

Importance en Santé Publique

L'hépatite A est une infection hépatique virale provoquée par le virus de l'hépatite A (VHA) et est transmise principalement par voie féco-orale le plus fréquemment via des aliments contaminés. L'Organisation Mondiale de la Santé estime à 1,5 millions le nombre annuel de cas d'hépatite A à l'échelle mondiale. Les taux de séroprévalence les plus élevés sont rapportés en Amérique centrale, en Amérique du Sud, en Afrique, en Inde, au Moyen-Orient et en Asie. Le taux d'incidence est fortement corrélé avec le niveau d'hygiène. En Belgique, l'incidence rapportée en 2021 est estimée à 1,05 par 100.000 habitants.

L'hépatite A est une des causes les plus fréquentes d'infections alimentaires dans les pays où règne une hygiène précaire. Elle sévit sous forme sporadique ou épidémique. L'hépatite A est dans 99% des cas bénigne ; dans 1 % des cas, chez des personnes plus âgées, elle peut être plus grave, voire fulminante. Le virus persiste dans l'environnement et peut résister aux procédés de transformations des aliments utilisés pour inactiver les bactéries pathogènes. Dans un contexte de population peu immunisée et eu égard à son caractère épidémique dans les collectivités et en intrafamilial ainsi qu'à la possibilité de formes fulminantes, il est nécessaire de réaliser une enquête environnementale afin de déterminer la source et d'éviter la contamination ultérieure d'autres personnes. De par sa forte contagiosité, l'hépatite A constitue donc une urgence sanitaire pour laquelle des mesures préventives sont à prendre autour du cas index.

Rôle du médecin traitant et/ou déclarant

1. Déclarer :

Tout cas confirmé d'hépatite A sera déclaré à la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ dans les 24 heures.

La déclaration se fait en priorité via l'outil **Trace.in.Wal (TIW)** accessible via le site <https://traceinwal.aviq.be/>.

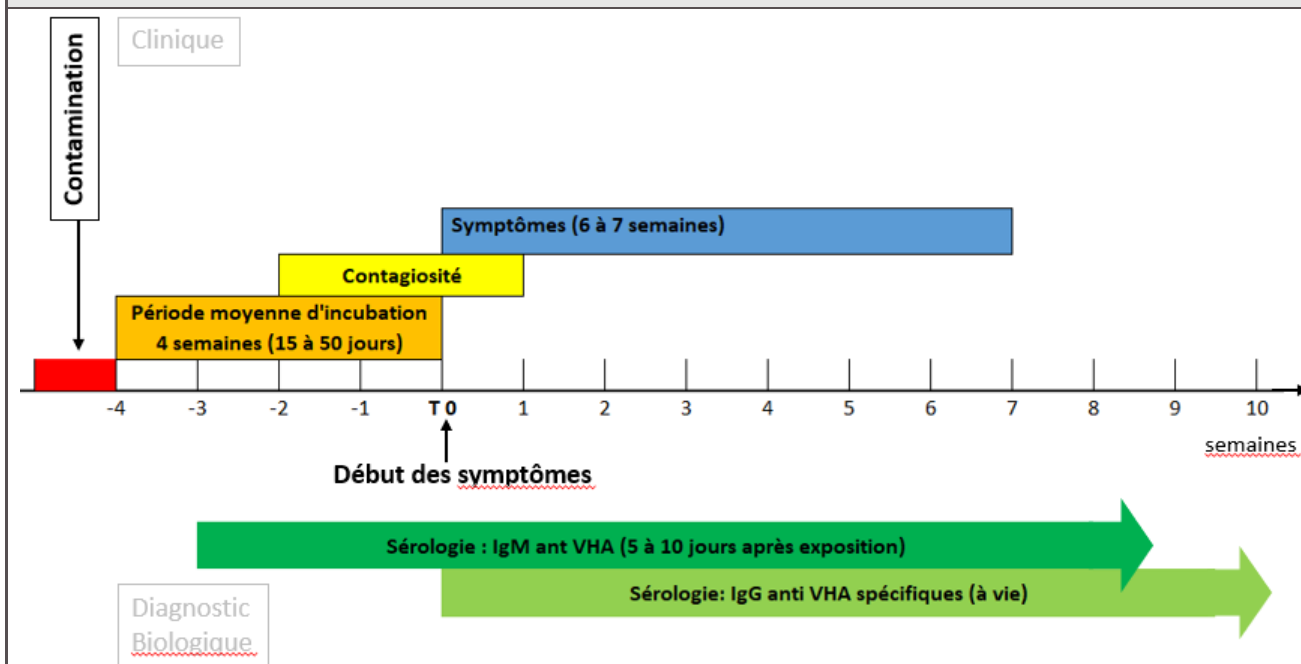
En cas de problème, la cellule est joignable via surveillance.sante@aviq.be et/ou au 071/33.77.77 durant les heures ouvrables

2. Evaluer avec l'inspecteur les mesures prises et à prendre pour le patient et son entourage

Mesures de contrôle prises par la cellule de surveillance des maladies infectieuses

- **Réalisation d'une enquête épidémiologique et collecte de données épidémiologiques :**
 - Recherche d'une exposition à risque (voyage, consommation spécifique, ...) et enquête alimentaire en collaboration avec l'AFSCA si nécessaire ;
 - Recherche de personnes à risque autour du cas (famille et collectivité) ;
 - Recherche d'autres cas symptomatiques.
- **Recommandations de prise en charge post-exposition (vaccination) en fonction du contexte et de prise de précautions et recommandation de mesures d'hygiène autour du cas ;**
- **Information des milieux collectifs concernés.**

Figure : Présentation classique de la maladie



Agent pathogène

Germe	Hépatovirus de la famille des <i>picornaviridae</i> constitué d'un ARN entouré d'une capside protéique et non enveloppé.
Réservoir	Humains et certains primates.
Résistance Physico-chimique	- Très résistant dans le milieu extérieur. Survie dans l'eau durant de longues périodes ; - Inactivé par la chaleur : l'autoclavage (120°C pendant 20 minutes), le chauffage (100°C pendant 5 minutes) ; - Inactivé par les dérivés chlorés (concentrations de chlore de 2 à 2,5 mg/L pendant 15 minutes), et les dérivés iodés et le formol (3% pendant 5 minutes à 25°C).

