



Bulletin

Légionellose

Bilan de l'année 2025

Date de publication : 4 septembre 2026

ÉDITION NATIONALE

Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2025

SOMMAIRE

Points clés	1
Bilan des cas de légionellose en 2025	2
Données microbiologiques.....	7
Détection et investigations de cas groupés	10
Discussion / Conclusion	11
Méthodologie de surveillance de la légionellose en France	13

Points clés

- **En 2025, en France**, 1 989 cas de cas de légionellose notifiés à Santé publique France, avec :
 - un nombre de cas globalement stable par rapport à 2024 (+50 cas, +2,6%),
 - un taux de notification de 2,8 cas/100 000 habitants pour les cas résidant en France, globalement stables par rapport à l'année 2024,
 - des cas aux caractéristiques comparables à celles des cas des années précédentes,
 - des régions avec des taux de notification plus élevés : Auvergne-Rhône-Alpes (4,1 cas/100 000 habitants) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,0 cas/100 000 habitants),
 - 187 décès (9,4% des cas décédés),
 - 71% d'hommes (sexe ratio : 2,5),
 - 90% des cas diagnostiqués en première intention par un test antigène urinaire,
 - une PCR sur prélèvement respiratoire positive pour 40% des cas,
 - la source de contamination précisée pour 61 cas grâce à la concordance génomique des souches cliniques et environnementales,
 - un épisode de 7 cas avec identification d'une station d'épuration des eaux usées (STEP) comme étant la source la plus probable de contamination,
 - 57% des cas sans exposition à risques rapportée par la déclaration obligatoire.
- Poursuite de l'étude exploratoire LEGIO-DOM visant à documenter la part des cas de légionellose pouvant être liée à une contamination à domicile *via* les réseaux de distribution d'eau avec la participation des agences régionales de santé (ARS) de toutes les régions hexagonales excepté l'Occitanie.

Bilan des cas de légionellose en 2025

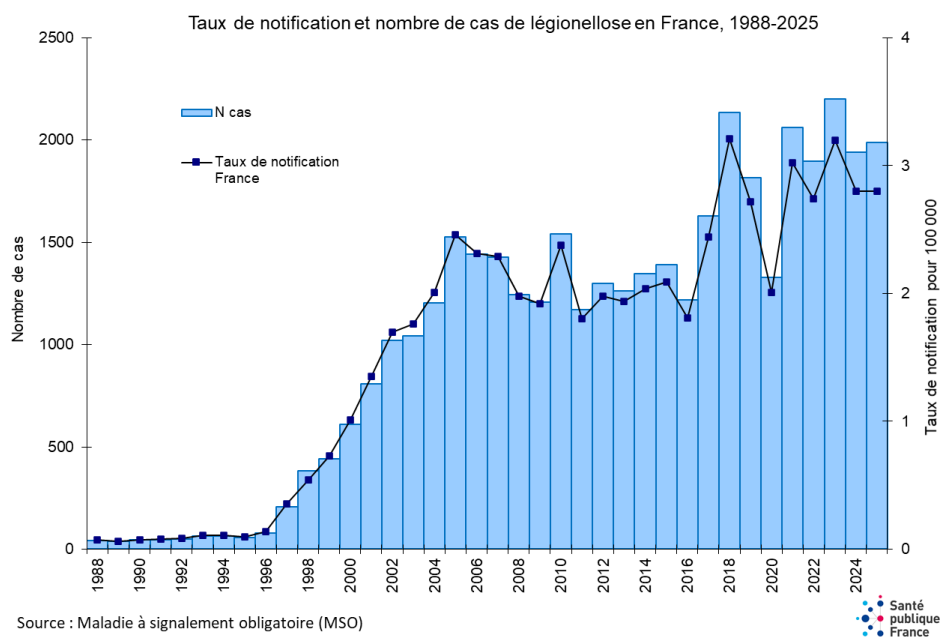
Nombre de cas et taux d'incidence des cas notifiés

En 2025, 1 989 cas de légionellose ont été notifiés en France par le système de signalement des maladies obligatoires (MSO) (vs. 1 939 en 2024). Sont pris en compte les cas pour lesquels la date de début des signes est en 2025.

Trente-sept cas étaient des résidents des départements et régions d'outre-mer (DROM : 11 en Guadeloupe, 4 en Martinique, 5 en Guyane et 17 cas à La Réunion) et 33 cas étaient des ressortissants étrangers diagnostiqués en France. Le nombre de cas de légionellose notifiés en France en 2025 était resté globalement stable (+50 cas, +2,6%) par rapport à celui de 2024.

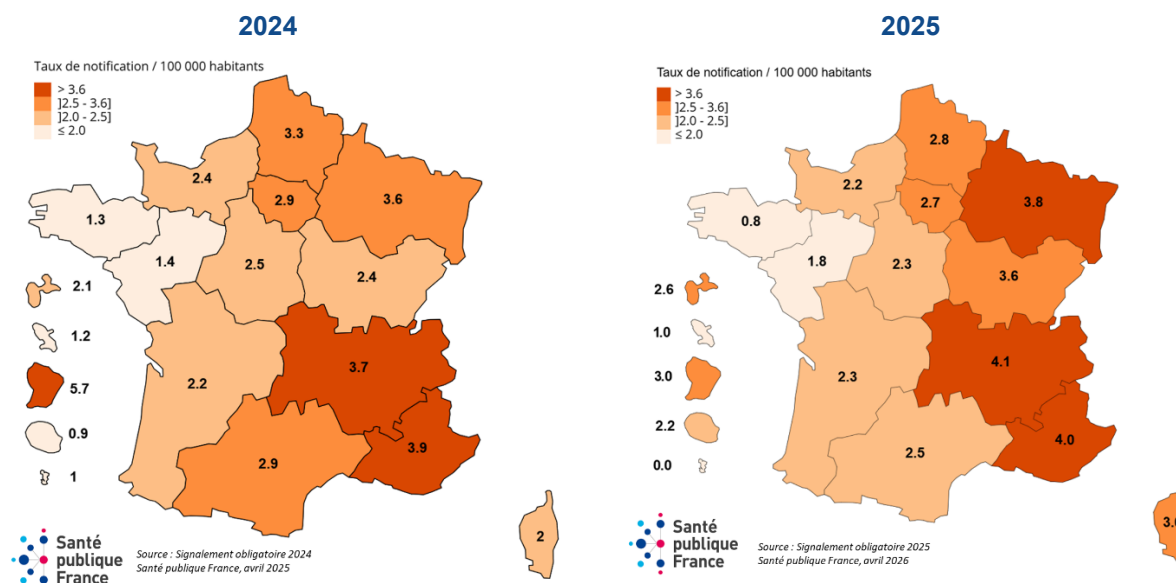
En limitant l'analyse aux cas résidant en France (exclusion des 33 cas concernant des ressortissants étrangers diagnostiqués en France), le taux de notification des cas de légionellose était de 2,8/100 000 habitants (données de population Insee de janvier 2026). Le taux de notification était de 2,9/100 000 habitants en France hexagonale et de 1,6 dans les DROM. Le nombre de cas est resté globalement stable entre 2024 et 2025 (1 956 vs. 1 923, +33 cas) avec un taux de notification à 2,8/100 000 habitants, proche des taux des années 2022 (2,7) et 2024 (2,8) alors qu'il avait été plus élevé en 2023 (3,2).

