

CA 1.1588 ca

CANADA

NOV 28 1994

# Canada Communicable Disease Report

# Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date of publication: 15 November 1994

Vol. 20-21

Date de publication : 15 novembre 1994

## Contained in this issue:

Influenza in Canada, 1993-1994 Season . . . . .	185
Influenza Surveillance Worldwide . . . . .	192

## Contenu du présent numéro:

La grippe au Canada : saison 1993-1994 . . . . .	185
Activité grippale dans le monde . . . . .	192

## INFLUENZA IN CANADA, 1993-1994 SEASON

The Laboratory Centre for Disease Control (LCDC) maintains a national influenza surveillance program between October each year and the following May in collaboration with a number of laboratories, and provincial and territorial epidemiologists. During the 1993-1994 season, surveillance activities by LCDC included collection of weekly aggregated reports of virus identifications by laboratories via the interactive voice response (IVR) system introduced in 1992, case-by-case reports of laboratory-confirmed infections by participating laboratories, and weekly assessments of influenza-like illness in the community. Summaries of the influenza surveillance data were prepared each week and were available via FAXlink. Case-by-case data on laboratory-confirmed infections and reports of influenza-like illness for the 1993-1994 season are summarized in this report and comparison is made with the 1990-1991, 1991-1992 and 1992-1993 influenza seasons<sup>(1,2)</sup>.

### Methods

Participating laboratories reported isolations, and identifications made by direct antigen detection and seroconversion, i.e.,  $\geq$  four-fold rise in titre by any method. Data for laboratory-confirmed cases are presented by the province from which the specimen originated (some laboratories received out-of-province samples) and were analyzed by the week of onset of illness.

Each week provincial and territorial epidemiologists reported on the presence and level of activity of influenza-like illness in the community. This was assessed at one of the following four levels of activity: no reports of influenza-like illness, sporadic cases, localised outbreaks, and widespread outbreaks.

### Laboratory-confirmed influenza

#### Participating laboratories and the cases

A total of 1,090 cases were reported to LCDC from 15 laboratories during the 1993-1994 influenza surveillance period, from 25 September, 1993 to 20 May, 1994 (Table 1). This compares with 1,568 reports received from 17 laboratories last season. Table 2 shows the number and type of virus identified for laboratory-confirmed cases for each province and expresses total reports as a population-based rate. The observed variation between provinces may reflect differences in reporting practices and criteria as well as population

## LA GRIPPE AU CANADA : SAISON 1993-1994

Chaque année, d'octobre à mai, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) applique un programme national de surveillance de la grippe, en collaboration avec un certain nombre de laboratoires et d'épidémiologistes provinciaux et territoriaux. Au cours de la saison 1993-1994, les activités de surveillance du LLCM ont consisté en la collecte hebdomadaire, au moyen d'un système interactif de traitement de la voix mis sur pied en 1992, de données regroupées sur les identifications de virus faites par les laboratoires, l'examen des rapports relatifs à chaque cas de grippe confirmé en laboratoire soumis par les laboratoires participants et l'évaluation hebdomadaire de l'étendue du syndrome grippal dans chaque région. Des sommaires des données de surveillance de la grippe ont été préparés chaque semaine pour diffusion par le service FAXlink. Le présent rapport résume les données relatives à chaque cas d'infection confirmé en laboratoire et les déclarations de l'étendue du syndrome grippal au cours de la saison 1993-1994 et compare ces résultats avec les données des saisons 1990-1991, 1991-1992 et 1992-1993<sup>(1,2)</sup>.

### Méthodologie

Les laboratoires participants ont signalé les cas isolés et confirmés par détection directe de l'antigène et par séroconversion (c.-à-d., hausse des titres par un facteur d'au moins quatre révélée par n'importe quelle méthode). Les données relatives aux cas confirmés en laboratoire sont présentées par province d'origine (certains laboratoires ont reçu des échantillons d'autres provinces). Ces données ont été analysées par semaine d'apparition de la maladie.

Chaque semaine, les épidémiologistes provinciaux et territoriaux ont informé le LLCM relativement à la présence et à l'étendue du syndrome grippal dans leur région, utilisant pour ce faire une grille de quatre niveaux d'activité : aucun cas signalé, cas sporadiques, poussées localisées et poussées étendues.

### Cas de grippe confirmés en laboratoire

#### Laboratoires participants et cas

Durant la période de surveillance de l'activité grippale de 1993-1994 (25 septembre 1993 au 20 mai 1994), les 15 laboratoires participants ont signalé 1 090 cas au LLCM (tableau 1). Ce nombre est inférieur au nombre de cas déclarés (1 568) au cours de la saison précédente par les 17 laboratoires participants. Le tableau 2 présente la répartition du nombre de cas de grippe confirmés en laboratoire par province et par type de virus et exprime les résultats globaux sous forme de taux par 100 000 habitants. La variation observée entre les provinces pourrait être attribuable des différences dans les

size and possibly the availability of diagnostic services. Nevertheless, when expressed as a rate per 100,000 population, two provinces, Saskatchewan and Nova Scotia, were markedly different from the national average.

taux de déclaration, les critères utilisés, la taille de la population et, peut-être, l'accessibilité des services diagnostiques. Quoiqu'il en soit, deux provinces, à savoir la Saskatchewan et la Nouvelle-Écosse, affichaient des taux par 100 000 habitants fort différents de la moyenne nationale.

