

# La listériose de la femme enceinte et du nouveau-né en France : évolution de 1984 à 2006

Véronique Goulet (v.goulet@invs.sante.fr), Édith Laurent

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

## Résumé / Abstract

La listériose materno-néonatale (MN) regroupe les listérioses diagnostiquées pendant la grossesse ou le premier mois de vie. Leur nombre a été divisé par 10 de 1986 à 2006 (500 cas/an vs 50 cas/an). Quatre cent et un cas de listériose MN notifiés par la déclaration obligatoire entre 1999 et 2006 ont été analysés. Selon le moment du diagnostic et l'issue de la grossesse, ils se répartissent en listériose néonatale (59 %), mort *in utero* (26,5 %) et infection maternelle isolée (14,5 %). La mortalité *in utero* (26 %) diminue selon l'âge gestationnel : 75 % avant 22 semaines d'aménorrhée (SA), 52 % à 22-27 SA, 12 % à 28-31 SA, 5 % à 32-36 SA, 1 % 37-41 SA. La mortalité néonatale (9 %) diminue également selon l'âge gestationnel (41 % à 22-27 SA, 19 % à 28-31 SA, 5 % à 32-36 SA, 1 % 37-41 SA) et selon le prélèvement à l'origine du diagnostic : nouveau-nés avec infection invasive (16 %), nouveau-nés avec mère infectée (8 %), liquide d'aspiration gastrique (4 %), prélèvements superficiels (0 %). Soixante-huit pour cent des femmes ont consommé pendant leur grossesse des aliments dont on recommande d'éviter la consommation. Le maintien des mesures de contrôles de la filière agro-alimentaire, qui ont montré leur efficacité dans la réduction des cas listériose MN, est essentiel. Il serait utile d'évaluer les raisons du non-suivi des recommandations alimentaires.

## Pregnancy associated and neonatal listeriosis in France: trend from 1984 to 2006

Materno-neonatal (MN) listeriosis includes listeriosis diagnosed during pregnancy or the first month of life. From 1986 to 2006, the annual number of cases of MN listeriosis was decreased tenfold (500 cases/year vs 50 cases/year). Four hundred and one cases of MN listeriosis mandatorily reported to French Institute of Public Health Surveillance from 1999 to 2006 were analyzed. Depending on diagnosis and end of pregnancy, they are subdivided in three groups: neonatal listeriosis (59%), foetal death (26.5%), and maternal infection (14.5%). Foetal loss (26%) decreases according to gestational age: 75% before 22 weeks of pregnancy, 52% before 22-27 weeks, 12% between 28-31 weeks, 5% between 32-36 weeks, 1% between 37-41 weeks. Neonatal mortality (9%) also decreases according to gestational age (41% before 22-27 weeks, 19% between 28-31 weeks, 5% between 32-36 weeks, 1% between 37-41 weeks) and the nature of samples giving the diagnosis of listeriosis: neonate with invasive infection (16%), maternal infection (8%), gastric liquid (4%), superficial samples (0%). Sixty-eight per cent of the cases had consumed products which were not recommended during pregnancy. Control measures in food-production industry that have demonstrated their efficiency in MN listeriosis case reduction have to be maintained. It would be useful to evaluate the reasons for non compliance with recommendations to avoid at-risk foods.

## Mots clés / Key words

*Listeria monocytogenes*, listériose, femmes enceintes, infection néonatale, habitudes alimentaires / *Listeria monocytogenes*, listeriosis, pregnant women, neonatal infection, food habits

