



Hépatite A

Mise à jour de la fiche : Décembre 2015

Titre : Virus de l'hépatite A

Agent pathogène et pathologie

Descriptif de l'agent pathogène

Nom de l'agent : Virus de l'hépatite A

Synonyme(s) : Agent responsable de l'hépatite A, VHA.

Type d'agent : Virus

Descriptif : Virus nu (non enveloppé) à ARN, de la famille des *Picornaviridae*.

Groupe de classement : 2

Pathologie

Nom de la maladie : Hépatite A

Données épidémiologiques

Population générale : Répandu dans le monde entier, sous forme sporadique ou épidémique (20 à 25 % des cas d'hépatites dans le monde) : environ 1,4 million de nouvelles infections par le VHA chaque année.

Dans les pays de haute endémicité (pays en voie de développement où l'hygiène fait défaut) : infection fréquente et sporadique chez les moins de 15 ans.

Dans les pays de faible endémicité (pays développés) : infection plus tardive (âge adulte), souvent sous forme épidémique ou sporadique (retour de voyage en zone d'endémie) en raison de la diminution de la prévalence des anticorps anti-VHA dans la population.

En France, avec l'amélioration des conditions d'hygiène, l'incidence de l'hépatite A a diminué et cette baisse est attestée par les enquêtes de séroprévalence chez les recrues du service national (50 % en 1978 à 10 % en 1997). L'hépatite A est à déclaration obligatoire en France depuis 2006.

De 2008 à 2012, d'importantes épidémies sont survenues dans la population des gens du voyage vivant dans des conditions sanitaires précaires, expliquant une stabilité du nombre de cas déclarés pendant cette période.

En 2013, en France métropolitaine, le nombre de cas déclaré a diminué de 20 % par rapport à 2012, en grande partie en raison de l'absence d'épidémie dans les populations des gens du voyage. Ainsi, 915 cas ont été déclarés dont 836 en métropole, ce qui donne un taux d'incidence annuel de 1,3/100 000 habitants. Les deux principales expositions à risque identifiées sont la présence de cas d'hépatite A dans l'entourage (40 % en 2013) et un séjour hors métropole dans les 2 à 6 semaines avant le début de la maladie (42 % en 2013) dont un séjour dans l'un des pays du Maghreb pour plus

de la moitié des cas (53 % en 2013). En 2013, 28 % des cas déclarés appartenait à un épisode de cas groupés investigués par les ARS et les CIRE.

Milieu professionnel : Cas survenant chez les professionnels non vaccinés lors d'épidémies dans les communautés d'enfants. Ainsi, en 2013, le fait de fréquenter ou de travailler dans une crèche ou un établissement pour personnes handicapées a été déclaré comme exposition à risque pour moins de 3 % des cas d'hépatite A.

Cas sporadiques après exposition à des eaux usées contaminées.

Vecteur et Réservoir

Type de réservoir : L'homme, avec certains primates, sont les seuls réservoirs du VHA. Il semble que l'homme soit peu sensible aux souches simiennes.

Principales sources : Le virus peut être présent dans un aliment (coquillages) ou dans l'eau, particulièrement dans des pays à faible niveau d'hygiène.

Rares cas de transmission par le sang (transfusionnel).

La transmission par la salive a été évoquée mais n'a jamais été démontrée.

Vecteur : Pas de vecteur.

Viabilité, Infectiosité, Incubation

Viabilité, résistance physico-chimique : Très résistant dans le milieu extérieur. Survie dans l'eau durant de longues périodes.

Inactivé par l'autoclavage (120°C pendant 20 minutes), un chauffage à 100°C pendant 5 minutes.

Inactivé par les dérivés chlorés (concentrations de chlore de 2 à 2,5 mg/L pendant 15 minutes) et iodés (NB : le virus résiste aux concentrations de chlore présentes dans l'eau de boisson et les eaux de piscine) ainsi que par le formol (3 % pendant 5 minutes à 25°C).

La chlorhexidine est inactive, et l'alcool peu actif.

Infectiosité : Virus pathogène strict de l'homme, dose infectante faible (10 à 100 virions). Les manifestations cliniques sont d'autant plus précoces que la dose infectante est élevée.

L'infectiosité des selles est maximale durant les 15 jours précédant et les 8 jours suivant l'apparition de l'ictère.

