764	4187	4477	710	3286	3449	25	124	143	205	682	607
2021	1951	..	4614	6094	352	1788	1670	218	963	963	764	4187	4478	710	3286	3450	25	125	143	206	683	607
14	13	20	74	82	16	64	23	3	27	50	28	123	101	11	166	121	-	1	1	-	2	3
56	44	47	218	230	3	14	20	15	64	28	14	56	24	4	14	11	-	1	-	-	1	2
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	2	-	5	3	-	1	1	-	-	-	-	5	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
20	44	47	236	495	2	25	24	5	20	35	16	73	88	4	23	23	2	11	3	1	11	9
-	1	9	28	44	4	5	5	4	11	11	12	33	20	-	4	9	-	-	-	3	8	3
-	1	1	12	8	-	-	3	-	4	1	2	4	5	-	1	2	-	-	-	-	-	-
2	8	1	9	5	-	3	-	2	11	8	1	15	6	1	28	3	-	-	-	-	-	-
6	3	3	14	21	-	1	-	2	24	9	-	14	3	-	3	12	-	1	-	-	-	2
6	21	8	21	36	-	3	1	-	-	1	-	10	6	1	8	9	-	-	-	-	1	2
4	3	3	4	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-
22	45	51	409	563	-	1	1	-	-	24	2	14	24	13	150	123	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
353	99	155	296	319	39	100	12	4	20	33	104	407	314	7	39	23	-	-	2	-	-	11
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
518	487	192	1042	878	15	90	107	20	126	78	51	198	165	41	207	296	-	1	7	5	8	15
63	88	11	77	111	13	72	130	28	237	140	34	159	130	8	64	63	-	-	2	1	2	71
110	80	..	119	260	2	3	9	2	6	4	-	20	33	14	72	54	-	-	-	-	-	-
174	172	..	297	411	3	19	35	-	3	3	1	36	62	8	55	40	-	-	-	-	-	-
284	252	..	416	671	5	22	44	2	9	7	1	56	95	22	127	94	-	-	-	-	-	-
-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
8	3	-	4	11	1	8	7	-	5	1	-	1	7	1	5	4	-	-	-	-	1	-
63	73	1	95	114	4	28	29	1	18	18	-	7	30	14	80	73	-	1	2	4	14	7
17	13	3	36	50	3	7	9	1	4	4	-	3	9	-	8	7	-	-	-	-	1	-
68	81	1	47	104	1	13	10	-	6	7	-	1	5	10	36	28	-	-	-	-	1	1
4	4	-	13	13	-	4	5	1	5	2	-	2	3	4	9	16	-	-	-	-	-	-
6	10	-	5	12	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	3	1	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Data for this table were retrieved from CANSIM, Statistics Canada's machine-readable data base.

Les données pour le présent tableau ont été obtenues de CANSIM, la base de données ordinolingues de Statistique Canada.

NOTE - NOTA

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

.. Not available — .. Non disponible
- No cases reported — - Aucun cas déclaré

The vaccine has been assessed at various doses in a number of prescreened susceptible groups of newborns, infants, children and adults including health care workers, male homosexuals, dialysis and cancer patients, hemophiliacs and thalassemics. Maximum immune response is obtained from a 3-dose schedule at 0, 1 and 6 months. Antibody persistence has been followed for over 3 years among seroconverters, 88% maintaining a detectable titre. Of the remainder, revaccination results in rapid serological response. The importance of the 3rd dose, from the standpoint of persistence, was stressed. Most high-risk groups respond well to vaccination, but dialysis and immunocompromised patients experience only about 65% seroconversion despite double the normal dosage. The immune response appears to be age dependent - the younger the vaccinee the better the response.

The safety of hepatitis B vaccine was discussed by Dr. D. Gocke, Professor of Medicine, Rutgers Medical School, who acknowledged a number of theoretical possibilities including the potential for autoimmune response, low frequency side effects such as occurred in the case of Guillain-Barré syndrome and swine influenza vaccine, and the unlikely possibility of an outcome analogous to atypical measles syndrome which occurred in recipients of killed measles vaccine. These possibilities have been seriously considered and there is no evidence to date that they are likely to occur with hepatitis B vaccine.

