

▷ [Retour au sommaire](#)

## **Stratégies de surveillance de la rougeole au Canada dans le cadre de la politique d'élimination**

**Ph. Duclos**

Compte tenu de différences fondamentales avec la France dans l'organisation des systèmes de santé, il importe de préciser que bien que le gouvernement fédéral canadien ait pour mandat d'améliorer la santé des canadiens, l'administration des programmes de santé est une responsabilité provinciale et territoriale. De fait les provinces et territoires jouissent d'une large autonomie rendant le rôle normatif et le leadership du gouvernement fédéral difficile.

Le programme de vaccination systématique comportant l'administration d'une dose de vaccin, mis en place au Canada au milieu des années 60, a eu des effets très positifs sur l'incidence de la rougeole. Il a entraîné une diminution du taux d'incidence de plus de 95 % par rapport aux taux en vigueur avant l'introduction du vaccin. On enregistrait en effet de 300 000 à 400 000 cas de rougeole par an au Canada avant la vaccination. Plusieurs épidémies de rougeole survenues au Canada ont mis en évidence les lacunes du programme prévoyant une seule dose du vaccin : une au Québec en 1989, au cours de laquelle 10 184 cas ont été signalés, et une en Ontario en 1991, où l'on a enregistré 5 283 cas. Le nombre réel de cas était sans doute beaucoup plus élevé, puisque le taux de déclaration n'aurait été que de 25 à 30 %. Bien qu'au cours des dernières années la couverture vaccinale avec une dose de vaccin antirougeoleux soit demeurée stable, à environ 96-97 % chez les enfants de deux ans, ces épidémies ont persisté surtout chez les enfants d'âge scolaire, même dans des populations où le taux attesté de vaccination atteignait presque 100 %. La propagation du virus est sans doute due à la faible proportion d'enfants qui n'ont pas eu de réponse immunitaire à la première vaccination. Au fil du temps, il a fallu se rendre à l'évidence qu'un programme de vaccination systématique prévoyant l'administration d'une dose après 12 mois ne permettrait pas d'atteindre l'objectif de l'élimination de la rougeole indigène, en raison de l'extrême contagiosité de cette infection. Cette constatation a été fortement corroborée par les expériences vécues dans d'autres pays. Dans les populations où le taux de vaccination est élevé, les épidémies sont généralement espacées, frappent environ 1 à 5 % de la population des enfants d'âge scolaire et gagnent une partie des enfants d'âge préscolaire. Les mesures de lutte, comme l'éviction du milieu scolaire et les campagnes d'urgence de revaccination de masse provoquent énormément de perturbation, sont coûteuses et d'une efficacité limitée. L'examen des données de la surveillance nationale de la rougeole montre que les taux d'incidence maximum s'observent chez les enfants scolarisés (de 5 à 19 ans) et chez les enfants de moins de 1 an. Depuis 1970, on observe une augmentation lente mais régulière de la proportion des cas survenant chez des individus de plus de 15 ans. La majorité des cas (environ 75%) surviennent toujours chez des enfants âgés de 5 à 15 ans et 83% des cas surviennent chez des individus vaccinés. Bien que des cas de rougeole surviennent tout au long de l'année, la rougeole présente une forte et constante allure saisonnière au Canada, avec un début d'augmentation en avril et des pics d'incidence très marqués en mai et juin, suivis d'une nette diminution de la maladie en juillet. Il est aussi à noter que si au niveau canadien des pics épidémiques tendent à survenir avec une certaine régularité, au niveau de chaque province et territoire, bien que des épidémies soient observées dans chacune d'elles, l'intervalle de temps entre les épidémies est relativement variable et les épidémies ne surviennent pas toutes au même moment rendant une surveillance par systèmes sentinelles illusoire.

En 1992, une Conférence nationale de consensus sur la lutte contre la rougeole a été organisée pour développer des objectifs nationaux et pour déterminer la meilleure stratégie pour atteindre ces objectifs selon 4 thèmes principaux : la lutte contre les épidémies, les coûts, la surveillance/épidémiologie, et les aspects liés aux vaccins. Bien que les participants de la conférence (incluant des représentants de toutes les provinces et territoires, du gouvernement fédéral, des organismes professionnels, de l'industrie et des experts) aient souscrit à l'objectif de l'élimination de la rougeole indigène au Canada d'ici l'an 2005, ce qui passait par l'introduction d'une deuxième dose de vaccin antirougeoleux dans le calendrier régulier, la situation a très peu évolué. L'accent a été mis sur d'autres aspects des programmes de vaccination, ce qui s'est fait au détriment de l'instauration, au Canada, d'un programme de vaccination antirougeoleuse comportant deux doses. Pourtant l'objectif national d'élimination avait été entériné par le Comité Consultatif National sur l'Immunisation (CCNI) et les diverses organisations professionnelles médicales.

