LA ROUGEOLE
mise à jour

Volume 4 Numéro 2 mai/juin 1996

Actualités

Table des matières

1 *Situation dans les provinces qui lancent une campagne d'immunisation systématique à deux doses de vaccin et/ou un programme de rattrapage*

2 *La rougeole au Canada, 1996*

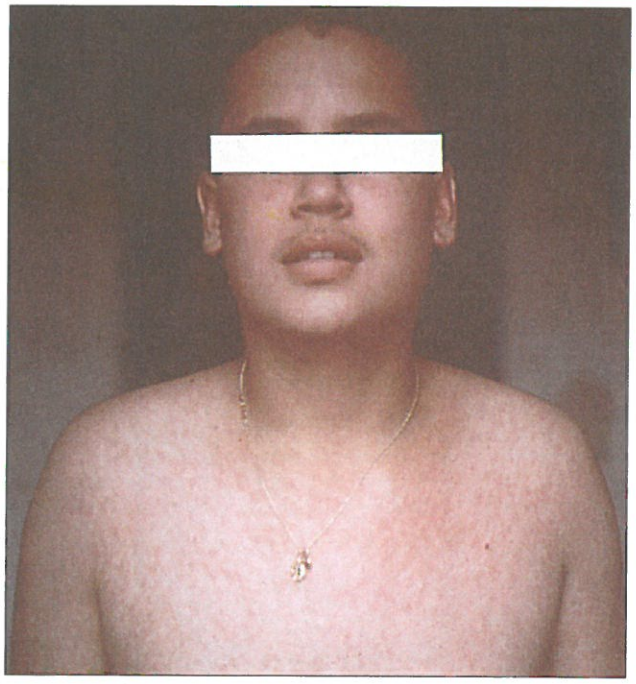
4 *Quatre années sans rougeole !*

5 *La rougeole à son niveau le plus bas dans les Amériques*

Situation dans les provinces qui lancent une campagne d'immunisation systématique à deux doses de vaccin et/ou un programme de rattrapage

Onze provinces/territoires auront lancé d'ici la fin de 1996 une campagne d'immunisation systématique à deux doses de vaccin. La Colombie-Britannique, les Territoires du Nord-Ouest, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Île du Prince-Édouard, le Québec et le Yukon ont déjà commencé ce programme; l'Alberta et la Terre-Neuve vont le faire en juillet, et la Saskatchewan et le Manitoba, à l'automne. Ces 11 provinces et territoires ont annoncé qu'ils utiliseraient le vaccin rougeole-rubéole-oreillons pour la deuxième dose. En Colombie-Britannique, à Terre-Neuve, au Québec, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon, cette deuxième dose sera administrée à l'âge de 18 mois, tandis que dans les six autres provinces, elle le sera entre 4 et 6 ans, avant l'entrée à l'école.

Des programmes de rattrapage s'adressant à tous les enfants d'âge scolaire ont été menés à bien ou devraient l'être d'ici juillet dans les six juridictions suivantes : la Colombie-Britannique, les Territoires du Nord-Ouest, l'Ontario, l'Île du Prince-Édouard, le Québec et le Yukon. Les Territoires du Nord-Ouest et la Colombie-Britannique ont utilisé le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux pour leur campagne de rattrapage, tandis que l'Ontario, l'Île du Prince-Édouard, le Québec et le Yukon ont utilisé le vaccin monovalent contre la rougeole. Dans toutes les juridictions, le taux de tolérance au vaccin est supérieur à 80 %. Les données transmises par les provinces et les territoires au sujet de ces programmes seront publiées dans *La rougeole mise à jour* au fur et à mesure qu'elles nous parviendront. De façon générale, les provinces qui ont inclus les enfants d'âge préscolaire dans leur programme de rattrapage ont eu plus de difficulté à atteindre ce groupe. Dans d'autres juridictions, ce groupe d'âge n'a pas été jugé prioritaire mais il devrait cependant être immunisé d'ici la fin de 1996. Rien d'anormal ou de malheureux n'a été signalé pendant ces campagnes. Le Manitoba et la Saskatchewan envisagent également de lancer à l'automne une campagne de rattrapage plus limité, en utilisant le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux. Celle du Manitoba s'adressera à tous les enfants des écoles élémentaires et celle de la Saskatchewan, aux élèves des 6ème et 8ème années; ces campagnes s'étaleront sur plusieurs années.