Figure 1. Évolution du nombre et du taux de notification annuels des cas de légionellose en France, 1988-2025



Dans l'Hexagone, le gradient géographique Ouest-Est du taux de notification standardisé des cas de légionellose restait marqué, avec des valeurs variant de 0,8/100 000 habitants en Bretagne, 1,8 en Pays de La Loire à 4,1 en Auvergne-Rhône-Alpes et 4,0/100 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 2).

Figure 2. Taux de notification standardisés* des cas de légionellose selon la région de domicile, France, 2024 et 2025



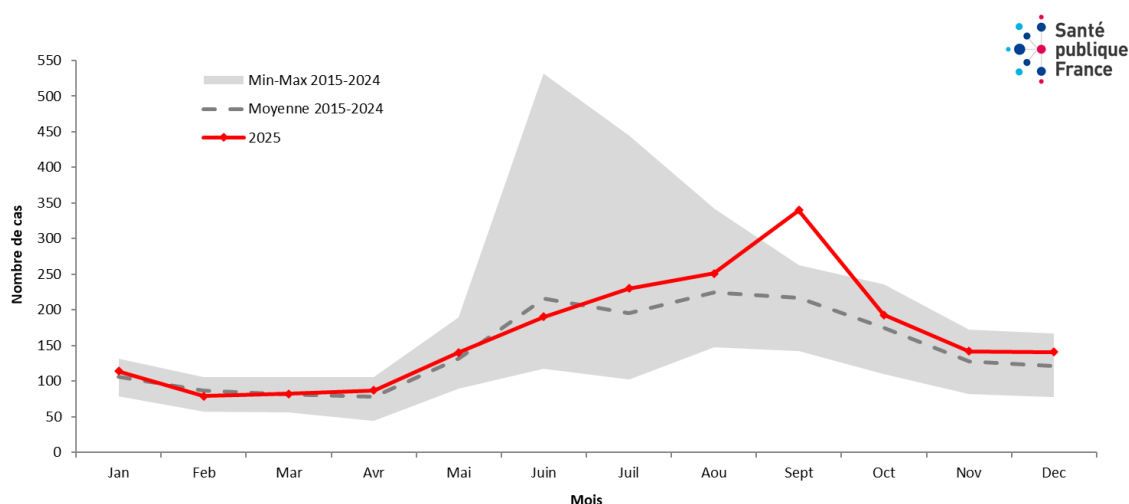
Données source : Maladie à signalement obligatoire (MSO)

* Taux de notification standardisé sur le sexe et l'âge

Par rapport à 2024, le taux de notification en 2025 est resté globalement stable dans la majorité des régions. Les évolutions les plus importantes ont été observées dans l'Hexagone, en Bourgogne-Franche-Comté (+ 1,2 point), en Corse (+ 1,0 point), en Bretagne (- 0,5 point), en Haut de France (- 0,5 point) et dans les DROM en Guyane (- 2,7 points), mais le nombre de cas dans cette région était réduit (Figure 2) [1, 2].

Le nombre de cas mensuel en 2025 était proche de la moyenne mensuelle des cas notifiés de 2014 à 2024 excepté en septembre 2025 (340 cas) du fait d'un épisode de cas groupés en Auvergne Rhône Alpes (Figure 3).

Figure 3. Nombre de cas notifiés de légionellose en France, par mois, selon la date de début des signes, 2015-2025



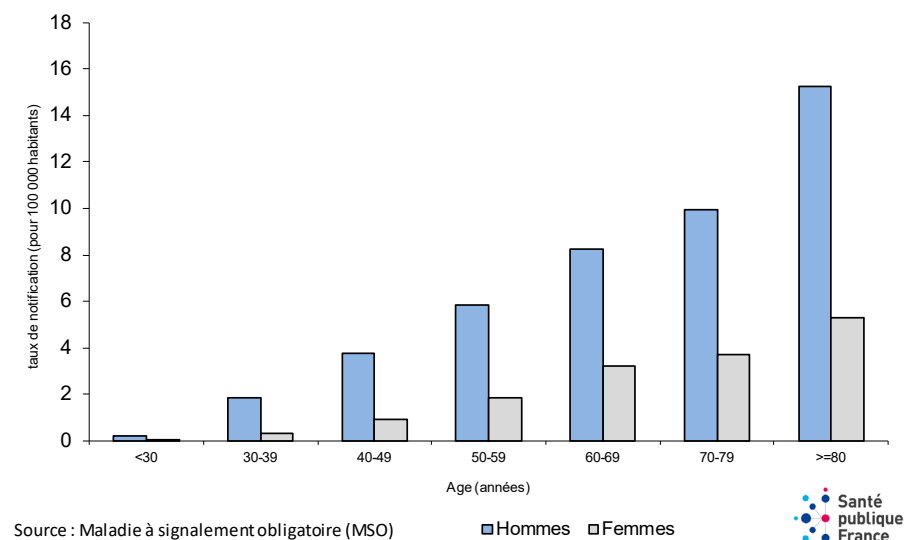
Données source : Maladie à signalement obligatoire (MSO)

Caractéristiques des cas

Le sexe ratio homme/femme était de 2,5 (1 418 hommes et 571 femmes). Le taux de notification des cas domiciliés en France augmentait avec l'âge et était le plus élevé chez les personnes de plus de 80 ans (9,0/100 000 habitants).

Comme habituellement observé, le taux de notification chez les hommes était supérieur à celui des femmes, et ce dans toutes les classes d'âge (Figure 4).