En 1995, alors que la population canadienne ne représentait que 3,6 % de celle de l'ensemble du continent américain, le Canada comptait 40 % de tous les cas déclarés et près de 80 % de tous les cas confirmés. Tous les autres pays du continent américain avaient récemment mené des campagnes de vaccination de masse extrêmement efficaces contre la rougeole ou, en ce qui concerne les Etats-Unis, implanté depuis plusieurs années un programme prévoyant l'administration systématique de deux doses. C'est l'approche empruntée au Canada qui a été la moins concluante. En comparaison de 1993, année où l'on a signalé 204 cas, soit le taux d'activité rougeoleuse le plus faible jamais enregistré au Canada, le nombre de cas n'a cessé d'augmenter, passant à 512 en 1994 et à 2 362 en 1995.

En 1995, une analyse de la situation au Canada indiquait que le nombre d'enfants non protégés dans chaque province était tel qu'une épidémie pourrait se déclarer à n'importe quel moment. Il en ressortait également qu'en l'absence d'une intervention, on pouvait s'attendre, dès avril 1996, à une épidémie qui donnerait lieu à plus de 20 000 cas, 2 000 complications et plusieurs décès. D'après des modèles mathématiques et une étude fondée sur la méthode Delphi, la population comptait suffisamment de sujets réceptifs pour que l'on enregistre en moyenne 12 800 cas de rougeole par an. Des modèles mathématiques prévoient aussi que l'administration d'une seconde dose uniquement aux jeunes enfants n'éliminerait pas la rougeole avant 10 à 15 ans et serait incompatible avec l'objectif de l'élimination de cette maladie. Le seul moyen d'éviter les épidémies prévues et de prévenir quelque 58 530 autres cas de rougeole et plusieurs décès par an, était la mise en place d'une campagne nationale de rattrapage. Les analyses coûts-bénéfices indiquaient que ces programmes permettraient de réaliser des économies de plus de 2,5 \$ pour chaque dollar investi. C'est cette situation qui a incité les instances politiques provinciales à souscrire officiellement à leur tour, en décembre 1995, à l'objectif de l'élimination de la rougeole à l'échelle nationale.

En août 1995, au cours d'une réunion extraordinaire, le CCNI a réaffirmé sa détermination à promouvoir l'objectif de l'élimination de la rougeole, objectif auquel adhèrent tous les pays du continent américain. Le comité a également confirmé sa recommandation concernant la nécessité d'offrir systématiquement une seconde dose de vaccin antirougeoleux, au moins un mois après la première dose, pour augmenter le plus possible la protection vaccinale. On pourrait, par exemple, la donner avec la série de vaccins prévus à 18 mois ou, avec les vaccins donnés avant l'entrée à l'école, à l'âge de 4 à 6 ans ou, entre ces deux âges, à tout moment jugé opportun. Le CCNI recommande en outre que, pour accélérer les choses, la seconde dose soit administrée dans le cadre de campagnes de rattrapage spéciales visant tous les enfants et les adolescents ayant déjà reçu la première dose. Toute campagne de rattrapage doit viser principalement les enfants d'âge scolaire puisque c'est dans cette population que l'on a enregistré la plus forte proportion de cas lors des épidémies survenues récemment au Canada et parce que cette clientèle est la plus facile à joindre et à desservir.