Éruption rougeoleuse chez un adolescent
Gracieusement fourni par les Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie, É.-U.

À la lecture de ce qui précède, il est clair que ces campagnes ont été mises en œuvre au bon moment et que les nombreux efforts déployés par les professionnels de la santé, les bénévoles, les responsables scolaires et bien d'autres ont permis d'enrayer rapidement l'épidémie de rougeole que l'on redoutait au Canada.

La rougeole au Canada, 1996 (en date du 31 mai)

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

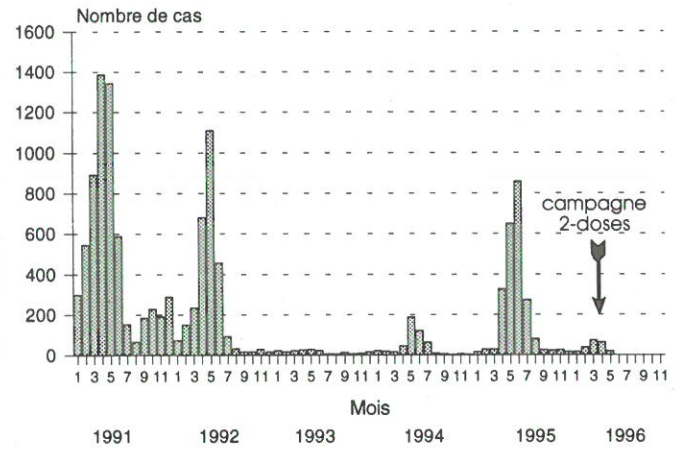
Entre le 1er janvier et le 31 mai 1996, un total provisoire de 245 cas de rougeole ont été signalés au Canada, contre 1 042 pour la même période en 1995, ce qui correspond à une baisse de 77 %. La figure 1 illustre l'évolution mensuelle du nombre de cas signalés depuis janvier 1991. C'est l'Ontario qui a enregistré le plus grand nombre des cas (168, soit 71 %); viennent ensuite le Québec (50 cas), la Colombie-Britannique (14) l'Alberta (sept), puis la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse et le Yukon (deux chacun).

En **Ontario**, 21 des 42 services de santé publique ont signalé des cas de rougeole, dont la majorité (113, soit 67 % du total de 168) dans le comté de Simcoe (population d'environ 310 000 habitants). La poussée infectieuse qui s'y est déclarée à la mi-février a touché des élèves du niveau élémentaire et a duré jusqu'à la fin avril. La plupart des cas sont apparus dans des régions où la campagne d'injection de deux doses, bien que planifiée, n'avait pas encore commencé. Aucun cas de rougeole importée n'a été signalé dans la province.

L'**Alberta** a enregistré un total de sept cas de rougeole, tous confirmés en laboratoire avec IgM positive. Cinq d'entre eux étaient importés et les deux autres étaient reliés à une contamination étrangère. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans qui avait attrapé la maladie au Japon[1]. Les quatre autres cas importés concernaient des élèves contaminés lors de deux voyages scolaires distincts en Europe. Dans le deuxième cas, une élève de 18 ans du niveau secondaire est tombée malade 2 jours après être revenue au Canada d'un voyage en Grèce avec une quarantaine d'autres élèves de son école. Elle avait reçu une dose de vaccin antirougeoleux à Hong Kong en 1978. L'étude du statut de vaccination de l'ensemble du groupe a révélé que les deux tiers de ses compagnons de voyage avaient reçu deux doses de vaccin antirougeoleux à une époque où l'on craignait une épidémie. Presque toutes les autres personnes touchées avaient reçu au moins une dose de vaccin. Il n'y a pas eu de cas secondaires parmi les élèves de l'école avec lesquels elle avait eu des contacts alors qu'elle était contagieuse (soit juste avant l'éruption) ni parmi ses 40 compagnons de voyage. Enfin, dans les trois autres cas, il s'agissait d'élèves de 14 ans qui sont tombés malades au Canada après leur retour d'un voyage organisé par leur école secondaire en Allemagne, en Autriche, en Angleterre et en France. On ignore de quel pays provient la contamination.