Dr. Stevens then gave a detailed report of a double-blind, placebo-controlled, randomized trial of hepatitis B vaccine in homosexuals. Evaluation indicated that the vaccine is safe, effective in reducing the incidence of antigenemia and clinical disease, and appears to confer persistent immunity. Dr. D. Francis, Assistant Director, Hepatitis and Viral Enteritis Division, CDC, presented results of trials conducted there to further confirm earlier findings in homosexuals. A somewhat lower seroconversion rate (85%) was obtained but this was attributed to the inadvertent freezing of some of the vaccine, which reduces its potency. The importance of temperature controls in transportation and storage was thereby emphasized. A demonstration project to assess vaccine acceptance and effect on incidence of hepatitis B in a major city is now being planned.

Dr. W. Heyward, CDC, described a demonstration project carried out in Alaska in a native population characterized by a high incidence of infection and associated complications. Objectives included the assessment of administrative factors, economics and logistics, side effects and long-term frequency complications, immunogenicity and vaccine durability under field conditions. Preventing the vaccine from freezing was apparently resolved by using insulated boxes and temperature indicators.

An uncontrolled trial of hepatitis B vaccine in Canadian dental students, presented by Dr. Larke, was carried out by the CRC Collaborative Group on Hepatitis Vaccine among 251 students at the University of Alberta, University of Saskatchewan, and the University of Toronto. Ninety-three percent (93%) compliance was achieved with a 3-dose schedule (20 µg per dose). Serological assessment by the CRC laboratories indicated a 99.6% seroconversion rate and a low incidence of side effects, further confirming the results of U.S. trials.

Strategies for Application of Hepatitis B Vaccine: Dr. J. Maynard, Director, Hepatitis and Viral Enteritis Division, CDC, noted that the global pattern of hepatitis B could be classified into 3 levels of endemicity (low, intermediate, and high), based on the prevalence of hepatitis B markers and related epidemiology. Strategies for vaccine

On a évalué le vaccin en administrant diverses doses à plusieurs groupes de sujets sensibles après leur avoir fait subir un test de dépistage. Il s'agissait de nouveau-nés, de nourrissons, d'enfants et d'adultes, notamment du personnel sanitaire, des homosexuels, des dialysés et des cancéreux, des hémophiles et des thalassémiques. C'est en répartissant l'administration du vaccin en trois injections (à 0, à 1 et à 6 mois) qu'on obtient la réponse immune maxima. On a observé la persistance de l'anticorps pendant plus de trois ans chez les sujets séroconvertis: 88% avaient conservé un titre décelable. Chez les autres, une nouvelle administration du vaccin provoque une réponse sérologique rapide. On a souligné l'importance de la troisième dose du point de vue de la persistance. La plupart des groupes à risques élevés réagit bien au vaccin; cependant, chez les patients dialysés et ceux dont l'immunité est compromise, la séroconversion n'atteint que 65%, même si on leur administre une double dose. La réponse immune semble dépendre de l'âge du sujet: plus ce dernier est jeune, meilleure est la réponse.

Le docteur D. Gocke, Professeur de médecine au Rutgers Medical School, a parlé de la sécurité du vaccin anti-hépatite B. Il a envisagé ce qui, théoriquement, pourrait se produire; notamment une réponse auto-immune et, à l'occasion, des effets secondaires comme ceux qui furent observés dans le cas du syndrome Guillain-Barré associé au vaccin contre la grippe porcine, ainsi que la faible possibilité d'une manifestation analogue au syndrome atypique de la rougeole qui s'est déclaré chez des sujets à qui l'on avait administré un vaccin inactivé contre la rougeole. Toutes ces possibilités ont été étudiées avec beaucoup d'attention et, jusqu'à maintenant, rien n'indique qu'elles soient à craindre en ce qui concerne le vaccin anti-hépatite B.

Le docteur Stevens a ensuite fait un rapport détaillé d'un essai randomisé à double inconnue du vaccin anti-hépatite B sur des homosexuels; on avait administré du placebo au groupe témoin. L'évaluation a indiqué que le vaccin est sans danger et efficace à réduire les risques de maladies associées aux antigènes et d'affections cliniques. Il semble aussi procurer une immunité persistante. Le docteur D. Francis, Directeur adjoint de la Division de l'hépatite et de l'entérite virale des CDC a présenté les résultats des essais faits par les CDC pour confirmer les résultats de tests antérieurs sur les homosexuels. Le taux de séroconversion obtenu était légèrement plus faible (85%), mais cela dépendait du fait que certains vaccins avaient été malencontreusement gelés, ce qui diminue leur activité. On a donc souligné l'importance des contrôles de température pendant le transport et l'entreposage. À l'heure actuelle, on prépare un projet de démonstration afin d'évaluer l'acceptation du vaccin et ses conséquences sur les cas d'hépatite B dans une grande ville.

