

L'hépatite B en Suisse en 2022

En 2022, les médecins pratiquant en Suisse et au Liechtenstein ainsi que les laboratoires ont déclaré à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) 1110 cas d'hépatite B, résultant généralement d'une ancienne transmission. Si le nombre de cas déclarés est resté globalement stable ces 30 dernières années, il a diminué depuis 2017 jusqu'à un minimum historique en 2020, probablement dû à la pandémie de COVID-19, avant d'augmenter ces deux dernières années pour retourner au niveau de 2019. La forte augmentation du nombre de cas originaires d'Ukraine et d'Afghanistan explique largement l'augmentation générale. Le taux de déclaration global, avec 12,6 pour 100 000 personnes en 2022, était ainsi supérieur à celui des deux années précédentes. L'incidence de l'hépatite B aiguë a connu une diminution quasi continue ces vingt dernières années et atteignait en 2022 un minimum historique de 0,2 pour 100 000 personnes. Bien que le vaccin contre l'hépatite B soit, depuis 2019, administré de préférence aux nourrissons, il est toujours expressément recommandé à tous les jeunes de 11 à 15 ans non vaccinés ainsi qu'aux groupes particulièrement vulnérables. Il est également nécessaire d'intervenir auprès des acteurs cliniques afin que chaque dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible soit accompagné d'un examen du statut vaccinal pour l'hépatite B.

ÉTAT DES DONNÉES ET DÉFINITION DE CAS

En Suisse, l'évolution des cas d'hépatite B fait l'objet d'une surveillance continue depuis 1988, dans le cadre de l'obligation de déclarer les maladies infectieuses. Les laboratoires suisses doivent d'abord déclarer au médecin cantonal et à l'OFSP tous les résultats positifs (anticorps contre l'antigène de la nucléocapside (core) [IgM anti-HBc] du virus de l'hépatite B [VHB], mise en évidence directe de l'antigène de surface [Ag HBs] ou de l'ADN du VHB) [1, 2]. Si une déclaration clinique n'est pas déjà disponible, le médecin cantonal demande au médecin traitant de remplir un formulaire de déclaration comportant les résultats d'analyses cliniques, fournissant notamment les signes cliniques et le stade d'évolution clinique (aigu ou chronique), le pays et la voie de transmission présumés, la nationalité et le pays d'origine.

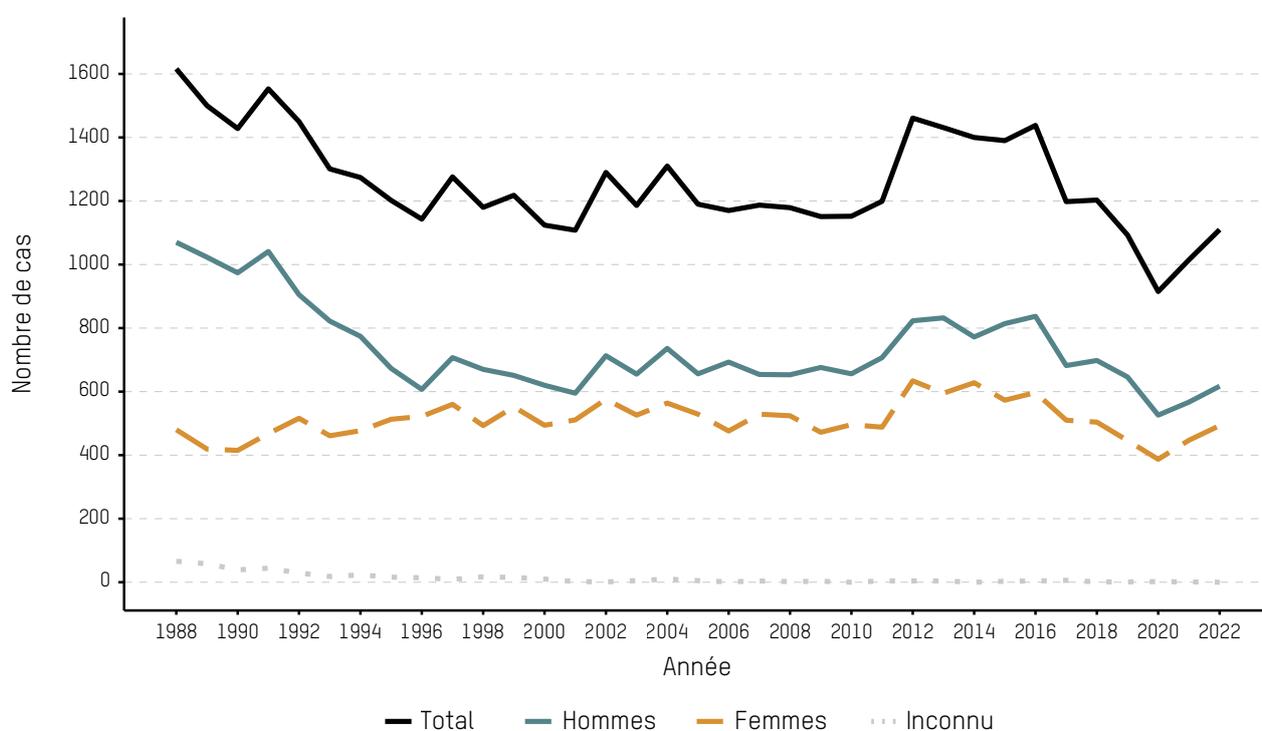
Est considéré comme cas d'hépatite B *aiguë* tout patient pour lequel a été déclaré un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite B, des transaminases élevées et/ou un ictère, sans signe ni information pouvant indiquer une infection chronique. Un cas est également considéré comme aigu lorsqu'une séroconversion récente (moins d'un an) est documentée. Tous les autres cas avec un résultat de laboratoire positif pour l'hépatite B et des transaminases élevées et/ou un ictère ainsi que les cas avec une cirrhose ou un cancer du foie sont comptés comme hépatite B *chronique* (avec des lésions hépatiques documentées). S'il manque ces signes d'inflammation hépatique ou de ses séquelles, le stade d'évolution est considéré comme *asymptomatique* (autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique). S'il manque la déclaration de résultats d'analyses cliniques, ce stade est noté comme inconnu (voir tableau 4).

