LA ROUGEOLE
mise à jour

Volume 3 **Numéro 1** **février/mars 1995**

Table des matières

1 ***La rougeole au Canada, 1994-1995***

3 ***Éclosion de rougeole dans une école secondaire, circonscription sanitaire de Peel (Ontario)***

4 ***Élimination de la rougeole d'ici l'an 2000***

5 ***Campagne de vaccination massive visant à éliminer la rougeole au Royaume-Uni***

7 ***Annonce***

LA ROUGEOLE AU CANADA, 1994-1995 (en date du 14 février)

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

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 1994, on a dénombré au Canada un total provisoire de 518 cas de rougeole (1,80 cas pour 100 000 habitants). Ce chiffre est 2,5 fois plus élevé que celui de 1993 (204 cas), mais nettement inférieur aux chiffres de 1991 (6 178) et 1992 (3 011). Le total annuel de 1993 était le plus faible à avoir jamais été enregistré au Canada. La figure 1 décrit la tendance de l'incidence déclarée, par mois, entre janvier 1991 et janvier 1995. Au cours des quatre dernières années, la plus faible activité rougeoleuse (3 cas) a été signalée en décembre 1994. En 1995, en date du 31 janvier, neuf cas avaient été déclarés.

Le tableau 1 illustre la distribution des cas par province et par territoire en 1994. L'Ontario a déclaré 61,6 % des cas (319 cas ou 2,97 cas pour 100 000 habitants). Le Québec vient au second rang, avec 24,7 % des cas (128 cas ou 1,77 cas pour 100 000 habitants). Neuf des 10 provinces ont déclaré des cas de rougeole, dont le nombre allait de 1, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, à 319 en Ontario.
L'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas déclaré de cas.

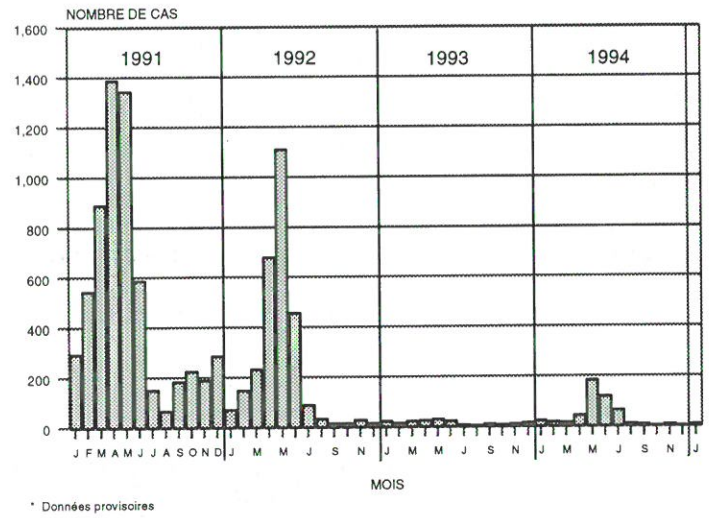
En 1994, quatre épidémies ont été signalées au Canada : deux en Ontario et deux au Québec. Ces épidémies ont atteint un sommet en mai, en Ontario, et en juin et juillet au Québec. Nous avons décrit brièvement ces épidémies dans des numéros antérieurs de *La rougeole : mise à jour* [1,2,3,4].

Environ 25 % des cas déclarés en 1994 ont été confirmés par des épreuves sérologiques.

De façon générale, les caractéristiques épidémiologiques — c.-à-d., la distribution selon l'âge, la possibilité de prévenir la maladie, le statut immunitaire, etc. — des cas de rougeole dont

Tableau clinique de la rougeole
Gracieusement fourni par le Dr J.H. Victor Marchessault

Figure 1
Cas déclarés de rougeole, par mois, Canada, 1991-1995 (janvier)*



* Données provisoires

nous faisons ici état demeurent les mêmes que celles exposées dans le numéro précédent[5].

