

DONNÉES

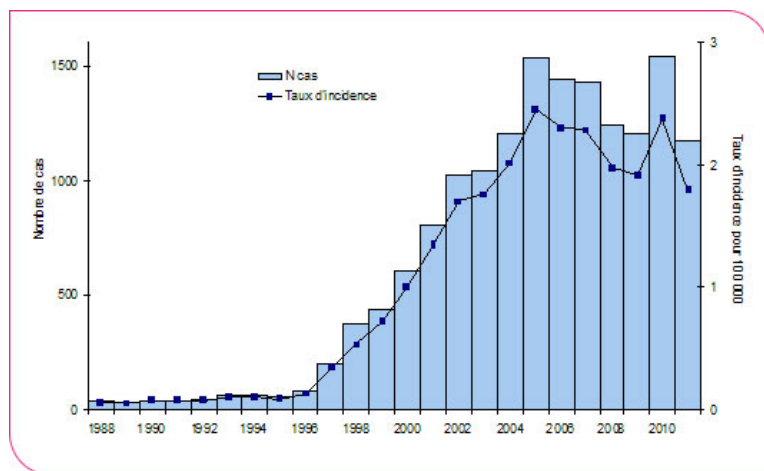


Publié le 22/05/2012

Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2011

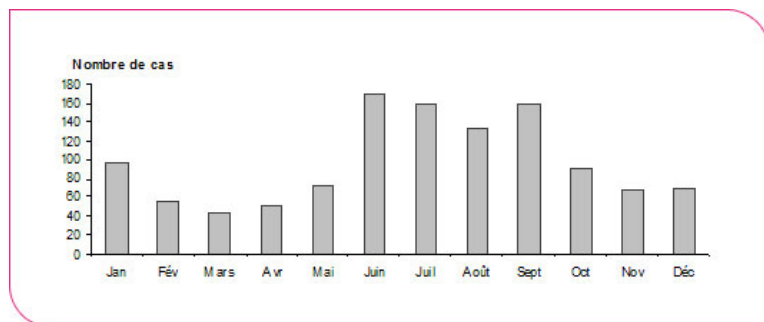
En 2011, 1170 cas de légionellose ont été déclarés en France. Parmi eux, 12 cas étaient des résidents dans les DOM-TOM, et 28 des ressortissants étrangers. Le taux d'incidence de la légionellose en France métropolitaine était de $1,8/10^5$ (figure 1). Le nombre de cas a diminué de 24% entre 2010 et 2011. Ce nombre est inférieur à celui de 2009 (1206 cas, incidence= $1,9/10^5$) équivalent à une diminution de 3% entre 2009 et 2011.

Figure 1. Evolution du nombre de cas et du taux annuel d'incidence de la légionellose en France, 1988-2011.



La majorité (53%) des cas est survenue entre juin et septembre (figure 2). L'âge médian des cas était de 62 ans [19-100 ans] et le sexe ratio homme/femme était de 2,9 (866 hommes et 304 femmes). L'incidence augmentait avec l'âge et les taux d'incidence les plus élevés s'observaient chez les personnes de plus de 80 ans ($6,2/10^5$). Seuls 18 cas n'avaient pas été hospitalisés (1,5%).

Figure 2. Nombre mensuel de cas de légionellose survenus (date de début des signes) en France, 2011



Par ailleurs, 74% des cas (866/1170) présentaient au moins un facteur de risque connu. Le tabagisme était le seul facteur de risque rapporté pour 27% des cas (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des facteurs favorisant des cas de légionellose survenus en France, 2011

Facteurs favorisants	N	%
Cancer / hémopathie	122	10
Corticoïdes / immunosuppresseurs	101	9
Diabète	174	15
Tabagisme	537	46

Autres	209	18
Au moins un facteur	866	74

L'évolution de la maladie était connue pour 90% des cas (1057/1170) et la létalité était de 10,8% (114 décès). Le délai médian entre la date des premiers signes cliniques et la notification à l'Agence Régionale de Santé (ARS) était de 6 jours et 80% des cas étaient notifiés dans les 10 jours suivant leurs signes cliniques (94% dans les 20 jours).

