

Hépatite A

Mise à jour de la fiche
02/2025

Agent pathogène

Descriptif de l'agent pathogène

Nom :

Virus de l'hépatite A

Synonyme(s) :

Agent responsable de l'hépatite A, VHA.

Type d'agent _____ Virus

Groupe(s) de classement _____ ■ 2

Descriptif de l'agent :

Virus nu (non enveloppé) à ARN simple brin linéaire de polarité positive, de la famille des *Picornaviridae* genre *Hepatitisvirus*. Un seul sérotype décrit, mais plusieurs génotypes et sous génotypes utilisés pour tracer les transmissions.

Réservoir et principales sources d'infection

Type de réservoir _____ ■ Animal
■ Homme

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

Principale(s) source(s) :

- 1
 - Selles
 - Contact rapproché avec un sujet infecté
 - Aliments contaminés ou eaux souillées par des matières fécales
 - Sang : Rares cas transfusionnels (produits sanguins labiles).
 - Génome viral également détecté dans la salive et les urines mais transmission non démontrée.

Vecteur :

Pas de vecteur

Viabilité et infectiosité

1, 2

Viabilité, résistance physico-chimique :

Très résistant dans le milieu extérieur. Survie dans l'eau durant de longues périodes. Résiste à la chaleur (stable 1h à 60°C), résiste au froid 1.

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

Inactivé par les dérivés chlorés (hypochlorite de sodium à 4 mg/l et la solution de Dakin (5 mg/l de chlore) en moins de 3 mn) 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), et les UV.

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

Infectiosité :

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

Le sujet infecté excrète du virus infectieux dès 15 jours avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition de l'ictère.

Données épidémiologiques

Population générale

Répandu dans le monde entier, sous forme sporadique ou épidémique (20 à 25 % des cas d'hépatites dans le monde). En 2019, dans le monde, le nombre d'infections aiguës par le VHA était estimé à 159 millions, aboutissant à 39 000 décès. Dans l'ensemble, 66 % des cas d'hépatite A aiguë et 97 % des décès dus à l'hépatite A se sont produits dans des pays à revenu faible ou intermédiaire 3.

Dans les pays où les conditions sanitaires et les pratiques en matière d'hygiène sont insuffisantes, l'infection est courante et 90 % des enfants ont été infectés par le VHA avant l'âge de 10 ans, le plus souvent de manière asymptomatique. Dans les pays où les conditions sanitaires et d'hygiène sont bonnes, comme en Europe, une proportion croissante de la population adulte (à risque de maladie plus grave) n'est pas immunisée, ce qui induit un risque d'augmentation de l'incidence de l'infection aiguë symptomatique et un risque épidémique par exposition à des aliments contaminés ou par contact avec des voyageurs revenant de pays endémiques. Ainsi, en 2016-17, plusieurs pays en Europe ont observé une augmentation importante du nombre de cas d'hépatite A, touchant en particulier les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) **4, 5, 6**.

En France, depuis la mise en place de la déclaration obligatoire en novembre 2005 les taux annuels d'incidence ont progressivement diminué à partir de 2009 pour atteindre en 2015 celui d'un pays à basse endémicité (1,1/100 000). Les principales expositions à risque étaient la présence de cas dans l'entourage et un séjour hors métropole. Après le pic épidémique de 2017, le nombre de cas déclarés a été considérablement plus faible en 2020-2022 que dans les années précédant la pandémie de COVID-19 **4**.

Milieu professionnel

Une méta-analyse publiée en 2022 montre que les travailleurs du secteur de l'assainissement sont plus susceptibles d'être infectés par l'hépatite A **7**.

D'autres expositions professionnelles sont également rapportées, mais on ne dispose pas de revues systématiques. Ainsi, en milieu médical, la contamination de soignants ou d'agents par des patients infectés a été rapportée, de même que chez les professionnels de la petite enfance **8, 9**. En France, le fait de fréquenter ou de travailler dans une crèche ou un établissement pour personnes handicapées est déclaré comme exposition à risque dans un faible pourcentage des déclarations obligatoires **4**.

En laboratoire :

Des cas anciens ont été décrits **10**, mais des équipements de protection individuels et collectifs adaptés réduisent considérablement le risque de transmission.

