



Hépat *infos*

Fédération nationale des déficients et transplantés hépatiques

N° 99

■ Médical et scientifique

De l'essai clinique au nouveau traitement accessible à tous

Prise en charge de l'ascite réfractaire

■ Haute autorité de la santé

Colloque : évaluation de la qualité et de la sécurité des soins

■ Agence de la biomédecine

Chiffres préliminaires 2013

■ Régional

Transhépatite

- Ile-de-France
- Sud-Ouest
- Paca Corse
- Centre-Poitou-Charentes
- Bourgogne
- Franche-Comté



Actualité et créativité des associations régionales

Agenda et repères	2
Le mot du président	3
Médical et scientifique	4
. De l'essai clinique au nouveau traitement accessible à tous	
. Prise en charge de l'ascite réfractaire	
Haute autorité de la santé	7
. Colloque: évaluation de la qualité et de la sécurité des soins	
Agence de la biomédecine	8
. Chiffres préliminaires 2013	
Régional	9
. Transhépate Ile-de-France	
. Transhépate Sud-Ouest	
. Transhépate Paca Corse	
. Transhépate Centre-Poitou-Charentes	
. Transhépate Bourgogne Franche-Comté	
Administratif juridique et social	13
. Tarifs sociaux de l'électricité et gaz	
. Tarif social téléphone	
. Demandeurs d'emploi - Reprise d'activité - Sécurité Sociale	
. Travail - Interruption	
. Surendettement	
Bibliothèque virtuelle	14
A qui s'adresser ?	15

Vitrail d'Annette Basset
greffée à Limoge en 2002.
Photo de Denis Touchet

Voir ci-contre



Revue trimestrielle éditée par la
**Fédération nationale des déficients
et transplantés hépatiques**

Directeur de la publication:
André Le Tutour

Coordination et rédaction:
Noëlle Mattei, tél./fax: 04 79 68 92 43
e-mail: n.mattei@wanadoo.fr

Comité de rédaction et de lecture:
Jean Acciaro, Françoise Capdecemme, Robert Legavre
Bernard Maire, Jean-Paul Martin, Claude Pozzi, Patrick Faleschini

Rédaction:
6 rue de l'Aubrac, 75012 Paris - tél./fax: 01 40 19 07 60

Collaborateurs aux rubriques:
Les responsables des associations et délégations régionales

Abonnements: tous les abonnements sont à souscrire auprès
des responsables nationaux ou régionaux de **Transhépate**.

Prix de l'abonnement:
Adhérents: 12 € • Non adhérents: 18 € • Prix du numéro: 5 €

Réalisation et conception
Editions Gap, 2 rue du Marais, ZAC du Puits d'Ordet, 73190 Challes-les-Eaux

n°ISSN: 1266-7374 - n° CPPAPP 0913 G 83319
© Transhépate - Dépôt légal mars 2014

Agenda

Transhépate Ile-de-France

- 29 mars 2014,
Assemblée générale à l'hôpital Beaujon
- 13 et 14 juin 2014,
Congrès du CHB de Paul Brousse

Repères

Histoire de cette œuvre

Cette œuvre évoque la première greffée du professeur Descottes au CHU de Limoge en 1987. La nationalité vietnamienne de cette personne explique le style asiatique du motif. Elle est représentée entourée de fleurs et une abeille semble prête à se poser sur son éventail; hommage au professeur Descottes. En effet, c'est sous l'impulsion du professeur Bernard Descottes, chef de service « chirurgie viscérale et transplantations » qu'un travail sur le pouvoir antibactérien et cicatrisant des miels est mené au CHU de Limoges. Il a montré comment les pansements et les soins au miel pouvaient réduire grandement le temps de cicatrisation, sans infection ni effets secondaires.

LA RÉDACTION

Le Journal officiel a publié la liste des nouveaux membres du collège de la Haute autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante dans le domaine de la santé. Elle est composée de huit membres. Elle ne comporte aucun membre féminin et toujours aucun représentant des usagers. En dehors d'un médecin libéral, la totalité des membres du collège vient du monde hospitalier. C'est comme si tous les membres du Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) étaient journalistes issus de France Télévision, ou tous les membres de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) professeurs de droit! Ce qui n'est pas le cas. Comment avoir confiance dans une politique publique qui a inscrit la démocratie sanitaire comme composante de la stratégie nationale de santé et qui en exclut la société civile? Tout l'enjeu de la Haute autorité de santé tourne autour de la régulation du système de santé par la qualité, peut-on penser que cela puisse se faire sans que les usagers du système de santé soient présents au plus haut niveau de l'instance. Des médecins et des directeurs d'hôpitaux peuvent-ils incarner à eux seuls l'expression des préférences collectives? La prochaine loi de santé doit impérativement comporter un article élargissant le collège de la Haute autorité de santé à un membre représentant les usagers du système de santé, qui pourrait être désigné par le président du Conseil économique, social et environnemental.

Extraits d'un communiqué du CISS du 20/01/2014



Appel aux bénévoles

Au cours du mois de mars les associations régionales se réunissent en assemblées générales, un jour de rencontre important avec nos adhérents. Si rendre compte de l'utilisation des cotisations est une nécessité c'est aussi le moment pour réfléchir ensemble aux actions et projets à mener au cours de l'année.

Les associations régionales et la fédération fonctionnent quasi exclusivement avec les cotisations de leurs adhérents. J'adresse à chacun les remerciements pour le soutien aux bénévoles qui acceptent parfois, malgré la maladie, de donner de leur temps pour apporter une aide aux patients en attente ou patients greffés et de se mobiliser pour sensibiliser le public au don d'organe.

N'oublions pas que la greffe est un geste d'une valeur inestimable, qui prolonge la vie mais que de nombreux malades attendent ce geste salvateur !

La journée nationale de réflexion sur le don d'organe, la greffe, la reconnaissance aux donateurs le 22 juin prochain donnera lieu à toutes sortes de conférences et d'activités pour accentuer davantage la démarche du don d'organe et de tissus. Ce sera une occasion unique de rassembler nos concitoyens, les équipes médicales, les coordinations hospitalières de prélèvement, les associations de greffés pour continuer à faire passer le message.

J'invite les volontaires à rejoindre les bénévoles pour animer les associations **Transhépate** et participer aux activités qu'elles proposent.

Chacun a des compétences qui peuvent être d'un grand apport pour l'association toujours à la recherche de membres actifs. Participer au fonctionnement de notre association permet de créer un réseau de contact et d'acquérir de l'expérience dans plusieurs domaines : gestion d'évènements, relations avec les médias, avec les équipes médicales et plus encore !

Alors rejoignez-nous, nous avons besoin de vous !

Au 100^{ème} numéro de Hépat infos fin juin !

André Le Tutour
Président Transhépate



De l'essai clinique au nouveau traitement accessible à tous

(Suite et fin de l'article « La recherche clinique » de *Hépat Infos* n°98 p.4 et 5)

PAR LE DOCTEUR EKATERINA TISHCHENKO-BARSUK

Dans la revue *Hépat infos* n°98 nous avons donné la définition de la recherche clinique et décrit ses différentes phases.

Dans la continuité des informations données dans la revue précédente, cet article précise certains aspects de la procédure d'engagement des patients et des médecins, mais aussi l'introduction des essais cliniques dans le traitement habituel d'un patient.