Clinique

Transmission	- Principalement par voie féco-orale ; - Incrimination régulière des eaux de boisson ou d'aliments souillés, tels que les fruits de mer et les crudités.
Incubation	De 15 à 50 jours, avec une durée moyenne de 4 semaines.
Période de contagiosité	Le sujet infecté par le VHA peut être contagieux à partir de 2 semaines avant l'apparition de l'ictère et durant 1 semaine après l'apparition de l'ictère.
Symptômes	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 ; - élévation constante des transaminases. La gravité des symptômes augmente avec l'âge des personnes atteintes.
Complications	- Hépatite fulminante (moins de 1%) ; - Taux de létalité est de 0 – 0,3% : Ce taux augmente avec l'âge.

<i>Diagnostic</i>	
<u>Diagnostic biologique</u>	- Essentiellement par la sérologie par la mise en évidence d'IgM anti-VHA ; - Apparition des IgM 5 à 10 jours après l'exposition ; - Apparition des IgG dès les premiers signes cliniques chez 99% des malades qui persistent à un titre élevé pendant de longues années témoignant d'une immunité spécifique (IgG anti-VHA) ; - Elévation des transaminases (ALAT) souvent très marquée (20 à 40 fois la normale).
<i>Définition de cas de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)¹</i>	
<u>Critères de diagnostic</u>	Critères cliniques : toute personne chez laquelle des symptômes apparaissent discrètement (fatigue, douleurs abdominales, perte d'appétit, nausées intermittentes et vomissements, par exemple) ET présentant au moins un des trois signes suivants : fièvre, ictère, élévation des transaminases sériques. Critères de laboratoire : au moins un des trois critères suivants : - détection d'acide nucléique du virus de l'hépatite A dans le sérum ou les selles ; - formation d'anticorps spécifiques du virus de l'hépatite A ; - détection de l'antigène du virus de l'hépatite A dans les selles. Critères épidémiologiques : au moins un des quatre critères suivants : - transmission interhumaine ; - exposition à une source commune ; - exposition à des aliments contaminés/de l'eau de boisson contaminée ; - exposition environnementale.
Cas possible	N/A
Cas probable	Toute personne répondant aux critères cliniques et présentant un lien épidémiologique avec un cas confirmé.
Cas confirmé	Toute personne répondant aux critères de laboratoire.
<i>Epidémiologie</i>	
<u>Groupe d'âge</u>	Pas d'âge spécifique : toute personne n'ayant jamais été infectée ou vaccinée peut contracter une hépatite A.
<u>Incidence</u>	En Belgique, le taux d'incidence d'hépatite A varie d'une année à l'autre. En 2022, le nombre de cas d'hépatite A notifié par le réseau de surveillance des laboratoires vigies était de 138 pour l'ensemble du territoire belge.
<u>Immunité</u>	L'immunité naturelle est définitive L'immunité vaccinale (immunité humorale) est considérée comme protectrice. Avec une seule injection, la protection est estimée à 85% après deux semaines et à plus de 98% après un mois et ce pour une durée d'une année. Une seconde injection (à 6 à 12 mois d'intervalle) est indispensable pour assurer une protection durable
<u>Saisonnalité</u>	Elle dépend fortement de la survenue d'épidémies. Il peut y avoir un effet saisonnier lié à la période de retour de vacances des zones endémiques (Automne ; Sept-Oct.)
<u>Géographie</u> <u>Sex-ratio</u>	Infection ubiquitaire mais fortement liée aux conditions socio-économiques et au niveau d'hygiène. La Belgique est considérée comme étant un pays à faible endémicité.

¹ European Centre for Diseases Prevention and Control:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN>

Populations à risque

<u>Groupes à risques de développer la maladie</u>	Activités professionnelles à risque : - Personnes travaillant dans des communautés infantiles ou avec des personnes moins autonomes : services de pédiatrie, milieux d'accueil, milieux scolaires 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). Personnes à risque : - Voyageurs en zone endémique ; - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; - Jeunes handicapés vivant en internat ; - Consommateurs de crustacés.
<u>Groupes à risque de développer des formes graves</u>	- Personnes âgées ; - Personnes atteintes d'une autre hépatite infectieuse ; - Patients atteints d'insuffisance hépatique (p.ex. cirrhose) ; - Patients atteints de déficiences immunitaires.
<u>Grossesse allaitement</u>	- Risque d'accouchement prématuré si acquisition au cours des 2 derniers trimestres de la grossesse ; - Pas de contre-indication à l'allaitement du nouveau-né par une mère infectée par le VHA.
Prise en charge du patient	
<u>Traitement</u>	- Traitement symptomatique. - Les symptômes disparaissent généralement après 4 à 6 semaines.
<u>Mesures d'Hygiène</u>	Application des règles d'hygiène générale et spécifiques aux maladies à transmission oro-fécale dont le lavage des mains (avant de préparer les aliments, avant de passer à table, et après l'utilisation des toilettes)
<u>Isolement</u>	Eviction de la personne atteinte de VHA d'une collectivité et en cas de manipulation de denrées alimentaires pendant 1 semaine après le début de l'ictère ou des signes cliniques.
Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)	
<u>Prophylaxie</u>	La vaccination est recommandée dans certains cas et ce, le plus rapidement possible et dans un délai maximum de 14 jours après la première exposition avec le malade (cas confirmé).
<u>Mesures d'Hygiène</u>	Renforcement des règles d'hygiène générale et en particulier le lavage des mains avant de préparer les aliments, de passer à table, et après utilisation des toilettes.
<u>Isolement</u>	N/A.
<u>Collectivité à risque</u>	Une action de prévention est à entreprendre si le cas est en milieu collectif, c'est-à-dire en crèche ou engarderie, en internat ou s'il s'agit d'une personne travaillant dans la restauration, l'hôtellerie, l'industrie ou la distribution agro-alimentaire.
Prévention pré-exposition	
<u>Mesures préventives générales</u>	- Application des règles d'hygiène générale et spécifiques aux maladies à transmission oro-fécale ; - Conseils d'hygiène aux voyageurs dans les régions endémiques.