**Table 1/Tableau 1**  
**Laboratory-confirmed cases of influenza reported to LCDC, by laboratory, Canada 1993-1994**  
**Cas de grippe confirmés en laboratoire signalés au LLCCM par laboratoire, Canada 1993-1994**

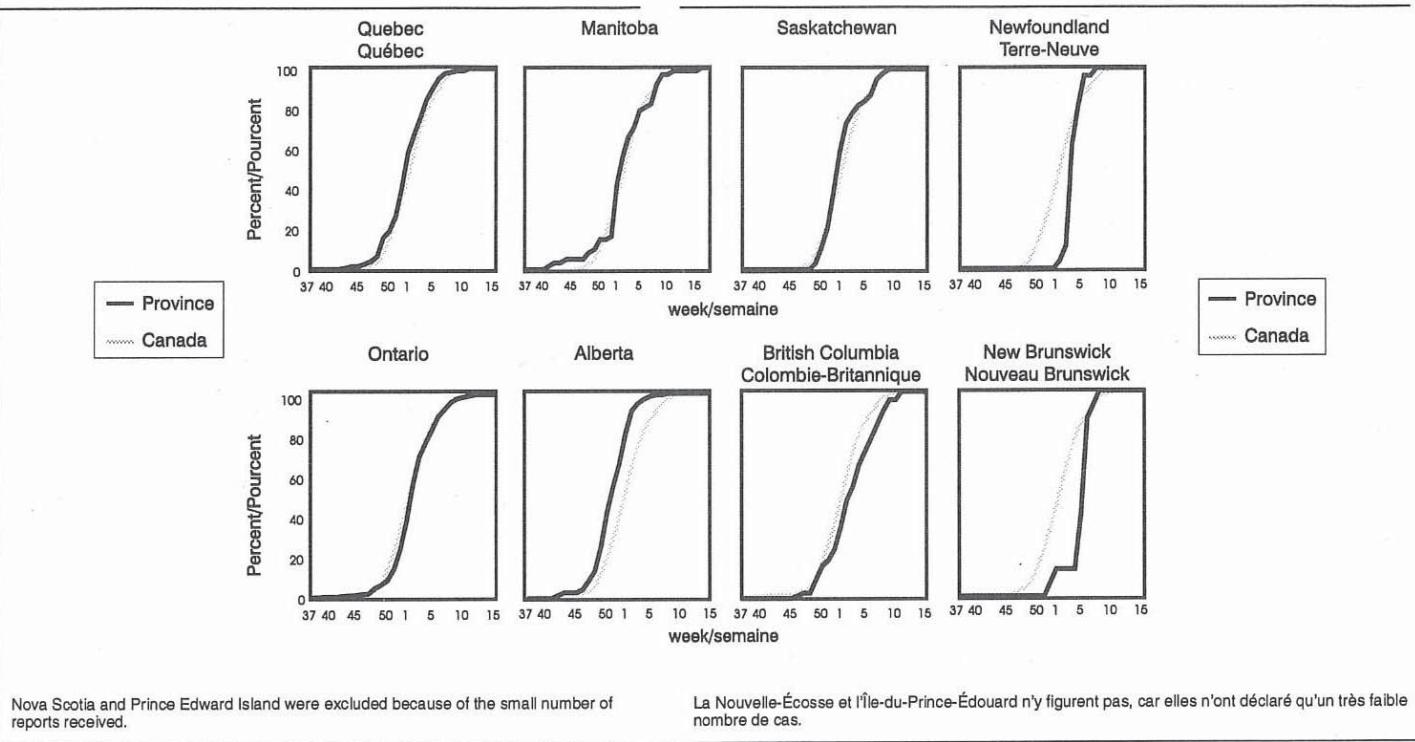
Province	Laboratory Laboratoire	Number of cases Nombre de cas
Newfoundland/Terre-Neuve	Public Health Laboratory, St. John's	22
Nova Scotia/Nouvelle-Écosse	Victoria General Hospital, Halifax	27
Quebec/Québec	Laboratoire de santé publique de Québec, Sainte-Anne-de-Bellevue	160
Ontario	Children's Hospital of Eastern Ontario/Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa	2
	Kingston Public Health Laboratory	2
	Central Public Health Laboratory, Toronto	380
	Hospital for Sick Children, Toronto	54
	Toronto General Hospital	2
	St. Joseph's Hospital, Hamilton	60
	St. Joseph's Hospital, London	2
Manitoba	Cadham Provincial Laboratory, Winnipeg	61
Saskatchewan	Saskatchewan Department of Health, Regina	100
Alberta	Provincial Laboratory of Public Health for Northern Alberta, Edmonton	69
	Provincial Laboratory of Public Health for Southern Alberta, Calgary	73
British Columbia/Colombie-Britannique	Division of Laboratories, Health Branch, Vancouver	76
<b>Total</b>		<b>1,090</b>

**Table 2/Tableau 2**  
**Laboratory-confirmed cases of influenza by province and influenza type and subtype, Canada, 1993-1994**  
**Cas de grippe confirmés en laboratoire par province et par type et sous-type de virus grippal, Canada, 1993-1994**

Influenza Type Type de grippe	NFLD T.-N.	PEI Î.P.-É.	NS N.-É.	NB N.-B.	QUE QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALTA ALB.	BC C.-B.	TOTAL
<b>TYPE A</b>											
Not subtyped Sous-type non déterminé	15	2	4	15	160	467	50	89	73	40	915
H <sub>1</sub> N <sub>1</sub>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
H <sub>3</sub> N <sub>2</sub>	—	—	—	—	—	31	6	10	69	36	152
<b>Total A</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>160</b>	<b>498</b>	<b>56</b>	<b>99</b>	<b>142</b>	<b>76</b>	<b>1067</b>
<b>TYPE B</b>	<b>11</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>23</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>160</b>	<b>501</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>76</b>	<b>1090</b>
Rate per 100,000 population Taux par 100 000 habitants	4.5	1.5	0.7	2.0	2.2	4.7	5.4	10.0	5.3	2.1	3.8

Figure 1 presents cumulative percentages of laboratory-confirmed cases by week for each province. Nova Scotia and Prince Edward Island were excluded because of the small number of reports received. The earliest confirmed cases were recorded in Ontario (September) then Manitoba, Alberta and Quebec (October), and British Columbia and Saskatchewan (November). Laboratory-confirmed cases were not recorded for the Atlantic provinces until late December and January; however, no new identifications were reported from these provinces after February. In contrast, new cases were recorded into March and April in other provinces.