Le sujet de la recherche clinique soulève toujours la question de l'entrée des patients dans l'essai. La compréhension des différentes étapes de l'essai clinique est une garantie de la sécurité des patients, de l'augmentation des bénéfices et la minimalisation des risques liés aux traitements innovants.

La proposition du médecin traitant aux patients de participer à un essai clinique est fondée sur des arguments spécifiques à chaque cas, par exemple :

- le traitement actuel n'est plus efficace, ou son efficacité est insuffisante ;
- le traitement utilisé provoque des effets indésirables, et le nouveau traitement permettra une amélioration ;
- le traitement utilisé a un mécanisme d'action général sur le corps humain, alors que le nouveau traitement est un médicament ciblé.

Les phases I et II de l'essai clinique (voir *Hépat infos*, n°98, p.4) sont appelées les phases exploratoires car l'information sur l'efficacité et la tolérance du médicament sont limitées. La quantité des patients dans ces essais est également limitée, et dépend du type d'étude. L'avantage de participer à une phase précoce du développement du médicament dans des essais cliniques est de pouvoir accéder à un traitement innovant et prometteur dans la guérison de la maladie. A ce stade-là, l'investissement des patients dans le

développement des nouveaux traitements ou de nouvelles approches thérapeutiques est important. La phase III et surtout la phase IV (médicament commercialisé) (voir *Hépat infos* n°98, p.4 et 5) sont des étapes de développement du médicament dont l'efficacité est démontrée.

Tous les médecins travaillent conformément aux principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale qui engage les médecins en ces termes : « La santé de mon patient prévaudra sur toutes les autres considérations » et le Code international d'éthique médicale déclare qu'un « médecin doit agir dans le meilleur intérêt du patient lorsqu'il le soigne ».

Le consentement éclairé est un choix éclairé

Le monde médical accorde beaucoup d'importance à l'obtention d'un consentement écrit des patients qui doivent recevoir un traitement ou des soins. Les principes juridiques du consentement éclairé pour un traitement médical sont définis par voie législative.

Si le médecin investigateur propose à un patient de participer à un essai clinique, il lui explique tout son intérêt à y participer ainsi que les modalités pratiques de déroulement, les éventuelles contraintes et effets indésirables attendus. Afin de compléter ses

explications, le médecin investigateur fournit aux patients « La notice d'information », le document écrit qui regroupe tous les éléments d'information nécessaires à la compréhension de l'essai clinique. Il demande aux patients de le lire, de poser toutes ses questions au médecin en charge de l'étude et de prendre éventuellement un temps de réflexion avant de décider. Chaque patient est libre de participer ou non à l'essai. Si le patient accepte de participer à l'essai clinique, il signe « Le consentement libre et éclairé », qui atteste de la compréhension de l'engagement et de l'accord à participer à la recherche. La signature du patient ne décharge pas le médecin investigateur de son devoir à apporter au patient les meilleurs soins possible. La signature du consentement éclairé permet au patient d'entrer dans l'essai. Néanmoins, il est toujours possible, à tout moment, d'arrêter la participation à un essai clinique sans avoir à justifier cette décision. Cet arrêt n'aura pas de conséquences sur la prise en charge du patient par l'équipe médicale (figure 1).

Accès au meilleur traitement

La motivation des patients de participer aux essais cliniques est souvent la possibilité d'accéder à un nouveau traitement prometteur. Qu'un patient soit traité dans le cadre d'un essai clinique ou non, son état de santé est scrupuleusement suivi et peut, à tout

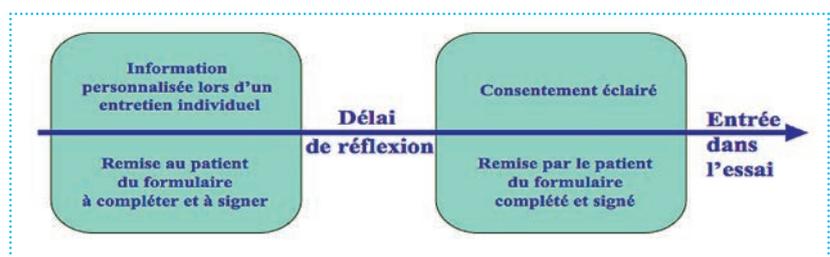
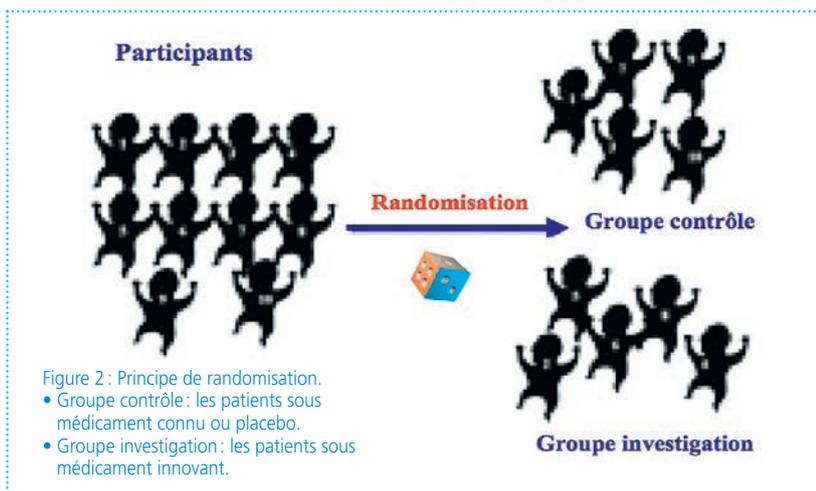


Figure 1 : Chronologie d'entrée dans l'essai clinique.



moment, nécessiter une adaptation ou un changement de traitement. Ce changement ou cette adaptation peuvent être justifiés par l'apparition d'un autre problème de santé ou par l'apparition d'effets secondaires indésirables dus au traitement testé dans le cadre de l'essai. Dans tous les cas, le médecin investigateur s'engage à poser le meilleur diagnostic pour le meilleur traitement adapté à chaque cas. Il a le devoir de délivrer au patient les meilleurs soins possibles. L'essai clinique ne le décharge pas de ses responsabilités.

Plusieurs traitements dans un essai et randomisation

Afin de savoir si un nouveau médicament va être aussi bon ou même meilleur qu'un traitement déjà existant en termes d'efficacité et de tolérance, il est indispensable de faire des comparaisons entre ces différents traitements par un essai clinique. Plusieurs groupes de personnes sont ainsi traités en parallèle avec les médicaments que l'on souhaite comparer.

Dans un essai comparatif entre un nouveau médicament et un médicament déjà connu, les patients participant à l'essai sont traités simultanément dans des groupes de traitement différents. Chacun des groupes prend l'un des médicaments à comparer. Pour pouvoir participer à l'essai, les patients doivent répondre à des critères précis qui ont été définis dans le protocole de l'étude. Après avoir vérifié qu'ils répondent à ces critères « dits d'éligibilité », et après avoir recueilli leur consentement éclairé, le médecin investigateur peut les inclure dans l'essai.

