



Hépat infos

Fédération nationale des déficients et transplantés hépatiques

N° 100

Médical et scientifique

La régénération d'organes par une imprimante 3D

Droit des patients

**Le parcours de santé
La lutte contre les hépatites B et C
Retour de mission**

Régional

**Transhépate
Bretagne-Ouest**

**Administratif
juridique et social**

**Sécurité sociale
Prestations - Nouvelles conditions de droits
CDD - Licenciement inaptitude
Retraite anticipée
Carrières longues**



*Hépat-Infos fête ses 25 ans
Notre 100^e numéro*

Agenda et repères	2
Le mot du président	3
Hommage	4
. Le Professeur Michel Pouyet Un pionnier de la greffe hépatique	
Médical et scientifique	5
. La régénération d'organes par une imprimante 3D . L'Inserm	
Droit des patients	6
. Le parcours de santé . La lutte contre les hépatites B et C . Retour de mission . Dans la presse . Un rapport réclame une stratégie plus ambitieuse contre les hépatites . « Réduire les inégalités sociales de santé »	
Libres opinions	7
. Les droits du patient ne doivent pas occulter ses devoirs	
Régional	11
Transhépate Bretagne-Ouest	
Administratif juridique et social	
■ Sécurité sociale - Prestations - Nouvelles conditions de droits ■ CDD - Licenciement inaptitude ■ Retraite anticipée - Carrières longues ■ Surendettement ■ Allocation veuvage ■ Retraite - Validation de trimestres ■ Retraite - Etudes - Validation de trimestres ■ Vieillesse - Aide ménagère majoration tierce personne ■ Aide juridique ■ Retraite - Pères veufs - Enfants - Majoration éducation et adoption ■ Allocation de solidarité aux personnes âgées ■ Retraite - Taux plein	
A qui s'adresser ?	15

Évolution de la couverture grâce aux différents bénévoles qui se sont succédé à la rédaction de la revue durant 25 années.



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

Directeur de la publication :
André Le Tutour

Coordination et rédaction :
Philippe Thiébaud, tél. : 06 22 71 03 90
email : phthieb@orange.fr

Comité de rédaction et de lecture :
Jean Acciaro, Michel Braconnier, 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 juin 2014

Agenda

Assemblée générale de la Fédération Transhépate

Lundi 30 juin 2014,
hôpital La Pitié Salpêtrière.

Repères

Une ATU¹ salvatrice, espoir pour tant de malades !

« À 62 ans, j'ai subi trois greffes de foie : la première en janvier 1998, puis une seconde deux jours plus tard car le greffon n'a pas fonctionné, la une troisième en octobre 2010. J'ai subi six ans de trithérapie, en alternance un an sur deux, avec interféron, ribavirine et amantadine. J'ai été réinfecté 4 mois après ma troisième greffe. J'ai bénéficié d'une ATU en janvier 2012 pour la trithérapie avec le télaprévir. Deux mois après, le virus était négatif. Avec le Professeur Marcellin de l'hôpital Baujon, j'ai pu témoigner de l'importance et des avancées des nouvelles molécules dans l'émission de France 3 *Allo Docteurs* de Michel Cymes et Marina Carrère d'Encausse.

J'ai continué la bithérapie pendant un an, et 13 mois après l'arrêt de tout traitement, je suis toujours négatif ! J'ai 99,9 % de chances d'être guéri. La greffe m'a sauvé la vie, mais les trithérapies et le soutien fondamental de mon hépatologue m'ont permis d'attendre les nouvelles molécules et de tenir le coup pendant douze ans. »

■ Jean Valacca

1. Les Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) sont délivrées dans les conditions suivantes : les spécialités sont destinées à traiter, prévenir ou diagnostiquer des maladies graves ou rares – il n'existe pas de traitement approprié – leur efficacité et leur sécurité d'emploi sont présumées en l'état des connaissances scientifiques.



Depuis 25 ans, 100 numéros de la revue Hépat Infos

Ce numéro de *Hépat infos* est le 100^e.

Une parution chaque trimestre et sans interruption depuis 25 ans !

Une performance remarquable pour, espérons-le, assurer un lien entre les adhérents et notre association de transplantés.

Hépat Infos relate les nouveautés, les actualités en transplantation hépatique et les activités des associations régionales. Le site internet complète les informations sur notre organisation.

Comme actualité récente, mentionnons la parution et la présentation du rapport *Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*.

Il fait quelque 500 pages et était attendu depuis longtemps.

Cette présentation a été suivie des 2^{es} rencontres parlementaires sur l'hépatite C à la Maison de la chimie le 27 mai 2014.

Transhépate était présente lors de ces deux journées à Paris.

Il a été rappelé l'importance de poursuivre le dépistage (500 000 personnes sont infectées par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C et beaucoup d'entre elles sont atteintes sans le savoir et ces virus sont responsables chaque année d'environ 4 000 décès).

Le paysage de l'hépatite C est en train de changer de manière spectaculaire avec l'arrivée de nouveaux traitements – les antiviraux à action directe (AAD) –, qui nous donnent le moyen de pouvoir éradiquer le VHC. La plupart de ces nouvelles molécules ont fait l'objet d'essais cliniques et les résultats montrent que chez 90 % des patients la disparition définitive du virus avec des combinaisons n'utilisant plus l'interféron. Il n'est donc pas abusif de parler de révolution thérapeutique.

Un médicament hautement efficace qui est en passe d'éradiquer un virus.

Quel bel espoir pour les malades ! Mais à quel coût ?

Des entreprises du médicament sont engagées dans une rude compétition pour imposer leurs molécules. Celles qui viennent d'obtenir leur autorisation de mise sur le marché ou qui sont prescrites dans le cadre d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), sont proposées à un prix très élevé. Leur prix définitif n'est pas encore fixé, mais dans le cadre d'une ATU, une de ces molécules coûte environ 50 000 euros pour un traitement complet. Son association à un deuxième AAD pourrait porter le total à 80 000 euros !

Qu'est-ce qui justifie un tel prix ?

Les nouveaux traitements sont prometteurs et devraient permettre de réduire les risques d'évolution vers la cirrhose ou le cancer du foie et par voie de conséquence la transplantation hépatique.

Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence de recherche ANRS (France Recherche Nord & Sud Sida-HIV Hépatites) dans une tribune publiée par *Le Monde* le 4 juin, plaide pour un juste prix et une juste prescription des nouveaux médicaments contre l'hépatite C.

A suivre...

André Le Tutour
Président Transhépate

Le Professeur Michel Pouyet

Un pionnier de la greffe hépatique

Le grand Professeur, initiateur de la greffe hépatique à Lyon, est décédé et ses obsèques ont été célébrées le mardi 3 juin à l'église Saint Denis, qui jouxte l'hôpital de la Croix Rousse où il a exercé pendant tant d'années. De nombreux professeurs, collaborateurs, personnel soignant, et patients greffés lui ont rendu un émouvant dernier hommage.

Notre amie Muriel Tissier, greffée en décembre 1987 par Monsieur Pouyet pour une hépatite fulminante – une première en France pour cette indication de greffe – l'a évoqué avec une profonde émotion : « *Le grand Patron que vous étiez s'effaçait devant votre humilité, votre pudeur et votre totale disponibilité. Vous étiez de ces patrons à l'ancienne qui passent tous les jours dans son service et même le week-end. Nous sommes nombreux à vous devoir la vie, et vous resterez à jamais notre sauveur et un grand Monsieur.* »



Sa fidèle collaboratrice, médecin-anesthésiste, Jacqueline Chagny a retracé avec humour, respect et beaucoup d'amitié toutes ces premières greffes réalisées par l'Equipe du Professeur Pouyet.

Ce sont quelques souvenirs, souvenirs des années passées dans le service du Professeur Pouyet.

