



Canada Communicable Disease Report

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date of publication: 17 January 1992

Vol. 18-1

Date de publication: 17 janvier 1992

Contained in this issue:

Editorial Comment	1
Update on AIDS - Worldwide	1
Worldwide Influenza Activity	4
Notifiable Diseases Summary	5
Announcement	7
Influenza Activity in Canada	8

Contenu du présent numéro:

Commentaire de la rédaction	1
Mise à jour sur le sida - mondial	1
Activité grippale dans le monde	4
Sommaire des maladies à déclaration obligatoire	5
Annonce	7
Activité grippale au Canada	8

Editorial Comment

You are now reading the first issue of the "Canada Communicable Disease Report" (CCDR), formerly entitled "Canada Diseases Weekly Report".

The CCDR will continue to specialize in disease surveillance, outbreak investigations, tropical health and quarantine information, childhood immunization, infection control, sexually transmitted diseases, and other disease control activities.

Each of the 26 issues will average 8 pages in length and will be distributed on a bi-monthly basis.

Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the public health field. Submissions should not exceed 3,200 words, although there is no minimum length. Authors are encouraged to provide a diskette in Word Perfect or ASCII together with a hard copy of their submission to expedite the production process. Any graphics included in the article can also be submitted in Harvard Graphics or as metafiles (CGM) with a hard copy.

We look forward to your continued support and participation with the **CCDR**.

UPDATE ON AIDS - WORLDWIDE

World AIDS Day was commemorated for the fourth consecutive year on 1 December 1991, at a time when awareness of the pandemic of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) as a major global threat to the health, development and stability of innumerable communities around the world was greater than ever. As the AIDS pandemic enters its second decade, its dimensions have become clearer, even though precise estimates and long-term projections of its ultimate course cannot be made with absolute assurance. The pandemic is still in its early stages, especially in Asia, and during the 1990s there will be a huge increase in AIDS cases and deaths throughout the world as the millions of people already infected fall ill.

The quest for effective treatment and vaccines is very intensive, but as of late 1991, there was no cure for HIV infection, and the

Commentaire de la rédaction

Voici le premier numéro du «*Relevé des maladies transmissibles au Canada* (RMTC)», publication qui remplace désormais le «*Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*».

Comme le Rapport, le RMTC se spécialisera dans la surveillance des maladies, les investigations épidémiologiques, l'information sur la santé tropicale et les maladies quarantaines, la vaccination des enfants, la lutte anti-infectieuse, les maladies transmises sexuellement et d'autres activités épidémiologiques.

Chaque année, nous publierons 26 numéros de 8 pages en moyenne chacun, au rythme de 2 par mois.

Si vous travaillez dans le domaine de la santé publique, n'hésitez pas à nous présenter des articles (dans la langue officielle de votre choix). Nous vous demandons de vous limiter à 3 200 mots, mais n'imposons aucun minimum. Nous vous saurions gré de nous fournir une disquette Word Perfect ou ASCII, ainsi qu'un imprimé de votre article, ce qui accélérera la production. En outre, si votre article contient des graphiques, ces derniers peuvent être présentés en Harvard Graphics ou sous forme de métachiers (CGM) avec imprimé.

Nous espérons que vous continuerez à nous appuyer et à collaborer au **RMTC**.

MISE À JOUR SUR LE SIDA - MONDIAL

La Journée mondiale sida a été commémorée pour la quatrième année consécutive le 1^{er} décembre 1991, alors que s'intensifiait la prise de conscience des graves menaces que faisait peser la pandémie de sida (syndrome d'immunodéficience acquise) sur la santé, le développement et la stabilité d'innombrables communautés à travers le monde. Cette pandémie entre maintenant dans sa deuxième décennie et les dimensions en sont devenues plus claires, même si l'on ne peut pas faire d'estimations précises ou de projections à long terme qui permettraient de savoir avec une absolue certitude comment elle évoluera dans le temps. La pandémie n'en est encore qu'à ses débuts, en particulier en Asie, et on enregistrera au cours des années 90 une augmentation considérable des cas de sida et des décès liés à cette maladie à travers le monde, au fur et à mesure que les personnes déjà infectées tomberont malades.

La quête d'un médicament ou d'un vaccin efficace se poursuit très activement, mais à la fin de l'année 1991, il n'existe toujours pas de moyen

prospects during this decade for developing and making available an effective vaccine to prevent HIV infection, or to prevent progression to AIDS in those already infected, are at best modest.

Current status of pandemic

In the Americas, there have been an estimated 2 million HIV infections thus far - 1 million in North America and 1 million in Latin America. Western Europe has had about 0.5 million infections. The highest prevalence is in sub-Saharan Africa, where about 6 million adults have been infected. In South and South-East Asia (primarily India and Thailand), there have been well over 1 million infections. Most other areas are believed to have relatively low levels of infection.

In the developing country areas in Africa, Asia and Latin America, the estimated male to female ratio among infected adults is close to 1, or rapidly approaching 1, indicating the predominance of heterosexual transmission. A higher male to female ratio continues to exist in North America and Western Europe, though the ratio is slowly approaching 1 as heterosexual transmission increases in these regions. Worldwide, 75% of all HIV infections in adults thus far have been due to heterosexual transmission, and this will increase to over 90% by the year 2000.

WHO estimates that worldwide a total of 5-6 million men and 3-4 million women have been infected with HIV. Of these 8-10 million infected adults, over 1 million have progressed to AIDS, and a similar number have developed less severe illness related to their infection. HIV-infected mothers have thus far borne almost 1 million infected children, over half of whom have developed AIDS or have died, as well as another almost 2 million uninfected children, who are already or potentially AIDS orphans. Most of these children are in sub-Saharan Africa.

