LA ROUGEOLE
mise à jour

Volume 4 **Numéro 1** **février/mars 1996**

Félicitations!

Toutes nos félicitations au personnel du Service de santé du District de Perth, aux plus de 100 bénévoles de la communauté et des écoles, ainsi qu'au Dre Susan Tamblyn, médecin hygiéniste, grâce à qui ce service de santé a été le premier, au Canada, à terminer la campagne de rattrapage d'immunisation contre la rougeole.

Le 23 février 1996, soit 17 jours après le lancement de la campagne, 90 % des 15 000 enfants d'âge scolaire du district avaient reçu deux doses de vaccin antirougeoleux; les 10 % restants ont accepté de se faire vacciner après la semaine de relâche de mars.

Table des matières

1 *Félicitations! Certaines provinces adoptent un protocole de deux doses de vaccination antirougeoleuse assorti d'un programme complémentaire de rattrapage*

2 *Taux d'anticorps antirougeoleux chez les enfants d'âge scolaire à Terre-Neuve*

3 *Surveillance en laboratoire des cas sporadiques de rougeole au Canada*

4 *Infection par le virus de la rougeole et survenue d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin*

5 *La rougeole au Canada, 1996*

6 *Programme élargi de vaccination*

6 *Annonce*

Actualités

Certaines provinces adoptent un protocole de deux doses de vaccination antirougeoleuse assorti d'un programme complémentaire de rattrapage

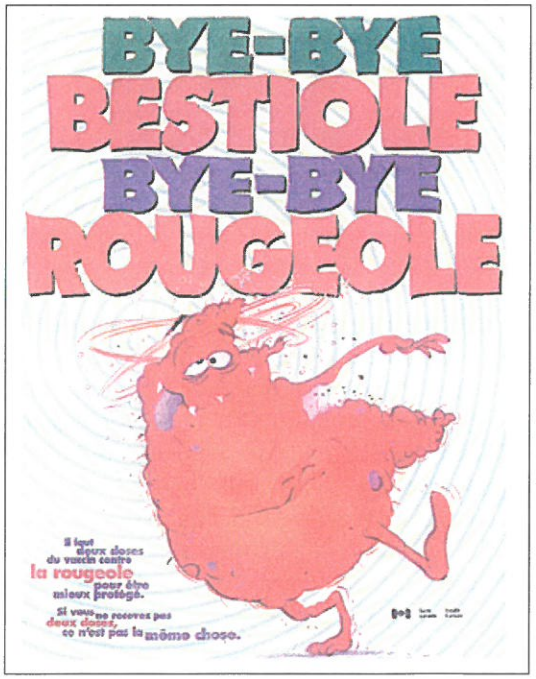
La Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon suivent l'exemple de l'Ontario et du Québec en adoptant un protocole de deux doses de vaccination antirougeoleuse assorti d'un programme complémentaire de rattrapage.

Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, le ministre de la Santé annonçait officiellement, le 25 janvier 1996, la mise en oeuvre d'une stratégie d'immunisation contre la rougeole reposant sur deux doses de vaccin et d'une campagne de rattrapage devant débuter en avril 1996. Les deux programmes seront lancés au même moment. La campagne de rattrapage sera confiée aux infirmières hygiénistes et se déroulera dans les écoles et dans d'autres lieux publics. La campagne visera tous les enfants, à compter de l'âge de 18 mois jusqu'à la fin des études secondaires. Elle fera appel au vaccin antirougeoleux et antirubéoleux (RR).

Île-du-Prince-Édouard

Le 7 février 1996, le ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard annonçait l'introduction d'un protocole de vaccination comportant deux doses de vaccin antirougeoleux, à compter de mars 1996, la seconde dose rougeole-rubéole-oreillons (RRO) devant être offerte aux enfants âgés de 4 à 6 ans, au moment de l'entrée à l'école. Une seconde dose du vaccin monovalent contre la



Matériel promotionnel fourni par Santé Canada

rougeole sera administrée en 1996 à tous les élèves de la première à la 12e année dans le cadre du programme de rattrapage. Cette campagne devrait débuter en mars et se terminer l'automne prochain.