L'église n'est pas un lieu bien adapté aux souvenirs de Chirurgie, mais je sais que vous entendrez tout mon respect et toute mon admiration.

Je me souviens surtout d'une greffe de foie le soir du Réveillon.

Ce soir-là, le Patron a dit à une infirmière qui hésitait à venir travailler bénévolement le soir du Réveillon — je vous laisse, Madame, face à votre conscience.

L'infirmière est venue. Tout le monde était là.

Dans le bloc on s'affaire, on murmure, on s'appelle ;

On se tait quand le Patron paraît.

Son bandeau de scène sur le front, imposant ;

— C'est franchement le moment, disait-il, impatient.

Mais en cette nuit d'hiver, on a senti le piège.

Le foie est trop tendu quand le Patron l'assiege et l'interne est inquiet car son nœud a lâché.

Alors j'entends encore.

Pince, pince, pince, martèle le Patron.

Tiens tirant sans tirer.

Serre tes nœuds, mon p'tit vieux, comme pour toi.

Mais le foie se défend tout sclérosé qu'il est.

Aide-moi mon p'tit vieux, ne cesse-t-il de dire.

Ecarte, aspire, tamponne, notre interne respire.

L'instant d'après est angoissant.

Le scope est en alarme.

Le Patron survolté va, vient, recule, trépigne.

O'SHAU, gros nez, gros lin.

L'interne a tout lâché pour saisir la ficelle.

Aveuglé par le sang, le Patron étincelle.

— mon p'tit vieux, c'est odieux, laisse finir le geste.

Si tu ne vois rien, je m'en fous.

Aspire, torchonne, on dirait qu'il s'en fout...

Montre-moi les affaires, surtout laisse-moi faire.

Il ne veut pas m'aider !!!!!

Le calme est revenu, le Patron est content, le foie greffé a bonne tête finalement.

Bon Bien Absolument... la suite est un enchantement.

On parle politique, le Patron est certain, Mitterrand est fini... Finis aussi bientôt les Hôpitaux...

On raconte qu'un jour, un poil blanc est tombé sur le champ. Bien que le poil soit blanc, Le Patron le renie: Tu perds tes cheveux, dit-il à son interne tout ébahi.

Demain le Professeur Pouyet retournera 20 fois voir sa greffe de foie dont les enzymes montent, la nuit, le jour, sans repos, sans vacances.

La greffe, il y croit, c'était sa foi.

Voilà en quelques mots, décrit notre Patron. Je suis heureuse et fière d'avoir eu le privilège de travailler avec votre père et d'avoir participé à son grand dessein et à ces magnifiques succès que sont Muriel, Eric et tous les autres précieux greffés du Professeur Pouyet.

Merci, Monsieur.

Que de progrès depuis toutes ces premières greffes.

La greffe hépatique doit tant à de tels hommes et les greffés du foie ont perdu un Homme qui leur a sauvé la vie, Un de leurs proches. ■

La régénération d'organes par une imprimante 3D

PAR FABIEN GUILLEMOT, CHERCHEUR À L'INSERM, UNIVERSITÉ DE BORDEAUX POUR TRANSHÉPATE

L'ingénierie tissulaire a pour but de développer des tissus biologiques pouvant restaurer les fonctions des tissus de l'organisme ou servir de modèles physiologiques pour des études pharmacologiques et toxicologiques. En dépit d'importantes recherches, les approches classiques d'ingénierie tissulaire, basées sur la culture de cellules sur des biomatériaux macroporeux, se heurtent aujourd'hui à un certain nombre d'obstacles scientifiques, techniques, voire réglementaires. Ces obstacles impliquent notamment la complexité des tissus et organes, les besoins de « personnaliser » les tissus (par exemple via l'utilisation des propres cellules du patient et l'intégration de données anatomiques), et la nécessité d'assurer la fabrication dans des conditions de sécurité absolue.

Dans ce contexte, le développement des technologies de fabrication numérique a conduit à l'émergence de la bioimpression, ou impression 3D de tissus biologiques. Cette nouvelle technologie repose sur le principe de l'impression 3D qui est la fabrication par dépôt de matière couche-par-couche à partir d'un fichier numérique. Si l'impression 3D commence aujourd'hui à être utilisée directement en clinique pour réaliser des implants sur-mesure (une équipe américaine de l'Université du Michigan a ainsi récemment fabriqué, à partir d'images obtenues par imagerie IRM, une attelle en polymère biocompatible qui a été implantée avec succès au niveau du thorax d'un enfant), il convient de noter que la bioimpression est encore émergente du fait des spécificités techniques et scientifiques associées à l'impression de matériel vivant.

La Bioimpression procède de la séquence suivante (figure 1) : i) la conception assistée par ordinateur de l'architecture du tissu biologique au cours de laquelle l'organisation spatiale

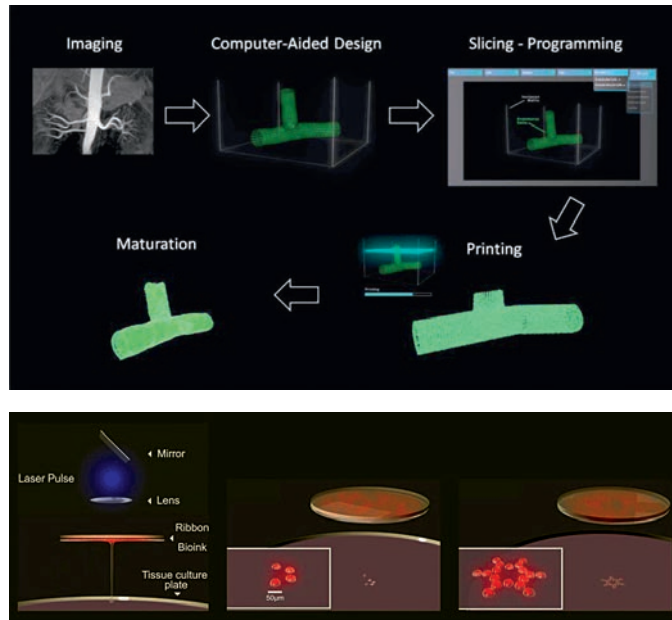


Figure 1 : Principe de la Bioimpression.

Figure 2 : Fonctionnement de la bioimpression assistée par LASER. La focalisation d'une impulsion laser (en bleue) sur une cartouche (composée d'un film d'encre étalé sur une plaque de verre) entraîne la formation d'un jet d'encre vers un substrat sur lequel sont collectées des microgouttelettes de cellules. Les motifs de cellules sont obtenus par un balayage rapide de la cartouche par le laser qui entraîne la formation de 10 000 gouttelettes par seconde.

de l'ensemble des constituants des tissus est définie, ii) la programmation de l'imprimante en relation avec les propriétés des « encres » contenant les cellules, iii) l'impression couche-par-couche des tissus biologiques à l'aide d'automates qui reproduisent les motifs conçus par ordinateur en déposant des micro-gouttelettes d'encre biologiques, iv) la maturation du tissu imprimé en bioréacteur qui permet aux cellules de s'auto-organiser jusqu'à faire émerger des fonctions biologiques spécifiques.

Dans le contexte international, la Bioimpression a connu ses principaux développements au cours des cinq dernières années, avec par exemple : la bioimpression de cellules souches adultes ou embryonnaires humaines, les premiers essais d'implantation chez l'animal de tissus imprimés, la réalisation de bioimpression *in vivo* et *in situ* (directement dans des souris), et la création de la première société : Organovo (cotée au NYSE depuis juillet 2013) qui devrait prochainement commercialiser auprès de l'industrie pharmaceutique des tissus hépatiques imprimés.