Projections

In North America and in Europe, the annual incidence of HIV infections peaked during the first half of the 1980s with the explosive spread of HIV among homosexual men and infecting drug users. Overall incidence has since decreased sharply, presumably due in part to the reduction of risk behaviours in these population groups. Since the mid-1980s, the incidence of heterosexually acquired HIV infection has been increasing rapidly, but the absolute numbers of such infections are still relatively low compared with the estimated incidence during the early 1980s. It is difficult to project with any confidence whether overall incidence of HIV infections in the United States of America and other developed countries will continue to decrease slowly, or whether this decreasing trend will be reversed by the steadily increasing numbers of heterosexually transmitted infections some time during the 1990s. In the absence of data to indicate otherwise, WHO predicts that the developed countries will have a relatively low annual incidence during the 1990s.

In sub-Saharan Africa, where extensive spread of HIV started during the late 1970s and early 1980s, the annual incidence of HIV infections has continued to increase throughout the 1980s and into the 1990s. An optimistic projection is that incidence will peak in this region in the mid-1990s. In Latin America, where the pandemic also started in the late 1970s, but where annual incidence has been much lower, WHO is making a similar prediction though with less certainty, since only a few countries in this region have yet established adequate surveillance systems. The course of the pandemic in Latin America will probably depend greatly on the

de guérir l'infection à VIH, et l'espoir de mettre au point et de distribuer au cours de cette décennie un vaccin capable de prévenir l'infection, ou d'enrayer la progression du sida chez ceux qui sont déjà contaminés est, au mieux, tenué.

État actuel de la pandémie

Dans les Amériques, on estime qu'il y a eu jusqu'ici 2 millions de personnes infectées par le VIH - 1 million en Amérique du Nord et 1 million en Amérique latine. En Europe occidentale, environ un demi-million de personnes ont été contaminées. La prévalence la plus forte est relevée en Afrique subsaharienne, avec environ 6 millions d'adultes infectés. En Asie du Sud et du Sud-Est (essentiellement en Inde et en Thaïlande), il y a eu plus d'un million de personnes infectées. Dans la plupart des autres régions, on estime que les taux de contamination sont relativement faibles.

Dans les zones de pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, le rapport de masculinité parmi les adultes infectés est proche de 1 ou tend à se rapprocher rapidement de 1, ce qui correspond à une prédominance de la transmission hétérosexuelle. En Amérique du Nord et en Europe occidentale, il y a encore davantage d'hommes que de femmes infectés, bien que les chiffres tendent à s'équilibrer progressivement à mesure que la transmission hétérosexuelle augmente dans ces régions. À l'échelle mondiale, on considère que 75 % de l'ensemble des infections à VIH chez les adultes recensées jusqu'ici sont imputables à une transmission hétérosexuelle et que ce chiffre pourrait dépasser les 90 % d'ici l'an 2000.

D'après les estimations de l'OMS, un total de 5-6 millions d'hommes et 3-4 millions de femmes dans le monde sont contaminés par le VIH. Sur ces 8-10 millions d'adultes infectés, plus d'un million ont développé un sida, tandis qu'un nombre égal est atteint d'une maladie moins grave liée à cette infection. Les mères contaminées par le VIH ont donné naissance jusqu'ici à près d'un million d'enfants infectés, dont la moitié sont atteints du sida ou en sont morts, et à 2 millions d'enfants non infectés, qui sont déjà ou risquent de devenir des orphelins du sida. La plupart de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne.

Projections

En Amérique du Nord et en Europe, le nombre annuel de cas d'infection à VIH a atteint son maximum au cours de la première moitié des années 80 avec la transmission fulgurante du VIH parmi les homosexuels et les toxicomanes s'injectant de la drogue. Depuis, l'incidence globale a fortement diminué, en partie sans doute à cause de la régression des comportements à risque dans ces groupes de population. Depuis le milieu des années 80, l'incidence des infections à VIH transmises par voie hétérosexuelle a augmenté rapidement, mais le nombre absolu des personnes contaminées de cette manière reste relativement faible si l'on compare l'incidence estimée avec celle enregistrée au début des années 80. Il est difficile de prévoir avec une certitude quelconque si l'incidence globale des infections à VIH aux États-Unis et dans d'autres pays développés va continuer à décroître lentement, ou si cette tendance décroissante sera inversée par l'augmentation régulière du nombre de cas d'infection à transmission hétérosexuelle au cours des années 90. En l'absence de données tendant à démontrer le contraire, l'OMS estime que les pays développés auront une incidence annuelle relativement faible au cours des années 90.

