



INFORMATION

Dans le cadre de la campagne nationale d'information sur les vaccinations et en particulier pour motiver le corps médical à la généralisation de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, la lettre suivante a été adressée à tous les médecins.

Ministère de la Solidarité,
de la Santé
et de la Protection sociale

Caisse nationale
de l'assurance maladie
des travailleurs salariés

Cher confrère,

Comme vous le savez, la rougeole, la rubéole et les oreillons peuvent avoir des conséquences graves à la fois pour les individus et pour la collectivité.

L'organisation mondiale de la santé a pris en 1974 l'initiative de mettre en place un programme élargi de vaccination contre ces maladies. En janvier 1989, les instances européennes de l'O.M.S. ont fixé des objectifs précis pour nos pays :

- dans les deux ans, il faudrait atteindre une couverture vaccinale de 90 % pour les pays utilisant déjà le triple vaccin rougeole, rubéole, oreillons;
- d'ici à 1995, aucun cas de rougeole autochtone ne devrait être enregistré;
- d'ici à l'an 2000, la rubéole congénitale devrait être éliminée.

Ces objectifs sont ambitieux mais réalistes. Pour les atteindre, nous disposons d'une arme efficace : la vaccination. En effet, la vaccination triple contre la rougeole, les oreillons et la rubéole a été introduite dans 16 pays européens. Mais, en France, la couverture vaccinale contre ces trois maladies n'est pas satisfaisante.

C'est pourquoi les pouvoirs publics et la Caisse nationale de l'assurance maladie ont décidé d'entreprendre une campagne nationale de vaccination. L'objectif des pouvoirs publics, à moyen terme, est l'élimination de la rougeole, de la rubéole congénitale et des oreillons et à court terme **une couverture vaccinale de 95 % de la population des enfants de moins de 2 ans garçons et filles.**

Pour atteindre les objectifs européens d'ici à 1995, il nous faut aussi étendre notre couverture vaccinale aux enfants non encore protégés et adopter une **stratégie « de rattrapage » pour les enfants de 2 à 6 ans.** En associant à ce rattrapage par le vaccin rougeole-rubéole-oreillons, une stratégie spécifique de vaccination contre la rubéole chez les **filles de 11-13 ans** et chez les **femmes séronégatives**, nous pourrions en 6 à 7 ans éliminer la transmission de la rubéole.

Les médecins traitants jouent un rôle très important pour la promotion des vaccinations. Ce sont eux qui pratiquent 80 à 90 % des vaccinations. Les enquêtes réalisées depuis 1983, date de lancement d'une campagne rougeole-rubéole, le confirment. En effet, 60 % des parents n'ont pas fait vacciner leur enfant car, cette vaccination, non obligatoire, ne leur avait pas été proposée par leur médecin. Rappelons qu'en France, il existe un système vaccinal comportant certaines obligations (diphtérie, polio, tétanos, B.C.G.) et des vaccinations recommandées, comme celles de la rougeole, de la rubéole et des oreillons.

Une couverture vaccinale de 95 % de la population contre ces maladies offre donc des avantages réels aussi bien pour les individus que pour la collectivité. Néanmoins, certains professionnels de la santé, en raison du caractère non obligatoire de cette vaccination, hésitent encore à la recommander.

Plutôt que de rendre obligatoire cette vaccination, il a paru plus opportun d'informer et de convaincre le public de son intérêt. Cette démarche est de nature à susciter une prise de conscience de la responsabilité de chacun à l'égard de sa santé et de la Santé publique. Dans cette perspective, une vaste campagne d'incitation à la vaccination va être lancée prochainement.

Le pari qui est fait sur la généralisation de la triple vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons en France est un pari basé sur la responsabilité, la force de l'information et de la communication. Ce pari, les autorités de santé publique ont décidé de la gagner avec vous, acteur principal de la campagne nationale de vaccination, en s'assurant de l'adhésion massive et du soutien de tous les professionnels de la santé des secteurs libéral et public.

