



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ppn 117 788 686.
H 187 944

U/ESF/2007/MAHIEDDINE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE METZ.

LISTERIOSE ET GROSSESSE :

Comment prévenir pour ne pas subir ?

Mémoire présenté et soutenu par :
Soraya MAHIEDDINE
Née le 09 février 1983

Promotion 2003-2007.

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 265912 1

ECOLE DE SAGE-FEMME DE METZ.

LISTERIOSE ET GROSSESSE :

Comment prévenir pour ne pas subir ?

Mémoire présenté et soutenu par :
Soraya MAHIEDDINE
Née le 09 février 1983

Promotion 2003-2007.

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION :

2

Chapitre I : LA LISTERIOSE : GENERALITES, ACTUALITES, PREVENTION.

1. HISTORIQUE	4
2. EPIDEMIOLOGIE	4
2.1 Listériose en France	4
2.2 Listériose materno-néonatale	6
3. CARACTERISTIQUES BACTERIOLOGIQUES DE LISTERIA MONOCYTOGENES	6
4. PHYSIOPATHOLOGIE	8
5. INFECTION MATERNO-FŒTALE	9
6. LA PERIODE NEONATALE	11
6.1 La forme néonatale précoce	11
6.2 La forme néonatale tardive	12
7. DIAGNOSTIC DE LA LISTERIOSE	12
8. TRAITEMENT	13
8.1 Chez la femme enceinte	13
8.2 Chez le nouveau-né	14
9. LA PREVENTION	14
9.1 A l'échelle nationale	14
9.2 Information des populations à risque	16
9.3 Aliments à éviter durant la grossesse	18
9.4 Le milieu hospitalier	19

Chapitre II : ENQUETE MENEES AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTES.

1. METHODOLOGIE	21
1.1 Modalité et déroulement de l'étude	22
1.2 Outil de travail	22
1.3 Limites de l'étude	23
1.4 Recueil de données	23

2. PRESENTATION DES RESULTATS	23
2.1 Résultats concernant les professionnels	23
2.2 Résultats concernant les patientes	29
 <i><u>Chapitre III : OPTIMISER LA PREVENTION.</u></i>	
1. COMPARAISON DES RESULTATS DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTES ET ANALYSE.	37
1.1 Qualité de l'information	37
1.2 Assimilation de l'information	39
1.3 Intégration dans leur vie quotidienne	40
2. OPTIMISER LA PREVENTION	41
2.1 Formation continue des professionnels	41
2.2 Sensibiliser au risque listérien	42
 <i><u>CONCLUSION</u></i>	
 <i><u>BIBLIOGRAPHIE</u></i>	
 <i><u>ANNEXES</u></i>	

INTRODUCTION

En 2007 en France, la listériose n'apparaît pas comme un facteur de risque du fait de la mise en place des contrôles sanitaires au niveau alimentaire. Cependant ce problème de santé publique ne doit pas être pris à la légère chez la femme enceinte.

Pourtant, au décours de mes quatre années d'étude et de stages, je n'ai que très peu, pour ne pas dire jamais, entendu les professionnels informer les femmes enceintes concernant cette pathologie.

Depuis 1998, cette pathologie est à déclaration obligatoire ce qui permet un recensement précis des cas. En 2005, l'incidence de la listériose est de moins de 4 cas par million d'habitants. La maladie est cependant encore caractérisée par une létalité élevée : 20 à 30% des cas. Le CNR (Centre National de Recherche) a identifié 206 cas de listériose. Ce nombre est relativement stable depuis 1996. Le nombre de cas sporadique a fortement diminué depuis dix ans, c'est la forme materno-néonatale qui a le plus diminué.

Les conséquences d'une contamination par *Listeria monocytogenes* durant une gestation sont graves. Le système immunitaire diminué pendant la grossesse n'est pas capable d'empêcher l'infection du fœtus. Les répercussions d'une telle invasion peuvent engendrer une mort fœtale in-utero. Pourtant une prévention primaire peut être mise en place afin de pallier au risque. Il est apparu un contraste entre ce que j'ai pu rencontrer en stage et ce que la littérature relate par rapport aux recommandations à donner durant la grossesse. Aussi ai-je voulu en savoir plus et me suis interrogée :

- les professionnels abordent-ils de façon systématique la prévention contre la listériose ?
- les patientes appliquent-elles ces recommandations ?
- quels sont les freins à la mise en place d'une information claire et facilement applicable ?
- quelle stratégie mettre en place afin que cette information soit fournie ?

Ces questions ont orientés mes recherches concernant la listériose et ce mémoire tente d'y répondre. Nous présenterons successivement les connaissances actuelles sur la listériose : sa situation épidémiologique, ses conséquences sur la grossesse ainsi que les stratégies de prévention. Puis nous étudierons une population de quatre-vingt seize patientes face au risque listérien, et l'attitude des professionnels face à leurs patientes. Enfin, nous interpréterons les résultats des études et nous soumettrons des propositions en vue d'optimiser la prévention.

Chapitre I

LA LISTERIOSE : GENERALITES, ACTUALITES, PREVENTION.

1. HISTORIQUE

Listeria monocytogenes (*Lm*), espèce pathogène type du genre *Listeria*, tient son nom du chirurgien anglais Lord Joseph Lister en 1940.

Hülphers l'a décrite en Suède chez le lapin en 1911 sous le nom de *Bacillus hepatitis*. Chez l'homme, Dumont et Cotoni en 1918, isolent une souche de liquide céphalorachidien d'un soldat atteint de méningite [4].

C'est en 1926 que Murray, Webb et Swann isolent la bactérie chez le lapin et le cobaye qui présentent une mononucléose sanguine et des lésions de nécrose hépatique. Ils nomment la bactérie sous le nom de *Bacterium monocytogenes* et reproduisent expérimentalement la maladie.

A partir de 1926, plusieurs auteurs isolent le germe et le décrivent sous différents noms : chez la gerbille en Afrique (*Listerella hepatolytica* par Pirie en 1927), chez le porc sous le nom de *X Bacillus* par des auteurs russes en 1924, chez le mouton en Nouvelle -Zélande sous le nom de *Listerella ovis* par Gill en 1929 [5].

A partir de 1951, des auteurs allemands décrivent une forme septicémique chez le nouveau-né, *granulomatosis infantiseptica* de Reiss, Potel, Krebs et les travaux de Seeliger montrent que *Lm* joue un rôle important en pathologie humaine [5].

Le diagnostic de listéria est mis au point en 1960 et ce n'est que dans les années 1980 que sa transmission par les aliments est prouvée.

2. EPIDEMIOLOGIE

2.1 LA LISTERIOSE EN FRANCE

La listériose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1998. Cela permet une surveillance étroite des épidémies survenant en France. La listériose est une maladie à déclaration obligatoire uniquement en Europe et aux Etats-Unis [14] [16]. On estime à 86.8% le pourcentage de cas déclaré.

Dans les pays industrialisés, l'incidence de l'infection est de 10-15 cas par million d'habitants. En France, plus particulièrement, en moyenne 200 à 300 cas par an sont recensés.

D'après les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la listériose évolue sous plusieurs formes :

- La listériose materno-néonatale : le germe *Lm* est isolé d'un site normalement stérile de la femme enceinte, du fœtus, d'un produit d'avortement ou d'un nouveau-né. La mère et l'enfant comptant pour un seul cas. [16]
- Les formes non périnatales. [16]

On distingue également :

- Les cas épidémiques : liés à une augmentation du nombre de cas suffisamment important pour nécessiter une information médiatique des populations. [16]
- Les cas sporadiques : cas non épidémique. [16]

En France, on constate une diminution de l'incidence de la listériose depuis une dizaine d'années, de même qu'une diminution importante des formes périnatales [38]. En 1987, 185 formes périnatales étaient recensées soit 51% de cas de listériose au cours de cette année, alors qu'en 2000 on recensait seulement 48 formes périnatales (soit 22%).

Tableau I : Nombre de cas sporadiques, incidence et répartition des formes périnatales et non périnatales de 1987 à 2000.

Années	Nombre de cas sporadiques	Incidence par millions d'habitant	Formes périnatales (Nombre des cas, % du total des cas)	Formes non périnatales (Nombre des cas, % du total des cas)
1987	366	6.3	185 (51)	181 (49)
1988	397	7.1	171 (43)	226 (57)
1989	409	7.3	192 (47)	217 (53)
1990	305	5.4	111 (36)	194 (64)
1991	387	6.8	170 (44)	216 (56)
1992	457	7.9	154 (34)	303 (66)
1993	451	7.9	144 (32)	306 (68)
1994	336	5.9	73 (22)	263 (78)
1995	301	5.2	61 (20)	240 (80)
1996	220	3.8	59 (27)	161 (73)
1997	228	3.9	53 (23)	175 (77)
1998	230	3.8	47 (20)	185 (80)
1999	270	4.4	68 (25)	202 (75)
2000	216	3.7	48 (22)	168 (78)

2.2 LES FORMES MATERNO-NEONATALES

En 2001, on signalait 187 cas de listériose dont 44 cas de formes materno-néonatale. [14]

L'âge médian des femmes était de 28 ans. Le taux de létalité (nombre de fœtus et nouveau-nés décédés rapporté au nombre de cas d'infections materno-néonatales) de 32%, dépendait du terme de la grossesse. Il était de 64% pendant les vingt-neuf premières semaines d'aménorrhées et de 18% à partir de la trentième semaine d'aménorrhées [14]. Le taux de létalité en France en 2001, en fonction du terme de la grossesse au moment du diagnostic de listériose est présenté dans le tableau II.

Tableau II : Létalité en fonction du terme de la grossesse au moment du diagnostic de listériose, France, 2001, Source INVS [14].

Terme de la grossesse	Nombre de diagnostic de listériose	Nombre de décès du nouveau-né ou fœtus
< 20 SA	4	3
20-27 SA	10	6
28-31 SA	6	2
32-37 SA	14	3
>37 SA	8	0
Inconnu	2	0
total	44	14

3. CARACTERISTIQUES BACTERIOLOGIQUES DE LISTERIA MONOCYTOGENES

La listériose est une infection due à une bactérie : *Listeria monocytogenes* qui est la seule espèce du genre listéria à la fois pathogène pour l'homme et l'animal. La listériose est une infection devenue rare grâce aux mesures sanitaires.

Sept espèces de *Listeria* ont été identifiées. Le pouvoir pathogène est principalement lié à la capacité d'hémolyser le sang grâce à une listériolysine. Seules trois espèces possèdent cette hémolysine dont *Lm* [4].

Lm est un petit bacille à gram positif, aux extrémités arrondies, mesurant 0,4 à 0,5 μm de large sur 0,5 à 2 μm de long. Il est non sporulé. Il est mobile grâce à 3 ou 4 flagelles mais cette mobilité disparaît à 37°C [6]. Il ne possède pas de propriétés d'acido-alcool-résistance. *Lm* est une bactérie aéro-anaérobie qui se développe à un pH entre 6 et 9. Cette bactérie est largement répandue dans l'environnement en raison de sa résistance à une vaste amplitude de température. En effet, elle peut résister à des températures relativement basses de l'ordre de 3 à 4°C, ce qui explique sa multiplication dans les réfrigérateurs. Elle peut également se multiplier à des températures allant jusqu'à 45°C. Elle est détruite par un traitement à 60°C [4].

Cette bactérie saprophyte et ubiquitaire est largement répandue dans la nature. Elle a été isolée dans de nombreux pays, dans le sol, l'eau, les végétaux (ensilage) mais aussi dans le lait, la viande, les légumes et dans les matières fécales de sujets sains et surtout de nombreuses espèces animales. L'environnement est principalement contaminé par les excréta d'animaux malades ou sains en particulier les bovins, les ovins, les porcins et les poulets qui hébergent naturellement cette bactérie dans leur tube digestif. Elle peut survivre un à deux ans dans le sol, mais avec une multiplication très réduite [6].



Figure 1 : *Lm* en microscopie électronique

4. PHYSIOPATHOLOGIE

La virulence de *Lm* est liée à sa capacité de pénétrer dans les cellules, de s'y multiplier et de se propager dans les tissus voisins en passant directement d'une cellule à l'autre.

La contamination est quasiment toujours indirecte. La porte d'entrée est digestive et l'infection débute par l'ingestion d'un aliment contaminé. A partir de l'intestin, les bactéries gagnent les ganglions lymphatiques régionaux, puis la circulation sanguine. *Lm* est une bactérie intracellulaire facultative, elle va donc pouvoir survivre dans les monocytes qui vont la véhiculer et la libérer dans la circulation. La bactérie peut alors se multiplier dans le foie et la rate [4]. Si l'infection n'est pas contrôlée à ce stade, les bactéries sont alors libérées dans la circulation sanguine responsables d'une bactériémie puis vont diffuser vers les organes cibles en particulier le système nerveux central induisant une méningo-encéphalite et le placenta chez la femme enceinte [figure 2].