Figure 4. Taux de notification par classe d'âge et par sexe des cas de légionellose en France en 2025

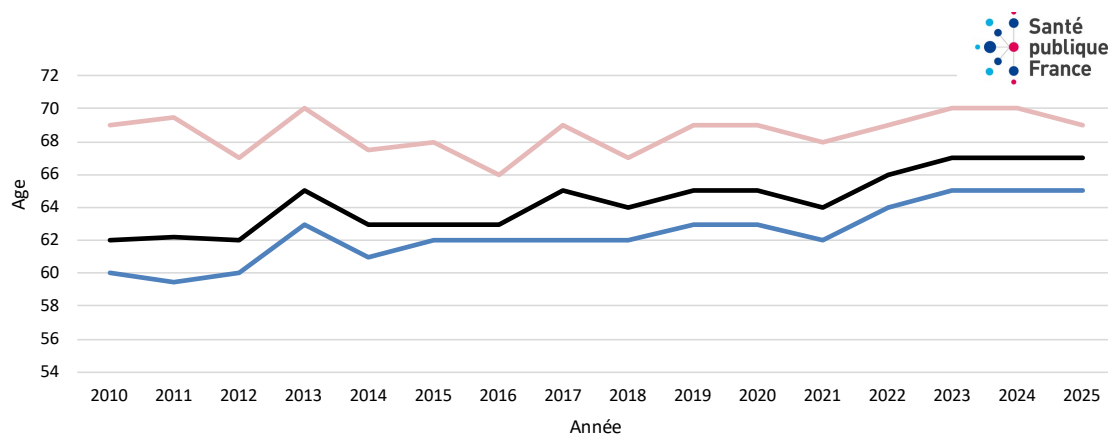


Au total, 97,8% des cas (1 946 cas) ont été hospitalisés, seuls 43 cas (2,2%) n'ont pas été hospitalisés. Ce pourcentage est stable sur les dernières années.

Concernant la présence de pneumopathie, 91,9% des cas avaient une pneumopathie confirmée radiologiquement et 95,7% des cas présentaient des signes cliniques évocateurs de pneumopathie. Conformément à la définition de cas, l'ensemble des cas avait soit une pneumopathie confirmée radiologiquement, soit des signes cliniques évocateurs de pneumopathie.

L'âge médian des cas était de 67 ans [min-max : 19-100 ans] en 2025, stable par rapport à 2024, de 69 ans chez les femmes et de 65 ans chez les hommes (Figure 5).

Figure 5. Évolution de l'âge médian selon le sexe des cas de légionellose en France de 2010 à 2025



L'évolution de la maladie était connue pour 95% des cas (1 892/1 989), avec 187 décès (9,4%). La létalité était comparable à celle des années antérieures (ex : 2023 : 9,5% ; 2024 : 8,9%).

Le délai médian entre la date des premiers signes cliniques et la date de notification à l'ARS était de six jours (intervalle interquartile [4 - 9]), inchangé par rapport à l'année 2024 ; 83% des cas étaient notifiés dans les 10 jours suivant l'apparition des premiers signes cliniques et 96% dans les 20 jours. Ces indicateurs annuels sont stables depuis 2010.

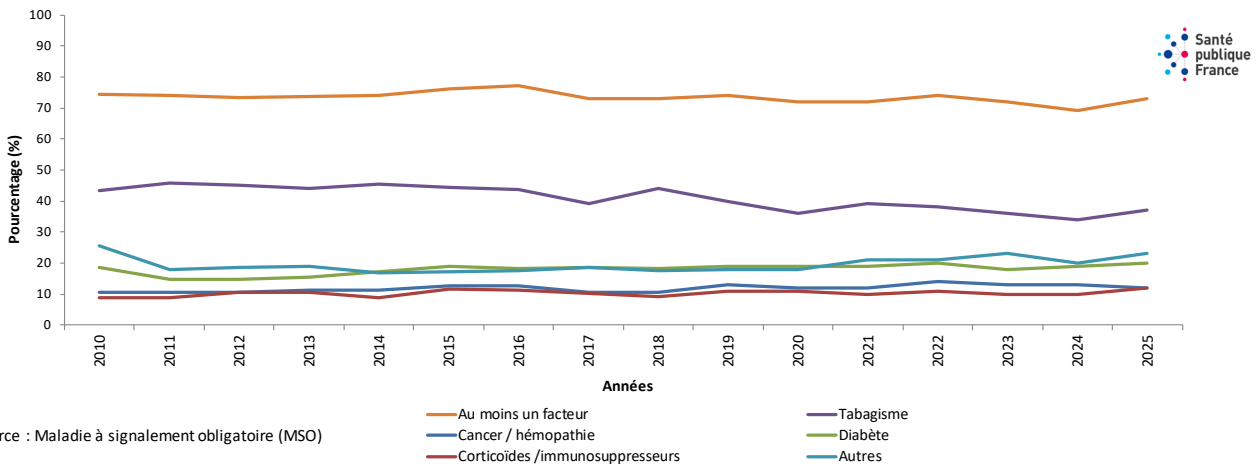
Sur les 1 989 cas, 73% des cas présentaient au moins un facteur de risque pour la légionellose selon les données du signalement obligatoire : 12% (n=249) avaient un cancer ou une hémopathie, 12% (233) un traitement immunosuppresseur, 37% (731) étaient fumeurs et 20% (396) avaient un diabète (Tableau 1).

Tableau 1. Fréquence des facteurs de risque de légionellose des cas notifiés en France, 2022-2025

Facteurs de risque	2023 (N=2 201)		2024 (N= 1 939)		2025 (N= 1 989)	
	n	%	n	%	n	%
Cancer/hémopathie	278	13	246	13	249	12
Corticothérapie/immunosuppresseurs	211	10	199	10	233	12
Diabète	405	18	372	19	396	20
Tabagisme	789	36	664	34	731	37
Autres	500	23	392	20	465	23
Au moins un facteur	1 582	72	1 337	69	1 458	73

Pour 27% des cas, le tabac était le seul facteur de risque rapporté. Les facteurs de risque rapportés étaient globalement comparables à ceux des années précédentes (Figure 6). Le tabagisme était moins fréquemment rapporté comme unique facteur de risque (34% en moyenne de 2011 à 2019 vs 28% en moyenne de 2020 à 2025). Par ailleurs, parmi les autres facteurs, l'apnée du sommeil était rapportée pour 41 patients (dont 31 pour lesquels il était fait clairement mention de l'usage d'un appareil à apnée du sommeil).