L'année attribuée au cas correspond à l'année de la première déclaration, parce que le moment de l'infection n'est généralement pas connu. Ce dernier est probablement souvent très antérieur à l'année du cas. Les 26 patients qui vivaient à l'étranger ont été exclus des analyses (sauf ceux du Liechtenstein).

Le nombre de cas d'hépatite B déclarés chaque année en Suisse a d'abord été marqué par un pic de 1615 cas en 1988, première année sous surveillance, puis a diminué dans la première moitié des années 1990 (surtout chez les hommes). Il est ensuite resté stable pendant 20 ans au niveau d'environ 1200 cas par an. La tendance était à la baisse pour les hommes comme pour les femmes depuis 2017, avant de s'inverser en 2021 pour les deux sexes (figure 1).

En 2022, 1110 cas d'hépatite B ont été déclarés, ce qui correspond à un recul de 31 % par rapport au pic de 1988 et

Figure 1
Évolution du nombre de cas déclarés d'hépatite B par sexe depuis le début du relevé, 1988–2022



OFSP, état : 11.08.2023

de 1 % par rapport à l'année 2000. Les analyses qui suivent se fondent essentiellement sur les données dont dispose l'OFSP sur ces cas nouvellement déclarés en 2022. Au moins une déclaration de résultats d'analyses cliniques était disponible pour 68 % d'entre eux, soit le plus bas niveau jamais enregistré (les déclarations cliniques tardives ont été prises

en considération jusqu'au 11 août 2023). En 2020 et 2021, probablement en raison de la pandémie de COVID-19, cette disponibilité était déjà nettement inférieure à la moyenne de 2016–2019, à savoir 93 %. Il est de plus à noter que de tout temps certaines rubriques sont particulièrement mal documentées, notamment celles relatives à l'exposition.

Le taux de déclaration global en 2022, 12,6 cas pour 100 000 personnes, était identique à celui de 2019; le creux des années 2020 et 2021 était probablement en partie dû à la pandémie de COVID-19. Une diminution des déclarations pour la plupart des maladies a en effet été observée en Suisse durant cette période [3] ainsi qu'en Europe pour l'hépatite B [4]. L'incidence de l'hépatite B *aiguë* – ajustée pour tenir compte des cas sans déclaration clinique – était de 0,2 pour 100 000 personnes (figure 4).

Tableau 1
Taux de déclaration des cas d'hépatite B pour 100 000 habitants, par grande région de l'OFSP¹ et année de déclaration, 2018–2022

Année de déclaration	2018	2019	2020	2021	2022
Suisse	14,0	12,6	10,5	11,6	12,6
Région lémanique	19,1	14,4	15,2	16,9	15,8
Espace Mittelland	11,8	13,9	9,3	9,5	9,5
Suisse du Nord-Ouest	14,7	13,3	9,1	11,2	12,9
Zurich	14,3	12,9	11,0	11,6	13,9
Suisse orientale	10,7	8,4	7,9	9,4	9,3
Suisse centrale	9,1	9,3	7,3	8,3	10,1
Tessin	21,2	17,1	13,7	13,1	26,1

¹Pour la définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Le taux de déclaration global de l'hépatite B en 2022 masque d'importantes disparités régionales (tableau 1, figure 5). Comme les années précédentes, les taux les plus élevés se situaient au Tessin et dans la région lémanique. Par rapport à l'année pré-COVID-19 2019, une forte tendance à la hausse a été enregistrée au Tessin et une forte baisse dans l'Espace Mittelland.