La plupart du temps, chez les sujets immunocompétents, le système immunitaire contrôle l'infection qui est alors inapparente. La notion d'inoculum est cependant primordiale dans la physiopathologie de cette infection. En cas d'ingestion d'un aliment fortement contaminé, le système immunitaire est alors dépassé et on peut assister à une infection. Dans cette situation, on observera généralement des petites épidémies, puisque le plus souvent plusieurs personnes ont consommé l'aliment contaminé.

Par contre, lorsque la bactérie est en contact avec un organisme fragilisé, elle devient pathogène opportuniste et le sujet infecté est malade même avec des aliments faiblement contaminés. Dans cette situation, on observera des cas isolés.

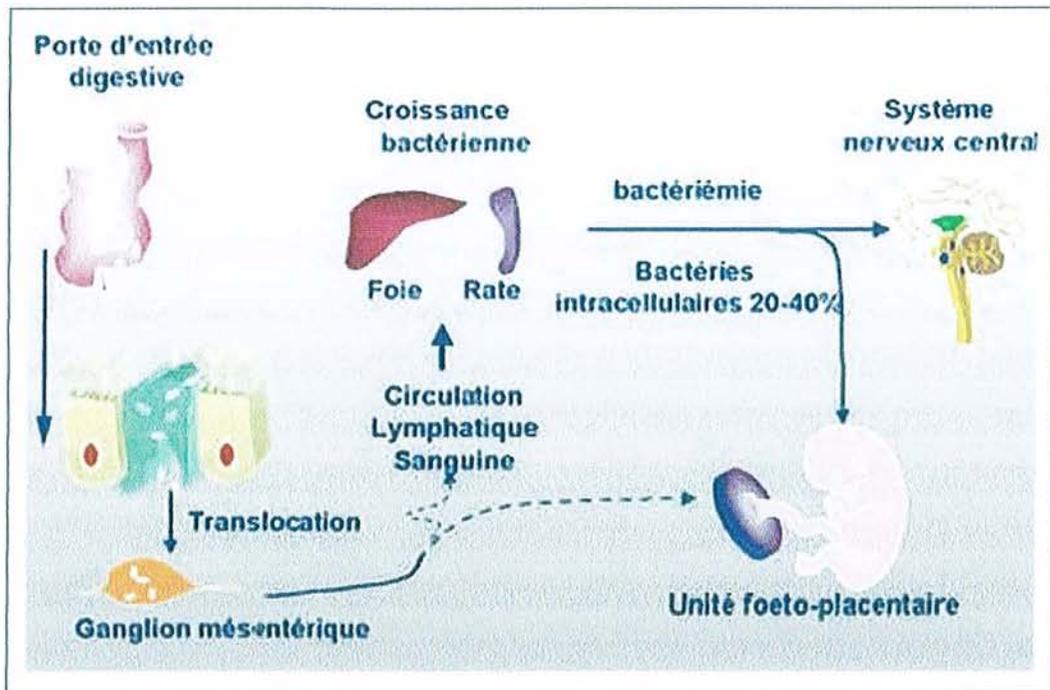


Figure 2 : Diffusion de *Lm* après pénétration par voie digestive, vers le fœtus ou le système nerveux central.

5. INFECTION MATERNO-FŒTALE

Chez la femme enceinte, surtout après le cinquième mois, les bactéries colonisent le placenta avec formation de nombreux granulomes inflammatoires, puis induisent une chorio-amnionite suivie de l'infection de l'enfant *in utero* (90% des cas). Plus rarement, l'enfant peut être contaminé à la naissance (moins de 10% des cas).

Quatre mécanismes ont été décrits pour expliquer ce type de contamination.

L'origine endométriale est le mécanisme de transmission le plus fréquent. Le point de départ est un abcès bactérien rétro placentaire qui peut rester quiescent ou au contraire évoluer vers une infection du placenta. La bactérie traverse alors les membranes infectant le liquide amniotique et secondairement le fœtus lorsqu'il déglutit. Ce mécanisme de transmission est responsable d'une atteinte fœtale grave à type de septicémie ou de méningite [4].

Un second mécanisme d'infection fœtale est possible par voie hématogène transplacentaire. L'agent infectieux parvient au niveau du placenta lorsque les défenses immunitaires maternelles sont débordées. Il s'y localise sous forme d'abcès dans la

région villositaire, franchissant la barrière placentaire et contaminant le fœtus au travers de la veine ombilicale. L'enfant naîtra septicémique lorsque l'infection a lieu au cours du troisième trimestre. [4]

D'autres voies de contamination sont possibles mais nettement plus rare : il s'agit :

- de la voie cervico-vaginale, mode de transmission peu fréquent, car il nécessite une rupture prématurée des membranes qui est rare en cas de listériose. Selon la durée de la contamination, l'enfant pourra naître asymptomatique ou présenter une méningite [4].
- de la filière génitale au moment du passage du fœtus, au cours de l'accouchement, à la suite d'une bactériémie maternelle, expliquant les formes retardées de la maladie néonatale [4].

La période d'incubation s'étend de la contamination aux premiers signes cliniques. Elle peut durer de vingt-quatre heures à plusieurs semaines.

Elle est suivie d'une phase d'état qui se caractérise par des signes cliniques inconstants et polymorphes. Le signe le plus fréquent est la fièvre. Elle est présente dans 86% des cas et isolée dans 20% des cas ou associée à un syndrome pseudo grippal. C'est souvent le premier signe de la maladie [4]. On peut également retrouver des signes pharyngés, des céphalées, des signes de gastro-entérite, un syndrome pseudo appendiculaire, des signes respiratoires à type de pneumopathie, un syndrome méningé ou encore des douleurs lombaires évoquant une infection urinaire [4].

Cette phase d'état peut être suivie d'une période de latence d'une durée d'une à huit semaines qui correspond à la multiplication de *Lm* au sein du placenta. La gravité de l'atteinte fœtale sera proportionnelle à la durée de cette période [26].

Enfin, survient la phase d'invasion qui résulte du passage massif de bactéries à partir du placenta vers le fœtus [4]. L'infection de ce dernier se manifeste par une hyperthermie, une diminution des mouvements actifs fœtaux, une menace d'accouchement prématuré sévère avec un accouchement rapide, une fausse couche tardive suivant le terme ou une mort *in utero*.

Une décharge bactérienne, à partir du placenta, peut survenir simultanément chez la mère et être alors responsable d'une nouvelle hyperthermie. La notion

d'hyperthermie séparée par un intervalle libre doit impérativement faire évoquer en priorité le diagnostic de listériose.

Parfois, la listériose n'est reconnue que lors de l'accouchement. Ce dernier est habituellement fébrile, rapide et prématuré. Le rythme cardiaque fœtal peut être tachycarde et parfois altéré. Le liquide amniotique est le plus souvent teinté voire méconial. La température maternelle se normalise quelques heures après l'accouchement. [6]

6. LA PERIODE NEONATALE

La majorité des nouveaux-nés sont infectés lors de la grossesse, ou éventuellement à l'accouchement. Il a été décrit de très rares cas d'infections nosocomiales manuportées dans les services de maternité.

Il est classique de distinguer deux formes de listériose néonatale, la forme précoce et la forme tardive.

6.1 LA FORME NEONATALE PRECOCE

Elle correspond à l'atteinte fœtale *in-utero*. Cette forme est la plus grave car elle conduit dans 50 à 75% des cas à la mort de l'enfant [26].

Elle débute dès le premier jour de vie. Il s'agit généralement d'un nouveau-né prématuré présentant des signes de souffrance fœtale [6].

Le tableau clinique est celui d'une septicémie avec :

- détresse respiratoire, tachypnée, apnée ou cyanose
- des troubles de la conscience
- une pneumonie péribronchiale est souvent retrouvée
- l'hépatomégalie est inconstante, parfois associée à un ictère précoce
- des signes cutanés sont évocateurs : pâleur, faciès terreux, rashes cutanés, lésions multiples à type de pustules
- la température est volontiers basse ou normale, plus rarement élevée.

6.2. LA FORME NEONATALE TARDIVE

Elle est plus rare et aboutit au décès dans 20% des cas. Elle est liée à une contamination périnatale lors de l'accouchement ou après, sans qu'il y ait eu d'infection placentaire [4].

L'enfant naît sain puis l'infection apparaît huit à vingt-huit jours après. Le tableau clinique est celui d'une méningite avec convulsions, hypotonie, signe méningé ou coma. Dans 5% des cas, la maladie peut se présenter sous forme d'une colite avec diarrhée.

7. DIAGNOSTIC DE LA LISTERIOSE

Durant la grossesse, une fièvre inexplicquée, même modérée, doit faire évoquer le diagnostic de listériose chez une femme enceinte. Le diagnostic doit être fait au plus vite car la symptomatologie disparaît rapidement laissant place à la phase de latence.

Les hémocultures sont les examens les plus fiables (positifs dans 70% des cas) [12]. Elles permettent un diagnostic sûr et précoce (en 24 à 48 heures) si les conditions de prélèvements sont optimales. Les prélèvements seront réalisés durant un pic thermique et répétés à quinze minutes d'intervalle.

On réalisera également un examen cyto bactériologique des urines afin d'écartier le diagnostic différentiel de pyélonéphrite.

A l'accouchement, qu'il soit clair ou méconial, la culture de liquide amniotique est très utile au diagnostic. Les frottis de membranes révèlent, en cas de listériose, la présence de nombreux petits bacilles à gram positif. Le placenta sera également mis en culture et cette dernière est positive dans 95% des cas. L'examen macroscopique du placenta montre des abcès de taille variable, qui ont un aspect de grain de riz.

Chez l'enfant, *Lm* peut être isolé dans le liquide amniotique prélevé par amniocentèse au cours de la période anténatale. Cependant, cet examen n'est pas recommandé lors d'un contexte fébrile avec contractions utérines [12].

Chez le nouveau-né, *Lm* sera recherché dans l'aspiration gastrique, dans des prélèvements périphériques (oreille, nez, anus) et dans le liquide céphalorachidien recueilli par ponction lombaire [12].

8. TRAITEMENT

Toute listériose suspectée doit être traitée en urgence par une antibiothérapie, débutée dès que les prélèvements bactériologiques sont réalisés et sans attendre les résultats, afin d'éviter ou de limiter la contamination fœtale.

Lm est habituellement sensible à un grand nombre d'antibiotiques mais **est résistante aux céphalosporines de 2^{ème} et 3^{ème} générations** et aux fluoroquinolones [11] [2].

Tableau III : Sensibilité et résistance et de *Lm* aux antibiotiques [2]

ANTIBIOTIQUE DE CHOIX	ANTIBIOTIQUE ACTIF	ANTIBIOTIQUE MODEREMENT ACTIFS	ANTIBIOTIQUE INACTIF
Amoxicilline	Aminoside	Phénicolés	Céphamycines
+ Gentamicine	Carboxypénicillines		Céphalosporine 1G
Cotrimoxazole	Glycopeptides		Céphalosporine 2G
	Imipenem		Céphalosporine 3G
	Pénicilline A		Fosfomycine
	Pénicilline G		Lincosamides
	Rifampicine		Quinolones
	Ureidopénicillines		

8.1. TRAITEMENT DE LA FEMME ENCEINTE

Dès que les prélèvements ont été réalisés, l'antibiothérapie doit être instaurée. Elle repose sur un traitement par amoxicilline (CLAMOXYL®) par voie intraveineuse à la posologie de 6g en dose de charge, puis de 4 g/24heures, ceci jusqu'à normalisation de la température [25]. Puis le traitement sera poursuivi à la posologie de 3g/24heures durant quinze à vingt et un jours per os [34] [9].

Si l'infection a lieu au cours du dernier trimestre, le traitement sera maintenu jusqu'à l'accouchement.

En cas d'allergie à la pénicilline, le COTRIMOXAZOLE® est l'antibiotique de choix [2] [39] [9].

Si les résultats bactériologiques confirment le diagnostic de listériose, il est alors indispensable d'instaurer une bithérapie comprenant de l'amoxicilline 200mg/kg/j en intraveineux avec un aminoside (GENTAMYCINE®) à la dose de 3mg/kg/j durant cinq jours. Le traitement par amoxicilline est maintenu durant trois semaines [34] [9].

8.2. TRAITEMENT DU NOUVEAU-NE

Il repose également sur l'association d'ampicilline (200mg/kg/j) et d'aminoside (3mg/kg/j) par voie intraveineuse [31] [9]. Le traitement est mis en place pour une durée de dix à quinze jours en cas de septicémie, et de quinze à vingt-et-un jours en cas de méningite.

9. PREVENTION

9.1. A L'ECHELLE NATIONALE

Cette toxi-infection alimentaire est un réel problème de santé publique. En effet, elle atteint les personnes les plus fragiles, se manifestant sous forme des cas sporadiques et parfois épidémiques et est responsable de décès.

La porte d'entrée est alimentaire obligeant les services publics à mettre en place une réglementation stricte concernant les recommandations en termes d'hygiène, de fabrication et de distribution. Cette réglementation a été éditée par le Conseil Supérieur de l'Hygiène de France le 8 septembre 1992 [26].

Le risque est plurifactoriel s'étendant de la production jusqu'à la conservation des aliments dans les foyers. Il est donc nécessaire de prendre des précautions et des mesures d'hygiène strictes tout au long de la chaîne alimentaire.