**Figure 1**  
Cumulative percent of laboratory-confirmed cases of influenza, Canada, 1993-1994



Nova Scotia and Prince Edward Island were excluded because of the small number of reports received.

La figure 1 présente la répartition hebdomadaire par province du pourcentage cumulatif des cas confirmés en laboratoire. La Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard n'y figurent pas, car elles n'ont déclaré qu'un très faible nombre de cas. Les premiers cas confirmés ont été enregistrés en Ontario (septembre), au Manitoba, en Alberta et au Québec (octobre) et en Colombie-Britannique et en Saskatchewan (novembre). Les provinces de l'Atlantique n'ont signalé aucun cas confirmé en laboratoire avant la fin décembre et janvier, ni aucun après février. En revanche, d'autres provinces ont enregistré de nouveaux cas en mars et en avril.

**Figure 1**  
Pourcentage cumulatif des cas de grippe confirmés en laboratoire, Canada, 1993-1994

The proportionate age distribution of cases indicated that most laboratory-confirmed infections were recorded in the young (28% aged < 5 years) and the elderly (27% aged ≥ 65 years). This distribution was more marked when expressed as a rate: 37.7 cases per 100,000 population were recorded in infants (< 1 year), declining with age to less than 2 per 100,000 in adults, and increasing again to 8.6 per 100,000 in those aged ≥ 65 years (Figure 2). This distribution may be reflecting the possibility that the very young and the elderly are more likely to have specimens taken for testing; therefore, these results should be interpreted with caution.

#### Method of laboratory confirmation

The majority of laboratory confirmations of influenza infections were by virus isolation (497; 50%) and direct antigen detection (157; 16%). The remaining 345 (34%) cases for which information was available were confirmed by serology. This pattern compares with 60% of confirmations by virus isolation in the previous season, 13% by direct detection of antigen and 27% confirmed by serology. Most (97%) confirmations in children aged < 5 years were by virus isolation or direct detection of antibody compared with 66% in those aged 5 to 44 years and 40% in adults aged ≥ 44 years.

Un examen de la répartition des cas selon l'âge révèle que les enfants de moins de 5 ans (28 %) et les personnes âgées de 65 ans ou plus (27 %) représentaient la majorité des cas d'infection confirmés en laboratoire. La concentration des cas ressort davantage lorsqu'elle est exprimée sous forme de taux (nombre de cas pour 100 000 habitants) : 37,7 chez les nourrissons de moins d'un an, moins de 2 chez les adultes et 8,6 chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (figure 2). Cette répartition pourrait tenir au fait qu'on prélève plus souvent des échantillons pour analyse chez les sujets très jeunes et les personnes âgées. Il convient dès lors d'interpréter ces résultats avec prudence.

#### Méthodes de confirmation en laboratoire

La majorité des confirmations en laboratoire des cas de grippe ont été réalisées par isolement du virus (497 cas, 50 %) et par détection directe de l'antigène (157 cas, 16 %). Les autres cas (345 cas, 34 %) documentés ont été confirmés par sérologie. À titre de comparaison, ces mêmes pourcentages, au cours de la saison précédente, s'établissaient à 60 %, 13 % et 27 %, respectivement. La majorité des confirmations (97 %) de cas touchant des enfants âgés de moins de 5 ans ont été effectuées par isolement du virus ou par détection directe de l'antigène, alors que ce taux s'établissait à 66 % chez les sujets âgés de 5 à 44 ans, et à 40 % chez les personnes de 44 ans et plus.

## Types of influenza virus circulating during the 1993-1994 season

The distribution of virus identifications recorded by LCDC during the 1993-1994 season is presented in Figure 3a. Similar data for 1993-1994 and the previous three seasons for comparison is presented in Figure 3b. The 1993-1994 season was dominated by influenza A, which accounted for 98% of confirmed cases and recorded peak activity in late December and early January, with reporting of small numbers of influenza B infections in the new year.

The predominating strain of influenza A virus identified during the 1993-1994 season, A/Beijing/32/92(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>), was similar to the strain of influenza A virus present in the community in the 1992-1993 season and related to the strain that dominated reporting in 1991-1992.

## Extent of influenza-like illness

The extent of influenza-like illness, as reported weekly by provincial and territorial epidemiologists from eight jurisdictions, is presented in Figure 4. Although comparison of the severity of illness using the data presented here is not justified because the criteria for describing the extent of influenza-like illness may vary between jurisdictions, this information does give a broad indication of the occurrence and extent of influenza-like illness in the community.

There was general agreement between the recording and peaking of influenza-like illness and the reporting of laboratory-confirmed infection. For example, the onset of activity in November in Ontario and Alberta corresponded with reports of laboratory-confirmed cases in these provinces (Figure 1). However, activity was reported in Newfoundland several weeks earlier than laboratory-confirmed infections.

## Types de virus de la grippe en circulation pendant la saison 1993-1994

La répartition des identifications de virus enregistrées par le LLCM durant la saison 1993-1994 est présentée à la figure 3a. Ces mêmes données sont comparées à celles des trois saisons précédentes à la figure 3b. Pendant la saison 1993-1994, c'est la grippe de type A qui a prédominé (98 % des cas confirmés, pic d'activité survenant à la fin de décembre et au début de janvier); quelques cas de grippe de type B ont été signalés au début de l'année.