## Introduction

La listériose est une infection due à *Listeria monocytogenes* (Lm), bactérie ubiquitaire de l'environnement qui a la particularité de se multiplier à des températures basses, telles que celle du réfrigérateur. Chez l'homme, l'infection se transmet principalement par l'alimentation et concerne surtout les populations dont l'immunité est altérée, comme les personnes immunodéprimées ou les femmes enceintes. Les signes d'infections chez la femme enceinte sont peu spécifiques, avec souvent une symptomatologie pseudo-grippale. La gravité de la listériose chez la femme enceinte tient à la transmission de l'infection au fœtus par voie hématogène transplacentaire. L'évolution naturelle de l'infection listérienne de la femme enceinte est soit la mort fœtale *in utero*, qui se traduit selon le terme de la grossesse par un avortement spontané ou un enfant mort-né, soit un accouchement souvent prématuré dans un contexte de fièvre maternelle. D'autres voies de contamination du nouveau-né sont possibles, notamment avec un point de départ cervico-vaginal [1]. Le nouveau-né s'infecte alors par ingestion du liquide amniotique contaminé par voie ascendante, ou lors de la traversée des voies génitales. La transmission nosocomiale à la maternité existe, mais reste exceptionnelle. La part des listérioses

materno-néonatales (MN) a fortement diminué entre les années 1980 et 2000, passant de près de 50 % à moins de 25 % des listérioses humaines. La listériose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) depuis mars 1998. Le but de cet article est de décrire l'évolution de l'incidence des listérioses MN depuis 20 ans et leurs caractéristiques de 1999 à 2006.

## Méthodes

Une listériose MN est définie par un isolement de Lm chez une femme enceinte, un fœtus ou un nouveau-né âgé de moins de 28 jours. Lorsqu'une souche est isolée chez une femme enceinte et chez son nouveau-né, un seul cas est comptabilisé.

Les informations figurant sur la fiche de DO (département de résidence, âge, terme et issue de la grossesse, prélèvements où ont été isolés Lm) permettent de classer l'infection en :

- infection maternelle isolée (diagnostic chez une femme enceinte dont la grossesse s'est poursuivie) ;
- mort *in utero* (avortement spontané si terme de grossesse < 22 semaines d'aménorrhée (SA), mort-né si  $\geq$  22 SA) ;
- infection néonatale (nouveau-nés vivants dont l'infection à Lm est diagnostiquée avant le 28<sup>e</sup> jour de vie), précoce (naissance - J6) et tardive (J7 - J27) ;

- infection fœto-néonatale : infections néonatales + mort-nés.

L'indicateur principal utilisé pour décrire l'incidence annuelle de listériose MN est le ratio : nombre de listérioses MN/nombre de naissances vivantes (nv). Cet indicateur a été estimé pour la période :

- 1986-1990 à partir des études du Laboratoire national de la santé en tenant compte du pourcentage de participation des laboratoires [2] ;
- 1999-2006 avec les données de la DO en tenant compte de l'exhaustivité de la DO estimée à 87 % par la méthode capture-recapture [3] ;
- 1992-1998 à partir des données du Centre national de référence (CNR), dont le recrutement est devenu national en 1992, lors de la première épidémie de listériose [4]. Le ratio a été calculé en tenant compte de l'exhaustivité du CNR estimée à 76 % en 1999 (nombre de listérioses MN du CNR/nombre de listérioses MN estimé par la DO).

La mère est interrogée sur son alimentation, avec un questionnaire standardisé, dans les jours suivant le diagnostic de l'infection.

## Résultats

Le ratio listériose MN/100 000 nv est passé de 60 à 5 cas/100 000 nv entre 1984 et 2006, soit une réduction d'un facteur 12. La diminution a été

Figure 1 Évolution de la listériose materno-néonatale en France de 1984 à 2006 | Figure 1 Materno-neonatal listeriosis in France from 1984 to 2006

