

Cas d'encéphalite à tiques (TBE) déclarés en France de mai 2021 à mai 2023

L'encéphalite à tiques est due au virus de l'encéphalite à tique (TBE), qui est un Flavivirus. Ce virus est transmis à l'humain par la piqûre d'une tique infestée, essentiellement du printemps à l'automne (période d'activité des tiques). Il existe trois types de ce virus : européen, extrême oriental et sibérien.

Le sous-type européen, seul présent en France, est responsable de maladies moins graves que les deux autres.

En Europe, les pays les plus touchés sont la République tchèque et l'Allemagne, et les pays baltes. Une extension de la maladie en direction de l'Europe du Nord et de l'Est est observée.

La situation épidémiologique des infections à virus TBE en France est mal connue. Une vingtaine de cas sont diagnostiqués par an, essentiellement en Alsace et en Haute-Savoie, ou contractés à l'étranger, en rapport avec les activités de loisirs, dans les zones boisées humides (campeurs, randonneurs, ramasseurs de champignons, chasseurs ...).

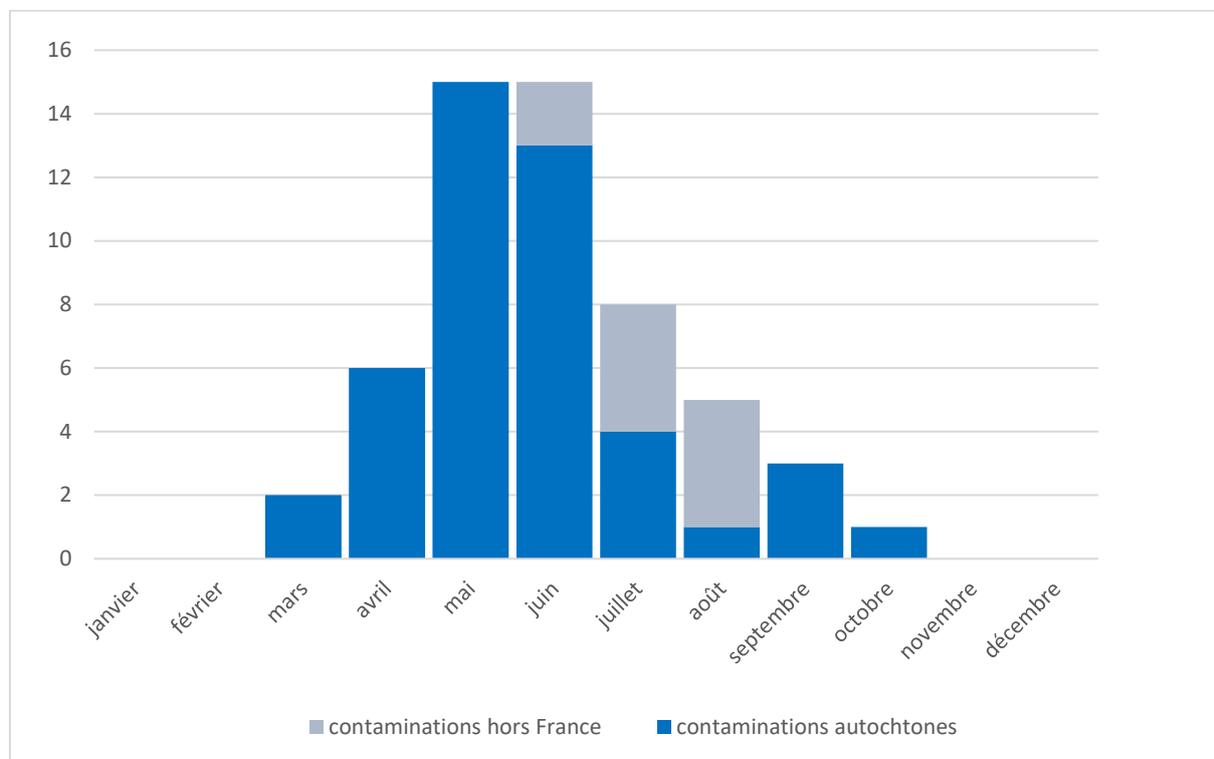
Afin de mieux documenter cette maladie en France, les infections par le virus de l'encéphalite à tique (virus TBE) ont été inscrites sur la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO) en mai 2021, dans un contexte d'augmentation de l'incidence de la maladie dans toute l'Europe, et d'extension de la zone et de la période connues de circulation du virus. Cette évolution est liée à celle de la distribution du vecteur (la tique *Ixodes ricinus* en France) et notamment au changement climatique en Europe. Auparavant, la surveillance était réalisée par le CNR.

Ce bilan présente les résultats des 2 premières années de surveillance par la DO.