Figure 6. Évolution de la part des facteurs de risque des cas de légionellose notifiés en France, 2010-2025



Source : Maladie à signalement obligatoire (MSO)

Expositions à risque

Une exposition à risque pendant la période d'incubation (2-10 jours) était rapportée pour 833 cas (42%), proportion légèrement supérieure à 2024 (37%) (Tableau 2 et Figure 9). Une exposition en établissement d'accueil pour personnes âgées est rapportée pour 4% des cas. Parmi les 93 cas (5%) ayant séjourné dans un établissement hospitalier pendant la période d'incubation, 45 (48%) étaient classés comme liés de façon certaine au séjour hospitalier (séjour en milieu hospitalier durant les 10 jours précédant le début des signes cliniques).

En 2025, sur les 1 989 cas enregistrés dans la base nationale, une éventuelle exposition sur le lieu de travail était signalée pour 4% des cas (n= 78), proportion comparable à celles observées depuis 2019. La part des expositions incluant une notion de voyage représentait 21% (426 cas), retrouvant ainsi des niveaux comparables à ceux observés avant la pandémie. Plus de la moitié avait réalisé un voyage en France (56%), 22% en Europe et 23% hors d'Europe.

Tableau 2. Expositions à risque parmi les cas de légionellose survenus en France, 2023-2025

Expositions*	2023		2024		2025	
	(n=2 201)		(n=1 939)		(n=1 989)	
	n	%	n	%	n	%
Établissement de santé	137	6	111	6	93	5
Établissement d'accueil pour personnes âgées	80	4	72	4	85	4
Station thermale	18	<1	10	<1	5	<1
Voyage	404	18	348	18	426	22
Hôtel ou camping*	197	9	179	9	233	12
Résidence temporaire ^a *	120	5	76	4	58	3
Autres types de voyage ^b *	87	4	93	4	135	7
Travail	93	5	98	4.5	78	4
Autres ^c	113	5	79	4	146	7
Au moins une exposition	845	39	718	37	833	43

* Rapportés au nombre total de cas, estimé sur l'exposition principale

^a Location, chambre d'hôte, gîte, résidence secondaire ,

^b Logement chez amis ou famille, voyage sans précision de lieu et/ou type de logement

^c Établissement recevant du public (piscine, stade...), appareil à apnées du sommeil, etc.

Source : signalement obligatoire

En 2025, parmi les cas avec une notion de voyage, 289 ont fait l'objet d'une notification au réseau européen des cas de légionellose liés au voyage (ELDSNet, *European Legionnaires' Disease Surveillance Network*). Le réseau ELDSNet, coordonné par l'ECDC, assure la surveillance de la légionellose dans les États membres de l'Union européenne, ainsi que l'Islande et la Norvège.

Au total, en 2025, 445 signalements d'établissements de tourisme accueillant du public situés en France ou à l'étranger ont été réalisés par la France à ELDSNet. Il convient de mentionner que des établissements ont pu être signalés à plusieurs reprises (plusieurs voyageurs hébergés dans le même établissement) et plusieurs établissements ont pu être signalés pour un même cas (voyageur hébergé dans différents établissements dans les dix jours précédant le début des symptômes). Les établissements fréquentés étaient des hôtels (75%), des campings (9%) ou des gîtes, des maisons d'hôtes ou des locations disponibles par internet (16%) et 2 bateaux de croisière. Sur l'ensemble des signalements faits, 49% concernaient des établissements situés en France et 51% des établissements situés dans d'autres pays. Les établissements localisés à l'étranger, étaient le plus fréquemment situés en Italie (23%), Espagne (11%), Émirats arabes unis (7%), Grèce (7%) et Turquie (5%).

En 2025, le réseau ELDSNet a signalé à Santé publique France, 92 cas supplémentaires à ceux notifiés *via* le signalement obligatoire. Il s'agissait de cas survenus chez des ressortissants étrangers ayant séjourné dans un établissement de tourisme en France dans les dix jours précédant la date de début des signes, avant d'être diagnostiqués dans un pays étranger.

Sept clusters ont ainsi été notifiés. Un cluster est défini par ELDSNet comme au moins deux cas ayant séjourné dans un même établissement sur une période de deux ans. Les principaux pays ayant signalé des cas ayant séjourné dans un établissement français sont l'Allemagne (21%), les Pays-Bas (20%), la Belgique (19%), l'Italie (13%) et l'Espagne (9%).

Au total, les notifications des cas diagnostiqués en France et à l'étranger ont conduit à la notification par ELDSNet de 294 signalements pour 280 établissements touristiques français, 259 pour des cas isolés et 35 signalements pour des clusters dans 23 établissements.

Selon la procédure ELDSNet, une investigation avec prélèvements du réseau d'eau sanitaire a été réalisée dans ces 23 établissements. Les résultats des analyses ont permis de révéler la présence de légionelles dans 52% (12/23) d'entre eux et qui était située à un niveau au-dessus du seuil réglementaire pour 58% (7/12) d'entre eux. Dans deux établissements, les résultats de comparaisons de souches cliniques et environnementales ont permis de préciser que le réseau d'eau de ces établissements était la source la plus probable de contamination de ces cas.

