

Hépatite B

Mise à jour de la fiche
01/2026

Agent pathogène

Descriptif de l'agent pathogène

Nom :

Virus de l'hépatite B

Synonyme(s) :

VHB

Type d'agent _____ Virus

Groupe(s) de classement _____ ■ 3

Descriptif de l'agent :

(1)

Virus enveloppé à ADN circulaire partiellement double brin de la famille des *Hepadnaviridae* dont l'enveloppe lipidique est le lieu d'ancrage des 3 glycoprotéines de surface qui partagent l'antigène de surface du VHB (AgHBs). Il existe 10 génotypes (A à J) de répartition géographique et ethnique différentes. Parmi les 8 principaux génotypes (A-H), les génotypes A, D et E prédominent en Europe.

Réservoir et principales sources d'infection

Type de réservoir _____ ■ Homme

Strictement humain (et certains primates).

Principale(s) source(s) :

Chez un sujet infecté, le virus circule sous forme de particules infectieuses dans la plupart des liquides biologiques : jusqu'à 10^8 - 10^{10} virions/mL dans le sang. Il est également présent dans le sperme et les sécrétions vaginales, ainsi que le lait maternel, la sueur ou la salive.

Vecteur :

Pas de vecteur

Viabilité et infectiosité

Viabilité, résistance physico-chimique :

À l'extérieur de l'hôte, le VHB survit sur les surfaces au moins 7 jours à température ambiante (voire plusieurs semaines), mais cela est variable en fonction de l'hygrométrie et du type de support.

Désinfectants : le VHB est inactivé par l'hypochlorite de Na (0,5 % de chlore actif), l'éthanol à 70 %, les composés d'ammonium quaternaire, le glutaraldéhyde à 2 % et le formaldéhyde.

Inactivation par des moyens physiques : il est détruit à une température supérieure ou égale à 60°C pendant 10 heures (2).

Infectiosité :

Dose infectieuse inconnue.

Données épidémiologiques

Population générale

En 2022, l'OMS estimait à 254 millions le nombre de porteurs chroniques du VHB dans le monde, avec de fortes disparités selon les régions ; prévalence élevée en Afrique sub-Saharienne (> 8 %) et dans la région du Pacifique occidental (Mongolie, Chine, Vietnam, > 5 %). Plus de 1 million de décès dans le monde, 43 000 en Europe, du fait des complications (cirrhose, carcinome hépatocellulaire, insuffisance hépato-cellulaire). Même si la couverture vaccinale des enfants a atteint dans le monde 84 %, on estimait à 1,2 million le nombre de nouvelles infections en 2022 (3, 4).

La prévalence de l'AgHBs dans la population générale adulte (18-75 ans) vivant en France métropolitaine était estimée à 0,3 % en 2016, ce qui correspondait à 135 706 personnes ayant une hépatite chronique B. Parmi ces individus, 82,5 % connaissaient leur infection.

L'infection par le virus de l'hépatite D ou delta (VHD), qui ne peut se développer qu'en présence du virus B, est présente chez près de 5 % des porteurs chroniques de l'AgHBs, correspondant à 12 millions de sujets infectés dans le monde. En France, on estime à environ 6 % le nombre de patients coinfectés VHB/VHD avec près de 60 % des patients avec une infection active (ARN VHD >0). La recherche des anticorps VHD doit être systématiquement pratiquée chez tous les sujets AgHBs-positif nouvellement dépistés, et annuellement chez les sujets à risque (1, 4).

Milieu professionnel

En 2000, l'OMS a estimé à 66 000 le nombre d'infections par le VHB qui ont pu survenir dans le monde chez des personnels de santé suite à une exposition percutanée (AES ou accident d'exposition au sang), représentant environ 39 % de l'ensemble des infections par le VHB dans cette population (5).

