

## *Actualités sur les hépatites : activité de dépistage, recommandations d'experts et prise en charge, évolutions en matière de RDR*

*Novembre 2015*

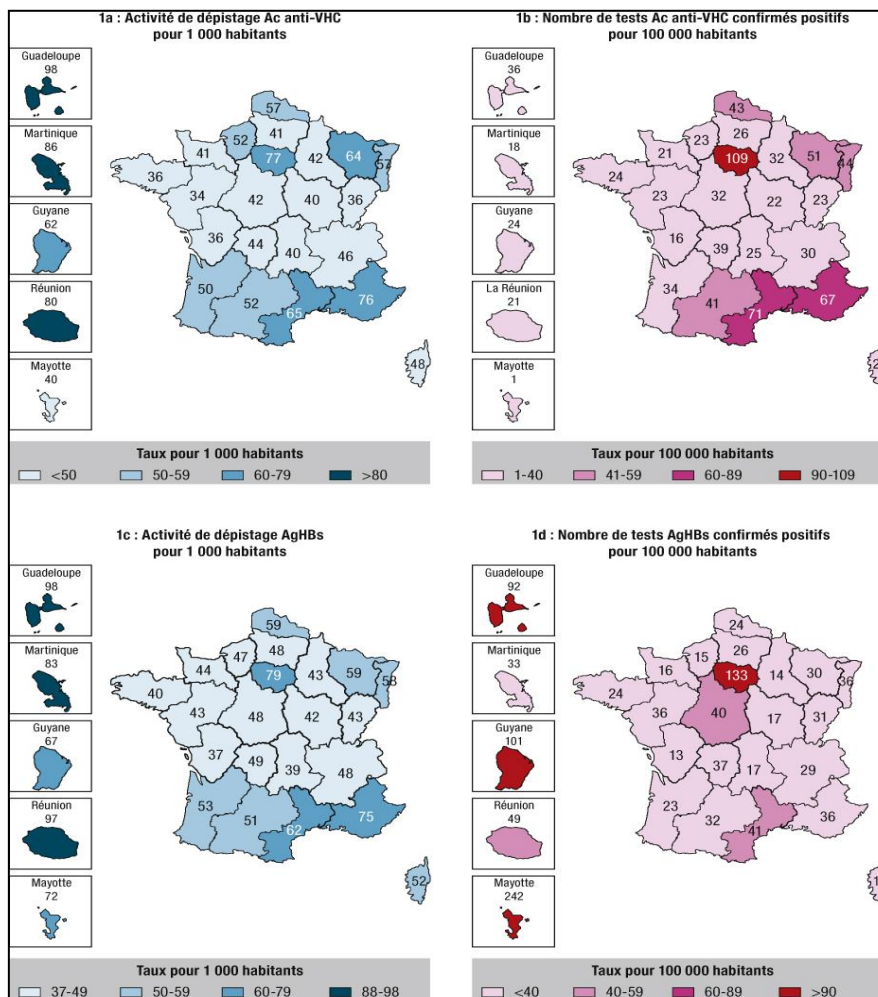


## Dépistage :

- Données d'activité et de prévalence

En juillet 2015, l'InVS a publié les résultats de la dernière enquête LaboHep 2013 [26]. Celle-ci a permis d'estimer à 3,6 millions le nombre de tests anti-VHC (soit 55 pour 1000 habitants) et 3,8 millions de tests AgHBs (soit 58 pour 1000 habitants) réalisés en France en 2013. Ces résultats traduisent une augmentation de l'activité de dépistage de 6% pour le VHC et 12% pour le VHB par rapport à 2010, date de la précédente enquête.

Le nombre de tests confirmés positifs rapporté à la population est estimé à 49 pour 100 000 habitants pour l'hépatite C (vs 46 en 2010) et à 49 pour 100 000 habitants pour l'AgHBs (vs 34 en 2010).



Les résultats mettent en évidence d'importantes disparités régionales tant au niveau de l'activité de dépistage qu'au niveau du taux de positivité :

- Avec 75 tests pour 1 000 habitants et 36 tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants, la région PACA est la 2ème région de France métropolitaine pour le dépistage de l'hépatite B.
- Avec 76 tests pour 1000 habitants et 67 tests anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants, la région PACA est également la 2ème région de France métropolitaine pour le dépistage de l'hépatite C.