Nombre de cas et caractéristiques démographiques

Durant la période de surveillance (mai 2021 à mai 2023), 71 cas ont été notifiés (30 en 2021, 36 en 2022 et 5 en 2023), avec des dates de début des signes entre le 14/04/2021 et 15/05/2023. Sur les deux années confondues, la moitié des cas (37/71) étaient survenus entre mai et juillet (figure 1).

Figure 1 : Distribution par mois de début des signes et origine géographique des cas d'infection à virus TBE déclarés en France de mai 2021 à mai 2023 (n=70, 1 valeur manquante)



Le sexe ratio H/F était de 1,7. Les cas étaient âgés de 7 à 80 ans (médiane 48 ans), 4 (6%) étaient des enfants de moins de 16 ans et 15 (21%) étaient âgés de plus de 65 ans.

Tous les cas sauf 3 résidaient habituellement en France, 2 cas résidaient en Allemagne et un en Finlande.

Présentation clinique et diagnostic

Tous âges confondus, 26 (37%) ont présenté une méningite, 27 (38%) une encéphalite, 9 cas (13%) une méningo-encéphalite et 2 cas (3%) une encéphalomyélite. Sept cas (10%) n'ont présenté aucun signe neurologique. De façon spontanée, des signes divers ont été rapportés concernant les cas : une ataxie pour 3, une diplopie pour 2, et une paralysie faciale, une perte d'audition unilatérale et une parésie unilatérale d'un membre pour 1 cas chacune.

Parmi les 4 enfants, 2 ont présenté une méningoencéphalite, 1 une encéphalite et 1 une méningite. Parmi les 15 cas de plus de 65 ans, 13 ont présenté une encéphalite, 1 une encéphalomyélite, 1 une méningite et un cas n'a présenté aucun signe neurologique.

Soixante-sept cas (94%) ont été hospitalisés, aucun n'était décédé au moment de la déclaration.

Lors de la déclaration, 20 cas étaient considérés comme guéris, 30 présentaient des séquelles ou signes persistants (dont 1/4 enfant et 4/15 cas de plus de 65 ans) et 19 étaient encore hospitalisés (dont 1/4 enfant et 7/15 cas de plus de 65 ans). Les informations étaient manquantes pour 2 cas.

Soixante-neuf cas (97%) ont été diagnostiqués par sérologie : 17 avaient une sérologie IgM positive dans le liquide cébro-spinal (LCS) et 64 avaient des sérologies IgM et IgG positives dans le sérum. Pour deux cas, une séroconversion a été mise en évidence. Un cas avait une RT-PCR positive sur le LCS et un cas une RT-PCR positive sur un sérum.

Un cas rapportait une vaccination anti TBE mais le délai entre la vaccination et l'infection et le nombre de doses n'était pas connu. Il s'agissait d'un patient vivant en zone rurale en France, exposé aux tiques durant ses loisirs, et traité par des immunosuppresseurs pour une polyarthrite. Il avait présenté une encéphalite et est sorti d'hospitalisation avec des séquelles.

Deux cas rapportaient une vaccination contre le virus de la fièvre jaune (même famille virale que TBE), respectivement en 2003 et 2018. Ils ont présenté une méningite pour l'un et une méningoencéphalite pour l'autre.

Aucun cas ne rapportait d'antécédent d'infection connue par un autre flavivirus.

Expositions à risque

Lieu probable de contamination

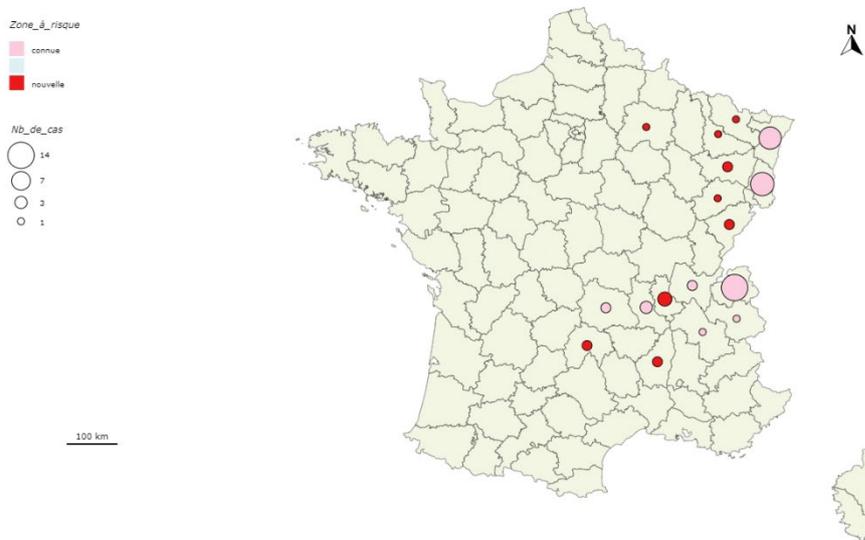
Afin de déterminer le lieu le plus probable de contamination des cas, nous avons considéré le ou les départements ou pays où ils résidaient ou avaient séjourné durant les 15 jours avant le début des signes généraux, ou le mois avant le début des signes neurologiques.