Yukon

Au cours de la première semaine de janvier 1996, le Yukon a mis en place un protocole prévoyant l'administration systématique de deux doses de vaccin, la seconde dose du vaccin RRO devant être donnée à l'âge de 18 mois. Une campagne de rattrapage faisant appel au vaccin antirougeoleux monovalent et visant les enfants d'âge scolaire devrait débuter en mars.

La campagne de rattrapage suit son cours

Ontario

L'Ontario a adopté un protocole prévoyant l'administration systématique de deux doses de vaccin antirougeoleux, la seconde dose du vaccin RRO étant donnée au moment de l'entrée à l'école. Cette campagne de rattrapage s'adresse à tous les enfants d'âge scolaire et fait appel au vaccin antirougeoleux monovalent. La campagne de rattrapage devait démarrer officiellement le 1er février 1996, mais certaines unités de santé se sont mises au travail une semaine plus tôt. Au 20 février, plus de 400 000 enfants avaient été vaccinés. Jusqu'ici, le programme se déroule bien et, comme prévu, aucun effet secondaire grave n'a été signalé. Le taux d'acceptation est > 95 %.

Québec

Dans certaines régions du Québec, le programme de rattrapage qui vise tous les enfants d'âge scolaire et fait appel au vaccin antirougeoleux monovalent a été lancé le 13 février 1996. Il devrait être mis en oeuvre à l'échelle de la province à la mi-mars. L'administration systématique d'une seconde dose de vaccin RRO à 18 mois a déjà été intégrée au calendrier de vaccination courant. Le programme de rattrapage qui s'adresse aux enfants d'âge préscolaire (ceux ≥ 18 mois) débutera plus tard. Il se déroulera de manière progressive et devrait être terminé en décembre 1996.

Les programmes actuels de rattrapage et la campagne prévue protégeront immédiatement environ 75 % de la population canadienne d'âge scolaire.

Rapport préliminaire

Taux d'anticorps antirougeoleux chez les enfants d'âge scolaire à Terre-Neuve

Conséquences pour les stratégies de vaccination antirougeoleuse

S. Ratnam, R. West, V. Gadag, B. Williams, E. Oates, Newfoundland Public Health Laboratory, et Division of Community Medicine, Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland, St. John's (Terre-Neuve)

Dans le cadre des études en cours sur l'immunisation antirougeoleuse, on a procédé en 1995 à une enquête pour examiner la question de l'échec de la vaccination secondaire au moyen d'une étude transversale auprès d'enfants d'âge scolaire.

Au total, 1 075 enfants de 5 à 17 ans (moyenne : 10,5 ans), représentatifs de la population scolaire de Terre-Neuve, ont participé à l'enquête. Tous avaient reçu une dose unique confirmée de vaccin RRO II à l'âge d'un an et aucun n'avait d'antécédents de rougeole. Les échantillons de sérum ont été soumis à des épreuves de détection de l'anticorps antirougeoleux au moyen du test de séro-neutralisation par réduction des plages (SRP)[1]. Bien qu'il n'existe aucune valeur sérologique standard qui soit en corrélation avec l'immunité protectrice, il semble qu'un titre SRP > 120 assure une protection[2]. Les données de l'étude ont été analysées en fonction de ce critère.

Sur les 1 075 enfants, 297 (27,6 %) affichaient des titres d'anticorps antirougeoleux < 120 et ont été considérés comme réceptifs. La proportion des enfants d'âge scolaire réceptifs parmi ceux qui avaient reçu une dose unique de RRO II concorde avec les résultats obtenus au Québec et en Angleterre, malgré les différences dans les groupes d'âge étudiés[3,4]. La proportion des enfants réceptifs par âge (en années) variait de 14,3 % à 35,5 %; toutefois, aucune tendance constante selon l'âge n'a été notée dans les taux de réceptivité. D'après nos études antérieures, ce taux serait d'environ 16 % à l'âge de 18 mois chez ceux qui reçoivent une dose unique de RRO II[5,6].