Parmi les 1170 cas déclarés, 1157 (99%) étaient des cas confirmés. La détection des antigènes solubles urinaires était la principale méthode diagnostique utilisée (1130 cas); 98% des cas étaient dus à *L. pneumophila* sérotype 1 (1138/1159). Une amplification génique (PCR) avait été réalisée pour 22 cas et pour 5 d'entre eux, la PCR était l'unique élément de diagnostic. Pour 263 cas (22,5%), une souche avait été isolée et analysée par le CNR-L ; ce pourcentage était en augmentation par rapport aux années précédentes (22,5% versus 18,3% sur la période 2009-2010 $p < 0,003$). La majorité (259/263) des souches étaient des souches *L. pneumophila* dont 248 Lp1 et 11 appartenant à d'autres sérogroupes. Parmi les Lp1, 80 (31%) étaient des souches endémiques parmi lesquelles 30 étaient des souches «Louisa», 30 des souches «Lorraine» et 16 des souches «Paris». Pour 44 cas (17%), la souche humaine a pu être comparée aux souches environnementales isolées d'un lieu fréquenté par le malade, et pour 23 cas (52%), les profils génomiques se sont révélés identiques. Pour ces cas, les investigations environnementales et microbiologiques ont permis de préciser que les réseaux d'eau sanitaires étaient la source la plus probable de contamination pour 5 hôpitaux, 5 domiciles, 5 établissements de tourisme et 8 autres établissements. Aucune des 7 comparaisons avec des souches provenant de circuits de refroidissement de tours aéroréfrigérantes (Tar) n'a montré de similitude des profils génomiques.

Une exposition à risque lors de la période d'incubation était rapportée pour 430 cas (37%) (tableau 2). Parmi eux, 71 cas (6% de l'ensemble des cas) avaient séjourné dans un établissement hospitalier pendant la période d'incubation dont 33 (46%) étaient des cas nosocomiaux certains (hospitalisés durant toute la période supposée d'exposition). Le mode d'exposition principal était un voyage avec séjour dans un établissement de tourisme pour 142 cas (12% de l'ensemble).

Le réseau ELDSNet a signalé à l'InVS 32 cas supplémentaires (cas survenus chez des ressortissants étrangers ayant séjourné en France dans les 10 jours précédant la date de début des signes). En 2011, au total 212 établissements ont été notifiés par ELDSNet dont 17 avaient accueilli au moins 2 cas sur une période de deux ans, et pour 6 (6/15= 40%) établissements, les prélèvements réalisés à l'occasion de l'investigation montraient la présence de légionelles.

Tableau 2. Expositions à risque parmi les cas de légionellose survenus en France, 2008-2011

Expositions*	2008 (1244 cas)		2009 (1206)		2010 (1540)		2011 (1170)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hôpital	83	7	98	8	110	7	71	6
Maison de retraite	56	5	60	5	45	3	49	4
Station thermale	9	<1	7	<1	5	<1	6	<1
Voyage	248	20	228	19	284	18	240	21
Hôtel-camping	164	13	144	12	161	10	143	12
Résidence temporaire	42	3	47	4	56	4	45	4
Autres types de voyage**	42	3	37	3	67	4	52	5
Autres expositions***	75	6	69	5	84	6	64	5
Total des cas ayant au moins une exposition	471	38	462	38	528	34	430	37

* Rapportées au nombre total de cas

** Sans précision de lieu et type de logement

En 2011 et comme les deux années précédentes, aucune épidémie (10 cas et plus) suggérant une source commune de contamination n'a été identifiée.

Des investigations de cas groupés (moins de 10 cas) ont été réalisées par les ARS en collaboration avec les Cires. Les investigations n'ont pas permis d'identifier une source commune de contamination.

Conclusion

Le bilan des cas de légionellose survenus en France en 2011 montre que la tendance à la baisse observée depuis 2005 se poursuit, malgré l'augmentation ponctuelle du nombre de cas en 2010.

Les caractéristiques épidémiologiques des cas sont similaires à celle observées les années précédentes. Le pourcentage de souches isolées a significativement augmenté permettant ainsi de disposer d'une meilleure capacité pour identifier les sources de contamination.

L'ensemble des données pour l'année 2011 est disponible sur le site de l'InVS ainsi que le rapport de l'étude quantitative du système de surveillance des cas de légionellose en France en 2010 qui a déterminé que l'exhaustivité de la déclaration obligatoire était de 88,5%.