Les valeurs observées en Suisse sont sensiblement supérieures à celles relevées en moyenne pour les pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (données pas encore disponibles pour 2022). Ainsi en 2021, le taux de déclaration global était respectivement de 11,6 contre 4,7 cas pour 100 000 personnes, alors que l'incidence des cas aigus était identique, à 0,3 cas pour 100 000 personnes [4]. Il est cependant à noter que les systèmes de surveillance, l'intensité des tests diagnostiques et du screening, les définitions de cas et la proportion de la population originaire de pays à moyenne/haute endémicité [voir carte sous 5] peuvent largement varier d'un pays à l'autre. Les données pour l'Allemagne en 2021 étaient par exemple similaires à celles de la Suisse la même année, avec un taux de déclaration global de 9,9 cas pour 100 000 personnes et une incidence des cas aigus de 0,6 cas pour 100 000 personnes [4]. Le taux de déclaration a fortement augmenté en Allemagne en 2022 (+87 %), partiellement en raison de l'afflux de réfugiés venant d'Ukraine [6].

RÉPARTITION PAR SEXE ET ÂGE

En 2022 comme depuis le début de ce relevé, le nombre de cas d'hépatite B était plus élevé chez les hommes (56 % du total des cas; figure 1). Aucun cas n'a été signalé chez les personnes trans. Pour l'hépatite B, la répartition par âge des cas est légèrement décalée vers la droite (âges plus élevés) par rapport aux autres infections transmises principalement par voie sexuelle. Contrairement à celles-ci, beaucoup de cas d'hépatite B sont en effet déclarés à un stade chronique, souvent longtemps après le moment de l'infection. Sur les cinq dernières années, la proportion la plus élevée des cas a été déclarée dans le groupe d'âge de 25 à 34 ans chez les femmes et de 35 à 44 ans chez les hommes (figure 2). Les déclarations de cas d'hépatite B étaient extrêmement rares chez les enfants.

L'âge médian au moment de la première déclaration des cas des cinq dernières années était de 39 ans pour les femmes et de 43 ans pour les hommes. Il pouvait varier selon les principales voies d'infection: 36 ans pour les infections périnatales, 40 ans pour les contacts hétérosexuels, 40 ans pour la consomma-

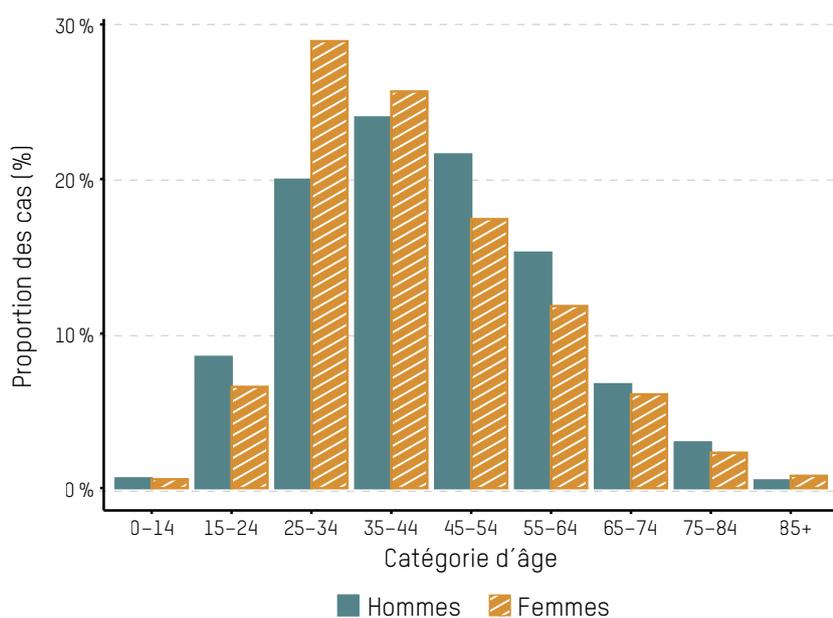
tion de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, 41 ans lorsque qu'aucune voie d'infection n'était identifiable et 49 ans lorsque l'infection avait été contractée dans le cadre d'un traitement médical ou d'une activité professionnelle de santé.

VOIE D'INFECTION

Le virus de l'hépatite B est transmissible par tous les liquides et sécrétions de l'organisme, mais le plus souvent il est transmis lors de rapports sexuels et par contact avec du sang. De manière générale, l'hépatite B est considérée comme une maladie infectieuse extrêmement contagieuse, dix fois plus que le VIH. Cependant, étant donné que le moment de l'infection est rarement connu, il est souvent difficile d'identifier la voie de transmission, qui est restée inconnue pour 86 % du total des cas en 2022 (y compris ceux sans déclaration clinique). Cette proportion très élevée limite la pertinence des analyses par voie d'infection. Même si une déclaration clinique était disponible, la proportion des cas sans mention d'une voie d'infection (inconnus et sans réponse) restait élevée et variait de plus selon le stade de la maladie, avec un maximum 80 % pour les cas (avec déclaration clinique) chroniques « asymptomatiques » (sans lésion hépatique), contre 75 % pour les cas chroniques avec lésion et 64 % pour les rares cas aigus (tableau 4). Le tableau 2 montre la distribution des voies d'infection pour l'hépatite B, globalement et par grande région.