Au sein de l'Inserm à l'Université de Bordeaux et en collaboration avec le CHU de Bordeaux, nous travaillons depuis 2005 sur une technologie particulière : la Bioimpression par LASER (figure 2). Celle-ci procure un certain nombre d'avantages par rapport aux autres techniques tels que la très haute résolution et la rapidité. Pour cela, nous avons mis en place une équipe composée de physiciens, biologistes et cliniciens. Après s'être intéressés à l'ingénierie du tissu osseux, nous cherchons à appliquer cette technologie dans le contexte de la peau et de la cornée. Nous avons aussi obtenu un soutien de l'Agence de la biomédecine pour initier des travaux dans le contexte de la fabrication du glomérule rénal.

Notre vision est que la bioimpression accompagnera le développement de la médecine individualisée que ce soit pour sélectionner les molécules et médicaments les plus adaptés au patient en amont des thérapies ou, à terme, pour produire de façon automatiser des greffons à partir des cellules du patient.

■ Fabien Guillemot

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Célébration de cinquante ans de recherche dans le domaine biomédical

Voici 50 ans que l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a été créé pour répondre aux défis des sciences de la vie et de la santé. Depuis il soutient la recherche fondamentale et clinique dans le domaine biomédical.

Le colloque international de l'Inserm a eu lieu le 3 avril 2014, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne; ce colloque, sous le haut patronage du Président de la République Monsieur François Hollande, était présidé par le Président-Directeur général de l'Inserm le Professeur André Syrota.

Ce colloque rassemblait scientifiques, politiques, partenaires institutionnels et économiques ainsi que les associations de malades, dont Transhépate qui était représentée.

Il portait un regard sur l'épidémiologie et l'épigénétique¹, invention récente et d'avenir, ainsi que sur l'interdisciplinarité croissante des sciences de la vie et de la santé et leur rôle dans la transformation de notre société qui demande des réponses multidisciplinaires et concertées face aux maladies infectieuses émergentes.

Le rôle des techniques de pointe comme l'imagerie ultrarapide, la thérapie génique, l'immunothérapie² « arme fatale » contre le cancer, toutes ces innovations biomédicales sont plus que jamais au cœur des défis sociaux, éthiques et économiques de notre siècle.

Le rôle des associations comme acteur de la recherche a été souligné par Bruno Spire, Président de AIDES et Directeur de recherche INSERM en faisant référence à la « recherche communautaire » dans lesquelles sont incluses des personnes concernées par le VIH et le VHC. Il s'agit d'une approche collaborative entre médecins, chercheurs et patients atteints de ces virus qui participent conjointement à toutes les étapes du processus de recherche, suivant des principes d'équité et de responsabilité partagées, en fonction des compétences de chacun.

L'allocution de clôture a été faite par Monsieur Benoît Hamon, ministre de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

■ Raymonde Longevialle

1. L'étude des influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression de nos gènes.

2. Méthode qui consiste à détruire les cellules par des réactions normales de défense de l'organisme, que l'on appelle réactions immunitaires.

Le parcours de santé

Nous sommes 66 millions d'Impatients ! 30 propositions pour améliorer la santé de tous

Devant le constat des inégalités d'accès aux soins pour tous, le Collectif interassociatif sur la santé, adresse des propositions concrètes aux pouvoirs publics afin de les réduire dans un souci de plus de solidarité.

Dans une perspective d'une approche globale de la personne, le CISS suggère la formation de Centres d'accompagnement pour l'autonomie en santé dans lequel « prévention, soin et accompagnement » ainsi que des « professionnels de santé capables d'offrir des soins coordonnés et des acteurs mobilisés ensemble pour la santé publique dans les territoires ou vers les communautés » seraient réunis. Cet aspect est primordial pour l'accès de tous aux soins.

Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » D'autres dimensions comme la santé économique et environnementale ne font pas partie de la personne mais de son interaction avec l'extérieur. Chacune de ces dimensions affecte de près ou de loin la santé de la personne. Une approche globale permet de mieux comprendre et de mieux intervenir en promotion et éducation de la santé.

Réflexions

Alors qu'une loi de santé est annoncée, désireux de réaffirmer le point de vue des patients, le CISS a engagé une réflexion en s'appuyant sur la définition de l'OMS pour construire un système qui répondrait aux aspirations de tous et qui tiendrait compte de la progression des maladies chroniques et du vieillissement de la population. Une des priorités est l'innovation dans l'accès aux soins et l'accompagnement en santé. Il est nécessaire de mettre en cohérence le plan de soin qui reste l'outil de coordination des différents professionnels participant à la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, et la prise en compte de l'environnement et de l'accompagnement du patient dans un parcours individualisé et personnalisé. Ces trois aspects réunis du suivi d'un patient sur le long terme peuvent être désignés : le **parcours de santé**.

■ Ce dispositif peut contribuer à éviter ou limiter une évolution vers des formes graves et réduire l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient. Il permet aux professionnels d'intervenir en proposant une réponse adaptée et cohérente qui tient compte du contexte de vie du patient, de sa volonté et de ses aspirations, ainsi que de son environnement, à savoir, son cadre de vie, son entourage et des offres de soins accessibles.

■ Les professionnels de la santé ou du social et les associations devraient être associés à la construction de ce parcours. La création d'un **Centre d'accompagnement** où les patients qui le souhaitent, trouveraient les informations et les soutiens dont ils ont besoin.

■ Le parcours de santé dans un Centre d'accompagnement passe par un accès aux professionnels de santé et aux structures médico-sociales financièrement et physiquement accessibles sur l'ensemble du territoire et dans le cadre d'un **service public**.

Propositions

■ L'évaluation du parcours de santé d'un patient ne doit pas se limiter à l'observance des indications et des normes et le non-respect de celles-ci ne doit pas entraîner de restrictions de remboursement des soins. L'objectif prioritaire de la prise en charge du patient au sens de l'OMS tel qu'il est défini au premier chapitre est l'amélioration de la santé et non l'ambition

de faire des économies à court terme. Contrairement à certaines pratiques comme sanctions infligées à des personnes obèses ne se conformant pas aux recommandations faites ou le retrait des appareils contre l'apnée du sommeil car trop peu utilisés.

- Le patient doit participer à la construction de son parcours qui ne doit pas être lui être imposé. Cette autonomie est la condition de la réussite d'un parcours librement choisi.

- La personne doit être prise en compte dans tous ses aspects : environnement social, familial et professionnel. Les actions de prévention et d'éducation à la santé font également partie du parcours et être proposées aux patients. Le parcours ne se limite pas au plan de soins.

- Toutes ces actions doivent être coordonnées. L'espoir mis dans le DMP (Dossier médical personnel) et les systèmes d'information partagés (télé-médecine) ne sont pas encore à la hauteur des espérances et leur utilisation n'est pas toujours satisfaisante pour ce type d'action. La coordination des professionnels est indispensable et doit être rétribuée. Cette rémunération doit être incluse dans un forfait ce qui implique une révision du paiement à l'acte en vigueur actuellement.

- La mise en place de l'accompagnement des personnes exige du savoir-faire et des aptitudes à l'écoute. Au côté des professionnels de santé, « les aidants », souvent membres de la

famille, sont aussi concernés par l'accompagnement. Une personne formée aux situations complexes doit être présente pour aider les patients et leur permettre d'exprimer vraiment leur choix.

- Les aidants sont les personnes les plus proches du patient. Leur vie en est profondément modifiée et affectée par leur situation de soutien de leur proche malade. Une attention particulière doit leur être apportée car c'est de leur bien-être que dépend l'amélioration de la vie du patient.

- La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ainsi que les assurances complémentaires n'ont pas vocation à intervenir dans les choix du parcours. Leur rôle est d'examiner les conditions de remboursement des actes du parcours.