En France : dans les années 1970, plus de 700 cas d'hépatites virales reconnus en maladie professionnelle par an (tableau n°45¹ du Régime Général (RG)) ; entre 2002 et 2004, sur 109 cas reconnus, seuls 15 étaient des hépatites B dont 5 hépatites aiguës. En 2014, on ne recensait plus que 3 cas d'hépatite chronique B et aucun cas en 2016 et aucun cas d'hépatite B n'a été reconnu en MP depuis. L'absence de statistique fiable des maladies professionnelles en fonction publique hospitalière et pour le régime social des indépendants doit toutefois faire considérer ces chiffres avec prudence.

Aucune séroconversion après AES n'a été rapportée en France depuis 2005 (date de début de la surveillance) au 31/12/2021 (6).

Quant au risque de transmission de soignant infecté par le VHB à patient lors d'actes invasifs, plus de 50 épisodes de transmission d'un soignant à plusieurs patients ont été publiés dans la littérature (7).

¹ <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?state=5&acc=5&rgm=2&doc=115>

En laboratoire :

Les revues anciennes de la littérature montrent que l'hépatite B était une des pathologies les plus fréquentes en laboratoire (8). De nombreux cas par inoculation, notamment survenus en laboratoires d'analyses médicales, étaient encore décrits dans les années 80-90. Ils ont ensuite spectaculairement diminué grâce à la vaccination (9).

Pathologie

Nom de la maladie

Hépatite B

Synonyme(s) :

Infection à VHB

Transmission

Mode de transmission :

3 principaux modes de transmission :

- 1 | Transmission par voie sanguine :
 - suite à un AES : après exposition professionnelle par piqûre, le taux de transmission après AES varie de 6 à 30 % en fonction du niveau de répllication virale. Le taux de transmission est environ 10 fois plus faible après exposition sur muqueuse ou sur peau lésée. De rares cas de transmission du VHB par morsure humaine ont été documentés ;
 - par partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues ;
 - par transfusion : voie qui est devenue exceptionnelle en France avec un risque résiduel estimé à 1/2 600 000 dons de 2022 à 2024 (10).
- 2 | Transmission par voie sexuelle : voie de transmission la plus fréquente en population générale en France.
- 3 | Transmission verticale (mère-enfant) : survient lors de l'accouchement et varie de 25 à 90 % en fonction du niveau de répllication virale chez la mère. Le taux de transmission est fortement diminué en cas de sérovaccination à la naissance ou de traitement de la mère par analogues nucléostidiques (ténofovir) pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Période de contagiosité :

La contagiosité est maximale entre 1 et 3 mois après l'exposition et persiste en théorie tant que l'ADN du VHB est détectable dans le sang.

La maladie

12

Incubation :

De 24 à 180 jours (avec une moyenne de 60 à 90 jours), avec apparition de l'AgHBs en moyenne 4 semaines (1 à 9 semaines) après l'exposition.

Clinique :

(11, 12)

Hépatite aiguë :

- soit asymptomatique (> 70 %) avec modifications biologiques du bilan hépatique ;
- soit symptomatique (< 30 %) avec cytolysse (ictère des conjonctives et des muqueuses, asthénie...), de gravité variable pouvant aller jusqu'à l'hépatite fulminante (entre 0,1 et 1 % des hépatites aiguës symptomatiques).

Hépatite chronique (1, 12) : Le portage chronique du VHB est défini par la persistance de l'AgHBs au-delà de 6 mois après l'infection aiguë. Le risque de passage à la chronicité est variable selon l'âge et le mode de contamination (< 5 % des cas après contamination sexuelle chez l'adulte mais 95 % des cas chez les nouveau-nés et dans 20-30 % des cas chez les enfants de 1-5 ans). L'histoire naturelle du portage chronique de l'AgHBs du VHB est schématiquement divisée en 4 phases (une cinquième phase est également décrite) et s'appuie principalement sur la présence ou non de l'antigène « e » du virus de l'hépatite B (AgHBe), le titre de l'AgHBs, le niveau d'ADN VHB, l'activité sérique de l'alanine aminotransférase (ALAT) et l'activité nécrotico-inflammatoire du foie (Tableau 1) (12).