Des contrôles réguliers sont organisés afin de révéler la présence de *Lm* à des seuils qui pourraient se révéler dangereux pour la santé à savoir 100 UFC/g [15].

En France, la listériose est une maladie à déclaration obligatoire (décret n°98-169 du 13 mars 1998) auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociale (DDASS) [26] (annexe I). Des centres de surveillance ont été mis en place afin de dépister rapidement l'augmentation anormale et de repérer ainsi d'éventuelles épidémies. Lorsqu'un cas est diagnostiqué, il doit être déclaré par le clinicien à la DDASS du département. Cette structure transmet cette déclaration au Médecin Inspecteur de la Santé Publique (MISP) qui adresse au médecin en charge du patient infecté un questionnaire alimentaire et d'autre part avertit l'Institut National de Veille Sanitaire. [21].

La souche pathogène est envoyée au Centre National de Référence (CNR) à l'Institut Pasteur à Paris.

Dès qu'une épidémie est repérée, une enquête cas témoin est entreprise afin de découvrir l'agent responsable. La recherche de l'aliment contaminé peut débiter et lorsqu'il est clairement identifié, il est retiré du marché.

Les médias jouent un rôle particulièrement important dans la diffusion des informations concernant les numéros de lots des produits contaminés.

A la suite de l'épidémie de 1992, un plan de surveillance a été mis en place ayant pour objectifs de repérer les aliments les plus sensibles à la contamination. Cette étude montre que 10% des denrées prélevées au stade de la distribution sont contaminées.

Par ordre de fréquence les aliments les plus contaminés sont :

- les produits carnés (principalement viande hachée crue)
- les produits de la mer
- les fromages essentiellement à pâte molle et au lait cru
- les produits végétaux surgelés et les pousses de soja

Les aliments dans leur emballage d'origine sont moins contaminés que lorsqu'ils sont déconditionnés et tranchés [23]. Les produits distribués en grande surface ont le même risque de contamination que ceux vendus en magasins traditionnels (épicerie, artisans).

Le niveau de contamination est aussi un paramètre important (c'est-à-dire l'importance de l'inoculum bactérien), conditionnant le caractère dangereux du produit.

Les résultats de cette étude ont permis d'affiner et de compléter les informations données dans le cadre de la prévention des consommateurs.

9.2 INFORMATION DES POPULATIONS A RISQUE

Dans la population générale, étant donné le nombre important d'aliments contaminés par *Lm*, il est probable que la majorité des personnes aient déjà consommé des aliments contaminés. Cependant la concentration de *Lm* dans les aliments est variable et bien souvent inférieure à la dose pathogène.

Il existe tout de même une population « dite à risque » de contracter une listériose clinique en ingérant des aliments souillés. Il s'agit des femmes enceintes, des immunodéprimés et des personnes âgées.

Chez la femme enceinte l'impact de cette infection est tellement grave pour le devenir de la grossesse qu'il est indispensable d'effectuer une information complète dès le début. Il en relève de la compétence des professionnels de la naissance et en premier lieu de la sage-femme. Ce travail de prévention sera facilité par le fait que les patientes bénéficient d'un suivi médical régulier. En effet, la sage-femme assure le suivi médical de la grossesse dans la mesure où elle reste physiologique (examen clinique, échographie, surveillance du fœtus, dépistage des facteurs de risque ou des pathologies). Elle participe également activement à l'accompagnement psychologique de la future mère et aux séances de préparation à l'accouchement.

L'entretien prénatal individuel ou en couple présente donc un intérêt fondamental. Un des objectifs de cet entretien cité dans le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de novembre 2005 stipule que les professionnels de santé doivent compléter ou donner des informations sur les facteurs de risques, les comportements à risques et les conseils d'hygiène de vie. [17].

De plus, cet entretien permet de renseigner le professionnel sur ce que fait la patiente, ce qu'elle sait ou ce qu'elle croit savoir. Aussi des compétences sont à développer et à soutenir chez les patientes :

- résoudre un problème de prévention, aider à anticiper un problème : comprendre le but de la prévention, aménager un environnement et un mode de vie favorable.

- adapter et réajuster : adapter son mode de vie pour prévenir le risque infectieux, réajuster son régime alimentaire.

Lors de l'entretien individuel ou en couple, l'évaluation individuelle doit être considérée comme un acte de communication entre le (ou les) professionnel(s) de santé qui accompagne les femmes.[17]

C'est donc tout au long de ce suivi régulier que la sage-femme peut transmettre des messages de prévention concernant la listériose. Les futures mères sont généralement très réceptives aux conseils donnés et sont prêtes à modifier leurs habitudes alimentaires pour le bien-être de leur enfant.

L'enjeu de cette information est capital, c'est pourquoi différentes actions ont été menées par le Ministère de la Santé :

- le carnet de l'enfant du premier âge édité chaque année par le Centre national de l'enfance. Ce livret est adressé systématiquement à chaque femme enceinte dès la déclaration de grossesse par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- le guide des grossesses intitulé « bientôt maman » disponible dans les Centres Médicaux Sociaux,
- la fiche guide intitulée « listériose, toxoplasmose, comment les éviter », distribuée par les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile (annexe II),
- la fiche « bien manger en attendant bébé » disponible dans les cabinets privés et en maternité.

Il est primordial d'insister sur certaines règles d'hygiène alimentaire à pratiquer durant la grossesse [31] [20].

- se laver soigneusement les mains avant et après la manipulation des aliments
- cuire à cœur les aliments crus d'origine animale, les viandes hachées en particulier, les poissons et les lardons
- laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques
- conserver séparément les aliments crus des aliments cuits ou prêts à être consommés
- réchauffer suffisamment et consommer rapidement les restes alimentaires et plats cuisinés
- laver soigneusement les ustensiles de cuisine et le plan de travail
- nettoyer tous les quinze jours son réfrigérateur et le désinfecter à l'eau de javel diluée au dixième puis le rincer

Enfin, il est indispensable de leur rappeler qu'il ne faut pas rompre la chaîne du froid afin de limiter au maximum la multiplication de *Lm* dans les aliments [21]. Les professionnels de la naissance et en particulier la sage-femme seront amenés à fournir les conseils qui suivent :

- finir les courses par les produits frais et congelés et de les transporter dans une glacière ou sac isotherme,
- rentrer directement après avoir fait ses courses,
- vérifier la température du réfrigérateur qui doit être au maximum à 4°C et du congélateur qui doit être à -18°C.

9.3 ALIMENTS A EVITER DURANT LA GROSSESSE

Un rapport de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) de 2006 classe les aliments en trois catégories [1] :

- les aliments sûrs : considérés comme ne présentant aucun risque de contamination par *Lm*. Ils ne permettent pas son développement (trop froid, trop acide, trop sucré ou trop salé) à condition qu'ils ne contiennent pas une quantité de bactérie supérieure au seuil représentant un danger pour le consommateur. Il s'agit des bonbons, des fruits, des yaourts, des biscuits, de la vinaigrette, du jambon sec, des surgelés (à condition d'avoir respecté la chaîne du froid).

- les aliments sensibles : permettent la multiplication de *Lm* mais la conservation au froid limite sa croissance. S'ils sont contaminés et conservés dans de mauvaises conditions ils peuvent représenter un danger. Ces aliments sont : la mayonnaise maison, la soupe en brique après ouverture, certains fromages à pâtes molles, rillettes, viande crue...

- les aliments à risque maîtrisé : compte tenu du traitement effectué sur ces produits, ils ne contiennent pas normalement de *Lm*. Il s'agit des conserves, du lait UHT avant ouverture, des viandes cuites, des plats cuisinés, du boudin noir cuit avant consommation...

Il est donc préférable pour les femmes enceintes d'éviter durant toute la grossesse [30] [20] :

- les coquillages crus, le surimi, le tarama et les poissons fumés
- les produits de charcuterie crue : jambon cru, bacon, lardons, saucisson sec...
- les produits de charcuterie cuites ou vendus à la coupe et consommés en l'état : pâté, rillettes, langue en gelée
- les fromages à pâtes molles au lait cru, croûtes de fromage, fromage râpé. Par contre les fromages au lait cru consommés cuits comme la raclette ou la fondue ne présentent aucun danger puisque les températures obtenues lors de la cuisson sont supérieures à 60°C.

9.4 LE MILIEU HOSPITALIER

En milieu hospitalier, les protocoles d'hygiène concernant la désinfection des locaux et du matériel sont rigoureux, de même que le respect de la chaîne du froid et la conservation alimentaire.

Le personnel soignant doit respecter les protocoles d'hygiène lorsqu'il prodigue des soins aux nouveau-nés et femmes enceintes dans le but d'éviter un risque d'infections nosocomiales.

Les différentes études publiées dans la littérature nous informe de la gravité de l'infection à listéria mais aussi et surtout de l'importance de la prévention par les professionnels de santé afin d'éviter la contamination de la femme enceinte et donc de son foetus.

Aussi deux questions émergent :

- Quelle est l'attitude des sages-femmes et gynécologues obstétriciens vis-à-vis de la prévention ?
- Quel est l'impact de cette information sur les femmes enceintes ?

Chapitre II

ENQUETE MENEES AUPRES DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTES.

Mener une grossesse sans être informé sur la prévention à mettre en œuvre pour éviter une contamination par *Lm* peut s'avérer dangereux.

Dans cette seconde partie nous étudierons l'attitude des professionnels face à l'information qu'ils fournissent aux patientes. Dans un second temps, nous analyserons l'assimilation de cette information ainsi que sa perception chez 96 patientes.

1. METHODOLOGIE

➤ Problématique :

Comment les sages-femmes et gynécologues obstétriciens abordent-ils l'information concernant la prévention contre la listériose lors du suivi de grossesse, afin de permettre aux patientes d'appliquer ces recommandations au quotidien ?

➤ Objectifs :

- améliorer l'information fournie par les professionnels aux femmes enceintes.
- renforcer les règles d'hygiène sanitaire des femmes enceintes afin qu'elles se prémunissent.

➤ Hypothèses :

- les informations ainsi que les recommandations sont fournies par les professionnels de santé.
- les patientes disposent d'une information complète et utilisable au quotidien afin de se prémunir d'une contamination à *Lm*.

1.1 MODALITE ET DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective qualitative menée au Centre Hospitalier Régional Metz- Thionville : Hôpital Notre Dame de Bon-Secours de Metz, maternité de niveau 1+ et Hôpital Bel-Air de Thionville, maternité de niveau 2+.

Les questionnaires destinés aux professionnels (gynécologues obstétriciens et sages-femmes) ont été adressés dans les services de consultations prénatales des deux hôpitaux. Des questionnaires ont également été adressés aux sages-femmes exerçant en milieu libéral et en PMI. Au total cinquante questionnaires ont été adressés : trente aux gynécologues obstétriciens et 20 aux sages-femmes.

Par ailleurs, deux cents questionnaires ont été mis à disposition des patientes sur une durée de trois semaines consécutives :

- soixante-quinze questionnaires ont été mis à disposition au service 91 de Bel-Air de Thionville
- soixante-quinze questionnaires ont été mis à disposition au service 92 à Bel-Air de Thionville
- ainsi que cinquante questionnaires à Bon-Secours de Metz.

Il a été malheureusement impossible de diffuser des questionnaires à la maternité de Sainte-Croix à Metz.

Les questionnaires ont été remis uniquement aux patientes ayant accouché qu'elles aient ou non reçu l'information concernant *Lm* durant leur grossesse. Ils n'ont pas été volontairement remis aux femmes enceintes afin de ne pas inquiéter celles qui n'auraient pas eu cette information.

1.2 OUTILS DE TRAVAIL :

L'objectif des questionnaires était de recueillir diverses informations concernant :

- Les professionnels : (annexe III)
 - statut et lieu d'exercice

- modalité d'information : contenu, mode de diffusion, le temps consacré, information réitérée durant la grossesse.
- formation continue : mise à jour des connaissances, formation récente ou besoin de formation complémentaire.
- évaluation des moyens mis en place actuellement et leurs propositions en terme d'amélioration.

➤ Les patientes : (annexe IV)

- état civil
- antécédents obstétricaux
- suivi de grossesse
- information listériose : par qui, à quel moment de la grossesse et comment l'information leur est-elle parvenue, ont-elles bien assimilées et respectées ces consignes, ou persistait-il des inquiétudes et des questions en suspens ?

1.3 LIMITES DE L'ETUDE.

Le nombre de questionnaire recueilli auprès des professionnels (34) n'est pas significatif pour évaluer la pratique des professionnels face à cette information.

1.4 RECUEIL DE DONNEES.

Les données ont été recueillies et analysées grâce au logiciel « Sphinx Plus ² » qui permet d'élaborer des questionnaires, de saisir les données, de recueillir les informations ainsi que de traiter et analyser les résultats.