(NB : Les souches simiennes sont responsables d'une infection en général inapparente chez les primates).

Transmission

Mode de transmission : Par voie digestive (transmission féco-orale) : transmission par manuportage, à des personnes en contact étroit avec le cas (famille), ingestion d'aliments contaminés (par l'environnement, coquillages ou par manipulation par une personne contaminée) ou d'eau contaminée, plutôt dans les pays où l'hygiène est déficiente.

Exceptionnellement transmission par voie sanguine (transfusion de produits sanguins contaminés, pas de cas par AES documenté).

Par voie sexuelle (pratiques oro-anales).

Période de contagiosité : La virémie débute 2 semaines avant le début de l'ictère et peut persister en moyenne 2,5 mois après le début des symptômes. Le virus apparaît dans les selles 10 jours avant le début clinique de la maladie ; l'excrétion fécale est brève mais intense et disparaît en général rapidement après le début de l'ictère, mais peut être plus prolongée, en particulier chez les nourrissons.

La maladie

Incubation : De 15 à 50 jours, selon la dose infectante (30 jours en moyenne).

Clinique : Les formes asymptomatiques sont plus fréquentes chez l'enfant.

Formes ictériques :

- phase pré-ictérique (1 à 3 semaines) peu spécifique : début souvent brutal, fièvre, anorexie, perte de poids, nausées, asthénie, syndrome d'allure grippale, arthralgies, urticaire ;
- phase ictérique avec décoloration des selles, urines foncées, prurit (très rarement) ;
- examen clinique normal (parfois hépatomégalie).

Formes anictériques :

- asymptomatiques, ou manifestations extra-hépatiques isolées ;
- mais élévation constante des transaminases.

Évolution le plus souvent favorable sans séquelle en quelques semaines. Mais parfois, évolution vers une forme prolongée cholestatique (persistance des signes cliniques et/ou biologiques) ou avec rechute possibles dans 1 à 2 % des cas (survenant moins de 1 mois après la guérison apparente). Formes fulminantes exceptionnelles = 1 cas/10 000, plus fréquentes chez l'adulte (1/1 000).

Il n'y a pas de forme chronique.

La létalité de l'hépatite A est de 0,6 % ; elle est plus élevée parmi les plus de 60 ans (1,5 %) et parmi ceux ayant une maladie chronique du foie.

Diagnostic :

Biologie hépatique :

- élévation souvent importante des transaminases, avec ALAT > ASAT ;
- Cholestase inconstante (élévation de la bilirubinémie).

Anticorps anti-VHA :

- élévation précoce et constante des IgM, dès les premiers signes cliniques. Persistance pendant 3 à 6 mois ; le diagnostic repose essentiellement sur la recherche des IgM anti-VHA ;
- élévation précoce et très prolongée (plusieurs dizaines d'années) des IgG, protectrice d'une ré-infection. La recherche d'IgG permet d'établir le statut immunitaire vis-à-vis du VHA.

Diagnostic direct : L'ARN du virus peut être recherché dans le sang ou dans les selles, mais cet examen est rarement fait dans un but diagnostique.

Traitement : Pas de traitement curatif.

Une éviction scolaire et du travail pour tout personnel atteint d'hépatite A manipulant des denrées alimentaires sera à mettre en œuvre pendant les 10 jours suivant le début de l'ictère ou des signes cliniques.

Prévention vaccinale

Vaccin disponible ? : Oui, consultez le [calendrier vaccinal](#) sur le site web du ministère de la Santé. Vaccin viral inactivé (seul ou combiné au vaccin contre Hépatite B ou au vaccin contre la typhoïde).

Caractéristiques de l'immunité

Immunité naturelle : Immunité spécifique solide et durable.

Immunité vaccinale : L'immunité humorale considérée comme protectrice (> 20 mUI/ml) conférée par une seule injection peut être estimée à 85 % deux semaines après une dose et > 98 % à un mois.

Une seconde injection (6 à 12 mois d'intervalle) est indispensable pour assurer une protection durable.

Populations à risque

Activités exposantes : Personnels travaillant dans des communautés infantiles : services de pédiatrie, crèches, garderies, écoles... et institutions pour handicapés.