À ce jour, les données de notre étude viennent corroborer la pertinence du choix récent d'une stratégie d'immunisation à deux doses pour la lutte antirougeoleuse et l'élimination de la maladie; elles indiquent aussi que la deuxième dose devrait être administrée avant l'entrée à l'école, de préférence à l'âge de 18 mois. Les mêmes données font ressortir la nécessité d'envisager entre-temps la mise en place d'un programme de rattrapage massif, afin de prévenir toute épidémie potentielle de rougeole en milieu scolaire. La combinaison des approches mentionnées ci-dessus pourrait éventuellement, si elle est implantée en 1996, éliminer la rougeole indigène au Canada d'ici l'an 2000, date cible fixée par l'Organisation panaméricaine de la santé[7].

Références

1. Ratnam S, Gadag V, West R et coll. Comparison of commercial enzyme immunoassay kits and plaque reduction neutralization test for detection of measles virus antibody. J Clin Microbiol 1995;33:811-15.

2. Chen RT, Markowitz LE, Albrecht P et coll. Measles antibody: reevaluation of protective titers. J Infect Dis 1990;162:1036-42.
3. Boulianne N, De Serres G, Ratnam S et coll. Measles, mumps, and rubella antibodies in children 5-6 years after immunization: effect of vaccine type and age at vaccination. Vaccine 1995;13:1611-16.
4. Miller E, Hill A, Morgan-Capner P et coll. Antibodies to measles, mumps and rubella in UK children 4 years after vaccination with different MMR vaccines. Vaccine 1995;13:799-802.
5. Ratnam S, Chandra R, Gadag V. Maternal measles and rubella antibody levels and serologic response in infants immunized with MMR II vaccine at 12 months of age. J Infect Dis 1993;168:1596-98.
6. Ratnam S, West R, Gadag V et coll. Measles immunization strategy: measles antibody response following MMR II vaccination at one year of age in children born to current cohort of women. Can J Public Health (sous presse).
7. Santé Canada. *Comité consultatif national de l'immunisation : déclaration supplémentaire sur l'élimination de la rougeole au Canada.* RMTC 1996;22:9-15.

Surveillance en laboratoire des cas sporadiques de rougeole au Canada

*Groupe de travail sur les laboratoires de diagnostic des cas sporadiques de rougeole du LLCM**

La Conférence canadienne de concertation sur la rougeole de décembre 1992 a fixé comme objectif d'éliminer la rougeole indigène au Canada d'ici l'an 2005. Cet objectif a été endossé par le Comité consultatif national de l'immunisation et par le Comité consultatif national de l'épidémiologie.

En août 1995, le Bureau de microbiologie du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) demandait à un groupe de travail sur le diagnostic par les laboratoires, des cas sporadiques de rougeole de rédiger des lignes directrices sur la surveillance en laboratoire afin d'appuyer la stratégie d'élimination de la rougeole au Canada et la surveillance des cas sporadiques.

Les principaux éléments de ces lignes directrices sont les suivants :

1. Tous les cas sporadiques cliniques et suspects doivent être confirmés en laboratoire. Un nombre suffisant de cas doit au surplus être confirmé en laboratoire pour que soit établie l'existence d'une épidémie. Cette confirmation devrait se faire soit dans les laboratoires provinciaux, soit dans l'un des laboratoires du Réseau canadien des laboratoires de la rougeole†. Le laboratoire doit communiquer les résultats des tests le plus tôt possible au professionnel qui a envoyé l'échantillon et aux autorités locales de santé publique, sans attendre les résultats des épreuves de confirmation du LLCM.
2. Tous les échantillons de sérum positifs et indéterminés doivent être envoyés au LLCM pour confirmation, par l'entremise des laboratoires provinciaux et territoriaux. Un lot aléatoire de 5 % à 10 % d'échantillons négatifs doit aussi être envoyé. Les échantillons négatifs provenant de tous les patients qui satisfont à la définition de cas clinique doivent également être analysés une seconde fois au LLCM à l'aide du *CDC Capture IgM Assay* (la méthode de choix de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Les échantillons soumis au LLCM doivent être envoyés au **Laboratoire de la rougeole, Laboratoires des virus, LLCM, Immeuble n° 10, Localisateur postal 1001C, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2; tél. : (613) 957-8061, FAX : (613) 954-0207, courrier électronique : jweber@hpb.jwc.ca.**

Patients et volume des échantillons

Au moins 4 mL de sang doivent être prélevés pour une investigation approfondie en laboratoire d'une maladie avec éruption cutanée. Le prélèvement de volumes inférieurs, dans le cas de jeunes enfants, permet une analyse limitée.