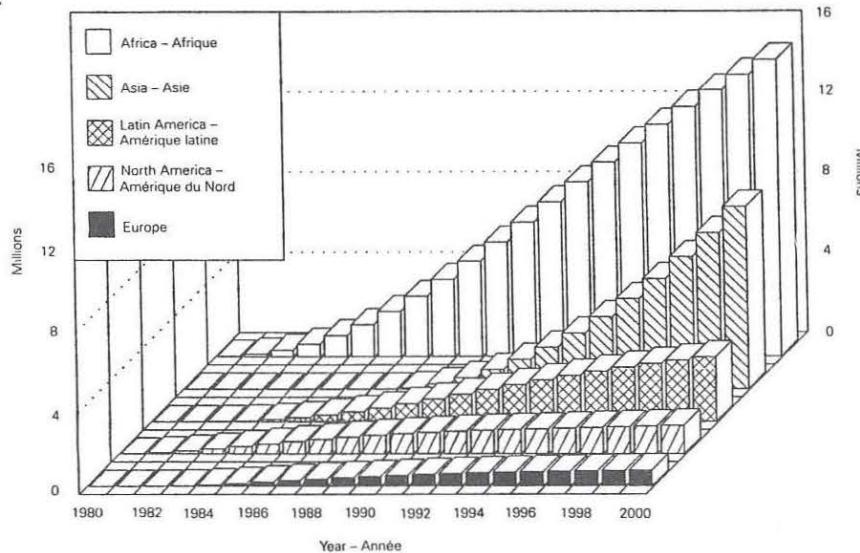
En Afrique subsaharienne, où le VIH a commencé à se répandre largement vers la fin des années 70 et le début des années 80, le nombre annuel de cas d'infection à VIH n'a cessé d'augmenter tout au long des années 80 et depuis 1990. Selon des prévisions optimistes, l'incidence annuelle devrait atteindre son maximum dans cette région au milieu des années 90. En Amérique latine, où la pandémie a aussi débuté à la fin des années 70 mais où l'incidence annuelle a été beaucoup plus faible, l'OMS prévoit une évolution analogue, avec toutefois moins de certitude car il n'y a encore que quelques pays dans cette région qui se sont dotés de systèmes de surveillance adéquats. En fait, l'évolution de la pandémie en Amérique

speed and extent of spread of HIV infection in Brazil, where the potential for a severe epidemic exists.

In Asia, HIV transmission began in only a few countries during the late 1980s, but infection has spread rapidly since then. WHO projects that annual incidence in Asia will continue to rise until early in the next century. As a result, the annual incidence of HIV infections in Asia is expected to *exceed* annual incidence in Africa some time during the mid- to late 1990s.

Figure 1 shows estimates and projections of cumulative HIV infections by region. Worldwide, WHO's current conservative projection is that by the year 2000 a total of 30-40 million men, women and children will have been infected with HIV since the start of the pandemic. This will represent a tripling or quadrupling of the present total in 8 years' time.

Figure 1
Estimated/projected
cumulative adult HIV
infections, 1980-2000



Because of the long interval between HIV infection and AIDS (on average 10 years), the projected incidence of adult AIDS cases will mirror the incidence of infections with an approximate 10-year lag. Thus, annual AIDS cases in North America and Europe are expected to peak around the mid-1990s, whereas in developing countries, especially in Asia, the annual incidence of AIDS cases will continue to increase into the next century. On the basis of these conservative estimates, by the end of the 1990s over a million adult AIDS cases and deaths can be expected per year, with the majority of these in the developing countries - about 500,000 in Africa and about 250,000 in Asia.

Demographic consequences

The demographic consequences of the pandemic are already visible in sub-Saharan Africa. In East and Central Africa, where one-third of sexually active adults are infected in many urban areas, child mortality rates, which had been substantially reduced during the past decade by successful immunization and other child survival programs, are reverting to their 1980 levels because of pediatric AIDS deaths. In such populations a 3-fold increase in

latine dépendra probablement en grande partie de la vitesse et de l'ampleur de la propagation de l'infection à VIH au Brésil, où le risque épidémique est particulièrement grave.

En Asie, le VIH a commencé à se transmettre dans quelques pays seulement, à la fin des années 80, mais l'infection s'est rapidement propagée depuis. L'OMS prévoit une augmentation continue de l'incidence annuelle en Asie jusqu'au début du siècle prochain. Il en résultera que vers le milieu ou la fin des années 90, l'incidence annuelle des infections à VIH en Asie devrait *dépasser* l'incidence annuelle en Afrique.

La Figure 1 montre les estimations et projections des infections à VIH cumulées, par région. Selon les dernières projections - prudentes - de l'OMS, d'ici l'an 2000, un total de 30 à 40 millions d'hommes, de femmes et d'enfants dans le monde auront été infecté par le VIH depuis le début de la pandémie, ce qui représente un triplement, voire un quadruplement des chiffres actuels en l'espace de 8 ans.

Figure 1
Estimation/projection du
nombre de cas cumulés
d'infection à VIH parmi les
adultes, 1980-2000

Du fait qu'il s'écoule un long délai entre la contamination par le VIH et l'apparition du sida (en moyenne 10 ans), le nombre annuel projeté de cas de sida chez les adultes va refléter le nombre annuel de cas d'infection à VIH avec un retard d'une dizaine d'années environ. Ainsi, on pense que le nombre des nouveaux cas annuels de sida en Amérique du Nord et en Europe atteindra son maximum vers le milieu des années 90, tandis que dans les pays en développement, notamment en Asie, il continuera à augmenter jusqu'au siècle prochain. Sur la base de ces estimations modérées, on peut s'attendre à ce que d'ici à la fin des années 90 le nombre des cas de sida et de décès dus au sida chez les adultes dépasse 1 million par an, la majorité de ces cas se produisant dans des pays en développement - environ 500 000 en Afrique et 250 000 en Asie.

Conséquences démographiques

Les conséquences démographiques de la pandémie sont déjà visibles en Afrique subsaharienne. En Afrique orientale et centrale, où, dans de nombreuses zones urbaines, un tiers des adultes sexuellement actifs sont infectés, les taux de mortalité infantile, qui avaient sensiblement baissé au cours de la dernière décennie grâce au succès des programmes de vaccination et d'autres programmes tendant à améliorer la survie des enfants, retournent maintenant à leurs niveaux de 1980 par suite des décès

mortality in adults has also been observed over a 5-year period.