Sans attendre le début de cette action, un dossier sur la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole a été réalisé à votre intention : vous le trouverez ci-joint.

Cette action de prévention bénéficie du financement de l'assurance maladie du régime général puisque la vaccination est remboursée par toutes les caisses tandis que les campagnes d'information sont financées par le Fonds national de prévention de la CNAMTS.

C'est dans ce cadre que vous allez être l'acteur principal de cette campagne nationale de vaccination.

Veuillez croire, cher confrère, à nos sentiments distingués.

Le directeur général de la Santé,
au ministère de la Solidarité, de la Santé
et de la Protection sociale,

Professeur J. F. GIRARD

Le médecin-conseil national
de la Caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés,

Professeur C. BÉRAUD

Listériose humaine : enquête épidémiologique de deux épisodes épidémiques en France, en 1988 et 1989

F. LEMAGNY*, I. REBIERE*, J. ROCOURT** et B. HUBERT***

Depuis la mise en évidence d'une origine alimentaire de la listériose (notamment lors de l'épidémie du Canada en 1985, ou plus récemment lors de l'épidémie de Suisse), un certain nombre de pays, tels que les U.S.A., le Canada, la Suisse, la Grande-Bretagne ou encore la France, ont initié des programmes de surveillance spécifiques de cette maladie afin :

- d'évaluer son incidence annuelle;
- de détecter la survenue d'épidémie;
- de rechercher l'origine alimentaire de ces infections.

En France, ce système de surveillance est assuré par la Direction générale de la Santé (D.G.S.), le Laboratoire national de la Santé (L.N.S.), le Centre national de référence des *Listeria* à Nantes (C.N.R.), le Centre international de lysotypie des *Listeria* de l'Institut Pasteur à Paris (C.I.L.L.) et différents services comme le laboratoire de bactériologie du centre hospitalier de Tours, le laboratoire vétérinaire départemental d'Indre-et-Loire, le Laboratoire central d'hygiène alimentaire de Paris (L.C.H.A.). La coopération entre ces différents organismes, associés au sein du groupe d'étude sur l'épidémiologie des infections à *Listeria* (G.E.D.I.L.), a permis de mettre au point un protocole d'intervention appliqué dès l'émergence d'une bouffée épidémique.

Récemment, deux épisodes épidémiques ont fait l'objet d'une étude exhaustive :

- l'un, en 1988, se caractérisait par une localisation géographique limitée et une forme clinique unique;
- l'autre, en 1989, se différenciait du premier par une vaste répartition géographique des cas et des formes cliniques variées.

1. FOYER LOCALISÉ EN RÉGION PARISIENNE (1988).

11. Déclenchement de l'alerte. En juillet 1988, le biologiste d'un hôpital d'une petite ville du Val-d'Oise (10.000 hab.) signalait au L.N.S. la survenue de 4 cas de listériose materno-fœtale dans son établissement entre le 15 mai et le 7 juillet. Toutes les souches isolées appartenaient au sérovar 1/2b et étaient non lysotypables.