Vaccination

Chez les personnes non-immunisées, vaccination préexposition conseillée pour :

- Voyageurs dans des régions endémiques ;
- Enfants et adolescents de famille immigrée qui partent dans leur pays d'origine ;
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ;
- Patients atteints d'une affection hépatique chronique (notamment les patients atteints d'hépatite B ou C) ;
- Patients hémophiles ;
- Personnel et résidents d'institutions pour personnes handicapées ou personnes moins autonomes ;
- Personnes travaillant au niveau de la chaîne alimentaire ;
- Personnes en contact rapproché avec un patient atteint de l'hépatite A ;
- Personnes en contact étroit avec un enfant récemment adopté provenant d'un pays avec une prévalence élevée de l'hépatite A.

1. Agent pathogène

- Germe :

Le virus de l'hépatite A (VHA) appartient au genre hépatovirus de la famille des *picornaviridae*. Il est constitué d'un ARN entouré d'une capside protéique et est non enveloppé. Il existe un seul sérotype du virus.

- Réservoir :

L'homme et certains primates sont les seuls réservoirs du virus de l'hépatite A.

- Résistance physico-chimique :

Le VHA est très résistant dans le milieu extérieur et il survit dans l'eau durant de longues périodes. Il est inactivé par l'autoclavage (120°C pendant 20 minutes) et le chauffage à 100°C pendant 5 minutes. Il est également inactivé par les dérivés chlorés (concentrations de chlore de 2 à 2,5 mg/L pendant 15 minutes), iodés et par le formol (3% pendant 5 minutes à 25°C).

NB : le virus résiste aux concentrations de chlore présentes dans l'eau du robinet (la dose maximale autorisée est de 0,25 mg/L) et dans les eaux de piscine.

La chlorhexidine est inactive et l'alcool peu actif.

- Pathogénèse :

Le virus arrive au foie par voie digestive. Il s'y multiplie alors au sein des hépatocytes et des macrophages. Il est ensuite excrété dans les selles. Les lésions occasionnées le sont principalement par les réactions immunitaires cellulaires et humorales.

2. Clinique

- Transmission :

Le virus de l'hépatite A se transmet principalement par voie féco-orale. La consommation de boissons ou d'aliments souillés, tels que les fruits de mer ou les crudités, est régulièrement incriminée.

Des transmissions transplacentaires, transfusionnelles et par des rapports sexuels de type génito-anal ont été décrites.

- Incubation :

La période d'incubation est de 15 à 50 jours (de 28 à 30 jours en moyenne). La durée d'incubation varie en fonction de la quantité de virus à laquelle le sujet a été exposé : plus la quantité de virus est grande, plus la période d'incubation est courte.

- Période de contagiosité :

Le virus est excrété dans les selles deux semaines avant le début de l'ictère jusqu'à au moins 1 semaine après. L'excrétion fécale est brève mais intense. Elle peut néanmoins être plus prolongée, jusqu'à 6 mois, en particulier chez les nourrissons. Le virus est également présent dans le sang durant la même période.

- Symptômes :

Les symptômes sont rares chez le jeune enfant (seuls 10% des moins de 6 ans développent un ictère) et sont fréquents chez l'adulte. La proportion de formes symptomatiques augmente avec l'âge et leur apparition est d'autant plus précoce que la dose infectante est élevée. On peut assister à deux formes : la forme ictérique et la forme anictérique.

Forme ictérique :

- Phase pré-ictérique, d'une durée de 1 à 3 semaines, peu spécifique, de début souvent brutal et marquée par de la fièvre, une anorexie, une perte de poids, des nausées, de l'asthénie, un syndrome d'allure grippale, des arthralgies, de l'urticaire.
- Phase ictérique avec coloration jaune des téguments, décoloration des selles, urines peu abondantes et foncées, prurit (très rarement).

L'examen clinique est normal (parfois hépatomégalie).

Forme anictérique :

- Asymptomatique, ou manifestations extra-hépatiques isolées.
- Une augmentation des transaminases peut faire évoquer le diagnostic. Cependant, il existe des formes asymptomatiques sans augmentation des transaminases.

L'évolution de la maladie est le plus souvent favorable, la guérison intervient sans séquelle en quelques semaines à quelques mois.

- Complications :

La maladie peut évoluer vers une forme prolongée cholestatique (persistance des signes cliniques et/ou biologiques). Des rechutes sont possibles (1 à 2% des cas) et surviennent moins d'un mois après la guérison apparente.

Les formes fulminantes sont peu fréquentes et surviennent dans moins de 1% des cas.

Le taux de létalité de l'hépatite A est proportionnel à l'âge. Selon les données de surveillance du CDC, ce taux est de 0 à 0,3 % chez les enfants de moins de 14 ans, de 0,3 % chez les adolescents et jeunes adultes (15 à 39 ans), de 0,8 % chez les adultes (40 à 59 ans) et de 2,6 % chez les adultes de 60 ans et plus et ceux avec une maladie chronique du foie ^(19,20).

Il n'y a pas de passage à la chronicité.

3. Diagnostic

- Diagnostic biologique :

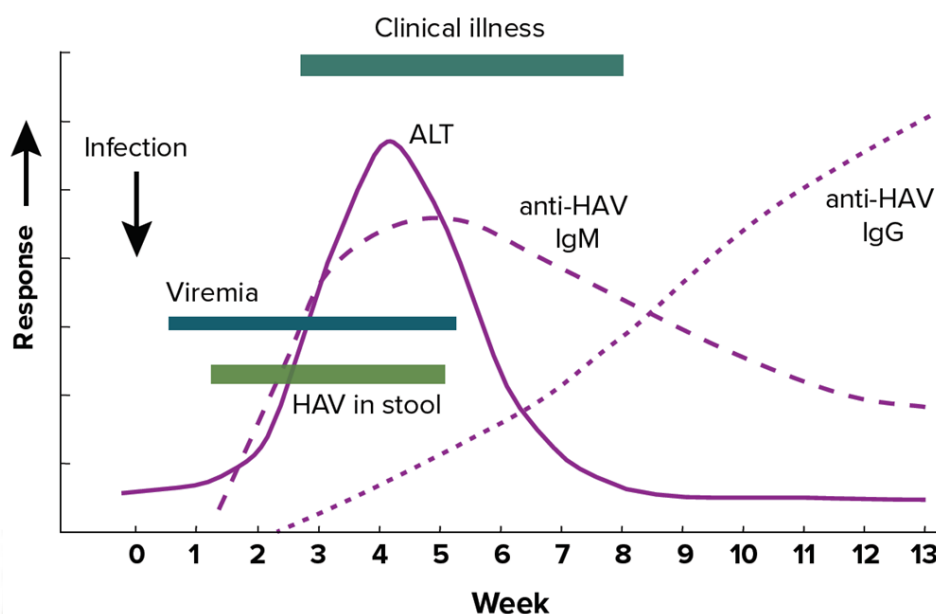
Le virus est présent dans le sang, la salive et dans les selles durant la phase pré-ictérique et durant la phase ictérique. Il persiste en moyenne 1 semaine dans les selles après le début de l'ictère. Dans la salive, il est détectable jusqu'à plusieurs semaines après le début de l'hépatite.