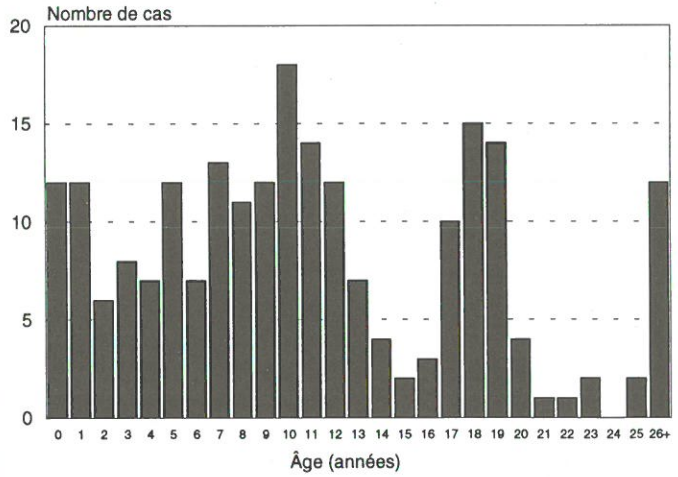
La **Saskatchewan** a enregistré deux cas de rougeole confirmés en laboratoire. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 49 ans (statut de vaccination inconnu, probablement pas vaccinée) dont les symptômes étaient apparus à la mi-janvier. Il n'y a pas eu de cas secondaires. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un garçonnet de 4 ans habitant dans une autre région, qui avait reçu une dose de vaccin et dont les symptômes étaient

Figure 1
Cas de rougeole signalés, par mois, Canada, 1991-1996*
(31 mai)



* Données provisoires

Figure 2
Répartition par âge des cas de rougeole au Canada, 1996*
(1er janvier - 23 mai)



* Données provisoires

apparus à la mi-avril. Aucun lien épidémiologique n'a été établi pour ces deux cas.

Au **Québec**, on a dénombré en tout 50 cas de rougeole (dont 21 ont été confirmés en laboratoire) provenant de huit régions différentes. De ce nombre, 34 sont apparus à Lanaudière, où une poussée infectieuse frappe des étudiants du niveau collégial depuis la mi-avril. La plupart des malades avaient entre 17 et 20 ans et avaient reçu une dose de vaccin antirougeoleux. Dans deux cas au moins, la maladie avait été importée de Belgique et d'Allemagne, les autres cas semblant avoir été sporadiques.

Le **Yukon** a enregistré deux cas de rougeole, avec IgM positive. Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de 14 ans qui avait contracté le virus en Alaska où une poussée infectieuse sévit depuis quelque temps. Dans le second, il s'agissait d'un bébé de 11 mois, dont le domicile est très éloigné du premier cas. Aucun lien épidémiologique n'a pu être établi pour ce dernier cas.

En **Nouvelle-Écosse**, on a signalé deux cas confirmés en laboratoire et concernant des enfants de 9 ans et de 2 ans. Les deux se sont produits en mai. Aucun lien épidémiologique n'a pu être établi pour ces deux cas.

La **Colombie-Britannique** a enregistré 17 cas de rougeole, tous sporadiques. Deux d'entre eux étaient des cas de rougeole importée, l'un du Royaume-Uni, l'autre de la Nouvelle-Zélande. Les autres cas cliniques font actuellement l'objet d'une enquête.

Confirmation en laboratoire

On ne connaît pas encore le statut de tous les cas signalés. Quoi qu'il en soit, au moins 102 cas (43 %) ont été confirmés en laboratoire.