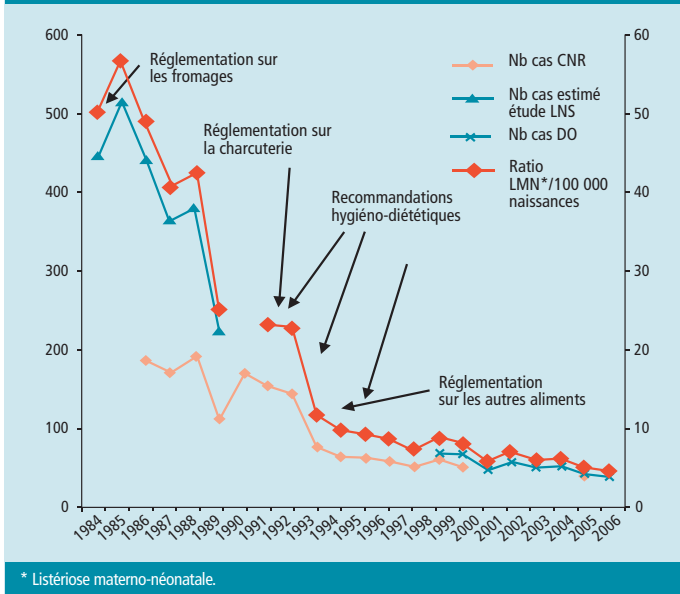
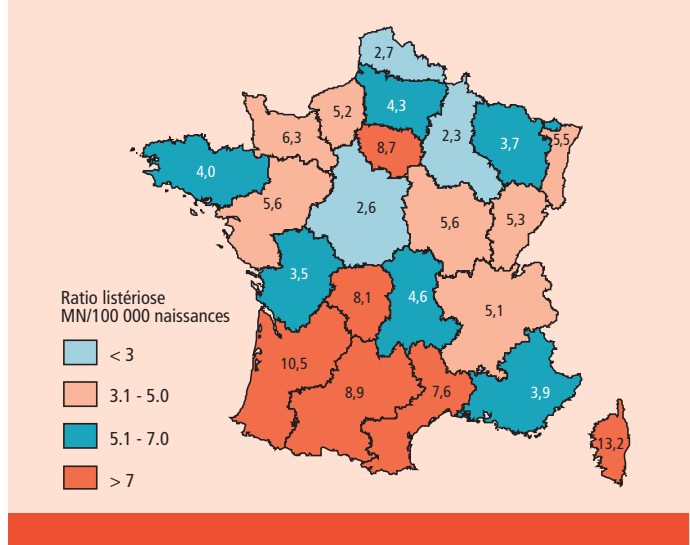


Figure 2 Répartition géographique des listérioses materno-néonatales. Source Déclaration obligatoire, 1999-2006, Institut de veille sanitaire, France | Figure 2 Geographical distribution of materno-neonatal listeriosis, French Institute for Public Health Surveillance, 1999-2006, France



particulièrement marquée entre 1986 et 1996 (ratio divisé par 6), puis elle s'est poursuivie de façon plus progressive (ratio divisé par 2 de 1996 à 2006) (figure 1).

Sur la période de 1999-2006, l'incidence de la listériose néonatale est passée de 5,5 cas à 2,4/100 000 nv avec une évolution parallèle à celle du ratio listériose MN/100 000 nv.

Sur cette période de 8 ans, 401 listérioses MN ont été déclarées avec 26,5 % de morts *in utero*, 59 % de listérioses néonatales et 14,5 % d'infections maternelles isolées (tableau 1). La distribution de l'âge des mères est voisine de celle des mères des enfants nés en 2002 (données de l'état-civil 2002). Le ratio listériose MN/100 000 nv varie selon les régions, de 2,3 à 13,2/100 000 nv, avec une médiane de 5,2/100 000 nv. Il est plus élevé dans le Sud-Ouest, en Corse et en Ile-de-France (figure 2). De 1999 à 2006, les cas sont plus fréquents pendant les périodes mai-juin-juillet-août, ainsi qu'en novembre et janvier, où la moyenne mensuelle est de 5,0 cas/mois vs 3,6 cas/mois les autres mois.

Sur 124 cas de listériose MN déclarés de 2004 à 2006, 105 mères ont été interrogées. Parmi elles, 68 % ont consommé pendant les deux mois précédant leur listériose au moins un produit dont on conseille d'éviter la consommation : fromages au lait cru (34 %), certaines charcuteries : produits en gelée, pâté et rillettes (45 %) et poissons fumés (35 %).

L'infection maternelle isolée est la forme la plus rare (15 %). La part de cette forme varie selon le terme de la grossesse avec un pic pendant la période 32-36 SA (39 % des cas) (figure 3).