Pour donner suite à la recommandation du CCNI, Santé Canada a encouragé la tenue, sur une courte période, d'une campagne de rattrapage de masse suivie de l'administration systématique de deux doses. Toutes les provinces (entre janvier 1996 et avril 1997) ont depuis mis en place un programme de vaccination à deux doses. La deuxième dose est administrée à 18 mois dans 8 juridictions et à 4-6 ans dans 4. Une province utilise le vaccin rougeole-rubéole et toutes les autres le ROR pour la deuxième dose. Les campagnes de rattrapage ont essentiellement été mises en place dans les écoles par les infirmières de santé publique. Six provinces/territoires ont terminé une campagne de rattrapage de tous les enfants scolarisés (couverture de plus de 90%). Deux de ces provinces ont étendu le rattrapage aux enfants d'âge préscolaire dès 18 mois. Trois autres provinces ont débuté ou terminé un rattrapage plus limité (soit prolongé sur 3 ans, soit mettant en jeu seulement les enfants du primaire, soit seulement les enfants du primaire et de la première partie du secondaire). Pour ces campagnes, 5 provinces ont utilisé le vaccin contre la rougeole et 4 le vaccin associé rougeole-rubéole. Seules trois des douze juridictions canadiennes n'ont pas encore mis en place de campagne. Ces campagnes ont visé environ 90% des 5 millions d'enfants scolarisés et déjà près de 4 millions d'enfants ont été vaccinés ce qui en fait la première initiative nationale d'une telle ampleur qui n'ait jamais eu lieu au Canada. L'effet a été immédiat : trois épidémies qui se préparaient au début de 1996 dans trois provinces ont été enrayerées. Seuls 327 cas de rougeole ont été signalés pour 1996 ; ils sont survenus essentiellement avant la tenue des campagnes de rattrapage dans les provinces les plus importantes. De très rares cas ont été observés après mai et la transmission de la maladie semble avoir cessé fin 1996. Au total, en 1996 on a recensé 12 cas attribués à un virus importé principalement de l'Europe. Dans les provinces qui n'ont pas encore mis en œuvre des campagnes de rattrapage, le nombre de sujets réceptifs d'âge scolaire demeure assez élevé pour alimenter des épidémies dues à un virus importé. La forte activité rougeoleuse enregistrée au début de 1996, où l'on a signalé 2,5 fois plus de cas qu'au cours de la période correspondante en 1995, et le nombre d'amorce d'épidémies indiquent que les prédictions concernant la possible survenue d'une importante épidémie après avril 1996 étaient sans doute justes. Les campagnes provinciales sont arrivées à point nommé. Début 1997, suite à l'importation, une épidémie est survenue dans la population adulte essentiellement en milieu universitaire dans la province de Colombie Britannique. Cette épidémie a été contrôlée par l'extension de campagnes de rattrapage avec une deuxième dose de vaccin antirougeoleux à près de 300 000 adultes en communautés. Cette épidémie a néanmoins eu le temps d'atteindre l'Alberta, province où une campagne de masse n'avait pas encore été mise en place, et à se propager dans les populations d'âge scolaire. Une prompt réaction de la province avec mise en place de campagne de vaccination des enfants scolarisés a permis de juguler l'épidémie. Au 20 juin, près de 550 cas de rougeole ont été déclarés pour 1997.

Un ensemble d'activités d'évaluation des campagnes de rattrapage et de leur impact a été mis en place incluant :

- des activités de surveillance actives des maladies non seulement de la rougeole mais aussi de la rubéole et rubéole congénitale et une surveillance passive des oreillons. En ce qui concerne la rougeole, il y a eu mise en place d'un système de déclaration avec contact hebdomadaire avec les provinces/territoires et mise en place d'un réseau de laboratoires ;
- des activités de surveillance des effets secondaires des vaccins en utilisant la déclaration spontanée renforcée, le système de surveillance en hôpitaux pédiatriques (IMPACT), des projets spéciaux de surveillance active dans certaines provinces, et le Comité d'évaluation de la causalité des effets secondaires ;
- l'évaluation du déroulement et du coût des campagnes (le coût global a été estimé à 8,30 \$ par enfant visé) ;
- l'évaluation de l'atteinte des objectifs de vaccination et ;
- l'évaluation des activités de promotion.

Un Groupe de travail national sur l'élimination de la rougeole a été constitué dont le mandat est de :

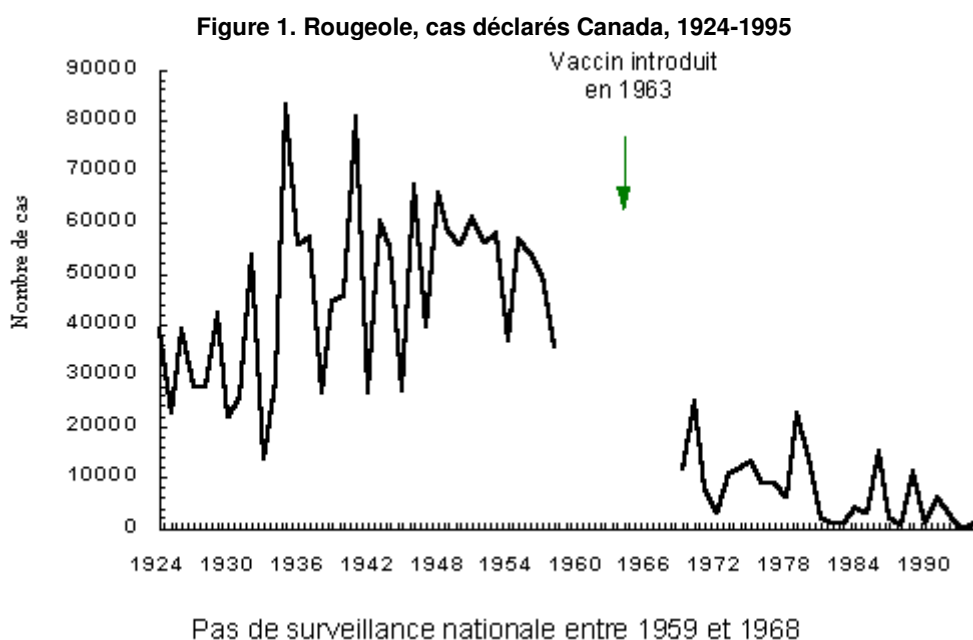
- développer des outils pour savoir où en est le Canada vis-à-vis de l'élimination de la rougeole ;
- développer un protocole national de surveillance ; et
- proposer sa mise en œuvre nationale.