Répartition par groupe d'âge

L'âge des malades variait entre 2 mois et 49 ans (médiane : 10 ans). Les nourrissons représentaient 5 % des cas, les enfants en bas âge (1 à 4 ans), 15 %, les jeunes de 5 à 19 ans, 70 %, et les adultes de 20 ans et plus, 10 %. La figure 2 montre la répartition des cas par âge (intervalle d'un an) mais fait aussi apparaître la structure bimodale de cette répartition si l'on compare l'Ontario (médiane : 9 ans) et le Québec (médiane : 18 ans). Au Québec, 75 % des malades avaient entre 17 et 20 ans.

Données incomplètes sur le statut de vaccination. Dans au moins 48 des cas examinés, le malade n'avait pas été vacciné ou son statut de vaccination était inconnu ou non disponible. Ce chiffre comprend notamment 12 nourrissons de moins d'un an qui ne pouvaient pas encore être vaccinés.

Commentaires

À l'exception de la poussée infectieuse qui a récemment frappé des étudiants du niveau collégial au Québec, le virus de la rougeole s'est jusqu'à présent limité à l'Ontario pendant l'année 1996. La poussée infectieuse qui frappe le groupe des 17 à 20 ans révèle le degré de vulnérabilité des étudiants de cet âge face à cette maladie et ce, pas seulement au Québec.

Les cas de rougeole importée ne constituent pas un problème important au Canada mais il est fort possible que la situation change. Pour l'heure, 10 cas au moins (4 %) ont été importés dans quatre régions (trois provinces et un territoire), tous par des résidents canadiens qui, dans presque tous les cas, avaient reçu une dose de vaccin. Les pays/régions d'origine de la contamination étaient notamment le Japon, les États-Unis, la Grèce, la Belgique, le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande.

Le nouveau programme de surveillance accrue de la rougeole qui vient d'être mis en œuvre au Canada permet déjà de recueillir des données plus actuelles et plus utiles. Il devrait également permettre de mieux comprendre l'évolution de l'épidémiologie de la rougeole au Canada, surtout si l'on tient compte de la campagne d'injection de deux doses de vaccin qui vient d'être lancée et qui va immuniser près de 80 % des enfants canadiens d'âge scolaire.

Selon les données publiées par l'Organisation panaméricaine de la santé, le Canada regroupe 54 % des cas de rougeole signalés dans l'ensemble des Amériques.

On n'a enregistré aucun cas de rougeole chez les personnes qui avaient reçu une deuxième dose de vaccin assez tôt pour acquérir un niveau de protection adéquat.

La fréquence des réactions à la deuxième dose de vaccin est inférieure à ce qui avait été prévu; le vaccin, bien toléré, ne provoque pas de réactions négatives graves. On a souvent constaté des manifestations d'anxiété, surtout chez les élèves plus âgés.

Remerciements

Nous avons beaucoup apprécié l'aide et la collaboration de tous les épidémiologistes provinciaux et territoriaux, des médecins hygiénistes et autres professionnels de la santé, ainsi que du personnel du LLCM.

Référence

1. *La rougeole au Canada, 1996 (en date du 27 février 1996).* La rougeole mise à jour 1996;1:4-5.

Quatre années sans rougeole !

EPI Newsletter, Vol. XVIII, n° 1, 1996 [Organisation panaméricaine de la santé (OPS), Washington, D.C.]

Lors de leur douzième rencontre qui s'est tenue à San Juan, Porto Rico, du 13 au 16 novembre 1995, les directeurs antillais du *Expanded Program on Immunization (EPI) in the Americas* ont pris acte des résultats positifs des programmes de lutte contre la rougeole qui ont été mis en place dans les pays anglophones des Caraïbes. Depuis 4 ans, en effet, on n'y a signalé aucun cas de rougeole confirmé par des tests en laboratoire. Un tel résultat s'explique par le lancement de campagnes de vaccination massives, qui ont permis d'immuniser plus de 90 % de tous les enfants âgés de 9 mois à 14 ans, et par la mise en place de systèmes de surveillance. Les pays anglophones des Caraïbes ont d'ailleurs fait oeuvre de pionniers dans l'élaboration de ces systèmes, tout en garantissant la participation active des groupes communautaires.