Demographic projections beyond the year 2000 are difficult and need to be interpreted with caution. However, WHO has used a demographic model prepared by the World Bank to make projections for the year 2010 for a hypothetical sub-Saharan African country with a current high prevalence of HIV infection. These indicate that the crude death rate, which in the absence of AIDS was projected to decrease by over 40%, and the child and infant mortality rates, which were projected to decrease by 35-40%, will remain the same or increase slightly because of AIDS. Similarly, life expectancy at birth will decrease slightly instead of increasing from 50 to 60 years. The AIDS pandemic will have considerably less effect on total population growth, as it will slow the rate of natural increase only from 3% to slightly under 2.5% a year. If WHO's projections for HIV infections in the 1990s are borne out by events, a similar demographic scenario will be seen in Asia in the first and particularly the second decade of the next century.

The public health challenge

Judging from the experience of the past decade, AIDS control programs during the 1990s will need to confront not only the traditional logistical, technical and resource challenges facing other infectious disease control programs, but an additional major challenge.

AIDS is essentially a sexually transmitted disease (STD), which like some other STDs can also be transmitted through blood and perinatally. Its control, therefore, poses the challenge of informing, educating and supporting sexually active people to protect themselves from HIV infection - either by remaining in mutually faithful relationships with other uninfected people, or by practising "safer sex", that is, sex not involving oral, vaginal or anal intercourse, or sexual intercourse that is consistently and properly "protected" with a condom. No matter how culturally or politically difficult it may be to carry out such education and provide the necessary supporting services, such as condom supply and efficient treatment of other STDs (which if untreated facilitate the transmission of HIV), it cannot be put off.

WHO projects that the number of HIV-infected people will at best triple and at worst quadruple in 8 years' time. In absolute numbers, this is a wide range - 30 million as opposed to 40 million people. With aggressive national programs that do not shrink from the public health challenge of AIDS prevention, millions of people may be spared infection by the year 2000.

Source: *WHO Weekly Epidemiological Record*, Vol 66, No 48, 1991.

WORLDWIDE INFLUENZA ACTIVITY

The following is a summary of information on global influenza activity received at CDC, Atlanta, Georgia in November 1991.

Hong Kong: Sporadic influenza A (H1N1) and influenza B activity continued during September. The first influenza A (H3N2) in Hong Kong since August 1990 was reported in mid-September.

Thailand: Both influenza A and influenza B continued to be isolated during October.

Chile: Influenza A and B were reported during the month of October. Four of the isolates from Santiago were subtyped as influenza A (H3N2).

Continued on page 7

dus aux cas de sida pédiatrique. Dans ces populations, les taux de mortalité chez les adultes ont également été multipliés par 3 en l'espace de 5 ans.

Il est difficile de faire des projections démographiques au-delà de l'an 2000, et les chiffres doivent être interprétés avec prudence. Toutefois, l'OMS a utilisé un modèle démographique établi par la Banque mondiale afin de réaliser des projections pour l'an 2010 pour un pays hypothétique de l'Afrique subsaharienne ayant actuellement une prévalence élevée d'infections à VIH. Ces projections font apparaître que les taux bruts de mortalité qui, en l'absence du sida, auraient dû diminuer de plus de 40 %, et les taux de mortalité infanto-juvénile, qui auraient dû diminuer de 35 à 40 %, resteront inchangés ou augmenteront légèrement à cause du sida. De même, l'espérance de vie à la naissance diminuera légèrement au lieu de passer de 50 à 60 ans. La pandémie de sida aura beaucoup moins d'effets sur la croissance démographique totale, car elle ramènera simplement le taux d'accroissement naturel de la population de 3 % à un peu moins de 2,5 % par an. Si les projections de l'OMS concernant les infections à VIH dans les années 90 se confirment, un scénario démographique analogue devrait être enregistré en Asie dans la première et surtout dans la deuxième décennie du siècle prochain.

Le défi pour la santé publique

A en juger par l'expérience de la dernière décennie, les programmes de lutte contre le sida dans les années 90 seront confrontés non seulement aux problèmes classiques - logistiques, techniques et financiers - des autres programmes de lutte contre les maladies infectieuses, mais aussi à un autre défi majeur.

Le sida est essentiellement une maladie sexuellement transmissible (MST) qui, comme certaines autres MST, peut aussi être transmise par voie sanguine ou périnatale. La lutte contre cette maladie pose donc un problème d'information, d'éducation et de soutien aux personnes sexuellement actives pour les amener à se protéger contre l'infection à VIH, soit dans des relations de fidélité mutuelle avec des personnes non infectées, soit en adoptant des comportements sexuels plus "sûrs", c'est-à-dire une sexualité sans rapport buccal, vaginal ou anal, ou des rapports sexuels systématiquement et correctement "protégés" à l'aide d'un préservatif. Quels que soient les problèmes culturels et politiques qui se posent pour dispenser cette éducation et assurer les services d'appui nécessaires, tels que la fourniture de préservatifs et le traitement efficace des autres MST (qui, non traitées, risquent de faciliter la transmission du VIH), ces efforts ne doivent pas être différés.