Au cours de la deuxième moitié du mois de janvier 1995, le Bureau de santé de la région de Peel (Ontario) a signalé une petite éclosion de 8 cas. Tous les sujets atteints étaient des étudiants d'une école secondaire et avaient été vaccinés contre la rougeole après leur premier anniversaire. Cinq de ces cas ont été confirmés en laboratoire par détection des IgM; les autres cas ont fait l'objet d'un diagnostic clinique. À l'exception d'un cas clinique recensé dans une autre circonscription sanitaire de l'Ontario, aucun autre cas n'a été signalé à ce jour par d'autres provinces ou territoires.

Tableau 1
Cas déclarés de rougeole, Canada, 1994

Province/territoire	(Données provisoires)		
	Nombre de cas	%	Taux/ 100 000
Terre-Neuve	5	1,0	0,9
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0
Nouvelle-Écosse	1	0,2	0,1
Nouveau-Brunswick	1	0,2	0,1
Québec	128	24,7	1,8
Ontario	319	61,6	3,0
Manitoba	1	0,2	0,1
Saskatchewan	4	0,8	0,4
Alberta	31	6,0	1,2
Colombie-Britannique	38	5,4	0,8
Yukon	0	0	0
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0
Canada	**518**	**100**	**1,8**

Commentaire de la rédaction

L'activité déclarée de la rougeole au Canada au cours des derniers mois indique que le virus ne touche qu'une région géographique particulière de l'Ontario. Il ne faut toutefois pas exclure la possibilité qu'il se propage à d'autres collectivités à l'intérieur ou à l'extérieur de cette province, en raison de la mobilité de la population et de diverses activités communes. Il est primordial que tous les paliers de gouvernement procèdent à la surveillance constante et à la déclaration rapide des cas si l'on veut éliminer la rougeole.

Vu la faible incidence de cette maladie au Canada, il importe que chaque cas fasse l'objet d'une attention particulière et d'une enquête épidémiologique approfondie.

Soucieux de donner suite aux recommandations de l'OMS/OPS en faveur de la déclaration hebdomadaire des cas et conformément aux vues exprimées lors de la Conférence nationale de concertation sur la rougeole(6), nous vous invitons à contribuer à la déclaration, en temps opportun, de tous les incidents inhabituels ou de toutes les éclosions de rougeole, y compris les cas cliniques reliés au point de vue épidémiologique. À cette fin, veuillez transmettre l'information aux autorités sanitaires de votre province ou territoire, qui l'achemineront ensuite à la Division de l'immunisation des enfants, LLCM (Tél. : 613-957-1344 ou télécopieur : 613-998-6413).

Nous aimerions également recevoir des photos illustrant des signes cliniques de rougeole, accompagnées d'un bref commentaire, afin de les publier dans les numéros futurs de La rougeole : mise à jour.

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 des territoires, ainsi que les membres du personnel du LLCM.

Références

1. Schiedel L, Pollett GL. *Éclosion de cas de rougeole à une école secondaire, London (Ontario), mars à juin 1994.* La rougeole : mise à jour 1994;2(2):3-4.
2. Hukowich A. *Éclosion de cas de rougeole — Warkworth, Ontario, avril à juillet 1994.* La rougeole : mise à jour 1994;2(3):7.
3. Alain L, Bernier S. *Enquête épidémiologique d'une éclosion de cas de rougeole au Québec.* La rougeole : mise à jour 1994;2(3)4-5.
4. Valiquette L, Bédard L. *Éclosion de rougeole dans un groupe religieux — Montréal, Québec (mai à septembre 1994).* La rougeole : mise à jour 1994;2(4):1-3.
5. Varughese P. *La rougeole au Canada, 1994 (au 30 novembre).* La rougeole : mise à jour 1994;2(4):3-5.
6. LLCM. *Conférence de concertation sur la rougeole.* La rougeole : mise à jour 1994;1(1):2-7.