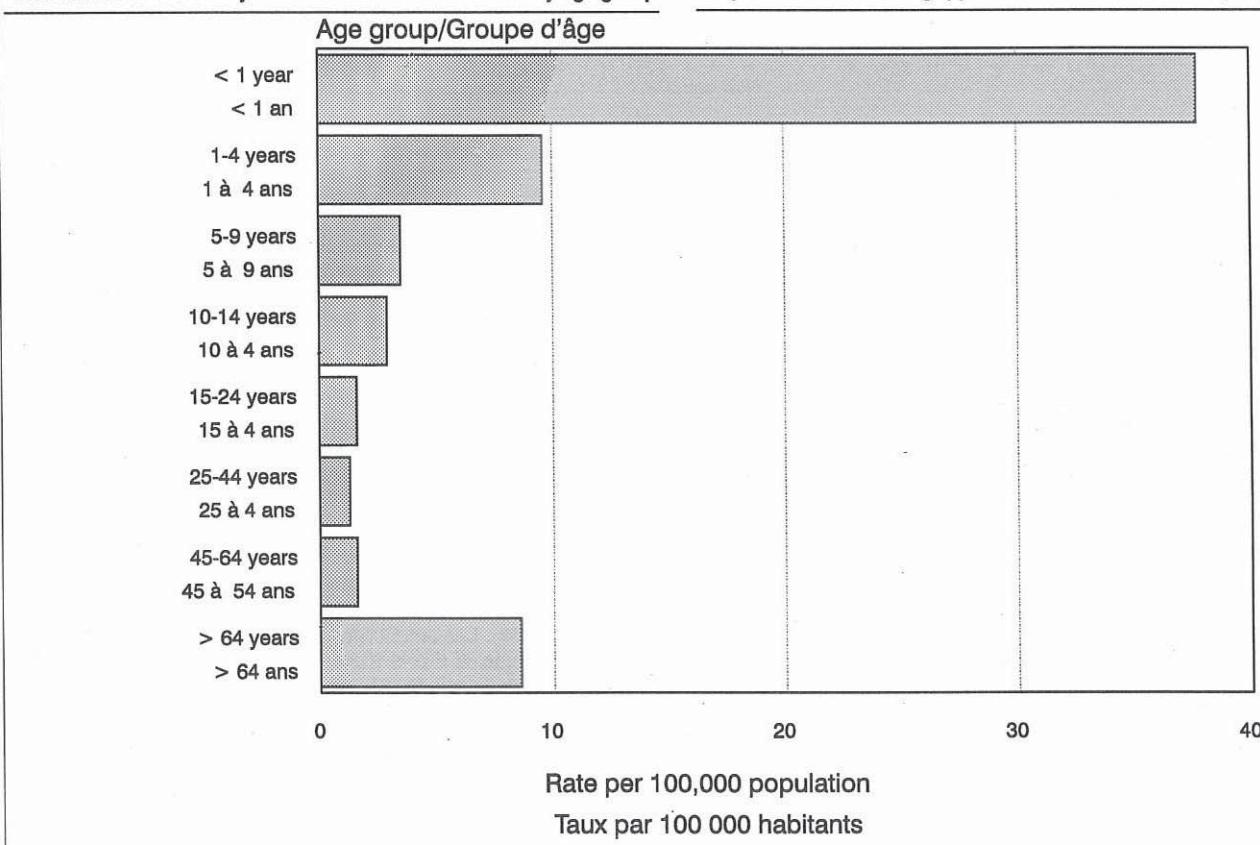
La souche prédominante de virus grippal de type A au cours de la saison 1993-1994, A/Beijing/32/92(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>), ressemblait à la souche de virus grippal de type A en circulation en 1992-1993 et était apparentée à la souche qui a prédominé en 1991-1992.

## Étendue du syndrome grippal

La figure 4, établie d'après les déclarations hebdomadaires des épidémiologistes de huit provinces et territoires, présente l'étendue du syndrome grippal dans chaque région. Comme les critères utilisés pour décrire l'étendue du syndrome grippal peuvent différer d'une région à l'autre, il n'y a pas lieu de comparer l'étendue du syndrome d'après ces données. Ces résultats fournissent toutefois une indication générale de la répartition et de l'étendue du syndrome grippal dans les différentes régions du pays.

De façon générale, on note une concordance assez étroite entre le début et le sommet de l'activité grippale et le signalement des premiers cas d'infection confirmés en laboratoire. Par exemple, en Ontario et en Alberta, le début de l'activité grippale en novembre a coïncidé avec le signalement des premiers cas confirmés en laboratoire dans ces provinces (figure 1). Toutefois, à Terre-Neuve, le début de l'activité grippale a précédé de plusieurs semaines les premiers cas d'infection confirmés en laboratoire.

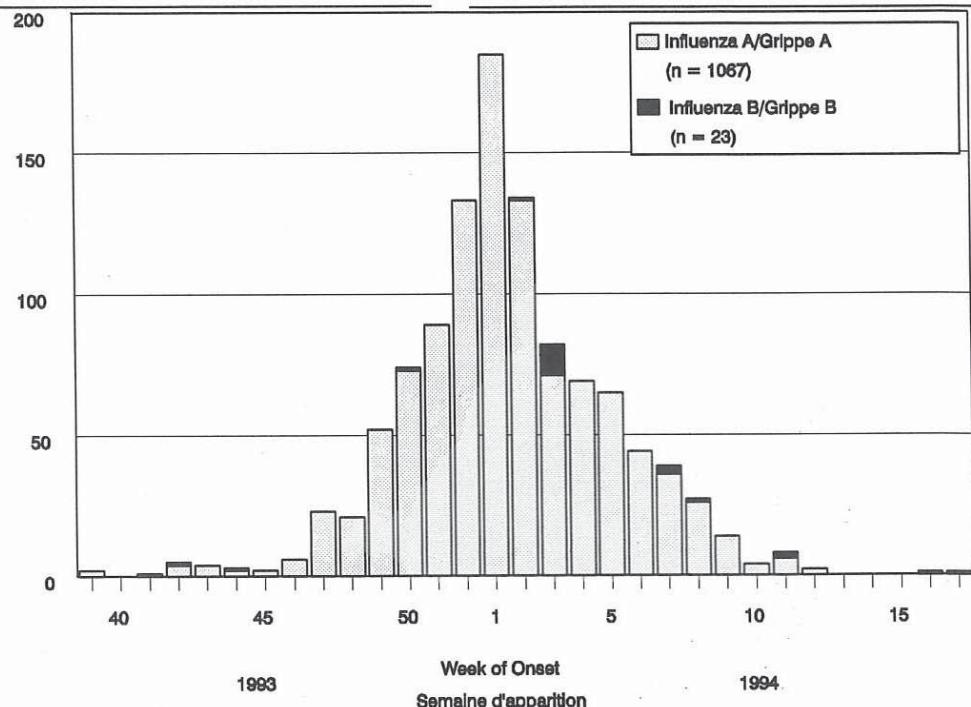
**Figure 2**  
Distribution of laboratory-confirmed cases of influenza by age group