L'OMS prévoit que le nombre de personnes infectées par le VIH sera au moins triplé voire, au pire, quadruplé en 8 ans. En nombres absolus, il s'agit d'un large écart - 30 millions contre 40 millions de personnes. Avec des programmes nationaux agressifs qui ne reculent pas devant le défi pour la santé publique que représente la prévention du sida, des millions de personnes pourraient échapper à l'infection d'ici l'an 2000.

Source: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, Vol 66, n° 48, 1991.

ACTIVITÉ GRIPPALE DANS LE MONDE

Voici le sommaire des données sur l'activité grippale enregistrée dans le monde qui ont été communiquées aux CDC d'Atlanta (Géorgie) en novembre 1991.

Hong Kong : L'activité sporadique de grippe A (H1N1) et de grippe B s'est poursuivie en septembre. Le premier cas de grippe A (H3N2) enregistré à Hong Kong depuis août 1990 a été déclaré à la mi-septembre.

Thaïlande : Des virus grippaux A et B ont encore été isolés en octobre.

Chili : Des cas de grippe A et B ont été déclarés en octobre. Quatre des isolements provenant de Santiago ont été caractérisés comme étant des virus A de sous-type (H3N2).

Suite à la page 7

HEALTH AND WELFARE CANADA - SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Month Ending 31 July 1991 - Nouveaux cas déclarés pour le mois se terminant le 31 juillet 1991

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Canada [†]			Newfoundland Terre-Neuve			Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard			Nova Scotia Nouvelle-Écosse			New Brunswick Nouveau-Brunswick			Quebec Québec			
		Mo Mois	Cum. 91	Cum. 90	Mo Mois	Cum. 91	Cum. 90	Mo Mois	Cum. 91	Cum. 90	Mo Mois	Cum. 91	Cum. 90	Mo Mois	Cum. 91	Cum. 90	Mo Mois	Cum. 91	Cum. 90	
AIDS-Sida	042-044	23	581	657	1	1	5	—	—	—	—	8	9	—	10	7	—	101	258	
Amoebiasis - Amibiase	006	141	1038	..	—	1	3	—	—	—	—	2	10	7	—	—	—	92	74	
Botulism - Botulisme	005.1	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
Brucellosis - Brucellose	023	1	7	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Campylobacteriosis - Campylobactérose	008.41*	1155	6090	..	6	62	77	3	31	56	25	140	94	9	120	214	—	1031	1059	
Chancroid - Chancre mou	099.0	—	2	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Chickenpox - Varicelle	052	1036	8843	..	57	304	1227	—	—	—	23	206	808	1	74	91	—	—	—	
Chlamydia, genital - Chlamydiose génitale	099.81*	2491	21324	..	17	161	—	11	11	—	199	1189	999	—	—	—	—	6503	8924	
Cholera - Choléra	001	1	2	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Diphtheria - Diphthérie	032	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Giardiasis - Giardiase	007.1	717	4390	..	112	143	18	—	2	10	16	91	65	3	56	70	—	269	366	
Gonococcal Infections - Infections gonococciques ⁽¹⁾	098	1140	7531	..	—	14	25	—	6	5	22	155	185	—	24	35	—	796	1087	
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophthalme gonococcique du nouveau-né	098.4	—	2	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. influenzae B ⁽²⁾	320.0,038.41*	15	189	..	1	5	4	—	—	2	1	2	3	1	2	2	—	60	84	
Hepatitis A - Hépatite A	070.0,070.1	127	1218	..	2	3	3	—	—	1	1	1	3	—	2	5	—	255	120	
Hepatitis B - Hépatite B	070.2,070.3	208	2799	..	—	4	3	—	1	—	5	41	78	—	31	33	—	959	1306	
Hepatitis C - Hépatite C	—	2	7	..	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B	—	—	14	..	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	
Hepatitis unspecified viral - Hépatite virale, sans précision	—	71	400	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	7	
Herpes Simplex (congenital/neonatal) - Herpès (congénital/néonatal)	771.21*	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Legionellosis - Legionellose	482.41	8	45	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	7	11	
Leprosy - Lèpre	030	5	16	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0,771.22*	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Malaria - Paludisme	084	102	384	..	—	3	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	26	15	
Measles - Rougeole	055	757	5230	..	—	1	3	—	3	—	3	3	12	43	—	2	9	—	50	68
Meningitis, pneumococcal - Méningite à pneumocoques	320.1	5	72	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	7	6	—	—	
Meningitis, other bacterial - Autres méningites bactériennes ^(3,4)	—	7	43	..	—	—	1	—	—	—	3	5	—	—	3	—	—	—	—	
Meningitis/Encephalitis viral - Méningite/encéphalite virale ⁽⁵⁾	—	12	84	..	—	—	1	1	1	—	1	4	2	—	—	1	—	23	7	
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	22	239	..	1	11	7	—	1	—	1	7	5	—	1	9	—	90	77	
Mumps - Oreillons	072	24	242	..	—	2	20	—	—	—	3	3	—	—	3	—	—	29	31	
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	2	13	..	—	1	3	4	—	5	9	6	62	37	—	4	7	—	3	1
Pertussis - Coqueluche	033	97	1274	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	267	180	
Plague - Peste	020	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Pollomyélitis - Poliomyélite	045	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
Rabies - Rage	071	—	6	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Rubella - Rubéole	056	37	411	..	—	2	2	—	—	—	—	2	1	—	—	2	—	31	85	
Congenital Rubella-Rubéole congénitale	771.0	—	3	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	
Salmonellosis - Salmonellose ⁽⁶⁾	003	770	4204	..	23	77	58	5	14	24	13	95	149	5	95	173	—	749	1188	
Shigellosis - Shigellose	004	66	735	..	—	—	2	—	—	1	2	4	9	—	5	2	—	168	258	
Syphilis: Early, Symptomatic - Symptomatique, récente	091	29	215	..	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	4	10	—	18	20	
Other Syphilis - Autres syphilis	090,092-097	87	688	..	—	—	1	—	—	—	1	1	—	1	5	5	—	77	97	
Tetanus - Tétanos	037	—	1	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Trichinosis - Trichinose	124	4	9	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	84	713	..	2	10	11	—	1	1	—	2	12	5	13	30	—	—	—	
Typhoid - Typhoïde	002.0	9	30	..	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	
Verotoxigenic E. coli - E. coli verotoxinogènes	008.01*	189	343	..	1	4	—	7	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

