

EPIDEMIOLOGIE DE LA LISTERIOSE EN FRANCE

F. STAÏNER [1] et Evelyne MAILLOT [2]

RESUME : Les épidémies de listériose qui ont frappé la France depuis quelques années ont mis en avant la réalité d'un risque alimentaire. Les données épidémiologiques dont nous disposons montrent que le risque zéro n'existe pas, mais que des pistes d'exploration s'offrent à l'investigation de l'ensemble des partenaires concernés par cette problématique : prévention de la listériose à travers la communication et la gestion du risque et des crises lorsqu'elles apparaissent.

ABSTRACT : Listeriosis epidemics which have occurred in France for some years have shown the actuality of risk in foodstuff. Epidemiological data we have point out the zero risk doesn't exist but options have to be envisaged by all the intervening parties involved in this set of problems : listeriosis prevention towards communication and management of risk and crisis if it happens.



Depuis 1981, avec la mise en évidence de la transmission alimentaire de la listériose et la médiatisation qui a accompagné les différentes épidémies, *Listeria monocytogenes* est devenue un objet de recherche et un motif d'inquiétude pour les scientifiques, les administrations et les professionnels de l'agro-alimentaire. A travers certaines caractéristiques du germe, de ses manifestations (symptomatologie, incidence, et répartition géographique), à travers les données des plans de surveillance, apparaissent un certain nombre de voies permettant une meilleure gestion d'un risque qui ne peut être nul.

I - LISTERIA MONOCYTOGENES ET LISTERIOSE

Listeria monocytogenes est une bactérie ubiquiste. Elle est présente de façon courante dans l'environnement et possède la capacité de se multiplier aux températures relativement basses auxquelles sont conservées de nombreuses denrées alimentaires. Parallèlement, nous savons qu'il existe un portage intestinal chez certains mammifères. Ainsi, 5 à 10 p. cent des personnes et 5 à 15 p. cent des ovins, caprins et bovins sont porteurs de façon transitoire et sans signification clinique de *Listeria monocytogenes* [6].

La transmission de la listériose par voie alimentaire est de loin la plus fréquente, même si le contact direct avec l'animal contaminé (intervention obstétricale) ou quelques infections nosocomiales ont été incriminés [1]. Dès lors, les risques de contamination des denrées alimentaires tout au long de la chaîne de production, de distribution et de consommation sont des éléments à prendre en

considération. *Listeria monocytogenes* est un germe opportuniste qui s'attaque particulièrement aux personnes fragilisées, notamment celles dont le système immunitaire est perturbé, et qui entraîne des incidents cliniques sévères.

Les formes de l'adulte et de l'enfant se traduisent par des septicémies et des infections du système nerveux central (méningites ou méningo-encéphalites). Les formes fœto-maternelles comportent des malformations fœtales, des avortements ou des accouchements prématurés.

Dans le tableau I sont portés les pourcentages des différentes formes de listériose humaine, à savoir fœto-maternelles, adultes-enfants avec terrain (pathologie sous-jacente) et adultes-enfants sans terrain.

[1] Ministère de l'Agriculture, de la pêche et de l'alimentation, Direction générale de l'alimentation, 175 rue du Chevaleret, 75646 Paris cedex 13, France

[2] Réseau national de santé publique, 14 rue du Val d'Osne, 94410 Saint Maurice, France

TABLEAU I
Répartition en pourcentages des différentes formes de listériose humaine

	Cas sporadiques 1994	Epidémie 1992	Epidémie 1993	Epidémie 1995
Pourcentage des formes fœto-maternelles	22	33	80	50
Pourcentage des formes adultes-enfants avec terrain	63	41	20	28
Pourcentage des formes adultes-enfants sans terrain	15	26		22

Ces chiffres montrent clairement que ce sont des populations bien caractérisées qui sont particulièrement touchées par cette maladie, alors que les cas de listériose dans la population considérée comme non à risque ne représentent que 15 à 26 p. cent de l'ensemble des cas.

