

Date de publication : 19 septembre 2025

ÉDITION NATIONALE

Surveillance de la listériose 1999-2024

Points clés

- Entre 1999 et 2020, le nombre annuel de cas de listériose a varié entre 188 et 414, avec des incidences annuelles entre 3,1 et 6,2 cas par million d'habitants. Depuis 2021, le nombre annuel de cas et l'incidence de la listériose sont en augmentation constante : en 2024, 619 cas ont été notifiés, pour une incidence de 9 cas par million d'habitants. Cette tendance à la hausse est constatée dans de nombreux autres pays européens.
- L'augmentation concerne préférentiellement les formes bactériémiques, et dans une moindre mesure, les autres formes invasives non-materno-néonatales. Le nombre annuel de cas de listériose en cours de grossesse tend à rester stable, avec moins d'une cinquantaine de cas chaque année au cours des deux dernières décennies.
- L'incidence de la listériose augmente nettement avec l'âge : 87/million d'habitants chez les personnes de plus de 90 ans en 2024, 57/million d'habitant chez les personnes de 80 à 89 ans, comparée à 2,3/million d'habitants chez les moins de 60 ans. En 2024, 45 % des cas étaient de sexe féminin. L'âge médian était de 76 ans (extrêmes 2 ans - 99 ans) et près de 9 sur 10 présentaient au moins une comorbidité.
- Les tendances observées apparaissent principalement liées au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques liées à l'âge favorisant la survenue d'une listériose. Pour les personnes les plus à risque – personnes âgées, immunodéprimées, femmes enceintes – le risque de développer une listériose peut être réduit par le respect des bonnes pratiques d'hygiène alimentaire.

Contexte

La listériose humaine est une infection d'origine alimentaire causée par l'ingestion d'aliments contaminés par la bactérie *Listeria monocytogenes* (*L. monocytogenes*). Cette bactérie est largement répandue dans l'environnement et peut occasionner des infections chez l'animal (zoonose). Elle peut également contaminer de nombreux aliments à différents stades de leur production, via des matières premières contaminées, ou par la contamination des environnements de production agro-alimentaires.

Les aliments les plus à risque sont ceux consommés crus ou peu cuits tels que les produits de charcuterie, les poissons fumés, le lait cru ou les fromages au lait cru, mais *L. monocytogenes* peut cependant contaminer tout type d'aliment.

Si l'ingestion de *L. monocytogenes* est fréquente au cours de la vie, la survenue d'une listériose est un événement rare en France en population générale. Elle est plus fréquente chez certaines personnes à risque, en particulier les personnes âgées, les femmes enceintes et leurs nouveau-nés, et les personnes immunodéprimées.

La listériose se manifeste cliniquement sous différentes formes : invasives ou non-invasives. Les formes invasives sont dominées par les bactériémies, les formes neuro-méningées et les formes materno-néonatales. Les autres formes invasives sont plus rares : infections ostéo-articulaires, infections du liquide d'ascite, ou infections sur matériel prothétique. Les listérioses non-invasives sont rares et regroupent des gastro-entérites aiguës fébriles rarement compliquées, des formes cutanées isolées ou d'exceptionnelles formes oculaires.

La durée d'incubation de la listériose est variable, de 1 jour à près de 2 mois pour les formes materno-néonatales.

La mortalité des listérioses invasives est élevée, de l'ordre de 20 à 30 %. Le risque de développer une listériose peut être réduit par le respect de bonnes pratiques d'hygiène alimentaire.

Jusqu'en 2021, l'incidence annuelle de la listériose variait entre 4 à 6 cas par million d'habitants. Depuis 2021, on observe une augmentation de cette incidence.

Méthode

Surveillance épidémiologique et microbiologique

La listériose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) depuis 1998.

La surveillance est menée conjointement par Santé publique France (SpF) au moyen de la DO qui permet de recueillir les caractéristiques cliniques des cas, et par le Centre National de Référence (CNR) des *Listeria* qui assure la surveillance microbiologique des souches qui lui sont adressées par les laboratoires de biologie ayant réalisés les isoléments. La relance systématique de ces laboratoires par SpF permet d'assurer une excellente exhaustivité de la surveillance microbiologique et chaque année, 98 à 100 % des souches isolées chez les patients ayant fait l'objet d'une DO sont ainsi réceptionnées au CNR.

La surveillance microbiologique est assurée hebdomadairement par le CNR par la technique de typage du core-genome Multilocus Sequence Typing (cgMLST), utilisée en routine depuis 2015. La surveillance microbiologique est partagée hebdomadairement avec SpF par le CNR. En plus des souches humaines, le CNR type également en routine un grand nombre de souches non-humaines (alimentaires, environnementales) issues d'alertes alimentaires, de contrôles officiels, d'investigations autour de cas humains ou d'autocontrôles. Ces souches non-humaines sont intégrées à la surveillance.