- L'évaluation du parcours de santé d'un patient ne doit pas se limiter aux non-respect des indications et des normes ne doivent pas entraîner des restrictions de remboursement des soins. L'objectif prioritaire de la prise en charge au sens de l'OMS tel qu'il est défini au premier chapitre est l'amélioration de la santé et non l'ambition de faire des économies à court terme. Contrairement à certaines pratiques comme sanctionner des personnes obèses ne se conformant pas aux recommandations faites ou le retrait des appareils contre l'apnée du sommeil car trop peu utilisés.

- Dans les maladies chroniques le parcours de santé s'inscrit sur le long terme. Le rôle du « Centre d'accompagnement » sera de prendre en compte tous les moments de la vie du patient aussi bien dans le déroulement quotidien de la maladie que dans les situations de crise et d'apporter des propositions pertinentes à l'état physique, psychologique du patient ainsi qu'à sa situation sociale.

Le rôle des associations de patients qui est reconnu par les chercheurs en la recherche clinique (voir *Hépat Infos* n° 95 « INSERM et les associations de malades ») peut l'être également pour la prévention, le dépistage, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et le soutien psychologique et social. Depuis de nombreuses années, des associations de patients atteints de maladies chroniques ont montré leur aptitude à s'engager dans la recherche de solution ; elles sont devenues les acteurs actifs dans les progrès des traitements proposés et l'élaboration de savoirs adaptés. Il en est de même pour les Représentant des usagers dans les établissements de santé. Elles ont donc toute leur place dans ce parcours de santé.

■ N. Mattéi

Sources :

- Extraits de : *Stratégie Nationale Santé-CISS_30 propositions-AméliorerSantéTous*
- *Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient* Lettre d'information de la Haute Autorité de santé, n° 36.
- OMS : *Organisation mondiale de la santé.*



Libres opinions

Les droits du patient ne doivent pas occulter ses devoirs

De passage bien involontaire dans le service des urgences de l'hôpital de Besançon, j'ai été le témoin de comportements qui m'ont profondément interpellé et m'ont conduit à réfléchir à l'attitude tout à fait détestable de certains patients.

Certes, les services des urgences ont souvent mauvaise réputation : manque de personnels, attentes interminables, diagnostics parfois hâtifs, promiscuité dangereuse..., mais cela ne justifie en rien les incivilités, les injures et le mépris à l'égard du personnel affiché par certains patients.

Pendant 4 heures (oui, c'est long) j'ai été le témoin de l'impatience, du persiflage, de la grossièreté de malades qui s'en prenaient à des internes et des infirmières pleins de bonne volonté, mais visiblement débordés. J'ai admiré leur constance et leur gentillesse face aux sarcasmes. Parfois d'ailleurs, on

atteignait la méchanceté pure et simple : un malade sur un brancard, en face de moi, demande à une infirmière de bien vouloir vider sa poche d'urine ; celle-ci lui précise qu'elle finit d'abord de s'occuper d'une patiente prioritaire, puis qu'elle reviendra le voir. Une femme alors se tourne vers le malade et lui lance « vous n'avez qu'à vider votre poche par terre : elle sera bien obligée de nettoyer, ça lui fera les pieds (sic). »

Les associations comme Transhépate, ont certes le devoir d'aider leurs membres et de leur faire connaître leurs droits... Mais n'est-ce pas aussi notre rôle de leur rappeler que tout être humain a droit au respect et à la considération et que le mépris affiché parfois à l'égard des soignants relève de l'ingratitude et de l'absence de la plus élémentaire politesse.

■ Bernard Maire

La lutte contre les hépatites B et C

Le Pr Daniel Dhumeaux (CHU Henri Mondor, Créteil, président du Comité de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012) a assuré la coordination d'un **Rapport sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C** qui a été rendu public le 19 mai 2014 à l'occasion de la journée nationale de lutte contre les hépatites virales en présence de la Ministre de la Santé, Madame Marisol Touraine. Ce rapport est consultable en ligne sur les sites web du ministère des Affaires sociales et de la Santé : www.sante.gouv.fr, de l'ANRS : www.anrs.fr et de l'AFEF : www.afef.asso.fr

Dépister

Selon les dernières données épidémiologiques, environ la moitié des 300 000 personnes atteintes d'hépatite B et un tiers des 200 000 personnes atteintes d'hépatite C ignorent encore leur statut sérologique. Du fait des importantes avancées thérapeutiques, ces insuffisances dans le dépistage conduisent à une perte de chance inacceptable pour les personnes atteintes qui accèdent avec retard (ou pas du tout si elles sont maintenues dans l'ignorance de leur statut) aux traitements. Elles sont également potentiellement sources de nouvelles contaminations.

Vacciner contre l'hépatite B

La politique vaccinale en vigueur en France depuis 1994 consiste à proposer la vaccination contre le VHB aux personnes à risque élevé d'exposition (soignants, multi-partenaires sexuels, usagers de drogues, personnes venant de zones d'endémicité élevée...), aux nourrissons et aux adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans. Or, les taux de couverture vaccinale parmi ces populations sont insuffisants : le taux de couverture est inférieur à 50 % chez les usagers de drogues ; il est compris entre 58 et 63 % chez les HSH. Seuls 88 % des médecins généralistes se déclarent vaccinés, alors que cette vaccination leur est obligatoire. Si la couverture vaccinale des nourrissons est en nette augmentation depuis 2008, celle des adolescents est gravement insuffisante, en raison de polémiques sur un lien supposé avec la

survenue de sclérose en plaques et l'arrêt des campagnes de vaccination chez les enfants depuis 1998. La couverture vaccinale est ainsi passée dans ce groupe d'âge de 62 % en 2000-2001 à 43 % en 2008-2009.

Usagers de drogues : réduire davantage les risques

L'usage de drogues par voie injectable est aujourd'hui à l'origine de la majorité des nouvelles contaminations par le VHC. Les usagers de drogues sont ainsi le groupe social le plus lourdement touché et le principal « réservoir » de l'infection. Certains dans cette population sont plus à risque : les personnes en situation de précarité, les jeunes, les femmes, les migrants et les personnes détenues. C'est par le partage de matériel, et le plus souvent au début du parcours d'injection, que se produisent majoritairement les contaminations. De nouvelles approches de réduction des risques ont fait la preuve de leur efficacité pour diminuer les contaminations : traitements substitutifs aux opiacés (TSO), lieux et nouveaux outils de « sécurisation » de l'injection et de la consommation...

Traiter

Grâce à des combinaisons de nouvelles molécules à activité antivirale directe (et maintenant sans interféron), des taux très élevés de guérison de l'infection par le VHC sont obtenus, avec des durées de traitement courtes (3 mois) et très peu d'effets indésirables. Ces traitements conduisent à une éradication du virus et préviennent l'évolu-

tion vers la cirrhose. Chez les malades qui ont une cirrhose, ces nouveaux traitements permettent de diminuer le risque de cancer du foie et le recours à la transplantation hépatique.

Les avancées ont également été importantes dans le traitement de l'hépatite chronique B, avec des agents qui assurent un contrôle très efficace de l'infection. Comme dans l'hépatite C, ces traitements réduisent le risque de cirrhose et probablement de carcinome hépatocellulaire. Leur inconvénient est la nécessité d'une administration prolongée, voire indéfinie.

Réduire les inégalités sociales de santé

Les populations aujourd'hui frappées lourdement par les hépatites B et C se caractérisent par des difficultés sociales ou des particularités régionales : pauvreté, précarité, logement, migration, détention, France d'Outre-Mer...

Coordonner, évaluer, innover

Une lutte efficace contre les hépatites virales implique plusieurs structures et de nombreux acteurs médicaux, sociaux et associatifs intervenant à différents moments de la chaîne qui va du dépistage au suivi.