ÉCLOSION DE ROUGEOLE DANS UNE ÉCOLE SECONDAIRE, CIRCONSCRIPTION SANITAIRE DE PEEL (ONTARIO), janvier et février 1995

Brenda Smith, Grace Rylett, Bureau de santé de la région de Peel Brampton (Ontario)

Le 24 janvier 1995, le Bureau de santé de la région de Peel a été informé de la détection en laboratoire d'anticorps de type IgM caractéristiques de la rougeole. Le patient atteint de rougeole était un garçon de 14 ans qui avait consulté son médecin de famille le 18 janvier, se plaignant de symptômes de coryza et de toux. Une éruption est apparue sous forme d'une bouffée congestive du visage le 19 janvier. Le jeune homme, étudiant au secondaire, a passé une demi-journée en classe, pour y subir un examen. Le jour suivant, il a été hospitalisé en isolement parce qu'il présentait de la fièvre et qu'on s'inquiétait du contrôle de son diabète. Il n'avait eu aucun contact connu avec un sujet atteint de rougeole et avait été vacciné après son premier anniversaire, conformément aux recommandations.

Le 1er février, un autre médecin a signalé un cas clinique de rougeole. Le patient, un garçon de 14 ans, avait d'abord consulté son médecin le 28 janvier, souffrant de toux et de coryza depuis 3 jours. Lorsqu'il s'est rendu de nouveau au cabinet du médecin le 30 janvier, il présentait une éruption au visage, et le 31 janvier, cette éruption s'était propagée au reste du corps. Les épreuves de laboratoire ont permis de détecter les anticorps IgM caractéristiques de la rougeole. Le jeune homme fréquentait la même école secondaire que le cas index et avait été immunisé à l'âge de 4 ans. En date du 15 février 1995, 10 cas de rougeole avaient été signalés dans la même école, dont cinq avaient été confirmés en laboratoire.

Couverture vaccinale et mesures prises

Cette école secondaire accueille 2 045 étudiants âgés de 14 à 18 ans. La couverture globale par le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (c.-à-d. avec preuve écrite de l'administration adéquate du vaccin) atteignait 95,5 %. L'évaluation **initiale**, fondée sur les données relatives à l'administration du ROR du Bureau de santé, a toutefois révélé que 1 800 étudiants (88,2 %) avaient été adéquatement vaccinés. Trois étudiants détenaient une preuve d'exemption de la vaccination (immunité antérieure), mais aucun étudiant n'avait été exempté pour des motifs d'ordre religieux ou moral. Le reste des étudiants (242) a été classé dans la catégorie des sujets exclus, parce que le Bureau de santé ne disposait à leur sujet d'aucune preuve écrite de vaccination ni d'immunité antérieure.

Le médecin-hygiéniste, en vertu de l'article 22 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, a recommandé d'exclure de l'école ces 242 étudiants ainsi que tout professeur né après le 1er janvier 1957, qui ne pouvait fournir de preuve écrite de vaccination ni d'immunité. On a mis sur pied une clinique de dépistage et de vaccination de deux jours. Quarante-quatre enfants ont reçu le ROR à la clinique scolaire, et 25 au cabinet de leur médecin. Au cours de cette période, toutefois, 153 des enfants initialement exclus ont été en mesure de fournir une preuve de la date à laquelle ils avaient reçu le vaccin ROR.

On a examiné 80 des quelque 150 enseignants afin de vérifier leur statut immunitaire et 62 des enseignants nés après le 1er janvier 1957. Le tableau 1 résume les données relatives au statut immunitaire et les mesures qui ont été prises. Seulement 24 % des sujets admissibles à la vaccination détenaient une preuve écrite de vaccination. Le vaccin ROR a donc été administré à 63 % des enseignants lors de la clinique scolaire.

Commentaire de la rédaction

Cette éclosion de rougeole semble n'avoir touché qu'une seule école et avoir eu une envergure réduite. Comme c'est souvent le cas, il a été impossible de retracer la source de l'infection chez le cas index. Le présent compte rendu fait ressortir l'importance d'avoir facilement accès à une base de données où seraient compilées les données relatives à l'immunisation tant des élèves que des enseignants.