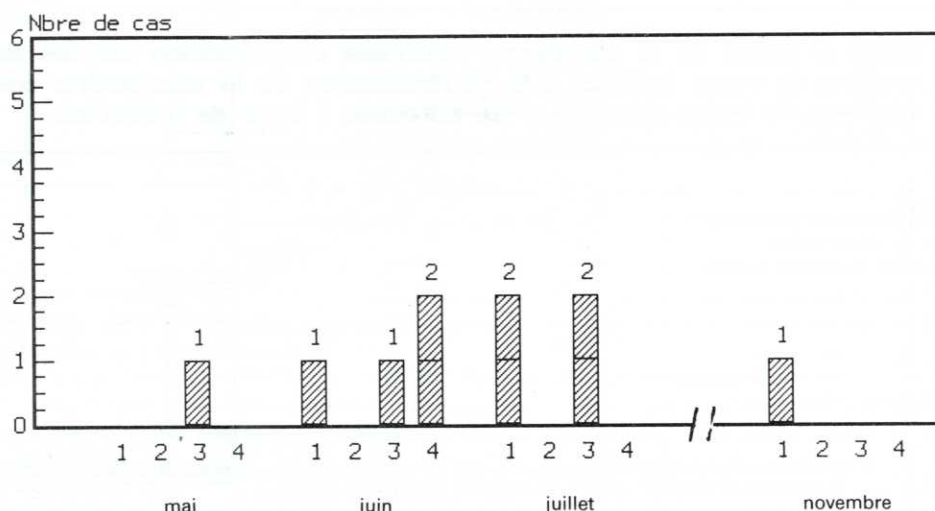
12. Investigations. La D.G.S. a chargé le médecin inspecteur de la Santé d'enquêter sur place. Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.) des départements limitrophes ont été alertées et les hôpitaux priés de ne pas omettre d'envoyer les souches au C.N.R.

13. Résultats.

Répartition temporelle : Au total, au cours de cet épisode épidémique, 10 cas causés par des souches sérovar 1/2b non lysotypables ont été observés entre le 15 mai et le 4 novembre 1988 (fig. 1).

Répartition géographique : Les 10 cas de listériose détectés étaient répartis sur 3 départements limitrophes : l'Oise, le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne, dont 9 résidant dans un rayon de 20 km

Figure 1. — Épisode épidémique en région parisienne : distribution hebdomadaire



autour de la ville d'où l'alerte avait été déclenchée. Six cas ont été diagnostiqués dans la même maternité. Le C.N.R. n'avait pas enregistré d'augmentation de ce sérovar sur le reste du territoire français depuis le début de l'année 1988.

Caractéristiques des malades : Les 10 cas répertoriés étaient des listérioses materno-fœtales. L'interrogatoire des patientes a permis de retrouver des signes infectieux, le plus souvent discrets dans la semaine précédant l'accouchement.

Analyse étiologique : Une infection nosocomiale ou une contamination d'origine alimentaire ont été les premières hypothèses évoquées. La possibilité d'une origine nosocomiale de l'infection a été rapidement écartée (plusieurs maternités concernées d'une part et signes infectieux maternels d'autre part). Les 10 patientes et 16 témoins (femmes enceintes appariées aux malades sur deux critères : le lieu d'accouchement et l'âge) ont été interrogées sur leur consommation alimentaire pendant les deux mois précédant la date d'isolement.

8 malades sur 10 effectuaient leurs achats auprès de la même grande surface, sans qu'une différence significative ait été notée avec les témoins (12 sur 16). Par ailleurs, après analyse des questionnaires, deux aliments ont pu être suspectés :

- la crème fraîche consommée crue : 6 malades sur 10 contre 2 témoins sur 16 ont déclaré avoir consommé cet aliment (estimation du risque relatif OR = 10,5; intervalle de confiance IC = 1,14-130; $p < 0,03$);
- le fromage de Brie : 8 malades sur 10 contre 6 témoins sur 16 ont déclaré avoir mangé de ce fromage (OR = 6,67; IC = 0,83-78; $p = 0,051$).

Les recherches de *Listeria monocytogenes* effectuées par les services vétérinaires au moment de l'alerte, puis orientées par l'analyse des questionnaires, n'ont pas permis de retrouver dans les aliments des souches ayant les mêmes caractéristiques que les souches humaines.

2. FOYER DIFFUS (1989).

21. Déclenchement de l'alerte. Le 1^{er} juin 1989, le C.I.L.L. signalait une augmentation anormale de souches de *Listeria monocytogenes* d'origine humaine, sérovar 4 b, lysovar 2425, transmises par le C.N.R. Parmi les souches humaines isolées en France reçues au C.I.L.L., seulement 6 souches de ces mêmes caractéristiques avaient été observées en 1988; aucune pendant les trois premiers mois de 1989.