Le docteur W. Heyward, des CDC, a décrit une démonstration faite en Alaska sur des autochtones chez qui l'infection et les complications qu'elle entraîne sont très fréquentes. Les objectifs comprenaient l'évaluation des facteurs administratifs, des aspects économiques et logistiques, des effets secondaires et de la fréquence des complications à long terme, de l'immunogénicité et de la durabilité du vaccin dans cette région. On semble avoir résolu le problème du risque de gel des vaccins en utilisant des boîtes isolées et des indicateurs de température.

Le docteur Larke a présenté les résultats d'un essai non contrôlé du vaccin sur des étudiants canadiens en art dentaire. Cet essai, effectué par le Groupe d'étude de la CRC sur le vaccin anti-hépatite, portait sur 251 étudiants de l'Université de l'Alberta, de l'Université de la Saskatchewan et de l'Université de Toronto. On a administré le vaccin en trois injections de 20 µg à 93% des sujets. L'évaluation sérologique des laboratoires de la CRC a démontré un taux de séroconversion de 99,6% et une faible incidence d'effets secondaires, ce qui vient confirmer les résultats obtenus aux États-Unis.

Stratégies pour l'application d'un programme d'immunisation contre l'hépatite à virus B: le docteur J. Maynard, directeur de la Division de l'hépatite et de l'entérite virale, aux CDC, a signalé que le tableau d'ensemble de l'hépatite à virus B peut être divisé en trois catégories d'endémicité (faible, intermédiaire et élevée), selon la prévalence des marqueurs de l'hépatite à virus B et de

utilization must be specific to the area. He described the impact of infection in low endemicity areas (HBsAg 0.1-0.5%; anti-HBs 4-6%) confined mainly to North America, Western Europe and Australia, where childhood infections are uncommon.

To illustrate the impact of this disease, Dr. Maynard described the outcome of 200 000 hypothetical infections of which 52 000 (26%) would be icteric, 10 400 (5.2%) would be hospitalized, 135-256 would develop fulminating hepatitis resulting in death, and there would be 12 000-20 000 (6-10%) carriers, of whom 3908 (1.95%) would die from cirrhosis while 867 (0.43%) would die from HPC.

Hepatitis B vaccine prophylaxis can be addressed realistically in low endemicity areas. Two situations arise: pre-exposure and post-exposure. The former applies to high-risk groups while the latter requires further study. Three levels of program application can be foreseen: (1) easily accessible high-risk groups, (2) poorly accessible high-risk groups, and (3) universal. Because of vaccine supply limitations, only high-risk groups can be realistically approached in the foreseeable future, although universal immunization may be a possible future strategy. U.S. estimates place the number of high-risk persons at approximately 5.8 million, with an annual increase of 330 000.

Dr. Maynard strongly favoured vaccinating health care workers, especially those with significant blood and needle contact. Health care workers can be classified, by the degree of blood exposure, into high, medium and low-risk categories. In the case of other high-risk groups, such as drug addicts and male homosexuals, the formation of "user panels" was suggested as a way of involving people from these groups in the decision-making process.

Dr. A. Clayton, Director General, LCDC, reviewed the respective roles of the federal and provincial governments in health services delivery and described the activities of the Hepatitis B National Reference Centre. Hepatitis B vaccine is not yet licensed in Canada, but this is expected later in the year. Data on morbidity and mortality from hepatitis B are subject to major problems of sensitivity and specificity. Infections are grossly underreported, and mortality is underestimated because other diagnostic categories are used on death certificates. For example, hepatitis B infection may be responsible for up to 15% of cirrhosis deaths. Taking related deaths into account, and a further estimated 100 from HPC, Dr. Clayton speculated that there may have been 535 fatalities due to hepatitis B infection in 1978. Based on estimated morbidity, mortality, hospitalization cost, and productivity loss, the economic impact may be in the order of $31.75 million per annum. He estimated that up to 250 000 Canadians could be vaccinated for the same cost (at $140 per 3-dose series). Target groups would be similar to those in the U.S. The initial shortfall in vaccine availability (60 000 series in the first year) may help in developing a program that is based on an accurate assessment of risk. There is a need for both the National Advisory Committee on Immunization (NACI) and the Advisory Committee on Epidemiology (ACE) to review the scientific evidence and policy implications of hepatitis B vaccine.

l'épidémiologie de la maladie. Les éventuelles stratégies de vaccination devront être conçues en fonction des régions où on compte les utiliser. Le docteur Maynard a décrit les répercussions de cette maladie dans des régions où l'endémicité est faible (HBsAg de 0,1 à 0,5%; taux d'anti-HBs de 4 à 6%), c'est-à-dire principalement l'Amérique du Nord, l'Europe occidentale et l'Australie, régions où il est également rare de voir des enfants atteints de la maladie.