Du fait des progrès thérapeutiques récents, le dépistage du virus de l'hépatite C constitue un enjeu de santé publique majeur en vue d'une possible éradication du VHC. Afin d'identifier la population qui pourrait être concernée par un dépistage populationnel en complément de la stratégie actuelle de dépistage ciblé sur les expositions à risque, une étude publiée dans le BEH [7] a cherché à estimer le nombre de personnes adultes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique et leur distribution par sexe et classe d'âge en 2004 et 2014. Malgré une nette diminution, le nombre de personnes de 18-80 ans non diagnostiquées a été estimé à 74 102 en 2014 (contre 100 868 en 2004). Plus de la moitié d'entre elles étaient des hommes âgés de 18 à 59 ans.

Ce travail a contribué à l'élaboration d'une nouvelle recommandation de dépistage consistant à tester simultanément pour le VHC, le VHB et le VIH, les hommes de 18 à 60 ans au moins une fois au cours de la vie, indépendamment de la présence d'expositions à risque.

Deux études récentes se sont plus particulièrement intéressées à la prévalence de l'antigène HBs parmi les usagers de drogue fréquentant les structures de prise en charge et de RDR (ANRS Coquelicot 2011-2013) et parmi les Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes fréquentant des lieux de convivialité gay (Prevagay 2009) [27]. Dans ces deux populations très exposées du fait de leurs pratiques de consommation ou sexuelles, la séroprévalence était respectivement de 2,1% et 1,4%, taux proches de la population générale masculine. La prévalence de l'AgHBs était néanmoins significativement plus élevée parmi les personnes ayant rapporté avoir consommé de la cocaïne dans le dernier mois pour les UD (5,4%), dans les 12 derniers mois pour les HSH (3,7%). La majorité des HSH porteurs chroniques de l'AgHBs était également séropositive pour le VIH. Les résultats de Prevagay ont montré que les porteurs de l'AgHBs consommateurs de cocaïne dans les 12 derniers mois étaient majoritairement séropositifs pour le VIH, mettant en lumière une population spécifique appartenant à une subculture sexuelle conjuguant sexe et drogues. Une enquête spécifique sur les UD dits « cachés », ne fréquentant pas les dispositifs habituels de réduction des risques, sera réalisée par le Cermes 3 et l'InVS en 2015-2016.

Ces populations spécifiques d'HSH et d'UD, qui semblent les plus à risque d'exposition vis-à-vis de l'hépatite B, devraient pouvoir être appréhendées lors de la prochaine édition de l'étude Prevagay 2015, dans laquelle sera intégré un volet spécifique sur le *slam*, c'est-à-dire l'injection de drogues dans un contexte sexuel.

En raison de la gravité potentielle de l'infection du virus de l'hépatite B et de son caractère transmissible, les résultats de ces deux études confirment l'importance de poursuivre les efforts de sensibilisation ciblant le dépistage et les mesures de prévention. Bien que la couverture vaccinale contre l'hépatite B déclarée par les personnes ayant participé à ces deux études soit plus élevée qu'en population générale (32,6%), l'incitation à la vaccination en direction des UD et des HSH multipartenaires doit être poursuivie, au regard des risques d'exposition au VHB encourus par ces deux populations.

- **Les TROD**

En 2015, les différentes recommandations préconisent de développer le recours aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et d'associer systématiquement le dépistage du VHB, du VHC et du VIH.

Initialement annoncée pour mai 2015, l'autorisation des TROD VHC dans un cadre non médicalisé a finalement été bloquée suite à la contestation du Syndicat national des médecins biologistes (SNMB) et la décision du Conseil d'Etat d'annuler l'arrêté du 11 juin 2013 fixant la liste des tests ne constituant pas un examen de biologie médicale.

La publication du nouvel arrêté sur les TROD VHC est donc toujours suspendue à la mise en place et à l'avis d'une commission ministérielle (prévue depuis 2010 par l'ordonnance de biologie médicale) qui doit être consultée sur tout texte réglementaire relatif aux tests ne relevant pas de la biologie médicale avant leur publication.