Pour garantir l'objectivité du médecin, ce n'est pas lui qui choisit le groupe dans lequel un patient sera inclus. Des listes ont été préalablement établies par le promoteur de l'essai pour constituer des groupes de traitement (nouveau médicament que l'on teste ou médicament déjà existant). Le type de traitement qu'un patient reçoit est déterminé par tirage au sort informatique. C'est ce qu'on appelle la randomisation, mot qui vient de random, hasard en anglais. Le tirage au sort n'est pas une procédure arbitraire, c'est le seul moyen de garantir une comparaison scientifiquement acceptable entre deux groupes de patients. Le traitement qu'un patient reçoit à la suite de ce tirage au sort informatique sera appliqué et contrôlé par le médecin investigateur qui le suit (figure 2).

Essai en ouvert et en aveugle

D'après l'objectif du développement du médicament, en général, trois types d'essais cliniques peuvent être proposés aux patients. Dans un essai ouvert, le médecin et le patient connaissent l'ensemble des médicaments que le patient prend. Les essais cliniques ouverts rentrent naturellement dans la « pratique habituelle » d'un traitement du point de vue d'un médecin et d'un patient. Des essais cliniques en *simple insu*¹, quand seul le médecin connaît la nature du traitement et pas le patient, impliquent des questions éthiques et réglementaires de l'information des patients. Leurs résultats sont considérés comme biaisés, c'est pourquoi des essais cliniques en simple insu sont rarement utilisés. Les conclusions les plus

pertinentes sont obtenues avec des essais cliniques en double aveugle², c'est-à-dire quand ni le médecin, ni le personnel soignant, ni les patients, ne connaissent la nature du médicament qui est testé : un médicament qui existe déjà et qui est commercialisé ou un placebo. La méthode de l'essai en double-aveugle est utilisée pour éviter que la personne malade, le médecin et le personnel soignant ne soient influencés par une opinion *a priori* qu'ils pourraient avoir vis-à-vis de tel ou tel médicament.

Les associations de patients deviennent de plus en plus représentées dans les instances officielles liées à la santé publique (ANSM, HAS). L'un des principaux buts de la communauté reste que les patients soient informés des opportunités que des essais cliniques leur offrent. Même si toute l'information sur les classifications et des modalités des essais cliniques est importante, le but principal du point de vue d'un patient reste la possibilité d'accéder aux nouveaux médicaments prometteurs en réduisant certains délais administratifs. ■

Sites WEB :

- <http://www.wma.net>
- <http://www.legifrance.gouv.fr>
- <http://ansm.sante.fr>
- <http://www.notre-recherche-clinique.fr>

Glossaire

Promoteur : il s'agit de la personne physique ou la personne morale (un établissement public, une société, etc.) qui prend l'initiative de la recherche sur les personnes, qui en assure la gestion et qui vérifie que son financement est prévu.

Médecin investigateur : il s'agit de la ou des personnes physiques qui dirigent et surveillent la réalisation de la recherche sur un lieu. C'est l'interlocuteur principal de la personne qui se prête à la recherche.

Étude en ouvert : le médecin et le patient connaissent la nature du traitement.

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

HAS : Haute autorité de santé.

1. Simple insu (simple aveugle) : le médecin connaît la nature du traitement mais pas le patient (les nécessités éthiques et réglementaires de l'information des patients font que le simple insu est en pratique impossible).

2. Double insu (double aveugle) : ni le patient, ni le médecin investigateur ne connaissent la nature réelle du traitement.



Prise en charge de l'ascite réfractaire

PAR LE PROFESSEUR F. DURAND - HÔPITAL BEAUJON

L'ascite réfractaire et ses conséquences au cours de la cirrhose

La survenue d'une ascite est un des modes de décompensation de la cirrhose. Plus de 50 % des patients développent une ascite dans les dix ans qui suivent la constitution d'une cirrhose.

L'ascite est dite réfractaire lorsqu'elle ne peut pas être contrôlée ou qu'elle récidive rapidement malgré un régime désodé et des diurétiques à dose maximale.

L'ascite réfractaire s'accompagne :

- d'une perte de protéines avec une altération de l'état nutritionnel ;
- d'anomalies circulatoires pouvant être responsables d'une altération de la fonction rénale.

Elle peut être le siège d'une infection bactérienne spontanée.

Les ponctions évacuatrices répétées peuvent conduire à la constitution d'une ascite hémorragique nécessitant des transfusions.

Traitement de référence : ponctions évacuatrices répétées

Les ponctions évacuatrices peuvent être répétées toutes les semaines. Les diurétiques sont inefficaces. De larges volumes d'ascite peuvent être soustraits lors de chaque ponction.

Les patients dont la concentration de protéines dans l'ascite est basse peuvent développer une première infection du liquide d'ascite.

Les patients qui ont eu un premier épisode d'infection du liquide d'ascite sont également à haut risque d'avoir d'autres épisodes infectieux.

Alternatives aux ponctions d'ascite

Pose d'un shunt (dérivation) portosus hépatique par voie intraveineuse. A court terme, il s'accompagne d'une réduction de la pression de la veine porte, d'une augmentation du débit cardiaque, d'une augmentation de la résistance vasculaire et d'une restauration de la volémie efficace. La pose d'un shunt s'accompagne d'une disparition de l'ascite dans 70 à 80 % des cas. Ce shunt améliore l'état nutritionnel et la qualité de vie pour de nombreux patients.

Transplantation hépatique

Elle est certainement le traitement le plus efficace de l'ascite réfractaire. L'espérance de vie après la transplantation est similaire à celle que l'on observe chez des cirrhotiques transplantés pour d'autres indications. La principale limite de la greffe est le manque de donneurs. En France, le nombre de donneurs pour une transplantation hépatique est stabilisé autour de 1000 à 1200 par an.

Une transplantation doit être considérée dans les situations suivantes :

- persistance d'une ascite réfractaire malgré la pose d'un shunt perméable ;
- contre-indication à la pose d'un shunt ;
- apparition d'une encéphalopathie.

Alternatives émergentes : pompe péritonéo vésicale

La pompe péritonéo vésicale est un dispositif récent, permettant de dériver l'ascite de la cavité péritonéale¹ vers la vessie. Un premier cathéter est inséré chirurgicalement dans la cavité péritonéale, un second est inséré dans la vessie. Une pompe est insérée sous la peau et est reliée à ces deux cathéters pour dériver en continu l'ascite de la cavité péritonéale vers la vessie. L'ascite est ainsi éliminée lors des mictions.

Ascite pleurale

Chez certains patients l'ascite s'accumule dans la cavité pleurale² droite le plus souvent ou gauche. Les cirrhotiques ayant une ascite pleurale volumineuse ont souvent une dénutrition sévère. Lorsque l'ascite pleurale résiste aux diurétiques et qu'elle est de grande abondance, elle s'accompagne de difficultés respiratoires avec désaturation en oxygène, des ponctions évacuatrices itératives sont alors nécessaires. Les ponctions pleurales répétées sont mal tolérées, elles s'accompagnent fréquemment de pneumothorax nécessitant un drainage pleural, d'hémithorax (sang dans la cavité thoracique) ou d'infections.