Par ailleurs, la période d'incubation se situe, de façon variable selon les cas, entre une à plusieurs semaines, ce qui ne facilite pas la conduite des enquêtes épidémiologiques [8].

II - LE RISQUE « LISTERIA »

Depuis 1987, nous disposons des données du Centre national de référence (C.N.R.) quant au nombre de cas de listériose humaine. Une augmentation du nombre de cas permet de suspecter une épidémie qui est caractérisée par l'émergence d'un lysovar lié à une source commune. Afin de faciliter leur étude, les cas sporadiques et les cas épidémiques ont été dissociés pour les années 1992, 1993 et 1995.

En 1994, année sans épidémie, avec 333 cas nous avons le nombre de cas sporadiques le plus bas depuis 1991 (figure 1). Bien qu'il soit difficile d'interpréter ces données, tous les cas de listériose n'étant pas recensés au C.N.R., il apparaît une relation, qui mériterait d'être étudiée, entre la diminution du nombre de cas sporadiques et l'absence de phénomène épidémique [2].

L'incidence de la listériose en France est donc d'environ 6 à 10 cas par million d'habitants. Ces chiffres sont semblables à ceux cités pour les Etats-Unis sur la période 1988-1990 au cours de laquelle les études menées par le CDC sur quatre Etats ont permis d'établir une incidence de 7,4 cas par million d'habitants [9]. Les chiffres de l'année 1995 (de

janvier à septembre uniquement), diminués des cas épidémiques, se révèlent très proches de ceux de l'année 1994 (figure 2).

Enfin, lorsque l'incidence est estimée sur la base des cas de listériose humaine touchant uniquement la population considérée comme non à risque, le chiffre est de 1,15 cas par million d'habitants en 1994.

Par ailleurs, la distribution géographique des cas de listériose n'est pas homogène. En effet, dans les pays en voie de développement la listériose n'est pratiquement jamais signalée. Si un premier élément d'explication repose sur la différence des moyens de diagnostic et des systèmes de référence, il convient aussi de prendre en considération les modifications du comportement alimentaire de nos sociétés modernes. La multiplication des aliments non stérilisés conservés à des températures basses mais positives, l'allongement des durées de vie de ces produits et leur consommation sans cuisson véritable peuvent rendre compte de nombreux cas de listériose [6].

FIGURE 1
Distribution annuelle de la listériose
(pour 1995, jusqu'à septembre uniquement)

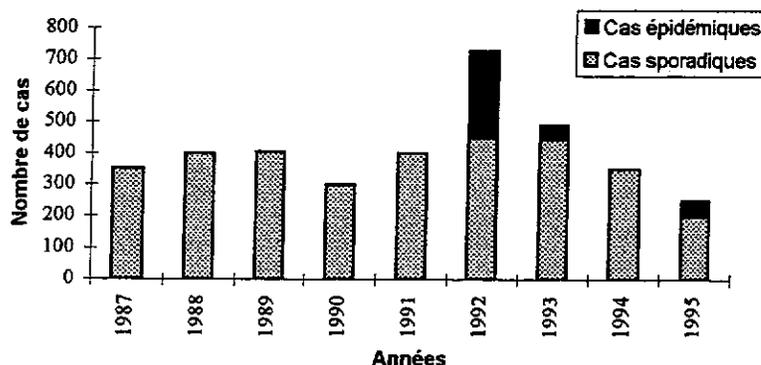
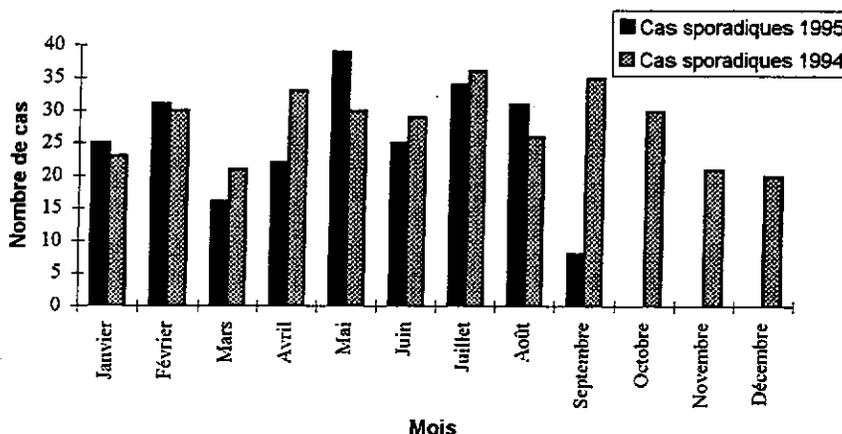