Quant aux TROD VHB, la HAS est actuellement en train de constituer un groupe de travail en vue de l'élaboration de prochaines recommandations sur la « Place des TROD VHB dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B ».

### **Prise en charge et recommandations :**

L'année 2014 a été marquée par la publication du premier rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C [11]. Le rapport Dhumeaux (du nom du professeur qui l'a coordonné) dresse un état des lieux des épidémies de VHC et de VHB et édicte des recommandations pour renforcer la prévention et le dépistage, améliorer la prise en charge et lutter contre les inégalités sociales.

Ce rapport rappelle que les enjeux liés à la vaccination contre l'hépatite B impliquent l'application intégrale des stratégies de vaccination recommandées en France et préconise de promouvoir cette vaccination par des actions de communication ciblées et adaptées. Il recommande également la prise en charge à 100% de la vaccination par l'Assurance maladie et la mise à disposition gratuite du vaccin dans les lieux de dépistage pour les personnes à risque. Pour promouvoir cette vaccination, l'INPES a édité plusieurs dépliants d'information pour le grand public [16] ainsi qu'un guide à destination des professionnels de santé dans la collection « Repères pour votre pratique » [17]. Le calendrier vaccinal a été actualisé en mars 2015 [22].

Le Baromètre Santé 2014 [18], publié par l'INPES, révèle que l'adhésion de la population face à la vaccination en général est en hausse (79% contre 61% des 18-75 ans en 2010). Les données récentes de l'InVS confirment cette tendance : en 2014, pour la première fois, plus de 90 % des nourrissons de 6 mois ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B [13].

Le rapport Dhumeaux souligne par ailleurs que la part élevée des personnes ignorant leur infection à VHB ou VHC justifie le renforcement et l'amélioration du dépistage. Du fait des progrès thérapeutiques récents, cette méconnaissance est en effet à l'origine d'une perte de chance de contrôle ou de guérison tout en faisant courir un risque persistant de contamination de l'entourage.

Il recommande de développer une évaluation scientifique de l'efficacité et de la tolérance des nouveaux traitements et pointe la nécessité de réactualiser régulièrement les recommandations de traitement en fonction de la disponibilité de nouveaux antiviraux.

A la demande de la DGS, la HAS a édité en juin 2014 des recommandations sur la prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux à action directe (AAD) [15] dans lesquelles elle préconise de réserver ces nouveaux traitements aux malades ayant atteint les stades sévères de la maladie. Au-delà de la stratégie thérapeutique, la HAS s'inquiète du prix élevé de ces traitements et redoute l'impact budgétaire qu'il pourrait entraîner. Fin 2014, le coût de 56 000 € réclamé par le laboratoire Gilead pour le sofosbuvir (traitement de 12 semaines) a ainsi suscité l'émoi de l'opinion publique et de vives réactions des différents acteurs du monde de la santé [8]. Après discussion, ce prix a été abaissé par les pouvoirs publics à 41 000 € [21], et le projet de loi de finance de la sécurité sociale

pour 2015 [24] prévoit un mécanisme de régulation en introduisant le principe d'une contribution des laboratoires en fonction du chiffre d'affaires qu'ils réaliseront en exploitant ces nouvelles molécules.

Début septembre 2015, des médecins et des responsables associatifs de la lutte contre les hépatites virales, le VIH et de défense de la santé des étrangers ont adressé une lettre commune au président du Comité consultatif national d'éthique et au président du Conseil national du sida et des hépatites virales chroniques sur les difficultés d'accès aux traitements des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Pour les auteurs, deux questions se posent prioritairement :

- Est-il acceptable aujourd'hui de limiter un traitement efficace contre le VHC à certaines catégories de personnes alors même que cela constitue une perte de chance pour un grand nombre de personnes et diminue l'efficacité de la lutte contre cette maladie au niveau national ?
- Quelle réponse apporter, à la hauteur de l'enjeu de santé publique que posent les maladies comme l'infection par le VHC, pour concourir à l'application de l'article L1110-1 du code de santé publique "le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne" sans que le coût d'un médicament fourni par un laboratoire représente l'élément déterminant dans la réponse à l'enjeu de santé publique et alors même que des mécanismes alternatifs, permettant, par exemple, la production de génériques, pourraient être activés.

La Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, le 2 juin 2015, a été l'occasion pour l'Association française pour l'étude du foie (AfeF) d'affirmer que cette maladie chronique contre laquelle il n'existe aucun vaccin pourrait être totalement éradiquée d'ici 10 ans sur la base d'un accès universel aux molécules AAD (antiviraux à action directe), ce qui serait une première pour une maladie chronique.

Différentes études montrent que les AAD sont en effet en train de révolutionner le traitement de l'hépatite C. D'ici 2016, une dizaine d'AAD devraient être disponibles pour former des combinaisons aptes à traiter le maximum de personnes. Pour Victor de Ledinghen, professeur d'hépatogastroentérologie au CHU de Bordeaux et secrétaire général de l'AfeF « *Nous sommes passés de traitements lourds et longs avec des effets indésirables importants et des taux de guérison de l'ordre de 70 % à des traitements simples, courts, bien tolérés et qui assurent des taux de guérison de plus de 95 %, le plus souvent en seulement trois mois* ». Par ailleurs, des résultats de la cohorte ANRS HEPAVIH [3] confirment pour la première fois dans la vraie vie leur efficacité chez les patients co-infectés par le VIH et le VHC. 12 semaines après l'arrêt du traitement, le taux de guérison est de 93% et le traitement s'avère bien toléré.

L'AFEF a ainsi publié à son tour ses recommandations sur la prise en charge de l'hépatite virale C [5], moins restrictives que celles de la HAS [15], qui sont pourtant celles retenues à ce jour par le ministère de la Santé. L'AFEF recommande en effet un accès au traitement, quel que soit le stade de fibrose, pour les personnes avec une fatigue invalidante, les usagers de drogue (par voie nasale ou veineuse), les prisonniers, les personnes en milieu clos (institutions), les personnes avec un VHC de génotype 3, mais aussi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Aujourd'hui, dans le traitement des infections aiguës, l'AFEF recommande l'utilisation des nouveaux médicaments de bien meilleure tolérance, notamment chez les homosexuels masculins qui sont nombreux à être dépistés à ce stade.

## **Les hépatites au sein d'une approche globale de la santé sexuelle :**

A noter par ailleurs qu'en février 2015, le Conseil national du sida a élargi ses missions aux hépatites et été rebaptisé Conseil national du sida et des hépatites virales [10] imitant en cela l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS). Cette évolution des missions et de la composition du CNS, que le Conseil appelait de ses vœux, entre en cohérence avec les enjeux souvent croisés de ces épidémies, en termes de populations concernées, de stratégies de prévention, ou encore de recours au dépistage.

Depuis 2010, plusieurs rapports (celui de l'Inspection générale des affaires sociales, du Conseil national du sida, des experts français sur la prise en charge du VIH) réclamaient la fusion des CDAG (Centres de dépistages anonymes et gratuits) et les CIDDIST (Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) au sein d'une même structure. La réorganisation du dispositif CDAG/CIDDIST a été lancée par l'article 47 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui crée, à compter du 1er janvier 2016, une nouvelle structure appelée Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD).

Le législateur ne s'est pas contenté de fusionner deux dispositifs existants mais a voulu à travers cette réforme et des missions plus ambitieuses améliorer l'efficacité du dépistage et de la réduction des risques dans une perspective plus large de promotion de la santé sexuelle et de prévention des IST. Outre la simplification juridique et financière et l'amélioration du pilotage, l'objectif de la réforme est donc bien d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de dépistage et de prévention, et plus particulièrement en direction des populations les plus exposées au risque infectieux, ainsi que de favoriser la simplification et la continuité des parcours. Les futurs dispositifs CeGIDD pourront sur habilitation des ARS être portés par les actuels CDAG-CIDDIST, les structures hospitalières ou centres de santé, des associations.

Ainsi, au 1er janvier 2016, les CeGIDD auront pour missions [1] :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de la contraception, la prescription et la délivrance de contraception d'urgence et la vaccination (VHA, VHB et HPV).