L'objectif doit être d'optimiser la prise en charge en construisant un parcours de santé cohérent pour tous les patients dans lequel l'éducation thérapeutique sera intégrée. Pour les cas les plus complexes, il est proposé de mettre en place, dans chaque région, des réunions de concertation multidisciplinaire. ■

Retour de mission

Du 20 au 22 mars mai 2014 j'ai participé au Salon de la santé et de l'autonomie à la porte de Versailles à Paris.

Qu'allait donc faire un transplanté du foie dans un tel salon ?

La Fédération hospitalière de France (FHF) faisait partie des organisateurs de cet évènement dont le thème central était la **nouveauté**. Étaient donc exposées la plupart des évolutions des techniques de soins en milieu hospitalier, et également dans les domaines de l'hospitalisation à domicile (HAD) et du médico-social.

Pour nous, transplanté du foie avons été bénéficiaires de ces techniques opératoires exposées, ainsi que de la complexité de l'environnement organisationnel de l'opération en elle-même. Ajoutez à cet acte majeur de la greffe de l'organe, toutes les conditions préalables nécessaires que représente le don d'organe : l'identification du donneur, les procédures de prélèvements, l'acheminement et enfin la greffe.

Si celle-ci est le point d'orgue d'une première étape dans notre histoire de greffé, elle est le point de départ d'un itinéraire qu'actuellement l'on définit comme un parcours de soins, celui-ci ayant débuté depuis que la maladie du foie a été détectée.

Cette étape de la greffe, que l'on pourrait assimiler, dans un parcours en plusieurs étapes, à un point de ravitaillement où l'on retrouve des capacités physiques proches de la normale nous plaçant en situation d'acteur pouvant intervenir dans notre parcours de soins. La réaction générale et immédiate de chaque transplanté est de dire MERCI !

D'abord à notre donneur, aux chirurgiens et à leur savoir-faire, pour nous, miraculeux. A ce point de notre parcours, nous avons davantage

« subi » les évènements inattendus et imprévisibles de la vie courante, plus ou moins responsables de par notre mode de vie, de ce qui nous arrive.

La greffe de notre nouveau foie nous met dans une situation de grande responsabilité. Devenant responsable de l'organe généreusement offert, responsable de cette nouvelle vie qui nous était donnée, acteur de notre nouvelle vie, associé aux soignants qui nous permettent de franchir les différents obstacles comme les effets secondaires et les évènements indésirables des traitements parfois très lourds qui nous sont indispensables pour continuer à vivre.

C'est à ce stade de notre itinéraire que s'offrent à nous plusieurs possibilités : dire merci c'est bien, mais l'on peut faire mieux. Reconnaître l'importance de notre système de santé, la remarquable organisation de l'hôpital public et surtout en célébrer les bienfaits est à notre portée.

Le souci majeur des décideurs administratifs et politiques est de constamment l'améliorer. C'est une des raisons pour laquelle la loi dite « Bernard Kouchner » de 2002 a mis en place, pour nous donner la parole, les représentants des usagers (RU).

Qui mieux que nous, peut remplir cette fonction ?

Usagers, déjà nous le sommes, il ne reste plus qu'à ajouter le mot représentant. Un travail remarquable est réalisé au sein de notre association qui fait de nous des membres participants, en fonction de nos modestes moyens, à l'activité thérapeutique des services de médecine. C'est pour nous une façon concrète de dire merci. Nous pouvons aussi prolonger cette activité citoyenne

de « Représentant des usagers » en répondant à la demande des décideurs de notre système de santé qui se fait de plus en plus pressante. Participer à l'amélioration de ce magnifique outil dont nous sommes les premiers bénéficiaires c'est répondre à cette demande et valoriser davantage cette nouvelle vie qui nous a été donnée. Ma présence au salon de la santé et de l'autonomie est l'aboutissement d'un engagement, dans le cadre du représentant des usagers, qui a suivi celui de la création de notre association régionale.

J'ai été choisi pour faire partie d'une commission nationale des représentants des usagers de la Fédération hospitalière de France (FHF) où je représente la Fédération Transhépate.

Pour les administrateurs et les soignants, notre expérience de soignés est beaucoup plus précieuse que nous pouvons l'imaginer. Elle ne repose pas sur un acquis théorique mais sur le vécu du patient. Certaines compétences sont utiles pour être présent d'une façon efficace dans les structures administratives. Des possibilités de formations sont à l'étude et certaines fonctionnent déjà.

La greffe nous a permis de sauvegarder le cours, très proche de la normale, de notre vie courante, professionnelle, et de notre vie familiale. Elle nous offre la possibilité de vivre au sein d'une autre famille, encore beaucoup plus grande, aux dimensions insoupçonnées et dont la découverte, en ce qui me concerne, est source de grand réconfort.

On ne choisit pas sa famille, c'est une possibilité qui nous est offerte d'en découvrir une autre, n'hésitons pas à la saisir.

■ Roger Defrasne

Un rapport réclame une stratégie plus ambitieuse contre les hépatites

La France devrait adopter une politique plus ambitieuse contre les hépatites B et C qui font chaque année 4 000 morts, en mettant l'accent sur la vaccination et le dépistage par tests rapides, selon des experts.

La mobilisation en France ne semble plus à la hauteur face à ces deux maladies virales reconnues « grande cause sanitaire » qui affectent un demi-million de personnes, selon un rapport remis lundi à la ministre de la Santé.

Ce travail, demandé par Marisol Touraine, a été réalisé sous l'égide de l'Agence française de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS) et de l'Association française pour l'étude du foie (AFEF) par 22 groupes d'experts et un comité indépendant.

« Il est important que des mesures permettant un renforcement de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des personnes infectées soient rapidement mises en œuvre », soulignent l'ANRS et l'AFEF dans un communiqué commun.

Cet effort doit viser en premier lieu les populations les plus exposées. Il s'agit des usagers de drogues injectables qui s'infectent en utilisant des seringues usagées ou en les partageant, en particulier dans les prisons où drogue et seringues circulent sous le manteau.

Il s'agit aussi de migrants venus de régions comme l'Afrique où l'hépatite B est très présente mais aussi les populations homosexuelles et celles de certaines régions d'Outre-Mer.

Le dépistage est un point crucial puisque la moitié des 300 000 personnes atteintes d'hépatite B et un tiers des 200 000 personnes atteintes d'hépatite C ignorent qu'elles sont contaminées.

Cette part élevée de personnes ignorant leur infection justifie une intensification des dépistages ciblés, en s'aidant des nouveaux outils de diagnostics rapides, les Trod, souligne le rapport.

Ces Trod, déjà utilisés pour le dépistage du sida, permettent de donner une réponse sur une infection en moins de 30 minutes contre plusieurs jours pour un test classique.

Les Trod pour les hépatites B et C existent déjà, mais en France leur usage n'a pas encore été « encadré » par la Haute autorité de santé (HAS), relève le rapport. Ils permettraient de « favoriser le dépistage des populations qui ne fréquentent pas les structures médicales classiques ».

Elargir les dépistages

La ministre de la Santé a confirmé dans un message lors de la remise du rapport son intérêt pour les Trod dont elle veut « développer l'usage (...) en combinaison avec ceux qui existent déjà pour le VIH ».

Le rapport propose aussi d'élargir le dépistage aux hommes âgés de 18 à 60 ans et aux « femmes enceintes dès la première consultation prénatale ».

Autre grand point d'action : la vaccination contre l'hépatite B. La vaccination est aujourd'hui proposée aux personnes à risques (usagers de drogues, personnel

soignant, migrants, etc.), aux nourrissons et adolescents.

Mais « les taux de couverture vaccinale parmi ces populations sont insuffisants ». La situation est la plus préoccupante est pour les adolescents pour lesquels le niveau de vaccination est « gravement insuffisante en raison de polémiques sur un lien supposé avec la survenue de sclérose en plaques ».