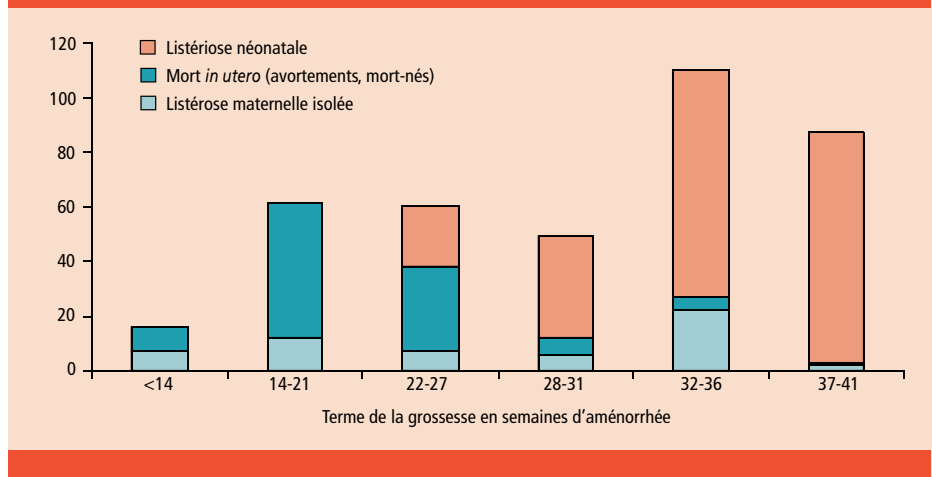
Pour les 268 cas de listériose foeto-néonatale dont le terme est  $\geq 22$  SA, on observe une proportion beaucoup plus importante de naissances prématurées (63 %) que pour l'ensemble des naissances en France (7 % selon l'Enquête nationale périnatale 2003 : ENP-2003) [5]. La proportion de très grands prématurés (22-27 SA) est de 10 % contre 0,9 % dans l'ENP-2003, celle de grands prématurés (28-31 SA) de 16 % contre 0,7 % et celle

Tableau 1 Listérioses materno-néonatales en France de 1999 à 2006, source Déclaration obligatoire, Institut de veille sanitaire, France | Table 1 Materno-neonatal listeriosis reported to the French Institute for Public Health Surveillance, 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
<b>Mort in utero</b>									
Avortement (<22 SA)	8	14	5	11	5	6	6	8	63
Mort-né ( $\geq 22$ SA)	5	7	5	8	5	7	4	2	43
<b>Infection néonatale</b>									
Précoce (J0-J6)	43	30	29	27	27	29	19	20	224
Tardive (J7-J27)	0	4	0	3	3	2	1	0	13
<b>Infection maternelle isolée</b>									
Placenta ou hémoculture +	11	9	5	6	7	5	9	6	58
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>44</b>	<b>55</b>	<b>47</b>	<b>49</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>401</b>
									<b>Moyenne/an</b>
<b>Incidence</b>									
Listériose néonatale									
Listériose nv*/100 000 nv	5,5	4,1	3,6	3,7	3,7	3,8	2,5	2,4	3,7
Listériose foeto-néonatale									
Listériose (nv* + mort-nés) / 100 000 (nv* + mort-né)	6,2	4,6	4,2	4,5	4,0	4,5	2,8	2,6	4,2
<b>Ratio</b>									
Infection maternelle isolée/100 000 nv	1,4	1,2	0,6	0,8	0,9	0,6	1,1	0,7	0,9
<b>Listériose MN/100 000 nv</b>	<b>8,6</b>	<b>7,9</b>	<b>5,5</b>	<b>6,9</b>	<b>5,9</b>	<b>6,1</b>	<b>4,8</b>	<b>4,3</b>	<b>6,3</b>

\* nv = naissances vivantes.