**Figure 2**  
Répartition des cas de grippe confirmés en laboratoire par groupe d'âge

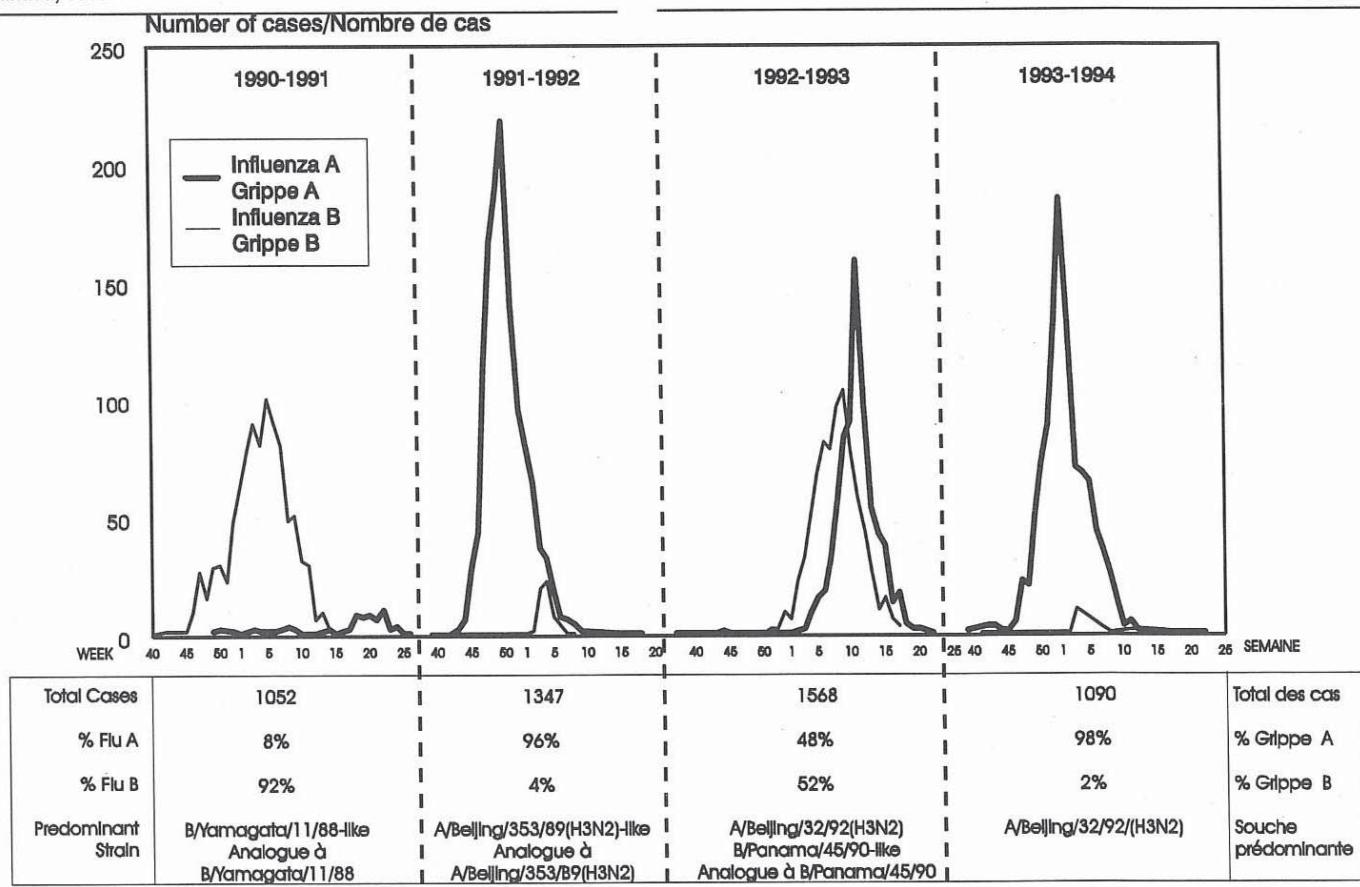
**Figure 3a**  
Influenza in Canada by type and by week of onset, 1993-1994