2 PRESENTATION DES RESULTATS.

2.1 RESULTATS CONCERNANT LES PROFESSIONNELS.

➤ Statut et lieu d'exercice :

- Le lieu d'exercice des gynécologues obstétriciens est :
 - le milieu libéral pour 6 d'entre eux
 - le milieu hospitalier pour 14 d'entre eux.
- Le nombre d'années d'exercice de la profession est de 5 à 10 ans pour un d'entre eux, 15 à 20 ans pour 5, et plus de 20 ans pour 14.
- Le lieu d'exercice des sages-femmes est :
 - le milieu libéral pour une seule sage-femme
 - le milieu hospitalier pour 2 d'entes elles
 - et le secteur de PMI pour 11 sages-femmes.
- Le nombre d'années d'exercice de la profession est de 10 à 15 ans pour 3 d'entre elles, 15 à 20 ans pour 3 et plus de 20 ans pour 8.

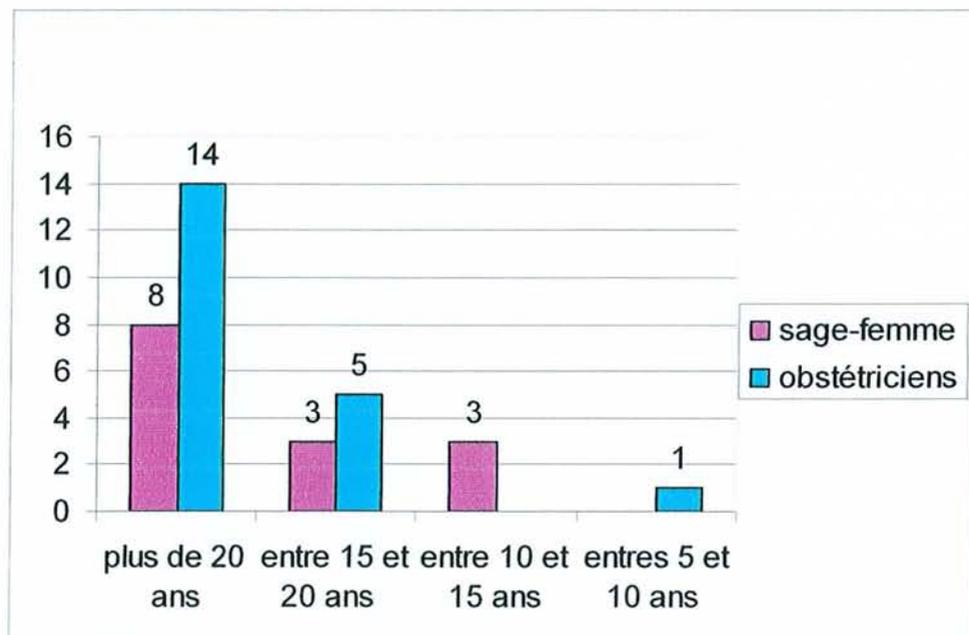


Figure 3 : Répartition des professionnels en fonction du nombre d'années d'exercice.

➤ Modalités d'information :

- 32 de ces professionnels répondent avoir informé leurs patientes sur la listériose.

- Deux d'entre eux répondent qu'ils n'ont pas abordé ce sujet. Dans ces deux cas, leurs réponses furent :

« Il y a déjà trop d'informations à donner entre la toxoplasmose et le tabac. »

« Il n'existe pas de réels problèmes actuellement. Les cas de listériose sont exceptionnels et la sécurité alimentaire n'a jamais été aussi bonne. Le risque zéro n'existe pas. »

- L'information concernant *Lm* est préférentiellement abordée au premier trimestre de la grossesse (20 cas sur 32).

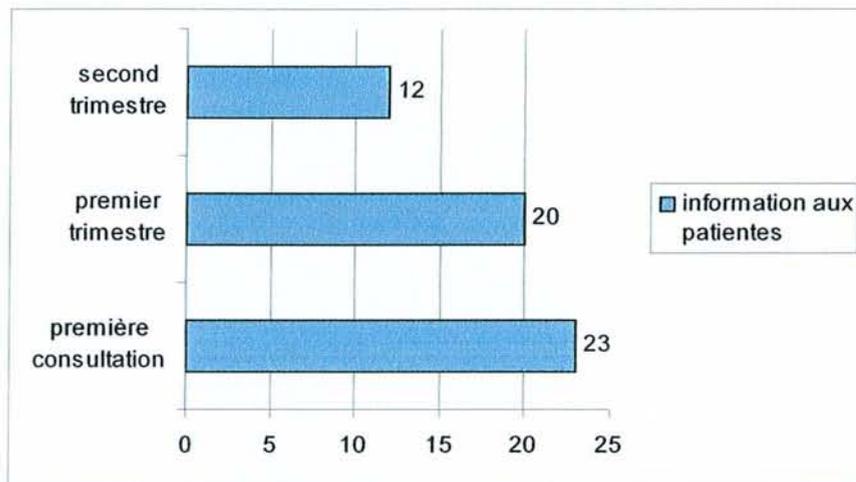


Figure 4 : Période pendant laquelle l'information est fournie aux patientes.

- Notons que les consignes sont données oralement ou par écrit par les professionnels : 18 d'entre eux informent leur patientes uniquement oralement et 14 les informent à la fois oralement et par écrit.
- Le temps consacré à cette information est variable d'un praticien à l'autre :
 - il est de moins de cinq minutes pour 26 d'entre eux.
 - de cinq à dix minutes pour 5 professionnels.
 - et de plus de dix minutes pour un seul professionnel.

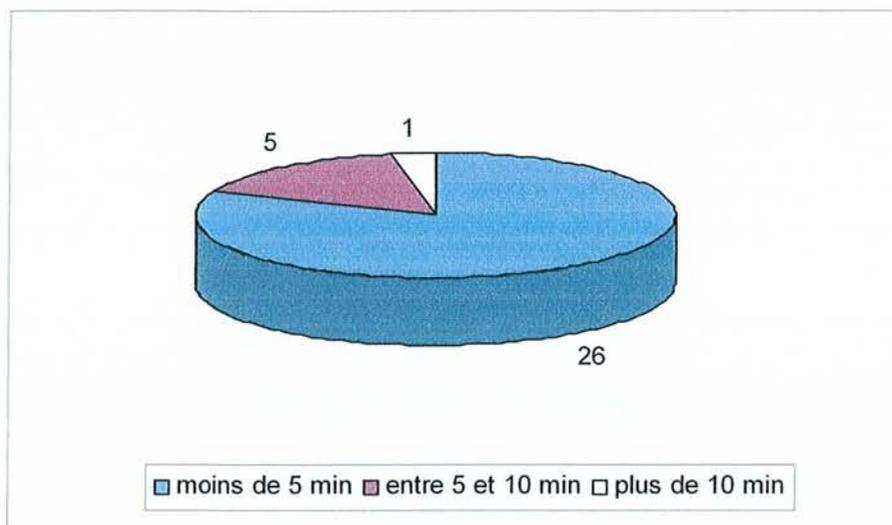


Figure 5 : Temps consacré à l'information sur la listériose.

- Concernant le contenu de cette information, il se répartit de la façon suivante :

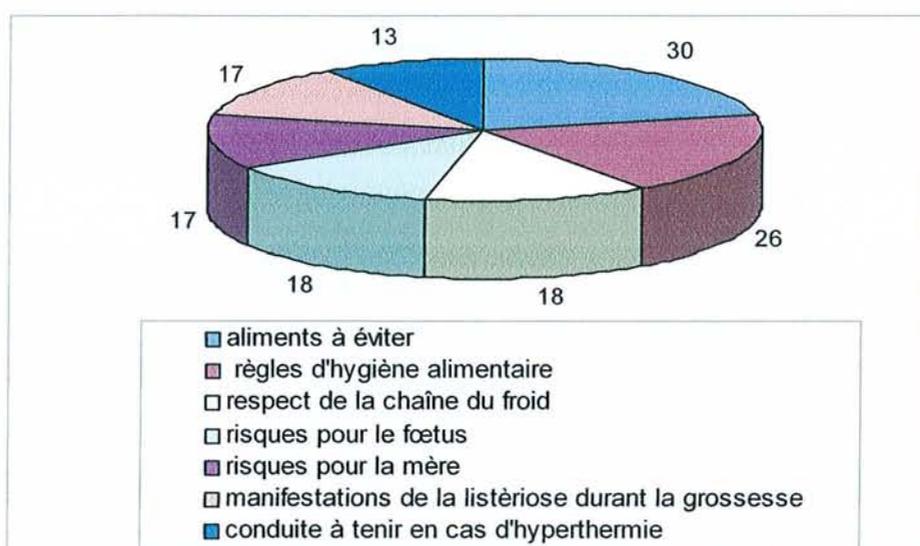


Figure 6 : Contenu de l'information.

- L'information concernant *Lm* a été abordé une seconde fois par 27 professionnels.
- A la question : « les patientes évoquent-elles des difficultés à respecter les précautions ? » :
 - 30 professionnels sur 32 ont répondu NON
 - 2 sur 32 ont répondu OUI : un professionnel évoque les difficultés des patientes concernant le choix des fromages, le second aborde le

souci de l'hygiène alimentaire ainsi que la reconnaissance des aliments potentiellement contaminants.

- Une information complémentaire à la demande des patientes est évoquée pour seulement 5 professionnels. Les thèmes abordés sont en priorité les moyens préventifs, puis les risques pour le fœtus, les signes cliniques et les moyens thérapeutiques (Figure 7).

26 des 32 professionnels indiquent ne pas être questionnés par leurs patientes.

Un professionnel n'a pas répondu à cette question.

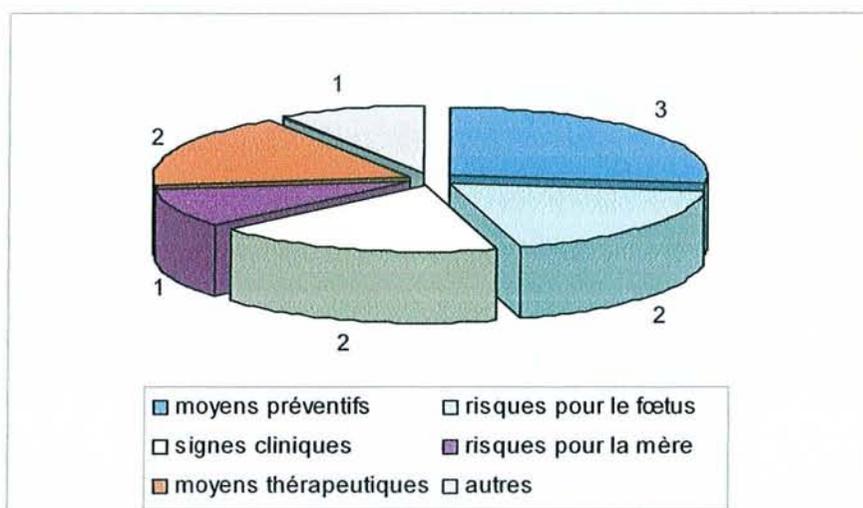


Figure 7 : Thèmes interrogants les patientes.

➤ Formation continue :

Concernant la formation continue des professionnels, les résultats sont :

- 15 sur 34 professionnels ont mis à jour récemment (moins de un an) leurs connaissances concernant la listériose.
- 19 sur 34 n'ont pas actualisé leurs connaissances.

Parmi ceux qui ont récemment mis à jour leurs connaissances, différents outils ont été utilisés : internet, presse médicale, conférence, congrès... Les deux outils les plus utilisés sont internet et la presse médicale.

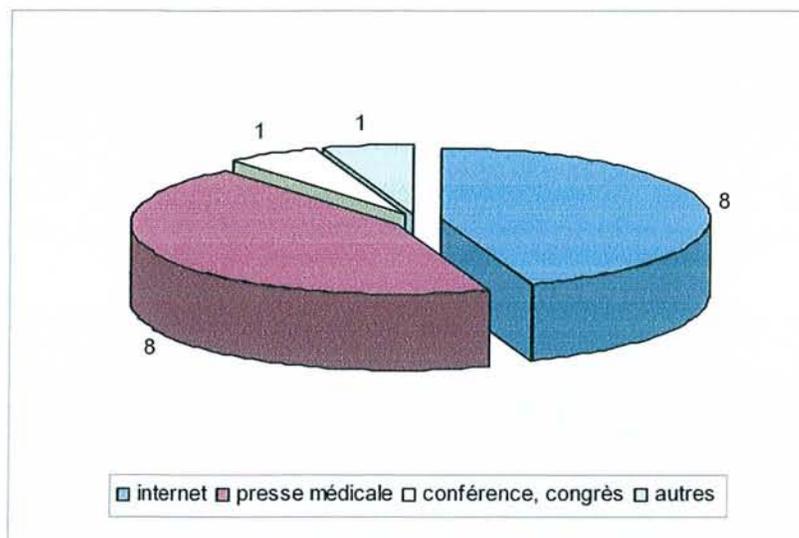


Figure 8 : Outils utilisés pour mettre à jour les connaissances.

A la question « ressentez-vous le besoin de mettre à jour vos connaissances ? », 12 professionnels répondent favorablement, 20 n'en ressentent pas le besoin et 2 professionnels ne se sont pas exprimés.