22. Investigations. La D.G.S. et le L.N.S. ont contacté les D.D.A.S.S. concernées et chargé les médecins inspecteurs de la Santé d'enquêter selon le protocole diffusé dans la circulaire D.G.S./P.G.E./1 C n° 328 du 28 mars 1989 (B.E.H. n° 31/89). Les hôpitaux des départements concernés ont été informés. Le C.I.L.L., les laboratoires vétérinaires ont, par ailleurs, été interrogés sur les aliments pour lesquels des souches ayant de telles caractéristiques auraient été isolées.

* Laboratoire national de la Santé.
 ** Centre international de lysotypie des *Listeria*, Institut Pasteur.
 *** Bureau des maladies transmissibles, D.G.S.

23. Résultats.

Répartition temporelle : entre le 27 mars 1989 et le 6 juin 1989, 15 cas ont été détectés (fig. 2).

Répartition géographique : les 15 cas détectés étaient distribués sur 12 départements différents, avec toutefois 2 cas en Haute-Vienne et 3 cas dans le Bas-Rhin (fig. 3).

Caractéristiques des malades : 7 cas de listériose materno-fœtale et 8 cas de listériose de l'adulte (dont 7 étaient âgés de plus de 59 ans) ont été répertoriés.

Analyse étiologique : l'étude des questionnaires de 11 cas et de 10 témoins a montré que :

— 4 malades sur 11 contre 0 témoin sur 11 avaient déclaré avoir effectué leurs achats auprès de la même enseigne de distribution dans le mois précédant la date d'isolement chez le malade (différence non significative, $p = 0.09$);

— aucune différence n'a été observée entre les cas et les témoins sur leur consommation alimentaire. Tout au plus, les rillettes étaient consommées plus fréquemment par les malades que par les témoins (NS, $p = 0.09$). Les conditionnements des rillettes consommées par les malades étaient également différents.

Les données antérieures concernant les aliments et les résultats de l'enquête cas-témoins n'ont pas permis d'orienter les investigations microbiologiques alimentaires.

Figure 2. — Épisode épidémique à *Listeria monocytogenes* 4 b, 2425 : distribution hebdomadaire

