

## Situation épidémiologique des cas de légionellose en Haute-Normandie en 2013

### | Contexte |

Depuis 1987 en France, la surveillance de la légionellose est basée sur le système de la déclaration obligatoire. Cette DO a pour objectif de suivre l'évolution de l'incidence de la pathologie, de détecter les cas groupés et d'orienter les mesures de prévention.

Lors du signalement d'un cas, l'Agence régionale de santé (ARS), avec l'appui de la Cire lors d'une suspicion de cas groupés, réalise une enquête afin d'identifier les expositions à risques (sur la période des 14 jours précédant la date de début des signes), de rechercher d'autres cas liés à ces expositions et de prendre, le cas échéant, les mesures environnementales de contrôle appropriées. Les informations présentes sur les formulaires de déclarations obligatoires sont saisies dans une base nationale et font l'objet d'une surveillance régulière aux niveaux national et régional.

### Critère de signalement

pneumopathie associée à au moins un des critères suivants :

#### Cas confirmé :

- isolement de *Legionella* spp dans un prélèvement clinique ;
- présence d'antigènes solubles urinaires ;
- augmentation des titres d'anticorps (x4) entre 2 prélèvements successifs avec un 2<sup>ème</sup> titre minimum de 128 ;

#### Cas probable :

- titre(s) d'anticorps  $\geq 256$  ;
- PCR positive.

### | Contexte national 2013 |

Depuis 2005, une diminution régulière du taux d'incidence de la légionellose en France est observée, malgré l'augmentation ponctuelle du nombre de cas en 2010.

En 2013, 1 262 cas de légionellose ont été notifiés en France [1]. Le taux d'incidence des cas notifiés de légionellose en France métropolitaine était de 1,94 pour 100 000 habitants. Le nombre de cas était légèrement inférieur à celui de 2012 où 1 298 cas avaient été notifiés. L'âge médian des cas était de 65 ans [min-max : 15-98 ans] et le sex-ratio homme/femme était de 2,5 (899 hommes et 363 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 ( $7,1/10^5$  hab.).

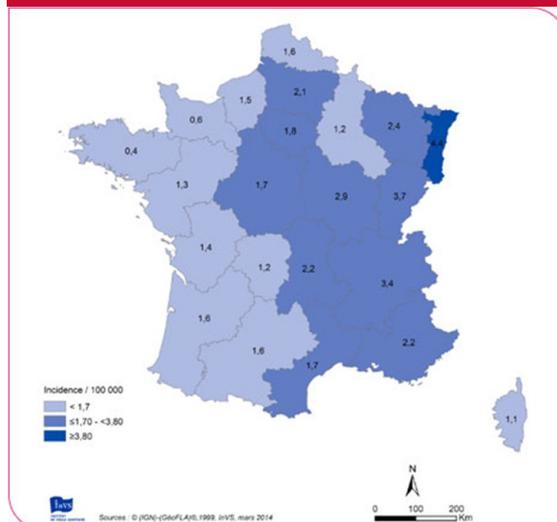
Seuls 14 cas (1 %) n'avaient pas été hospitalisés. La létalité était de 12,2 % (143 décès).

La majorité des cas était survenue au cours du second semestre.

74% des cas (931/1262) présentaient au moins un facteur de risque connu. Le tabagisme était le seul facteur de risque rapporté pour 29% des cas.

Le gradient géographique Ouest-Est du taux d'incidence des cas notifiés de légionellose est resté marqué en 2013 et variait de  $0,4/10^5$  hab. en Bretagne à  $4,4/10^5$  hab. en Alsace (figure 1).

| Figure 1 : Distribution du taux d'incidence de la légionellose standardisé pour 100 000 habitants selon la région de domicile en France métropolitaine, 2013 |



Source : surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS

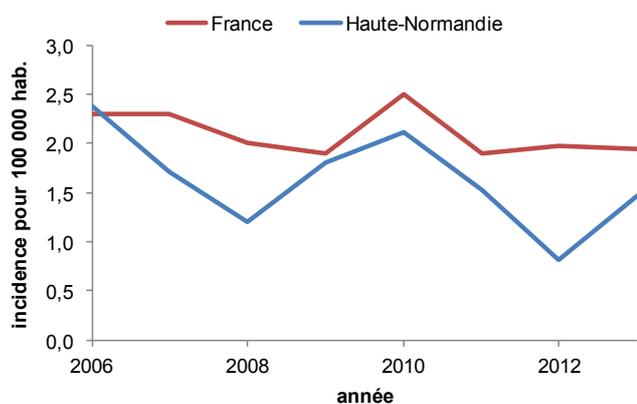
## | Résultats de la surveillance épidémiologique régionale pour l'année 2013 |

En 2013, 27 cas de légionellose résidant en Haute-Normandie ont été déclarés (20 en Seine-Maritime et 7 dans l'Eure) soit un taux d'incidence de 1,46 cas pour 100 000 habitants (figure 2). Ce taux était en augmentation par rapport à 2012 mais restait inférieur au taux national (1,94 cas/10<sup>5</sup>hab.).

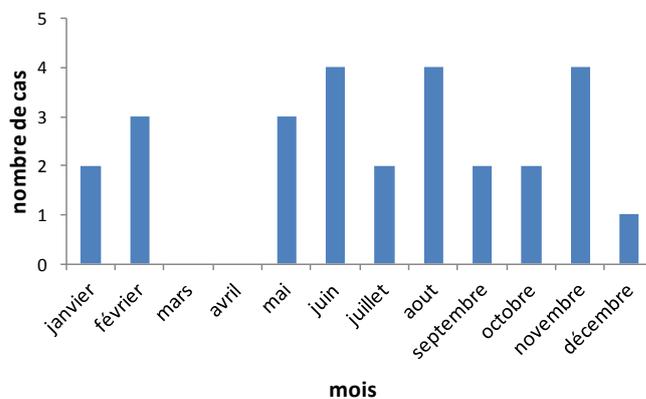
Depuis 2006, une tendance à la diminution du taux d'incidence régionale est observée malgré des variations annuelles.