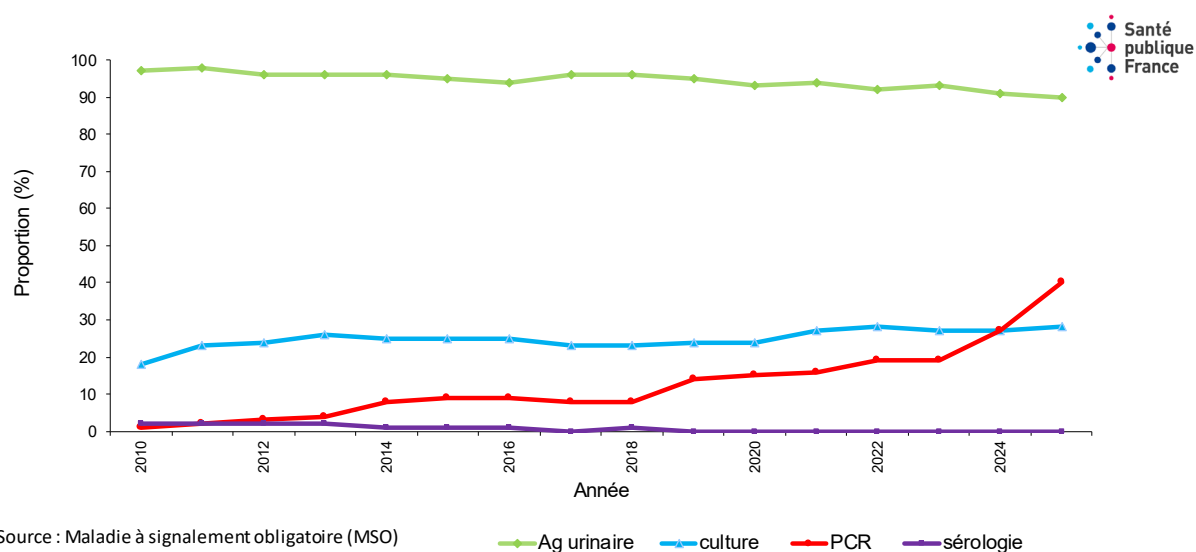
Données microbiologiques

Méthodes de diagnostic

Parmi les 1 989 cas notifiés en 2025, 1 906 (95,8%) étaient des cas confirmés et 83 (4,2%) des cas probables.

La très grande majorité des cas (90%) avait été diagnostiquée par la détection des antigènes solubles urinaires (1 787 cas). Une PCR sur prélèvement respiratoire s'est avérée positive pour 40% des cas (799 cas), proportion en nette augmentation par rapport à 2024 (27%). La culture a été positive pour 29% des cas (583 cas). Aucun cas n'a été identifié par séroconversion (Figure 7).

Figure 7. Répartition des méthodes de diagnostic* des cas de légionellose, France, 2010-2025

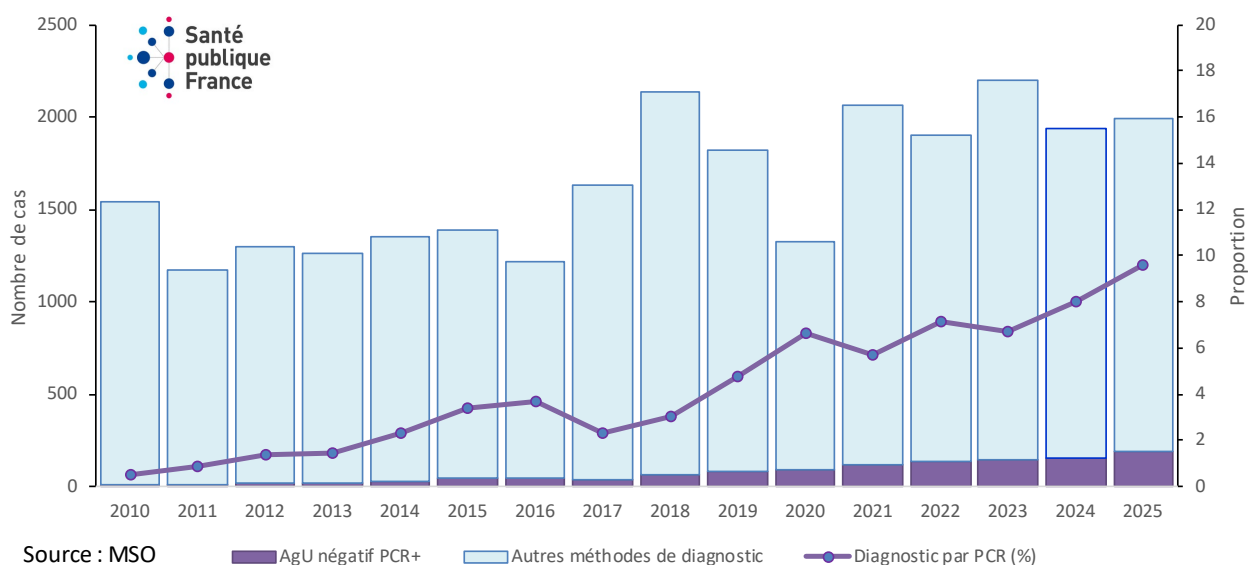


* Plusieurs méthodes de diagnostic possibles pour un même cas

Pour 10% des cas (202 cas), le test de détection des antigènes urinaires était négatif ou non fait. Pour 94% de ces cas (190), le résultat de la PCR était positif et pour 59% (119), le résultat de la culture était positif.

Pour 9,5% de l'ensemble des cas (190 cas), le diagnostic a été posé en première intention par PCR (Figure 8). Pour 83 (4,1%) cas, la PCR était la seule méthode de diagnostic biologique (5% en 2024). Douze cas ont été diagnostiqués uniquement par culture.

Figure 8. Diagnostic des cas de légionellose uniquement par PCR, France, 2010-2024



Le test de détection par antigènes urinaires ne détectant que *Legionella pneumophila* de sérotype 1 (Lp1), il peut être considéré que 92% des cas de légionellose étaient dus à Lp1 (1 830 cas).

Caractéristiques des souches

Parmi les 1 989 cas de légionellose diagnostiqués en 2025, des analyses de souches cliniques ont été réalisées par le CNR pour 29,2% des cas (581 cas). Ce pourcentage était de 26,5% en 2024. La très grande majorité des souches isolées par le Centre national de référence des légionelles (CNR ; 97%, 565/581), était de l'espèce *Legionella pneumophila*, dont 84% (488 cas) du séro groupe 1 (Lp1), 12% (70 cas) d'autres sérogroupes (Lp2-16) et 7 indéterminées. Parmi les 16 autres souches, 11 notamment étaient des *L. longbeachae* (2%).

Parmi les 581 cas pour lesquels un résultat de *séquence type* (ST) a pu être précisé, 45% étaient associés à 10 ST : ST1, ST20, ST23, ST42, ST47, ST48, ST62, ST224, ST259 et ST701. Les ST les plus représentés étaient ST23 (80 cas, soit 14%), ST1 (35 cas, soit 6%) et ST 47 (26 cas, soit 4,5%).

À la suite des investigations environnementales pour recherche de la source de contamination, des comparaisons génomiques de souches cliniques et de souches d'origine environnementale ont été réalisées pour 97 cas de légionellose, soit 4,9% de l'ensemble des cas et 16,7% des cas pour lesquels une souche clinique a été analysée par le CNR.

Pour 1 cas, plusieurs sources potentielles d'infection ont été investiguées (2 comparaisons avec 2 lieux distincts pour 1 cas) montant le nombre de comparaisons réalisées à 98 (comparaisons faites pour 97 cas).