Tableau 1
Statut immunitaire des enseignants et mesures prises

Nombre de professeurs nés après le 1er janvier 1957	**62**
	Nombre
Ont pu fournir leur date de vaccination	15
Ont reçu le vaccin (ROR) à la clinique scolaire	39
Femmes enceintes dont le statut immunitaire était inconnu (on a procédé au titrage des anticorps)	3
Femmes enceintes et immunisées	2
Sujet opposé à la vaccination pour motifs d'ordre religieux ou moral (non immunisé)	1
Preuve écrite de l'immunité	1
Absent	1
Total	**62**

ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE D'ICI L'AN 2000

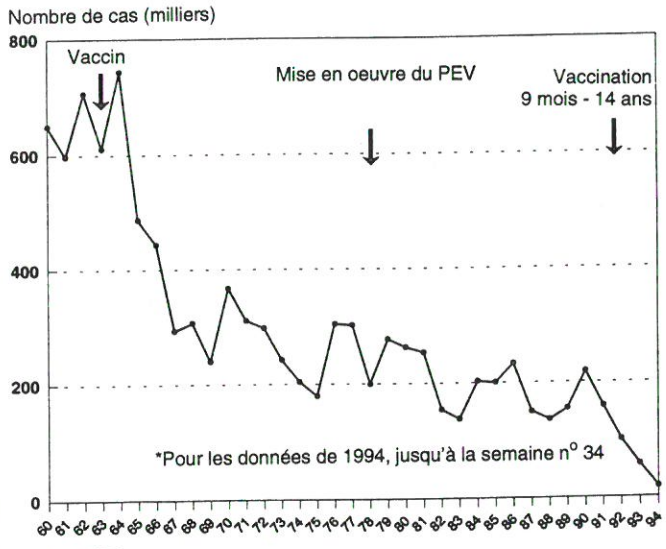
EPI Newsletter (Expanded Program on Immunization in the Americas), Vol. XVI, N° 5, 1994. (Pan American Health Organization (Washington, D.C.)

Vu le succès remporté par la campagne d'éradication du virus sauvage de la poliomyélite dans les Amériques, les participants à la 24e Conférence panaméricaine sur la santé ont convenu de fixer pour objectif d'éliminer la rougeole dans la région d'ici l'an 2000.

Les efforts de lutte contre la rougeole ont débuté dès l'autorisation du vaccin, en 1963. Puis la vaccination s'est répandue et les gouvernements de la région ont commencé à inclure le vaccin dans leurs programmes d'immunisation, de sorte que le nombre de cas déclarés a commencé à chuter de façon marquée entre 1964 et 1969 (figure 1).

En 1970, les ministres de la Santé ont élaboré un plan sanitaire décennal et se sont fixé pour objectif de réduire la mortalité due à la rougeole à 1 cas sur 100 000 cas en 1980. Ce plan ne reposait pas sur une stratégie rigoureuse de lutte contre la maladie et, en fin de compte, l'objectif ne fut pas atteint. Seuls les Bahamas, la Barbade, le Canada, la Chine et les États-Unis y sont parvenus. En 1977, le Programme élargi de vaccination a vu le jour dans les Amériques et la couverture vaccinale avec le vaccin antirougeoleux s'est peu à peu améliorée. Selon les données disponibles, il semble qu'à la fin des années 1970, la couverture vaccinale contre la rougeole n'était pas uniforme dans l'ensemble de la région ni à l'intérieur des pays eux-mêmes. À la fin des années 1980, les données fournies par les différents pays indiquaient que la couverture vaccinale chez les jeunes enfants de 12 à 23 mois variait considérablement, le taux le plus élevé, soit 67 %, étant enregistré dans deux régions du Costa Rica alors qu'à Saint-Domingue, en République Dominicaine, il ne s'établissaient qu'à 31 %. L'utilisation du vaccin dans les programmes d'immunisation s'est accrue au fil des années 1980, et la vaccination des nourrissons de moins de 12 mois avait atteint 53 % en 1984. En 1990, 76 % des bébés de moins d'un an étaient vaccinés contre la rougeole.