**Figure 3a**  
La grippe au Canada, par type et par semaine d'apparition, 1993-1994



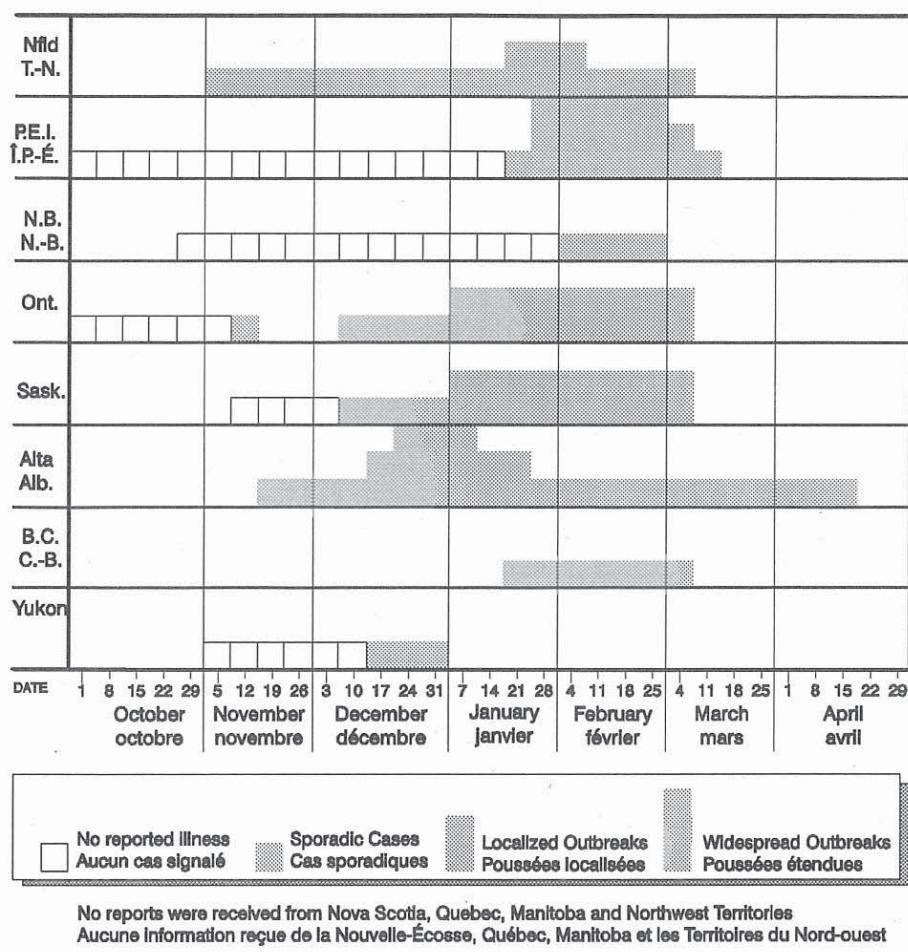
**Figure 3b**  
Seasonal distribution of laboratory-confirmed influenza infections, Canada, 1990-1994

**Figure 3b**  
Répartition saisonnière des cas de grippe confirmés en laboratoire, Canada, 1990-1994



**Figure 4. Extent of influenza-like illness**

**Figure 4. Étendue du syndrome grippal**



## Discussion

The 1993-1994 influenza season was relatively mild with lower numbers of reported laboratory-confirmed cases when compared with the previous two seasons, and little evidence of widespread outbreaks in the community, except in Prince Edward Island and Alberta in December and January. Laboratory-confirmed infections were recorded in late September in Ontario and Manitoba and peak activity nationally was recorded in late December and early January. Influenza A was the predominant virus detected in the community with reporting of small numbers of influenza B virus isolations in the New Year. This pattern was similar to that observed in the 1991-1992 season. However, both the 1993-1994 and 1991-1992 seasons were preceded by a year when influenza B either dominated or accounted for a significant proportion of reports, and in which peak activity was recorded well into the New Year. Furthermore, reports of laboratory-confirmed influenza A infections, in particular, were recorded late in 1990-1991 and 1992-1993. This pattern of late influenza A activity one season and early activity the next may be indicative of over-summering of the virus in the community, as suggested by Pyle (1979), and by early reporting of influenza A outbreaks in the US in Louisiana in August of 1993<sup>(3,4)</sup>.

The predominant strain of influenza A virus circulating in Canada in the 1993-1994 season, A/Beijing/32/92 ( $H_3N_2$ ), was antigenically similar to that recorded in the previous season, and related to the dominant strain reported in 1991-1992. A detailed review of the circulating virus strains in 1993-1994 appeared in the last issue of CCDR<sup>(5)</sup>; the review for the previous season was published in 1993<sup>(6)</sup>. A statement on influenza vaccination for the

## Analyse

En 1993-1994 l'activité grippale a été relativement faible par rapport aux deux saisons précédentes si l'on en juge par la baisse du nombre de cas confirmés en laboratoire et l'absence de poussées étendues dans la plupart des provinces et des territoires, mis à part l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta en décembre et en janvier. Des cas confirmés en laboratoire ont été signalés à la fin de septembre en Ontario et au Manitoba et, à l'échelle nationale, l'activité grippale a culminé à la fin de décembre et au début de janvier. C'est le virus de type A qui a été le plus fréquemment détecté, mais quelques cas de grippe B ont été signalés en début d'année. La même tendance avait été observée au cours de la saison 1991-1992. Il convient toutefois de noter que les saisons 1993-1994 et 1991-1992 ont toutes deux été précédées par une saison au cours de laquelle le virus grippal de type B a prédominé ou représenté un pourcentage important des cas signalés et durant laquelle le pic de l'activité grippale est survenu bien après le début de l'année. En outre, des cas de grippe de type A confirmés en laboratoire ont été signalés en fin de saison en 1990-1991 et en 1992-1993. Cette tendance (activité de la grippe de type A tardive une année, hâtive l'année suivante) donne à croire que le virus survit durant l'été, comme le supposait Pyle (1979) et comme semble l'indiquer la déclaration hâtive de cas de grippe A en Louisiane (États-Unis) en août 1993<sup>(3,4)</sup>.

La souche prédominante de virus grippal de type A au Canada durant la saison 1993-1994, A/Beijing/32/92 ( $H_3N_2$ ), était semblable du point de vue antigénique à la souche identifiée au cours de la saison précédente et apparentée à la souche dominante au cours de la saison 1991-1992. On trouvera dans le numéro du RMTC précédent une description détaillée des souches virales en circulation durant la saison 1993-1994<sup>(5)</sup>; une description des souches mises en cause au cours de la saison précédente a été publiée en

present season by the National Advisory Committee on Immunization (NACI) was published in the CCDR in June, and included the NACI recommended vaccine composition and advice on the prevention and control of influenza during the 1994-1995 season<sup>(7)</sup>.