Ainsi, 61 cas (86%) étaient des cas d'infection « autochtone », acquise sur le territoire national (figure 1). Dix cas (14%) avaient été infectés dans un pays « à risque », à l'occasion d'un voyage ou parce qu'il s'agissait de leur lieu habituel de résidence : Autriche (n=3), Allemagne (n=3), et Finlande, Lettonie, Slovaquie et Suède pour 1 cas chacun.

Quarante-quatre cas (62%) avaient été très probablement contaminés en France dans un département à risque connu (c'est-à-dire où des cas humains avaient été mis en évidence avant le début de la surveillance par la déclaration obligatoire) : Haute-Savoie (n=14), Haut-Rhin (n=11), Bas-Rhin (n=10), Loire (n=3), Ain (n=2), Puy de Dôme (n=2), Isère (n=1) et Savoie (n=1) (Figure 1).

Dix-sept cas avaient été très probablement contaminés dans un département où aucun cas humain n'avait été notifié précédemment : Rhône (n=4), Ardèche (n=2), Cantal (n=2), Doubs (n=2), Vosges (n=2), Meurthe et Moselle (n=1), Marne (n=1), Moselle (n=1), Haute Saône (n=1), et pour un cas, le lieu de contamination pouvait être la Meurthe-et-Moselle ou les Vosges (figure 1). Parmi les 4 cas « contaminés » dans le Rhône, 3 étaient impliqués dans une toxi-infection alimentaire collective (TIAC) attribuée à un fromage frais de chèvre fabriqué à partir du lait cru d'un troupeau se trouvant dans le Rhône.

Figure 1 : lieu probable de contamination des cas autochtones d'infection par le virus TBE déclarés en France de mai 2021 à mai 2023 (n= 61)



Expositions rapportées

Onze cas (15%) exerçaient des professions les exposant particulièrement à des piqûres de tiques : éleveur ou famille d'un éleveur ou ouvrier d'élevage de chevaux ou ruminants (n=7), agent de l'Office National des Forêts (ONF) (n=1), horticulteur (n=1), forestier (n=1), étudiant en lycée agricole (n=1).

Trente-six cas (51%) rapportaient une piqûre de tique dans un délai compatible avec leur date de début des signes.

Dix-huit cas rapportaient la consommation de lait cru ou de produits laitiers au lait cru, mais l'information était manquante pour 25. Parmi les 18 rapportant cette consommation, 9 avaient consommé un fromage de chèvre, 1 un fromage de brebis et 1 du reblochon. Trois ne se rappelaient pas du produit consommé et un cas a refusé de donner des précisions. Pour 4 de ces 18 cas, une origine alimentaire de la contamination était fortement suspectée en raison de la survenue de symptômes chez des convives ayant consommé le même aliment. Parmi eux, 3 cas constituait une TIAC et avaient en commun la consommation d'un même fromage de chèvre, et 1 cas qui consommait du lait cru de chèvre rapportait la survenue de symptômes chez un co-consommateur qui a refusé d'être testé. Enfin, pour deux cas qui vivaient dans des exploitations agricoles produisant des produits à base de lait cru, il était impossible de déterminer si la contamination faisait suite à la consommation des produits laitiers ou à une piqûre de tique. Pour un de ces cas, les animaux et produits laitiers ont pu être testés par l'ANSES et étaient positifs en RT-PCR.

Conclusion

Les deux premières années de surveillance des infections à virus TBE ont montré une bonne adhésion des déclarants à ce dispositif avec 71 cas déclarés en deux ans, et probablement permis un meilleur recensement des cas (35 cas par an vs 10-20 cas auparavant), en particulier ceux acquis localement.

Les données recueillies ont montré que les infections acquises sur le territoire et identifiées sont désormais plus nombreuses que celles acquises lors de voyage. De façon inattendue, le département ayant rapporté le plus de cas au cours de ces deux années est la Haute Savoie, alors que la reconnaissance du virus y est beaucoup plus récente qu'en Alsace.

De manière générale, la région Auvergne-Rhône Alpes est dorénavant une zone importante de circulation du virus, avec des massifs particulièrement à risque, tels que le Forez. La zone de circulation du virus atteinte au sud l'Ardèche, département qui devrait faire l'objet d'une vigilance particulière.

Il est à noter que la surveillance n'est pas exhaustive, et identifie plus facilement les cas graves, présentant des signes neurologiques, en raison de leur hospitalisation.

La surveillance de ces infections dans les années à venir montrera si l'aire de circulation du virus continue à s'étendre. Cette dynamique souligne la nécessité de se protéger contre les piqûres de tiques en cas de travail ou de loisir en tous lieux.