Plus largement, la création des CeGIDD fait aussi écho à l'avis du CNS sur le bilan à mi-parcours du Plan national [9] qui invitait à reconstruire le discours de prévention en cohérence avec l'approche de prévention combinée. L'objectif étant de faciliter et d'accompagner les parcours en articulant les liens entre moyens de prévention, intérêt du dépistage et bénéfices du traitement dans l'optique de valoriser la diversité et la complémentarité des outils et des usages pour favoriser l'autonomie des personnes vers une pratique ajustée, maîtrisée et responsable de leur prévention.

## **La réduction des risques liés l'usage de drogue :**

Le projet de loi de santé [23] réaffirme que la politique de RdR est un des succès les plus marquants en santé publique et qu'elle doit continuer de s'adapter aux évolutions des

publics concernés, des produits et des modes de consommation. Il définit un cadre législatif visant à sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers et à permettre le développement de stratégies innovantes comme les salles de consommation à moindre risque.

- **Les salles de consommation à moindre risque (SCMR)**

Malgré l'avis favorable de l'HAS dès 2013 [14] à la mise en œuvre de salles de consommation à moindre risque, le projet parisien retenu par le Gouvernement pour une première expérimentation avait été suspendu par un avis du Conseil d'Etat [6] estimant qu'il n'était pas conforme avec l'interdiction pénale de l'usage de stupéfiants et ne pouvait trouver une justification suffisante dans la reconnaissance par la loi de la politique de réduction des risques. Le Conseil d'Etat invitait le gouvernement à proposer une nouvelle loi pour autoriser ces salles, à titre expérimental, tout en précisant que le dispositif devra être suffisamment précis pour être conforme au principe de légalité des délits et des peines.

Dans son article 9, la future loi de santé prévoit ainsi l'expérimentation des SCMR pour une durée de six ans qui se ferait dans des locaux distincts des CAARUDs. Le texte prévoit aussi qu'un rapport d'évaluation sera remis au Parlement six mois avant la fin de l'expérimentation. L'enjeu est important puisqu'il pourrait déboucher, si les résultats sont probants, sur une généralisation de ce dispositif. Mais là encore, la question de la sécurisation des acteurs et des usagers se pose, notamment à proximité de la salle. Si le texte de loi devrait faciliter les freins à la création de ce type de dispositif innovant, certains représentants associatifs regrettent néanmoins que ceux-ci ne soient pour l'instant envisagés qu'à titre expérimental, la littérature sur ce sujet ayant déjà apporté de nombreuses preuves de leur efficacité sur les risques infectieux et l'état de santé général des personnes usagères de drogues.

Si lors de la lecture au Sénat, les sénateurs ont autorisé l'expérimentation, quelques modifications ont été apportées notamment sur le rôle plus important des élus locaux, puisque l'installation d'un tel espace ne pourra se faire sans l'accord du maire de la commune concernée. De plus, un amendement déposé par un sénateur projette que les salles de consommations à moindre risque soient des dispositifs intégrés à un établissement de santé, à l'image de la première salle parisienne, qui sera adossée à l'hôpital Lariboisière.

- **La RdR en prison**

Le projet de loi de santé consacre par ailleurs le principe de la réduction des risques liés à l'usage de drogue en milieu carcéral. Cependant, si dans son article 8 elle prévoit de sécuriser juridiquement les actions de RdR, elle reste très vague sur ce que serait concrètement la transposition de la politique de RdR en prison notamment en ce qui concerne les programmes d'échanges de seringues. Le texte n'apporte à ce stade aucune réponse sur la manière de concilier enjeux de santé publique et impératifs sécuritaires dans un contexte de détention, se contentant d'affirmer que « *la politique de RDR s'applique aussi en prison dans des conditions adaptées* ».

- **La recherche communautaire ANRS-AERLI**

Pour les usagers de drogue par voie intraveineuse, outre le risque infectieux VIH et VHC, se pose aussi la question de la réduction des conséquences et dommages liés à l'injection



(abcès, thromboses, overdoses). C'est pourquoi l'étude ANRS-AERLI (Accompagnement et Education sur les Risques Liés à l'Injection) menée conjointement par l'ANRS, AIDES, Médecins du Monde et l'INSERM, a été mise en place avec pour objectif de mesurer la faisabilité et les effets sur les pratiques d'injection d'une action standardisée d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection.