La majorité des cas (56%) était survenue au cours du second semestre comme observé au niveau national (figure 3).

| Figure 2 : Évolution du taux annuel d'incidence de la légionellose en Haute-Normandie et en France, 2006-2013 |



| Figure 3 : Répartition mensuelle des cas déclarés de légionellose selon le mois de début des signes, Haute-Normandie, 2013 |



Source : surveillance des maladies à déclaration obligatoire, InVS

## | Description des cas |

En 2013, le sexe ratio homme/femme de 2 (18/9) indiquait une prédominance des hommes chez les cas déclarés. L'âge médian des cas était de 59 ans [min 47 ans ; max 86 ans]. Tous les cas ont été hospitalisés. La létalité était de 4 % (1/27).

En 2013, 70 % des cas déclarés (n=19/27) présentaient au moins un facteur de risque dont le principal était le tabagisme chez 52 % des cas (n=14/27). Le diabète, les traitements immunosuppresseurs (dont corticothérapie) et les hémopathies étaient également des facteurs favorisants déclarés.

## | Bactériologie |

La majorité des cas a été diagnostiquée par un antigène urinaire (26/27) et un cas l'a été par sérologie associée à une culture. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations du guide du Haut conseil de santé publique (HCSP) [2] qui préconisent l'utilisation dans un premier temps de la détection des antigènes dans les urines et dans un second temps si ce test est négatif, l'utilisation de la PCR associée à la culture.

Une souche a pu être isolée en culture pour les prélèvements réalisés pour 7 cas soit 26 % des cas déclarés en 2013. Ce pourcentage suit une tendance à la hausse depuis plusieurs années (10 % en 2006). Les souches isolées par le Centre national de référence (CNR) des légionelles étaient toutes des souches *L. pneumophila* dont la majorité appartenant au séro groupe LP1 (6/7). Parmi ces souches, 4 étaient des souches endémiques : 3 souches « Lorraine », 1 souche « Paris ».

## | Exposition à risque lors de la période supposée d'exposition |

Une exposition à risque lors de la période d'incubation était rapportée pour 59 % des cas (16/27). Le mode d'exposition principal était lié à un voyage pour 10 cas avec un séjour soit dans un établissement de tourisme (hôtel), soit dans une résidence temporaire.

Les enquêtes environnementales réalisées autour de chaque cas ont permis d'isoler des souches environnementales pour les lieux fréquentés par 4 cas (dans les réseaux d'eau chaude). Cependant compte-tenu de l'absence de souche humaine pour 3 de ces cas, une seule comparaison entre souche humaine et souche environnementale a pu être réalisée. Les profils génomiques des souches se sont révélés identiques (le réseau d'eau chaude de l'hôpital était la source la plus probable de la contamination).

| Tableau 4 : Expositions à risque parmi les cas déclarés de légionellose résidant en Haute-Normandie, 2013 |

Expositions	n	%*
Hôpital	2	7%
Voyage	10	37%
<i>hôtel</i>	4	15%
<i>autres type de voyage</i>	6	22%
Autre	4	15%
<b>Total des cas ayant une exposition</b>	<b>16</b>	<b>59%</b>

\* rapporté au nombre total de cas déclarés (n=27)

Source : surveillance des maladies à déclaration obligatoires, InVS

**Remerciements**

Médecins libéraux  
Structures d'urgence  
Services de réanimation  
Laboratoires hospitaliers

ARS-CVGS de Haute-Normandie

Centre national de référence des légionelloses

Christine Campèse pour sa relecture

Si vous souhaitez être destinataire des points épidémiologiques réalisés par la Cire Normandie, merci de nous en informer par courriel :

ars-normandie-cire@ars.sante.fr

## | Conclusion |

En 2013, l'incidence de la légionellose en Haute-Normandie est restée globalement stable par rapport aux années précédentes et inférieure à celle de la France métropolitaine. Il n'a pas été identifié de situation de cas groupés en Haute-Normandie.

Les légionelloses sont des maladies à déclaration obligatoire. Chaque signalement est suivi d'une investigation par l'ARS afin d'identifier la source de la contamination et de mettre en place les mesures de prévention éventuelles. Cette investigation couplée à l'analyse microbiologique des souches cliniques et environnementales permettent de documenter le caractère groupé des cas et de préciser la source de contamination. La mise en culture de la bactérie à partir d'un prélèvement respiratoire bas (expectoration ou prélèvement invasif) ainsi que son envoi au CNR sont donc indispensables.

## Références :

- [1] Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2013.[internet]. Saint Maurice : Institut de veille sanitaire. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Legionellose/Donnees/Bilan-des-cas-de-legionellose-survenus-en-France-en-2013>
- [2] Haut conseil de santé publique. Risque lié aux légionelles, guide d'investigation et d'aide à la gestion. Haut conseil de santé publique ; Juillet 2013. 81 pages. Disponible à partir de l'URL : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=400>

InVS - Directeur Général  
François Bourdillon

Cire Normandie

Rédacteur en chef  
Arnaud MATHIEU  
Responsable  
de la Cire Normandie

Rédaction du point  
Myriam BLANCHARD  
Epidémiologiste  
Référént légionellose pour la  
Cire