L'apparition des anticorps est quasi simultanée avec les manifestations cliniques.

Le diagnostic est sérologique et repose sur la mise en évidence d'anticorps spécifiques (IgM et/ou IgG anti VHA)..

Les IgM apparaissent en début d'infection, puis leur concentration diminue au cours du temps, ils sont donc indicatifs d'une infection aiguë. Les IgG persistent toute la vie et permettent de connaître le statut immunitaire vis-à-vis de l'hépatite A, mais ne permettent pas d'estimer de quand date l'infection (Figure 1). Les Ig totaux anti-VHA sont le reflet tant de la présence d'IgG que d'IgM ; un résultat positif pour les Ig totaux ne permet donc pas de savoir si l'infection est aiguë ou ancienne. La connaissance des résultats en IgM est primordiale pour cela.

Figure 1 : Evolution sérologique typique de l'infection par le virus de l'hépatite A et guérison
(source : CDC)



Autres tests réalisés au Centre Nationale de Référence (CNR) : ces tests sont à charge du patient ou de l'AViQ si accord préalable des inspecteurs de la cellule de surveillance des maladies infectieuses :

- La PCR : le génome viral peut être également détecté dans la salive au début des signes cliniques.
- La recherche d'anticorps anti-VHA dans la salive permet de détecter des infections récentes (présence d'IgM spécifiques) ou anciennes (présences d'anticorps totaux spécifiques, IgG). Le CNR ne teste actuellement que la présence **d'anticorps totaux spécifiques**.
 - Un test positif signifie que le patient a déjà été infecté dans le passé et est immunisé.
 - Un test négatif signifie que le patient n'a jamais été en contact avec le virus ou qu'il a été vacciné (le taux d'IgG en cas de vaccination n'est pas assez élevé pour être détecté comme positif).

Cette technique non-invasive permet notamment de savoir à quels enfants proposer la vaccination en cas d'épidémie d'hépatite A dans une école, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans, après avoir pris connaissance de leur statut vaccinal.

Manifestations biologiques :

L'élévation des transaminases type ALAT (**alanine aminotransférase**) est souvent très marquée (20 à 40 fois la normale) et supérieure à l'élévation des transaminases type ASAT (aspartate aminotransférase). L'élévation de la bilirubinémie se fait principalement aux dépens de la bilirubine conjuguée. L'atteinte de la fonction hépatocellulaire est exceptionnelle, mais les taux de prothrombine et de facteur V doivent être mesurés systématiquement, une valeur inférieure à 50% faisant craindre une forme fulminante.

Confirmation du diagnostic :

Echantillons à prélever :

- Sérum pour détection des anticorps spécifiques (test ELISA)
- Sérum et salive pour la détection des ARN viraux par PCR

NB : le Centre National de Référence des hépatites virales (Sciensano) peut fournir un dispositif pour le prélèvement salivaire (swab ORACOL).

Transport

Les prélèvements peuvent être envoyés par la poste (triple emballage – T° ambiante) ou par coursier.

4. Définition de cas de l'ECDC

- Critère de diagnostic :

Critères cliniques :

Toute personne chez laquelle des symptômes apparaissent discrètement (fatigue, douleurs abdominales, perte d'appétit, nausées intermittentes et vomissements, par exemple) ET présentant au moins un des trois signes suivants : fièvre, ictère, élévation des transaminases sériques.

Critères de laboratoire : au moins un des trois critères suivants :

- Détection d'acide nucléique du virus de l'hépatite A dans le sérum ou les selles ;
- Formation d'anticorps spécifiques du virus de l'hépatite A ;
- Détection de l'antigène du virus de l'hépatite A dans les selles.

Critères épidémiologiques : au moins un des quatre critères suivants :

- Transmission interhumaine ;
- Exposition à une source commune ;
- Exposition à des aliments contaminés/de l'eau de boisson contaminée ;
- Exposition environnementale.

- Cas possible :

N/A.

- Cas probable :

Toute personne répondant aux critères cliniques et présentant un lien épidémiologique.

- Cas confirmé :

Toute personne répondant aux critères de laboratoire.

5. Epidémiologie

- Groupe d'âge :

Toute personne n'ayant jamais été infectée ni vaccinée peut contracter l'hépatite A.

Néanmoins l'incidence la plus élevée en Belgique concerne le groupe d'âge des 5 - 14 ans, suivi des 15 - 44 ans et des plus de 70 ans.

- Incidence :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 1,5 million le nombre total annuel de cas d'hépatite A à l'échelle mondiale. Le taux d'incidence est corrélé avec le niveau d'hygiène, la prévalence de la maladie étant maximale dans les pays les moins développés.

En Belgique, il y a eu un pic de cas d'hépatite A diagnostiqués et rapportés par le réseau des laboratoires vigies en 2017 (Figure 2). A noter que la surveillance par le réseau des laboratoires vigies se base sur une participation volontaire des laboratoires et n'est donc pas exhaustive. La comparaison des tendances par région n'est pas possible car la participation des laboratoires à la surveillance diffère

à la fois en fonction des régions, mais également dans le temps, avec un impact de la crise COVID-19 différent en fonction des régions.