« La suspicion » de lien entre la vaccination et cette maladie « n'a pas été confirmée » et le vaccin « a montré sa grande efficacité », souligne le rapport. « Il faut profiter de tout contact avec un médecin (...) pour proposer une vaccination aux enfants, adolescents et personnes exposées ».

L'arrivée de nouveaux traitements très efficaces, avec moins d'effets secondaires mais à des coûts exorbitants, les antiviraux à action directe (comme le Sofosbuvir de l'américain Gilead), sont en train de « bouleverser » la prise en charge des hépatites C.

Il convient de « préciser la place » de ces nouveaux médicaments et de « mettre en place des études coût-efficacité », selon le rapport.

Mme Touraine a indiqué de son côté qu'il faudra « maîtriser » l'impact financier des nouveaux traitements. Un comprimé de Sofosbuvir est facturé 1 000 dollars aux Etats-Unis, soit 84 000 dollars (environ 60 000 euros) pour les 12 semaines de traitement préconisées.

Sources : Le Parisien, publié le 19-05-2014

Extrait du Dossier de presse sur la journée du 19 mai 2014 « Journée nationale de lutte contre les hépatites virales qui s'intitule »

« Réduire les inégalités sociales de santé »

Les populations aujourd'hui frappées lourdement par les hépatites B et C se caractérisent par des difficultés sociales ou des particularités régionales: pauvreté, précarité, logement, migration détention, France d'Outre-Mer [...]. Leur prise en charge ne peut se restreindre à la seule composante médicale. Elle doit être accompagnée de mesures sociales qui pour être efficaces, doivent être pluridisciplinaires et adaptées: amélioration de la couverture médicale complémentaire de santé, droit au séjour pour raisons médicales, lutte contre les refus de soins [...]

Pour améliorer la prise en charge, il est aussi proposé de disposer de données

régionales, actuellement fragmentaires, sur la situation épidémiologique et l'organisation des soins, données qui seraient régulièrement actualisées. Ce « tableau de bord » national permettra d'identifier d'éventuelles situations critiques à corriger Coordonner, évaluer, innover.

Une lutte efficace contre les hépatites Virales implique plusieurs structures et de nombreux acteurs médicaux, sociaux et associatifs intervenant à différents moments de la chaîne qui va du dépistage au suivi.

L'objectif doit être d'optimiser la prise en charge en construisant un parcours de santé cohérent pour tous les patients dans lequel l'éducation thérapeutique sera intégrée.

Pour les cas les plus complexes, il est proposé de mettre en place, dans chaque région, des réunions de concertation multidisciplinaire. [...]

L'augmentation de la couverture vaccinale et du dépistage, le déploiement des stratégies de prévention innovantes et adaptées, la coordination de tous les acteurs du soin et de la prévention, la mise à disposition de nouvelles molécules au prix très élevé, un accompagnement social de la maladie... toutes ces mesures ont un coût. Les auteurs du rapport indiquent que de tels choix nécessitent leur évaluation régulière, tant au plan médical qu'économique.

Sources : « Le rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C »
Ministère des Affaires sociales santé : www.sante.gouv.fr - L'ANRS : www.anrs.fr et de l'AFEF : www.afef.asso.fr



24^e Rencontre annuelle des transplantés hépatiques du Grand Ouest

C'est au CHU Pontchaillou de Rennes que le 29 mars 2014, s'est tenue la 24^e Rencontre annuelle des transplantés hépatiques du Grand Ouest.

Cette année 125 personnes étaient réunies pour assister à la conférence médicale puis à l'assemblée générale présidée par le Professeur Bernard Launois, Président d'Honneur de Transhépate Bretagne-Ouest.

Le président André Le Tutour accueille les participants et les remercie de leur présence, certains venant de plus de 300 km.



Un mot de bienvenue au CHU de Rennes, nous est adressé par Anne-Marie Lorho, directrice adjointe déléguée au pôle « Abdomen et transplantation hépatique ».

Dr P. Houssel-Debry,
C. Le Fresne, A. Le Tutour,
Pr B. Launois et A-M. Lorho.

Activité greffe hépatique et suivi post-greffe au CHU de Rennes

Thème présenté par le Docteur Pauline Houssel-Debry et Claire Le Fresne infirmière suite de greffe.

En 2013, l'activité de transplantation hépatique a été de 118 greffes, de 2 758 consultations pour assurer le suivi d'environ 1 000 patients, venant de tous les départements du Grand Ouest. Le suivi général des greffés au centre de Rennes peut se résumer par le tableau ci-contre.

Le bilan annuel élément important du suivi, doit obligatoirement se composer des consultations suivantes : de cardiologie, de dermatologie, échodoppler hépatique, radiographie thoracique, consultation gynécologie + mammographie /2 ans, coloscopie / 5 ans, PBH systématique à 1 an, 3 ans, 5 ans, 10 ans.

Un suivi spécifique est mis en place pour, femme enceinte, greffe rénale associée et greffé sous Certican.

Tous ces suivis doivent être faits en liaison étroite avec le patient, ce qui nécessite la création d'un temps ETP en greffe hépatique afin d'assurer l'Accompagnement thérapeutique du patient.

Semaine de 1 à 12	De 3 à 4 mois	De 4 à 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 à 3 ans	Et après
Toutes les semaines	Tous les 15 jours	Tous les 15 jours	Tous les mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois
En séance	En externe	En externe	En externe	En externe	En externe
Au CHU à Rennes	Au CHU à Rennes	Début de l'Alternance	Alternance	Alternance	Alternance
	Ablation du drain				

Cet accompagnement thérapeutique du patient participe :

- amélioration de la santé du patient ;
- amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches.

Cet exposé très apprécié, a suscité de nombreuses questions et échanges de la part des transplantés présents.

L'assemblée générale statutaire a suivi cet exposé avec présentation du rapport moral, du rapport d'activité, du bilan financier. Transhépate étant très impliqué dans le collectif AMIGO-Bretagne, un petit diaporama résumant le « Tour de Bretagne cycliste des greffés » a été projeté et commenté par le président André Le Tutour.

Un repas salle des congrès, a permis aux greffés de se retrouver et d'échanger de façon conviviale. Rendez-vous est pris pour mars 2015. ■



Un livret du greffé hépatique a été réalisé en 2013, avec pour objectif de répondre aux questions que le patient se pose sur l'attente, la greffe, la vie après la greffe, les traitements.



CDD LICENCIEMENT INAPTITUDE

La Cour de Cassation, saisie pour avis, au sujet de la convocation pour entretien préalable à un licenciement pour inaptitude d'un salarié dans le cas d'un CDD, indique que cette disposition, prévue dans le Code du Travail, n'est pas applicable dans ce cas.

RAPPEL : quelles que soient les circonstances il est nécessaire, dans le cas de l'inaptitude, de réunir deux conditions : l'inaptitude doit avoir été constatée par le médecin de travail et l'employeur être dans l'impossibilité de reclasser le salarié comme l'impose le Code du Travail. ■

RETRAITE ANTICIPÉE CARRIÈRES LONGUES

Depuis le 01/11/2012 les personnes qui ont commencé à travailler avant l'âge de 20 ans pouvaient bénéficier d'un départ anticipé à la retraite aux taux plein au titre d'une carrière « dite longue » par rapport à l'âge de départ prévu par les textes en vigueur actuellement ; cette loi ne tient pas compte des aléas de la vie (chômage, maladies etc.).

La loi du 20/01/2014 modifie la façon de calculer la prise en charge des trimestres non cotisés assimilés à des périodes de travail ; elle tient compte des diverses interruptions de carrières.