Figure 3 Distribution des différentes formes de listériose materno-néonatales en fonction du moment du diagnostic (en âge gestationnel), 1999-2006, Institut de veille sanitaire, France | Figure 3 Distribution of various forms of materno-neonatal listeriosis by time period of diagnoses in gestational weeks, French Institute for Public Health Surveillance, 1999-2006, France



de prématurés (32-36 SA) de 37 % contre 5,6 %. La mortalité *in utero* est différente selon le terme de la grossesse. Lorsque le terme est < 22 SA (77 listérioses MN), 58 grossesses (75 %) se sont terminées par un avortement spontané (tableau 2), avec une proportion d'avortements spontanés significativement moins élevée avant 14 SA (56 %) que de 14 à 21 SA (80 %) (p=0,02). Lorsque le terme est ≥ 22 SA (306 listérioses MN), le taux de mortalité fœtale diminue significativement avec l'avancement du terme de la grossesse. Il passe de 52 % à 1 % selon l'âge gestationnel (tableau 2).

### Listérioses néonatales précoces (224 cas)

Quatre-vingt-treize pour cent de ces infections ont été diagnostiquées dans un délai de 48 heures suivant la naissance. En l'absence de données cliniques, les nouveau-nés ont été répartis en 4 classes selon la nature du prélèvement à l'origine du diagnostic :

- infection invasive (LCR ou hémoculture positive) : 72 cas dont 7 avec un LCR positif ;
- infection maternelle : nouveau-né sans infection invasive mais avec infection du placenta ou hémoculture positive de la mère : 87 cas dont 40 avec hémoculture positive de la mère ;
- nouveau-né avec isolement de Lm sur liquide d'aspiration gastrique (sans infection invasive et sans infection maternelle) : 48 cas ;
- nouveau-né avec diagnostic réalisé uniquement sur des prélèvements superficiels : 17 cas.

Le pronostic vital dépend de la classe de diagnostic (p=0,02) : 16 % de mortalité pour les nouveau-nés avec infection invasive, 8 % pour les nouveau-nés avec mère infectées, 4 % pour les nouveau-nés avec diagnostic réalisé sur liquide d'aspiration gastrique et 0 % pour les nouveau-nés avec diagnostic sur prélèvement superficiels.

La mortalité néonatale, tout comme la mortalité fœtale, diminue en fonction du terme de la grossesse : 41 % chez les très grands prématurés à 1 % chez les enfants nés à terme (tableau 3).

Si l'on analyse le pronostic en stratifiant sur le terme de la grossesse (22-27 SA et 27-41 SA), on constate que le pronostic reste lié à la nature du prélèvement à l'origine du diagnostic (tableau 3). Chez les très grands prématurés, le pronostic est grave en cas d'infection du nouveau-né ou de la mère (57 % de décès). Chez les autres nouveau-nés nés avec un terme ≥ 28 SA, le pronostic est globalement bien meilleur, avec toutefois une différence significative selon le prélèvement à

**Tableau 3** Listériose néonatale précoce : répartition des cas et des décès néonataux selon l'âge gestationnel, source Déclaration obligatoire, 1999-2006, Institut de veille sanitaire, France  
*Table 3 Neonatal listeriosis: number of cases and neonates death by gestational age, French Institute for Public Health Surveillance, France, 1999-2006*

Terme de la grossesse en SA	Inconnu	Très grand prématuré 22-27	Grand prématuré 28-31	Prématuré 32-36	A terme > 36	Total
Nouveau-né : infection invasive	5	7	17	24	19	72
Décès		4	5	3	0	12
Mère infectée (placenta, hémoculture)	3	7	13	32	32	87
Décès		4	1	1	1	7
Nouveau-né : liquide gastrique positif	1	6	6	15	20	48
Décès		1	1	0	0	2
Nouveau-né : prélèvements superficiels positifs	1	2	1	9	4	17
Décès		0	0	0	0	0
Total listériose néonatale précoce	10	22	37	80	75	224
Décès		9	7	4	1	21
Mortalité néonatale		41 %	19 %	5 %	1 %	9 %

l'origine du diagnostic : 13 % de décès s'il y a une infection invasive du nouveau-né, 4 % en cas d'infection maternelle et 2 % en cas de diagnostic sur liquide gastrique.