En Wallonie, 48 cas ont été notifiés via la déclaration obligatoire en 2022, 9 en 2021, 4 en 2020 et 42 en 2019 (tableau 1). Le nombre de cas fluctue selon les années, selon la survenue d'épidémies, qui font alors augmenter le nombre de cas déclarés. Ainsi, le nombre de cas déclarés a brusquement augmenté en 2014 à la suite de la survenue d'une épidémie touchant certaines écoles dans la province de Liège. Un pic de cas est également survenu en 2017 touchant les autres régions de Belgique ainsi que d'autres pays européens. En effet, à partir de juin 2016, une augmentation du nombre d'infections par VHA a été constatée dans plusieurs pays européens parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Le nombre de cas notifiés via la déclaration obligatoire (et via le réseau des laboratoires vigies) a fortement diminué en 2020 et en 2021 à la suite de la crise du COVID-19 (diminution de la transmission par les mesures de confinement, mais également diminution du nombre de diagnostics).

Figure 2 : nombre de cas d'hépatite A diagnostiqués et rapportés par les laboratoires vigies en Belgique par région (2011-2022) (Source : laboratoires vigies)

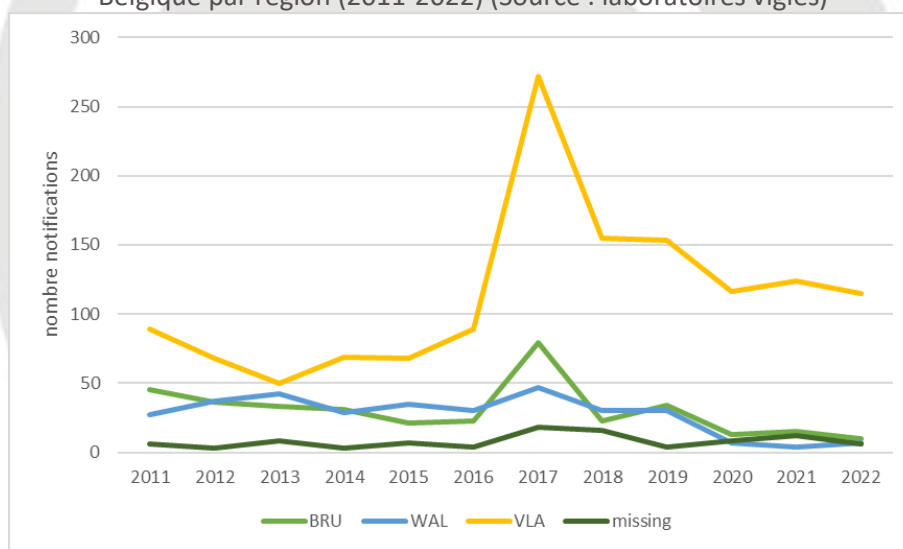


Tableau 1 : nombre de cas déclarés en Wallonie, 2011-2022
(source : déclaration obligatoire en Wallonie, AVIQ)

Années	Nombre de cas déclarés
2011	15
2012	20
2013	53
2014	113
2015	28
2016	29
2017	78
2018	31
2019	42
2020	4
2021	9
2022	48

- **Immunité :**

L'immunité naturelle est spécifique, solide et durable.

L'immunité vaccinale (immunité humorale) est considérée comme assurant une protection durable après 2 injections. Avec une seule injection, la protection est estimée à 85% après deux semaines et à plus de 98% après un mois et ce, pour une durée d'une année. Une deuxième injection est conseillée 6 à 12 mois après la première injection.

La durée de la protection est estimée à 10 ans au minimum mais des études scientifiques démontrent que celle-ci est d'au moins 25 ans.

- **Saisonnalité :**

Il est difficile d'établir une saisonnalité pour cette maladie, une épidémie pouvant rapidement modifier le nombre de cas durant quelques mois. Il existe une recrudescence saisonnière pendant la période automnale (septembre – octobre) probablement liée au retour de vacances en zones endémiques..

- **Géographie:**

L'hépatite A est répandue dans le monde entier. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire où les conditions sanitaires et les pratiques en matière d'hygiène sont insatisfaisantes, l'infection est courante et la plupart des enfants (90 %) sont infectés par le VHA avant l'âge de 10 ans, le plus souvent de manière asymptomatique. Dans les pays à revenu élevé où les conditions sanitaires et d'hygiène sont bonnes, les taux d'infection sont bas. La maladie peut survenir chez des adolescents et des adultes appartenant à des groupes à haut risque

- **Sexe ratio :** N/A

6. Population à risque

- **Groupes à risque de développer la maladie :**

Catégories de personnes plus à risque de contracter l'hépatite A :

- Enfants en milieu d'accueil et en milieu scolaire (classes maternelles et premières années de l'enseignement primaire);
- Personnes à autonomie réduite telles que les personnes handicapées ainsi que le personnel qui les encadre;
- Personnel de laboratoire de biologie clinique;
- Voyageurs en zones d'endémie;
- Collectivités dans lesquelles l'hygiène laisse à désirer;
- Consommateurs de crustacés crus;
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (par contact oro-anal non-protégé);
- Usagers de drogues dures par manque d'hygiène.

Personnes à risque de contracter l'hépatite A, par la présence dans l'entourage d'un malade ou par exposition à la même source environnementale que celui-ci :

- Membres de la maisonnée d'un malade atteint d'hépatite A;
- Personnes appartenant à la même collectivité que le malade, en particulier si : hygiène précaire, présence d'enfants de moins de 5 ans, présence de personnes handicapées;
- Personnes faisant usage des mêmes sanitaires que le malade atteint d'hépatite A;
- Personnes qui ont consommé des aliments communs à ceux consommés par le malade atteint d'hépatite A (typiquement coquillages et crudités).