The influenza surveillance program contributes to influenza control activities in several important ways. These include the following: 1) early detection of influenza activity; 2) provision of timely information to public health officials thereby allowing planning for the potential effects of high levels of activity, particularly when this impacts on the provision of health care at the local level; and 3) virus identification to monitor the effectiveness and targeting of immunization programs and to assess the relevance of the components of the current influenza vaccine. The effectiveness of this surveillance program is dependent on the timeliness and comprehensiveness of surveillance data and the early dissemination of information to public health workers and physicians. Information on isolations and influenza-like illness activity received by LCDC is summarized weekly. These summaries will be available via FAXlink on Tuesday each week. In addition, LCDC will publish monthly, during the coming season, summaries of respiratory virus activity, including influenza, in the CCDR. LCDC would encourage public health workers to make this information available to physicians whenever possible. LCDC will be exploring the possibility of additional improvement in the early detection of influenza activity nationally as recommended by the Canadian Consensus Conference on Influenza in 1993<sup>(8)</sup>. Possible approaches include sentinel physician reporting and monitoring of sickness absence data.

LCDC would encourage laboratories to contribute to the respiratory virus surveillance program. Participating laboratories are asked to report, weekly, aggregated numbers of identifications (isolations and antigen detections) of influenza viruses, respiratory syncytial virus, parainfluenza viruses and adenoviruses. This can be done quickly and efficiently using the IVR system. Participating laboratories are asked to report monthly to LCDC case-by-case data on influenza infections. Laboratories wishing to contribute to this important surveillance program should contact Mr. Peter Zabchuk, Disease Surveillance Division, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC at (613) 952-9729. Persons wishing to receive the weekly surveillance reports can do so by dialing the LCDC FAXlink number (613) 941-3900 from a fax machine.

## Acknowledgments

We would like to thank the staff of the laboratories who participated in the respiratory virus surveillance program by providing data during the 1993-1994 influenza season and Dr. J. Weber, Laboratory for Surveillance, Influenza and Viral Exanthema, for information regarding virus strains typed during the past influenza season. We also wish to express our appreciation to provincial and territorial epidemiologists for providing information about the extent of influenza-like illness in their jurisdictions.

## References

1. LCDC. *Influenza in Canada, 1990-1991 and 1991-1992 seasons*. CCDR 1992;18:137-41.
2. LCDC. *Influenza in Canada, 1992-1993 season*. CCDR 1993;19:152-57.
3. Pyle GF. *Applied medical geography*. New York: Winston-John Wiley, 1979:153-59.
4. CDC. *Influenza A outbreaks - Louisiana, August 1993*. MMWR 1993;40:689-92.

1993<sup>(6)</sup>. Une déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) concernant la vaccination antigrippale pour la saison 1994-1995 a été publiée en juin dans le RMTC. Le Comité y faisait une série de recommandations concernant la composition du vaccin et les mesures de prévention et de lutte contre la grippe durant la saison 1994-1995<sup>(7)</sup>.

Le programme de surveillance de la grippe vient appuyer les activités de lutte antigrippale de plusieurs façons. Ce programme permet : 1) la détection rapide de l'activité grippale; 2) la diffusion en temps opportun de renseignements aux autorités sanitaires, afin de les aider à se préparer aux conséquences potentielles d'une forte activité grippale, en particulier lorsque la situation influe sur la prestation des soins de santé à l'échelle locale; 3) l'identification des souches virales, afin d'évaluer l'efficacité des programmes d'immunisation, d'identifier la clientèle cible et d'évaluer l'efficacité des composantes du vaccin actuel. L'efficacité de ce programme repose sur l'obtention des données de surveillance exhaustives en temps opportun et la diffusion rapide de cette information aux autorités sanitaires et à la communauté médicale. Des sommaires des données soumises au LLCM concernant les souches virales isolées et l'activité grippale sont préparés chaque semaine; ces sommaires sont accessibles chaque mardi par le service FAXlink du LLCM. En outre, le LLCM publiera chaque mois de l'année à venir des sommaires de l'activité des virus respiratoires, y compris le virus grippal, dans le RMTC. Le LLCM invite le personnel des services de santé publique à communiquer cette information aux médecins chaque fois que la chose sera possible. Conformément à une recommandation faite lors de la Conférence canadienne de concertation sur la grippe en 1993<sup>(8)</sup>, le LLCM se propose également d'explorer d'autres avenues pour améliorer les programmes de détection précoce de l'activité grippale à l'échelle nationale. Le recours à un réseau de médecins sentinelles chargés de rendre compte et de surveiller l'activité grippale figure au nombre des options envisagées.

Le LLCM encourage également les laboratoires à participer au programme de surveillance des virus respiratoires. Les laboratoires participants sont invités à fournir chaque semaine des données regroupées sur le nombre de cas (confirmés par isolement du virus ou par détection de l'antigène) imputables à des souches du virus de la grippe, au virus respiratoire syncytial, aux virus parainfluenza et aux adénovirus. Le système interactif de traitement de la voix mis sur pied à leur intention devrait se révéler un outil rapide et efficace. Le LLCM a également demandé aux laboratoires participants de lui communiquer chaque mois des données détaillées sur les cas de grippe. Les laboratoires qui souhaitent participer à cet important programme de surveillance sont invités à communiquer avec M. Peter Zabchuk, Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM, au (613) 952-9729. Les personnes qui souhaitent recevoir les rapports de surveillance hebdomadaire n'ont qu'à composer le numéro du service FAXlink du LLCM, soit le (613) 941-3900, à partir d'un télécopieur.