Conjointement au système déclaratif des cas, le système de surveillance des listérioses comporte :

- la réalisation systématique d'une enquête alimentaire portant sur les aliments consommés dans les 2 mois précédant le diagnostic. Cette enquête alimentaire est réalisée par les Agences Régionales de Santé (ARS) ou les praticiens en charge des patients, et transmise à SpF. Elle vise à identifier des expositions communes entre les cas de listériose et des sources de contamination communes potentielles ;
- la réalisation, depuis 2003, de prélèvements alimentaires au domicile des cas neuroméningés. Ces prélèvements ont pour objectif d'identifier des aliments contaminés dans l'entourage immédiat de ces cas. Ils sont réalisés par les agents des Directions départementales en charge de la protection des populations (DDecPP) et adressés aux Laboratoires Vétérinaires Départementaux. En cas d'isolement de *Listeria*, les souches sont transmises au CNR pour typage et comparaison des caractéristiques microbiologiques de ces souches avec celles des souches humaines ;
- la réalisation, depuis 2011, de prélèvements environnementaux dans les cuisines fournissant des établissements de santé, en cas de listériose neuroméningée ou de bactériémie survenant chez un patient hospitalisé depuis plus de 15 jours, afin de rechercher une possible origine nosocomiale.

Détection des cas groupés et investigations épidémiologiques

Lorsque le CNR identifie au moins 2 souches – dont au moins 1 souche humaine – présentant les mêmes caractéristiques cgMLST, un cluster génomique est ouvert et systématiquement investigué par SpF. De même, toute nouvelle souche intégrant un cluster existant donne lieu à une investigation par SpF, en lien avec la Direction générale de l'alimentation (DGAL) et le CNR. Depuis 2015, près de 700 clusters génomiques sont ainsi constamment suivis.

En cas de suspicion d'une source de contamination pour un cluster donné (par exemple : exposition alimentaire commune, fréquentation d'un même lieu d'achat, etc.), des mesures complémentaires (enquêtes de traçabilité, prélèvements alimentaires ou environnementaux ciblés) sont mises en œuvre afin de confirmer la source et, le cas échéant, mettre en place des mesures permettant de prévenir la survenue de nouveaux cas (mesures renforcées au sein d'un établissement, retrait-rappel, etc.).

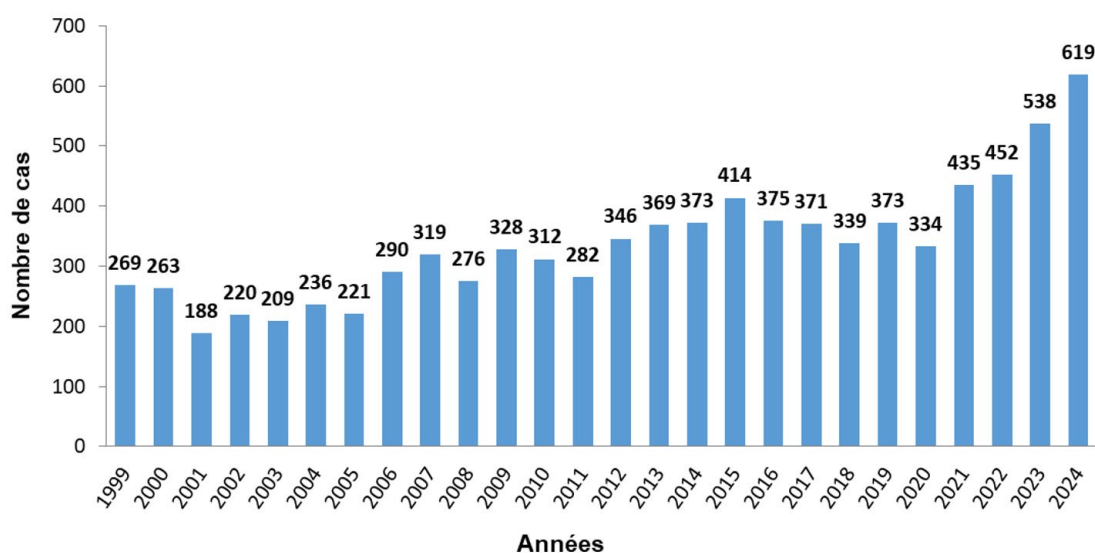
Résultats

Nombre annuel de cas de listérioses déclarés en France de 1999 à 2024

Entre 1999 (première année de mise en place de la déclaration obligatoire) et 2005, le nombre annuel de cas de listériose a fluctué entre 188 et 269 cas. Ce nombre a augmenté entre 2006 et 2020, variant selon les années entre 276 et 414 cas.

Depuis 2021, le nombre annuel de cas de listériose est en augmentation nette, avec 619 cas notifiés en 2024 (Figure 1). Cette tendance à la hausse est observée dans de nombreux autres pays européens.