Figure 1
Nombre de cas de rougeole signalés dans la région des Amériques, 1960-1994*



Source : OPS

En 1984, cependant, on s'est aperçu que la région connaissait des épidémies cycliques de rougeole tous les 3 ou 4 ans, en dépit de l'augmentation de la couverture vaccinale (figure 1). En fait, des épidémies de rougeole ont été observées dans des pays comme les États-Unis, où la couverture vaccinale est supérieure à 95 %. Ces épidémies ont été causées par la formation de poches importantes de sujets susceptibles au fil du temps parce que certaines personnes n'avaient pas été vaccinées. En outre, on a constaté un changement dans l'âge des cas. En effet, les épidémies de même que les cas sporadiques de rougeole survenaient avec une fréquence accrue chez des personnes plus âgées.

En 1986, Cuba a décidé d'éradiquer la rougeole et, avec l'appui technique de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), a mis en oeuvre une stratégie en vertu de laquelle tous les enfants âgés de 9 mois à 14 ans seraient vaccinés contre la rougeole, indépendamment de leur statut vaccinal antérieur ou de leurs antécédents cliniques. Cette stratégie visait à éliminer les poches de sujets susceptibles qui pouvaient éventuellement former des chaînes de transmission de la maladie. Par la suite, chaque nouvelle cohorte de nouveau-nés devait être vaccinée convenablement, de manière à prévenir la formation de nouvelles poches de sujets à risque.

En 1988, les ministres de la Santé des pays anglophones des Caraïbes ont emboîté le pas à Cuba et lancé une campagne d'élimination de la rougeole faisant appel à la même stratégie. En plus de recevoir une aide technique de la part de l'Organisation panaméricaine de la santé, cette initiative a reçu un appui financier de l'organisation *Rotary International* et de l'Association canadienne de santé publique. Cette stratégie s'est révélée efficace et, peu de temps après, le Chili, le Brésil, le Mexique et l'Argentine ont mis en oeuvre la même stratégie.

Les ministres de la santé des pays d'Amérique centrale et des pays andins ont voté en faveur de l'élimination de la rougeole dans leurs régions respectives. Entre 1992 et 1994, presque tous les pays de la région qui avaient adhéré à l'objectif d'éliminer la rougeole avaient mis en oeuvre la stratégie proposée par l'OPS qui prévoyait la vaccination de tous les enfants âgés de 9 mois à 14 ans, suivie de la surveillance de la maladie et de la

vaccination systématique de chaque nouvelle cohorte de nouveau-nés. Le Canada et les États-Unis se sont également fixé pour objectif d'éliminer la rougeole. Comme on peut le voir à la figure 1, la mise en oeuvre quasi simultanée par les gouvernements de la région de la campagne de vaccination systématique, à l'intérieur d'une période de 2 ans, s'est traduite par une réduction spectaculaire du nombre de cas de rougeole signalés dans la région.

Étant donné le succès remarquable remporté dans la lutte contre la rougeole, la Conférence panaméricaine sur la santé a décidé, lors de sa réunion tenue à Washington, D.C., en septembre 1994, de fixer l'objectif d'éliminer la rougeole de l'hémisphère ouest d'ici l'an 2000.