Tableau 1 : Les différentes phases du portage chronique de l'AgHBs du VHB (12)

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
--	---------	---------	---------	---------

	Infection chronique AgHBe+	Hépatite chronique AgHBe+	Infection chronique AgHBe-	Hépatite chronique AgHBe-
AgHBs	Élevé	Intermédiaire à élevé	Faible (généralement <1000 UI/mL)	Intermédiaire (généralement >1000 UI/mL)
ADN VHB	Élevé (>10 ⁷ UI/mL)	Modéré à élevé (10 ⁴ -10 ⁷ UI/mL)	Faible (<2000 UI/mL)	Modéré (>2000 UI/mL)
ALAT	Normales	Élevées	Normales	Élevées*
Progression maladie hépatique	Aucune ou minimale	Modérée à sévère	Aucune	Modérée à sévère

*de façon persistante ou par intermittence

+: positif; -: négatif; ALAT : alanine aminotransférase; UI/mL : unités internationales par millilitre; AgHBs : antigène de surface du virus de l'hépatite B; VHB : virus de l'hépatite B

Les personnes ayant une hépatite chronique ont 15 à 25 % de risque de décès lié aux complications (cirrhose et/ou carcinome hépatocellulaire (CHC)).

Une infection aiguë ou chronique par le VHB peut se compliquer respectivement d'une co-infection ou d'une surinfection par le virus de l'hépatite delta (VHD).

Diagnostic :

(13)

Les marqueurs sérologiques suivants doivent être systématiquement recherchés devant une suspicion d'infection par le VHB : AgHBs, anticorps HBc (totaux ± IgM) et anticorps HBs (1, 13).

Hépatite aiguë : Une hépatite aiguë B est suspectée lorsque les marqueurs sérologiques suivants sont présents : AgHBs, anticorps HBc de type IgM, habituellement associés à des anomalies du bilan hépatique caractérisées par une augmentation des transaminases prédominant sur les ALAT.

Hépatite chronique : Une hépatite chronique est suspectée lorsque l'AgHBs persiste au-delà de 6 mois, avec présence des anticorps anti-HBc totaux, associés ou non à des anomalies cliniques et/ou biologiques (perturbation du bilan hépatique avec des ALAT élevées, fluctuantes ou normales). Le bilan biologique sera complété par une mesure du niveau de réplication virale (charge virale) à l'aide de tests moléculaires et la détermination du statut HBe (recherche de l'AgHBe et des anticorps HBe).

La prise en charge thérapeutique d'une hépatite chronique B repose sur 3 critères qui doivent être évalués devant toute nouvelle découverte d'hépatite chronique B :