Cette étude [4] a permis d'interroger 240 usagers de drogues par voie intraveineuse fréquentant les CAARUD de 17 villes de France : 113 recrutés dans 8 centres et qui ont bénéficié de sessions individuelles d'éducation à l'injection réalisées par des pairs formés, face à un groupe témoin de 127 consommateurs, comparables en termes d'histoire d'injection, d'âge et de sexe, recrutés dans 9 autres centres et ne bénéficiant pas de l'offre d'accompagnement.

Chaque participant a été interrogé au moment de son inclusion, puis 6 et 12 mois plus tard, sur ses pratiques d'injection à risque pour la transmission du VHC et les complications au site d'injection. Au moment de l'enquête, 50% des personnes déclarent s'injecter quotidiennement.

Les résultats montrent pour les usagers inclus dans le bras « intervention » :

- une diminution de 43% des pratiques à risque de transmission du VHC (44% des consommateurs déclarant au moins une pratique à risque avant l'intervention contre 25% 6 mois après). Les résultats indiquent, en particulier, une diminution significative de l'échange du petit matériel. Ils montrent également une plus grande efficacité chez ceux qui n'ont pas de consommation problématique d'alcool et chez ceux qui sont injecteurs fréquents (au moins 3 fois par jour) ;

- une baisse de 41% des complications liées au site d'injection (66% des consommateurs déclarant des complications avant l'intervention contre 39% 12 mois après).

Par ailleurs, l'étude a montré des améliorations dans les deux groupes en ce qui concerne la perception de l'état veineux, l'augmentation significative du recours au traitement de substitution mais aussi l'augmentation des compétences perçues.

Les résultats extrêmement concluants de cette recherche ont été présentés oralement lors de la conférence de l'IAS de Melbourne en juillet 2014. L'objectif des associations Médecins du Monde et AIDES est désormais de diffuser cet outil de réduction des risques complémentaire notamment dans les futures salles de consommation à moindre risque. Le projet de loi de santé, d'ailleurs, dans sa description de ce que doit être la mise en œuvre de la réduction des risques, souligne qu'il s'agit, entre autres, de « *Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques* ».

L'équipe de recherche plaide pour que les actions d'accompagnement et d'éducation à l'injection soient reconnues comme pratique professionnelle à part entière et intégrées dans le référentiel de la réduction des risques et des missions des CAARUD, ce qui protégerait de tout risque de poursuite judiciaire (incitation à l'usage, facilitation d'usage par mise à disposition d'un local notamment) les acteurs et les usagers qui mettraient en œuvre ce type d'intervention.

## **Bibliographie**

*Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

**[1] Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles**

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes  
Journal Officiel de la République française, 2015, n°0151, p. 11155

**[2] AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA ET LES HEPATITES VIRALES  
Nouveaux traitements contre l'hépatite C : premières données d'efficacité dans la vie réelle**

Paris : ANRS, 2015, 4 p.

**[3] AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA ET LES HEPATITES VIRALES  
Antiviraux à action directe anti-hépatite C : premières données d'efficacité dans la "vraie vie" chez les patients co-infectés VIH/VHC**

Paris : ANRS, 2015, 2 p.

**[4] AIDES, ANRS, INSERM U912, MEDECINS DU MONDE, ORS PACA  
Les résultats de la recherche ANRS AERLI**

Pantin : AIDES, 2015, 14 p.

**[5] ASSOCIATION FRANCAISE POUR L'ETUDE DU FOIE  
Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C**

Paris : AFEF, 2015, 126 p.