Figure 1. Nombre annuel de cas de listériose, France, 1999-2024



Nombre annuel de cas de listériose par formes cliniques, France 1999-2024

L'augmentation du nombre annuel de cas de listériose observée au cours des dernières années est principalement liée à une augmentation du nombre de formes bactériémiques, puis dans une moindre mesure, à une augmentation des autres formes invasives non-materno-néonatales (neuroméningées et autres formes) (Figure 2).

Le nombre annuel de cas de listériose survenue en cours de grossesse tend à rester stable, avec moins d'une cinquantaine de cas chaque année au cours des deux dernières décennies. Depuis 2015, les formes materno-néonatales représentent moins de 10 % de l'ensemble des cas de listériose (Figure 3).

Figure 2. Nombre annuel de cas de listériose non-materno-néonatales, par formes cliniques, France, 1999-2024

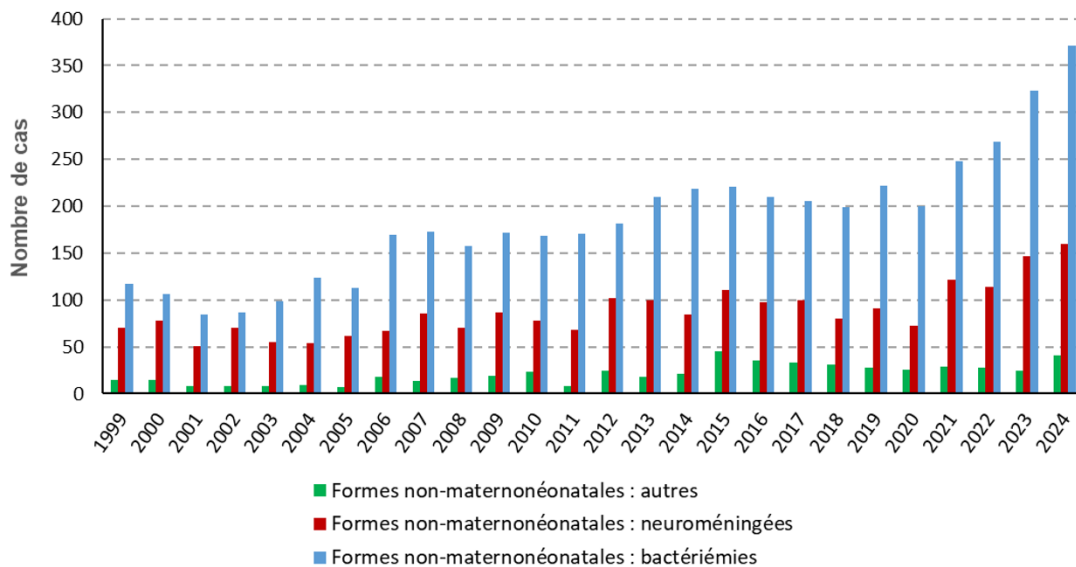
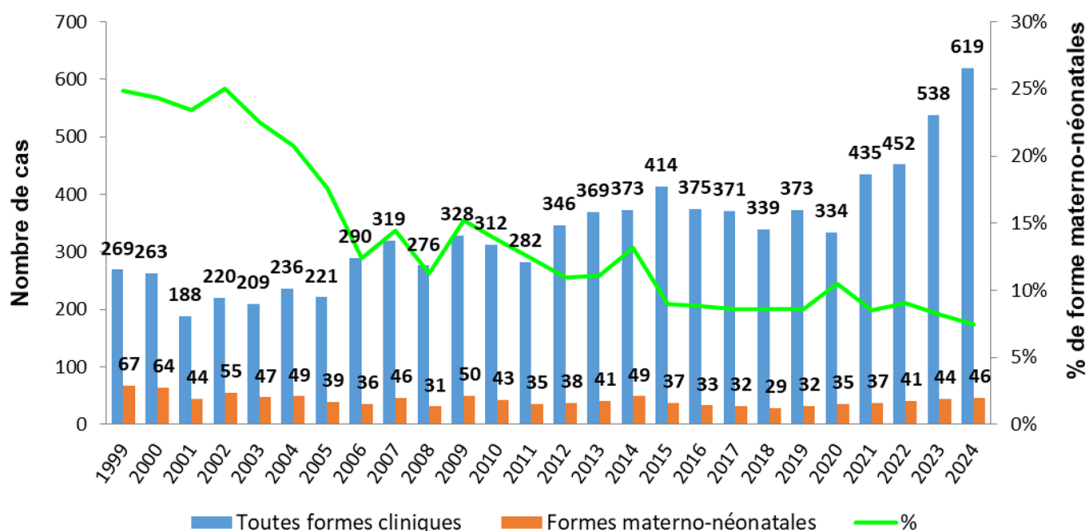