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

New Month (Mo) Ending 31 July 1991 - Période se terminant le 31 juillet 1991

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Ontario			Manitoba			Saskatchewan			Alberta			British Columbia Colombie-Britannique			Yukon			Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest					
		Mo	Cum.	Cum.	Mo	Cum.	Cum.	Mo	Cum.	Cum.	Mo	Cum.	Cum.	Mo	Cum.	Cum.	Mo	Cum.	Cum.	Mo	Cum.	Cum.	Mo	Cum.	Cum.
		Mois	91	90	Mois	91	90	Mois	91	90	Mois	91	90	Mois	91	90	Mois	91	90	Mois	91	90	Mois	91	90
AIDS-Sida	042-044	1	201	166	2	14	4	4	4	4	2	51	62	13	191	140	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Amoebiasis - Amibiase	006	87	470	—	3	19	33	2	30	40	14	86	59	32	327	314	1	2	—	—	—	1	—	—	—
Botulism - Botulisme	005.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3	—	—	—	—	—	2	6	—	—	—
Brucellosis - Brucellose	023	—	1	—	—	—	—	34	126	138	84	453	411	248	1024	916	1	4	3	—	1	1	1	1	1
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	745	3098	—	—	—	—	304	1747	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chancroid - Chancro mou	099.0	—	2	—	—	—	1	—	588	1196	845	6639	9561	79	819	1389	—	20	31	31	193	215	—	—	—
Chickenpox - Varicelle	052	1508	8759	—	350	2658	2733	304	1747	—	—	—	—	—	—	—	23	132	—	79	164	—	—	—	—
Chlamydia, genital - Chlamydiose génitale	099.81*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholera - Choléra	001	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Diphtheria - Diphtérie	032	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Giardiasis - Giardiasis	007.1	322	1835	—	—	—	—	45	349	318	76	570	658	135	1026	1077	5	22	20	3	27	27	—	—	—
Gonococcal Infections - Infections gonococciques ⁽¹⁾	098	700	3501	—	125	740	699	70	481	496	102	809	734	84	812	879	7	40	29	30	153	282	—	—	—
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophtalmie gonococcique du nouveau-né	098.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. influenzae B ⁽²⁾	320.0, 038.41*	5	50	—	5	13	9	—	—	13	1	28	38	1	24	14	—	1	1	—	4	9	—	—	—
Hepatitis A - Hépatite A	070.0, 070.1	57	398	—	3	55	36	22	173	130	12	158	180	19	160	373	—	1	1	11	13	1	—	—	—
Hepatitis B - Hépatite B	070.2, 070.3	123	1161	—	8	23	21	4	29	20	13	82	69	55	463	608	—	1	7	—	4	—	—	—	—
Hepatitis C - Hépatite C	—	—	—	—	—	—	—	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	57	—	—	—	—	—	—	—	—	
Hepatitis unspecified viral - Hépatite virale, sans précision	—	20	55	—	—	—	—	1	25	—	1	7	—	49	302	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Herpes Simplex (congenital/neonatal) - Herpès (congénital/néonatal)	771.21*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Legionellosis - Legionellose	482.41	6	25	—	2	4	—	—	—	—	1	10	3	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	
Leprosy - Lèpre	030	2	10	—	—	1	—	—	1	—	2	4	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0, 771.22*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Malaria - Paludisme	084	50	185	—	2	3	6	2	3	4	3	15	9	44	147	58	—	—	—	1	1	—	—	—	
Measles - Rougeole	055	745	5093	—	1	1	—	—	3	7	3	16	16	5	48	69	—	—	—	—	4	—	—	—	
Meningitis, pneumococcal - Méningite à pneumocoques	320.1	1	25	—	—	3	1	4	2	1	12	11	—	24	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Meningitis, other bacterial - Autres méningites bactériennes ^(3,4)	—	2	15	—	2	2	6	1	9	1	—	8	10	1	4	2	—	—	—	1	2	1	—	4	
Meningitis/Encephalitis viral - Méningite/encéphalite virale ⁽⁵⁾	—	5	18	—	3	5	2	2	12	11	—	10	34	—	10	18	—	1	1	—	—	4	—	—	
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	7	80	—	3	9	9	1	3	4	4	16	25	5	18	16	—	—	—	—	3	3	—	—	
Mumps - Oreillons	072	10	100	—	—	2	1	2	9	8	64	79	4	36	41	—	1	1	1	5	4	—	—	—	
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	2	9	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Pertussis - Coqueluche	033	37	343	—	5	23	88	8	47	27	37	468	4149	3	52	115	—	—	28	—	—	26	—	—	
Plague - Peste	020	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	
Rabies - Rage	071	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Rubella - Rubéole	056	9	69	—	—	1	—	22	241	3	4	34	46	2	31	51	—	—	—	—	—	—	—	1	
Congenital Rubella-Rubéole congénitale	771.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Salmonellosis - Salmonellose ⁽⁶⁾	003	454	1724	—	37	98	203	76	316	175	68	458	475	86	554	506	2	8	9	1	16	22	—	—	
Shigellosis - Shigelloïse	004	48	306	—	3	18	24	5	60	158	—	54	67	8	118	117	—	2	1	—	—	—	—	—	
Syphilis:	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Early, Symptomatic - Symptomatique, récente	091	26	175	—	—	2	—	3	—	—	2	17	2	10	8	—	1	—	—	—	—	1	—	1	
Other Syphilis - Autres syphilis	090,092-097	82	542	—	2	9	5	—	—	—	—	34	35	2	20	44	—	—	—	—	—	—	—	—	
Tetanus - Tétanos	037	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Trichinosis - Trichinoïse	124	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	67	607	—	8	62	55	—	—	40	—	—	48	—	—	29	—	3	5	2	15	14	—	—	
Typhoid - Typhoïde	002.0	8	17	—	—	2	2	—	1	—	—	3	2	1	6	6	—	—	—	52	52	—	—	—	
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxinogéniques	008.01*	108	245	—	15	26	20	6	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52	52	—	—	—	
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