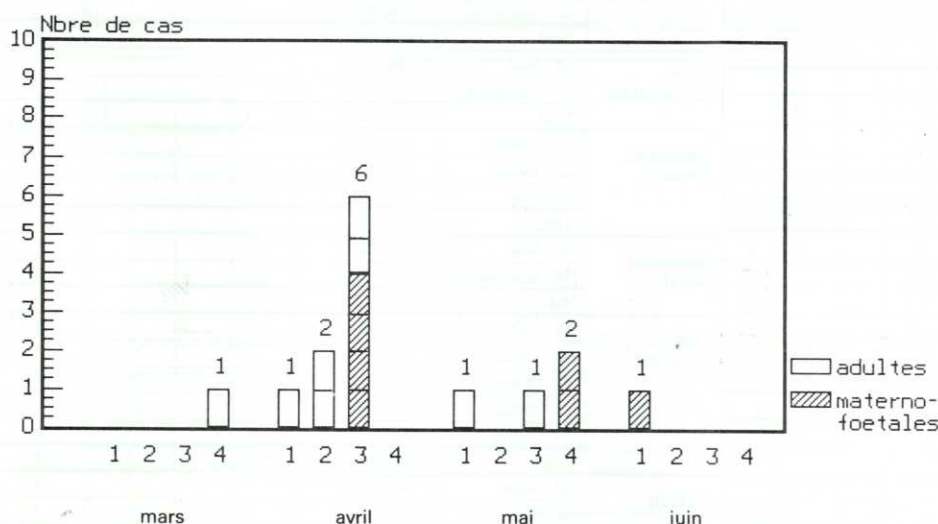
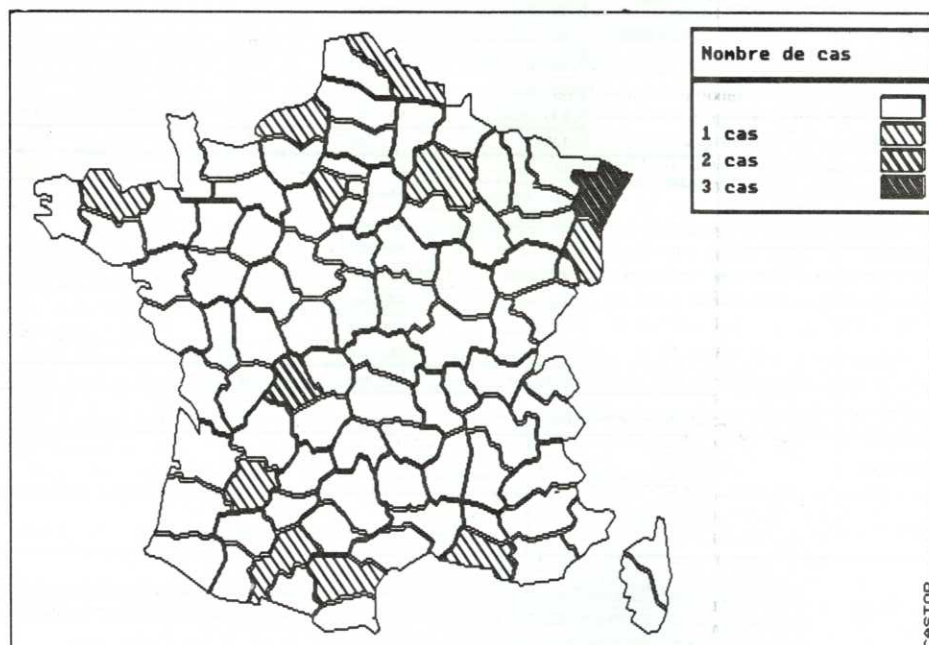


Figure 3. — Répartition géographique des cas de *Listeria monocytogenes* 4 b, 2425 (mars-juin 1989)



3. COMMENTAIRES.

Ces deux exemples illustrent pleinement l'utilité d'un système de surveillance constitué de moyens de détection variés :

- locaux grâce aux cliniciens et biologistes;
- nationaux grâce au C.N.R. et au C.I.L.L.

Toutefois, en dépit d'une structure multidisciplinaire opérationnelle dès l'émergence des épisodes épidémiques et d'un ensemble d'investigations complémentaires, l'origine de ces deux bouffées demeure indéterminée.

Si la transmission alimentaire de la listériose est maintenant bien établie, il convient de souligner que ce mode de contamination a été irréfutablement mis en évidence lors de deux épidémies, celle de Californie et celle de Suisse, qui partagent un certain nombre de points communs ayant facilité l'enquête :

- des habitudes alimentaires géographiquement circonscrites : (fromage de type mexicain et population hispanique d'une part; Vacherin Mont-d'Or et Canton de Vaud d'autre part);
- une durée de plusieurs mois;
- un grand nombre de cas.

En dehors de ces situations particulières, les enquêtes épidémiologiques visant à identifier l'aliment contaminé se heurtent inévitablement à un certain nombre de difficultés, telles que :

- une large répartition géographique des patients, parfois sur plusieurs départements;
- une durée trop courte de l'épidémie pour permettre à l'enquête de progresser grâce à de nouveaux éléments d'orientation;
- un faible nombre de cas, ne permettant pas une analyse statistique suffisamment puissante. L'enquête cas-témoins doit être initiée rapidement et nécessite des témoins correctement appariés. L'interrogatoire est parfois difficile car il porte sur les aliments consommés durant les 4 à 6 semaines précédentes, la durée d'incubation pouvant être d'un mois. Le questionnaire comprend plus de 500 questions concernant une quinzaine d'aliments et plus de 130 produits;
- une détection particulièrement difficile de l'aliment contaminé s'il s'agit d'un produit à diffusion nationale (parfois sous des appellations différentes);
- enfin, l'aliment peut être contaminé de façon très ponctuelle et les analyses microbiologiques trop tardives ou réalisées sur des lots différents ne pourront pas mettre en évidence la contamination.