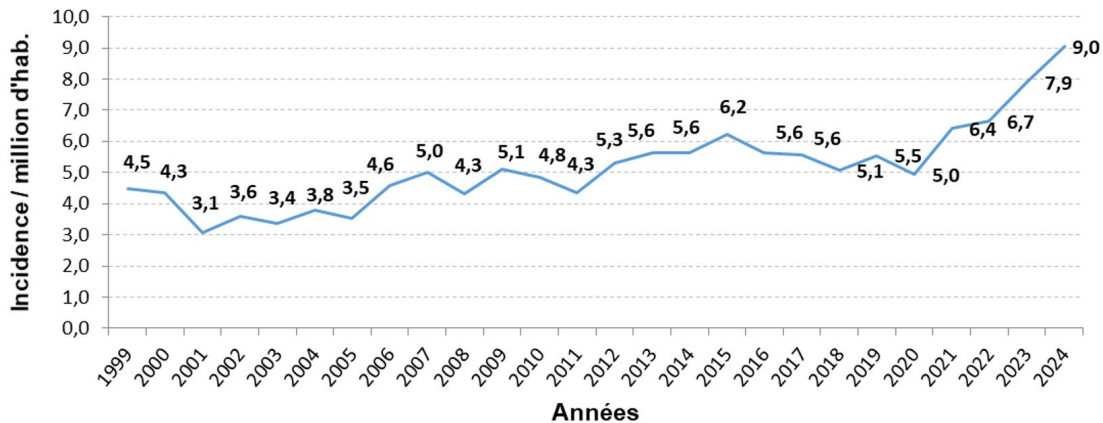
Figure 3. Nombre annuel de cas de listériose et formes materno-néonatales, France, 1999-2024



Incidence annuelle de la listériose par million d'habitants en France, de 1999 à 2024

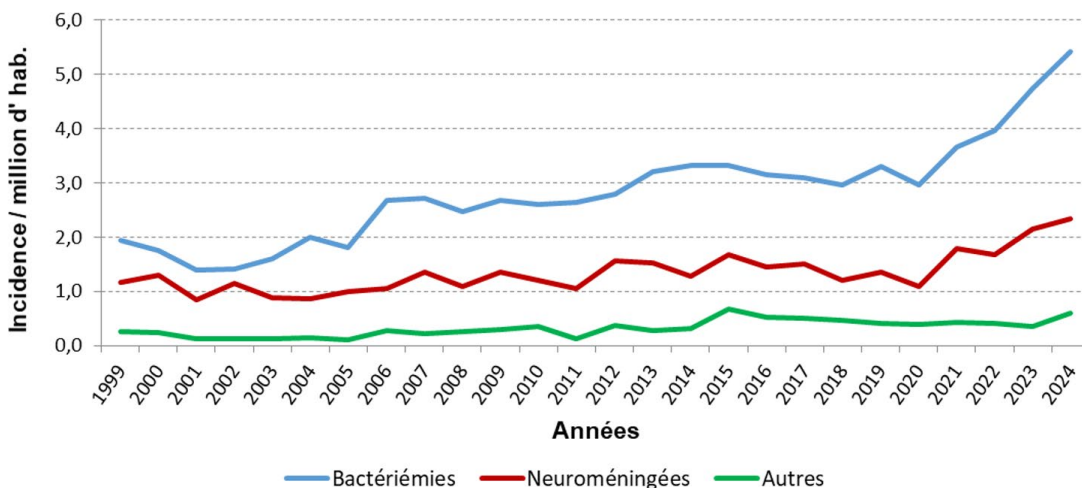
Entre 1999 et 2020 ; les incidences annuelles variaient entre 3,1 et 6,2 cas par million d'habitants. Depuis 2021, l'incidence de la listériose augmente avec des variations en fonction de l'âge et des formes cliniques. En 2024, l'incidence de la listériose était de 9 cas par million d'habitants (Figure 4).

Figure 4. Incidence annuelle de la listériose par million d'habitants, France, 1999-2024



L'incidence des listérioses varie selon la forme clinique. L'incidence des formes bactériémiques de listériose a presque été multipliée par 3 depuis 2005, tandis que l'incidence des formes neuroméningées et des autres formes non-materno-néonatales a augmenté mais dans une moindre mesure (Figure 5).