SYMBOLS

- . Not reportable
- .. Not available
- No cases reported

SIGNES

- . À déclaration non obligatoire
- .. Non disponible
- Aucun cas déclarés

SOURCE:

Disease Surveillance Division
 Laboratory Centre for Disease Control
 Health and Welfare Canada
 Ottawa, Ontario K1A 0L2
 Tel.: (613) 957-0334

SOURCE:

Division de la surveillance des maladies transmissibles
 Laboratoire de lutte contre la maladie
 Santé et Bien-être social du Canada
 Ottawa (Ontario) K1A 0L2
 Tél.: (613) 957-0334

Belgium: Influenza A was detected in one case using rapid diagnostic techniques. Influenza isolates have yet to be reported. Except for one week in October, the incidence of acute respiratory infections (ARI) has been below the expected level for the season.

Czechoslovakia: Both influenza A and B have been diagnosed by antigen detection methods.

France: Seven cases of influenza A (H3N2) have been diagnosed. All cases have been from the northern half of the country.

Greece: No influenza has been reported.

Hungary: There has been a slight increase in the incidence of ARI but no specific identification at this time.

Sweden: Sporadic cases of both influenza A and influenza B were reported in the Stockholm area.

Switzerland: The first influenza isolate of the season, influenza A (H3N2), was obtained from a 38-year-old male with onset of illness on 20 November.

United Kingdom: A total of 3 influenza A (H3N2) isolates, all from children, have now been reported.

Source: *Influenza Branch, Division of Viral and Rickettsial Disease, Center for Infectious Diseases, CDC, Atlanta, Georgia.*

Announcement

**Second National Conference on
IMMUNIZATION
Issues and Priorities**

**4-6 May, 1992
Toronto, Ontario**

The purpose of this conference, cosponsored by the Laboratory Centre for Disease Control and the Canadian Public Health Association, is to present a forum for public health workers to discuss current issues and priorities regarding immunization in Canada including infant *Haemophilus* vaccines; universal hepatitis B immunization; and adverse reaction reporting. The objectives are 4-fold: 1) to broaden knowledge regarding new vaccines; 2) to review issues regarding currently used vaccines; 3) to discuss strategies for improving immunization levels; and 4) to discuss policy issues including the cost/benefit of vaccines, criteria for making choices, measuring vaccine coverage and vaccine supply for Canada.

Time has been allotted within the program for poster sessions on projects or studies related to vaccines, vaccination strategies or vaccine-preventable diseases. Submissions from local health agencies are particularly encouraged. Deadline for receipt of completed poster session forms is 14 February 1992.

For more information, registration and poster session forms, please contact the Conference Department at the Canadian Public Health Association, 400 - 1565 Carling Avenue, Ottawa, Ontario K1Z 8R1, Tel.: (613) 725-3769, Fax: (613) 725-9826.

Belgique : Le virus de la grippe A a été mis en évidence dans un cas par des techniques de diagnostic rapide. On n'a pas encore déclaré d'isolements grippaux. Sauf pendant une semaine en octobre, l'incidence des infections respiratoires aiguës s'est maintenue au-dessous du niveau prévu pour la saison.

Tchécoslovaquie : Des cas de grippe A et B ont été diagnostiqués par des méthodes de détection des antigènes.

France : Sept cas de grippe A (H3N2) ont été diagnostiqués, tous dans la moitié nord du pays.

Grèce : Aucun cas de grippe n'a été signalé.

Hongrie : L'incidence des infections respiratoires aiguës a légèrement augmenté, mais aucune identification précise n'a encore été effectuée.

Suède : Des cas sporadiques de grippe A et B ont été signalés dans la région de Stockholm.

Suisse : Le premier isolement grippal de la saison, un virus A (H3N2), a été obtenu chez un homme de 38 ans tombé malade le 20 novembre.

Royaume-Uni : Au total, 3 isolements du virus grippal A (H3N2) ont été signalés à ce jour. Tous ont été obtenus chez des enfants.