Lors de la rencontre, les participants ont accordé une attention spéciale aux systèmes de surveillance, notamment la classification des cas, le diagnostic en laboratoire et la prévention des poussées infectieuses de rougeole. Comme dans les autres pays du continent américain, le souci principal demeure l'augmentation du nombre de réceptifs chez les enfants en bas âge. Les participants se sont donc intéressés aux différentes stratégies de vaccination qui pourraient contrecarrer cette tendance. La stratégie de surveillance de la rougeole, telle qu'elle a été adoptée par ces pays des Caraïbes, consiste essentiellement à surveiller l'augmentation des populations réceptives et à promouvoir des mesures radicales pour éliminer la réceptivité des groupes en question. Figuraient également à l'ordre du jour de la rencontre l'élimination de la rubéole et la surveillance de la polio, actuellement disparue de la région.

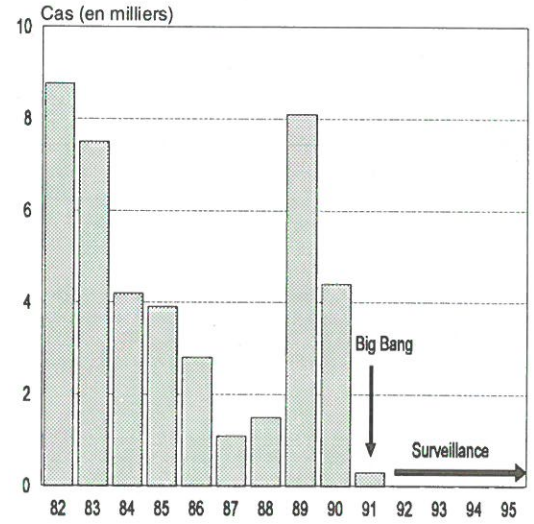
Élimination de la rougeole

Entre 1992 et 1994, les pays anglophones des Caraïbes et le Surinam n'ont enregistré aucun cas confirmé de contamination par la rougeole, nonobstant la mise en place de programmes intensifs de surveillance de cette maladie et l'étude de 888 cas présumés. Le dernier cas confirmé par des tests en laboratoire s'est produit à la Barbade, en 1991 (figure 1).

Entre 1992 et 1994, la hausse des cas d'éruption et de fièvre, observée en début d'année, a régulièrement coïncidé avec la haute saison touristique. Le nombre de ces cas a enregistré un creux en août, alors que le personnel médical était en vacances, pour augmenter à nouveau vers la fin de l'année, pendant la saison des pluies; la dengue était également en progression pendant cette saison.

Au moment de la rencontre de novembre, 300 cas présumés de rougeole avaient été signalés, dont 274 (soit 91 %) avaient fait l'objet d'un premier prélèvement sanguin au *Caribbean Epidemiology Centre* (CAREC) et 110, d'un second prélèvement. Les tests en laboratoire n'ont confirmé, parmi ce nombre, aucun cas de rougeole et ont permis de diagnostiquer 48 cas de rubéole (17,5 %) et neuf cas de dengue (3,3 %).

Figure 1
Cas de rougeole, 1982-1995, dans les pays anglophones des Caraïbes



Source : Rapports soumis au CAREC, par pays.
Big Bang - Campagne de vaccination des enfants âgés de 9 mois à 14 ans.

Comme on l'a mentionné plus tôt, l'augmentation du nombre de réceptifs continue d'être une source d'inquiétude. On a procédé, lors de la rencontre, à une actualisation de ce nombre dans les pays anglophones des Caraïbes. Il en ressort qu'en mai 1996, soit 5 ans après le début de la campagne de «rattrapage», environ 107 000 enfants (25 %) âgés de 1 à 5 ans seront considérés comme réceptifs à la rougeole. Ces chiffres ne tiennent pas compte de la Jamaïque et du Belize, qui ont entrepris des campagnes de «suivi». Les tests sérologiques effectués en Jamaïque en 1995 indiquent un taux séronégatif moyen de 15 % parmi les individus vaccinés. Si ces résultats reflètent la situation des autres pays, le nombre de réceptifs est peut-être encore plus élevé qu'on ne le pense et permet de redouter une grave épidémie.

