

V. Goulet<sup>1</sup>, A. Leclercq<sup>2</sup>, V. Vaillant<sup>1</sup>, M. Lecuit<sup>2</sup>, E. Laurent<sup>1</sup>, F. Thierry-Bled<sup>3</sup>, N. Pihier<sup>4</sup>, H. de Valk<sup>1</sup>

1/ InVS, Saint-Maurice – 2/ CNR des *Listeria*, Institut Pasteur, Paris – 3/ DGCCRF, Paris – 4/ DGAL, Paris

### INTRODUCTION

La surveillance de la listériose est menée conjointement par l'Institut de veille sanitaire grâce à la déclaration obligatoire (DO) et par le Centre national de référence (CNR) des *Listeria* qui centralise et caractérise les souches de *L. monocytogenes* provenant des laboratoires de microbiologie. Le nombre de cas de listériose avait été divisé par 3 entre 1987 et 1997 avec une décroissance particulièrement importante chez les femmes enceintes et les sujets non immunodéprimés. L'incidence a continué à diminuer jusqu'en 2001 puis s'est stabilisée de 2001 à 2005. Cette tendance s'est inversée en 2006 avec une augmentation du nombre de cas qui s'est poursuivie en 2007.

### MÉTHODES

Les informations figurant sur la fiche de DO permettent de connaître le département de résidence du patient, son âge, la forme clinique de la maladie, l'existence éventuelle d'un terrain à risque au moment du diagnostic de la listériose et le pronostic de la maladie. On considère comme terrain à risque les pathologies sous-jacentes ou traitements pouvant diminuer les défenses immunitaires. Le questionnaire alimentaire comporte une liste d'aliments qui, d'après les connaissances scientifiques, peuvent être contaminés par *L. monocytogenes* au moment de leur consommation.

### RÉSULTATS

L'augmentation de l'incidence en 2006-2007 concerne principalement des sujets âgés de plus de 60 ans (+51%) et plus particulièrement les sujets dont l'âge est  $\geq 75$  ans (+59%), quelle que soit leur forme clinique. Chez les sujets âgés de moins de 60 ans, on observe une augmentation uniquement chez les personnes immunodéprimées (+56%). Quel que soit l'âge, le nombre de cas de listériose associés à certaines pathologies

préexistantes est en forte progression pour les cancers du poumon et cancers colorectaux, ainsi que pour les leucémies lymphoïdes chroniques. On observe également une progression des cas avec cirrhose et de leucémies autres que lymphoïdes chroniques. Le nombre de cas avec traitement diminuant l'immunité n'a pas augmenté plus fortement que le nombre de cas sans traitement. En 2006-2007, la létalité n'a pas varié et l'incidence a augmenté dans 18 régions avec une recrudescence estivale similaire aux années précédentes. Les patients atteints de listériose et âgés de plus de 60 ans n'ont pas consommé plus fréquemment en 2006-2007 des produits considérés comme "sensibles" pour le risque *Listeria* qu'entre 2001 et 2005. La distribution des sérovars de *L. monocytogenes* n'a pas changé de 2001 à 2007.

### DISCUSSION

L'augmentation est générale en France tant chez les hommes que chez les femmes. La recrudescence de l'incidence n'est pas liée à une augmentation du nombre de clusters où à l'émergence d'une nouvelle souche particulière puisque les cas sporadiques qui sont majoritaires ont augmenté de façon similaire au nombre de cas lié à un cluster. Cette augmentation observée en France survient dans un contexte d'augmentation de l'incidence de la listériose en Europe observée de 1999 à 2006 dans 10 pays européens. Les caractéristiques de cette augmentation sont similaires dans la plupart de ces pays (augmentation des cas sporadiques chez des sujets de plus de 60 ans). Il n'existe pour l'instant aucune explication à cette augmentation. Des études vont être menées pour explorer les différentes hypothèses, notamment sur le plan alimentaire: modification ou innovation technologique, accroissement de la durée de conservation des aliments établie par le producteur; et sur le plan clinique: nouvelles thérapeutiques.