A partir du 1/4/2014 (décret n°2014-350 du 19/03/2014), la prise en compte des trimestres pour le calcul de la durée d'assurance cotisée s'effectuera de la façon suivante : deux trimestres non cotisés (au lieu d'un) au titre des périodes d'invalidité – Tous les trimestres au titre de la majoration pour pénibilité du travail – deux trimestres supplémentaires au titre du chômage indemnisé – Tous les trimestres au titre du congé maternité. ■

Sécurité sociale - Prestations Nouvelles conditions de droits

I - DEPUIS LE 23/12/2013 (JO du 27-12-2013 - décret n°2013-1260, les conditions d'ouverture de droits aux prestations d'assurances maladies, maternité, invalidité, décès sont assouplies.

II - RAPPEL DES CONDITIONS PRÉCÉDENTES

a) Prestations en nature (*Remboursement de soins et capital décès*)

Avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire au 1^{er} janvier de l'année de référence. Ou avoir effectué au moins 1200 heures de travail salarié ou assimilé au cours de l'année civile.

b) Prestations en espèces (*Indemnités journalières de plus de 6 mois et Invalidité*)

Avoir au moins 12 mois d'immatriculation à la date de l'arrêt de travail ; en plus il fallait avoir cotisé, pendant les 12 mois précédant la date d'arrêt du travail, sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire au 1^{er} janvier précédant immédiatement cette période de 12 mois, avoir cotisé les six premiers mois de celle-ci sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le SMIC horaire en vigueur à ce moment.

III - CONDITIONS NOUVELLES

La multiplication des emplois précaires et partiels portait préjudice à des assurés qui se trouvaient ainsi écartés des prestations par suite des exigences de durée de travail et de base de cotisations ; il a donc été décidé d'assouplir les conditions afin de ne pas pénaliser les personnes occupant ces emplois.

a) Prestations en nature

- Avoir cotisé pendant l'année civile sur un salaire au moins égal à 400 fois le SMIC horaire applicable au 1^{er} janvier de l'année de l'arrêt de travail.
- Ou avoir effectué un travail salarié ou assimilé pendant au moins 400 heures au cours de l'année civile.

Variante :

- justifier au cours d'un mois civil ou de 30 jours consécutifs avoir cotisé sur un

salaire au moins égal à 60 fois le SMIC horaire en vigueur le 1^{er} jour du mois d'arrêt de travail ;

- ou avoir effectué au moins 60 heures de travail salarié ou assimilé à la date de l'arrêt de travail ;
- ou avoir cotisé, pendant 3 mois à la date de l'arrêt de travail, sur un salaire au moins égal à 120 fois le SMIC horaire en vigueur au 1^{er} jour de ces trois mois civils ;
- ou avoir effectué au moins 120 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois mois civils, ou de date à date, au moment de l'arrêt de travail.

Notas

Nouveaux entrants – Régime général

- Les travailleurs salariés ou assimilés **entrant** pour la première fois dans un régime obligatoire d'assurances maladie maternité sont **présumés** remplir les conditions d'ouverture des droits aux prestations durant les dix-huit premiers mois de travail (avant c'était 3 mois).
- Cette nouvelle disposition s'applique, également, aux travailleurs qui reprennent une activité salariée ou assimilée.
- Au-delà de dix-huit mois, ce sont les conditions de droit commun qui sont appliquées.
- Dans tous les cas indiqués dans cet article qui ouvrent droit à un Régime obligatoire de prestations en nature maladies, maternité, il y a **incompatibilité** avec l'ouverture de droits **dans un autre régime obligatoire** ; s'il y a un autre régime obligatoire, celui du Régime général est interrompu dans toutes les périodes d'ouverture de droits ; c'est également le cas pour les ayants droit.

b) Prestations en espèces

1) Indemnités journalières de plus de 6 mois

- La condition de 12 mois d'immatriculation à la date de l'arrêt de travail est maintenue dans les nouvelles conditions.
- **Il n'est plus exigé** de cotisations sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le SMIC horaire au cours des six premiers

mois d'immatriculation, ni les 200 heures de travail au cours des trois premiers mois.

2) Invalidité

- L'assuré doit avoir cotisé pendant au moins les 12 mois précédant l'arrêt de travail sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire applicable au 1^{er} janvier précédant la période de référence de 12 mois.
- Ou justifier d'avoir travaillé comme salarié ou assimilé 800 heures

au cours des 12 mois civils ou 365 jours précédant l'arrêt de travail ou la constatation de l'état d'invalidité suite à l'usure prématurée de l'organisme.

IV - VOLONTAIRES INTERNATIONAUX (CMU)

Pour être affilié à la CMU, il faut normalement, justifier d'une résidence ininterrompue supérieure à trois mois en France métropolitaine ou dans les DOM.

Le décret relatif aux dispositions nouvelles ajoute aux dérogations existantes celle visant l'abandon de la condition de résidence pour les personnes ayant accompli un volontariat international lorsqu'elles n'ont droit à aucun autre titre aux prestations d'un autre régime obligatoire d'assurances maladie, maternité ; si le droit est ouvert, il n'y a pas de délai pour bénéficier de la protection sociale. ■

Surendettement

(En complément de l'article publié dans *Hépat-infos* n°99 p. 14)

Avant la loi du 26/07/2013 destinée à protéger le débiteur et à le maintenir dans les lieux pendant l'examen du dossier ainsi qu'à interdire certains actes de procédures, le délai des protections était de 1 an.

La constatation d'une durée d'examen de dossiers souvent supérieure à un an a entraîné la publication d'une circulaire portant la durée de protection à deux ans à compter du 01/01/2014.

Ce délai s'applique aux procédures de traitement de la situation de surendettement déposées à la commission depuis cette date, et aussi à celles en cours d'examen en fonction de l'appréciation souveraine des juridictions à condition que le délai d'un an antérieur ne soit pas acquis au 01/01/2014.

IMPORTANT : ce nouveau délai s'applique également à la suspension des mesures d'expulsion du logement.

Dans un autre domaine, cette circulaire permet aussi d'accélérer la

procédure de décision par la suppression du recours contre la seule décision d'orientation du traitement du dossier ; cette suppression vise l'ensemble des procédures en cours quel que soit l'état d'avancement de l'examen du dossier ; les contestations en cours sont retournées à la COMMISSION pour la poursuite de l'examen s'ils ont été déposés avant le 1/01/2014 sous réserve de l'appréciation des tribunaux.

Pour recours déposés avant le 01/01/2014, mais non encore « audiences » après cette date, les parties pourront demander l'irrecevabilité du recours selon une procédure ad hoc.

Dans tous les autres cas, autres que celui du dossier déposé après le 01/01/2014, les juges déterminent souverainement la nature de la décision à prendre ; néanmoins, les recours restent toujours possibles lorsqu'ils sont exercés à l'encontre des mesures imposées ou recommandées. ■

Allocation veuvage

L'allocation veuvage est accordée à la personne qui a la qualité de conjoint survivant ainsi que les personnes séparées de fait ou de corps d'un assuré décédé qui ouvrait droit à l'allocation veuvage. Néanmoins le droit n'est pas ouvert si le conjoint survivant est divorcé ou s'il se remarie, conclut un PACS, ou vit en concubinage.

Le conjoint survivant doit avoir **moins de 55 ans** si l'assuré est décédé depuis le 01/01/2009 ; s'il est décédé

avant cette date le conjoint survivant doit justifier – pour ouvrir des droits – de disposer de ressources inférieures à 3,75 fois le montant mensuel de cette allocation, (2 275,95 euros à ce jour), à la date de la réception de sa demande à l'organisme.