Parmi les 161 cas déclarés en 2022 avec des informations sur la voie d'infection présumée, la voie sexuelle était l'une des plus souvent déclarées (27 cas, soit 17 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection), très majoritairement suite à un rapport hétérosexuel, ainsi que les infections acquises dans le cadre médical (18 cas, soit 11 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection). Ces derniers cas, regroupés ci-après dans la catégorie nosocomiale (infection « hospitalière »), comprennent aussi bien la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques et la transfusion de produits sanguins que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille). Une transfusion a été citée comme voie

Figure 2
Répartition par sexe et âge des cas déclarés d'hépatite B, 2018–2022
(les cinq dernières années ont été regroupées pour des raisons statistiques)



OFSP, état : 11.08.2023

Tableau 2

Cas d'hépatite B déclarés, par voie d'infection¹ et par grande région de l'OFS², 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue ³		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Suisse ⁴	9	0,8%	18	1,6%	27	2,4%	107	9,6%	949	85,5%	1110	100%
Région lémanique			4	1,5%	10	3,8%	23	8,6%	229	86,1%	266	24,0%
Espace Mittelland	2	1,1%	2	1,1%	2	1,1%	11	6,0%	165	90,7%	182	16,4%
Suisse du Nord-Ouest	1	0,6%	5	3,2%	8	5,2%	18	11,7%	122	79,2%	154	13,9%
Zurich	3	1,4%	2	0,9%	1	0,5%	11	5,0%	201	92,2%	218	19,7%
Suisse orientale	2	1,8%	4	3,6%	2	1,8%	13	11,6%	91	81,2%	112	10,1%
Suisse centrale	1	1,2%	1	1,2%	3	3,6%	14	16,7%	65	77,4%	84	7,6%
Tessin					1	1,1%	17	18,5%	74	80,4%	92	8,3%

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p.ex. piqûre d'aiguille); autre: contacts non précisés avec des personnes infectées, tatouages, piercings, visite chez un barbier.

²Définition des grandes régions de l'OFS, voir annexe.

³Y compris les cas sans déclaration clinique.

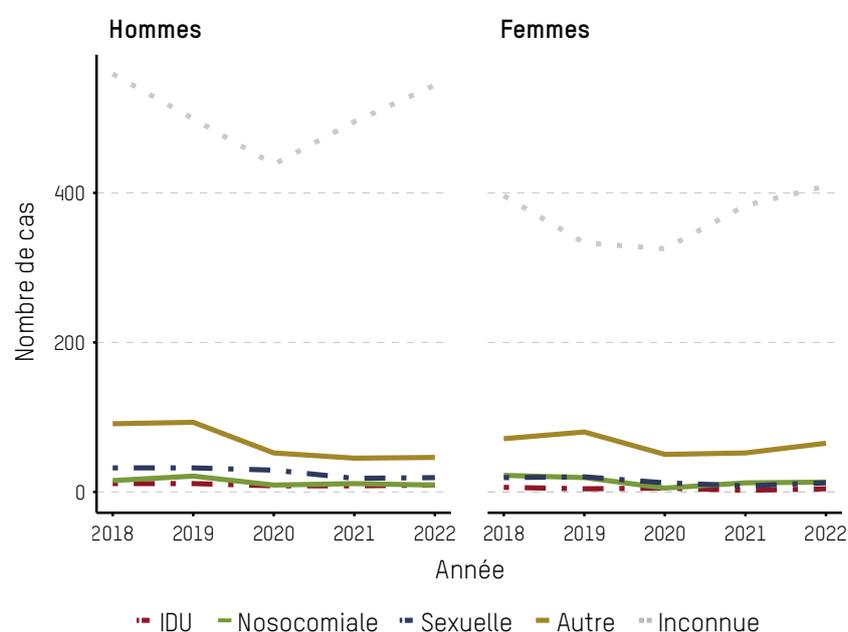
⁴Y compris Liechtenstein.

d'infection pour 10 des cas déclarés en 2022. Soulignons une fois de plus ici que l'année attribuée au cas se rapporte à la réception de la première déclaration, et non pas au moment de l'infection par le VHB, qui n'est généralement pas connu. Notons encore les infections contractées lors de la consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale, désignée ci-après par l'abréviation IDU (*injection drug use*), qui représentaient 9 cas (6 % des cas avec la mention d'au moins une voie d'infection).

Les femmes constituaient 44 % des cas avec une transmission hétérosexuelle, 61 % des cas avec transmission nosocomiale et 22 % de ceux avec une transmission IDU. Mais les effectifs avec une voie d'infection documentées sont faibles.

L'usage systématique de préservatifs lors des rapports sexuels anaux et vaginaux protège efficacement contre le VIH, mais peu contre la plupart des autres infections sexuellement transmissibles, VHB compris. En revanche, il existe pour celui-ci, depuis le début des années 1980, un vaccin sûr et efficace, qui est utilisé dans le monde entier. Avant l'introduction de cette vaccination, l'hépatite B était très répandue chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), avec une

Figure 3

Évolution du nombre de cas déclarés d'hépatite B chez les hommes et les femmes, par voie d'infection¹, 2018–2022

OFSF, état : 11.08.2023

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille.