Une ascite pleurale réfractaire constitue par elle-même une indication de transplantation hépatique. ■

1. La cavité péritonéale est la portion de cavité de l'abdomen recouverte par le péritoine. Le péritoine est une membrane séreuse complexe qui recouvre la partie inférieure de la cavité abdominale

2. La cavité pleurale est composée de deux couches ou feuilletts séparés par un espace vide.

La plèvre est une membrane thoracique très mince mais d'une grande solidité qui permet notamment de protéger les poumons

Colloque

Evaluation de la qualité et de la sécurité des soins

Le 28 novembre 2013, la HAS a consacré un colloque aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins, leur utilité, leur complémentarité, et en quoi ils participaient à l'amélioration du système de santé et à l'information des usagers. La qualité des soins représente la première attente des usagers et des professionnels de santé. La maîtrise des risques graves et évitables liés aux médicaments, les infections nosocomiales ainsi que les problèmes péri-opératoires sont des préoccupations constantes; aussi un programme national sur la sécurité des patients a été mis en place en 2013. La réglementation nouvelle reconnaît le rôle majeur de la communauté médicale en matière d'amélioration de la qualité des soins et fixe l'obligation de développer un programme d'action et d'assurer une diffusion publique des indicateurs.

Les indicateurs

Les indicateurs sont des critères définis en commun par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé et la Haute autorité de santé.

Ils évaluent les moyens, l'organisation et les actions mis en place dans l'objectif de :

- **permettre aux établissements de santé de disposer d'outils de gestion de la qualité dans tous les secteurs d'activité de soins;**
- **répondre aux exigences de transparence de qualité et de sécurité des soins des usagers, de les accompagner dans leurs décisions.**

Par exemple, l'indice des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) vise à mesurer le taux d'activités de lutte contre les infections nosocomiales

Aujourd'hui, des indicateurs de spécialités sont mis en place. Ils reposent sur des objectifs prioritaires tels que la réduction de la douleur, la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral, la prévention de l'hémorragie du post-partum, la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde. Ils sont issus de projets de recherche.

Les perspectives

L'objectif est de se concentrer sur l'amélioration de la qualité et non sur la recherche de données. Ce qui doit être mis en priorité est le partage des

expériences et la mesure des actions mises en œuvre.

Dans la perspective d'une réelle amélioration des soins les indicateurs doivent être l'occasion d'un échange entre les professionnels et non un alourdissement de la charge de travail.

Depuis l'été 2013, la HAS peut travailler sur le parcours de soins du patient. Elle est mandatée pour élaborer des indicateurs avec les professionnels et les représentants d'usagers.

La HAS déploiera des efforts dans l'apprentissage de l'utilisation des indicateurs pour créer une dynamique d'amélioration au sein des équipes de soin, en charge de la sécurité des patients au quotidien.

Afin de renforcer l'utilisation des indicateurs, il est essentiel de favoriser leur appropriation par les professionnels. Pour cela, il est nécessaire de les associer à leur développement, d'assurer une plus grande lisibilité des résultats, de les analyser et de mettre des outils à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière. Il convient également d'explicitier l'intérêt et les limites de chaque mesure, car si le principe de l'évaluation des pratiques et des résultats de l'exercice professionnel en santé est aujourd'hui devenu incontournable, plusieurs freins existent et doivent être pris en compte dans toutes les démarches mises en place comme la charge de travail supplémentaire et la crainte de la mise en question des compétences.

Comment renforcer l'utilisation des indicateurs

Afin de renforcer l'utilisation des indicateurs, il est essentiel de favoriser leur appropriation par les professionnels, ainsi que de les associer à leur développement. Les résultats doivent être lisibles et leur analyse partagée par l'ensemble de la communauté hospitalière.

Il convient également d'expliquer la justification de chaque mesure, ses intérêts et ses limites.

Scope Santé : diffusion publique de l'information

L'objectif du site Internet **Scope Santé** mis en ligne par la Haute autorité de santé est de donner à l'utilisateur les moyens de s'informer, l'aider à se poser les bonnes questions, et de lui fournir l'information nécessaire pour mieux s'orienter dans le système de soins.

Scope Santé contribue par ailleurs au développement de la démocratie sanitaire, en mettant à disposition des représentants des usagers les informations utiles pour participer au débat public.

Le site est évolutif. L'étape qui s'ouvre aujourd'hui est centrée sur la publication des données disponibles. Des compléments seront apportés et des évolutions proposées dans les versions ultérieures.

Vous pouvez y trouver différents types d'informations : des données sur



la qualité, les indicateurs nationaux ainsi que trente-cinq critères de certification, sélectionnés avec les représentants des usagers et les statistiques annuelles des établissements de santé.

Toutes ces données sont présentées dans une fiche détaillée produite pour chaque établissement, consultable et téléchargeable. Les fiches de publication obligatoire, qui permettent aux établissements de satisfaire à l'obligation de diffusion publique, sont également disponibles sur le site Au-delà de ces « formats statiques », le site propose de hiérarchiser ces données en fonction de la recherche de l'utilisateur.

Scope Santé s'inscrit dans le dispositif de Service public d'information en santé.

Les attentes des usagers

Claude Rambaud, présidente du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), relève dans les annonces trois bonnes nouvelles pour les patients :

- Le développement d'I-SATIS, Indice de satisfaction de patients hospitalisés. Celui-ci sera évalué par le CISS en temps voulu.

- L'engagement de raccourcir le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.

- La mise en ligne de Scope Santé qui répond bien à la volonté des usagers de disposer d'un guide pour le choix de leur établissement de santé. Les attentes des usagers sont importantes. La lisibilité des informations constitue un aspect essentiel, en particulier lorsque l'on s'adresse au grand public. Aussi il serait intéressant de tester le dispositif auprès d'un panel d'utilisateurs : c'est à partir de leurs retours qu'il pourra être amélioré.

Elle remarque que, dans le code couleur, le rouge a été remplacé par un orange foncé et pose la question : « pourquoi ne pas indiquer clairement les résultats non satisfaisants ? »

La présidente du CISS demande également que l'éventuel patient puisse disposer d'indicateurs sur les coûts. A ce jour ils ne sont pas indiqués dans Scope Santé. Elle déclare espérer qu'un lien sera fait avec le dispositif « Ameli » (site de l'Assurance Maladie) et souhaite que le montant de la prestation journalière figure sur le site.

En espérant que Scope Santé prospérera et qu'il deviendra une référence pour les patients face au choix de leur établissement de santé, elle souhaite que les établissements de santé mentale soient également présents dans ce dispositif.

Les associations de patients espèrent que Scope Santé constituera un véritable levier d'engagement des établissements pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le CISS (40 associations représentant 12 millions d'adhérents) s'engage à soutenir cette démarche et à participer à son développement.

Les sujets et les intervenants étaient nombreux ainsi que les participants dans la salle qui posaient des questions et attendaient des réponses des participants aux « tables rondes » ; aussi ce résumé est loin de refléter l'intérêt des différentes contributions et l'intensité des échanges entre la salle et les intervenants.

Vous trouverez les actes du colloque du 28 novembre 2013 sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr

■ N. Mattéi

Agence de la biomédecine

Chiffres préliminaires 2013

5 115 greffes d'organes en 2013 la France confirme la progression de l'activité enregistrée en 2012.

En 2013, les résultats préliminaires de l'activité de greffe d'organes en France s'élèvent au total à **5 115 greffes**. C'est une progression de 1,8 % par rapport à 2012.

L'activité de greffe d'organes à partir de donneurs vivants connaît une forte augmentation en 2013 avec 414 greffes contre 366 en 2012 (soit + 13.1 %).