- niveau de réplication virale évalué par la quantification de l'ADN du VHB à l'aide d'une méthode de biologie moléculaire sensible en temps réel avec une expression des résultats en unités internationales par millilitre (UI/mL) ;
- activité sérique des ALAT ;
- évaluation de la sévérité de la maladie hépatique : l'examen histologique du foie est l'examen de référence pour évaluer les lésions provoquées par une maladie chronique du foie. Le score semi-quantitatif Métavir est classiquement le score le plus utilisé. Il s'agit d'une méthode invasive. Les risques de complication (douleurs, hémorragies), les contraintes techniques et le coût financier limitent son utilisation et ont conduit au développement de méthodes non invasives. La mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore (Fibroscan®) est la technique la plus répandue. Lorsque l'élastométrie est interprétable, la réalisation d'une biopsie hépatique doit être discutée selon la balance bénéfices-risques, et en particulier si son résultat influence la prise en charge (rythme de suivi, dépistage du CHC, indication de traitement...). Par ailleurs, la biopsie hépatique doit être envisagée en cas de co-infection par le VHD ou de suspicion d'hépatite auto-immune, les méthodes non invasives n'étant pas validées pour l'évaluation de la fibrose liée à ces pathologies. Parmi les méthodes non invasives, de plus en plus de laboratoires de biologie médicale réalisent le calcul automatique et gratuit du Fibrosis-4 index (FIB-4). Ce score est calculé à partir de 4 paramètres : l'âge (18-70 ans), la numération plaquettaire et l'activité sériques des transaminases (ASAT et ALAT). Si le FIB-4 est <1,30, le risque de fibrose est négligeable (valeur prédictive négative de 90 %). Un score de FIB-4 >2,67 est le signe d'une hépatopathie chronique avancée (valeur prédictive positive de 65 %) et nécessite la réalisation d'un examen complémentaire (élastométrie) dans un centre spécialisé. Une valeur de FIB-4 comprise entre 1,3 et 2,67 (risque intermédiaire) nécessite une surveillance ou un examen de confirmation par élastométrie selon la présence ou non de facteurs de risque. Le score n'est pas interprétable chez les patients ayant une pathologie aiguë, notamment infectieuse, une maladie cancéreuse ou hématologique ou des antécédents chirurgicaux récents.

Traitement :

L'objectif principal du traitement antiviral disponible actuellement est d'obtenir une viro-suppression au long cours définie par un ADN VHB < 10-15 UI/mL. En effet, celle-ci est associée à une diminution de l'activité nécrotico-inflammatoire hépatique et à un ralentissement des processus fibrosants hépatiques, favorisant la survenue du CHC.

Deux stratégies sont disponibles en France pour le traitement de l'hépatite chronique B :

- l'interféron pégylé alpha-2a, injectable par voie sous-cutanée pendant une période limitée (48 semaines). En raison de la faible probabilité de réponse durable, des nombreux effets secondaires et contre-indications, l'interféron pégylé alpha-2a n'est en pratique clinique que très rarement utilisé ;
- les analogues nucléotidiques, antiviraux directs qui ciblent la protéine responsable de la réplication du génome viral, l'ADN polymérase. Les molécules utilisées en première intention sont l'entécavir (ETV) ou le ténofovir (TDF ou TAF). Le traitement antiviral par analogues est recommandé pour une durée longue (voire à vie).

Les indications thérapeutiques sont détaillées dans les recommandations de la HAS (1).

Populations à risque particulier

Terrain à risque accru d'acquisition :

Usagers de drogues par voie injectable ou nasale, homosexuels et hétérosexuels multipartenaires ayant des rapports sexuels non protégés, voyageurs dans les pays de moyenne ou de forte endémicité, personnes susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives, entourage familial ou partenaire sexuel d'un sujet infecté par le VHB, hémodialysés, migrants, individus incarcérés, sujets séropositifs pour le VIH...

Terrain à risque accru de forme grave :

Consommation d'alcool, co-infection par le VHC et le VIH ou sujet ayant une hépatopathie chronique d'autre cause.

Cas particulier de la grossesse :

(1)

Risque de transmission mère-enfant au moment de l'accouchement.

Le risque de transmission mère-enfant est fortement corrélé au niveau de répllication virale. Ainsi, si l'ADN VHB est supérieur à 200 000 UI/mL, et/ou si l'AgHBe est positif, il est recommandé d'introduire un traitement antiviral par ténofovir (TDF ou TAF) au début du 3^{ème} trimestre de grossesse, afin de diminuer le risque de contamination mère-enfant. Si l'ADN VHB est en dessous du seuil de 200 000 UI/mL, il n'y a pas de bénéfice à administrer un traitement antiviral dès lors que le nouveau-né bénéficie d'une sérovaccination à la naissance (immunoglobulines anti HBs et vaccination).

