TRANS HÉPATE

Hépat infos

Fédération nationale des déficients et transplantés hépatiques

N° 105

Transhépate fête ses 30 ans

Témoignages

Un cancer du foie avait été dépisté. Quelques mois plus tard, il a pu recevoir un nouvel organe

Dans la presse

Don d'organes : pour de nouveaux droits de l'homme

Médical et scientifique

Quelle place pour les vaccins dans la transplantation hépatique ?

30 ans Transhépate

Samedi 20 juin 2015

Hôpital Paul Brousse

Septembre 2015 5 €

Sommaire

Editorial
- 2015, année des 30 ans 3

Transhépate fête ses 30 ans
- Mot d'accueil d'André Le Tutour, Président de Transhépat 4
- Interventions 4

Témoignages
- 26 ans… 8
- Un cancer du foie avait été dépisté. Quelques mois plus tard, il a pu recevoir un nouvel organe 9

Dans la presse
- Don d'organes : pour de nouveaux droits de l'homme 10

Médical et scientifique
- Quelle place pour les vaccins dans la transplantation hépatique ? 11

Administratif juridique et social
- ACS - CMUC 13
- Congé maternité décès de la mère enceinte - incidence père 13
- Education de l'enfant (prestation partagée) 14
- Allocations-logement (logement indécent) 14
- Logement décent (chauffage) 14
- Aide au logement 14

A qui s'adresser ? 15
- Comité de soutien 15

Cliché Jean Vallée.

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

Directeur de la publication
André Le Tutour

Coordination et rédaction
Philippe Thiébaut, 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 septembre 2015

Hépat infos remercie sincèrement tous les adhérents de Transhépate qui lui ont transmis des articles sur leur ressenti et leur expérience de greffés **pour le numéro spécial consacré aux 30 ans de notre association**.
N'hésitez pas à nous contacter pour raconter ces moments de vie uniques qui sont d'une importance considérable pour tous les malades en attente de greffe hépatique.
A vos plumes !

Merci à tous les greffés du foie qui ont honoré de leur présence les 30 ans de Transhépate.
Cette journée a été une réussite totale qui nous a permis de rendre hommage aux nombreux professeurs présents, aux cadres de santé et à tous les personnels soignants de tous les hôpitaux français auxquels nous devons tant.
Nous avons été très sensibles à la présence de Monsieur Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, de Madame Anne Courrèges, directrice générale de l'Agence de la biomédecine, de Monsieur le Professeur Olivier Bastien, directeur des Prélèvements à l'Abm, et de Monsieur le Professeur Jean-Louis Touraine, député du Rhône.
Un grand merci à Monsieur le Professeur Henri Bismuth qui a été à l'initiative de cette rencontre, et à tous les personnels de Centre hépato biliaire Paul Brousse pour l'aide précieuse et l'engagement total qui furent les leurs sous l'autorité si efficace de Nicole Gastiaburu.

Merci à tous les membres de Transhépate qui se sont mobilisés, et nous voulons plus spécialement avoir une pensée pleine de grande sympathie pour nos amis Raymonde Longevialle, Patrick Faleschini, et surtout Annick Vivés et son mari Ariel pour leur efficacité et leur disponibilité totale.

André Le Tutour
et Philippe Thiébaut

2015, ANNÉE DES 30 ANS

Deux évènements auront marqué le mois de juin 2015.

D'une part l'assemblée générale de la fédération nationale, le 19 juin et d'autre part, les 30 ans de Transhépate à Paul Brousse le lendemain, samedi 20 juin.

Une nouveauté cette année : chaque association régionale a désigné des délégués lors son assemblée générale pour représenter ses adhérents à l'Assemblée générale de la fédération.

Ainsi 30 délégués et 14 administrateurs – représentant les 11 associations régionales – ont été invités à l'hôpital Henri Mondor pour débattre des activités et des projets de notre association.

Nous avons eu le plaisir d'accueillir Valérie, la dynamique présidente de Transhépate Tahiti et ses îles, la toute récente association crée en Polynésie.

Désormais chaque année cette organisation sera adoptée, permettant ainsi à plus d'adhérents de mieux connaître notre organisation et ses actions.

Le grand événement de cette année aura été incontestablement celui du 20 juin et le 30e anniversaire de Transhépate à l'hôpital Paul Brousse Villejuif. Une date qui n'a pas été choisie au hasard puisque toute proche de la journée nationale du don d'organes, de la greffe et de reconnaissance aux donneurs et leurs familles.