➤ Evaluation des moyens mis en place :

Il a été demandé aux professionnels de qualifier les moyens mis en place actuellement pour la prévention de la listériose :

- 18 sur 34 l'estiment insuffisante.
- 16 sur 34 pensent qu'elle est suffisante.

Les résultats à la question : « Comment pensez-vous développer la prévention de la listériose ? » figurent ci-dessous.

(N=34, plusieurs réponses possibles)

Tableau IV : Moyens à mettre en place pour améliorer la prévention contre la listériose.

Informersur les règles d'hygiène	6
Informersystématiquement dès le début de la grossesse	4
Développer des fiches d'information	4
Evaluer de façon optimale les risques	1
Sans réponse	22

2.2 RESULTATS CONCERNANT LES PATIENTES.

96 questionnaires ont été collectés, tous sont exploitables.

➤ Informations relatives aux patientes :

55% des patientes ont entre 21 et 30 ans, et 45% se situent dans la tranche d'âge 31-40 ans.

67% ont un niveau Bac ou supérieur au Bac, et 23% ont un niveau CAP, BEP ou équivalent ou sont sans diplôme.

Les catégories socioprofessionnelles dans lesquelles se répartissent ces femmes sont classées en sept catégories selon l'INSEE.

Tableau V : Répartition des catégories socioprofessionnelles.

Artisan, commerçant, chef d'entreprise	9%
Profession intermédiaire de la santé et du travail social	14%
Employé administratif d'entreprise	6%
Employé de commerce	22%
Employé de service direct aux particuliers	14%
Employé et agent de service de la fonction publique	14%
Autres personnes sans activité professionnelle	21%

➤ Suivi de grossesse :

Les patientes ont été suivies dans 87 cas par un gynécologue obstétricien, 8 patientes ont été suivies par une sage-femme et une seule patiente par un médecin généraliste.

La majorité des patientes ont bénéficié des neuf consultations prénatales.

➤ L'information sur la listériose :

○ Le pourcentage de patientes ayant reçues une information sur la prévention à mettre en place afin d'éviter une contamination par la toxoplasmose et le CMV est indiqué dans la figure suivante.

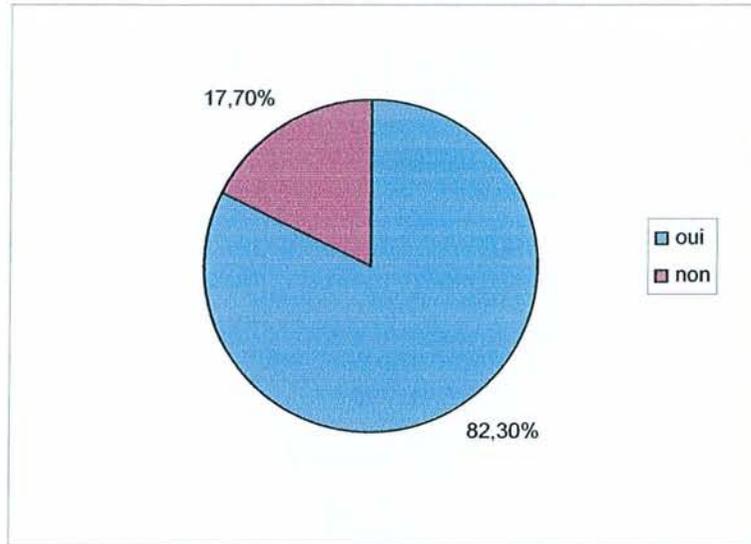


Figure 9 : Répartition des patientes ayant reçu l'information sur la toxoplasmose et le CMV.

○ Concernant l'information relative à la prévention de la listériose 62.5% ont été sensibilisées à un problème de santé publique.

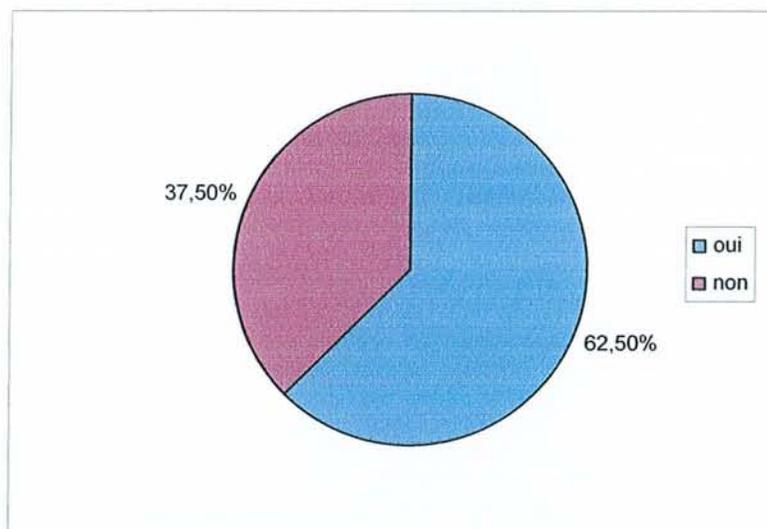


Figure 10 : Répartition des patientes ayant reçu l'information sur la listériose.

○ L'information est fournie dans 50% des cas par le gynécologue obstétricien assurant le suivi de la grossesse, par la sage-femme dans 27% des cas, par le médecin traitant pour 7% d'entre elles. 6% des patientes ont bénéficié de cette information par leur entourage (amis, famille...) et 10% d'entre elles ont classé cette rubrique dans autre : média, presse.

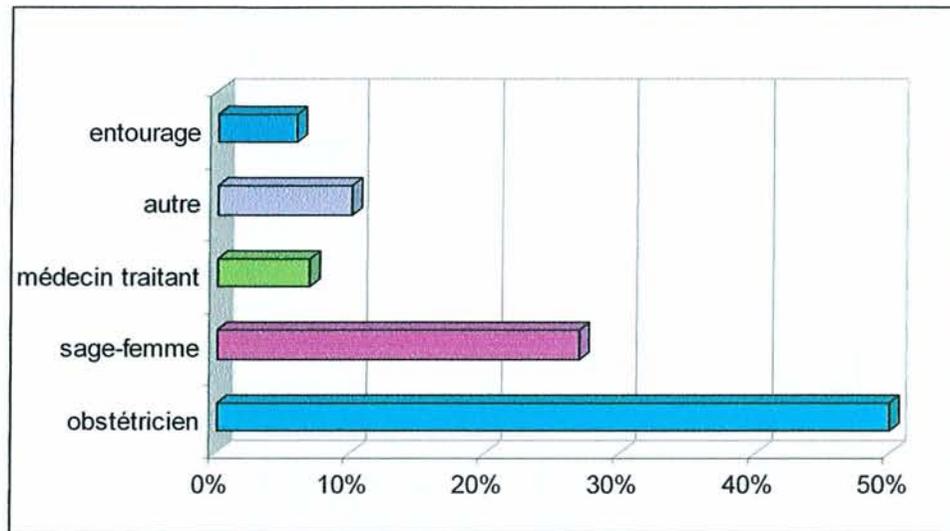


Figure 11 : Diffusion de l'information sur la listériose.

○ Cette information est donnée uniquement de façon orale dans 32% des cas, par écrit dans 32% des cas, et écrit et oralement dans 36% des cas.

○ L'information est majoritairement diffusée au premier trimestre de la grossesse (82%), au second trimestre pour 15% et 4% ne reçoivent cette information qu'au troisième trimestre.

○ Nous avons interrogé les patientes sur leur perception de l'information reçue, en leur demandant de la qualifier en : compréhensible, précise, applicable facilement ou difficilement utilisable.

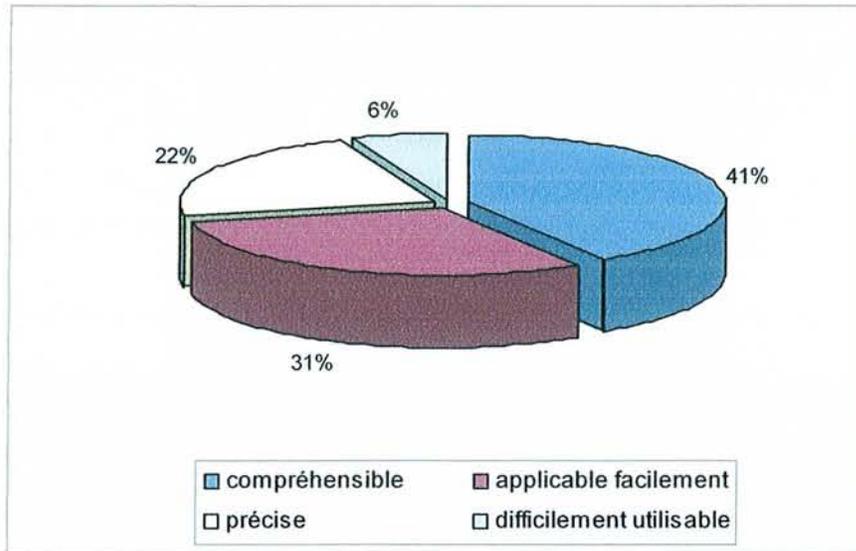


Figure 12 : Evaluation de l'information fournie.

- Le contenu de l'information reçue est :

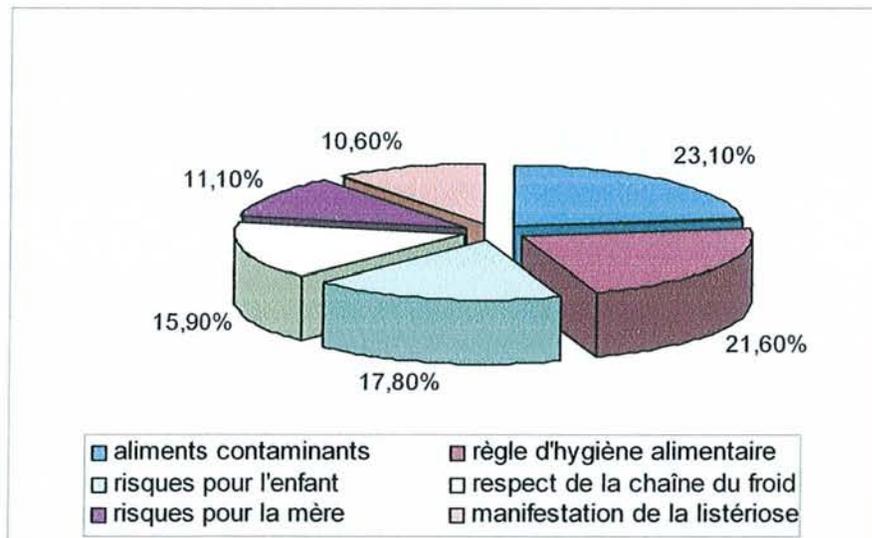


Figure 13 : Contenu de l'information.

- Une partie du questionnaire comprenait un QCM (questionnaire à choix multiples) destiné aux patientes ayant reçue l'information sur la listériose.

Le taux de réponse est de 58%.

Tableau VI : Résultats bruts du questionnaire à choix multiples.

	Questions	Nombre de réponse
1	Il faut nettoyer et javelliser son réfrigérateur tous les 15 jours	44
2	La consommation de jambon cuit et rillettes est à éviter	40
3	La listériose durant la grossesse se manifeste par une fièvre modérée, un état pseudo grippal et des problèmes intestinaux	29
4	Le risque est de faire une fausse couche	26
5	Il faut éviter de consommer des fromages vendus râpés	16
6	La température du réfrigérateur doit être supérieur à 4°C	14
7	On peut sans souci consommer des fromages à pâtes molle au lait cru	3
8	L'enfant ne court aucun risque à la naissance	2

○ Parmi les patientes ayant bénéficié de cette information (60 personnes), 42 d'entre elles ont strictement respecté ces consignes de prévention. Les 18 femmes n'ayant pas respecté les consignes de prévention évoquent le fait que le risque de contamination leur a semblé faible (45% des cas), et que la prévention est trop contraignante (20%). Pour 30% des femmes, la qualité de l'information est mise en cause.

○ 58% de ces femmes n'ont pas ressenti d'inquiétude durant leur grossesse, et 42% de femmes déclarent s'être inquiétée.

○ A la question : « en avez-vous parlé avec un professionnel de santé ? » le taux de réponse est de 27%. Deux tiers des femmes répondent n'en n'avoir jamais discuté. Cependant 55% des patientes conservent des questions en suspens tout au long de leur grossesse concernant cette infection.

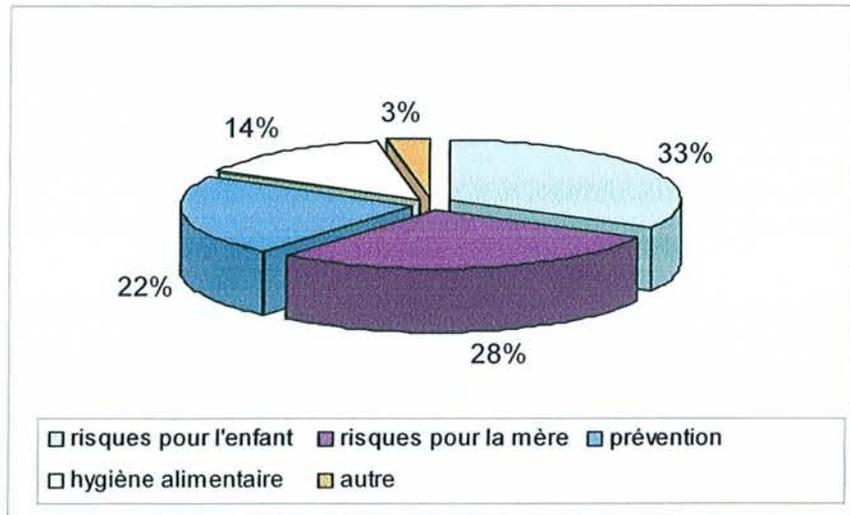


Figure 14 : Domaine où les questions restent en suspens pour les patientes.