L'actuelle stratégie d'élimination de la rougeole comporte quatre volets : des campagnes nationales de sensibilisation à cette maladie, l'intensification des programmes de surveillance, le renforcement des programmes de vaccination routinière, et le lancement de campagnes périodiques de «suivi» destinées à éliminer l'augmentation du nombre de réceptifs. La quasi-totalité des pays des Caraïbes, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud ont déjà mis en oeuvre les trois premiers volets de cette stratégie. Le quatrième, soit les campagnes de «suivi», a été mis en oeuvre à Cuba, au Belize, au Brésil, au Pérou et, tout récemment, en Jamaïque et au Guatemala. En 1996, le Chili et presque tous les pays d'Amérique centrale prévoient de lancer ce type de campagnes.

Dans les pays qui ont mis en oeuvre tous les volets de la stratégie d'élimination de la rougeole, la détection d'un cas présumé de rougeole doit déclencher une intensification de la surveillance et de l'examen de chaque cas, ainsi que l'évaluation rapide du taux de vaccination requis et de la nécessité d'effectuer des opérations de «contrôle». Le lancement d'une campagne spéciale de vaccination est d'une utilité limitée après l'apparition de la poussée infectieuse. Cependant, dès qu'un cas présumé ou confirmé est signalé, il faut vacciner tous les enfants à risque âgés de 1 à 14 ans qui ne peuvent pas prouver qu'ils ont déjà été vaccinés.

La surveillance repose avant tout sur les rapports de signalement des maladies (provenant des docteurs, des infirmières, des dispensaires et des hôpitaux), sur les données produites par les laboratoires, sur les statistiques démographiques et sur les taux de vaccination. Le système de surveillance peut aussi s'adapter à des définitions de cas différentes et, de ce fait, intégrer des données relatives à la surveillance de la rubéole et de la dengue. Pendant la rencontre, les participants ont beaucoup parlé de la possibilité de simplifier encore les procédures de diagnostic en laboratoire, notamment en ce qui concerne l'envoi de spécimens aux laboratoires de référence.

Recommandations

Dans le but d'intensifier la surveillance de la rougeole, les pays concernés devraient :

- Redoubler de vigilance dans la région, ainsi que dans les autres parties du monde où la rougeole sévit encore. Si la transmission a été éliminée, l'importation est la seule cause possible de la réapparition de la rougeole, encore faut-il qu'il y ait des populations réceptives. Dix millions de touristes se rendent chaque année dans les Caraïbes, et les habitants de cette région voyagent eux aussi beaucoup. Enfin, la surveillance est d'autant plus difficile qu'elle concerne une maladie devenue rare, que bon nombre de médecins et d'infirmières n'ont même jamais eu l'occasion de constater.

- Soumettre un dossier plus complet lors de l'envoi des spécimens à des laboratoires de référence. Les participants ont recommandé que la PAHO/le CAREC préparent des directives à ce sujet, qui seront distribuées à tous les médecins et écoles de médecine dans les pays membres de la PAHO.

- Élargir le «rayon» de surveillance afin qu'un plus grand nombre de cas présumés puissent être signalés. On a proposé que les pédiatres et autres praticiens privés participent davantage au système actuel de surveillance, puisqu'ils sont les plus susceptibles de diagnostiquer les cas importés. On recommande notamment les mesures suivantes :
  - Rencontrer les pédiatres, surtout ceux qui sont susceptibles de traiter les malades présentant des risques élevés (motifs : migrations, situation géographique ou tourisme). Vérifier qu'ils connaissent bien les procédures de signalement des cas présumés de rougeole.
  - Rencontrer le personnel des cliniques publiques afin de trouver des façons de faire participer les praticiens privés.
  - Organiser des réunions périodiques avec les associations médicales locales afin de leur expliquer le programme et de susciter leur appui.
  - Encourager la collaboration et la participation au système de surveillance, en communiquant, par exemple, les résultats des campagnes de vaccination et des tests de laboratoire. En ce qui concerne la sensibilisation, une fois que tous les pays ont adopté la même définition de cas, ceux qui enregistrent annuellement moins de 10 cas présumés par 100 000 habitants devraient revoir leur système de surveillance afin d'améliorer le dépistage des cas présumés.