Une large place est donnée au compte rendu de cette journée dans ce numéro 105 d'*Hépat-Infos*, notre revue nationale éditée chaque trimestre et sans interruption depuis sa création.

Je remercie les intervenants ainsi que les participants à cette journée exceptionnelle qui aura réuni 450 personnes venues fêter les 30 ans de Transhépate, parfois de très loin.

Vos témoignages sont nombreux et qualifient ce rassemblement d'émouvant, de chaleureux et parfaitement organisé.

Nous sommes particulièrement heureux de vous avoir réunis avec les équipes médicales et nous nous souviendrons de la date du 20 juin 2015 à Paul Brousse.

Merci aux intervenants d'avoir animé cette belle journée émouvante, enrichissante et porteuse d'espoir !

Un remerciement particulier aux équipes de Paul Brousse qui ont beaucoup œuvré à la réussite de cette rencontre.

André Le TUTOUR
Président de Transhépate

La journée des 30 ans de Transhépate le 20 juin 2015

Mot d'accueil d'André Le Tutour, Président de Transhépate

André le Tutour
Président
de Transhépate

Transhépate a vu le jour le 7 octobre 1985 à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif dans le Val-de-Marne sur l'initiative des premiers transplantés hépatiques de France. De 1974 à 1984, une vingtaine de greffes ont été réalisées par le Professeur Bismuth avec des résultats plus ou moins mitigés au départ. En 1984, avec l'arrivée du premier traitement, la cyclosporine, le nombre des transplantations croît rapidement (17 en 1985, 33 en 1986, 51 en 1987…). En 1989, les premières associations régionales apparaissent avec Besançon-Franche Comté et Pays de Loire. En 1995, l'association nationale prend domicile dans ses locaux actuels. En 1997, elle inclut les malades hépatiques graves d'où son nom actuel. Transhépate obtient son premier agrément en 2007 puis son renouvellement en 2012 pour 5 ans, une nécessité pour représenter les usagers dans les hôpitaux. Elle rejoint le CHV (collectif hépatite viral) en 2012. En 2013 naît GREFFE+, un collectif dont Transhépate fait parti pour unir les forces des différentes associations pour plus de dons et de greffes et ainsi assurer une meilleure représentation dans les instances de santé.

En 2014, les associations régionales sont nombreuses (Bourgogne-Franche Comté à Besançon créé le 14 février 1989, Limousin, Sud-Ouest à Bordeaux, Bretagne Ouest à Rennes créé en 12 décembre 1991, Normandie à Caen, Rhône-Alpes, Nord à Lille créé en 3 mai 1996 (disparu depuis), PACAC à Marseille, Midi-Pyrénées à Toulouse, Ile-de-France en 1er janvier 2006, Centre-Poitou-Charentes en novembre 2013 et Tahiti en 2014).

Notre association apporte un rôle important dans le soutien des patients.

Intervention de Monsieur Martin Hirsch, Directeur général de l'APHP

Le Directeur général des Hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris s'est félicité de cette rencontre des greffés hépatiques, a expliqué la politique de réorganisation des Centres de Transplantation de la Région parisienne où tout sera fait pour apporter le maximum au plus grand nombre de malades en cette période de pénurie de greffons.

Martin Hirsch

Intervention des Professeurs D. Castaing, Directeur du Centre hépatique biliaire et D. Samuel, Médecin du Pôle des maladies du foie

D. C. : Nous avons fait plus de 3 300 transplantations, nous sommes le premier centre français de transplantation. Nous avons développé la recherche avec une unité INSERM insérée au centre et la création d'une médecine translationnelle en hépatologie. Nous progressons donc mais j'ai un sentiment de frustration car nous n'avons pas fait tout ce que nous pouvions faire. Nous faisons moins de transplantations qu'avant parce que nous avons moins d'accès aux greffons en raison d'une mauvaise politique : trop de centres de transplantation en France. Ainsi la transplantation n'est plus la priorité dans les hôpitaux et la reconnaissance internationale est liée aux nombres de greffes et ainsi aux moyens pour les médicaments. Cela est également mauvais pour les patients car tous les centres ne sont pas automatiquement bien équipés en matériels et personnels qualifiés.

Les Professeurs D. Castaing et D. Samuel.