Notes internationales

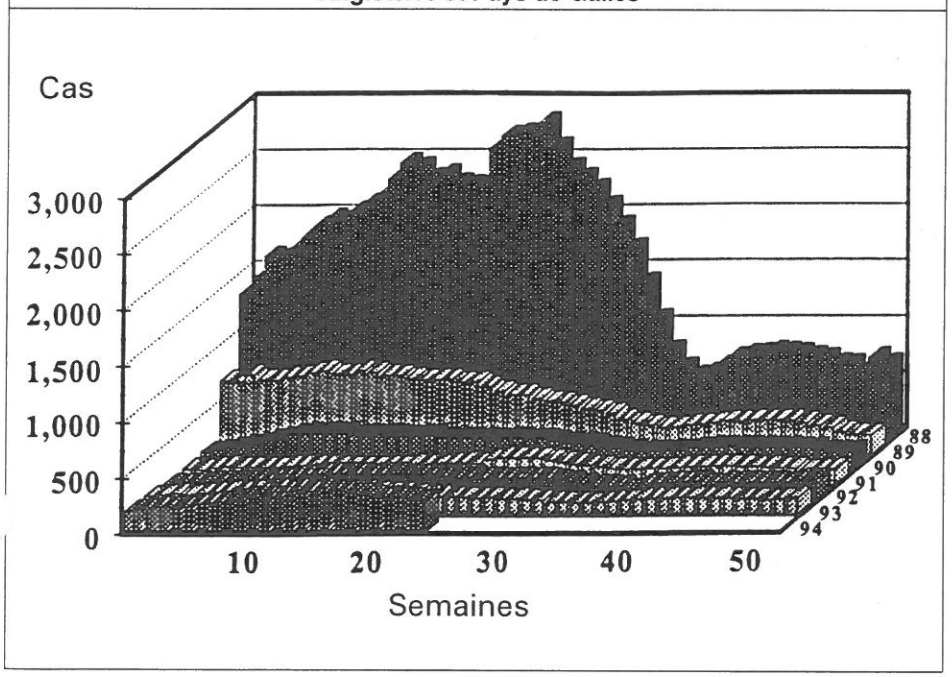
CAMPAGNE DE VACCINATION MASSIVE VISANT À ÉLIMINER LA ROUGEOLE AU ROYAUME-UNI

David M. Salisbury, ministère de la Santé, Londres (Royaume-Uni)

Épidémiologie

Avec l'introduction du vaccin contre la rougeole en 1968, la lutte contre la maladie a fait des progrès considérables à mesure que s'étendait la couverture vaccinale. Avant qu'on entreprenne la vaccination, le pays était frappé par des épidémies de rougeole tous les deux ans, au printemps; les années d'épidémie, jusqu'à 500 000 cas étaient déclarés. C'était chez les enfants de 3 à 5 ans que les cas de rougeole étaient les plus nombreux. Au cours des dernières années, le nombre de cas déclarés a chuté à environ 20 sur 100 000 habitants. On n'a signalé aucun décès lié à la rougeole aiguë depuis 1989; le nombre de décès attribuables à la panencéphalite sclérosante subaiguë (PESS) a décliné progressivement. Les taux actuels de déclaration selon l'âge indiquent que la rougeole se transmet surtout chez les enfants de moins de 2 ans.

Figure 1
Cas de rougeole déclarés entre 1988 et 1994
Angleterre et Pays de Galles



Campagne de vaccination

On a commencé à vacciner contre la rougeole en 1968, mais l'importance de la couverture vaccinale n'a augmenté que très lentement. Il était recommandé d'administrer le vaccin à l'âge de 12 à 15 mois. En 1988, année où la couverture vaccinale nationale atteignait 80 %, on a remplacé le vaccin antirougeoleux à antigène unique par le vaccin RRO. L'introduction du RRO coïncidait avec la recommandation d'administrer ce vaccin à tous les enfants qui se présentaient pour recevoir, avant leur entrée à l'école (vers l'âge de 4 ans), les doses de rappel des vaccins contre la diphtérie et le tétanos et contre la poliomyélite, et cela indépendamment de leurs antécédents de vaccination contre la rougeole. Il n'était pas recommandé que les enfants vaccinés avec le RRO après octobre 1990 reçoivent une deuxième dose de ce vaccin. La campagne de vaccination était soutenue activement par des messages publicitaires réguliers à la télévision et dans la presse; la couverture vaccinale s'est élevée rapidement, pour atteindre environ 93 % au deuxième anniversaire, au cours des deux ou trois dernières années.