EN CONCLUSION

Même si les enquêtes menées pour ces deux épisodes n'ont pu aboutir à la détection de la source de contamination, essentiellement à cause du faible nombre de patients et de la courte durée de ces deux bouffées, ces deux exemples témoignent de la nécessité de maintenir le programme actuel de surveillance. En effet, ce système d'alerte, fonctionnel dès l'apparition des premiers cas, se révélera de grande utilité si une épidémie de l'ampleur de celles décrites en Suisse ou en Californie devait survenir en France.

Ont également participé à ces enquêtes :

Les médecins inspecteurs de la Santé des D.D.A.S.S. et les hôpitaux des Bouches-du-Rhône, du Bas-Rhin, des Côtes-du-Nord, de l'Hérault, de Haute-Garonne, du Haut-Rhin, de Haute-Savoie, de Haute-Vienne, de la Marne, du Nord, de l'Oise, de la Seine-et-Marne, du Val-d'Oise, de la Vienne et des Yvelines.

La direction des services vétérinaires du Val-d'Oise.

Les biologistes qui, en envoyant régulièrement leurs souches au C.N.R., contribuent efficacement à la surveillance de la listériose.

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1987	Typhoïdes et paratyphoïdes	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1987	Typhoïdes et paratyphoïdes	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	944 000								LIMOUSIN	19 - Corrèze	239 000							
	68 - Rhin (Haut-)	665 000	1					2			23 - Creuse	135 000							
	Total	1 609 000	1					2			87 - Vienne (Haute-)	360 000		1					
AQUITAINE	24 - Dordogne	379 000						2		LORRAINE	Total	734 000		1					
	33 - Gironde	1 165 000							2		54 - Meurt-et-Mos.	708 000							
	40 - Landes	310 000		2							55 - Meuse	197 000						1	
	47 - Lot-et-Garonne	305 000	4					1			57 - Moselle	1 033 000	1						3
	64 - Pyrénées-Atlant.	571 000						1			88 - Vosges	389 000							
	Total	2 730 000	4	2				4	2		Total	2 327 000	1					1	3
AUVERGNE	03 - Allier	364 000								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 000						2	
	15 - Cantal	159 000						1			12 - Aveyron	276 000							
	43 - Loire (Haute-)	209 000									31 - Garonne (Hte-)	863 000	1	4				1	
	63 - Puy-de-Dôme	596 000	1								32 - Gers	175 000							
	Total	1 328 000	1					1			46 - Lot	155 000							
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	486 000									65 - Pyrénées (Htes-)	233 000							
	58 - Nièvre	235 000						1			81 - Tarn	342 000		1				1	
	71 - Saône-et-Loire	571 000						1			82 - Tarn-et-Gar.	195 000	1					1	
	89 - Yonne	320 000									Total	2 375 000	2	5				5	
	Total	1 612 000						2		NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 506 000		1					
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	542 000						1			62 - Pas-de-Calais	1 425 000	1				2	2	
	29 - Finistère	835 000						3		NORMANDIE (BASSE-)	Total	3 931 000	1	1			2	2	
	35 - Ille-et-Vilaine	781 000			1				1		14 - Calvados	610 000							
	56 - Morbihan	611 000						3			50 - Manche	478 000							
	Total	2 769 000			1			7	1	NORMANDIE (HAUTE-)	61 - Orne	295 000						1	
CENTRE	18 - Cher	323 000	1					9			Total	1 383 000						1	
	28 - Eure-et-Loir	380 000								PAYS DE LA LOIRE	27 - Eure	493 000						1	
	36 - Indre	238 000									76 - Seine-Maritime	1 211 000		1				6	1
	37 - Indre-et-Loire	526 000		4	1						Total	1 704 000		1				7	1