D. S. : Progressivement, la transplantation hépatique a été ouverte à de plus en plus de pathologies hépatiques (hépatite B, C, cirrhose, cancer du foie…).

Intervention du Professeur Henri Bismuth en compagnie Martial Deschaseaux, greffé en 1981 et de la coordinatrice hospitalière E. Pasdeloup - La greffe de foie et son histoire avec le Pr Launois et le Pr Segol

H. B. : Il y a 30 ans la transplantation hépatique n'était pas ce que l'on connaît aujourd'hui. Les résultats étaient incertains. Le chirurgien devait d'abord convaincre l'équipe médicale et le patient pour une opération où le fait d'être vivant 6 mois après était une grande victoire. En 1985, j'ai convaincu un patient de fonder une association regroupant les transplantés. Cela allait au-delà de l'aide, le but était de convaincre le patient que la transplantation est un bonheur.

Le Professeur H. Bismuth et M. Deschaseaux.

Martial est le premier enfant transplanté en France (à 11 ans). C'était très difficile d'obtenir un foie d'enfant. C'est là qu'intervient le cas d'un patient greffé un an avant avec un foie d'enfant de 15 ans en plus du sien. Et cela a fonctionné. Il a été décidé d'utiliser qu'un demi-foie d'adulte pour le greffer (foie réduit).

E. P. : Nous explique le travail de coordinatrice de transplantation à l'hôpital Paul Brousse : Nous réalisons 110 à 140 greffes par an avec en plus 110 patients en attente de greffes et 40 bilans de transplantation. Nous sommes 4 infirmières avec une assistante et une technicienne d'étude clinique. Notre rôle est de prendre en charge le patient dès le moment où on lui annonce la transplantation. Nous planifions avec lui tous les examens nécessaires au bilan pré greffe. En plus de cela nous nous occupons de les inscrire sur la liste d'attente et de la mettre à jour continuellement, de préparer les dossiers pour le staff médical auquel nous participons, de rester en contact avec l'agence de biomédecine pour tenir à jour les dossiers, de gérer les rendez-vous pré et postgreffe, de surveiller les examens, de répondre au téléphone, de faire des formations, d'assister et de participer à des congrès infirmiers, de faire des astreintes 24h/24, de participer à la prise en charge de tous les donneurs vivants et de soutenir et aider les familles de donneurs et les greffés. La coordinatrice est donc le lien entre les patients et les médecins.

M. D. : Le jeune doyen des greffés du foie, a délivré un message plein d'émotion pour tous les soignants qui, depuis 34 ans, lui permettent de vivre quasiment normalement, d'avoir repris son travail. Son message si positif reflète parfaitement ce que tant de greffés vivent.

Intervention de Madame A. Courrèges, Directrice générale de l'Agence de la biomédecine en présence du Professeur Jean-Louis Touraine, Député du Rhône et le Professeur O. Bastien

A. C. : Le don d'organes est un geste de solidarité. Il est important que les associations participent à la vie médicale. Il y a beaucoup de progrès qui ont été faits mais il en reste encore à faire. Le 22 juin, c'est la journée de reconnaissance aux donneurs et la journée de promotion aux dons. L'amendement pour le consentement induit concerne chacun d'entre nous et va permettre de ne plus perdre de greffons face à une incertitude. La France travaille avec EuroTransplant.

Madame Courrèges et les Professeurs O. Bastien et J.-L. Touraine.

J.-L. T. : En 30 ans, la greffe hépatique a toujours avancé malgré les périodes de doute en 1985. L'Espagne sert de modèle même si elle a reculé dernièrement en nombre de greffes. La biomédecine permet à chaque personne d'avoir un accès équitable et aux meilleurs délais à la transplantation malgré les disparités régionales.

Avancées du diagnostic - Avenir des traitements des maladies du foie Professeurs R. Adam, F. Durand, P. Compagnon et C. Duvoux

A Paul Brousse, des médecins travaillent sur un diagnostic rapide en 48 heures des maladies du foie comme pour les tumeurs. En général, il faut un mois et demi à deux mois pour avoir un diagnostic en raison du temps d'attente pour les rendez-vous avec les médecins et les examens (IRM, biopsie…). La prise en charge est donc plus rapide et les résultats des traitements sont meilleurs. L'imagerie s'est aussi beaucoup améliorée (avant des personnes pouvaient être greffées suite à un faux positif) tout comme les techniques de biopsie et de biologie moléculaire.