Délai de prélèvement de sérum

Un échantillon unique de sérum prélevé de 3 à 28 jours après l'apparition de l'éruption est en général considéré comme acceptable et suffisant pour la détection des IgM. Toutefois, si l'échantillon a été prélevé dans les 7 jours suivant l'apparition de l'éruption et donne des résultats négatifs à la détection de l'IgM spécifique de la rougeole, un deuxième échantillon devra être prélevé dans les 10 à 20 jours suivant la phase aiguë.

Renseignements à fournir avec l'échantillon

Avec chaque échantillon envoyé au laboratoire, il faut fournir au moins les informations suivantes :

Nom et adresse de la personne ou de l'établissement envoyant l'échantillon

Numéro d'identification du patient

Nom du patient

Âge/date de naissance

Sexe

* **Membres :** Dr J.M. Weber (Président), Mme M. Fauvel, Dre M. Fearon, Dr G. Horsman, Dr P. Middleton, Dr M. Petric, Dr J. Preiksaitis, Dr S. Ratnam, Dr B. Ward. **Membres du groupe de liaison :** Dr P. Duclos (BEMT); Dre J. Carlson, Dre M. Douville-Fradet, Dr J. Waters, (ACE); Dr K. Forward (CCT).

† On peut se procurer une liste de ces laboratoires auprès des directeurs des laboratoires provinciaux.

Ville, comté («municipalité»)

Symptômes

Date d'apparition des symptômes

Nature de l'échantillon

Date du prélèvement

Pour les cas confirmés en laboratoire, les renseignements complémentaires suivants doivent être recueillis par le médecin ou les autorités de santé publique :

Date d'apparition de la fièvre

Date d'apparition de l'éruption

Nombre de doses de vaccin antirougeoleux reçues

Date de la dernière vaccination antirougeoleuse

Analyse en laboratoire

Chaque laboratoire analysera les échantillons de sérum en vue d'y détecter les anticorps antirougeoleux de type IgM. Il est également possible de confirmer sérologiquement une infection rougeoleuse en mettant en évidence une élévation importante du titre des anticorps; le premier échantillon de sérum (phase aiguë) est alors prélevé dans les 7 jours qui suivent l'apparition de l'éruption et le second (phase de convalescence) 10 jours après le premier.

Le laboratoire doit aussi faire un test de «dépistage des maladies éruptives» (sérologie IgM pour la rougeole, la rubéole et les infections à HHV-6 et à parvovirus) lorsque les antécédents cliniques évoquent une maladie ressemblant à la rougeole, survenue en dehors d'une période d'épidémie.

Isolement ciblé de virus pendant les épidémies

Pendant une épidémie, il faut prendre les mesures nécessaires pour obtenir des échantillons d'urine ou d'aspirats rhinopharyngés, en vue de l'isolement du virus. Idéalement, il faudrait prélever les échantillons d'urine dans les 7 jours suivant le début de l'éruption, et les aspirats rhinopharyngés dans les 4 jours suivant l'apparition de l'éruption. Les échantillons d'urine doivent être centrifugés et congelés. Si le cas probable est confirmé sérologiquement comme un cas de rougeole, l'échantillon d'urine doit être traité, en vue de l'isolement du virus, dans un laboratoire compétent. Pendant les épidémies, et après entente préalable, le LLCM peut procéder à l'isolement du virus dans les échantillons appropriés.

Les services de santé publique provinciaux et le LLCM doivent être informés de l'isolement du virus. Le LLCM effectuera l'analyse génotypique de l'isolat ou verra à ce que cette analyse soit faite.

Référence canadienne et mise en réseau internationale

Le personnel de laboratoire du LLCM a reçu la formation et les réactifs nécessaires pour effectuer le *CDC Capture IgM Assay*. Les laboratoires analysant les sérums devraient commencer sans tarder à envoyer leurs échantillons au LLCM pour confirmation au moyen de la méthode de capture de l'IgM. Le LLCM fournira des services de référence pour la rougeole au Réseau canadien de laboratoires de la rougeole et participera au Réseau de laboratoires de la rougeole de l'OPS pour les Amériques.