Les personnes réalisant des activités exposantes tels que :

- Personnel travaillant dans des communautés infantiles : services de pédiatrie, crèches, garderies, écoles, ... et institutions pour handicapés;
 - Personnel de laboratoires effectuant des examens des échantillons infectés;
 - Personnel effectuant des travaux au contact d'eau usée (réseaux d'assainissement, stations d'épuration, égoutiers et éboueurs, etc.);
 - Personnel de blanchisserie (manipulation de linge sale).
- **Groupes à risque de développer des formes graves :**
- Personnes âgées (plus la personne vieillit, plus la durée et la sévérité des symptômes tendent à augmenter);
 - Personnes atteintes d'une autre hépatite infectieuse;
 - Patients atteints du SIDA;
 - Patients atteints d'insuffisance hépatique (p.ex. cirrhose);
 - Patients atteints de désordres immunitaires.
- **Grossesse et allaitement :**
- La femme enceinte ne présente pas un risque plus élevé de développer une hépatite A sévère. Cependant, elle présente un risque d'accouchement prématuré si elle contracte le virus durant les deux derniers trimestres de grossesse (risque inconnu pour le 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 virus de l'hépatite A (VHA).

7. Prise en charge du patient

Traitement :

Aucun traitement spécifique contre l'infection à VHA ne s'est avéré efficace. Le traitement reste symptomatique :

- Le repos;
- La contre-indication à la consommation d'alcool et d'autres hépatotoxines;
- Une surveillance rapprochée et l'hospitalisation en cas d'hépatite fulminante.

Mesures d'hygiène :

Appliquer les mesures [d'hygiène générale](#) et les [mesures d'hygiène spécifiques aux maladies à transmission oro-fécale](#), disponibles sur ce site.

Isolement – éviction :

Eviction de la personne atteinte de VHA d'une collectivité et en cas de manipulation de denrées alimentaires pendant 1 semaine après le début de l'ictère ou des signes cliniques.

8. Prise en charge de l'entourage du patient (post-exposition)

Prophylaxie :

Les mesures prophylactiques et la prise en charge de l'entourage sont d'application dès confirmation d'un cas.

- Respect des mesures d'hygiène standards;
- Information de l'entourage du cas index;
- Renforcement des mesures d'hygiène, particulièrement en ce qui concerne la vaisselle du patient, les sanitaires utilisés par le patient, les jouets pour les enfants;

- Recherche d'autre cas dans l'entourage;
- Recommandation de vacciner le plutôt possible les personnes non-immunisées vivant sous le même toit que le patient.
- **Mesures d'hygiène :**
 - **Surveillance :**

Surveillance active de l'entourage proche aussi rapidement que possible pour limiter la propagation. Une personne sera considérée comme contact proche si elle a utilisé les mêmes sanitaires ou si elle fait partie de la même maisonnée que le patient index.

Surveillance et dépistage des nouveaux cas dans l'entourage du patient durant 2 mois : toute personne de l'entourage qui présente des symptômes compatibles avec une hépatite devrait donc être testée.

Surveillance et dépistage des nouveaux cas durant 2 mois chez les personnes ayant consommé un aliment commun qui a pu être incriminé dans l'infection à hépatite A.
 - **Prévention post-exposition**

Deux moyens de protection existent contre l'hépatite A après une exposition auprès d'un malade : la vaccination et l'administration d'immunoglobulines. Ces dernières n'étant plus disponibles en Belgique, seule la vaccination est recommandée dans certains cas, le plus rapidement possible et **dans un délai maximum de 14 jours après la première exposition** avec le malade (cas confirmé).
- **Cas général :**

La vaccination est recommandée chez les personnes vivant sous le même toit ou chez les personnes ayant un contact rapproché avec le malade en dehors du milieu familial.
- **Cas particuliers :**
 - **Vaccination post-exposition au sein des institutions pour personnes handicapées ou personnes avec moins d'autonomie :**

Lorsqu'un cas apparaît, vacciner toutes les personnes non immunisées (ou sans information claire quant à l'immunité) qui utilisent les mêmes sanitaires ou qui encadrent le malade (membre du personnel et pensionnaires), ainsi que les personnes de l'entourage proche du malade.
 - **Vaccination post-exposition dans le cadre de la médecine scolaire :**

Lorsque 2 cas non-familialement apparentés surviennent dans une même classe, la vaccination est recommandée à tous les élèves de la classe, ainsi qu'à ceux qui utilisent les mêmes sanitaires que le malade dans un délai de deux semaines après le premier contact avec le malade.

La vaccination est également recommandée chez tous les élèves ou étudiants de l'enseignement spécial ou des internats qui ont présenté des contacts rapprochés avec le malade ou qui ont fait usage des mêmes sanitaires.
 - **Vaccination post-exposition au sein d'une structure d'accueil avec des enfants qui n'ont pas atteint l'âge de la propreté (crèche, gardienne d'enfant, garderies, écoles maternelles) :**

La vaccination est recommandée chez le personnel non-immunisé de ces structures.

Dans certains cas, une vaccination pourra être recommandée aux enfants ou aux parents.
 - **Patients qui présentent des désordres immunitaires et les patients à risque de forme grave d'hépatite A :**

Ils recevront le vaccin en priorité et sans attendre les résultats de la sérologie.
 - **Cas particulier des communautés de vie en situation d'hygiène précaire :**

Une hygiène précaire augmente le risque de propagation de l'épidémie de l'hépatite A. Il est donc opportun de vacciner les personnes exposées.

- **Isolement – éviction :**

N/A.

- **Collectivité à risque :**

Une action de prévention est à entreprendre si le cas est en milieu collectif, c'est-à-dire en crèches ou garderies, internats, enfant de famille immigrée de retour de vacances, personnel dans la restauration ou l'hôtellerie, industrie et distribution agro-alimentaire.

Les mesures sont à discuter avec la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ dont les coordonnées se situent en début du document.

9. Prévention pré-exposition

- **Mesures préventives générale :**

La prévention de l'hépatite A repose principalement sur l'hygiène personnelle et collective, en particulier l'hygiène des mains. L'application régulière des [règles d'hygiène générale](#) et [spécifiques aux maladies à transmission oro-fécale](#) est donc essentielle.

- **Vaccination :**

La vaccination contre l'hépatite A ne figure pas dans le calendrier vaccinal établi par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS). Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a jugé insuffisant le rapport coût/efficacité d'une éventuelle vaccination universelle contre l'hépatite A à l'âge de 1 an. La vaccination aurait le rapport coût/efficacité le plus favorable chez les enfants de 1 à 12 ans voyageant dans des régions endémiques pour l'hépatite A.