La rougeole à son niveau le plus bas dans les Amériques

EPI Newsletter, Vol. XVII, n° 6, 1995 [Organisation panaméricaine de la santé (OPS), Washington, D.C.]

Au 25 novembre 1995, les pays des Amériques avaient signalé 4 551 cas confirmés de rougeole (tant des cas cliniques que des cas diagnostiqués en laboratoire), comparativement à 23 583 en 1994. Il s'agit là de l'incidence la plus faible jamais enregistrée depuis que la rougeole fait l'objet d'une surveillance. La figure 1 indique le nombre de cas déclarés dans la Région de 1980 à 1995.7 Presque tous les pays de la Région ont affiché des taux mini- mums records. Le taux d'incidence annuel était établi provi- soirement à 0,48 cas par 100 000 habitants, ce qui représente une régression de 99 % par rapport aux chiffres signalés en 1980. De plus, en l'espace de plus de 12 mois, on n'a recensé aux États-Unis aucun cas de rougeole importé d'Amérique latine et des Antilles, ce qui montre bien que le phénomène est bien contenu dans ces régions. Les efforts actuels visent à améliorer la surveillance de la rougeole et les diagnostics en laboratoire.

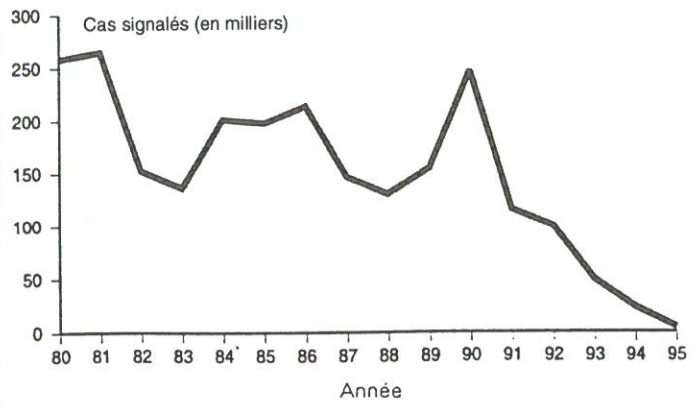
La majorité de tous les cas confirmés, soit 2 266 (49,7 %), ont été signalés par le Canada. L'Équateur en a dénombré 827 (18,6 %). Plus de la moitié de tous les cas confirmés, et près de 80 % des cas confirmés en laboratoire, sont survenus au Canada. La plupart des cas déclarés par le Canada ont été enregistrés en Ontario. Ces deux pays détiennent également les records nationaux pour ce qui est des taux d'incidence (8 cas sur 100 000 habitants, au Canada et 7,2 cas sur 100 000, en Équateur). Parmi les pays qui ont signalé une faible activité rougeoleuse figurent le Brésil et le Mexique ainsi que les États hispanophones et anglophones des Antilles.

Des 41 pays qui présentent à l'OPS des rapports hebdomadaires de surveillance de la rougeole, 21 (51,2 %) n'ont pas déclaré un seul cas confirmé au cours de 1995. Dans ces pays,

714 personnes présentant de la fièvre et une éruption cutanée ont fait l'objet d'une investigation complète, et aucun cas d'infection par le virus de la rougeole, confirmé en laboratoire, n'a été décelé.

En outre, le dernier cas confirmé par un laboratoire remonte à plus de 4 ans, en ce qui concerne les Antilles anglaises, et à plus de 3 ans, pour ce qui est du Chili et de Cuba.

Figure 1
Cas signalés de rougeole dans la Région des Amériques — 1980-1995*



Source : SVI/OPS
* Cas signalés au 25 novembre 1995.

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