Source : *Direction de la grippe, Division des viroses et des rickettsioses, Center for Infectious Diseases, CDC, Atlanta (Géorgie).*

Announce

**Deuxième conférence nationale sur
L'IMMUNISATION**

Questions et priorités

**4-6 mai 1992
Toronto (Ontario)**

Le but de cette conférence, coparrainée par le Laboratoire de lutte contre la maladie et l'Association canadienne de santé publique, est de présenter un cadre aux personnels de la santé publique pour discuter des questions et des priorités en matière d'immunisation au Canada incluant les vaccins contre l'*hémophilus* infantile; immunisation universelle contre l'hépatite B; rapport sur les réactions adverses. Il y a 4 objectifs: 1) élargir les connaissances relatives aux nouveaux vaccins; 2) passer en revue les questions que soulèvent les vaccins actuellement utilisés; 3) discuter des stratégies en vue d'améliorer les niveaux d'immunisation; et 4) discuter des questions de politique, notamment les coûts/bénéfices de la vaccination, les critères de sélection, la mesure de la couverture vaccinale et l'approvisionnement en vaccins au Canada.

On a réservé du temps pour des sessions d'exposition d'affiches sur des projets ou des études liés aux vaccins, les stratégies de vaccination ou des maladies évitables par vaccination. On encourage tout particulièrement des contributions de la part d'agences de santé locales. La date limite de réception des demandes d'inscription dûment remplies pour les sessions d'affiches est le 14 février 1992.

Pour plus de renseignements, demandes d'inscription et formulaire de présentation d'affiche, veuillez vous adresser à l'Association canadienne de santé publique, 400 - 1565 avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 8R1, téléphone : (613) 725-3769, télécopieur : (613) 725-9826.

INFLUENZA ACTIVITY IN CANADA
ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADALaboratory Evidence (for the week ending 10 January 1992 (cumulative total from 1 October 1991)
Signes biologiques (pour la semaine se terminant le 10 janvier 1992 (cumulatif du 1^{er} octobre 1991)

Province/Territory Province/Territoire	Nfld. T.-N.	P.E.I. Î.-P.-É.	N.S. N.-É.	N.B. N.-B.	Que. Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta. Alb.	B.C. C.-B.	Yukon	N.W.T. T.N.-O.	Total
TYPE A													
I	1(1)	(1)	(2)	1(2)	12(89)	22(262)	2(38)	11(30)	20(72)	(1)			69(498)
NS D	1(2)		(1)		(3)	3(114)		4(7)	(6)				8(133)
S	7(7)	(7)	2(3)		6(12)	24(83)	6(22)	9(9)					54(143)
I									(1)				(1)
H1N1 D													
S													
I						1(3)	(10)	13(34)	(7)	2(15)			16(69)
H3N2 D													
S										(1)			(1)
Total A	9(10)	(8)	2(6)	1(2)	18(104)	50(462)	8(70)	37(80)	20(86)	2(17)			147(845)
TYPE B													
I													
D													
S						(1)	(1)						(2)
Total B						(1)	(1)						(2)
TOTAL	9(10)	(8)	2(6)	1(2)	18(104)	50(463)	8(71)	37(80)	20(86)	2(17)			147(847)
1 Nov./1 nov.	0	0	0	0	-	0	0	-	-	-	0	0	Extent of influenza-like illness Amplitude de l'atteinte pseudo-grippale
15 Nov./15 nov.	0	0	0	+	-	0	0	-	+	0	0	++	
29 Nov./29 nov.	++	+	0	0	-	++	+	-	+	-	0	++	
06 Dec./06 déc.	++	+	0	0	-	++	+	+	+	-	+	++	
13 Dec./13 déc.	++	+	0	+	-	++	+	++	+	-	+	++	
20 Dec./20 déc.	++	+	0	++	-	++	+	++	++	-	+	++	
10 Jan./10 jan.	-	-	0	+	-	+	+	++	++	-	-	+++	

* = Based on reports from provincial/territorial health departments

0 = No reported cases

+ = Sporadic cases

++ = Localized outbreaks

+++ = Widespread

- = Data unavailable

I = Identification by growth in tissue culture

D = Detection of virus in specimen by other methods such as fluorescent activity

S = Confirmation by ≥ 4-fold rise in serologic titre by any method

NS = Not subtyped

D'après les rapports des services provinciaux/territoriaux de santé

Aucun cas signalé

Cas sporadiques

Poussées localisées

Poussées étendues

Données non-disponibles

Identification par culture tissulaire

Détection du virus dans le spécimen par d'autres méthodes comme les anticorps fluorescents

Confirmation par augmentation de ≥ 4 dilutions du titre selon n'importe quelle méthode

Non sous-typé

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. 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.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. 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 travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Scientific Advisory Board:

Dr. J. Spika (613) 957-4243
Dr. K. Rozee (613) 957-1329
Eleanor Paulson (613) 957-1788
Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Joanne Regnier

Groupe de conseillers scientifiques : Dr' J. Spika (613) 957-4243
D' K. Rozee (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditrice : Joanne Regnier

Submissions to the CCDR should be sent to the Editor at the following address:
Laboratory Centre for Disease Control, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario K1A 0L2.

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pr Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

To subscribe to this publication, please contact:
Canada Communications Group - Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

Tel. No.: (819) 956-4802
FAX: (819) 994-1498

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Groupe Communication Canada - Édition
Ottawa (Canada) K1A 0S9 N° de téléphone : (819) 956-4802
Télécopieur : (819) 994-1498

Price per year: \$60.00 + G.S.T. - in Canada; \$72.00 (U.S.) - outside Canada.

Prix par année : 60 \$ + TPS au Canada; 72 \$ US à l'étranger.