Les primates non humains sont sensibles au VHA humain et utilisés comme modèle d'infection. Il est généralement admis que ces primates sont infectés peu après leur capture par contact avec des humains ou d'autres animaux infectés. La prévalence du VHA chez les primates à l'état sauvage est faible et il n'y a pas une séroprévalence plus élevée du VHA chez les sujets travaillant au contact de ces animaux **11**.

Pathologie

Nom de la maladie

Hépatite A

Transmission

Mode de transmission :

La transmission est féco-orale par ingestion, la source étant les selles de sujets infectés :

- Transmission interpersonnelle à des personnes en contact étroit avec le cas :
 - Contamination intra-familiale, ou au sein de communautés à hygiène précaire, crèches...
 - Contamination lors de rapports sexuels : pratiques oro-anales et digito-anales
 - Ingestion d'aliments contaminés consommés crus. Les sources de contamination des aliments sont multiples :
 - Environnement : eaux de ruissellement et eaux usées pouvant contaminer les élevages de coquillages
 - Utilisation d'eau contaminée de la production de fruits et légumes
 - Manipulation des aliments par une personne infectée.
 - Ingestion d'eau contaminée, plutôt dans les pays où l'hygiène est défectueuse.
- Exceptionnellement transmission par voie sanguine : transfusion de produits sanguins contaminés, pas de cas par AES documenté.

Période de contagiosité :

Chez des chimpanzés infectés expérimentalement et chez des patients, l'ARN du VHA était détecté dans le sang entre 17 jours en moyenne avant et 79 jours après le pic d'alanine aminotransférase (ALT), soit une durée moyenne de la virémie de 95 jours (intervalle 36-391 jours) **12**.

Virémie et excrétion fécale peuvent être prolongées en particulier chez les nourrissons et les personnes immunodéprimées, mais la charge virale diminue très rapidement après le début des symptômes.

La période de contagiosité est ainsi estimée entre 15 jours avant et 10 jours après le début des signes cliniques.

La maladie

13

Incubation :

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

Clinique :

Chez les enfants (< 6 ans), l'infection par le virus de l'hépatite A est souvent asymptomatique ou bénigne. Chez l'adulte, le début de la maladie est généralement brutal et se caractérise par de la fièvre, des maux de tête et une gêne abdominale. L'ictère est le symptôme prédominant.

Une présentation clinique très sévère est inhabituelle, mais l'infection peut entraîner une insuffisance hépatique aiguë et le décès, en particulier chez les personnes âgées et les patients souffrant d'une maladie hépatique chronique. Les formes fulminantes sont exceptionnelles, plus fréquentes chez l'adulte. La mortalité globale est la plus faible parmi les virus hépatotropes : environ 0,8 %. Elle a tendance à augmenter en fonction de la classe d'âge, plus faible chez les individus de moins de 30 ans et plus élevée chez ceux de plus de 50 ans.

Les symptômes de l'hépatite A durent généralement une ou deux semaines, rarement plusieurs mois. La normalisation des aminotransférases est généralement observée après quelques semaines. Les symptômes peuvent être prolongés et, occasionnellement, deux pics d'ALT distincts peuvent être détectés au cours de cette évolution prolongée. Il n'y a jamais d'infection chronique.

Les manifestations extra-hépatiques de l'hépatite A aiguë sont rares, mais peuvent inclure des symptômes neurologiques tels que le syndrome de Guillain-Barré, une éruption cutanée, une pancréatite, de l'arthrite, une myocardite, une insuffisance rénale aiguë et des troubles hématologiques.

Diagnostic :

Anticorps anti-VHA :

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

Diagnostic direct :

En cas de doute diagnostique (détection d'IgM anti-VHA sans arguments cliniques ou épidémiologiques), l'ARN du virus peut être recherché dans le sang ou dans les selles par RT-PCR.

La recherche du virus par RT-PCR peut être réalisée devant une forme clinique atypique, hépatite prolongée ou à rechute, hépatite fulminante ¹.

Traitement :

Pas de traitement curatif. La prise de paracétamol doit être proscrite.

Populations à risque particulier

Terrain à risque accru d'acquisition :

- Voyageurs en zones en zones d'endémie.
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Personnel et résidents d'institutions d'accueil de personnes handicapées.
- Communautés en situation d'hygiène précaire en contexte épidémique.

Terrain à risque accru de forme grave :

Patients atteints de mucoviscidose ou de pathologies hépato-biliaires chroniques. La gravité augmente avec l'âge.