- A la question avez-vous des remarques, le taux de réponses est de 20%.
Nous obtenons diverses réponses figurant dans le tableau suivant :

Tableau VII : Remarques formulées par les patientes.

Remarques	Nombre de patientes évoquant ces remarques
Informers systématiquement les futures mamans	4
Informers précocement dès le début de la grossesse	3
Informers au même titre que la toxoplasmose ou la rubéole	3
Sensibiliser la population générale	2
Informers par dépliants ne suffit pas, il faut plus d'explications orales	1
Top de disparités existe dans le discours des professionnels	1
Respecter les conseils d'hygiène alimentaire	5
Trop d'information durant la grossesse, elle est trop médicalisée	1

Tous ces résultats nous ont permis d'effectuer plusieurs constats concernant la pratique des professionnels de santé interrogés, ainsi que le ressenti des patientes face à cette information. Cela nous a permis d'identifier plusieurs freins à la diffusion de la prévention contre la listériose.

A partir de ces deux études, nous tenterons de proposer des améliorations en ce qui concerne l'information et la prévention de la listériose durant la grossesse afin de permettre aux femmes de mieux l'assimiler et de l'appliquer.

Chapitre III

OPTIMISER LA PREVENTION

Les études précédemment décrites dans la littérature ont permis de dégager certains axes majeurs que nous allons à présent analyser.

Il faut pour cela rappeler nos hypothèses de départ. Les informations et les recommandations sont fournies par les professionnels de santé et les patientes disposent de données complètes et utilisables au quotidien afin de se prémunir d'une contamination à *Lm*.

1. COMPARAISON DES RESULTATS DES PROFESSIONNELS ET DES PATIENTES ET ANALYSE.

1.1 Qualité de l'information.

D'après les résultats obtenus, 32 professionnels affirment aviser leur patiente sur la listériose. Il est à noter que ces résultats obtenus sont peu représentatifs de la pratique de l'ensemble des professionnels car seulement 34 questionnaires ont été collectés.

Par ailleurs, 37.5% des patientes affirment ne pas avoir été prévenues par le professionnel de référence.

Enfin, pour les patientes ayant été informées, bien que l'information soit principalement dispensée par les sages-femmes et les obstétriciens, une part non négligeable de patientes a été avisée par les médias ou leur entourage. On peut s'interroger dans ce cas sur la fiabilité des renseignements fournis

Aussi existe-t-il une différence notable entre ce que les professionnels affirment et ce que les patientes relatent. D'où peut provenir cette différence ?

Tout d'abord, l'information est majoritairement fournie au cours du premier trimestre de grossesse. Or, les questionnaires ont été distribués aux femmes ayant accouchées. Il est donc probable qu'il existe des omissions et que cette étude comporte un biais. Mais rappelons que les questionnaires n'avaient volontairement pas été remis aux femmes enceintes afin de ne pas inquiéter celles qui n'auraient pas eu cette information.

Cela nous amène cependant à nous interroger sur la qualité de l'information fournie et les moyens mis en place. En effet, un élément important à prendre en considération est le temps consacré à l'information sur la listériose. Il est majoritairement de moins de cinq minutes ce qui compte tenu de la complexité du sujet est probablement insuffisant pour la plupart des patientes. Il a été montré que la majorité des professionnels ne disposaient pas de ce temps lors de la consultation « classique » et pour cette raison il a été créé l'entretien prénatal individuel ou en couple. Cette consultation obligatoirement proposée à toute gestante laisse place à un échange et une écoute active entre le professionnel et la patiente. Sa durée est de quarante-cinq minutes minimum et bénéficie d'une cotation spécifique. L'un de ses objectifs est de prévenir le risque infectieux, en particulier la listériose.

Parallèlement, 82.30% des patientes ont bénéficié de l'information concernant la prévention de la toxoplasmose et du CMV. Cela représente environ 20% de patientes en plus que celles informées sur le risque listérien. La toxoplasmose et le CMV sont-elles des pathologies considérées par les professionnels comme plus à risque que la listériose ? En ce qui concerne la toxoplasmose, c'est une pathologie connue et maîtrisée depuis plus longtemps que la listériose. De plus, les sérologies toxoplasmiques et leurs surveillances mensuelles pour les femmes séronégatives rendent l'information incontournable.

Globalement on peut diviser les patientes en trois groupes. Un tiers d'entre elles ont disposé de renseignement écrit et oral. Un second tiers n'a bénéficié que d'une information écrite, et un troisième tiers n'a profité que d'une information orale. Or il existe une documentation écrite à disposition des praticiens comme « toxoplasmose, listériose, comment les éviter » ou encore « bien manger en attendant bébé ». Celles-ci devraient être fournies systématiquement aux patientes afin d'avoir un support écrit pour se référer en cas de doute sur les précautions à prendre.

Concernant la nature de l'information, le principal message concerne les aliments à éviter, puis les règles d'hygiène alimentaire, le respect de la chaîne du froid et enfin les risques pour le fœtus. Enfin, les manifestations de la listériose sont évoquées. Les résultats obtenus entre les questionnaires des professionnels et des patientes concordent.

1.2 Assimilation de l'information.

La majorité des patientes ayant répondu à ce questionnaire ont un niveau BAC ou supérieur, elles semblent donc à même de comprendre et d'assimiler l'information fournie. Aussi lorsqu'on demande à ces patientes de qualifier cette information, elles répondent que cette dernière est parfaitement compréhensible, facilement applicable et précise (cela représente 94% des réponses). Seuls 6% estiment que cette information est difficilement utilisable au quotidien.

Cependant, une partie de l'étude comportait un questionnaire à choix multiples à 8 items où il leur était demandé de cocher les réponses qui leurs paraissaient exactes. Les réponses attendues à ce QCM étaient :

- 1- il faut nettoyer et javelliser son réfrigérateur tous les 15 jours : VRAI
- 2- la consommation de jambon cuit et de rillettes est à éviter : VRAI
- 3- la listériose durant la grossesse se manifeste par une fièvre modérée, un état pseudo grippal et des problèmes intestinaux : VRAI
- 4- le risque est de faire une fausse couche : VRAI
- 5- il faut éviter de consommer des fromages vendus râpés : VRAI
- 6- la température du réfrigérateur doit être supérieure à 4°C : FAUX
- 7- on peut sans souci consommer des fromages à pâte molle au lait cru : FAUX
- 8- l'enfant ne court aucun risque à la naissance : FAUX

46% des patientes se sont abstenues de répondre à ce QCM. Cela indiquerait-il qu'elles n'ont pas assimilé l'information reçue ?

Pour les patientes ayant répondu, on constate qu'elles ont bien intégré certaines notions d'hygiène sanitaire et alimentaire en particulier concernant l'entretien du réfrigérateur ainsi que la consommation de certains aliments potentiellement contaminants (charcuterie). Cependant un pourcentage non négligeable de patientes n'a pas assimilé les notions concernant les fromages ainsi que l'importance de maintenir la température de réfrigérateur inférieure ou égale à 4°C. Les manifestations cliniques chez la mère comme la fièvre, l'état grippal et les problèmes intestinaux ont été correctement assimilés par les patientes. Par contre les risques pour le fœtus et l'enfant à

naître ne semblent pas compris. Il apparaît donc des disparités dans l'assimilation des données qui contrastent avec les résultats obtenus pour qualifier l'information fournie. Nous constatons que la moitié des patientes n'ont pas assimilé l'intégralité des informations fournies conservent des questions à ce sujet en suspens. L'un des thèmes où il reste le plus de questions est le risque pour l'enfant, puis les risques pour la mère, la prévention et enfin l'hygiène alimentaire. Ces interrogations sont le reflet des réponses erronées ainsi observé dans le QCM.

Une information ultérieure en complément apparaît donc nécessaire afin d'estimer les connaissances intégrées par les patientes et les domaines qui leurs paraissent encore flou après une première information. Cependant, seulement cinq professionnels sont questionnés ultérieurement par leurs patientes concernant la prévention à mettre en œuvre, comme le choix des fromages et les soucis d'hygiène alimentaire. Ces résultats coïncident avec les réponses des patientes car seul un tiers d'entre elles affirment avoir posé des questions complémentaires au professionnel suivant leur grossesse.

1.3 Intégration dans leur vie quotidienne.

Bien que le risque de contamination par la listériose ne semble pas être un sujet d'inquiétude pour les femmes enceintes, 70% d'entre elles ont mis en place la prévention contre le risque de contamination dans leur vie quotidienne. Cependant un nombre non négligeable de patientes remettent en cause la qualité de l'information fournie. C'est pourquoi il apparaît indispensable que les professionnels utilisent tous les moyens mis en place actuellement pour fournir une information de qualité optimale.

D'après les professionnels, le choix des fromages et les règles d'hygiène alimentaire sont les principaux défis que doivent relever les patientes durant leur grossesse. Le suivi régulier dont bénéficie chaque femme enceinte et l'instauration de l'entretien prénatal individuel ou en couple devraient avoir pour objectif de dépister les situations qui leur pose problème.

2. OPTIMISER LA PREVENTION

2.1 Formation continue des professionnels.

Il apparaît d'après l'enquête menée auprès des professionnels que plus de la moitié d'entre eux n'ont pas remis à jour leurs connaissances, dans l'année, sur le sujet.

Or, la formation continue est réglementée par le code de la santé publique, article L4153-1, par la loi n° 2004-806 du 09 août 2004, article 99II, Journal Officiel du 11 août 2004. Cette loi stipule que :

« La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité de soins.

Elle est obligatoire pour toutes les sages-femmes en exercice.

L'obligation de formation est satisfaite par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles »

La formation continue des sages-femmes, mais également des médecins, est donc un devoir afin d'optimiser les connaissances, de connaître et de maîtriser les dernières recommandations. Cela permet d'optimiser la fiabilité et la compréhension des informations qu'ils fournissent à leurs patientes.

Un autre élément à prendre en compte est la qualité et le contenu de cette formation continue. Les sources d'information les plus utilisées sont Internet ou la presse médicale. Il semble que l'amélioration des pratiques et la qualité de l'information va de paire avec l'amélioration des connaissances et passe nécessairement par le renforcement de la formation continue.

D'après l'étude réalisée auprès des professionnels la majorité d'entre eux ont plus de vingt ans d'exercice. Or on peut s'interroger sur le contenu des connaissances sur *Lm* il y a une vingtaine d'années ?

Le diagnostic de listéria n'a été mis au point qu'en 1960 et ce n'est qu'en 1980 que la transmission par le biais des aliments est prouvée. C'est en 1998 que cette pathologie devient à déclaration obligatoire. Les praticiens diplômés il y a plus de vingt ans n'ont donc pas eu d'enseignement concernant ce sujet durant leur cursus et

la prise de conscience au niveau national ne date que de 9 ans. C'est pourquoi le professionnalisme de ces sages-femmes et médecins leur a permis de prendre connaissance des découvertes sur la listériose durant ces dernières années et de s'inscrire dans le fondement même de la formation médicale continue.

2.2 Sensibiliser au risque listérien.

➤ Aspect médico-légal :

Au vue de la situation révélée par notre étude, on peut s'interroger sur la responsabilité des professionnels de santé en cas d'absence d'information sur la prévention à mettre en œuvre pour éviter une contamination à *Lm*. En effet, ce défaut de prise en charge engendre un manque de connaissance pour la femme enceinte qui ne pourra pas se prémunir par des gestes souvent assez simples à mettre en place.

➤ Intérêt de l'information :

Il est indéniable que l'absence d'information constitue un obstacle majeur à la mise en place d'acte de prévention. Il est donc capital que les agents de santé expliquent individuellement ou collectivement quels sont les bienfaits de la prévention en décrivant les risques encourus en l'absence d'une telle protection.

Par ailleurs, bien que les précautions à prendre comportent des similitudes avec la prévention de la toxoplasmose, une information seulement ciblée sur la toxoplasmose, certes beaucoup plus fréquente pendant la grossesse, est insuffisante. Paradoxalement, la toxoplasmose bénéficie d'un dépistage en début de grossesse, ainsi que le suivi sérologique mensuel pour les patientes non immunisées. Ainsi, les gestantes séronégatives pour la toxoplasmose sont investies pleinement dans la prévention contre cette pathologie car elles se rendent chaque mois au laboratoire pour une prise de sang. Ces mesures sont concrètes et rendent la patiente actrice de sa prévention.