NB: les cas sans déclaration clinique ont tous une exposition «inconnue» (pas d'extrapolation selon la structure des expositions connues).

séroprévalence de plus de 50 % [7]. Aujourd'hui, la majorité des HSH sont vaccinés contre l'hépatite B dans la plupart des pays européens; en Suisse, la couverture vaccinale est relativement élevée dans ce groupe [8]. Dans la campagne STAR-Trial, plus de 10 % des HSH participants présentaient des signes indiquant des antécédents d'hépatite B, alors que 32 % ne présentaient pas d'immunité [9].

D'autres types d'exposition, principalement des contacts non précisés avec des personnes infectées (34 cas), mais aussi des tatouages, des piercings et des visites chez un barbier dans des conditions d'hygiène douteuses (13 cas), ont joué un rôle secondaire. Par ailleurs, 53 cas d'hépatite B périnatale ont été déclarés. Il s'agissait, pour la majorité, de personnes issues de pays à moyenne/forte prévalence d'hépatite B, dont deux enfants (10 et 12 ans au moment de la déclaration). Tous ces cas sont désignés dans les tableaux 2 à 4 par *Autre*.

TENDANCES PAR SEXE ET VOIE D'INFECTION

Au cours des cinq dernières années, la tendance du nombre de cas était nettement à la baisse chez les hommes et les femmes qui s'infectaient par le biais des rapports sexuels. Chez les hommes (hétérosexuels et HSH), il est passé de 30 cas en 2018 à 17 cas en 2022; chez les femmes de respectivement 17 à 10 cas (figure 3). Il est toutefois à noter qu'une partie de cette baisse en nombre absolu durant les trois dernières années résulte de l'augmentation de la proportion des cas sans exposition documentée.

Sur les cinq dernières années, on ne constatait aucune tendance nette pour les infections nosocomiales chez les deux sexes; le nombre annuel moyen de cas était de 11 pour les hommes et de 12 pour les femmes.

On ne constatait pas non plus de tendance nette chez les personnes avec une transmission IDU; le nombre de cas était en moyenne, par an, de 7 (hommes) et de 2 (femmes).

PAYS D'ORIGINE

Les régions de l'OMS Afrique et Pacifique occidental sont considérées comme celles ayant les prévalences du VHB les plus élevées. Mais certains pays de la région de l'OMS Europe sont particulièrement touchés par l'hépatite B [10], notamment l'Europe du Sud-Est et la Turquie, ainsi que les cinq pays de l'ex-Union soviétique situés en Asie centrale.

Les médecins notent sur le formulaire de déclaration, en plus de la nationalité, le pays d'origine du patient. Si cette indication manquait, le pays d'origine de la personne était remplacé par la nationalité dans les analyses. Le pays d'origine ainsi complété restait inconnu pour 47 % des cas déclarés en 2022.

12 % du total des cas concernaient des personnes d'origine suisse (tableau 3). 7 % des cas étaient originaires d'un pays de l'EEE, du Royaume-Uni, des États-Unis ou du Canada; 16 % venaient d'un pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays Baltes), d'Europe du Sud-Est ou de Turquie; 11 % étaient issues d'un pays africain ou du Proche/Moyen Orient et 6 % d'un pays de la région de l'OMS Asie du Sud-Est / Pacifique occi-

Tableau 3
Cas d'hépatite B déclarés, par pays d'origine et voie d'infection¹, 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pays d'origine												
Suisse	2	22,2%	2	11,1%	6	22,2%	18	16,8%	105	11,1%	133	12,0%
EEE*, Royaume-Uni, États-Unis, Canada	1	11,1%	4	22,2%	4	14,8%	10	9,3%	58	6,1%	77	6,9%
Europe de l'Est/Asie centrale**, Europe du Sud-Est, Turquie	5	55,6%	7	38,9%	5	18,5%	24	22,4%	132	13,9%	173	15,6%
Moyen-Orient, Afrique***			2	11,1%	4	14,8%	17	15,9%	104	11%	127	11,4%
Asie du Sud-Est/ Pacifique occidental					2	7,4%	21	19,6%	43	4,5%	66	5,9%
Autre									9	0,9%	9	0,8%
Inconnue	1	11,1%	3	16,7%	6	22,2%	17	15,9%	498	52,5%	525	47,3%
Total	9	100 %	18	100 %	27	100 %	107	100 %	949	100 %	1110	100 %

¹IDU: consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale: les infections «hospitalières» comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles telles que les piqûres d'aiguille; autre: contacts non précisés avec des personnes infectées, tatouages, piercings, visite chez un barbier.

* EEE: Espace économique européen.