**[6] BISIQU Y  
L'avis défavorable du conseil d'Etat à l'ouverture des salles de consommation**

Swaps, 2014, n°74, pp. 19-20

**[7] BROUARD, LE STRAT Y, LARSEN C, JAUFFRET-ROUSTIDE M, LOT F, PILLONEL J  
Estimation du nombre de personnes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique en France en 2014, implications pour des recommandations de dépistage élargi**

BEH, 2015, n°19-20, pp. 329-339

**[8] COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE  
41 000 euros... L'(in)juste prix !**

Paris : CISS, 2014, communiqué de presse

**[9] CONSEIL NATIONAL DU SIDA  
Avis suivi de recommandations sur le bilan à mi-parcours du Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014**

Paris : CNS, 2014, 29 p.

**[10] CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES  
Extensions des missions du conseil national du sida aux hépatites virales**

Paris : CNS, 2015, 1 p.

**[11] DHUMEAUX D, dir.  
Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014**

Les Ulis : EDP sciences, 2014, 510 p.

[12] EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER  
**EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2015**  
Genève: EASL, 2015, 38 p.

[13] GUTHMANN JP, FONTENEAU L, COLLET M, VILAIN A, RAGOT M, GUIGNON N, et al.  
**Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en France en 2014: progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent**  
BEH, 2015, n°26-27, pp. 499-504

[14] HAUTE AUTORITE DE SANTE  
**Avis n°2013.0058/AC/SEESP du 24 juillet 2013 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au décret d'expérimentation sur les salles de consommation à moindre risque et au cahier des charges de l'expérimentation visé par le décret**  
Paris : HAS, 2013, 2 p.

[15] HAUTE AUTORITE DE SANTE  
**Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD)**  
Saint-Denis : HAS, 2014, 17 p.

[16] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTE  
**Hépatite B : les 5 bonnes raisons de se faire vacciner**  
Saint-Denis : INPES, 2014, 4 p.

[17] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTE  
**Hépatite B : vaccination**  
Saint-Denis : INPES, 2014, coll. « Repères pour votre pratique », 4 p.

[18] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTE  
**Près de 80% des Français sont favorables à la vaccination**  
Saint-Denis : INPES, 2015, consultation en ligne <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/15/cp150416-vaccination-2015.asp>

[19] MICHELON V  
**Ce qu'il faut attendre de la future loi santé**  
Transversal, 2015, n° 79, pp. 14-18

[20] MICHELON V  
**Loi de santé : des avancées à confirmer pour la prise en charge du VIH**  
Transversal, 2015, n° 76, pp.8-9

[21] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES  
**Avis relatif au prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale**  
Journal Officiel de la République Française, 2014, n°0275, p. 19902

[22] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES  
**Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015**  
Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015, 50 p.

[23] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES  
**Projet de loi relatif à la santé**  
Paris : Assemblée Nationale, 2014, 408 p.

[24] MINISTERE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES  
**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015**

Paris : Assemblée Nationale, 2014, 540 p.

**[25]** LAFORGERIE JF

**VHC et accès aux nouveaux traitements : les sages interpellés**

Remaides, 2015, n°93, pp.22-23

**[26]** PIOCHE C, LEON L, LARSEN C, LOT F, PILLONEL J, BROUARD C

**Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep**

BEH, 2015, n°26-27, pp. 478-484

**[27]** SAUVAGE C, PASCAL X, WEILL-BARILLET L, MOLINIER M, PILLONEL J, LEON L, et al.

**Prévalence de l'antigène HBs dans deux populations exposées : les usagers de drogues (ANRS-Coquelicot 2011-2013) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Prévagay 2009) à Paris, France**

BEH, 2015, n°19-20, pp. 353-359



**Provence - Alpes - Côte d'Azur**

**Pôle de Marseille**

5, rue Saint Jacques

13006 Marseille

Tél : 04 91 59 83 83

Fax : 04 91 59 83 99

eMail : [cripspaca.marseille@lecrips.net](mailto:cripspaca.marseille@lecrips.net)

**Pôle de Nice**

6, rue de Suisse

06000 Nice

Tél : 04 92 14 41 20

Fax : 04 92 14 41 22

eMail : [cripspaca.nice@lecrips.net](mailto:cripspaca.nice@lecrips.net)

**Site Internet**

<http://paca.lecrips.net>

**Centres de documentation :**

ouverts du lundi au vendredi

9h-13h / 14h-18h sauf vendredi 17h