FIGURE 2
Distribution mensuelle de la listériose en 1994 et 1995



III - PRESENCE DE *LISTERIA MONOCYTOGENES* DANS LES PRODUITS ALIMENTAIRES

Dès 1992, le Ministère chargé de l'agriculture a mis en place des plans de surveillance destinés à estimer la présence de *Listeria monocytogenes* dans un certain nombre de produits reconnus comme produits à risque. Les résultats figurent dans le tableau II.

Ce sont ainsi 7 à 10 p. cent des plats cuisinés, des poissons fumés et des fromages au lait cru qui sont contaminés par

Listeria monocytogenes. Si le pourcentage d'échantillons pour lesquels la numération est supérieure à 100 germes par gramme (valeur fixée par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France) est faible, certains résultats n'en demeurent pas moins préoccupants.

TABLEAU II

Résultats des plans de surveillance du Ministère de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation

Produits	ABSENCE		PRESENCE		> 100 / GRAMME	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Glaces	1329	99,25	10	0,75	0	0
Plats cuisinés	1444	90,2	157	9,8	6	0,4
Filets de poissons	197	95,6	9	4,4	1	0,5
Poissons fumés à date limite de consommation	209	92,9	16	7,1	5	2,2
Fromages au lait cru	628	91,9	55	8,1	7	1

Pour des poissons fumés, à la date limite de consommation un échantillon atteignait 40.600 germes au gramme et pour les fromages au lait cru un échantillon contenait 120.000 germes par gramme. De façon générale, cependant, la situation n'est pas aussi grave que pouvaient le laisser présager les épidémies que nous avons connues.

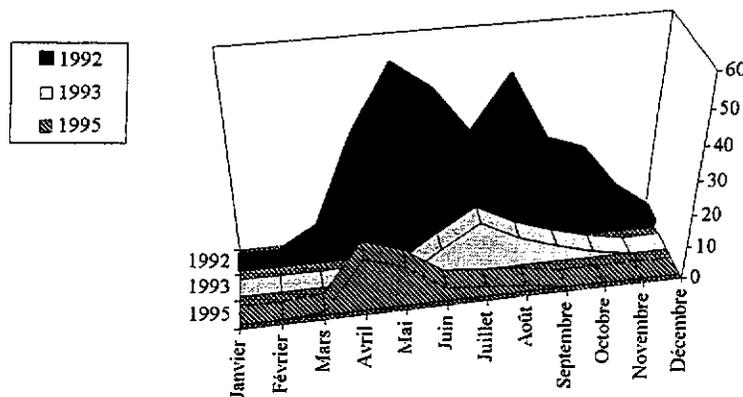
Ces résultats sont comparables à ceux du plan de surveillance mis en place par le Ministère de l'Economie et des Finances en 1993 qui montre une plus grande contamination des produits présentés en vrac ou prétranchés par rapport au produits présentés dans leur conditionnement d'origine. Il apparaît que les manipulations lors de la vente sont facteurs de contamination. [5].

IV - BILAN DES EPIDEMIES 1992, 1993 ET 1995

Lorsque nous comparons les distributions mensuelles des cas de listériose sur les trois années ayant connu des épidémies (cf. figure n° 3), il apparaît vite une différence importante dans l'ampleur et la durée des phénomènes épidémiques.