Cette augmentation s'explique par les 401 **greffes de rein à partir de donneurs vivants** réalisées en 2013 contre 357 en 2012.

Il faut de plus noter que depuis 2009, la greffe rénale à partir de donneur vivant a augmenté de 80 %.

Cependant la situation continue de se dégrader pour les malades en attente de greffe malgré une très légère augmentation du nombre de greffes réalisées (+92) alors que le nombre de patients en attente en 2013 a nettement augmenté, avoisinant les **19 000** !

Activité de greffe d'organes 2008 - 2013*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cœur	360	359	356	398	397	410
Coeur-Poumons	19	21	19	12	20	11
Poumon	196	231	244	312	322	298
Foie	1 011	1 047	1 092	1 164	1 161	1 239
DV	10	12	17	14	9	13
Rein	2 937	2 826	2 892	2 976	3 044	3 069
DV	222	223	283	302	357	401
Pancréas	84	89	96	73	72	85
Intestin	13	7	9	10	7	3
Total	4 620	4 580	4 708	4 945	5 023	5 115
DV	232	235	300	316	366	414

* Les données chiffrées de 2013 sont préliminaires et sont susceptibles de varier légèrement à la consolidation des chiffres de greffe d'organes.



Journées de gastroentérologie et d'hépatologie

Notre association Transhépate était présente aux Journées de gastroentérologie et d'hépatologie de l'hôpital Beaujon et de l'Université Paris 7 Diderot qui se tenaient au Palais des congrès le samedi 11 janvier 2014.

Les nombreux congressistes, venus de la France entière et de l'étranger ne voudraient manquer sous aucun prétexte ces journées d'enseignement annuelles fort prisées.

Notre stand attira quelques curieux avides de renseignements relatifs à l'association. Ils repartaient avec la documentation mise à leur disposition. Nous ne manquions pas de leur rappeler que le but premier de notre association est la promotion du don d'organes.

De nombreux sujets furent évoqués au cours des différentes conférences :

- Ascite réfractaire : quels traitements ?
- Prévention des infections chez le cirrhotique.
- Traitement de la stéatohépatite non alcoolique autre que celui de la cause.
- Cirrhose alcoolique : qui transplanter ?
- Cirrhose, thrombose et anticoagulant.

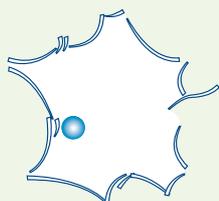


Anne-Marie Wilmotte et Dominique Demonlis sur le stand de Transhépate.

- Régression de la cirrhose.
- Quand peut-on arrêter le traitement de l'hépatite B ?
- Régénération hépatique vue par le chirurgien.
- Comment un hépatologue peut-il interpréter une IRM ?
- Dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les malades ayant une hépatite virale guérie.
- Traitement de l'hépatite C sans interféron.

Nous tenons à la disposition des personnes intéressées le programme complet ainsi que le résumé des communications qui peuvent être consultés à notre siège, rue de l'Aubrac.

■ Annick Vives,
Dominique Demonlis
et Anne-Marie Wilmotte



Regroupement des activités sur un même site

Le vendredi 13 décembre 2013 a eu lieu la pose de la première pierre du bâtiment qui regroupera l'ensemble des services de gastro-entérologie à l'hôpital du Haut Lévêque de Pessac en Gironde.

Actuellement l'hépatogastroentérologie médico-chirurgicale du CHU de Bordeaux est répartie sur les trois groupes hospitaliers :

- Groupe hospitalier Saint André Bordeaux ;
- Groupe hospitalier Sud de Pessac ;
- Groupe hospitalier Pellegrin Tripode Bordeaux.

Le regroupement de ces activités sur un même site est un souhait manifesté par l'ensemble des acteurs de la discipline depuis plusieurs années, répondant à des impératifs hospitaliers.

- Améliorer la qualité des soins et développer la chirurgie ambulatoire.
- Développer la recherche clinique et préclinique.
- Réorganisation de l'ensemble de la discipline.
- Rassembler les compétences en mutualisant les moyens humains et matériels actuellement disponibles sur les divers sites.

Cette implantation permettra à notre association de malades en attente de greffe de leur apporter un soutien moral et psychologique au cours de nos visites à l'hôpital afin de mieux répondre à leurs souhaits d'information sur leur pathologie dans le respect du secret médical et les inciter à promouvoir le Don d'organes. ■

Sources : Passerelles n°71 - Transhépate Sud-Ouest



Les représentants d'usagers à l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM)



Depuis plusieurs années, le représentant d'usagers Transhépate de l'AP-HM (4 CHU, 3385 lits + 500 en 2013 : source site internet en date du 5 février 2014) demande la création d'une CRUQPC (Commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge) pour chaque établissement. En effet, depuis sa mise en place, il n'existe qu'une seule CRUQPC centrale qui rend difficile la gestion des difficultés rencontrées par les usagers.

Le nouveau directeur général, Jean-Jacques Romatet, a décidé de créer et installer des Comités d'usagers dans chaque CHU, y compris dans l'hôpital d'enfants.

Ceux-ci seront composés de cinq représentants d'usagers (RU) et de cinq professionnels de santé. Ils seront animés par un RU en binôme avec un professionnel avec pour objectifs principaux :

- décliner sur chacun des sites la représentation des usagers et leur participation au plus près de la prise en charge des patients ;
- promouvoir un travail conjoint entre les représentants des usagers et les professionnels de santé pour faire évoluer ensemble les pratiques, la qualité des soins et construire un meilleur parcours de soins ;
- nourrir la CRUQPC APHM de la réalité du terrain portée par les comités de site ;

- établir un réel partenariat avec les associations d'usagers ;
- et contribuer à modifier la culture patient au sein de notre établissement.

Les missions des comités seront de :

- traiter des questions relatives aux modalités d'accueil des malades et des familles, et d'une manière plus générale des questions sur le savoir-être des patients et des professionnels les uns vis-à-vis des autres ;
- faire connaître les initiatives des équipes et les projets novateurs vis-à-vis des malades ;
- suivre la déclinaison de la politique Qualité et de Gestion des risques en lien avec la Commission qualité du site ;
- porter des actions de mobilisation pour faire adhérer au suivi de la satisfaction des patients et analyser l'évolution des questionnaires de sortie et de satisfaction ;
- suivre les plaintes et réclamations en lien avec les directions de site et les médiateurs de l'établissement ;
- s'assurer du respect de l'information et des droits des patients ;
- contribuer à la prise en compte du parcours de soins ;
- assurer une interface avec les associations et les bénévoles intervenants sur le site ;
- et construire un projet commun et nouveau, s'intégrant dans la politique de l'établissement.

Les représentants d'associations usagers, agréées ou conventionnées avec l'APHM, s'engagent en tant que membres des comités usagers de site à :

1. signer et respecter la charte des représentants d'usagers APHM ;
2. mobiliser leur expérience pour construire au-delà du seul champ de l'association agréée qu'ils représentent ;
3. participer à un cycle de formations, organisé par le CISS PACA ;
4. et respecter la confidentialité des échanges au sein du comité.

A ce jour les commissions sont en place dans tous les hôpitaux de l'APHM. Le docteur Christine Bara, coordinatrice politique Patients et usagers à la Direction générale et directrice des filières oncologie et maladies chroniques de l'AP-HM est chargée de l'application de cette nouvelle structure.