Une première réunion du comité s'est tenue en octobre 1996 pour discuter de la documentation de la couverture vaccinale contre la rougeole, de la surveillance améliorée, particulièrement en ce qui concerne les aspects liés au laboratoire, de la lutte contre les épidémies et des priorités en matière de recherche. Le comité a insisté sur le besoin d'une surveillance active de la rougeole et sur celui d'une définition de cas suspect (problème de définition clinique quand les médecins voient les enfants le premier jour de l'éruption). Le comité a aussi recommandé la mise en place d'un système de surveillance des maladies fébriles éruptives et souligné la nécessité de la déclaration des épidémies. Quand doit-on mettre en place une surveillance agressive pour la rougeole et quand est-elle acceptable ? Il s'agit d'une question importante et à laquelle le Canada a été confronté à de multiples reprises avec le problème des conflits de priorités dû aux ressources limitées et à celui du manque d'intérêt. Il est d'important d'avoir des objectifs nationaux d'élimination clairement énoncés pour justifier et rendre acceptable une surveillance active. De plus, cette surveillance est facilitée par un niveau avancé de contrôle résultant en un faible nombre de cas. Enfin, la mise en œuvre de mesures de contrôles justifie aussi la déclaration.

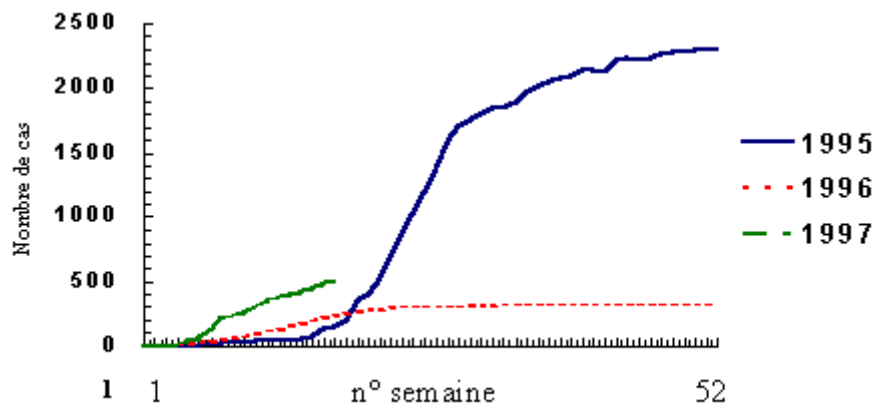
Au cours d'une réunion ultérieure, le groupe de travail a défini des lignes directrices pour le soutien laboratoire à la surveillance de la rougeole en définissant les aspects particuliers de la surveillance en laboratoire et les méthodes à utiliser sur le plan sérologique et virologique ainsi qu'en définissant le rôle de la santé publique et le rôle du laboratoire. Ces lignes directrices sont en voie de distribution aux intervenants de santé publique. Les lignes directrices précisent les éléments clés suivants d'un soutien laboratoire efficace pour la surveillance de la rougeole :

- les professionnels de santé sont au fait du système et de ses implications ;
- les prélèvements adéquats doivent être réalisés et acheminés à un laboratoire capable de réaliser les tests nécessaires ;
- du matériel fiable doit être utilisé et les tests doivent être correctement mis en œuvre ;
- une rétro information ponctuelle doit être fournie aux autorités intéressées ;
- l'intégrité du système de surveillance doit être évaluée.

Les lignes directrices soulignent l'importance du diagnostic sérologique pour tout cas suspect de rougeole pour tous les cas isolés ainsi que pour un certain nombre de cas dans un contexte épidémique et définissent des critères précis relativement à la réalisation des prélèvements et aux tests à utiliser (recommandation du kit commercial de Behring et de la méthode de référence ELISA par capture développée par le CDC). Les prélèvements salivaires ne sont pas utilisables au Canada car la méthode n'a été validée qu'avec le radio-immunoassay lequel pour des raisons de manipulation des composés radioactifs n'est pas d'utilisation pratique au Canada. Les lignes directrices recommandent aussi la réalisation systématique de prélèvements d'urine pour fin de recherche virologique pour identification et séquençage du virus afin de pouvoir retracer l'origine des importations et de la survenue de cas et collaborer à l'éradication mondiale de la rougeole.



**Figure 2. Rougeole, distribution cumulée hebdomadaire du nombre de cas déclarés, Canada, 1995-1997**



[▷ Retour au sommaire](#)

[▷ Stratégies de surveillance de la rougeole dans le monde](#)

Mise à jour le 13 mars 1998

CONTACTS 