### Listérioses néonatales tardives (13 cas)

Les listérioses néonatales tardives représentent 5 % des infections néonatales. Sur les 13 enfants, 12 ont eu une méningite avec prélèvement du LCR positif et aucun n'est décédé. Dans 2 cas, il s'agissait d'une transmission nosocomiale à partir d'un autre nouveau-né né dans la même maternité et infecté par une souche ayant les mêmes caractéristiques selon le typage réalisé par le CNR des *Listeria*.

### Discussion

La diminution importante du nombre de listérioses MN observée entre 1986 et 1994 est concomitante aux différentes mesures de contrôle mises en place dans la chaîne de production agro-alimentaire. Les premières mesures ont été introduites en France en 1986 lorsque les États-Unis ont imposé la norme « zéro *Listeria* » sur les fromages d'importation. Les autorités françaises ont alors instauré un contrôle sur les industriels exportant des fromages aux États-Unis, qui s'est généralisé en 1988 à l'ensemble des producteurs de fromages à diffusion nationale. En l'absence d'autres actions (les recommandations diététiques ont été diffusées aux femmes enceintes à partir de 1992, lors de l'épidémie nationale qui avait concerné 279 cas dont 92 listérioses MN), on peut donc considérer que ce sont principalement ces mesures qui ont permis de

diviser par deux le nombre de cas de listérioses MN entre 1984 et 1990. À partir de 1992, le contrôle a été étendu aux autres filières agro-alimentaires et l'hygiène à l'étape de distribution a été renforcée [7]. Ces mesures ont eu un impact sur la contamination des aliments vendus aux consommateurs puisque, de 1992 à 1996, la proportion d'aliments contaminés (>100 Lm/g) a diminué significativement. Ces mesures ont dû également avoir un impact sur les listérioses MN, puisque leur nombre a été divisé par 2,7 entre 1990 et 1994. Les recommandations délivrées aux femmes enceintes par voie de presse lors des épidémies de 1992-1993 ont dû également contribuer à réduire le nombre de cas, cependant, il est impossible de quantifier la part de chacune de ces actions. Entre 1994 et 2000, d'autres actions ont été entreprises, comme le retrait systématique de la vente d'aliments contaminés, l'information des médecins par l'envoi de dépliants à distribuer aux femmes enceintes. En outre, depuis 2000, une page du livre bleu remis aux femmes enceintes lors de la déclaration de grossesse est consacrée à des recommandations hygiéno-diététiques de prévention de la listériose. Parallèlement, la décroissance du nombre de listérioses MN s'est poursuivie de façon plus progressive (division des cas par 2,7 de 1994 à 2006).

La diminution du nombre de cas de listérioses MN a été observée également en Angleterre, où l'incidence était pourtant 10 fois plus faible qu'en France dans les années 1985, avec 15-20 cas/an dans les années 2000 vs environ 45 cas/an en 1985 [7].

Les disparités régionales observées, avec un gradient Nord-Sud-Ouest, sont étonnantes car elles ne sont pas retrouvées pour les autres formes de listériose. Dans les régions où le ratio listériose MN/100 000 naissances est faible, on observe une proportion de cas de listériose avec mort fœtale *in utero* plus faible (14 %) que dans les autres régions (27 %). Ce qui suggère un sous-diagnostic possible des cas de listériose lors des premiers mois de grossesse dans ces régions. Le nombre de listérioses MN étant très faible, notamment dans certaines régions peu peuplées, les fluctuations aléatoires peuvent être également à l'origine de ces disparités. Ainsi, en

**Tableau 2** Distribution des cas de listérioses materno-néonatales en France selon l'âge gestationnel, source Déclaration obligatoire, 1999-2006, Institut de veille sanitaire  
*Table 2 Distribution of materno-neonatal listeriosis cases according to gestational age, French Institute for Public Health Surveillance, 1999-2006*

Âge gestationnel en semaine d'aménorrhée	Inconnu	< 14	14-21	22-27	28-31	32-36	37-41	Total
Listériose maternelle isolée	2	7	12	7	6	22	2	58
Listériose fœtale (avortements, mort-nés)	5	9	49	31	6	5	1	106
Listériose néonatale	11			22	37	83	84	237
Nombre total de cas	18	16	61	60	49	110	87	401
Mortalité fœtale	28 %	56 %	80 %	52 %	12 %	5 %	1 %	26 %

Corse où le ratio listériose MN/100 000 naissances est le plus élevé, on a identifié 3 cas de listériose MN sur 8 ans.