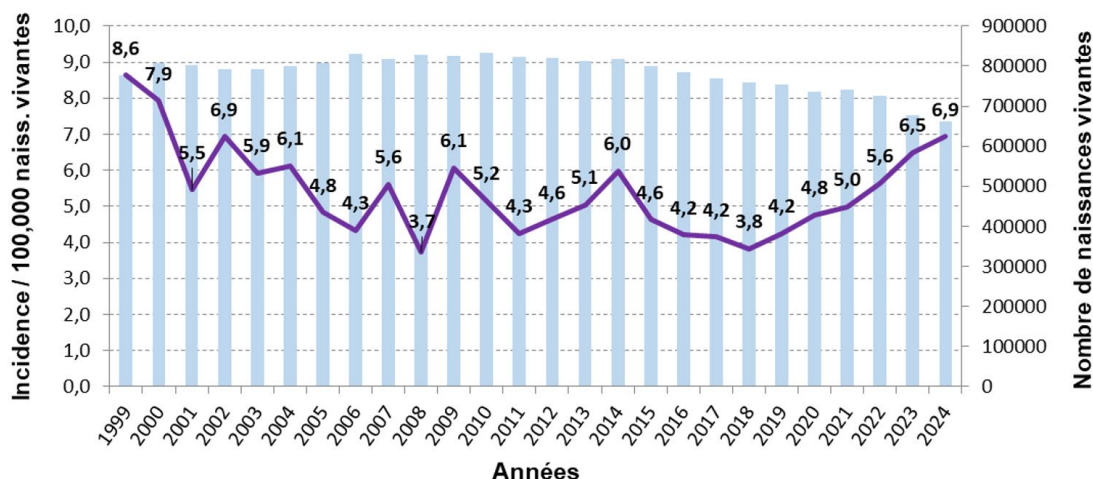
Figure 5. Incidence des formes non-materno-néonatales de listériose, par formes cliniques et par million d'habitants, France, 1999-2024



L'incidence des listérioses materno-néonatales a diminué régulièrement depuis la fin des années quatre-vingt-dix, pour atteindre 3,8 pour 100 000 naissances vivantes en 2018.

Depuis, on observe une remontée de l'incidence des listérioses materno-néonatales, contemporaine d'une baisse régulière du nombre annuel de naissances vivantes. En 2024, l'incidence des listérioses materno-néonatales était de 6,9 pour 100 000 naissances vivantes (Figure 6).

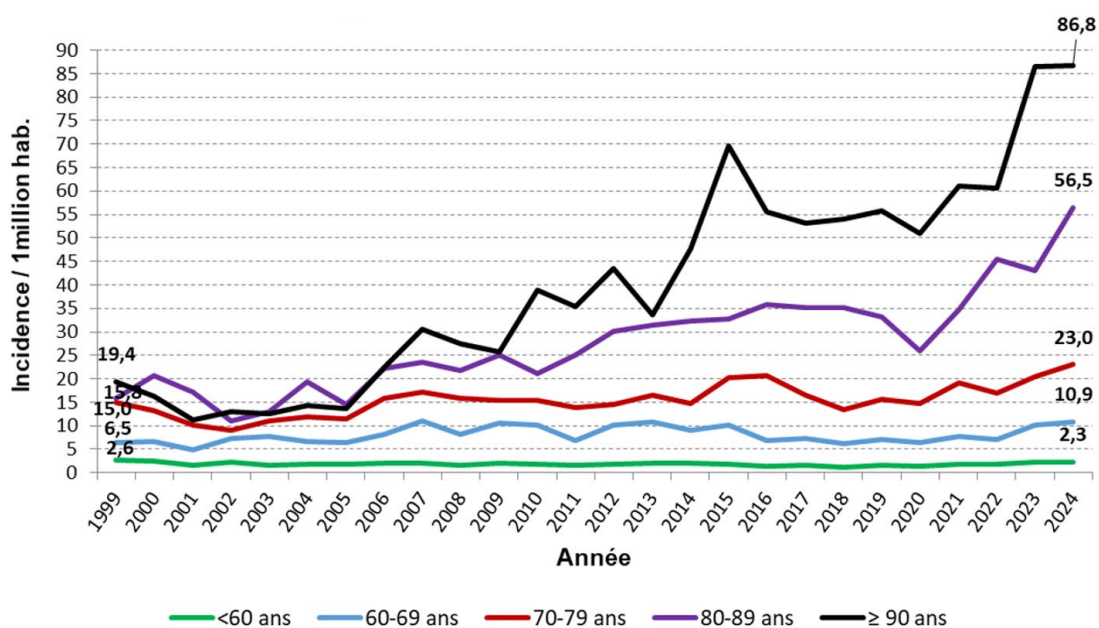
Figure 6. Nombre de naissances vivantes et incidence des formes materno-néonatales de listériose, pour 100 000 naissances vivantes, France, 1999-2024



L'incidence des listérioses augmente avec l'âge, en particulier chez les personnes âgées de plus de 60 ans, alors que chez les personnes de moins de 60 ans, l'incidence reste globalement stable.