Immunité et prévention vaccinale

Immunité naturelle

(1)

La plupart des infections à VHB sont spontanément résolutive et donnent lieu à une production d'anticorps spécifiques contre l'hépatite B (anti-HBs et anti-HBc) chez les personnes en rémission de l'infection. L'élimination de l'AgHBs dans le sang prend généralement quelques semaines ou quelques mois.

Quand l'infection devient chronique, la réponse immunitaire T est inadéquate et permet la progression de la maladie en différentes phases. L'infection chronique par le VHB est un processus dynamique reflétant l'interaction entre la répllication VHB et la réponse immunitaire de l'hôte, permettant d'alterner des phases d'infection et d'hépatites AgHBe-positif et AgHBe-négatif.

Prévention vaccinale

Vaccin disponible _____ oui

Vaccins constitués d'une suspension inactivée et purifiée d'AgHBs obtenue par génie génétique.

Consultez le calendrier vaccinal 2024²

²<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

Immunité vaccinale :

(13)

Efficacité ≥ 95 % (immunité acquise après primovaccination complète si anticorps anti-HBs ≥ 10 mUI/mL, seuil défini par l'OMS). Les anticorps HBs sont des anticorps neutralisants protecteurs mais leur titre peut diminuer au cours du temps, voire devenir indétectable (à distance de la vaccination). Leur disparition ne signe pas une absence de protection, qui persiste du fait d'une immunité cellulaire de type mémoire (en absence d'immunosuppression).

Certains sujets (5-10 %) sont dits non répondeurs à la vaccination (titre post-vaccinal d'anticorps HBs < 10 mUI/mL mesuré 4 à 8 semaines après la 3^{ème} dose) malgré un schéma vaccinal standard correctement réalisé chez les personnes immunocompétentes et des doses additionnelles (jusqu'à 3 et donc 6 injections au total).

Les facteurs de moindre réponse à la vaccination sont : l'âge > 50 ans et le sexe masculin, l'obésité, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les allèles HLA de classe II DRB1 et DQR1 ou l'existence d'une co-morbidité : diabète, insuffisance rénale, cirrhose, déficit immunitaire...

Que faire en cas d'exposition ?

R1, R2, R3

Définition d'un sujet exposé

Victime d'un accident d'exposition au sang (AES) : contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique potentiellement contaminant, suite à une effraction cutanée (piqûre, coupure, égratignure...) ou une projection sur une muqueuse (conjonctive, bouche...) ou sur une peau lésée (dermatose, plaie...).

Principales professions concernées :

Personnels de santé, personnels de laboratoires qui manipulent des prélèvements sanguins, plus rarement : personnes susceptibles d'être en contact avec des objets piquants ou tranchants, traînants, souillés par du sang (par exemple : les secouristes, les gardiens de prison, les personnels de la filière déchets, les policiers, les tatoueurs...).

Conduite à tenir immédiate

En cas d'effraction cutanée ou de projection sur peau lésée :

- Nettoyer à l'eau et au savon.
- Ne pas faire saigner activement mais rincer abondamment pour ne pas favoriser l'hémostase.
- Compléter par une désinfection locale : de préférence avec un produit chloré : hypochlorite de sodium (eau de Javel à 2,6 % de chlore actif diluée au 1/5^e ou solution de Dakin) ; laisser agir au moins 5 minutes.

En cas de projection sur une muqueuse (œil, bouche...) : rincer abondamment avec de l'eau ou du sérum physiologique ou, à défaut, à l'eau courante pendant au moins 5 minutes.