Techniciens des laboratoires effectuant des examens de selles.

Personnels effectuant des travaux au contact d'eau usée (réseaux d'assainissement, stations d'épuration...).

Personnels de blanchisserie (manipulation de linge sale). NB : les personnels en contact avec les aliments ne sont pas exposés au risque mais peuvent être à l'origine d'une contamination alimentaire s'ils sont porteurs ; d'où les recommandations d'hygiène et de vaccination anti-VHA des personnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Terrain à risque accru d'acquisition : Voyageurs en zone endémique.

Homosexuels masculins.

Les jeunes handicapés vivant en internat.

Terrain à risque accru de forme grave : Porteurs de maladies chroniques du foie, immuno-dépression.

La gravité augmente avec l'âge.

Grossesse : Les femmes enceintes n'ont pas un risque plus élevé de développer une hépatite A sévère.

Chez la femme enceinte, il existe un risque d'accouchement prématuré au cours des deux derniers trimestres de grossesse (risque inconnu au 1^{er} trimestre). De rares cas de transmission en période périnatale dans les deux semaines avant l'accouchement ont été documentés, mais habituellement l'hépatite A chez le nouveau-né est le plus souvent asymptomatique et bénigne. Il n'y a pas de contre-indication à l'allaitement d'un nouveau-né ou d'un enfant par une mère infectée par le VHA.

Que faire en cas d'exposition ?

Définition d'un sujet exposé

Personne au contact d'un sujet présentant une hépatite A. Circonstances de découverte en France :

- survenue de cas groupés, avec une investigation permettant de rattacher les cas à une source commune (eaux, aliments) ;
- survenue d'une épidémie dans une collectivité, souvent révélée par la survenue de cas symptomatiques chez les adultes de l'entourage des nourrissons ou jeunes enfants (formes peu ou pas symptomatiques chez l'enfant) ;
- survenue d'un cas sporadique.

Conduite à tenir immédiate

Respecter les mesures d'hygiène standard autour du cas, notamment le lavage des mains avant de préparer les aliments, avant de passer à table, et après être allé aux toilettes.

S'assurer de l'éviction en collectivité et en cas de manipulation de denrées alimentaires (10 jours après le début de l'ictère ou des signes cliniques).

Identifier les autres sujets exposés.

Evaluation du risque

1. Source :

Produit biologique : selles.

Type d'exposition :

Le risque de transmission est d'autant plus élevé :

- que le contact est proche ;
- que le cas index est un enfant (chez lesquels les formes peu ou pas symptomatiques amènent à un diagnostic tardif) et/ou une personne qui nécessite une assistance aux soins d'hygiène : enfant avant l'acquisition de la propreté, adulte incontinent ou handicapé.

2. Sujet exposé :

Immunité, risques particuliers : intérêt de l'évaluation préalable du statut sérologique VHA : de l'existence d'une vaccination à jour ou en fonction de son âge, de l'anamnèse, voire de résultats antérieurs.

Pas de risque en cas d'immunité antérieurement acquise par infection naturelle ou vaccination.

Mesures prophylactiques

En complément des mesures d'hygiène et de l'information des sujets contacts, la vaccination est recommandée dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas dans :

- l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A (ou de toute personne vivant sous le même toit que le cas), afin d'éviter une dissémination intrafamiliale. Il est recommandé de vacciner le plus tôt possible, sans examen sérologique préalable les personnes n'ayant jamais été vaccinées contre l'hépatite A, réunissant toutes les conditions suivantes : nées après 1945, sans antécédent connu d'ictère et n'ayant pas séjourné plus d'un an dans un pays de forte endémicité. Si l'une au moins des conditions précédentes n'est pas remplie, une sérologie préalable est fortement recommandée, à la recherche d'anticorps totaux témoins d'une immunité ancienne ;
- les communautés en situation d'hygiène précaire afin d'éviter une extension épidémique au sein de la communauté (la population exposée étant définie par l'investigation épidémiologique réalisée par l'ARS).

Suivi médical

Sujet contact immunisé : aucun suivi.

Sujet contact non-immunisé : surveillance pendant 50 jours suivant l'apparition des signes cliniques du dernier cas, à la recherche de la survenue des signes cliniques évocateurs d'hépatite A. Éventuellement dosage des transaminases.