Il est indispensable que la patiente assimile les préventions spécifiques à la listériose en particulier en ce qui concerne l'entretien du réfrigérateur et la consommation des fromages au lait cru.

Dans un article de J. Croizé paru en 2000 dans la revue de médecine interne, et intitulé « listériose : un problème de santé ancien ou actuel ? » [10], cet auteur concluait par :

« Le médecin doit participer à la politique de prévention au moins à deux niveaux : en rappelant les règles alimentaires édictées par le ministère pour les femmes enceintes et les patients à risque (une fiche conjointe pour la toxoplasmose et listériose serait envisageable comme on peut le voir sur des fiches grand public distribuées dans des chaînes de distributions alimentaires) et en déclarant le plus tôt possible les cas de listériose pour enrayer une éventuelle épidémie. Les consommateurs ne doivent pas tomber dans une listériophobie. »

En effet, on assiste à une évolution des comportements alimentaires qui engendre une méconnaissance des aliments et de leur fabrication. A l'heure du surgelé et des plats tous préparés il semble bien difficile de faire la différence entre un fromage industriel et un fromage au lait cru. C'est ce manque de repères que mettent en avant les patientes dans le choix de leur fromage. Pourquoi alors ne pas mettre en place un petit symbole sur les aliments potentiellement à risque comme dans la campagne de lutte contre l'alcool durant la grossesse ? Cela permettrait aux patientes de repérer très facilement les aliments à éviter durant leur grossesse sans pour autant les faire entrer dans une démarche « listériophobe ».

De même, il est capital de s'assurer de la parfaite compréhension de ces actes de prévention et de veiller à toujours laisser une porte ouverte à d'éventuelles questions relatives à ce sujet.

➤ La situation en France :

Les femmes enceintes bénéficient d'un suivi régulier propice à la diffusion de l'information sur la listériose. L'entretien prénatal individuel ou en couple est un des moments clés de la réussite d'une bonne information. Les femmes enceintes sont très réceptives aux renseignements que nous leur fournissons durant la grossesse, notamment s'il existe un quelconque risque pour leur fœtus.

Cependant, la France reste toujours plus sur le versant curatif que préventif, pour s'en rendre compte il suffit de regarder les crédits alloués en matière de prévention.

➤ La sage-femme au service de la prévention.

Quelque soit son mode d'exercice, la sage-femme est un vecteur de la promotion de la prévention de la listériose. Son rôle comporte une part éducative (mesure hygiéno diététique) et une part d'accompagnement dans l'investissement de la femme enceinte tout au long de la grossesse.

On peut par ailleurs s'interroger sur les structures et/ou les professionnels les plus à même de répondre aux besoins des femmes dans le domaine de la prophylaxie. Il n'existe pas de structure de prévention d'accès facile aux femmes à l'image du service de Protection Maternelle et Infantile.

La sage-femme est une interlocutrice privilégiée pour transmettre ces messages tout au long de la grossesse. Tout d'abord lors de l'entretien individuel du quatrième mois de grossesse qui se situe entre les premières consultations médicales et les séances de préparation à la naissance, la prévention de la listériose relève de ses compétences.

La sage femme peut également intervenir plus tardivement dans la grossesse, soit dans les centres de PMI soit lors des séances de préparation à la naissance qui débutent généralement après le cinquième mois. Il lui sera alors possible d'identifier les patientes n'ayant pas reçu l'information ou l'ayant mal comprise. Il lui sera donc possible de leur fournir l'information, de la compléter et de cerner les difficultés ou de réajuster les consignes. Cependant, bien que la listériose soit une pathologie très grave essentiellement en fin de grossesse, il faut absolument éviter que l'information soit fournie si tardivement.

➤ Sensibilisation des professionnels de santé.

De toute évidence, la formation médicale initiale des sages-femmes gagnerait à être plus étayée par rapport à la prévention à mettre en œuvre contre la listériose durant la grossesse. La physiopathologie et le traitement à mettre en place

chez la mère ou le nouveau-né ainsi que la prévention initiale à mettre en place durant la grossesse en abordant les règles d'hygiène alimentaire et les aliments potentiellement contaminants devraient être enseignés de façon plus précise.

L'étude auprès des professionnels a mis en évidence qu'à ce jour la prévention contre la listériose leur semble insuffisante. Pour y remédier ils proposent de mieux informer sur les règles d'hygiène, d'informer systématiquement dès le début de la grossesse et de développer des fiches d'informations mises à disposition des patientes.

La majorité des professionnels ne ressentent pas le besoin de mettre à jour leurs connaissances. Cependant au vue du ressenti des patientes concernant cette information, il paraît indispensable de proposer un complément d'information afin de sensibiliser chaque professionnel. Il sera ainsi possible de les remobiliser face à l'enjeu de santé publique que constitue l'information et la prévention de la listériose.

Rappelons que le professionnel de santé occupe une place primordiale dans ce défi. Il occupe le premier rang dans la surveillance des cas de listériose par la mise en place en France depuis 1998 de la déclaration obligatoire.

Un Bulletin épidémiologique de 1999, intitulé la surveillance de la listériose en France en 1998 concluait par :

« Baisse importante du nombre de cas observé depuis 1996. Cette baisse est à mettre en relation avec les mesures relatives aux denrées alimentaires (de la production à la distribution) et aux recommandations aux populations à risques [...] »

La mise en place des actions de prévention en santé publique relève de trois niveaux :

- la prévention primaire qui consiste à agir avant la maladie sur les facteurs de risques. Elle comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence de la maladie dans une population et donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas.

Les pouvoirs publics ont d'ailleurs renforcé la législation en vigueur concernant la chaîne de production alimentaire : contrôle, étiquetages des fromages, déclaration obligatoire...

- la prévention secondaire qui comporte tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie et donc à diminuer le nombre de malades en réduisant la durée de l'évolution. Elle se situe à l'extrême début de la maladie et prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.
- la prévention tertiaire qui englobe tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives.

On comprend que dans le cas de la femme enceinte il soit surtout primordial de mettre en place des actions de prévention primaire.

Il faudrait principalement intervenir en amont de la maladie, puisque si la maladie est déclarée, il sera très difficile d'en réduire la gravité et d'en limiter les conséquences.

En ce qui concerne le rôle des praticiens dans cette prévention, il apparaîtrait indispensable que chacun d'entre eux prennent conscience du rôle à jouer. Ils sont les principaux interlocuteurs des gestantes et devraient donc profiter de cette situation pour transmettre des messages de prévention importants. C'est pourquoi il serait opportun de commencer par interroger leurs patientes sur leurs acquis antérieurs, car même si elles ne savent pas souvent mettre un nom sur une pathologie, elles ne sont pas vierges de toutes connaissances concernant ce sujet. C'est à partir de ces pré-requis qu'ils devraient orienter leurs messages de prévention en réajustant les connaissances de la femme avec les nouveaux messages qu'ils souhaiteraient apporter. La patiente aurait alors une prise en charge plus active dans sa prévention et ceci permettrait de valoriser les actions qu'elle met en place. Cela permettrait aux professionnels de ne plus avoir à ressasser les mêmes informations standardisées à chaque patiente.

CONCLUSION

La listériose représente encore aujourd'hui un problème de santé publique. C'est pourquoi des mesures phares au niveau sanitaire et alimentaire ont été mises en place par le gouvernement. Ces mesures doivent être expliquées aux gestantes afin d'éviter une contamination materno-fœtale dont les répercussions peuvent être dramatiques.

Les études ont montré que trop peu de femmes réalisent le réel bénéfice à mettre en place ces recommandations et les professionnels de santé ne s'investissent pas suffisamment dans la lutte contre la listériose et ses conséquences. De réelles carences sont constatées et peu d'initiatives vont dans le sens d'une prévention primaire efficace.

Les hypothèses émises dans la seconde partie de ce travail ne sont que partiellement vérifiées : les informations et recommandations relatives à la prévention de la listériose sont fournies par les professionnels de santé. Cependant le temps consacré et les moyens mis en place sont insuffisants et constituent un frein à la bonne diffusion et compréhension de cette information. Les patientes, qui ont bénéficié de cette information, acquièrent paradoxalement certaines notions d'hygiène sanitaire et alimentaire, mais restent démunies devant certaines situations comme la reconnaissance des fromages, la température du réfrigérateur.

Parce qu'elle est une interlocutrice de choix auprès des femmes, il incombe à la sage-femme de mettre tout en œuvre pour veiller à la protection des patientes. D'autant que par l'élargissement de ses compétences dans la prise en charge des gestantes et par la mise en place de l'entretien prénatal individuel, la sage-femme peut mobiliser pleinement ses compétences en matière préventive dans la lutte contre la listériose.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS (AFSSA). *Classification des aliments selon le risque lié à Listeria monocytogènes* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.afssa.fr/animations/anim_list.htm>. (Consulté le 01/06/2006).
2. ALLAOUCHICHE B., BREUX JP. , BRU JP., et al. *Guide d'antibiothérapie hospitalière*. Antiobiogarde, édition 2004.
3. APFELBAUM M. *Risques et peurs alimentaires*. Edition Odile Jacob, octobre 1998, 282 p.
4. AUBARD T., MANCIET C., BAUDET JH. *Listériose materno-fœtal*. Revue Française de Gynécologie Obstétrique, 1996, vol. 91, pp 404-412.
5. AUDURIER A. *Listeria*. In : LE MINOR L, VERON M. Bactériologie Médicale. 2^{ème} édition. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1990, pp 844-845.
6. AVRIL JL. *Listériose*. In : Bactériologie clinique. 2^{ème} édition. Ellipses. pp 122-130.
7. BARON E., JORGENSEN J., et al. *Manual of Clinical Microbiology*. 8ème édition, vol 1, pp 461-467.
8. BOURRE P., LEMETAYER MF. *Listériose et grossesse*. In : Maladies tropicales et grossesse .Edition Pradel, 1990.
9. COLLEGE DES UNIVERSITAIRES DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES (CMIT). *Le popi 2007. Guide de traitement, référence pour une bonne pratique médicale*. 9^{ème} édition. Paris : Vivactis Plus, 2007, pp 80-95.
10. CROIZE J. *Listériose : un problème de santé ancien ou actuel ?* Revue de médecine interne, 2000, vol. 21, pp 143-146.

11. FRENEY J., RENAUD F., HANSEN W., et al. *Manuel de Bactériologie Clinique*. 2ème Edition ELSEVIER, pp 843-844.
12. GIOVANGRANDI Y. *Listériose et grossesse*. Revue du Praticien, 1995, vol.45, pp 2080-2083.
13. GOULET V. *Surveillance de la listériose humaine en France en 2001*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2004.
14. GOULET V., JACQUET C. MARTIN P., et al. Surveillance de la listériose humaine en France, 2001. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2004, N°9, pp 33-36.
15. GOULET V., JACQUET C., MARTIN P, et al. *Surveillance of Human Listeriosis in France, 2001-2003*. Eurosurveillance, avril-juin 2006, vol 11, N°4, pp 79-81.
16. GOULET V., ROCOURT J., JACQUET C., et al. *Surveillance de la listériose humaine en France en 2000*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2001, N°34, pp 137-143.
17. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.has.fr>>. (consulté le 20/12/2006).
18. INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE. *Cas groupés de Listériose : données actualisées au 25 janvier 2002* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/presse/point_listeria_1201.html>. (Consulté le 01/06/2006).
19. INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE. *Listériose, légionellose et infection invasive à méningocoque : déclaration obligatoire et épidémiologie d'intervention*. MDOinfos, N°4, 2003.

20. INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE. *Listériose : l'efficacité de la surveillance et des mesures de contrôle*. MDOinfos, N°4, 2003.
21. INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE. *Recommandations* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/listeriose/index.html>. (Consulté le 01/06/2006).
22. INSTITUT PASTEUR. *Listeria Monocytogènes quel fromage !* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.microbes-edu.org/professionnel/diag/listeria.html>. (Consulté le 11/09/2006).
23. INSTITUT PASTEUR. *Listériose* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.pasteur.fr/actu/presse/documentation/Listeriose.html>. (Consulté le 01/06/2006).
24. JACQUE C., BROUILLE I., SAINT CLOMENT C., et al. *Listériose humaine en France en 1998*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1999, N°37.
25. LARPENT JP. *Listéria*. 2^{ème} édition. Paris: Tec and Doc, 2000, 165 p.
26. LEMOINE H. *Prévention de la listériose chez la femme enceinte*. Mémoire diplôme d'Etat de Sage-femme. Nancy, 2002, 100 p.
27. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Arrêté du 10 avril 1998 relatif à la déclaration obligatoire des listérioses*. JO N°115 du 19 mai 1998, p 759 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.fr>. (Consulté le 11/05/2006).
28. NAUCIEL C., VILDE JL. *Bactériologie médicale : abrégés connaissances et pratique*. 2^{ème} édition Masson, pp 111-114.
29. PARDON P., SUTRAT L. *Listeria Monocytogènes*. In : FEDERIGHI M. *Bactériologie alimentaire : Compendium d'hygiène des aliments*. 2^{ème} édition, Economica, pp 98-125.