Les investigations microbiologiques présentées ci-dessous ne peuvent être conduites par le CNR que si des souches cliniques et des souches d'origine environnementale ont pu être isolées. Pour ces analyses, ont été exclus deux grands cas groupés ayant conduit à des investigations spécifiques, sont décrits plus spécifiquement dans le chapitre « Détection et investigations de cas groupés ». Les analyses suivantes portent ainsi que les données de 82 patients.

Les investigations ont été conduites principalement à l'intérieur des domiciles des patients (50% des investigations) puis dans les établissements de tourisme, hôtel ou camping (18%).

Parmi les 82 investigations incluant une comparaison de souches cliniques et environnementales, 70% (n=57) ont révélé des profils génomiques identiques (Tableau 3).

Sur les 41 comparaisons réalisées à partir de souches collectées aux domiciles des patients, 68% (n=28) ont montré un profil génomique identique. Ce pourcentage est de 87% (n=13), pour les 15 comparaisons faites à partir de souches collectées dans les établissements de tourisme, hôtel ou camping et de 67% (n=8) pour les 12 établissements incluant des installations à risques (lieu de travail, lieu d'accueil familial, terreau etc.).

Comme chaque année, les investigations menées dans les structures non hospitalières montrent des forts taux de conclusion positive quant à la source de contamination.

Tableau 3. Comparaison des souches cliniques et environnementales de *Legionella* collectées lors des investigations des cas signalés en 2025 (CNR des Légionelles-hors grands cas groupés¹ et hors Étude LEGIODOM)

	Comparaisons de souches cliniques et environnementales avec profil génomique identique		Ensemble des comparaisons de souches réalisées	
	N	%	N	%
Domicile	28	68	41	50
Tourisme, Hôtel, camping	13	87	15	18
Hôpital	6	60	10	12
Établissement d'accueil pour personnes âgées	3	100	3	4
Tour aéroréfrigérante (TAR)	0	-	2	2
Autres	8	67	12	15
Total	57	70	82	100

¹ Un cas groupé en Région Auvergne-Rhône-Alpes, 1 cas groupé en Région Bourgogne Franche-Comté

Détection et investigations de cas groupés

En 2025, des investigations de cas regroupés dans le temps et dans l'espace ont été réalisées par les ARS en collaboration avec les acteurs locaux (administrations, collectivités, professionnels de santé), équipes de Santé publique France en région et du CNR. Ne sont présentés ci-dessous que les cas groupés les plus importants de 2025.

1) Épisode de cas groupés à Albertville (73), septembre à novembre 2025

Sur la période allant du 10 septembre 2025 au 22 septembre 2025 (selon la date de début des signes), 50 cas de légionellose, domiciliés ou ayant fréquenté la ville d'Albertville en Savoie pendant la période d'incubation, ont été diagnostiqués par détection d'antigènes de *Legionella* dans les urines. Il s'agit du plus important regroupement spatio-temporel de cas de légionellose depuis l'épidémie de Lens en 2003-2004 (86 cas).

Des prélèvements respiratoires ont été reçus au CNR pour 36 cas. La mise en culture s'est avérée positive pour 11 cas, permettant d'isoler des souches de *Legionella pneumophila* séro groupe 1 du même ST 224, un séquence-type peu fréquent, ne représentant que 1,8% des ST identifiés au niveau national depuis 2010. Des analyses plus poussées ont permis l'identification de deux fonds génétiques distincts pouvant évoquer soit des sources de contamination différentes, soit une source commune avec une diversité génétique importante, comme souvent retrouvée dans les matrices complexes (ex : station d'épuration ou tour aéroréfrigérante). Les résultats des séquençages itératifs ont montré la coexistence des deux fonds génétiques chez l'un des patients, ces résultats étant en faveur d'une source unique de contamination. De plus, un typage directement sur prélèvement par Nested-SBT, réalisé pour 9 patients pour lesquels aucune souche n'a été isolée, a permis d'identifier un ST 224 pour 2 cas et un ST compatible avec le ST 224 pour 2 autres cas.

Malgré les nombreuses investigations environnementales menées par l'ARS et les partenaires locaux pour rechercher de potentielles sources de contamination et un plan d'analyse très complet, la source de contamination n'a pas pu être identifiée.

Cette épidémie a révélé un défaut de sensibilité du kit K-SeT (Coris BioConcept, Gembloux, Belgium) pour le diagnostic de légionellose. Pour 23 cas, un diagnostic clinique de légionellose avait été posé malgré une antigénurie négative avec le test K-SeT. Les urines de ces 23 cas ont été expertisées par le CNR et se sont toutes révélées positives avec le test BinaxNOW (Abbott, Illinois, United States). Pour 10 de ces cas un prélèvement pulmonaire était positif en culture et/ou en PCR *Legionella* [3].

2) Épisode de cas groupés à Port-sur-Saône (70), juillet à septembre 2025

Sept cas de légionellose résidant au sud-ouest de la commune de Port-sur-Saône ont été diagnostiqués entre juillet et septembre 2025. Le CNR a isolé des souches de *Legionella pneumophila* séro groupe 1 ST 42 pour 4 cas à partir de prélèvements respiratoires. Un typage directement sur prélèvement par Nested-sequence Base Typing réalisé pour 1 cas, pour lequel aucune souche n'avait été isolée, a permis d'identifier un ST compatible avec le ST 42. Dans le cadre de la recherche de la source de contamination, plusieurs prélèvements ont été réalisés au niveau d'une station d'épuration des eaux usées (STEP) appartenant à une entreprise de Port-sur-Saône. Cette STEP de mise en fonctionnement récente (printemps 2025) est située en hauteur et à proximité du quartier où résident les cas. La mise en culture de ces prélèvements par le CNR a permis notamment d'isoler une souche de *Legionella pneumophila* séro groupe 1 ST 42. Les résultats de comparaison des souches cliniques et de la souche environnementale (cgST1521, SNP, phylogénie) étaient en faveur d'une contamination des patients à partir de cette STEP.

3) Épisode de cas groupés à Cavaillon (84), novembre 2025

Six cas de légionellose sont survenus en novembre 2025 dans une résidence autonomie à Cavaillon. Des souches de *Legionella pneumophila* séro groupe 1 ST 20 ont été isolées pour 2 cas par le CNR. Les résultats de comparaison des souches cliniques aux souches environnementales ST20 isolées de l'établissement étaient en faveur d'une contamination par le réseau d'eau sanitaire de l'établissement pour un cas.