L'augmentation d'incidence la plus forte est observée chez les personnes les plus âgées (≥ 90 ans) : ainsi, en 2024, l'incidence des listérioses non-materno-néonatales était de 87/million d'habitants chez les personnes de plus de 90 ans, 57/million d'habitant chez les personnes de 80 à 89 ans, comparée à 2,3/million d'habitants chez les moins de 60 ans. (Figure 7).

Figure 7. Évolution de l'incidence des listérioses non-materno-néonatales par catégories d'âges, France, 1999-2024

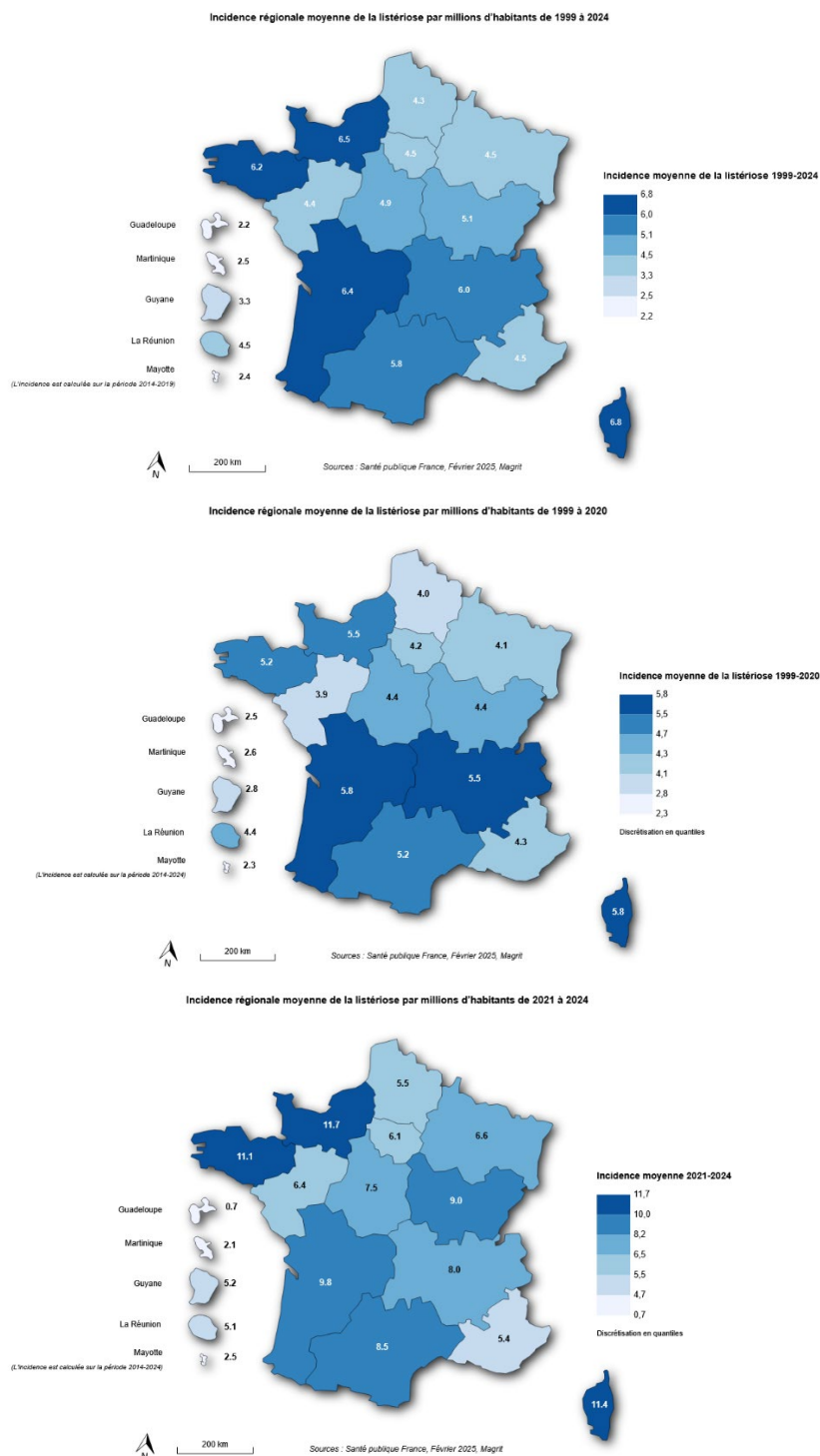


Incidence régionale de la listériose par million d'habitants

L'incidence des listérioses varie selon les zones géographiques.

Ces variations géographiques de l'incidence sont en partie liées des variations régionales des habitudes de consommations alimentaires. Sur la période 2021-2024, l'incidence régionale moyenne de la listériose était la plus forte en Bretagne, en Normandie, et en Corse (Figure 8). Ces régions où l'incidence est la plus élevée n'expliquent pas les tendances à la hausse, qui sont observées sur tout le territoire.