** pays de l'ex-Union soviétique (sans les pays Baltes).

*** correspond aux Régions de l'OMS AFR/EMR plus Israël.

Tableau 4

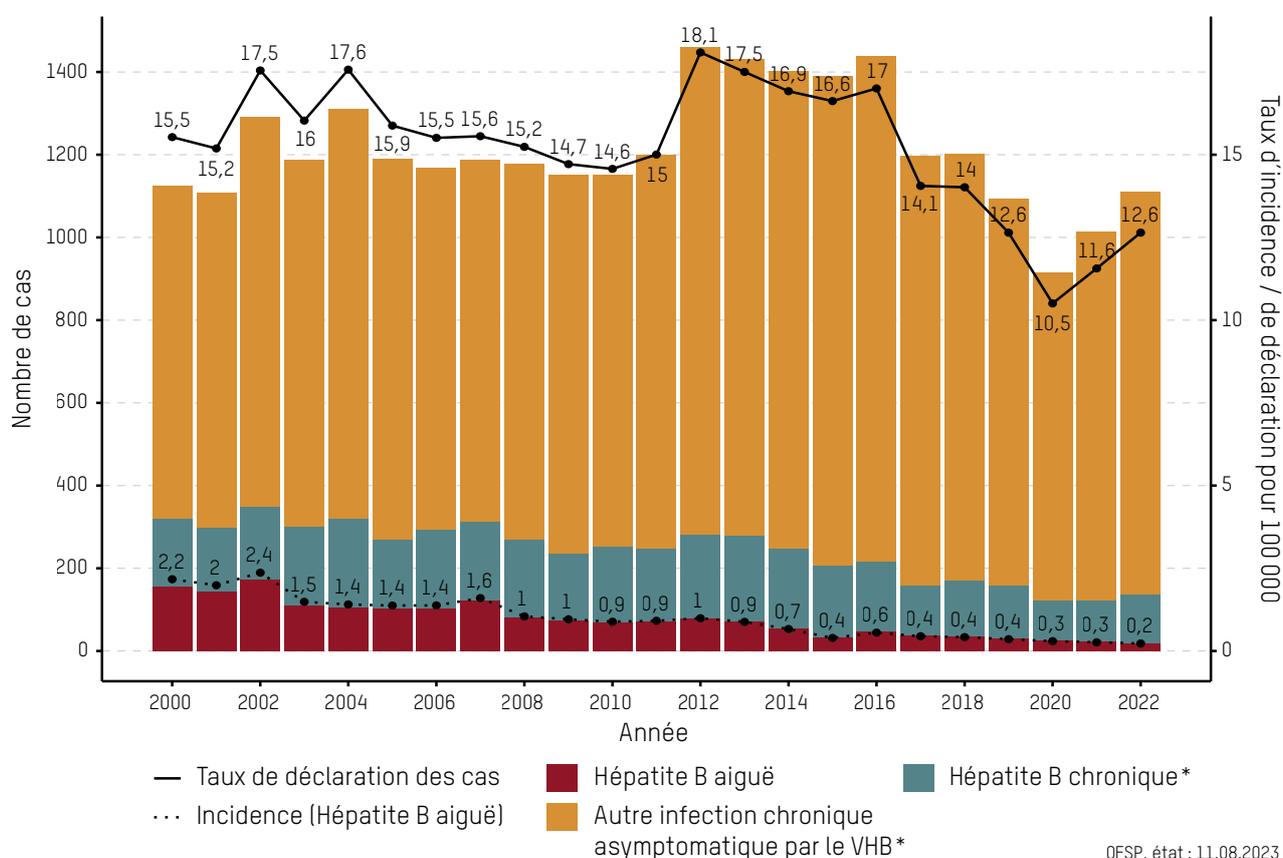
Cas d'hépatite B déclarés, par stade d'évolution clinique et voie d'infection¹, 2022

Voie d'infection	IDU		Nosocomiale		Sexuelle		Autre		Inconnue		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stade clinique												
Hépatite B aiguë			1	5,6%	4	14,8%			9	0,9%	14	1,3%
Hépatite B chronique symptomatiques*	3	33,3%	2	11,1%	5	18,5%	10	9,3%	59	6,2%	79	7,1%
dont cirrhose	1				1		1		14		17	
dont carcinome hépatocellulaire									2		2	
Autre infection chronique par le VHB*	6	66,7%	15	83,3%	18	66,7%	97	90,7%	530	55,8%	666	60,0%
Inconnu									351	37,0%	351	31,6%
Total	9	0,8%	18	1,6%	27	2,4%	107	9,6%	949	85,5%	1110	100%

¹IDU : consommation de drogues par voie intraveineuse ou intranasale; nosocomiale : les infections « hospitalières » comprennent les infections transmises via la transfusion de produits sanguins, la dialyse, les interventions thérapeutiques ou diagnostiques, ainsi que les expositions professionnelles (p. ex. piqûre d'aiguille); autre : contacts non précisés avec des personnes infectées, tatouages, piercings, visite chez un barbier.

* Hépatite B chronique avec lésions hépatiques documentées; Autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique.

Figure 4

Évolution du nombre de cas d'hépatite B déclarés¹, par stade clinique, 2000–2022

¹ajusté pour tenir compte des cas sans déclaration clinique.