## Remerciements

Nous remercions le personnel des laboratoires participant au programme de surveillance des virus respiratoires d'avoir fourni des données au cours de la saison grippale 1993-1994, ainsi que le Dr J. Weber, Laboratoire de surveillance de la grippe et des exanthèmes viraux, qui nous a communiqué des données sur les souches virales typées au cours de la dernière saison d'activité grippale. Nous sommes également redevables envers les épidémiologistes provinciaux et territoriaux, qui nous fournissent des données sur l'étendue du syndrome grippal dans leur région.

## Références

1. LLCM. *La grippe au Canada : saisons 1990-1991 et 1991-1992*. RMTC 1992;18:137-41.
2. LLCM. *La grippe au Canada : saison 1992-1993*. RMTC 1993;19:152-57.
3. Pyle GF. *Applied medical geography*. New York : Winston-John Wiley, 1979:153-59.
4. CDC. *Influenza A outbreaks - Louisiana, August 1993*. MMWR 1993;40:689-92.

5. Weber JM. *1993-1994 influenza season: Canadian Laboratory diagnoses, strain characterization and post-season serosurvey, Ontario*. CCDR 1994;20:177-80.
6. LCDC. *Influenza B virus strain identification and the rise of influenza A/Beijing/32/92-like strains during the 1992-1993 in Canada*. CCDR 1993;19:148-52.
7. National Advisory Committee on Immunization. *Statement on influenza vaccination for the 1994-1995 season*. CCDR 1994;20:85-92.
8. LCDC. *Canadian consensus conference on influenza*. CCDR 1993;19:136-46.

**Source:** Disease Surveillance Division, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, Ontario.

## International Notes

### INFLUENZA SURVEILLANCE WORLDWIDE

**Chili (9 September, 1994):** The outbreak of influenza which started in Santiago at the end of June reached a peak the third week of July and was over by the end of August. All laboratory-confirmed cases were influenza A and all those further identified were A(H3N2).

**Hong Kong (23 September, 1994):** Influenza A(H3N2) and influenza B viruses continued to be detected in August, but the number of H3N2 isolates decreased. One case of influenza A(H1N1) was also laboratory-confirmed in August.

**New Zealand (31 August, 1994):** Reported influenza continued to increase in August with a peak in the third week and rapid decline since. Laboratory isolations peaked at the end of the month. Health districts in the North Island were affected mostly in August with a shift of localized outbreaks from southern to northern regions. All isolates in August were influenza A(H3N2).

**South Africa (26 September, 1994):** Following a season mainly associated with influenza B, all isolates obtained in August and September were influenza A(H3N2) viruses.

**Source:** WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 69, No 41, 1994.

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. Health Canada 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.

Scientific Advisors: Dr. John Spika (613) 957-4243  
Dr. Fraser Ashton (613) 957-1329  
Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788  
Assistant Editor: Nicole Beaudoin (613) 957-0841  
Desktop Publishing: 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.

To subscribe to this publication, please contact :  
Canada Communication Group - Publishing Tel. No. : (819) 956-4802  
Ottawa, Canada K1A 0S9 FAX : (819) 994-1498

Price per year: \$75.00 + G.S.T. - in Canada; \$97.50 (U.S.) - outside Canada.  
© Minister of National Health and Welfare 1994

5. Weber JM. *Saison grippale 1993-1994 diagnostics portés par les laboratoires canadiens, caractérisation des souches virales et enquête sérologique post-saison (Ontario)*. RMTC 1994;20:177-80.
6. LLCM. *Identification des souches du virus grippal et augmentation du nombre de souches analogues à A/Beijing/32/92 au cours de la saison grippale 1992-1993 au Canada*. RMTC 1993;19:148-52.
7. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1994-1995*. RMTC 1994;20:85-92.
8. LLCM. *Conférence canadienne de concertation sur la grippe*. RMTC 1993;19:136-46.

**Source :** Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa (Ontario).

## Notes internationales

### ACTIVITÉ GRIPPALE DANS LE MONDE

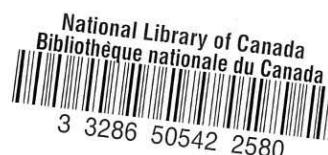
**Chili (9 septembre 1994) :** La flamblée de grippe, qui a débuté à Santiago à la fin juin, a atteint un pic la troisième semaine de juillet pour se terminer à la fin août. Tous les cas confirmés en laboratoire étaient dus au virus A, et ceux qui ont été encore étudiés appartenaient au sous-type H3N2.

**Hong Kong (23 septembre 1994) :** Des virus grippaux A(H3N2) et B ont continué à être détectés en août, mais le nombre d'isolements H3N2 a diminué. Un cas de grippe A(H1N1) a aussi été confirmé en laboratoire au mois d'août.

**Nouvelle-Zélande (31 août 1994) :** Les déclarations de grippe ont continué à augmenter en août, atteignant un pic la troisième semaine et déclinant ensuite rapidement. Les isolements de laboratoire ont atteint un pic à la fin du mois. Les districts sanitaires de l'île du Nord ont été touchés principalement en août, avec un déplacement des flambées locales du sud au nord. En août, tous les isolements ont été des virus A(H3N2).

**Afrique du Sud (26 septembre 1994) :** Après une saison principalement associée à la grippe B, tous les isolements obtenus en août et en septembre ont été des virus A(H3N2).

**Source :** Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 69, n° 41, 1994.



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. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, 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.

Conseillers scientifique :	D' John Spika (613) 957-4243
Rédactrice en chef :	D' Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice adjointe :	Eleanor Paulson (613) 957-1788
Éditrice :	Nicole Beaudoin (613) 957-0841
	Joanne Regnier

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

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

Prix par année : 75 \$ + TPS au Canada; 97.50 \$ US à l'étranger.  
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1994