Infection par le virus de la rougeole et survenue d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

P. De Wals, Direction de la santé publique de la Montérégie et Département des Sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke; B. Ward, Centre d'étude sur la résistance de l'hôte, Hôpital Général de Montréal, Université McGill (Québec)

Résumé

Une revue des écrits a été entreprise afin d'évaluer la plausibilité biologique de l'association rapportée entre l'infection par le virus sauvage ou atténué de la rougeole à un jeune âge et la survenue d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin à l'âge adulte. Au total, cinq études microbiologiques et quatre études épidémiologiques ont été publiées sur cette question. La majorité des études positives proviennent d'un même groupe de chercheurs. Il existe, au niveau des lésions inflammatoires de l'intestin de personnes malades, des structures qui évoquent la présence de particules virales, mais les arguments apportés pour reconnaître le virus de la rougeole sont peu convaincants. Les études épidémiologiques, qui tentent de démontrer l'existence ou l'absence de relation statistique entre la survenue d'une rougeole durant la période périnatale ou après une vaccination en bas âge, sont très difficiles à interpréter, vu les biais possibles et la présence de facteurs de confusion mal contrôlés. Que la maladie de Crohn et d'autres inflammations chroniques de l'intestin soient causées par un virus est une hypothèse intéressante qui devrait être étayée par de nouvelles études. Que le virus de la rougeole soit en cause est beaucoup moins probable. Pour l'instant, il n'y a pas lieu d'effrayer les récipiendaires du vaccin en les informant d'un risque très hypothétique et mettre ainsi en péril un programme d'immunisation dont les avantages sont bien démontrés.

La rougeole au Canada, 1996 (en date du 27 février)

Paul Varughese, Division de l'immunisation, Bureau de l'épidémiologie des maladies infectieuses, LLCM (Ottawa)

Entre le 1er janvier et le 27 février 1996, 13 cas ont été signalés, dont 11 en janvier. Ce chiffre est comparable à celui de janvier 1995, où 17 cas avaient été dénombrés. Douze de ces 13 cas ont été signalés en Ontario, et un en Alberta. Pour l'instant, tous les cas n'ont pas été confirmés en laboratoire. Il a toutefois été confirmé, à ce jour, qu'au moins quatre cas (dont le cas de l'Alberta) étaient positifs pour les IgM, et un cas a été confirmé en laboratoire (nature du test non précisée). Le cas signalé en Alberta était un «cas importé» chez une femme adulte, qui a présenté les signes cliniques de la rougeole 2 jours après son retour du Japon. Elle n'avait aucune preuve écrite d'immunisation. Jusqu'ici, on n'a observé aucun cas secondaire en Alberta.

Les 12 cas ontariens ont été signalés par sept bureaux de santé différents. L'âge des sujets atteints s'échelonnait de 1 à 42 ans, l'âge médian s'établissant à 8 ans. Neuf patients, âgés de 4 à 15 ans, avaient déjà reçu une dose du vaccin RRO. L'enfant de 1 an n'avait jamais été vacciné, et l'on ignorait le statut vaccinal de l'un des enfants d'âge préscolaire et du sujet de 42 ans.