* Hépatite B chronique avec lésions hépatiques documentées; Autre infection chronique par le VHB, principalement rapportée comme asymptomatique.

dental. À noter que, en 2022, 37 cas (3 %) étaient originaires d'Ukraine contre seulement 0 à 4 cas par année, avant l'arrivée de nombreux réfugiés ukrainiens dès mars 2022. De plus, après un creux marqué en 2020, sans doute imputable aux restrictions de voyages liées au COVID-19, le nombre de cas originaires d'Afghanistan a augmenté en 2021, puis a encore presque doublé en 2022 (de 21 à 40). Ensemble, l'augmentation des cas originaires de ces deux pays explique environ la moitié de l'augmentation globale du nombre de cas observée en 2022 (sans tenir compte du fait que l'origine et la nationalité sont inconnues dans près de la moitié des cas).

Le tableau 3 détaille l'origine des patients pour les principales voies de transmission présumées. La faiblesse des effectifs des cas documentés pour ces deux indicateurs limite la portée des conclusions.

STADE CLINIQUE

La majorité des personnes (60 %) chez qui une hépatite B a pour la première fois été déclarée en 2022 se trouvaient à un stade asymptomatique (infections chroniques sans lésions hépatiques documentées). 1 % des patients étaient déclarés au stade aigu et 7 % présentaient des signes d'hépatite B chronique. Le stade clinique était inconnu dans 32 % des cas (cas sans déclaration clinique).

Le stade asymptomatique était prédominant pour toutes les voies de transmission (tableau 4). En 2022, il n'a même pas été possible de déterminer la voie de transmission dans la majorité des cas (9 sur 14) d'hépatite B aiguë.

Le tableau 4 présente également les différents stades (possibles) de l'évolution clinique des hépatites chroniques que sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC), en fonction de la voie d'infection. Au total, 17 cas d'hépatite chronique avec cirrhose et 2 cas d'hépatite chronique avec CHC (dont un aussi avec cirrhose) ont été déclarés à l'OFSP en 2022. Si l'on réunit les deux (cirrhose et CHC) et que l'on procède à un ajustement pour les déclarations cliniques manquantes, on obtient un taux de déclaration de 0,3 pour 100 000 personnes (26 cas de cirrhose et/ou de

Figure 5

Taux de déclaration des cas d'hépatite B pour 100 000 personnes, par grande région de l'OFSP¹, 2022



¹Définition des grandes régions de l'OFSP, voir annexe.

OFSP, état : 11.08.2023

CHC dus au VHB). Ce chiffre est probablement très inférieur à l'incidence de la cirrhose/CHC car seuls ceux présents lors de la première déclaration du cas d'hépatite B sont pris en compte (pas de suivi des cas).

L'ajustement du nombre de cas d'hépatite B pour les déclarations cliniques manquantes permet de suivre l'évolution à long terme de l'ensemble des cas selon leur stade clinique au moment de la première déclaration (figure 4). L'incidence en Suisse des infections aiguës par le VHB a diminué de 92 % depuis l'année 2000 et se situait à 0,2 cas pour 100 000 personnes en 2022. Dans le même temps, le taux de déclaration global de l'hépatite B n'a diminué que de 19 %, pour atteindre 12,6 cas pour 100 000 personnes. Cette quasi stabilité du taux de déclaration malgré la baisse de la transmission en Suisse résulte en grande partie de l'immigration de personnes déjà infectées, provenant de pays à moyenne et haute endémicité.

VACCINATION

La vaccination contre l'hépatite B ne fait partie des vaccinations de base dans la petite enfance que depuis 2019. Auparavant, de 1998 à 2018, elle était prioritairement recommandée aux jeunes de

11 à 15 ans [11]. La vaccination des nourrissons est davantage à même de prévenir l'hépatite B chronique, car le risque d'infection persistante est inversement proportionnel à l'âge lors de l'infection (c'est chez les nouveau-nés que le risque de chronicisation est le plus élevé, avec 90 %). En Suisse, on recommande systématiquement un examen de sang chez toutes les femmes enceintes afin de déterminer si elles sont porteuses du virus. Si c'est le cas, on vaccine les bébés rapidement après la naissance et on leur administre des immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B, afin de les protéger jusqu'à ce que le vaccin agisse.

Malgré une augmentation continue depuis l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B en Suisse, la couverture vaccinale reste insuffisante. Dans les années 2020–2022, elle se montait à 76 % chez les enfants de 2 ans et à 79 % pour les jeunes de 16 ans [12]. Il est toutefois à noter que la priorité mise sur la vaccination des nourrissons est assez récente et qu'il y a encore un fort potentiel d'augmentation de la couverture, notamment grâce au recours de plus en plus généralisé à un vaccin hexavalent.

SYNTHÈSE

Les données, très incomplètes, sur l'origine des cas et le lieu d'exposition suggèrent que les infections par le VHB déclarées pour la première fois en Suisse en 2022 ont été majoritairement contractées dans des pays à moyenne ou forte prévalence de l'hépatite B chronique, souvent bien avant la déclaration. La voie de transmission était inconnue dans la grande majorité des cas. L'incidence des cas *aigus* a connu en Suisse une diminution continue ces dernières années. Pour ces cas, il n'était généralement pas non plus possible de déterminer la voie de transmission.