Surveillance de la rougeole

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire depuis plus de 50 ans. Chaque district sanitaire déclare de façon hebdomadaire les cas de rougeole qui ont été signalés par les médecins de soins primaires et les pédiatres. Les décès attribuables à la rougeole sont déclarés sélectivement au ministère de la Santé et au *Communicable Disease Surveillance Centre* par l'*Office of Population Censuses and Surveys* (*OPCS*), qui est informé de toutes les déclarations hebdomadaires et de tous

les décès. Des échantillons de sérum anonymes sont prélevés chaque année dans tous les secteurs de la population et sont analysés à des fins séro-épidémiologiques. On a renforcé la surveillance de la PESS par le biais de la *British Paediatric Surveillance Unit*, à qui tous les pédiatres consultants sont tenus de déclarer l'une ou l'autre des douze maladies rares qui font actuellement l'objet de la surveillance. Parmi les autres affections, citons la rubéole congénitale et la paralysie flasque aiguë. La couverture vaccinale contre la rougeole (ou l'administration du RRO) est évaluée trimestriellement pour tous les enfants au deuxième anniversaire. Il est possible d'obtenir les résultats des évaluations de la couverture vaccinale nationale environ deux mois après la date limite de présentation des caractéristiques de la cohorte. Dernièrement, on a réalisé des études visant à évaluer la sensibilité et la spécificité des anticorps salivaires comme méthode de confirmation de la rougeole (des oreillons et de la rubéole) chez les cas déclarés. On étudie actuellement la possibilité d'introduire une analyse des anticorps salivaires, qui serait utilisée de façon systématique à l'échelle nationale.

La situation actuelle

La surveillance continue des données séro-épidémiologiques selon l'âge a permis d'établir qu'il existe un vaste réservoir de sujets réceptifs au Royaume-Uni. L'existence d'un tel réservoir de sujets réceptifs, qui sont pour la plupart de niveau secondaire, est imputable à la fois à la faible couverture vaccinale des années antérieures, qui a diminué mais non interrompu la transmission de la rougeole, et au fait que les sujets ne sont ni infectés ni immunisés. L'étude portant sur l'utilisation des anticorps salivaires comme méthode de confirmation des cas a révélé que les données relatives à la déclaration selon l'âge laissent nettement à désirer. Bon nombre des cas de rougeole déclarés chez les enfants de moins de 5 ans, et en particulier chez les enfants de moins de 2 ans, ne sont probablement pas des cas de rougeole. Ne sont correctement diagnostiqués que les cas de rougeole chez les enfants de niveau secondaire, en particulier les cas groupés au cours d'épidémies en milieu scolaire. Néanmoins, il semble qu'on observe déjà une augmentation inquiétante des cas de rougeole. Si l'on se fie à l'expérience des autres pays européens dont les taux de couverture vaccinale sont élevés, cette augmentation annonce probablement une épidémie prochaine de rougeole.

Il existe en outre deux groupes qui établissent des modèles mathématiques, l'un au *Wellcome Department of Infectious Disease Epidemiology*, à l'université d'Oxford, et l'autre au *Communicable Disease Surveillance Centre*. Tous deux ont eu accès à toutes les données vaccinales antérieures et aux plus récentes données concernant la déclaration, aux données séro-épidémiologiques selon l'âge et aux résultats des données relatives à la déclaration selon l'âge, corrigées afin de tenir compte de la probabilité d'exactitude du diagnostic. Les deux groupes, qui utilisaient deux types de modèles différents, sont arrivés à la même prévision : le Royaume-Uni fera face à une importante épidémie de rougeole dans un proche avenir, à moins que des mesures actives de prévention ne soient prises. Selon les modèles, il y aurait une épidémie de 100 000 à 200 000 cas, qui se solderait par environ 50 décès chez des enfants de niveau secondaire. Les deux tiers des cas surviendraient dans ce groupe d'âge, et l'autre tiers chez les enfants de niveau primaire. On a en outre évalué l'impact d'une gamme de stratégies d'intervention.

À partir des prévisions susmentionnées concernant la survenue d'une épidémie de rougeole, on a procédé à des estimations détaillées des coûts — analyse de la rentabilité de la prévention et des coûts liés à une épidémie. Le coût d'une épidémie de rougeole est environ trois fois plus élevé que celui de la prévention, si celle-ci prend la forme d'une campagne nationale de vaccination de courte durée à l'intention de tous les écoliers de 5 à 16 ans. Les modélisateurs ont en outre examiné l'impact d'une telle campagne sur l'épidémiologie de la rougeole, dans le but d'éliminer la rougeole. La probabilité qu'un tel programme permette d'interrompre la transmission de la rougeole est élevée; si les taux actuels élevés de couverture vaccinale sont maintenus et renforcés soit par une stratégie fondée sur l'administration d'une deuxième dose à tous les enfants au moment de l'entrée à l'école, soit par des campagnes ultérieures de vaccination contre la rougeole, il est alors fort possible que le Royaume-Uni ait tôt fait d'éliminer la rougeole.