Conseils

Pour l'entourage du sujet : Respect des mesures d'hygiène standards. Hygiène de la vaisselle du patient, des jouets pour les enfants, hygiène des sanitaires utilisés par le patient (+ bassin en hospitalisation)... Rechercher d'autres cas dans l'entourage (IgM anti-VHA) : demander la notification

des nouveaux cas par les laboratoires d'analyses médicales. Devant un cas exposé dans le cadre de son activité professionnelle, proposer éventuellement une vaccination pour les groupes à risque qui auraient été repérés.

En cas de grossesse : Pas de recommandation particulière pour les femmes enceintes.

Démarche médico-légale

Critères de notification de l'hépatite A aiguë : présence d'IgM anti-VHA dans le sérum.

Déclaration obligatoire : Oui, consultez le [site de l'InVs](#).

Réparation :

- au titre d'un Tableau de maladies professionnelles :

Tableau régime Général : n° 45

Tableau régime Agricole : n° 33

Consultez la base de données [Tableaux de maladies professionnelles. Guide d'accès et commentaires](#).

- Maladie hors tableau et Fonction Publique : selon expertise.

Cas particulier du laboratoire

Epidémiologie du risque en laboratoire

Cas en laboratoire d'analyses (médicales, vétérinaires...) publiés depuis 1985 : Aucun cas publié dans les laboratoires d'analyses depuis 1985.

Cas en laboratoire de recherche publiés depuis 1985 : Aucun cas publié dans les laboratoires de recherche depuis 1985.

Cas historiques publiés avant 1985 : Le VHA n'apparaît pas comme un risque professionnel pour les laborantins mais il a été montré une plus grande fréquence chez les personnels travaillant au contact des chimpanzés, notamment lors d'études sur le VHA chez l'animal.

Spécificité de l'évaluation du risque

Manipulation des examens de selles.

Incidence sur la conduite à tenir et la prophylaxie

Sans objet ; se référer au chapitre précédent « Que faire en cas d'exposition ? ».

Éléments de référence

Centre national de référence virus des hépatites à transmission entérique (A et E) :

CNR Coordonnateur

Hôpital Paul Brousse
Laboratoire de Virologie
Hôpitaux universitaires Paris Sud – Site Paul Brousse
12-14 avenue Paul Vaillant-Couturier
94 804 VILLEJUIF
Nom du responsable : Pr Anne-Marie ROQUE-ALFONSO
Tél. : 01 45 59 69 56
Fax : 01 45 59 37 24
Email : anne-marie.roque@pbr.aphp.fr

CNR Laboratoire associé

CHU de Toulouse
Laboratoire de virologie
Institut fédératif de biologie de purpan
330 avenue de Grande Bretagne
31 059 TOULOUSE CEDEX 9
Nom du responsable : Pr Jacques IZOPET
Tél. : 05 67 69 04 22
Fax : 05 67 69 04 25
Email : izopet.j@chu-toulouse.fr

Textes de référence :

Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la vaccination autour d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A. 13 février 2009. HCSP, 2009 (http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepACas.pdf).

Recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2009 (<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=61>).

Bibliographie :

Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité. Conduites à tenir. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2012 (<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>).

Update: prevention of hepatitis A after exposure to hepatitis A virus and in international travelers. Updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2007 ; 56 (41) : 1080-84. (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5641a3.htm>).

Hépatite A. Dossiers thématiques. InVS, 2015 (<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Hepatitis-A>).

Actualités sur la vaccination contre l'hépatite A - Rapport du groupe de travail du Comité technique des vaccinations. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2009 (http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090213_HepARecomm.pdf).

Victor JC, Monto AS, Surdina TY, Suleimenova SZ et al. - Hepatitis A vaccine versus immune globulin for postexposure prophylaxis. *N Engl J Med.* 2007 ; 357 (17) : 1685-94.

Couturier E, Delarocque-Astagneau E, Duponchel JL, Dussaix E et al. - Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des cas d'hépatite aiguë A. InVS, 2009 (http://www.invs.sante.fr/publications/2009/guide_hepatite_a/).

Bower WA, Nainan OV, Han X, Margolis HS - Duration of viremia in hepatitis A virus infection. *J Infect Dis.* 2000 ; 182 (1) : 12-17.