L'ouverture du droit à l'allocation veuvage n'est ouverte que si la personne décédée était affiliée à l'Assurance vieillesse du régime général obligatoire ou volontaire pendant au

RETRAITE VALIDATION DE TRIMESTRES

Lorsqu'il y avait eu une faible activité ou une activité normale faiblement rémunérée, la validation des périodes d'assurances ne pouvait pas, parfois, être retenue pour celles-ci à cause de la faiblesse des cotisations qui ne permettaient pas de déterminer les droits à la retraite.

Depuis la loi du 01/01/2014, le nombre d'heures pris en compte pour justifier la validation d'un trimestre par l'assuré est fixé à l'équivalent de 150 heures (au lieu de 200), rémunéré au SMIC ; il ne peut pas être validé plus d'un trimestre par année civile.

Exemple de bénéficiaires : personnes travaillant à temps partiel, intérimaires etc.

Décret d'application : décret n°2014 - 349 du 19/03/2014 - JO du 20/03/2014. ■

RETRAITE - ETUDES VALIDATION DE TRIMESTRES

La loi du 20 janvier 2014, relative au rachat de cotisations pour bénéficier du Régime de Sécurité Sociale correspondant à leurs années d'études supérieures, a supprimé la clause d'obligation de correspondance entre la date d'obtention du diplôme et l'immatriculation immédiate à la Sécurité Sociale.

RAPPEL : les assurés du Régime général âgés de 20 ans au moins, et de moins de 67 ans, peuvent racheter leurs cotisations dans la limite de douze trimestres (3 ans) pour les années d'études supérieures ayant donné lieu à un diplôme. ■



VIEILLESSE AIDE MÉNAGÈRE MAJORATION TIERCE PERSONNE

A plusieurs reprises des difficultés se sont fait jour pour l'attribution de la MTP lorsque l'intéressé bénéficiait de l'Aide ménagère à domicile.

La CNAV dans une lettre datée du 21/11/2013 confirme que le cumul de la MTP et de cette aide est possible car c'est une aide en nature sous forme d'un service; ce n'est pas un avantage complémentaire en espèce à une retraite.

Ce cumul est valable, même si l'aide-ménagère à domicile est prise en charge par le département ou par une Caisse de Retraite au titre de son programme d'action sociale.

CAS PARTICULIER: l'organisme qui prend en charge – en dehors de la CNAV – la prestation d'aide-ménagère à domicile peut, par contre, interdire ce cumul; il est donc nécessaire que l'intéressé étudie son cas avec un service social. ■

AIDE JURIDIQUE

La loi de finance 2014 a prévu qu'à partir du 01/01/2014 l'Aide totale s'appliquera aux personnes dont les ressources sont inférieures à 973 euros.

L'aide partielle, depuis cette même date, s'applique aux personnes dont les ressources sont égales ou supérieures à 973 euros selon six tranches du Barème.

Des majorations sont prévues pour les personnes à charge.

Avant le 01/01/2014, chaque justiciable qui bénéficiait de cette Aide devait acquitter 35 euros pour en bénéficier quelle que soit la juridiction concernée; cette même loi a annulé l'obligation d'acquitter ces 35 euros pour toutes les affaires nouvelles; par contre, les affaires **présentées avant le 01/01/2014** restent sous l'ancienne obligation d'acquitter 35 euros. ■

moins 3 mois au cours des 12 mois précédant celui du décès.

Si le droit est ouvert, le conjoint survivant doit déposer sa demande dans les deux ans à partir du 1^{er} jour du mois au cours duquel le décès a eu lieu.

Lorsque cette allocation est attribuée, elle est versée à partir du 1^{er} jour du mois

au cours duquel a eu lieu le décès si la demande avait été déposée dans le délai de UN an à compter de la date du décès et si toutes les conditions étaient remplies; si la demande est déposée après le délai de un an et moins de 2 ans à la date du décès, l'allocation est versée à partir du 1^{er} jour du mois auquel la demande a été déposée. ■

Retraite – Pères veufs – Enfants Majoration éducation et adoption

Les Caisses de retraite, à la suite de l'adoption de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2010, ont été saisies de réclamations de la part des pères veufs, dont les mères d'enfants nés ou adoptés étaient décédées avant leur majorité; cette situation a généré des problèmes de délais relatifs aux enfants nés avant le 01/01/2010.

Par lettre CNAV¹ du 10/02/2014, des instructions ont été données pour SUPPRIMER le délai de présentation de la demande qui avait été établi lors de la mise en place de la loi.

En conséquence, les pères veufs se trouvant dans cette situation peuvent – dès maintenant – demander le bénéfice de la majoration éducation et (ou) la majoration « adoption » à condition de remplir par

ailleurs les conditions nécessaires à cette obtention.

L'effet immédiat s'applique aux dossiers à venir et en cours. Les dossiers anciens refusés parce que hors délais à l'époque peuvent être représentés par les pères veufs.

ATTENTION: la Sécurité Sociale ne prend pas – dans ce cas – l'initiative de la représentation.

En dehors du cas précité, la CNAV peut à l'occasion d'un nouvel examen du dossier pour tout autre motif prendre l'initiative de faire bénéficier le père veuf des nouvelles conditions s'il y a droit; cette initiative est également valable lors de l'examen d'un dossier qui vient d'être déposé et qui n'a fait encore l'objet d'aucune décision. ■

Allocation de solidarité aux personnes âgées

Elle est soumise à conditions de ressources pour son attribution ce qui posait problème dans le cas du bénéfice de plusieurs allocations.

La CNAV selon les instructions ministérielles n° 2013-8 du 05/12/2013 rappelle les règles du calcul des ressources pour obtenir l'ASPA.

La CNAV rappelle donc qu'il ne faut pas inclure dans le calcul des ressources les prestations d'aides sociales qui sont considérées comme étant des prestations en nature (art.L232-1 et L232 du CASF).

Ce qui est également prévu dans l'article R815-23 du CSS pour l'ASPA.

Les allocations qui ne sont pas à prendre en compte sont:

- l'Allocation aux personnes âgées (APA);
- l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) - l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) - Pension de réversion - Allocation de veuvage.

Il faut y ajouter les anciennes allocations de minimum vieillesse et la majoration pour conjoint à charge.

Ces dispositions s'appliquent aux dossiers en cours ou à venir; les dossiers existants peuvent être révisés sur demande de l'assuré. ■

Retraite - Taux plein

Les assurés relevant des régimes de retraite des salariés et de la fonction publique, nés en 1957, pourront partir à la retraite au taux plein après 166 trimestres de cotisation, soit 41,5 ans (Décret n° 2013-1155 du 13/12/2013 – JO du 15/12/2013). ■

1. Caisse primaire d'assurance vieillesse

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 Hertz - 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 LEDENGEN**
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.transhepate.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	THIÉBAUT Philippe	06 22 71 03 90
Secrétaire	MAIRE Bernard	03 81 50 47 79
Trésorier	LEGAVRE Robert	02 99 50 43 76
Rédacteur	THIÉBAUT Philippe	06 22 71 03 90

Commissions

Juridique administrative	ANDRAULT Claude	01 39 13 61 21
Hépatites virales	THIÉBAUT 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	THIÉBAUT 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 Liquidambers 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	ALVES FERNANDES Albert	01 44 73 43 17
	6, rue de l'Aubrac - 75012 Paris	
Correspondants		
- Henri Mondor	BLASSELLE Michel	09 66 83 41 00
- La Pitié-Salpêtrière	CAMUS Josiane	06 62 66 06 22
	ERNEST Michel	01 60 67 10 09
- Paul Brousse	VIVES Annick	01 46 57 31 01
	LONGEVIALLE Raymonde	06 09 14 65 50
- Saint-Antoine / Cochin	VIZZARI Lucien	06 79 85 32 23
- Beaujon	WILMOTTE Anne-Marie	06 61 89 14 49



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.