Le programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) de 2011 se fondait déjà, pour la prévention de l'hépatite B, sur la vaccination à grande échelle, aussi bien dans la population générale (vaccination des enfants et des adolescents) que dans les groupes particulièrement vulnérables (vaccination des adultes). Les seuls agents pathogènes sexuellement transmissibles pour lesquels il existe des vaccins sont les virus de l'hépatite A et de l'hépatite B, ainsi que le papillomavirus humain. Le taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B était dernièrement de 79 % chez les jeunes de 16 ans [12], mais il est nettement plus bas chez les adultes sexuellement actifs [9, 13]. On constate toujours un déficit de vaccination en même temps qu'une charge de morbidité accrue chez les travailleuses du sexe actives en Suisse [13], qui viennent pour la plupart de pays où la couverture vaccinale est insuffisante. L'OFSP estime qu'il convient d'intervenir surtout auprès des acteurs cliniques dans l'idée que, lors de chaque test de dépistage du VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible, il conviendrait de déterminer le statut vaccinal pour l'hépatite, ou directement de commencer ou de compléter la vaccination. De même, ils devraient identifier, lors de l'anamnèse, les personnes appartenant à des groupes à risque, et au besoin leur proposer la vaccination.

Contact

Office fédéral de la santé publique
 Domaine de direction Prévention
 et services de santé
 Division Maladies transmissibles
 Tél. 058 463 87 06

Annexe

Définition des grandes régions de l'OFSP

Code NUTS	Grande région	cantons
CH01	Région lémanique	GE, VD, VS
CH02	Espace Mittelland	BE, SO, FR, NE, JU
CH03	Suisse du Nord-Ouest	BS, BL, AG
CH04	Zurich	ZH
CH05	Suisse orientale	SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR
CH06	Suisse centrale	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
CH07	Tessin	TI

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré la délimitation des sept grandes régions CH01 à CH07 à des fins de comparaisons statistiques et d'intégration dans la statistique régionale européenne NUTS (*Nomenclature des unités territoriales statistiques*).

Bibliographie

- Richard J-L, Schaetti C, Basler S, Masserey V (2017). [Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country.](#) *Swiss Med Wkly*; 148:w14619
- Office fédéral de la santé publique (2018). [Hépatites B en Suisse, situation épidémiologique en 2014–2017.](#) *OFSP-Bulletin*; 35:7–12
- Office fédéral de la santé publique (2021). [Incidence des mesures liées au COVID-19 et des changements de comportement sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire en Suisse en 2020.](#) *OFSP-Bulletin*; 30:8–13
- European Centre for Disease Prevention and Control (2022). [Hepatitis B.](#) In: *ECDC. Annual epidemiological report for 2021.* Stockholm: ECDC
- Centers for Disease Control and Prevention (2023). [Hepatitis B.](#) *CDC Yellow Book 2024*
- Biallas R, Steffen G, Burdi S, Diercke M, Dörre A, Méndez-Brito A, Sievers C, Zimmermann R, Dudareva S (2023). [Anstieg der übermittelten Hepatitis-Bund Hepatitis-C-Fälle in Deutschland im Jahr 2022.](#) *Epid Bull*; 31:3–16
- Schreeder MT, Thompson SE, Hadler SC, Berquist KR, Zaidi A, Maynard JE, Ostrow D, Judson FN, Braff EH, Nylund T, Moore TN, Gardner P, Doto IL, Reynolds G (1982). [Hepatitis B in Homosexual Men: Prevalence of Infection and Factors Related to Transmission.](#) *J Infect Dis*; 146(1): 7–15
- Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, An der Heiden M, Dudareva S (2020). [Are men who have sex with men in Europe protected from hepatitis B? *Epidemiol Infect*; 148\(e27\):1–10](#)
- Schmidt AJ, Rasi M, Esson C, Christinet V, Ritzler M, Lung T, Hauser CV, Stoeckle M, Jouinot F, Lehner A, Lange K, Konrad T, Vernazza P (2020). [The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI-Screening in the Sub-sample of Men.](#) *Swiss Med Wkly*; 150:w20392
- Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ (2015). [Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013.](#) *Lancet*; 386(10003):1546–55. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61412-X. Epub 2015 Jul 28. PMID: 26231459
- Office fédéral de la santé publique et Commission fédérale pour les vaccinations (2023). [Plan de vaccination suisse 2023.](#) Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP
- Office fédéral de la santé publique (2023). [Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2022.](#)
- Vernazza P, Rasi M, Ritzler M, Dost F, Stoffel M, Aebi-Popp K, Hauser CV, Esson C, Lange K, Risch L, Schmidt AJ (2020). [The Swiss STAR trial – An Evaluation of Target Groups for STI Screening in the Sub-sample of Women.](#) *Swiss Med Wkly*; 150:w20393