Figure 8. Incidence régionale moyenne de la listériose par million d'habitants, de 2021 à 2024



Caractéristiques des cas de listériose

En 2024, 45 % des cas de listériose étaient de sexe féminin. L'âge médian des cas était de 76 ans (extrêmes 2 ans – 99 ans) et 86 % présentaient au moins une comorbidité. Par comparaison, en 1999, 54 % des cas étaient de sexe féminin, l'âge médian des cas était de 63 ans (extrêmes 7 mois - 95 ans) et 81 % présentaient au moins une comorbidité.

Cette différence de répartition par sexe s'explique par la diminution du nombre de formes materno-néonatales observée depuis des 2 dernières décennies, et par une prépondérance masculine des formes non-materno-néonatales. Cette prépondérance masculine de ces formes est également constatée dans d'autres pays et pourrait être plurifactorielle (différence d'expositions alimentaires, différence de réponse immunitaire liées au sexe).

Cas groupés de listériose

Depuis l'utilisation en routine par le CNR du séquençage génomique et du typage des souches par cgMLST, près de 700 clusters génomiques de listériose ont été identifiés et investigués par SpF entre 2015 et 2024.

Une source de contamination a été identifiée pour 116 (16 %) d'entre eux.

L'immense majorité de ces clusters sont de petite taille, avec une médiane de 2 cas par cluster.

Les principales sources de contamination identifiées pour ces 116 clusters sont : fromages et produits laitiers (44 %), produits de charcuterie (26 %), plats cuisinés (8 %), environnements agroalimentaires de cuisines centrales (8 %), environnements agroalimentaires de charcuteries (7 %), poissons fumés (3 %) ou encore une origine nosocomiale pour 2 %.

Le nombre de clusters identifiés annuellement depuis 2015 est globalement stable, et chaque année, environ 50 % des cas intègrent un cluster génomique identifié par le CNR.

Discussion

Entre 1999 et 2020, le nombre annuel de cas de listériose a fluctué selon les années entre 188 et 414 cas, avec des incidences annuelles entre 3,1 et 6,2 cas par million d'habitants. Depuis 2021, le nombre annuel de cas et l'incidence de la listériose sont en augmentation constante : en 2024, 619 cas ont été notifiés, pour une incidence de 9 cas par million d'habitants.

Cette tendance à la hausse est constatée dans de nombreux autres pays européens, comme rapporté par l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) [1]. En 2023, des incidences similaires ont ainsi été observées en Belgique (8,9 cas/million d'habitant), Danemark (8,9 cas/million d'habitant), Allemagne (7,9 cas/million d'habitant), Portugal (9,5 cas/million d'habitant), Espagne (9,2 cas/million d'habitant), Suisse (8,4 cas/million d'habitant) ou Suède (12 cas/million d'habitant), et aucun pays européen n'a observé une baisse de l'incidence au cours des dernières années.

Comme habituellement observé, l'incidence de la listériose augmente nettement avec l'âge : 87/million d'habitants chez les personnes de plus de 90 ans en 2024, 57/million d'habitant chez les personnes de 80 à 89 ans, comparée à 2,3/million d'habitants chez les moins de 60 ans.

L'incidence varie selon la forme clinique, avec une augmentation de l'incidence des formes bactériémiques par rapport aux formes neuroméningées. Enfin, la tendance à la hausse de l'incidence des formes materno-néonatales observée depuis 2018 se confirme ces dernières années, avec une incidence de 6.9 cas pour 100 000 naissances vivantes en 2024, pour un nombre de cas annuel chez des femmes enceintes qui reste inférieur à 50 par an.

Les raisons des tendances à la hausse observées ces dernières années ne sont pas univoques.

L'hypothèse d'un biais diagnostique ou de surveillance apparaît peu probable. En effet, les techniques et les pratiques diagnostiques ont peu évolué pour ce germe, de même que le système de surveillance des *Listeria*, resté très stable au cours du temps.

Ces tendances à la hausse ne sont pas non plus expliquées par des épidémies plus fréquentes ou de plus grande ampleur. En effet, depuis l'utilisation en routine du séquençage génomique, les clusters de cas liés à des souches de mêmes caractéristiques génomiques sont systématiquement identifiés et investigués. Le nombre annuel de clusters génomiques identifiés est resté globalement stable entre 2015 et 2024, de même que le nombre de clusters pour lesquels une source de contamination a été identifiée (16 %). Ces clusters étant identifiés précocement, les mesures de gestions peuvent être mises en place rapidement et la majorité de ces clusters restent de petites tailles [2, 3].

Les données de surveillance alimentaires n'indiquent pas non plus de recrudescence des alertes *Listeria* dans les aliments. Ces alertes ont été le plus souvent déclenchées suite à la détection de contaminations faibles (<10ufc/g) ou assez faibles (≤ 100 ufc/g), ou suite à une simple détection de la présence de *L. monocytogenes* dans un produit ou dans son environnement. Seule une minorité des alertes ont été déclenchées suite à la détection de dénombrements supérieurs à 100 ufc/g.