Cas particulier de la grossesse :

- ¹⁴
- La grossesse n'influence pas la gravité de la maladie hépatique et le développement d'une insuffisance hépatique aiguë, bien qu'elle puisse être associée à un décollement placentaire, à un travail prématuré et à une rupture prématurée des membranes.

Immunité et prévention vaccinale

Immunité naturelle

Immunité spécifique solide et durable.

Prévention vaccinale

Vaccin disponible _____ oui

Vaccin viral inactivé : seul (Avaxim®, Havrix® ou Vaqta®) ou combiné au vaccin contre Hépatite B (Twinrix®).

Consultez le calendrier vaccinal 2024 ¹

¹ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

Immunité vaccinale :

- ¹³
- Les vaccins contre l'hépatite A sont très immunogènes (taux d'anticorps supérieur ou égal à 20 mUI/ml, considéré comme protecteur contre l'infection). Selon les vaccins, les taux de séroconversion sont compris entre 98 à 100 % un mois après la première injection (y compris en post exposition si elle est administrée tôt). La durée de protection estimée est d'au moins 10 ans après la seconde dose chez les personnes immunocompétentes (et jusqu'à 40 ans selon certaines études). Elle confère une protection dès la première dose (y compris en prophylaxie post-exposition si elle est administrée tôt), qui peut durer au minimum 10 ans après deux doses (et jusqu'à 40 ans selon certaines études).

Que faire en cas d'exposition ?

R1, R2

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 (eau, aliments).

- survenue de cas groupés dans une collectivité, souvent révélés par la survenue de cas symptomatiques chez les adultes de l'entourage des nourrissons ou jeunes enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (formes peu ou pas symptomatiques chez l'enfant).
- survenue d'un cas sporadique.

Principales professions concernées :

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

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

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 (Cf une épidémie d'hépatite A dans une boulangerie en 2014, liée à un défaut d'hygiène **16**).

Conduite à tenir immédiate

- Vérification que les mesures d'hygiène standard sont en place autour du cas : notamment le lavage des mains avant de préparer les aliments, avant de passer à table, et après être allé aux toilettes.
- Identification des autres sujets exposés.
- Éviction en collectivité et en cas de manipulation de denrées alimentaires (10 jours après le début de l'ictère ou des signes cliniques) **15**.

Evaluation du risque

Selon les caractéristiques de la source et le type d'exposition

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.

Spécificité de l'exposition au laboratoire :

Manipulation de selles.

Selon les caractéristiques du sujet exposé

Immunité, risques particuliers :

- Pas de risque en cas d'immunité antérieurement acquise par infection naturelle ou vaccination.
- Facteurs de risque de forme grave : maladie hépato-biliaire chronique sous-jacente.

Prise en charge du sujet exposé

Mesures prophylactiques

R2

En population générale la vaccination post-exposition 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 (pas de sérologie préalable en absence de vaccination antérieure et chez les personnes nées après 1945 sans antécédent connu d'ictère ni de séjour plus d'un an dans un pays de forte endémicité ; dans les autres cas, sérologie préalable fortement recommandée si cela est compatible avec le délai de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas) ;
- les communautés en situation d'hygiène précaire (la population exposée étant définie par l'investigation épidémiologique réalisée par l'ARS).

Pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination et qui n'auraient pas été vaccinés contre l'hépatite A, la réalisation d'une injection de vaccin permet à la fois une mise à jour du statut vaccinal et un effet prophylactique si elle intervient dans un délai maximum de 14 jours suivant l'apparition des signes cliniques du cas auquel ils ont été exposés.

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.

En cas de grossesse :

Pas de recommandation particulière pour les femmes enceintes.

Pour l'entourage du sujet exposé

Respect des mesures d'hygiène.

Démarche médico-légale

Déclaration / signalement

Déclaration obligatoire _____ oui

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

Liste des maladies à DO **Consultez le site Santé Publique France ²**

² <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>

Réparation

Accident du travail

Déclaration d'AT selon les circonstances d'exposition.

Maladie professionnelle

Tableau Régime Général _____ RG 45

Tableau Régime Agricole _____ RA 33

Maladie hors tableau : selon expertise.