Le pronostic des listérioses néonatales s'est considérablement amélioré. Dans une étude nationale réalisée sur la période 1970-75 sur 500 nouveau-nés vivants atteints de listériose [8], 30 % des nouveau-nés nés à terme et 36 % des prématurés étaient décédés. Dans notre étude, la mortalité est de 9 % (1 % des nouveau-nés nés à terme et 14 % des prématurés). La proportion de prématurité semble être restée stable : 63 % en 1999-2006 vs 62,5 % dans l'étude 1970-75.

Bien que le nombre de cas ait fortement diminué (50 cas/an de 1999 à 2006 contre 500 cas en 1986), la listériose au cours de la grossesse reste toujours sévère du fait d'un mauvais pronostic en termes de mortalité foetale, de prématurité et de mortalité néonatale. En moyenne, la listériose aura été à l'origine chaque année de 1999 à 2006 de 8 avorte-

ments spontanés, 5 morts foetales, 3 morts néonatales et de 15 prématurés dont 5 grands prématurés (< 32 SA).

Il importe donc de maintenir les mesures de contrôle de la filière agro-alimentaire qui ont montré leur efficacité. Il est également important de diffuser l'information sur les précautions permettant d'éviter la listériose. En effet, la majorité des femmes enceintes atteintes de listériose ont consommé des produits qui devraient être supprimés de leur alimentation selon les recommandations figurant dans le carnet de santé maternité [9]. Pour une meilleure application de ces recommandations, il serait utile d'évaluer pourquoi celles-ci ne sont pas suivies.

#### Références

- [1] Rocourt J. Listériose humaine : aspects cliniques et épidémiologiques, Le Cahier Technique du Biologiste. 1988, 29-45.
- [2] Goulet V, Rebiere I, Mamet JP, Miegerville AF, Courtieu AL. Surveillance de la listériose humaine en France de 1987 à 1989 à partir d'un réseau de laboratoires. Compte-rendu de

la Conférence Internationale : Listeria et sécurité alimentaire, 13-14 juin 1991, Laval, France.

[3] Goulet V, Jacquet C, Martin P, Vaillant V, Laurent E, De Valk H. La surveillance de la listériose en France en 2001, Bull Epidemiol Hebd 2004; (9):33-4  
[http://www.invs.sante.fr/beh/2004/09/beh\\_09\\_2004.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2004/09/beh_09_2004.pdf).

[4] Jacquet C, Martin P, Rocourt J. Listériose humaine en France en 2001. Données du Centre National de Référence des Listeria. Feuilles de Biologie. 2002; (245):84-6.

[5] Blondel B, Supernant K, Mazeaubrun Ch, Bréart G. Enquête Nationale Périnatale 2003, Février 2005 Rapport accessible à <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/perinat03/sommaire.htm>.

[6] Goulet V, de Valk H, Pierre O, Stainer F, Rocourt J, Vaillant V, Jacquet C, Desenclos JC. Effect of prevention measures on incidence of human listeriosis, France, 1987-1997. Emerg Infect Dis. 2001 Nov-Dec; 7(6):983-9.

[7] Listeria monocytogenes human cases in residents of England and Wales reported to the Health Protection Agency Centre for Infections, 1983-2006.  
[http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/listeria/data\\_ew.htm](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/listeria/data_ew.htm).

[8] Humbert G, Duval CI, Fessard CI, Meunier M, Ledoux A. Les listérioses en France. Résultats d'une enquête nationale (824 cas). Med Mal Inf. 1976; (9bis):60-70.