Il y a eu à l'origine le rapport Couty puis le rapport Cordier et finalement le rapport Claire Compagnon remis à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé le 14 février dernier. Elle pourra choisir de reprendre totalement ou partiellement les éléments de ce rapport qui a servi de référence aux mesures prises par l'AP-HM.

■ Jean Acciaro



Journée de la 150^{ème} transplantation hépatique

Le 20 janvier 2013, l'hôpital Trousseau de Tours a fêté la 150^{ème} transplantation hépatique effectuée par le professeur Ephrem Salamé et son équipe. Cette journée organisée au Centre international de congrès Vinci à Tours, placée sous le Haut patronage de Madame Marisol Touraine, a réuni diverses personnalités dont Madame Emmanuelle Prada-Bordenave, directrice générale de l'Agence de biomédecine, Monsieur Loïc Vaillant, professeur de médecine, président de l'Université de Tours et M. Philippe Damie, directeur de l'Agence régionale de santé du centre. Le professeur Didier Houssin, président de l'Agence d'évaluation, de la recherche et de l'enseignement supérieur (et qui fut l'initiateur à la recherche hépatique et à la greffe

du professeur Salamé) a donné une conférence intitulée « L'aventure de la greffe continue », suivie d'un dialogue avec la salle qui a permis de faire un point rapide sur l'état de la greffe aujourd'hui, tant en France qu'en Europe.

Le professeur Salamé a ensuite pris la parole pour faire un bref historique du nouveau centre de transplantation de Tours et remercier son équipe. En associant l'équipe du service d'hépatologie de Poitiers avec le professeur Christine Silvain et ses collaborateurs.

Messieurs B. Roehrich, directeur général du CHU de Tours, président du Directoire, D. Perrotin, professeur de médecine, doyen de la faculté de médecine de Tours et G. Calais, professeur de médecine, président de la

Commission médicale d'établissement du CHU de Tours ont conclu cette matinée en se félicitant de la réussite de la collaboration des unités médicales.

Le Centre de transplantation hépatique de Tours a été créé en janvier 2011 et ce 20 décembre 2013, ce n'est pas vraiment la 150^{ème} greffe qui a été fêtée mais la presque 200^{ème}. Ce qui fait du Centre de transplantation hépatique de Tours le 5^{ème} de France, après Paul Brousse et Rennes mais avant Lyon, Toulouse ou Marseille.

Le CHU de Tours fonctionne avec celui de Poitiers, deux hématologues de Poitiers viennent à Tours chaque semaine, des contrats semblables ont été signés avec les hôpitaux de Caen et d'Orléans. ■

Un projet de télé-consultation

En province, certains actes médicaux simples peuvent coûter très cher, en argent et/ou en temps. Une simple consultation peut se faire à plus de cent kilomètres du domicile du patient. Pour le conduire, il faut faire appel à un VSL ou à une ambulance, cela prend beaucoup de temps, le temps du voyage (aller et retour) et celui de la consultation. Si l'attente s'avère trop longue, l'ambulancier peut revenir à son « bureau » pour rentabiliser l'utilisation du véhicule... Ce qui fait deux voyages, dont un à vide, et cela coûte cher inutilement à la Sécurité sociale...

Pourquoi ne pas utiliser la télé-consultation pour certaines consultations que l'on pourrait qualifier d'intermédiaires? Celles qui se font pour la surveillance d'un suivi sans qu'il soit nécessaire d'ausculter le patient. Une lecture et un commentaire de prise de sang peuvent entrer dans ce cadre.

C'est ce qu'envisage le professeur Salamé dans un avenir proche. Avec une infirmière spécialisée, qui pourrait être formée pour cela, il suffirait de prendre un rendez-vous sur ordinateur, avec une « webcam » (tous les

ordinateurs un peu récents en sont pourvus), afin que l'infirmière puisse se rendre compte de l'apparence physique du patient. Le commentaire de la prise de sang pourrait se faire ainsi qu'un dialogue sur l'état du patient, les réponses à ses questions... Cet entretien enregistré permettrait au professeur, après réunion de son équipe de médecins et d'infirmières, de donner un avis sur la santé du patient et d'apporter d'éventuelles modifications sur la posologie de médicaments ou de prodiguer des conseils...

Ceci ne coûterait rien, mise à part l'investissement initial du matériel et la formation du personnel compétent, mais rendrait possible de nombreuses économies et libérerait le patient de quelques voyages, lui évitant ainsi des fatigues supplémentaires et inutiles. Ce temps libéré lui permettrait de se livrer à des occupations plus plaisantes pour lui, et ainsi contribuerait indirectement à sa guérison.

La mise en place de ce projet devrait se faire dans les mois à venir dans la région Centre. Nous ne manquerons pas d'y revenir pour évaluer son impact auprès des patients...



Le jumelage des CHRU de Bourgogne et de Franche-Comté

Bien que la sagesse populaire affirme qu'il vaut mieux être seul que mal accompagné, Transhépate Bourgogne-Franche-Comté est convaincue du bien-fondé du mariage des cépages de Côte-d'Or avec les résineux du Haut-Doubs. Cette union repose d'abord sur le jumelage des CHRU de Bourgogne et de Franche-Comté.

Les greffes hépatiques, que les patients soient bourguignons ou franc-comtois, sont effectuées au CHRU de Besançon par deux chirurgiens particulièrement réputés, les professeurs Heyd et Manton, ce dernier prolongeant son activité bien qu'il eût droit à un repos bien mérité.

Les examens pré-greffe et le suivi post-greffe ont lieu respectivement à Besançon et à Dijon selon l'origine du greffé, par deux équipes d'hépatologues qui travaillent en pleine harmonie et dans un respect mutuel particulièrement agréable à vivre.

Cette bipolarisation a, bien sûr, une incidence sur l'organisation de Transhépate Bourgogne - Franche-Comté qui, outre un président traditionnel, bénéficie de deux vice-présidents, l'un pour la Bourgogne, l'autre pour la Franche-Comté, ce qui permet de suivre les greffés de l'une et l'autre région sans court-circuit notoire. Nous essayons de ne pas pénaliser les adhérents, bien que les Conseils d'administration et l'Assemblée générale soient en général organisés à



La citadelle de Besançon.

Besançon ou dans les environs. Quand nous pouvons aider financièrement la recherche, nous essayons de ne pas pénaliser un CHRU par rapport à l'autre : récemment Monsieur Pozzi, vice-président de Transhépate pour la Bourgogne a remis un chèque de 3 000 euros au CHRU de Dijon pour la réalisation d'une étude sur le comportement alimentaire après greffe hépatique des patients cirrhotiques.

Nous n'avons qu'à nous louer de ce jumelage chirurgical et associatif, car il permet un enrichissement mutuel, une mise en commun des ressources et des compétences et semble aller dans le sens de l'histoire puisque l'unification



La cathédrale Saint Bénigne de Dijon.
Photographie © A. Doire / CRT Bourgogne.

des régions Bourgogne et Franche-Comté est l'une des perspectives à moyen terme de la réorganisation administrative de la France.

■ Bernard Maire



Avis de recherche

La Fédération nationale recherche une personne pour la réalisation de Hépat Infos.

Son rôle : collecter des articles rédigés par les responsables ou des membres des associations régionales et composer le bulletin trimestriel en relation et avec l'aide de l'éditeur de la revue.