4) Épisode de cas groupés à Juan-les-Pins (06), mars 2025

Deux cas de légionelloses sont survenus en 2025 dans une résidence de Juan-les-Pins, portant à 8 le nombre total de cas rapportés sur une période de 10 ans. Deux prélèvements biologiques ont été transmis au CNR. Des légionelles ont été retrouvées dans le réseau d'eau chaude sanitaire. Les investigations microbiologiques n'ont pas permis de conclure à la source de contamination.

Discussion / Conclusion

La légionellose est une infection pulmonaire causée par la bactérie *Legionella*, dont la surveillance nationale assurée par Santé publique France repose sur le signalement obligatoire. *Legionella* est présente dans le milieu naturel (rivières, terre humide, etc.) et peut proliférer dans les sites hydriques artificiels, lorsque les conditions de son développement sont réunies, particulièrement entre 25 et 45 °C : réseaux d'eau chaude, tours aéroréfrigérantes, autres installations (bains à remous, humidificateurs, fontaines décoratives, aérosols, appareils à thérapie respiratoire, etc.).

Avec 1 989 cas notifiés en 2025, le nombre de cas de légionellose notifiés à Santé publique France était comparable à ceux de 2024 et 2022 mais inférieur à celui de 2023 [1-2]. En 2018, le nombre de cas de Légionellose avait nettement augmenté, très certainement du fait des conditions climatiques. Depuis 2018, et excepté en 2020, année de début de pandémie marquée par un faible nombre de cas, entre 1 800 à 2 200 cas ont été notifiés chaque année.

Au niveau européen, une légère augmentation du taux de notification est observée en 2025 (3,5/100 000 habitants en 2025 vs 3,4 en 2024). À noter que 13 pays européens avaient en 2025 un taux de notification supérieur à celui de la France. Les taux les plus élevés étaient observés en Slovénie (9,0/100 000 habitants), en Italie (8,3/100 000) qui était également le pays avec le plus grand nombre de cas rapportés (4 896) et en République tchèque (5,9/100 000) [4].

En 2025, le gradient du taux de notification Ouest-Est constaté depuis de nombreuses années en France hexagonale reste toujours marqué. En comparaison aux données de 2024, le taux de notification en 2025 est resté globalement stable dans la majorité des régions. Il est observé une augmentation d'incidence notamment en Bourgogne-Franche-Comté (+ 1,2 point) après plusieurs années de baisse dans cette région.

Le nombre de cas mensuel en 2025 était proche de la moyenne mensuelle des cas notifiés de 2014 à 2024, excepté en septembre 2025, où une nette augmentation a été observée en lien avec un épisode de 50 cas en Auvergne Rhône Alpes. La source de contamination n'a pas été identifiée pour cet épisode.

Les caractéristiques des cas de légionellose survenus en 2025 demeurent comparables à celles des années précédentes. L'âge médian des cas reste stable à 67 ans en 2025 comme en 2024, après plusieurs années d'augmentation. La part des différentes expositions rapportées par le signalement obligatoire en 2025 était globalement comparable aux années précédentes.

Certaines expositions à risque de Légionellose restent cependant assez méconnues et potentiellement sous-déclarées. Citons les expositions aux appareils d'apnée du sommeil (en 2025, des apnées du sommeil étaient rapportées pour 41 patients et pour 31, l'usage d'un appareil à apnée du sommeil était précisé clairement) ainsi que l'exposition au terreau, jardinage, compost (exposition rapportée pour 4 cas). Onze cas de *Legionella longbeachae* ont été identifiés par le CNR en 2025. La manipulation de terreaux est une source probable de contamination de ces cas. Cette exposition

n'a cependant été rapportée que pour un seul de ces cas selon la fiche de signalement obligatoire. Contrairement à la situation en Australie ou Nouvelle-Zélande [5], le nombre de cas de *Legionella longbeachae* reste limité en France, bien qu'en augmentation ces dernières années. Leur nombre est cependant très probablement sous-estimé, du fait notamment du fait de l'utilisation large des tests antigénurie, qui ne détectent que *L. pneumophila* Lp1. Lors de forte suspicion de légionellose et/ou notion de manipulation de terreau, et pour les cas de pneumonie suspectant une légionellose avec un test d'antigénurie à Lp1 et/ou une PCR *L. pneumophila* négative, il est recommandé d'envoyer un prélèvement respiratoire au CNR. Le renseignement d'une éventuelle activité de jardinage doit aussi être systématique [6].

La réalisation d'un prélèvement respiratoire bas (expectoration, lavage broncho-alvéolaire, aspiration trachéale) avec envoi au CNR demeure essentielle pour la culture ou la PCR en vue d'identifier les cas groupés et préciser les sources de contamination.

La part du nombre de souches isolées était stable ces dernières années, représentant plus d'un patient sur quatre. De plus, la part de cas avec un diagnostic de première intention établi par une PCR positive est en constante augmentation depuis 2010 et atteint près de 10% en 2025. Cette tendance est également portée par la mise en place de l'étude LEGIODOM (voir plus loin). La poursuite de la promotion de cette pratique est primordiale car elle permet d'une part, de diagnostiquer les cas de légionellose dus aux autres espèces et sérogroupes que Lp1, non détectés par les tests urinaires, pourtant très majoritairement utilisés pour le diagnostic de la légionellose. D'autre part, elle est utile pour caractériser les cas groupés et préciser les sources de contamination. L'intérêt de la PCR a notamment été démontré dans plusieurs investigations pour lesquels des typages ont pu être réalisés malgré l'absence de souche pour certains patients.

Les résultats de comparaison entre les souches cliniques et environnementales ont montré en 2025, comme observé les années antérieures, que les sources de contamination des cas sporadiques ou groupés investigués étaient principalement les réseaux d'eau d'établissements recevant du public et des domiciles, mettant en exergue l'importance des mesures de prévention, de la surveillance et le contrôle du « risque légionelles » dans les réseaux d'eaux. Dans les enquêtes visant à identifier la source de contamination pour lesquelles des prélèvements ont été envoyés au CNR (4,9% des cas), les comparaisons des souches cliniques et environnementales ont permis de conclure sur l'origine de la contamination pour 70% des cas. Pour un épisode de cas groupé, les investigations étaient ainsi en faveur d'une contamination des patients à partir d'une station d'épuration des eaux usées (STEP). La contamination directe via les STEP a déjà décrite [7] mais la mise en évidence par génomique microbienne demeure relativement rare. Il reste donc important que des investigations méthodiques incluant des prélèvements respiratoires systématiques soient entreprises sans délai dès la suspicion de cas groupés afin de limiter le nombre de cas et d'identifier la source de contamination.