La campagne

En novembre 1994, les autorités sanitaires ont amorcé une campagne nationale de vaccination en milieu scolaire afin d'administrer le vaccin RR (contre la rougeole et la rubéole) à tous les enfants âgés de 5 à 16 ans (soit environ 8 millions d'enfants), indépendamment de leur statut vaccinal ou de leurs antécédents de rougeole ou de rubéole. On a choisi le vaccin RR parce qu'il permettra de mettre fin au programme actuel de vaccination contre la rubéole destiné aux écolières de 11 ans, et qu'il permettra de réduire la réceptivité observée actuellement chez les adolescents de sexe masculin. On continuera de dépister la réceptivité à la rougeole chez toutes les femmes enceintes et de vacciner après l'accouchement toutes les femmes réceptives.

Ce sont des équipes d'infirmières, à l'emploi de services communautaires de santé infantile ou recrutées expressément pour la durée du programme, qui ont été chargées de la campagne de vaccination. La vaccination devait s'étendre sur une période d'un mois, dont une semaine était consacrée à la recherche des enfants absents de l'école le jour de la vaccination.

On estime que le coût de la campagne s'établit à 33 millions de dollars U.S. Ce coût englobe la campagne de publicité intensive qui a débuté en octobre, l'achat des vaccins dans le cadre d'un contrat unique et la prestation des services de vaccination à l'échelle nationale.

Conclusions

L'atteinte d'une importante couverture vaccinale au deuxième anniversaire s'est soldée par une chute du nombre de cas de rougeole déclarés au Royaume-Uni. Aucun enfant n'est mort de la rougeole depuis 1989. Il y a toutefois lieu de craindre une épidémie qui risque de frapper la population d'âge scolaire, en particulier les écoliers plus âgés, en 1995.

Une évaluation du coût intégral d'une campagne nationale de vaccination contre la rougeole et de l'épidémie prévue révèle qu'une telle mesure constitue une utilisation rentable des ressources de santé. Ce programme permet non seulement de prévenir une épidémie de rougeole, mais est un premier pas important dans la voie de l'élimination de la rougeole. Le Royaume-Uni est le premier pays industrialisé à avoir recours à une telle campagne de vaccination; il pourrait en outre être le premier pays au monde à introduire un test de détection des anticorps salivaires comme mesure future de surveillance courante de la rougeole.

Annonce

19e CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIMIOTHÉRAPIE

Du 16 au 21 juillet 1995
Montréal (Québec)

Comme 1995 marque le 100e anniversaire de la mort de Louis Pasteur, le congrès de cette année portera sur le thème suivant : "100 ans après Pasteur — une nouvelle ère de chimiothérapie". Les principaux sujets abordés seront les relations entre les maladies infectieuses et le cancer, et les problèmes communs à la prévention et au traitement.

Trois cents conférenciers invités sont attendus des quatre coins du monde et quelque 1 500 résumés devraient être soumis. Un des colloques organisés sera consacré aux vaccins antiviraux; C.J. Clements, de la Suisse, présentera notamment un exposé sur les perspectives d'élimination et d'éradication de la rougeole par la vaccination.

Pour obtenir plus de renseignements et pour s'inscrire, il suffit de s'adresser au **Secrétariat du 19e CIC, 205 ouest, avenue Viger, bureau 207, Montréal (Québec), Canada, H2Z 1G2. Tél. : (514) 871-1995 ou télécopieur : (514) 871-2870.**

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 des enfants, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, 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 des enfants
FAX: (613) 998-6413

Préparation :
Services de rédaction et de production

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

NOTES