Toutes ces opérations peuvent être réalisées par échange de mails.

Pour plus d'informations adressez-vous à : transhepat@aol.com ou n.mattei@wanadoo.fr

Tarifs sociaux de l'électricité et gaz

Le décret du 15/11/2013 n° 2013-1031 pris en application de la loi du 15/04/2013 n°2013-312 a élargi les critères permettant de bénéficier de cette loi. C'est la résidence principale qui est concernée.

Les bénéficiaires sont les personnes dont les ressources annuelles du foyer sont **inférieures ou égales** au plafond de ressources annuelles requis pour l'obtention de l'ACS (aide à l'acquisition d'une Complémentaire de Santé dans le cadre de la CMU). A ce jour : 2 175 €.

Depuis le décret du 15/11/2013 se sont ajoutés les bénéficiaires dont le revenu fiscal de référence annuel par foyer soumis à l'impôt sur le revenu

est inférieur ou égal à une somme déterminée au moment de son établissement. A ce jour : 2175 €).

Les tarifs sociaux issus de la nouvelle loi résultent d'une réduction forfaitaire sur le prix de la fourniture établie par le fournisseur d'énergie avec le fournisseur d'énergie avec lequel la personne a passé contrat ; avant cette loi c'était une réduction calculée uniquement sur les tarifs réglementés, même pour les autres fournisseurs qu'EDF.

Les tarifs sociaux sont fixés par décret en fonction, pour le gaz, de la plage de consommation qui dépend du nombre de personnes au foyer, et, pour l'électricité, de la puissance souscrite.

La connaissance des personnes susceptibles de bénéficier de ces tarifs par les fournisseurs est établie par l'administration fiscale en fonction du « revenu fiscal de référence » ; la liste de mise à jour en est communiquée tous les ans à ceux-ci.

Une autre nouvelle catégorie de bénéficiaires a été établie : les gestionnaires de résidences sociales dont les occupants ne disposent pas de contrats individuels de fournitures ; ils doivent héberger des résidents à faibles ressources bénéficiaires de l'APL (Aide Personnelle au Logement).

NOTA : les personnes concernées peuvent refuser le bénéfice de ces dispositions.

Tarif social téléphone

Jusqu'au 04/01/2014 la réduction tarifaire qui s'appliquait aux personnes ayant de faibles revenus concernait l'abonnement (poste fixe) pour la fourniture d'une prestation téléphonique.

A partir du 04/01/2014 la notion d'abonnement est remplacée par la notion de contrat pour la fourniture

d'une prestation téléphonique qui comprend l'abonnement le raccordement à un réseau fixe ouvert au public permettent d'émettre ou de recevoir par téléphone, par télécopie et par internet.

Les personnes physiques concernées sont celles visées par l'article

R20.34 du Code des Postes et Connexions Electroniques, c'est-à-dire les titulaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) ou de l'ASS (Allocation de Solidarité Spécifique) ou de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés).

Demandeurs d'emplois Reprise d'activité - Sécurité Sociale

Les demandeurs d'emploi non indemnisés par l'Assurance Chômage peuvent bénéficier du maintien de leurs droits aux prestations maladie, maternité, invalidité, décès, lorsqu'ils repren-

ent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture de droits à ces prestations.

Cette disposition est valable trois mois à compter de la date de reprise

d'activité ; cette disposition s'applique également pour les assurés qui ont repris moins de trois mois après la date du 07/12/2013.

Travail - Interruption

■ **Une lettre de licenciement** pour inaptitude doit indiquer le droit du salarié à la formation et à l'information sur la possibilité de demander – pendant son préavis – à bénéficier d'une action de formation, d'un bilan de compétence, d'une validation de

ses acquis professionnels même si le préavis n'est pas exécuté (Cassation, section sociale du 25/09/2013 N° 12.20.310).

■ **Rupture d'un CDD pour inaptitude**: la Cours de Cassation dans un avis du 21/10/2013 n° 15013P,

demandé par un Conseil de Prud'hommes, indique qu'un employeur n'a aucune obligation de convoquer un salarié à un entretien préalable lorsqu'il est inapte à occuper un poste et qu'il ne peut pas en proposer un autre adapté.



Cette disposition est une exception par rapport au Code du Travail, résulte de l'application de la loi de simplification et de l'amélioration de la qualité du droit du 17/05/2011 n° 2011-525.

■ **Procédure disciplinaire** : un employeur qui engage une procédure disciplinaire sans y donner suite n'est pas en faute lorsque les faits en cause sont d'ordre de la vie privée du salarié et

juge qu'il n'y a plus lieu de continuer ; néanmoins, il ne faut pas que sa mise en œuvre procède d'une légèreté blâmable ou d'une intention malveillante.

Surendettement (ALF¹-ALS²)

Le rétablissement de l'Allocation Logement Familial¹ et de l'Allocation Logement Social² par la loi de financement de la Sécurité Sociale fait l'objet d'un décret fixant les conditions de ce redressement. (voir *Hépat infos*, n°98 p.13 §4-3).

Le décret est entré en vigueur le 20/12/2013, il précise que le versement de l'allocation est maintenu pendant le délai prévu pour l'étude du dossier de surendettement (trois mois) ; il précise dans le détail la procédure à suivre par les intéressés pour bénéfi-

cier de cette disposition. (Décret n° 2013-1180 du 17/12/2013. J.O. du 19/12/2013. ■

Bibliothèque virtuelle

Cette nouvelle rubrique est ouverte à tous nos lecteurs. Si vous ne désirez pas vous exprimer vous-même, indiquez-nous les livres qui vous ont intéressés et que vous souhaitez voir analysés et critiqués dans votre revue. Vos opinions positives ou négatives, argumentées, pourraient même faire l'objet de dialogues entre les lecteurs. N'hésitez pas, Michel Braconnier tiendra compte de vos avis (email michelbraconnier@orange.fr)

LA RÉDACTION

Réparer les vivants

par Maylis de Kerangal

Editions Verticales, 282 pages, décembre 2013, 18,90 €

A ma connaissance, le premier roman sur le don et la greffe d'organes. Non pas un roman banal de pure fiction, mais un roman documenté comme un reportage, précis comme un témoignage.

Un jeune garçon Simon Limbres part faire du surf au petit matin avec deux copains. Lors du retour, ils sont fatigués par leur prestation sportive, il n'y a que deux ceintures de sécurité, le conducteur roule trop vite... et c'est l'accident. « Les secours sont arrivés sur place vers 9h20... » A partir de cet instant, le processus va s'enclencher, les personnages vont entrer en scène : les parents de Simon, les infirmières, les médecins, les divers personnels des hôpitaux, l'Agence de la biomédecine... et la course contre la montre va démarrer.

La forme romanesque va permettre de se mettre dans la peau, dans l'esprit de chacun des protagonistes, le lecteur va vivre tous les affres de toutes les situations, les angoisses des parents, le questionnement du médecin de garde au service de réanimation, les difficultés du médecin-coordonateur

qui doit demander aux parents de Simon s'il « est donneur. », les inquiétudes de la malade qui attend une greffe de cœur, le stress de celui qui a la charge, la responsabilité d'aller chercher l'organe prélevé...