FIGURE 3

Distribution des cas épidémiques



□ Entre mars et décembre 1992, 269 cas de listériose dus au même lysovar ont été identifiés. Ils représentent près de 40 p. cent de l'ensemble des cas de cette année (figure 1), avec une répartition géographique large (81 départements

touchés). Les formes foeto-maternelles ont représenté un tiers des cas (tableau I) et la létalité globale a été de 30 p. cent. En l'absence d'information préalable, l'enquête a été axée sur l'analyse de nombreux aliments et

sur l'interrogatoire des patients et de témoins pour rechercher la source commune. Le lysovar épidémique a été isolé dans de nombreux produits de charcuterie vendus au rayon traditionnel (à la coupe). Le croisement de l'ensemble des informations a permis de considérer que la langue de porc en gelée a été le véhicule majeur de cette épidémie [2].

□ Entre le 18 juin et fin octobre 1993, 39 cas de listériose ont été rattachés à une épidémie. Elle a été caractérisée par 80 p. cent de formes foeto-maternelles (tableau I) et une localisation sur la moitié ouest de la France. La létalité globale a été de 7 p. cent. Très rapidement, l'enquête auprès des patients a permis d'identifier le véhicule

alimentaire de cette épidémie : les rillettes d'une marque donnée.

□ Enfin, entre le 27 avril et le 14 août 1995, 37 cas de listériose ont été recensés : 50 p. cent des cas étaient des formes foeto-maternelles (tableau I), la létalité globale a été de 19 p. cent et 37 départements ont été touchés. Dans ce troisième épisode, l'enquête auprès des patients a été facilitée par les informations provenant des professionnels de la distribution et de la production.

Au delà des modifications de comportement des professionnels de l'agro-alimentaire, les différences constatées entre ces trois épidémies peuvent s'expliquer aussi par un système de gestion des crises qui a fait ses preuves.

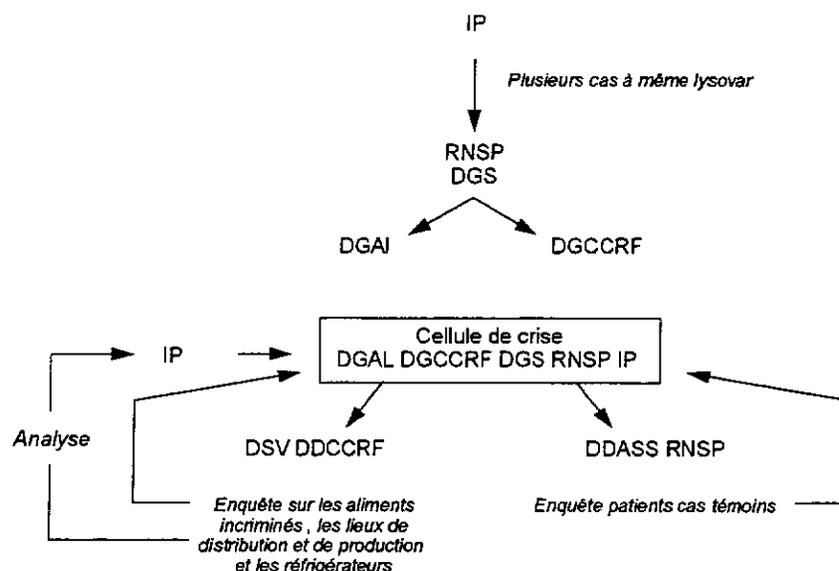
V - LE MODE DE GESTION

Lors de l'apparition d'une crise de cette nature, plusieurs intervenants sont particulièrement concernés : les ministères chargés de la santé (DGS : Direction générale de la santé et RNSP : Réseau national de santé publique), de l'économie (DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes) et de l'agriculture (DGAJ : Direction générale de l'alimentation), ainsi que l'Institut Pasteur (IP).

Lorsque le nombre de cas de listériose dus à un même lysovar augmente, l'Institut Pasteur alerte les autorités qui mettent en œuvre un protocole d'action inter-administrative propre à permettre le recueil des informations nécessaires pour identifier le véhicule de cette bouffée épidémique. Les enquêtes auprès des patients et celles portant sur les entreprises sont traitées au sein d'une cellule de crise (figure 4) [7].