Pour illustrer les répercussions de la maladie, le docteur Maynard a décrit l'issue de 200 000 cas hypothétiques: 52 000 (26%) souffriraient d'ictère, 10 400 (5,2%) devraient être hospitalisés et chez de 135 à 256 cas se développerait une hépatite foudroyante entraînant la mort; d'autre part, on trouverait dans cette population de 12 000 à 20 000 porteurs de la maladie (de 6 à 10%), parmi lesquels 3908 (1,95%) mourraient des suites d'une cirrhose et 867 (0,43%) à la suite d'un carcinome hépatocellulaire.

Il est possible d'exercer une prophylaxie valable contre l'hépatite à virus B, au moyen de la vaccination, dans les régions où l'endémicité est faible. Il faut alors tenir compte de deux possibilités: la vaccination avant ou après l'exposition à la maladie, le premier cas ne concernant que les groupes de population à risques élevés alors que le second demande une étude plus poussée. On peut prévoir trois niveaux d'application dans un tel programme: la vaccination des groupes de population à risques élevés facilement accessibles, celle des groupes de population à risques élevés peu accessibles et enfin, la vaccination universelle. En raison des difficultés d'approvisionnement en vaccins, on ne peut entrevoir avec réalisme la vaccination des groupes à risques élevés, pour les prochaines années, bien qu'il demeure toujours possible, dans le futur, d'envisager un programme de vaccination universelle. Aux États-Unis, on évalue à environ 5,8 millions le nombre de personnes présentant un risque élevé; ce nombre s'accroît annuellement de 330 000.

Le docteur Maynard s'est prononcé fortement en faveur de la vaccination des travailleurs du domaine de la santé, et tout spécialement de ceux qui viennent souvent en contact avec du sang et des aiguilles. Ces travailleurs peuvent également être classés en trois catégories, selon l'exposition sanguine: à risque élevé, moyen ou faible. Dans le cas des autres groupes à risques élevés, comme les homosexuels et les toxicomanes, on a proposé l'établissement de "groupes de discussion" comme moyen d'impliquer les utilisateurs éventuels au processus de décision les concernant.

Le docteur A. Clayton, Directeur général du Laboratoire de lutte contre la maladie, a brossé un tableau des rôles respectifs des gouvernements fédéral et provinciaux en ce qui a trait à la prestation de services de santé et a par la suite décrit les activités du Centre national de référence pour l'hépatite à virus B. L'utilisation du vaccin anti-hépatite B n'est pas encore autorisée au Canada, mais on s'attend que cette autorisation soit accordée plus tard cette année. Les données sur la morbidité et la mortalité dues à l'hépatite à virus B peuvent présenter d'importants problèmes de sensibilité et de spécificité. Bon nombre de cas ne sont pas signalés et la mortalité due à cette maladie est sous-estimée en raison de l'utilisation d'autres catégories de diagnostic sur les certificats de décès. Par exemple, l'hépatite à virus B peut être responsable de jusqu'à 15% des décès attribués à une cirrhose. Selon le docteur Clayton, si l'on tient compte des décès de causes connexes et d'un nombre estimatif de 100 autres décès attribuables à un carcinome hépatocellulaire, on peut attribuer 535 décès à l'hépatite à virus B pour l'année 1978. Les répercussions économiques de cette maladie peuvent s'élever à 31,75 millions de dollars par année, si l'on prend en considération les prévisions des taux de morbidité et de mortalité, les coûts d'hospitalisation et les pertes de productivité. Le docteur Clayton pense qu'il serait possible de vacciner jusqu'à 250 000 Canadiens pour ce montant (il en coûte 140 $ pour une série de trois doses). Les groupes-cibles visés seraient les mêmes qu'aux États-Unis. La pénurie initiale de vaccins (limite de 60 000 séries d'injections pour la première année) pourrait aider à faire naître un programme basé sur une évaluation précise des populations à risques élevés. Il serait bon que le Comité consultatif national de l'immunisation et le Comité consultatif sur l'épidémiologie se penchent sur les témoignages scientifiques à l'appui du vaccin anti-hépatite B et sur les répercussions qu'impliquerait l'établissement d'une ligne de conduite à cet effet.