La partie technique de la recherche du greffon, et la greffe elle-même, sont aussi précises que pour un reportage, elles témoignent du travail d'information auquel Maylis de Kerangal a dû se soumettre.

Réparer les vivants est un livre important dans la mesure où les deux parties s'amalgament parfaitement, le lecteur y trouvera son plaisir, son intérêt dans les variations du style, le premier chapitre reprend le « parler jeune » des trois jeunes garçons, le désarroi des parents se traduit par des phrases courtes, déstructurées... Le vocabulaire des médecins est presque technique... La réflexion n'est pas absente, la vie et la mort se côtoient intimement, c'est le point de rencontre du « don d'organe ». Pour pouvoir donner, il faut que quelqu'un meure, c'est la condition pour que le receveur puisse vivre...

Comme dans tout roman, l'imagination a sa petite place, d'autant que l'organe greffé est... le cœur de Simon... Une lecture très agréable, une écriture intelligente... Un ouvrage à conseiller.

■ Michel Braconnier

Comité de soutien

- Professeur BAULIEUX**
Hôpital La Croix Rousse - Lyon
- Professeur J. BELGHITI**
Hôpital Beaujon - Clichy
- Docteur J. BERNUAU**
Hôpital Beaujon - Clichy
- Professeur H. BISMUTH**
Hôpital P. Brousse - Villejuif
- Professeur O. BOILLOT**
Hôpital Edouard Hertiot - Lyon
- Professeur P. BOISSEL**
Hôpital Brabois - Nancy
- Professeur K. BOUDJEMA**
Hôpital Pontchaillou - Rennes
- Professeur C. CABROL**
Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris
- Professeur D. CASTAING**
Hôpital P. Brousse - Villejuif
- Professeur Y. CHAPUIS**
Hôpital Cochin - Paris
- Professeur B. CHARPENTIER**
Hôpital Bicêtre - Kremlin-Bicêtre
- Professeur L. CHICHE**
CHU Bordeaux
- Professeur P. COUZIGOU**
CHU Haut Lévêque - Bordeaux
- Professeur V. DE LEDENGHEN**
CHU de Bordeaux
- Professeur D. DHUMEAUX**
Hôpital H. Mondor - Créteil
- Professeur J. DOMERGUE**
Hôpital Saint-Eloi - Montpellier
- Professeur J.-M. DUBERNARD**
Hôpital E. Herriot - Lyon
- Professeur D. DURAND**
Hôpital Rangueil - Toulouse
- Professeur G. FOURTANIER**
Hôpital Rangueil - Toulouse
- Professeur J. GUGENHEIM**
Hôpital Saint-Roch - Nice
- Professeur L. HANNOUN**
Hôpital Pitié-Salpêtrière - Paris
- Professeur D. HOUSSIN**
Directeur général de la santé
- Professeur N. KAMAR**
CHU Rangueil
- Professeur B. LAUNOIS**
Hôpital Pontchaillou - Rennes
- Professeur CH. LETOUBLON**
CHRU de Grenoble
- Professeur Y. LE TREUT**
Hôpital de la Conception Marseille
- Professeur G. MANTION**
Hôpital J. Minjoz - Besançon
- Professeur B. MEUNIER**
Hôpital Pontchaillou - Rennes
- Professeur R. POUPON**
Hôpital Saint-Antoine - Paris
- Professeur J. SARIC**
Hôpital Saint-André - Bordeaux
- Professeur C. TREPO**
Hôpital La Croix Rousse - Lyon
- Professeur L. ROSTAING**
CHU Rangueil
- Professeur E. SALAMÉ**
Hôpital Trousseau - Tours
- Professeur B. SUC**
CHU Rangueil

A qui s'adresser ?

Si vous êtes insuffisant hépatique ou devez être transplanté : contactez-nous

Fédération nationale des déficients et transplantés hépatiques

Association régie par la loi de 1901

Siège social : 6, rue de l'Aubrac - 75012 Paris - tél./fax : 01 40 19 07 60

e-mail : transhepat@aol.com - site web : <http://www.transhepat.org>

N° SIRET 407 660 208 00015

Bureau fédération nationale

Fonction	Nom et prénom	Téléphone
Président	LE TUTOUR André	02 97 66 45 88
1 ^{er} V/Président	ACCIARO Jean	04 42 08 31 73
2 ^e V/Président	THIEBAUT Philippe	06 22 71 03 90
Secrétaire	MAIRE Bernard	03 81 50 47 79
Trésorier	LEGAVRE Robert	02 99 50 43 76
Rédactrice	MATTEI Noëlle	04 79 68 92 43

Commissions

Juridique administrative	ANDRAULT Claude	01 39 13 61 21
Hépatites virales	THIEBAULT Philippe	06 22 71 03 90

Associations régionales

Présidents		
Bourgogne	MAIRE Bernard	03 81 50 47 79
Franche-Comté	32, rue Edouard Herriot - 25000 Besançon	
Bretagne-ouest	LE TUTOUR André	02 97 66 45 88
	16, rue des 4 Vents - 56390 Grandchamp	
Centre-Charente-Poitou	HADJADJI Farida	06 31 09 72 85
	116, rue Jean Royer - 37000 Tours	
Limousin	TOUCHET Denis	05 55 30 47 35
	7, rue Georges Dumas - 87000 Limoges	
Rhône-Alpes	THIEBAUT Philippe	06 22 71 03 90
	87, rue du Fort Saint Irénée - 69005 Lyon	
Midi-Pyrénées	MARTIN Jean-Paul	05 61 15 44 15
	18, allée de l'Aubrac - 31770 Colomiers	
Normandie	LEBLOND Marc	02 33 25 43 98
	26, rue des Liquidamars 61400 Saint-Hilaire-le-Châtel	
PACAC	ACCIARO Jean	04 42 08 31 73
	5, avenue Roosevelt - 13600 La Ciotat	
Sud-Ouest	ROUGIER Lucien	05 56 07 18 80
	117, rue J. Vialar Goudou - 33600 Pessac	
Ile-de-France	VIVES Annick	01 44 73 43 17
	6, rue de l'Aubrac - 75012 Paris	
Correspondants		
- Henri Mondor	JOFES Lucie	09 72 99 99 12
- La Pitié-Salpêtrière	CAMUS Josiane	06 62 66 06 22
	CHAUSSARD Joëlle	06 71 07 28 33
- Paul Brousse	HENTZ Céline	06 48 90 65 41
	LONGEVIALLE Raymonde	06 09 14 65 50
	WILMOTTE Anne-Marie	06 61 89 14 49
- Saint-Antoine / Cochin	VIZZARI Lucien	06 79 85 32 23
- Beaujon	GUEROS Yolande	01 43 80 87 27



31 - Arrondissement  RCS 469200133 - B500116 - Février 2013 - Photo © Novartis

Offrir aux patients de nouveaux horizons

Depuis plus d'un quart de siècle, les capacités d'innovation de Novartis en transplantation se traduisent par la mise à disposition d'une gamme thérapeutique adaptée permettant d'optimiser la prise en charge des patients greffés du rein, du foie, du cœur et du poumon.

Nos équipes de recherche n'ont de cesse de découvrir des traitements innovants permettant de prolonger la survie des greffons, d'améliorer la tolérance des immunosuppresseurs et de contribuer à une meilleure qualité de vie des patients transplantés.

Vous pourrez toujours compter sur notre présence active à vos côtés.