FIGURE 4

Schéma fonctionnel de la gestion de crise



Ce système a été mis en place en 1992, au cours de la première épidémie. Le principe repose sur la mise en commun de compétences et de connaissances d'ordre varié disponibles dans les diverses structures concernées.

Les épidémies de 1993 et 1995 gérées dès leur apparition par une cellule de crise ont été plus rapidement enrayerées ; le nombre de cas est moindre qu'en 1992.

En parallèle, l'Institut Pasteur dispose d'une banque de données sur les lysovars des *Listeria* qui ont été isolées dans les produits alimentaires et qui lui ont été expédiées par les professionnels ou par les administrations. Dès l'augmentation du nombre de cas de listériose dus à un même lysovar, il est possible de rechercher, dans les données disponibles, la nature des aliments qui ont été contaminés par celui-ci.

L'ensemble de ces données permet d'envisager plusieurs pistes d'action. Toutes doivent se concevoir dans la coordination des compétences des trois entités que représentent l'Administration, les corps scientifiques et les professionnels. Partant du principe d'un risque réductible mais impossible à éliminer, les actions reposent sur trois volets :

- La réduction de la présence de *Listeria monocytogenes* par la mise en place d'un système performant de gestion du risque alimentaire basé sur les principes de la méthode HACCP dans les entreprises du secteur

agro-alimentaire et de la distribution, ce que prévoit la réglementation française [4, 8] ;

- L'information des consommateurs sur les règles générales d'hygiène alimentaire concernant l'utilisation de certains produits et la gestion de la chaîne du froid ; mais aussi l'information et la sensibilisation des personnes sensibles par le biais des professions de santé. Il convient de rappeler qu'il ne faut pas faire naître de fausse sécurité vis-à-vis des aliments crus ou préparés [8] ;
- L'amélioration du système de gestion des crises à travers son ouverture aux professionnels, voire aux consommateurs, et la formalisation des actions à entreprendre pour éviter la propagation des épidémies, mais aussi pour recueillir les informations nécessaires afin d'éviter leur apparition.

La coopération de tous est l'élément central du dispositif permettant une meilleure connaissance de ces phénomènes qu'il appartient à l'administration de gérer.

VI - BIBLIOGRAPHIE

1. JACQUET Ch. ~ *Listeria* et listériose humaine in *Sécurité Alimentaire du Consommateur*, Lavoisier, Paris, 1995, 21-53.
2. JACQUET Ch., MICHELON F., SAINT-CLOMENT C., ROCOURT J. ~ La listériose humaine en France en 1994. *Bull. Epidémiol. Hebdom.*, 1995, 39, 173-174.
3. GOULET V., LEPOUTRE A., ROCOURT J., COURTIEU A.-L., DEHAUMONT P., VEIT P. ~ Epidémie de listériose en France. *Bull. Epidémiol. Hebdom.*, 1993, 4, 13-14.
4. LAHELLEC C., POUMEYROL M. ~ Aspects généraux et épidémiologie des infections d'origine alimentaire. *Annales de l'Institut Pasteur/actualités*, 1994, 5, 3, 231-238.
5. PIERRE O. ~ Contamination des aliments par *Listeria monocytogenes* in *Rapport d'activité 1994 Laboratoires Activité Analytique Recherche*, Revue de la Concurrence et de la Consommation Supplément au n° 86, 1995, 48-50.
6. ROCOURT J. ~ Epidémiologie des infections humaines à *Listeria monocytogenes* en 1994 : certitudes et interrogations, *Annales de l'Institut Pasteur / actualités*, 1994 5, 3, 168-174.
7. VEIT P. ~ Investigations des administrations de contrôle pour rechercher l'origine alimentaire de deux épidémies de listériose survenues en France en 1992 et 1993. *Méd. Mal. Infec.*, 1995, 25, 191-193.
8. Les listérioses d'origine alimentaire. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1989, 1, 19-26.
9. Listériose d'origine alimentaire ~ U.S.A., 1888-1990. *Bull. Epidémiol. Hebdom.*, 1992, 24, 107.