Evaluation du risque

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

Statut vis-à-vis du VHB du cas source :

- AgHBs positif = **risque de 6 à 30 % en fonction du niveau de répllication virale (ADN du VHB)**
- AgHBs inconnu = **risque possible**
- AgHBs négatif et ADN du VHB indétectable = **risque nul**

Produit biologique en cause :

- sang, liquide biologique avec du sang = **risque prouvé**
- sperme, sécrétions vaginales = **risque possible**
- Urines et selles non sanglantes, salive = **risque nul**

Type d'exposition :

- percutanée (fonction de la profondeur de la blessure, du volume de l'inoculum) = **risque de 6 à 30 %**
- contact muqueux ou peau lésée = **risque connu, non quantifié**

Le port d'une protection (gants, lunettes...) diminue le risque de transmission

Morsure = **si contact sang à sang**

Spécificité de l'exposition au laboratoire :

Aucune

Selon les caractéristiques du sujet exposé

Statut immunitaire vis-à-vis du VHB (14)

- Sujet immunisé :
 - Tout sujet présentant un dosage d'anticorps HBs >100 mUI/mL quelle qu'en soit l'ancienneté.
 - Tout sujet ayant bénéficié d'un schéma de vaccination complet et présentant un dosage d'anticorps HBs >10 mUI/mL, même ancien
- NB : il est possible de perdre ses anticorps sans pour autant perdre son immunité contre l'hépatite B.
- Sujet NON immunisé :
 - Tout sujet NON vacciné ou vaccination incomplète ou inconnue et présentant un dosage d'anticorps HBs <100 mUI/mL.
 - Tout sujet non répondeur : anticorps HBs < 10 mUI/mL malgré une vaccination complète et des doses additionnelles.

Prise en charge du sujet exposé

Mesures prophylactiques

Uniquement si le sujet source a un AgHBs positif documenté et une virémie VHB détectable et que le sujet exposé est non immunisé : dans les 72 heures, immunoglobulines spécifiques 500 UI en IM (bénéficie de l'AMM mais réservé à un usage hospitalier) associées, pour les non ou incomplètement vaccinés, à une injection de vaccin en un autre site (on poursuivra le schéma vaccinal pour les non vaccinés). L'usage des immunoglobulines seules est indiqué chez une personne non répondeuse à la vaccination.

Suivi médical

Il n'y a le plus souvent aucun suivi nécessaire après une exposition au sang, quel que soit le statut du patient source, car l'immense majorité des personnels de santé sont vaccinés et répondeurs à la vaccination.

Si le sujet source est AgHBs positif ou inconnu :

- aucun suivi si le sujet exposé est immunisé ;
- s'il est non vacciné, vacciné non répondeur ou vacciné avec taux d'anticorps HBs inconnu :
 - J0 : dosage des ALAT et recherche des marqueurs sérologiques suivants : AgHBs, anticorps HBc et HBs ;
 - si le sujet exposé est non immunisé ou non répondeur, surveillance à M3 : ALAT et recherche des marqueurs suivants : AgHBs, anticorps HBc et HBs
 - si les anticorps HBc deviennent positifs → recherche de l'ADN du VHB et prise en charge en milieu spécialisé.

NB : en cas d'AES, pas de don du sang pendant 4 mois (**Arrêté du 11 janvier 2022 modifiant l'arrêté du 17 décembre 2019 fixant les critères de sélection des donneurs de sang³**).

³<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947284>

En cas de grossesse :

Insister sur l'importance du suivi sérologique du fait du risque de transmission mère-enfant.

Pour l'entourage du sujet exposé

Pas de don du sang pendant 4 mois.

Rapports sexuels protégés si l'indication d'un suivi a été posée et si le partenaire n'est pas immunisé vis-à-vis du VHB.

Dépistage de l'entourage et vaccination si non immunisé.

Démarche médico-légale

Déclaration / signalement

Déclaration obligatoire _____ oui

L'infection aiguë symptomatique uniquement est à déclaration obligatoire. La déclaration doit être faite par le laboratoire et/ou le médecin.

Liste des maladies à DO **Consultez le site Santé Publique France ⁴**

⁴ <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 (AES...).