Dans le cadre du Plan national de santé environnement 2021-25 (PNSE4), une étude exploratoire (LEGIODOM) coordonnée par le CNR des légionelles en collaboration avec Santé publique France et les ARS et avec le soutien de la Direction générale de la santé, a démarré en octobre 2024. Son objectif est de documenter sur 2 années la part des cas de légionellose pouvant être liée à une contamination à domicile via les réseaux de distribution d'eau. Toutes les ARS de l'Hexagone, excepté l'Occitanie, ont accepté de participer à l'étude. Au 31 juillet 2026, 746 cas ont été inclus dans l'étude, soit 81% de l'objectif des 920 cas prévus.

Depuis 2017, le nombre de cas de légionellose notifiés reste élevé, sans baisse de la létalité.

Il est important de maintenir un système de surveillance de qualité avec un signalement de tous les cas sans délai. Une investigation méthodique et réactive doit systématiquement être menée en vue de limiter le nombre de cas qui pourraient être liés à une même source de contamination et d'identifier des nouvelles sources.

Méthodologie de surveillance de la légionellose en France

La légionellose est une maladie à signalement obligatoire (MSO) en France. Les cas sont notifiés par les cliniciens et les biologistes aux ARS qui valident les informations, réalisent une investigation afin d'identifier les expositions à risque, recherchent d'autres cas liés à ces expositions, et mettent en place, le cas échéant, des mesures de contrôle et de prévention. Les ARS transmettent les signalements à Santé publique France qui est chargé du suivi épidémiologique de la légionellose au niveau national. Sont pris en compte dans le bilan 2025, les cas pour lesquels la date de début des signes était en 2025.

Les critères de notification d'un cas de Légionellose sont les suivants : pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants : 1) cas confirmé : isolement de *Legionella spp.* ou augmentation du titre d'anticorps (x4 avec un 2^e titre minimum de 128 ou présence d'antigène soluble urinaire 2) cas probable : titre d'anticorps élevé (≥ 256) ou PCR positive.

En parallèle, toutes les souches d'origine clinique de *Legionella* sont typées par séquençage du génome entier (*Whole Genome Sequencing*, WGS) au Centre national de référence (CNR) des légionelles. Une Séquence Type (ST) correspondant à l'analyse de la séquence de 7 gènes (*Multi Locus Sequence Typing* (MLST) standard) définis au niveau européen pour le typage moléculaire des légionelles est extrait des données de génomes entiers. Cette analyse est complétée par une analyse par cgMLST restreint (50 gènes) et de cgMLST étendu (1 251 gènes) permettant de différencier des souches de même ST. Pour une meilleure discrimination des grands clones de *Legionella pneumophila* largement représentés en France (notamment ST1 et ST23), une analyse phylogénétique est réalisée en complément.

La France participe au réseau européen de surveillance de la légionellose associée au voyage : ELDSNet ([lien](#)) (*European Legionnaires' Disease Surveillance Network*) coordonné par l'ECDC (*European Centre for Disease prevention and Control*).

Les modalités de surveillance sont décrites dans la page thématique du site web de Santé publique France ([lien](#)). Les taux de notification concernent les cas de légionellose domiciliés et diagnostiqués en France. Des taux annuels de notification standardisés sur le sexe et l'âge et leurs intervalles de confiance sont calculés par la méthode indirecte et produits pour chaque région. Les estimations localisées de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au 1^{er} janvier de chaque année sont utilisées pour le calcul de ces taux.

Le bilan présenté s'appuie sur des données arrêtées au 20 avril 2026.

Bibliographie

[1] Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2024
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/legionellose/documents/bulletin-national/legionellose-en-france.-bilan-des-cas-notifies-en-2024>

[2] Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2023
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/legionellose/documents/bulletin-national/legionellose-en-france.-bilan-des-cas-notifies-en-2023>

[3] Vaissière E., Merlet A., Deher M., Curtil-Dit-Galin M., Yvon J.M. et al. Preliminary report: The most considerable outbreak of Legionnaires' disease in France in the last two decades, Albertville, September 2025. *Euro Surveill.* 2025;30(45):pii=2500813. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.45.2500813>

[4] European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance atlas of infectious diseases—Legionnaires' disease: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>

[5] Kenagi, E, Priest, PC, Cameron CM, Smith D et al. Risk factors for *Legionella longbeachae* legionnaires' disease, New Zealand. Emerg Infect Dis 23, 1148-1154

[6] Anses. Note d'appui scientifique et technique de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à une « demande d'appui scientifique et technique aux autorités de contrôle pour la détermination d'une valeur limite de légionnelle *Legionella longbeachae* dans les matières fertilisantes et supports de culture »
<https://www.anses.fr/system/files/MFSC2023-AST-0001.pdf>

[7] van den Berg, H., Lodder, W., Bartels, A., Brandsema, P., Vermeulen, L., Lynch, G., Euser, S. et al. Legionella detection in wastewater treatment plants with increased risk for Legionella growth and emission. J Water Health, 21, 9, 1291-1302

Pour en savoir plus

Les modalités de la surveillance et l'ensemble des données épidémiologiques sont disponibles sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/index.php/legionellose>

Remerciements

Nous remercions vivement les partenaires de la surveillance des cas de légionellose et particulièrement :

- les médecins et biologistes contribuant à la déclaration des cas et à l'envoi de prélèvements et/ou au CNR
- les Agences régionales de santé
- les cellules de Santé publique France en région

Équipe Légionellose, Santé publique France, Saint-Maurice

Mireille Allemand, Christine Campese, Jean-Paul Guthmann, Sophie Vaux

CNR des légionelles

Laetitia Beraud, Mathieu Curtil-Dit-Galien, Ghislaine Descours, Christophe Ginevra, Marine Ibranosyan, Sophie Jarraud, Brune Joannard

Rédaction

Sophie Vaux, Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Validation

Judith Mueller, Bruno Coignard, Harold Noël

Pour nous citer : Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2025. Édition nationale. Bulletin.
Saint-Maurice : Santé publique France, 14 p., septembre 2026

Directeur de publication : Étienne Pot, directeur général par intérim

Date de publication : 4 septembre 2026

Contact : presse@santepubliquefrance.fr