Éléments de référence

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

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

CNR Coordonnateur

■ CHU de Toulouse - Hôpital Purpan

Laboratoire de Virologie
CHU de Toulouse
330 avenue de Grande Bretagne
TSA 4031
31 059 Toulouse Cedex 9
Tél. : 05 67 69 04 24 ou 05 67 69 04 91
Fax : 05 67 69 04 25

CNR Laboratoire associé pour l'hépatite A

■ AP-HP Paul Brousse

Laboratoire de Virologie
12 avenue Paul Vaillant-Couturier
94 804 Villejuif
Tél. : 01 45 59 36 54 ou 01 45 59 37 21
Fax : 01 45 59 37 24

Site CNR Virus des Hépatites à transmission entérique (hépatites A et E) :

<http://www.cnrvha-vhe.org/>

Accès à la liste des CNR

Consultez le site Santé Publique France ³

³ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-reference/Liste-et-coordonnees-des-CNR>

Textes de référence

R1 | 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** ⁴. Santé Publique France. 2009 : 23 p.

⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/documents/guide/guide-pour-l-investigation-la-prevention-et-l-appui-a-la-gestion-des-cas-d-hepatite-aigue-a>

R2 | **Recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A** ⁵. Avis et Rapport du 13 février 2009. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2009.

⁵ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=125>

Bibliographie

1 | **Le virus de l'hépatite A (VHA)** ⁶. Centre National de Référence VHA VHE, 2012.

2 | **Virus de l'hépatite A** ⁷. ANSES, 2011.

⁷ <https://www.anses.fr/fr/system/files/MIC2010sa0236Fi.pdf>

3 | Cao G, Jing W, Liu J, Liu M - The global trends and regional differences in incidence and mortality of hepatitis A from 1990 to 2019 and implications for its prevention. *Hepatology*. 2021 ; 15 (5) :1068-82.

4 | **Hépatite A** ⁸. Santé Publique France, 2023.

⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a>

5 | Carrillo-Santistevé P, Tavoschi L, Severi E, Bonfigli S et al. - Seroprevalence and susceptibility to hepatitis A in the European Union and European Economic Area : a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2017 ; 17 (10) : e306-e319.

6 | Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mårdh O et al. - Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. *Euro Surveill*. 2018 ; 23 (33) : 1700641.

7 | Oza HH, Lee MG, Boisson S, Pega F et al. - Occupational health outcomes among sanitation workers : A systematic review and meta-analysis. *Int J Hyg Environ Health*. 2022 ; 240 : 113907.

8 | Guet L, Desbois D, Roque-Afonso AM, Germain JM et al. - Investigation of a severe nosocomial outbreak of hepatitis A among healthcare workers and adult patients. *J Hosp Infect*. 2011 ; 78 (1) : 70-1.

9 | Li KK, Penrice GM, Gunson RN - An outbreak of hepatitis A virus associated with a multi-national inner-city nursery in Glasgow, Scotland. *J Clin Virol*. 2015 ; 69 : 12-5.

10 | Wooley DP, Byers KB (Eds) - Biological safety. Principales and practices. Fifth Edition. Washington : American Society for Microbiology ; 2017 : 59-92, 741 p.

11 | Forsyth MB, Morris AJ, Sinclair DA, Pritchard CP - Investigation of zoonotic infections among Auckland Zoo staff : 1991-2010. *Zoonoses Public Health*. 2012 ; 59 (8) : 561-67.

12 | Bower WA, Nainan OV, Han X, Margolis HS - Duration of viremia in hepatitis A virus infection. *J Infect Dis*. 2000 ; 182 (1) : 12-7.

13 | Lemon SM, Ott JJ, Van Damme P, Shouval D - Type A viral hepatitis : A summary and update on the molecular virology, epidemiology, pathogenesis and prevention. *J Hepatol*. 2017 : S0168-8278(17)32278-X.

14 | **Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels** ⁹. Volet 2/2 : coqueluche, grippe saisonnière, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle. Recommandation vaccinale. HAS, 2023.

⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3456351/fr/actualisation-des-recommandations-et-obligations-vaccinales-des-professionnels

15 | **Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité.** ¹⁰ Conduites à tenir. Rapport du 28 septembre 2012. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2012.

¹⁰ <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=306>

16 | Boudinot LH, Roque Afonso AM, Broche B, Mendy A et al. - Épidémie d'hépatite A liée à la contamination des denrées d'une boulangerie-pâtisserie, Hérault, 2014. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017 ; 21 : 447-54.

⁶ <http://www.cnrva-vhe.org/?cat=6>