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 B, C et Delta

Centre national de référence virus des Hépatites B, C et Delta

CNR Coordonnateur

■ AP-HP Henri-Mondor

Département Prévention, Diagnostic, Traitement des infections

Laboratoire de Virologie

Groupe Hospitalier Henri Mondor

1 rue Gustave Eiffel

94 010 CRETEIL Cedex

Site CNR Virus des hépatites B, C et Delta : <https://www.vhc-henrimondor.com/centre-national-de-referencedes-hepatites-b-c-et-delta/mission-de-service-public/>

CNR Laboratoire associé

■ Université Paris 13 - Hôpitaux Universitaires de Paris Seine-Saint-Denis (AP-HP)

Laboratoire de Microbiologie clinique

Hôpital Avicenne

12 rue de Stalingrad

93 009 BOBIGNY Cedex

Accès à la liste des CNR

Consultez le site Santé Publique France ⁵

⁵ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-reference/Liste-et-coordonnees-des-CNR>

Textes de référence

R1 | Traitement préventif post-exposition au VIH. Recommandation de bonne pratique. *Haute Autorité de Santé, Agence Nationale de Recherche, Conseil National du SIDA, 2024* (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3536535/fr/traitement-preventif-post-exposition-au-vih).

R2 | Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants. In : *Legifrance. Ministère chargé du travail, 2013* (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027914606>).

R3 | Instruction interministérielle n°DGS/SP2/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/DGT/CT2/2019/45 du 25 février 2019 relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel et des accidents d'exposition sexuelle. In : *Legifrance. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère chargé du travail, 2019* (<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44696>).

Bibliographie

- 1 | Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B. Haute Autorité de Santé (HAS), 2024 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/argumentaire_vhb_2023_09_21.pdf).
- 2 | **Virus de l'hépatite B (VHB)**.⁶ Fiche technique santé-sécurité. Agents pathogènes. Agence de la Santé Publique du Canada, 2012.
- 3 | **Hépatite B et D**.⁷ Santé publique France, 2025.
- 4 | **Hépatite B**.⁸ Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2025.
- 5 | Prüss-Ustün A, Rapiti E, Hutin Y - Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *Am J Ind Med*. 2005 ; 48 (6) : 482-90.
- 6 | Pellissier G, Lot F, Rouveix E, Bouvet E et al. - Contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé : bilan de la surveillance nationale au 31 décembre 2021. Mise au point TP 50. *Réf Santé Trav*. 2022 ; 171 : 79-87.
- 7 | **Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes**.⁹ Rapport du 14 juin 2011. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 2011.
- ⁹ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=240>
- 8 | Pike RM - Laboratory-associated infections : summary and analysis of 3921 cases. *Health Lab Sci*. 1976 ; 13 (2) : 105-14.
- 9 | Byers KB, Harding AL - Laboratory-Associated Infections In : Wooley DP, Byers KB (Eds) - Biological safety. Principles and practices. 5th edition. Washington : American Society for Microbiology. 2017 ; 59-92 : 741 p.
- 10 | Don de sang. Santé Publique France, 2025 (<https://www.santepubliquefrance.fr/don-de-sang/donnees/#tabs>).
- 11 | **Vaccins contre l'hépatite B : document de position de l'OMS Juillet 2017**.¹⁰ WHO Weekly epidemiological record. 2017 ; 27 (92) : 369-92.
- 12 | EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2025 ; 83 (2) : 502-83.
- 13 | **Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic et à la prise en charge des hépatites B, C et D**.¹¹ Haute Autorité de Santé (HAS), 2017.
- ¹¹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/argumentaire_hepatites-b-c-d_vd.pdf
- 14 | **Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation**.¹² des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du Code de la santé publique. In : Légifrance. Ministère chargé de la santé, 2013.
- ¹² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&fastPos=1&fastReqId=1648269256&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- ⁶ <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/hepatitis-b-fra.php>
- ⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d>
- ⁸ <http://https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- ¹⁰ <https://www.who.int/publications/i/item/WER9227>