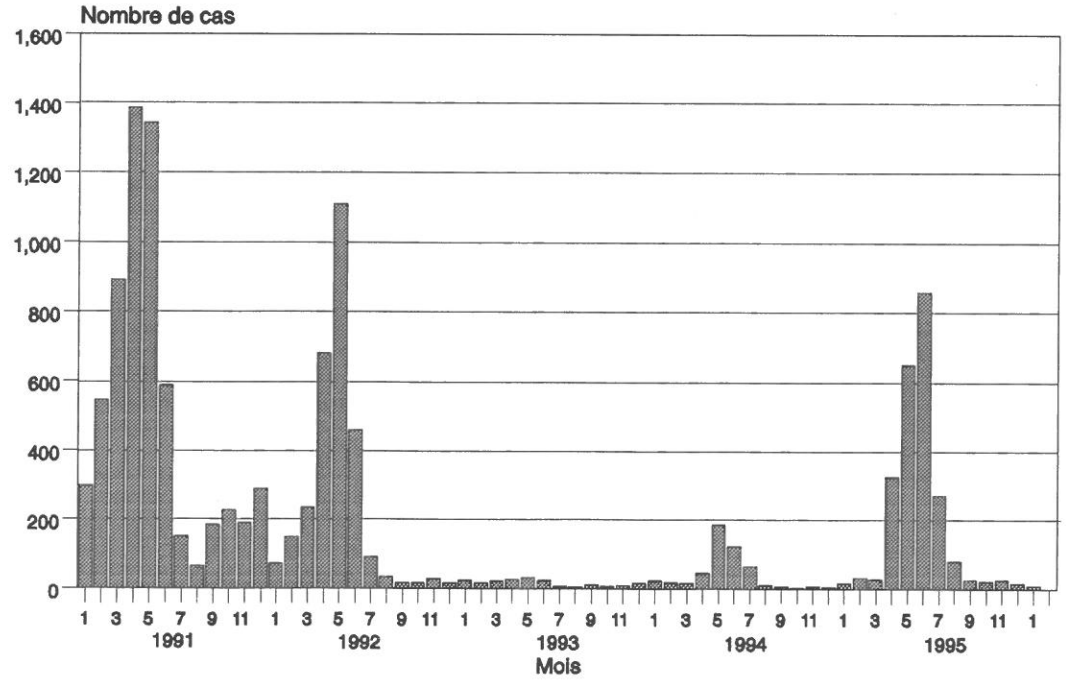
La figure 1 illustre les cas de rougeole déclarés mensuellement au Canada entre janvier 1991 et février 1996. Il convient de remarquer que le caractère saisonnier de la maladie est demeuré pratiquement constant.

Commentaires

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 1995, on a dénombré un total provisoire de 2 348 cas (8 pour 100 000 habitants), soit le total le plus élevé depuis 1992, année où 2 742 cas avaient été déclarés. Dans le dernier numéro de *La rougeole mise à jour* de novembre/décembre 1995, nous avons décrit les caractéris- tiques épidémiologiques des cas signalés en 1995. La tendance actuelle indique que la transmission s'est poursuivie en 1996. Les cas importés de l'étranger ne semblent pas poser un problème important, bien que de tels incidents soient hautement probables tant que tous les sujets susceptibles n'auront pas été immunisés.

Au Canada, il est essentiel d'intensifier la surveillance de la rougeole, en particulier si l'on veut évaluer les progrès accomplis en vue de son élimination. Le système de surveillance devrait en outre être très efficace, de façon à déceler tous les cas et permettre une intervention rapide. Il importe que les déclarations soient acheminées rapidement et soient accompagnées par des données épidémiologiques pertinentes à tous les paliers de gouvernement. Par ailleurs, le milieu international de la santé publique, notamment l'Organisation panaméricaine de la Santé, surveille de près la situation canadienne.

Figure 1
Cas de rougeole déclarés, par mois, Canada, 1991–1996*



* Données provisoires

Remerciements

Nous tenons à remercier de leur aide et de leur coopération précieuses tous les épidémiologistes, les médecins hygiénistes et les autres professionnels de la santé des provinces et territoires, ainsi que les membres du personnel du LLCM.

Programme élargi de vaccination

Rougeole importée des Amériques aux États-Unis, 1990-1994

Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 70, n° 23, 1995

Aux États-Unis d'Amérique, la lutte antirougeoleuse se heurte au problème bien connu des cas de rougeole importés d'autres pays. Ce point a été récemment mis en lumière par la réintroduction de la maladie, due semble-t-il à des cas importés, alors que la transmission autochtone s'était manifestement interrompue au cours de l'automne 1993.

Historiquement, ce sont les pays des Amériques qui ont été le plus souvent à l'origine des cas de rougeole importés aux États-Unis, le Mexique venant en tête. Pendant la période 1980-1985, on signalait aux États-Unis une moyenne annuelle de 108 cas importés d'autres pays, dont 19,7 % du Mexique et 20,6 % d'autres pays des Amériques. Plus récemment, on a assisté en 1990-1994 à un recul progressif du nombre absolu ainsi que du pourcentage de cas importés du Mexique et des autres pays des Amériques.