According to Dr. J. Waters, Director of Communicable Disease Control and Epidemiology for Alberta, each province has its own advisory process and takes into account recommendations by NACI and ACE. No province has yet determined its policy regarding the use of hepatitis B vaccine. There are 4 reasons for provincial involvement in these decisions: (1) the impact of the disease, (2) the benefits and costs of a program, (3) the allocation of limited supplies, and (4) the public and professional concerns surrounding hepatitis B.

Hepatitis B vaccination in the short term would produce only a small relative reduction in disease impact because so much occurs outside the high-risk groups. Such a program also may not be cost-effective in the short term, because of the delay between implementation and actual disease reduction. Nonetheless, provincial health departments may become involved because of limited supplies and the need for these to be used for persons truly at high risk. Cost is a significant issue, especially in the face of economic recession, and will have to be addressed in budget submissions.

Dr. Waters presented estimates of high-risk groups in Canada, totalling close to 750 000 people of whom high-risk health care workers accounted for 242 000 and male homosexuals 231 000. He supported Dr. Derrick's idea of an "entrance" concept and the need for review by NACI and ACE as the next logical steps.

By the end of the symposium, all areas relevant to the planning and evaluation of immunization programs had been discussed. The focus has now shifted from one of science and technology, to one of priorities and logistics. The greatest need at present is to identify the high-risk groups and to assess the feasibility of alternative program strategies.

This summation was presented by Dr. F. White, Professor and Head, Department of Preventive Medicine, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, at the end of the symposium and is reproduced here courtesy of Dr. White, CACMID and Merck Sharp and Dohme.

Selon le docteur J. Waters, Directeur du service de lutte contre les maladies transmissibles et de l'épidémiologie, en Alberta, chaque province possède ses propres mécanismes de consultation et prend en considération les recommandations avancées par les deux comités consultatifs susmentionnés. Aucune province n'a encore déterminé de ligne de conduite précise quant à l'utilisation du vaccin anti-hépatite B. Quatre raisons sous-tendent l'engagement des provinces dans de telles décisions: les répercussions de la maladie; le coût d'un tel programme et les avantages qui peuvent en être tirés; la distribution de quantités limitées de vaccin et les préoccupations exprimées par le public et les spécialistes quant à l'hépatite à virus B.

La vaccination contre l'hépatite à virus B n'entraînerait, à court terme, qu'une faible diminution des répercussions globales de la maladie à cause du nombre élevé de cas qui ne proviennent pas des groupes à risque élevé. Un programme de ce genre pourrait aussi s'avérer non rentable à court terme à cause des délais qui s'écouleront entre l'implantation du programme et une diminution réelle de l'incidence de la maladie. Il se peut tout de même que les ministères provinciaux de la santé s'intéressent à un tel programme en raison du nombre limité de vaccins et de la nécessité de les utiliser pour immuniser les personnes qui présentent réellement un risque élevé. Le coût d'un tel programme est un critère important, tout particulièrement dans le contexte actuel de récession économique; ce facteur devra être examiné dans le cadre des présentations budgétaires.

Le docteur Waters a évalué la population à risque élevé au Canada à près de 750 000 personnes, parmi lesquelles les travailleurs du domaine de la santé classés dans la catégorie "à risque élevé" comptent pour 242 000 et les homosexuels, pour 231 000. Le docteur Waters a appuyé la notion d' "entrée", telle qu'avancée par le docteur Derrick, et convient de la nécessité de faire effectuer des études par les deux comités consultatifs comme prochaine étape du projet.

À la fin de la conférence, tous les aspects relatifs à la planification et à l'évaluation des programmes d'immunisation avaient été examinés. L'intérêt, en ce domaine, s'est déplacé du secteur scientifique et technologique vers celui des priorités et de la logistique. Actuellement, le besoin le plus pressant est d'identifier les groupes à risques élevés et d'évaluer la possibilité de mener d'autres stratégies de programmes.

Le présent résumé a été présenté, à la fin de la conférence, par le docteur F. White, Professeur et Chef du département de médecine préventive de l'Université Dalhousie, à Halifax, en Nouvelle-Écosse; la reproduction de cet article en ces pages est une gracieuseté du docteur White, de l'Association canadienne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses, et de Merck Sharp and Dohme.

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