Ces tendances à la hausse apparaissent principalement liées au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques liées à l'âge favorisant la survenue d'une listériose. Entre 1999 et 2024, la population des personnes âgées de plus de 80 ans a plus que doublée en France. En 2024, la médiane des cas de listériose était de 76 ans et près de 9 cas sur 10 présentaient des comorbidités à risque associées.

Pour les personnes les plus à risque – personnes âgées, immunodéprimées, femmes enceintes – le risque de développer une listériose peut être réduit par le respect des bonnes pratiques d'hygiène alimentaire suivantes :

Éviter de consommer les aliments les plus fréquemment contaminés :

- fromages au lait cru ; préférez la consommation de fromages au lait pasteurisé. Enlevez la croûte des fromages ;
- poissons fumés ou marinés (saumon, truite, harengs, etc.) ;
- poisson cru (sushi, sashimi, tarama) ;
- crustacés décortiqués vendus cuits ;
- coquillages crus ;
- produits de charcuterie : rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée, etc. Pour les produits de type jambon, préférer les produits préemballés qui présentent moins de risque de contamination après fabrication ;
- viandes crues ou peu cuites ;
- graines germées crues telles que des graines de soja.

Respecter certaines règles d'hygiène lors de la manipulation et la préparation des aliments :

- nettoyer son réfrigérateur en cas de souillures à partir de légumes, de fromages ou de jus de viande crue. Nettoyer régulièrement son réfrigérateur et le désinfecter avec de l'eau javellisée ;
- s'assurer que la température du réfrigérateur est suffisamment basse ($\leq +4$ °C) ;
- conserver les aliments crus séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés ;
- bien rincer à l'eau du robinet les fruits, les légumes et les herbes aromatiques ;
- se laver les mains après la manipulation d'aliments non cuits ;
- nettoyer les plans de travail après avoir manipulé des aliments crus, et bien nettoyer les ustensiles de cuisine ayant été en contact avec ces aliments ;
- cuire les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons, charcuteries crues etc.). Les steaks hachés, qui sont des aliments reconstitués pouvant être contaminés en leur centre, doivent être cuits à cœur ;
- réchauffer soigneusement les restes alimentaires et les plats cuisinés avant consommation immédiate ;
- respecter les dates limites de consommation.

Si le respect de ces pratiques est le plus souvent envisageable chez les femmes enceinte pendant le temps de la grossesse, leur mise en œuvre à long terme chez les personnes âgées ou immunodéprimées est plus difficile.

Références

[1] EFSA & ECDC. The European Union One Health 2023 Zoonoses report. EFSA Journal 22, e9106 (2024). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2903/j.efsa.2024.9106>

[2] Leclercq A, Tourdjman M, Mattheus W, Friesema I, van Sorge NM, Halbedel S, Wilking H, Lecuit M. Outbreak of Listeriosis Associated with Consumption of Vegan Cheese. N Engl J Med. 2024 Apr 18;390(15):1439-1440. doi:10.1056/NEJMc2400665. PMID: 38631008. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2400665>

[3] Charlier C., Noel C, Hafner L, Moura A, Mathiaud C, Pitsch A, Meziane C, Joly-Sanchez L, de Pontfarcy A, Diamantis S, Bracq-Dieye H, Disson O, Thouvenot P, Valès G, Tessaud-Rita N, Tourdjman M, Leclercq A, Lecuit M. Fatal neonatal listeriosis following *Listeria monocytogenes* horizontal transmission highlights neonatal susceptibility to orally acquired listeriosis. Cell Reports Medicine. 2023 Jul 18; 4(7): 101094. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37385252/>

[4] Direction Générale de l'alimentation. Bilan des événements alimentaires enregistrés en 2023. <https://info.agriculture.gouv.fr/boagri/instruction-2025-211>

Auteurs

Mathieu Tourdjman, Santé publique France, Direction des maladies infectieuses, Saint-Maurice

Relecteurs

Henriette De Valk, Bruno Coignard, Santé publique France, Direction des maladies infectieuses, Saint-Maurice

Remerciements

Aux patients et familles participants aux investigations

Au médecins et biologistes déclarants

Aux Agences Régionales de Santé

Au Centre National de Référence des *Listeria*, Institut Pasteur

A la Mission des Urgences Sanitaires de la Direction Générale de l'Alimentation

Au Laboratoire National de Référence des *Listeria*, Anses

Pour nous citer : Surveillance de la listériose 1999-2024. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p., septembre 2025

Directrice de publication : Caroline Semaille

Date de publication : 19 septembre 2025

Contact : dmi-listeria@santepubliquefrance.fr