En 1990, au cours d'un pic d'activité rougeoleuse dans l'ensemble des Amériques, 178 cas sur 255 (69,8 %) ont été importés du Mexique et 53 (20,8 %) d'autres pays des Amériques. Par contre, sur les 50 cas importés notifiés en 1994 2 cas seulement (4 %) étaient originaires du Mexique et seulement 6 (12 %) d'autres pays des Amériques.

Alors que le nombre des cas importés d'autres régions du monde est resté stationnaire ou a augmenté, la quasi-élimination des cas importés des Amériques a entraîné un recul notable du nombre total des cas importés aux États-Unis.

La stratégie adoptée par l'Organisation panaméricaine de la Santé en vue de l'élimination de la rougeole, visant à administrer, lors de campagnes nationales de masse, une dose de vaccin antirougeoleux à tous les enfants d'une classe d'âge donnée, quels que soient leurs antécédents vaccinaux, a fait très largement reculer le nombre des cas de rougeole déclarés dans l'ensemble des Amériques. Le succès de ce programme transparaît dans la réduction du nombre de cas de rougeole importés aux États-Unis et facilitera l'élimination de la maladie. Ces résultats montrent que les bienfaits des progrès enregistrés dans la lutte contre la rougeole au niveau international dépassent les frontières nationales et qu'il faut encore progresser au niveau mondial dans ce domaine pour aider tous les pays à atteindre et maintenir les objectifs d'élimination de la maladie.

Annonce

Conférence nationale sur l'immunisation LA VACCINATION POUR LA SANTÉ : VERS L'ATTEINTE DE NOS OBJECTIFS NATIONAUX

du 8 au 11 décembre 1996
Hôtel Royal York, Toronto (Ontario)

Demande de communications

Cette conférence de 4 jours est organisée par le Laboratoire de lutte contre la maladie et la Société canadienne de pédiatrie avec l'appui de l'entreprise privée. Le thème central de la conférence sera l'immunisation des enfants. D'autres questions telles que l'obtention et l'administration des vaccins, l'éducation, l'évaluation des programmes de vaccination, les dispositions législatives et réglementaires, et les efforts globaux d'immunisation seront traitées. On analysera aussi les progrès réalisés quant aux objectifs nationaux canadiens établis récemment en matière de lutte contre les maladies pouvant être évitées par la vaccination.

Une période de temps sera réservée, pendant la conférence, pour des communications (orales ou par affiches) revues par des pairs et reliées aux objectifs de la conférence. Nous encourageons les services de santé à présenter des communications sur l'éducation et la promotion. La date limite pour la réception des résumés a été fixée au 31 juillet 1996.

Le programme de la conférence a été approuvé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada. Les participants obtiendront ainsi des crédits dans le cadre de la formation médicale continue. Les membres de la Fédération des médecins omnipracticiens du Québec pourront réclamer leurs crédits auprès du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour obtenir d'autres renseignements, des documents d'inscription et des formulaires pour la présentation des résumés, prière de communiquer avec **M. C. Schouwerwou, coordonnateur de la conférence et du comité d'organisation, Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie, L.P. 0603E1, Pré Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2, télécopieur : (613) 998-6413**.

Nous invitons les personnes intéressées à présenter des notes épidémiologiques et des rapports pertinents, étant donné que le succès de cette initiative dépend de l'intérêt et de la collaboration des lecteurs. En ce qui concerne la publication dans le bulletin, l'ordre de priorité sera déterminé en fonction de la pertinence de l'article. Il ne s'agit pas d'une publication officielle, et les opinions de même que les interprétations ne refléteront pas nécessairement la position de Santé Canada. Le bulletin sera distribué gratuitement, et toute personne qui souhaite en recevoir un exemplaire régulièrement doit communiquer avec la Division de l'immunisation, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, Ottawa (Ontario) K1A 0L2; téléphone (613) 957-1340; télécopieur (613) 998-6413.

Éditeurs :
Paul Varughese (613) 957-1344
Philippe Duclos
Division de l'immunisation
FAX: (613) 998-6413

Préparation :
Services de rédaction et de production

Bureau des maladies infectieuses
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2