[9] [http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/carnet\\_maternite/carnet\\_maternite.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/carnet_maternite/carnet_maternite.pdf).

## Infections néonatales à streptocoque B en France : données d'incidence de 1997 à 2006 et pratiques de prévention en maternité

Nathalie Jourdan-Da Silva (n.jourdan@invs.sante.fr)<sup>1</sup>, Denise Antona<sup>1</sup>, Caroline Six<sup>2</sup>, Scarlett Georges<sup>1</sup>, Véronique Goulet<sup>1</sup>, Philippe Judlin<sup>3</sup>, Daniel Lévy-Bruhl<sup>1</sup>

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Sud, Marseille, France 3 / Collège national des gynécologues obstétriciens de France (CNGOF), Paris, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – Le streptocoque du groupe B (SGB) est la bactérie la plus fréquemment en cause dans les infections graves du nouveau-né. Nous présentons les données d'incidence des infections néonatales (IN) à SGB en France de 1997 à 2006 et les résultats d'une enquête menée en 2005 sur les pratiques de prévention en maternité, suite aux recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

**Méthodes** – Les données d'incidence des IN à SGB proviennent d'Epibac, réseau de laboratoires hospitaliers participant à la surveillance des infections invasives bactériennes. L'enquête de pratiques en maternité a été effectuée par téléphone sur un échantillon de 53 maternités, stratifié sur leur statut, leur activité et leur inter-région d'implantation.

**Résultats** – L'incidence des IN précoces à SGB a diminué en France, passant d'une estimation à 0,69 pour 1 000 naissances vivantes en 1997 à 0,47 en 2002, et 0,23 en 2006 (0,28 : incidence corrigée pour l'exhaustivité), alors que celle des infections néonatales tardives est restée stable (tout comme celle des infections globales). L'enquête en maternité a montré que la quasi-totalité des maternités avait un protocole de prévention, utilisant le dépistage systématique du portage vaginal en fin de grossesse avec antibioprophyxie *perpartum* pour les porteuses du SGB (92 %), avec une application systématique dans 87 % des maternités.

**Conclusion** – Ces résultats sont en faveur d'un impact positif de l'application des recommandations de prévention des IN précoces à SGB. Il faut toutefois rester vigilant vis-à-vis d'une émergence possible de bactéries résistantes aux antibiotiques utilisés, ou d'une modification de l'écologie des bactéries à l'origine des infections néonatales.

### Neonatal group B streptococcus infections in France: incidence from 1997 to 2006 and current prevention practices in maternity wards

**Introduction** – Group B streptococcus (GBS) is the primary pathogen causing neonatal sepsis. This paper presents the incidence of GBS neonatal infections (GBSNI) in France from 1997 to 2006, and the results of a survey conducted in 2005 in maternity wards on prevention practices following recommendations from the ANAES (National Agency for the Health Accreditation and Evaluation).

**Methods** – Incidence data on GBSNI were collected through a hospital laboratory network (EPIBAC) participating in the surveillance of invasive bacterial infections. A telephone survey on prevention practices was conducted on a 53 maternity wards sample, stratified on their status, activity and geographical setting.

**Results** – The incidence of early onset GBSNI (EOGBSNI) decreased in France, from 0.69 per 1,000 living births estimated in 1997 to 0.47 in 2002, and 0.23 in 2006 (0.28, when including completeness of reporting), although late onset GBSNI incidence remains stable (as well as the total GBS infections incidence). The survey showed that nearly all the maternity wards had a written prevention protocol, recommending vaginal screening for carriage of GBS during the last weeks of gestation and per partum antibioprophyllaxis given to GBS carriers (92%); this was systematically applied in 87% of the maternity wards.

**Conclusion** – These results are in favour of a positive impact of prevention practices on EOGBSNI. However, there are concerns that bacterial resistance to antibiotics used may emerge or a change in the ecology of the pathogens involved in neonatal sepsis.

### Mots clés / Key words

SGB, infection néonatale, surveillance, prévention / GBS, neonatal infection, surveillance, prevention