	41 - Loir-et-Cher	301 000						1		PICARDIE	44 - Loire-Atlant.	1 036 000	2					2	
	Total	2 341 000	1	4	1			11			49 - Maine-et-Loire	711 000		1				1	
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 - Ardennes	297 000						1			53 - Mayenne	281 000						1	
	10 - Aube	295 000									72 - Sarthe	516 000	1						
	51 - Marne	559 000						1			85 - Vendée	509 000						1	3
	52 - Marne (Haute-)	207 000	1								Total	3 053 000	3	1				5	3
	Total	1 359 000	1							POITOU - CHARENTES	02 - Aisne	532 000						4	
CORSE	2 A - Corse-du-Sud	112 000									60 - Oise	699 000		1				2	1
	2 B - Corse (Haute-)	135 000									80 - Somme	549 000						2	
	Total	247 000									Total	1 780 000		1				8	
FRANCHE-COMTÉ	25 - Doubs	479 000								PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	16 - Charente	343 000							
	39 - Jura	245 000									17 - Charente-Mar.	523 000	1						
	70 - Saône (Haute-)	234 000	1								79 - Sèvres (Deux-)	346 000						3	
	90 - Terr. de Belfort	130 000									86 - Vienne	381 000							
	Total	1 088 000	1								Total	1 593 000	1					3	
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 069 000		11				28		RHÔNE - ALPES	04 - Alpes-Hte-Prov.	127 000							
	77 - Seine-et-Marne	985 000									05 - Alpes (Hautes-)	109 000							
	78 - Yvelines	1 270 000		2				4			06 - Alpes-Marit.	910 000	1	22				5	
	91 - Essonne	1 048 000	3					4			13 - B.-du-Rhône	1 758 000		6					1
	92 - Hauts-de-Seine	1 370 000	1	1							83 - Var	760 000		1				2	
	93 - Seine-St-Denis	1 346 000	1		1			9			84 - Vaucluse	465 000	3					4	
	94 - Val-de-Marne	1 199 000		12	1			17		TOTAL DE LA SEMAINE	Total	4 129 000	1	32				11	1
	95 - Val-d'Oise	993 000						6			01 - Ain	457 000	2					5	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	Total	10 281 000	5	26	2			68			07 - Ardèche	275 000							
	11 - Aude	290 000									26 - Drôme	415 000							
	30 - Gard	570 000	1								38 - Isère	988 000						4	
	34 - Hérault	776 000		7							42 - Loire	739 000		5			1	3	
	48 - Lozère	72 000									69 - Rhône	1 443 000							
	66 - Pyrénées-Orient.	360 000		1				1			73 - Savoie	335 000							
	Total	2 067 000	1	8				1		FRANCE MÉTROPOLITAINE	74 - Savoie (Haute-)	540 000						4	
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe	328 400									Total	5 192 000	2	5			1	16	
	972 - Martinique	329 600									37 premières semaines de 1989	215	2 604	420	114	40	6 459	173	
	973 - Guyane	73 000									37 premières semaines de 1988	211	1 895	357	169	52	6 518	94	
	974 - Réunion	516 000						4											

Directeur de la publication : M. Maurice ROBERT
 Rédacteur en chef : D^r Elisabeth BOUVET
 Rédaction : D^{rs} Jean-Baptiste BRUNET, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE, Colette ROURE
 Administration : M. André CHAUVIN - Secrétariat : Mme Sylvie CLUZAN

Direction générale de la Santé
 Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
 Bureau 1 C : 1, place de Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 47 65 25 54
 N° CPP : 2015 AD

Revue disponible uniquement par abonnement : 200 F pour l'ensemble des publications de l'année civile.
 Le seul mode de paiement accepté est le paiement à la commande. Les demandes d'abonnement
 doivent être faites exclusivement par courrier adressé à :

IMPRIMERIE NATIONALE - DÉPARTEMENT DIFFUSION
 B.P. 637, 59506 DOUAI CEDEX