Le vaccin est recommandé par le CSS pour les groupes suivants :

- Les voyageurs vers les zones endémiques (pour les voyageurs, la première injection doit se faire en principe au moins deux semaines avant le départ, mais la vaccination juste avant le départ reste justifiée, le schéma étant alors complété ultérieurement) ;
- Les hommes homosexuels et bisexuels ;
- Les candidats à une transplantation hépatique ;
- Les patients atteints de pathologies chroniques du foie (patients atteints d'hépatite B et C) ;
- Les hémophiles ;
- Les personnes en contact avec un patient atteint d'hépatite A ;
- Le personnel et les résidents d'institutions d'accueil de personnes présentant un handicap mental ;
- Les enfants et les adolescents d'émigrants qui retournent dans leur pays d'origine ;
- Les personnes impliquées dans la chaîne alimentaire ;
- Les personnes en contact étroit avec un enfant récemment adopté qui provient d'un pays à haute prévalence d'hépatite A. La première dose doit être administrée de préférence deux semaines avant l'arrivée de l'enfant adopté.

Le vaccin contre l'hépatite A est de type entier « inactivé ». Il n'est donc pas contre-indiqué chez la femme enceinte ou la personne immunodéprimée. Il s'agit d'un vaccin globalement bien toléré. Il existe sous 2 formes :

- **Vaccin monovalent :** l'Havrix® qui existe sous forme junior pour les enfants entre 1 et 15 ans ou sous forme adulte pour les personnes à partir de 16 ans.

Chez les **personnes nées avant 1960**, il est recommandé de déterminer le taux d'anticorps contre le virus de l'hépatite A avant de vacciner. En présence d'anticorps, il est en effet inutile de vacciner.

Le vaccin n'est pleinement protecteur qu'après 2 à 4 semaines.

Deux injections, avec un intervalle de 6 à 12 mois, sont nécessaires pour assurer une protection durable. L'immunité acquise après l'administration de ces deux doses du vaccin monovalent persistera pendant au moins 25 ans et fort probablement même à vie. Cependant, certains préconisent un rappel 10 à 20 ans après la vaccination de base.

- **En association avec le vaccin contre l'hépatite B** : le Twinrix® qui existe également sous forme adulte ou pédiatrique.
Ce vaccin offre un intérêt pour les personnes exposées à un risque de contamination à la fois par le virus de l'hépatite A et le virus de l'hépatite B (entre autres certains groupes professionnels, certains voyageurs).
Ce vaccin combiné n'est pas adapté pour la vaccination après un contact avec un patient atteint d'hépatite A : il contient une trop faible quantité de virus de l'hépatite A.

Personnes de contact

Centre National de référence

Centre National de Référence des Hépatites A, B, C, D et E de Sciensano.

Personne de contact : Michael Peeters

-Maladies virales ; Rue J. Wytsman, 14 1050 Bruxelles

-Tél. : 02/373.31.24

-E-mail : virologie@sciensano.be

Sciensano

Personne responsable : Dieter Van Cauteren

E-mail : dieter.vancauteren@sciensano.be

Tél. : 02/642.57.23.

Références

1. 2018/945/EU : décision de la Commission du 22 juin 2018 concernant les définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles. Journal officiel de l'Union européenne ; 2018 July 7 :74p. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN>
2. Heymann DL, editor. Control of Communicable Diseases Manuel. 18th ed. Washington : American Public Health Association; 2008.
3. Versalovic J, Carroll KC, Funke G, Jorgensen JH, Landry ML, Warnock DW, editors. Manual of Clinical Microbiology. 10th ed; Washington, DC : ASM Press; 2011.
4. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and practices of infectious disease. 7th ed Philadelphia: Churchill Livingstone, Elsevier; 2010.
5. European Center for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report Hepatitis A 2021. Stockholm: ECDC; 2022. Disponible sur : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HEPA_AER_2021.pdf
6. Hendrickx G, Van Herck K, Vorsters A, Wiersma S, Shapiro C, Andrus JK, et al. Has the time come to control hepatitis A globally? Matching prevention to the changing epidemiology. J Viral Hepat. 2008; 15(Suppl. 2):1–15.
7. Centers for Disease Control and prevention. Hepatitis A Information for health professionals. Consulté le 05/09/2023. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/hepatitis/hav/havfaq.htm>
8. Centers for Disease Control and prevention. Hepatitis A Information for health professionals <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/surveillanceguidance/HepatitisA.htm>
9. Robesyn E, De Schrijver K, Wollants E, Top G, Verbeeck J, Van Ranst M. An outbreak of hepatitis A associated with the consumption of raw beef. J Clin Virol. 2009; 44(3):207–10.
10. De Schrijver K, Eilers K, Van den Branden D, Boeckx H, Vandewalle L. Hepatitis A-cluster in Mechelen na bezoek aan familie in Marokko. Vlaams Infectieziektebulletin. 2006;58:4-9.
11. De Schrijver K, Van Damme P. Outbreak management bij hepatitis A. Vlaams Infectieziektebulletin. 2006;58:10
12. Beutels P, Luyten J, Lejeune O, Hens N, Bilcke J, De Schrijver K, et al. Évaluation de programmes de vaccination généraux et ciblés contre l'hépatite A en Belgique. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2008. KCE reports 98B (D/2008/10.273/89).
13. Forier A et al. Een voedselgebonden outbreak van hepatitis A in Limburg. Problemen bij de indijking van een epidemie. Infectieziektebulletin. 2011;77.
14. Van Herck K, Jacquet JM, Van Damme P. Antibody persistence and immune memory in healthy adults following vaccination with a two-dose inactivated hepatitis A vaccine: long-term follow-up at 15 years. J Med Virol. 2011; 83(11):1885–91.
15. Kurkela S et al. Comparative hepatitis A seroepidemiology in European countries. Epidemiol. Infect. 2012;140:2172–2181.
16. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012.
17. Conseil Supérieur de la Santé (CSS). Recommandations en matière de maîtrise des infections lors de soins dispensés en dehors des établissements de soins (au domicile et/ou au sein d'un cabinet). 2008, n° 8279. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé; 2008.
18. Wasley A, Miller JT, Finelli L, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance for acute viral hepatitis--United States, 2005. MMWR Surveill Summ. 2007 [cited 2013 Oct 18];56(3):1-24. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5603a1.htm>
19. Daniels D, Grytdal S, Wasley A, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance for acute viral hepatitis - United States, 2007. MMWR Surveill Summ. 2009 [cited 2013 Oct 18];58(3):1-27. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5803a1.htm>
20. Couturier E, Delarocque-Astagneau E, Duponchel JL, Dussaix E, Hoen B et al. Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des cas d'hépatite aiguë A. Institut de veille

sanitaire, avril 2009, 23 p. [Disponible sur :](#)

http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2009/guide_hepatite_a/index.html

21. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men – third update, 28 June 2017. Stockholm: ECDC; 2017. Disponible en ligne : <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-hepatitis-outbreak-eueea-mostly-affecting-men-who-have-sex>
22. Conseil supérieur de la santé. Vaccination de l'adulte contre l'Hépatite A. Bruxelles : CSS ; 2013. Avis n° 8815. Disponible en ligne : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8815-vaccination-de-ladulte-contre-lhepatite-fiche>
23. Organisation Mondiale de la Santé. Immunization, Vaccines and Biologicals. Octobre 2015 Disponible sur : <http://www.who.int/immunization/diseases/hepatitisA/en/>
24. Centre Belge d'Information Pharmaceutique (CBIP). Répertoire commenté des médicaments : vaccin contre l'hépatite A. Consulté le 5/06/2018 sur : <http://www.cbip.be/fr/chapters/13?frag=11338>
25. Mackiewicz v, Dussaix E, Le Petitcorps MF, Roque-Afonso AM. Detection of Hepatitis A Virus RNA in Saliva. J Clin Microbiol. 2004 Sep; 42(9): 4329–4331.

Questionnaire Hépatite A (Données confidentielles)

A. Information sur le patient :

1. Initiales du nom (première lettre): _____ Prénom : _____
2. Date de naissance : ____/____/____ 3. Sexe : M ☐ F ☐
4. Code postal du domicile : _____
6. Profession :
- (si collectivité : section/classe..... Nom de l'établissement scolaire :.....)
7. Nom du médecin traitant : Tél.: ____/____/____

B. Histoire clinique :

Date des 1^{ers} symptômes : ____/____/____

Symptômes :

Ictère	Oui ☐	Non ☐	Asthénie	Oui ☐	Non ☐
Douleurs abdominales	Oui ☐	Non ☐	Anorexie	Oui ☐	Non ☐
Fièvre	Oui ☐	Non ☐	Selles/ Urines atypiques	Oui ☐	Non ☐

Si autre, préciser :

Hospitalisation : Non ☐ Oui ☐ : Hôpital Durée : De à

Vaccination : ☐ Non ☐ Oui : Date : ____/____/____

C. Signes biologiques :

Date des analyses : ____/____/____

Laboratoire ayant effectué les analyses :

IgM anti-VHA : Positif ☐ Négatif ☐ Non recherché ☐

D. Facteurs de risques :

Le patient/la patiente fréquente-t-il :

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| - une crèche ou une garderie ? | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| - une section de maternelle ? | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| - un centre pour handicapés ? | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| - une entreprise de préparation/distribution de repas ? | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| - une autre institution de soins ? | Oui | ☐ | Non | ☐ |

Habitudes sexuelles du patient :

- | | | | | |
|----------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| - Hétérosexuel | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| - Homosexuel | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| - Bisexuel | Oui | ☐ | Non | ☐ |

E. Recherche de sources

1. Transmission interhumaine :

Durant les 2 à 6 semaines précédant les signes cliniques, y a-t-il une ou plusieurs personne(s) de l'entourage du patient/de la patiente qui a (ont) présenté une hépatite A ou un ictère ?

Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

Si oui, avec qui ?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| - Milieu familial | ☐ |
| - Conjoint ou partenaire sexuel | ☐ |
| - Entourage proche (enfant, ..) | ☐ |
| - Milieu professionnel | ☐ |
| - Autre : préciser | ☐ |

2. Voyage et activités :

Voyage hors de Belgique au cours des 6 semaines précédant le début de la maladie

Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

Si oui, préciser le pays :

La date du voyage : du ____/____/____ au ____/____/____

Baignade collective (piscine, pataugeoire ou autre) au cours des 6 semaines précédant le début de la maladie

Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

3. Contamination alimentaire :

Alimentation au cours des 6 semaines précédant le début des premiers signes cliniques

Consommation de crudités et/ou fruits mal lavés Oui ☐ Non ☐
Inconnu ☐

Si oui, préciser :,

Consommation de coquillages

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

Si oui, préciser :,

Veuillez spécifier :

- La cuisson :

Cru ☐

Cuit ☐

Peu cuit ☐

- La provenance :

- Pêche

☐

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

- Marché

☐

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

- Magasin

☐

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

Boissons :

Au cours des 6 semaines précédant le début des premiers signes cliniques, le patient a-t-il bu :

- de l'eau brute ou non traitée (non potable) ?

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

- du jus frais ?

☐

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

Habitudes alimentaires :

Le patient/la patiente mange-t-il habituellement :

- En classe ?

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

- A l'internat ?

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

- A la cafeteria ?

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

- Autre lieu ?

Oui ☐

Non ☐

Inconnu ☐

A préciser.....

Le patient/la patiente boit-il habituellement :

Source d'eau	Oui	Non	Je ne sais pas
Eau de robinet			
Eau filtrée de robinet			
Eau en bouteille			
Eau de puits			
Eau de fontaines publiques			
Bouteilles d'eau pour usage publique (p.ex. dans les bureaux)			

Alimentation hors domicile :

Avez-vous été manger en dehors du domicile (ne pas indiquer les aliments préparés à la maison) ?

☐ Non ☐ Oui : Remplir le tableau ci-dessous

	NOM et lieu	Date	Repas consommé
Restaurant 1	Texte.	Date.	Texte.
Restaurant 2	Texte.	Date.	Texte.
À emporter 1	Texte.	Date.	Texte.
À emporter 2	Texte.	Date.	Texte.
Café/cantine	Texte.	Date.	Texte.
Fête/barbecue/Réception	Texte.	Date.	Texte.
Autre	Texte.	Date.	Texte.