30. PAUL MARTIN. *Rapport d'activité Listeria pour l'année 2004* [en ligne].
Disponible sur :
<<http://www.pasteur.fr/recherche/RAR/RAR2004/Listeria.html>>. (Consulté le 01/06/2006).
31. PILLY E. *Maladies Infectieuses et Tropicales*. 19ème Ed, Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales, 2004, pp 364-366.
32. PILLY E. *Maladies Infectieuses et Tropicales*. 19ème édition, Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales, 2004, pp 518-519.
33. Réseau périnatal Lorrain. L'entretien prénatal individuel en Lorraine, projet d'étude. Juillet 2001, 15 p.
34. ROCOURT J., JACQUET C. *Listeria et listériose*. In: FRENEY J., RENAUD F, HANSEN W, et al. *Précis de Bactériologie Clinique*. Edition ESKA, 2000, pp 943-956.
35. ROCOURT J., JACQUET C. *Listériose humaine*. Feuille de biologie, 1992, vol 23, N°184, pp 11-19.
36. ROSSET R., ROSSET P. *Les maladies transmissibles à l'Homme par l'alimentation*. 30ème Assises Nationales des Sages-femmes, 13ème session européenne, 29 au 31 mai 2002, Lyon, pp 61-74.
37. STRUTHERS J., WESTRAN R. *Clinical Bacteriology*. Edition ASM, ISBN: 1-55581-376-7, pp 19-31.
38. TOMA B. *Le risque listérien*. *Revue du Praticien*, 2000, vol.50, pp 1517-1520.
39. VIDAL. Cotrimoxazole. [en ligne] Disponible sur :
<<http://vidal/medicaments.html>>. (consulté le 17/11/2006).

ANNEXES

ANNEXE I

J.O n° 115 du 19 mai 1998 page 7591

Textes généraux

Ministère de l'emploi et de la solidarité

Arrêté du 10 avril 1998 relatif à la déclaration obligatoire des listérioses

NOR: MESP9821536A

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 11 et L. 12 ;

Vu le décret no 86-770 du 10 juin 1986, modifié par le décret no 96-838 du 19 septembre 1996, fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire, modifié par le décret no 98-169 du 13 mars 1998,

Arrête :

Art. 1er. - La déclaration de la listériose doit être effectuée sur un imprimé dont le modèle est annexé au présent arrêté.

Art. 2. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 10 avril 1998.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

J. Ménard

Questionnaire à retourner à la DDASS de :

LISTERIOSE

- Maladie à déclaration obligatoire (décret no 98-169 du 13 mars 1998 modifiant le décret no 86-770 du 10 juin 1986).

- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978).

- Centralisation des informations au Réseau national de santé publique.

CRITERES DE DECLARATION : isolement de *Listeria monocytogenes*

CARACTERISTIQUES DU PATIENT (ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois)

Initiale du nom : Prénom : Profession :

Date de naissance

Sexe : M F

Code postal du domicile :

FORME CLINIQUE

Non Materno-néonatale. Adulte (sauf femme enceinte) et enfant > 1 mois.

Forme neuroméningée : (présence de signes neurologiques ou culture du LCR positive).

Bactériémie/Septicémie : (hémoculture positive avec culture du LCR négative et absence de signes neurologiques).

Autres, préciser :

(absence de signes neurologiques ; hémoculture et culture LCR négatives).

Materno-néonatale (femme enceinte et nouveau-né < 1 mois).

Terme de la grossesse :

(en semaines d'aménorrhée).

Nouveau-né né vivant, date de naissance

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F

Mort in utero, date de l'expulsion
(avortement ou mort-né).

Forme maternelle isolée (sans atteinte foetale ou néonatale immédiate).

BACTERIOLOGIE

Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes*

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :

Forme non materno-néonatale : Hémoculture LCR Autres, préciser

Forme materno-néonatale :

Mère :

Hémoculture

Placenta

Autres, préciser

Nouveau-né :

Hémoculture

LCR

Autres, préciser.....

Produit d'avortement ou mort-né

PATIENT

Pathologie sous-jacente : OUI NON NE SAIT PAS,

Si OUI, préciser :

Traitement immunosuppresseur : OUI NON NE SAIT PAS,

Si OUI, préciser :

Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé depuis plus de 10 jours ?

OUI NON NE SAIT PAS. Si OUI, préciser le motif :

EVOLUTION DE LA LISTERIOSE AU JOUR DE LA DECLARATION (sauf mort in utero)

(En cas de forme materno-néonatale, l'évolution concerne le nouveau-né).

Décès : OUI NON si OUI, date :

Si non, évolution : favorable incertaine

MEDECIN DECLARANT

Date de déclaration

Nom :

Service :

Nom de l'hôpital :

Adresse :

Téléphone :

Signature et tampon

Nota. - Un questionnaire alimentaire vous sera adressé par la DDASS, merci de le compléter si possible auprès de votre patient.

Vous êtes enceinte.

La listériose et la toxoplasmose sont des maladies rares mais qui peuvent être graves pour votre bébé.

Parlez-en à votre médecin.

Listériose, toxoplasmose, comment les éviter

Dans la cuisine suivez le guide

- lavez soigneusement les légumes, les crudités et les herbes aromatiques ;
- faites bien cuire ou recuire les viandes, poissons et lardons ;
- conservez les aliments crus séparés des aliments cuits ou prêts à être consommés ;
- réchauffez suffisamment et consommez rapidement les restes alimentaires et les plats cuisinés ;
- lavez soigneusement vos ustensiles de cuisine ainsi que votre plan de travail ;
- nettoyez souvent puis désinfectez à l'eau de javel votre réfrigérateur.

À table oubliez pendant 9 mois

- certains aliments crus : viandes et poissons crus, fumés ou marinés ; lait cru et fromages au lait cru (préférez le lait pasteurisé ou stérilisé et les fromages pasteurisés et enlevez la croûte des fromages) ; coquillages crus ; tarama ; graines germées crues (soja) ;
- certaines charcuteries consommées en l'état : rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée ; préférez le jambon préemballé.

Si vous n'êtes pas immunisée contre la toxoplasmose

- évitez aussi les chats et tout ce qui a pu être contaminé par leurs excréments (litière, terre...) ;
- ne jardinez qu'avec des gants...

Et surtout lavez-vous les mains
le plus souvent possible

N° : _____

ANNEXE III

Questionnaire destiné aux professionnels

1. Vous êtes :

- sage-femme
- gynécologue-obstétricien

2. Vous exercez en :

- milieu libéral
- en PMI
- en milieu hospitalier
- en clinique

3. Depuis combien d'années exercez-vous votre profession ?

- moins de 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- entre 10 et 15 ans
- entre 15 et 20 ans
- plus de 20 ans

4. Lors du suivi de grossesse, abordez-vous le sujet de la listériose ?

- oui (aller à la question 6)
- non (aller à la question 5)

5. Si non, pour quel(s) motif(s) n'abordez-vous pas cette information ?

6. Si oui, à quel moment de la grossesse ?

- à la première consultation
- au cours du premier trimestre
- au cours du second trimestre
- au cours du troisième trimestre

7. L'information fournie est :

- orale
- écrite
- les deux

N° : _____

8. Quel est le contenu de l'information ?

- les manifestations de la listériose durant la grossesse
- les risques pour la mère
- les risques pour le fœtus
- les aliments à éviter
- les règles d'hygiène alimentaire
- le respect de la chaîne du froid
- la conduite à tenir en cas d'hyperthermie

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

9. Combien de temps consacrez-vous à cette information ?

- moins de 5 min
- entre 5 et 10 min
- plus de 10 min

10. Le sujet est-il réabordé lors des consultations ultérieures ?

- oui
- non

11. Les patientes évoquent-elles des difficultés à respecter les précautions ?

- oui
- non

12. Si oui, lesquelles?

13. Les patientes demandent-elles des informations complémentaires ?

- oui
- non

14. Si oui, à quel propos?

- les signes cliniques
- les risques pour la mère
- les risques pour le fœtus
- les moyens thérapeutiques
- les moyens préventifs
- autre (précisez)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

N° : _____

15. Avez-vous, au cours des 12 derniers mois, mis à jour vos connaissances sur le sujet?

- oui
- non

16. Si oui, sous quelle forme ?

- presse médicale
- conférence, congrès
- internet
- autre (précisez)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

17. En ressentez-vous le besoin ?

- oui
- non

18. Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

- les moyens préventifs
- les moyens diagnostics
- les moyens thérapeutiques
- autre (précisez)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

19. Comment qualifieriez-vous la prévention de la listériose dans notre pays?

- suffisante
- insuffisante

20. Comment pensez-vous développer la prévention de la listériose ?

Merci de votre coopération.

N° : _____

ANNEXE IV

Questionnaire destiné aux patientes.

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- moins de 20 ans
- entre 21 et 30 ans
- entre 31 et 40 ans
- plus de 40 ans

2. Quel est votre niveau d'étude ?

- niveau inférieur au CAP, BEP
- niveau CAP, BEP ou équivalent
- niveau BAC ou équivalent
- niveau supérieur à BAC

3. Quelle est votre profession ?

4. Combien de fois avez-vous été enceinte ?

- un
- deux
- trois
- quatre
- plus de quatre

5. Combien d'enfants avez-vous ?

- un
- deux
- trois
- quatre
- plus de quatre

6. Qui a réalisé votre suivi de grossesse ?

- une sage-femme
- un gynécologue-obstétricien
- un médecin généraliste

7. De combien de consultations prénatales avez-vous bénéficié ?

N° : _____

8. Avez-vous bénéficié d'informations concernant d'autres infections de la grossesse (toxoplasmose, CMV) ?

- oui
- non

9. Avez-vous bénéficié d'une information concernant la listériose ?

- oui
- non

10. Si oui, qui vous a fourni cette information ?

- une sage-femme
- un gynécologue-obstétricien
- le médecin traitant
- votre entourage (amis, famille...)
- autre (précisez)

11. S'agissait-il d'une information :

- écrite
- orale
- les deux

12. A quelle période de votre grossesse avez-vous reçu cette information ?

- au premier trimestre
- au second trimestre
- au troisième trimestre

13. Comment cette information vous a-t-elle paru ?

- précise
- compréhensible
- applicable facilement
- difficilement utilisable

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

14. Quel était le contenu de cette information ?

- les manifestations de la listériose durant la grossesse
- les risques pour la mère
- les risques pour l'enfant
- les aliments potentiellement contaminants
- les précautions d'hygiène alimentaire
- le respect de la chaîne du froid

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

N° : _____

15. Quelles sont les réponses qui vous semblent correctes ?

- la listériose durant la grossesse se manifeste par une fièvre modéré et un état pseudo-grippal
- le risque est de faire une fausse couche
- l'enfant ne court aucun risque à la naissance
- on peut sans souci consommer des fromages à pâte molle au lait cru
- il faut éviter de consommer des fromages vendus râpés
- la consommation de jambon cuit, rillettes est à éviter
- il faut nettoyer et javeliser son réfrigérateur tous les 15 jours
- la température du réfrigérateur doit être supérieure à 4°C

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

16. Avez-vous respecté les précautions données ?

- oui
- non

17. Si non, pourquoi?

- le risque de contamination vous a semblé faible
- la prévention est trop contraignante
- l'information reçue ne vous a pas sensibilisé
- vous avez été insuffisamment informée
- autre (précisez)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

18. Le risque de contamination de la listériose vous a-t-il inquiété durant la grossesse ?

- oui
- non

19. Si oui, l'avez-vous abordé avec un professionnel de la santé ?

- oui
- non

20. Avez-vous encore à ce jour des questions qui restent en suspens?

- oui
- non

N° : _____

21. Si oui, dans quels domaines ?

- la prévention
- le risque pour la mère
- le risque pour l'enfant
- l'hygiène alimentaire
- autre (précisez)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

22. Avez-vous des remarques à formuler afin de mieux aider les futures mamans ?

Merci de votre coopération.

Malgré les objectifs d'éradication de la listériose auxquels la France a souscrit il y a une dizaine d'année, la listériose existe toujours dans notre pays et les infections à *Listeria monocytogenes* en cours de grossesse sont encore la cause de décès in-utero et néonataux.

Habilitée à suivre des gestantes dès le début de leur grossesse, la sage-femme a pour mission de s'investir pleinement dans la lutte contre cette infection dont les conséquences sont redoutables. Cette prévention s'effectue par le biais d'informations et de recommandations hygiéno-diététique à promouvoir par les professionnels de santé le plus tôt possible dans la grossesse.

A l'aide d'une étude rétrospective menée en 2006 auprès de 96 accouchées, il est apparu que 17,70% de ces patientes n'avaient bénéficié d'aucune information concernant la listériose. Cette étude corrélée à une enquête réalisée chez 34 professionnels de la naissance, prouve que bien des efforts restent encore à déployer en matière d'information et de prévention.

Outre la nécessité d'homogénéiser et d'améliorer les moyens mis en place pour fournir une information utilisable par toutes patientes, il apparaît capital de promouvoir davantage la prévention primaire et d'inciter les professionnels de santé à saisir les opportunités de prévention et d'information lorsqu'elles se présentent.