Les Professeurs R. Adam et Ph. Compagnon.

Il y a une meilleure approche à l'accès de la transplantation et pas seulement hépatique. Actuellement il y a encore

Cher Monsieur
Le Tutour, Président
Cher Monsieur Thiébaut
Chère Madame Vives

Merci de votre petit mot concernant la journée du 20 juin 2015. Je pense que c'était réellement un succès et je vous félicite de l'organisation. Il y avait plus de 300 patients transplantés hépatiques qui sont venus et j'ai eu des retours extrêmement positifs.
Le timing était parfait, les intervenants étaient variés. La matinée a été pleine d'émotions.
Bien cordialement.

Professeur Didier Samuel

C'était un plaisir émouvant.

Professeur Daniel Azoulay

Nous (l'ensemble de l'encadrement, aide soignantes, Madame Frédérique Blandin) avons eu beaucoup de plaisir à vous accompagner à cette journée d'anniversaire.
Les cadres ont été très touchés des témoignages des greffés et de leur reconnaissance, il y avait une dimension humaine, une force rarement rencontrée, nous étions « ensemble ».
J'ai eu beaucoup de plaisir à organiser cette journée avec vous et Madame Vives.
Ensemble, nous avons réussi. Le buffet me semble-t-il a été très apprécié, et nous avons bien optimisé l'espace.
A très bientôt. Bon été.
Amicalement à vous.

Nicole Gastiaburu

7 % de décès de personne sur liste d'attente. La transplantation hépatique est la seule où le greffon est personnalisé au patient. L'agence de biomédecine fait une proposition pour chaque patient.

La radiolocalisation (injection par voie intra-artérielle d'un produit radioactif) va permettre de contrôler l'évolution de la tumeur et de diminuer le risque de récidive après la transplantation.

La durée d'attente est dure à vivre psychologique et donc plus elle est courte, meilleure sera la greffe. Avec la biomédecine, on arrive à estimer la durée moyenne d'attente. La durée d'attente moyenne en France est de 7 mois.

La plupart des prélèvements sont des prélèvements multi-organes.

En France et en Europe, actuellement les résultats de la greffe ont un taux de survie de 70 à 75 % à 5 ans et 60-65 % à 10 ans. Il y a donc encore des progrès à faire. Pour cela il faudrait agir sur le traitement anti viral et sur l'immunosuppression (le fait de prendre la même molécule une fois par jour apporte un bénéfice de survie de 7 % car le médicament du soir est souvent oublié selon les études).

Les transplantés hépatiques sont ceux qui ont la meilleure qualité de vie par rapport aux autres greffes.

Le traitement contre l'hépatite C a beaucoup évolué. Il est maintenant efficace à 90 % et a une meilleure tolérance par rapport à l'interféron ce qui permet ainsi d'éviter la transplantation.

Innovations et Recherche en transplantation hépatique
Professeurs D. Cherqui, O. Boillot, D. Azoulay, R. Adam et Ph. Compagnon

Les défis – auxquels les équipes chirurgicales de transplantation hépatique sont confrontées aujourd'hui – sont la pénurie d'organes d'où un élargissement des critères des donneurs (greffons plus âgés) et l'utilisation de la technique du foie réduit.

Tous les jours, on est confronté à des situations où il faut faire preuve de créativité et d'imagination pour trouver des solutions afin d'améliorer l'accès à la transplantation (bipartition, donneurs vivants et foie partiel avec une augmentation de 24 % des greffes avec ces techniques et améliorer les solutions existantes).

L'adaptation est une chose importante dans l'innovation. L'âge moyen des donneurs augmente avec une phase de conservation à perfectionner. La machine à perfusion permettra la conservation du foie avec une diminution du pourcentage de graisse dans les cellules hépatiques pour l'optimisation du greffon et permettre de réaliser 20 % de greffes de plus chaque année (environ 200 greffes). Le temps de conservation moyen d'un foie est de 9h. On peut aller jusqu'à 12h mais plus on le conserve longtemps, plus on a de chance d'avoir des complications.

La xénogreffe n'est pas utilisée à cause du risque sanitaire de transmission de maladies animales, tout comme pour les foies artificiels qui sont faits en partie de cellules animales.

Le foie peut être coupé en trois selon son anatomie mais on ne le coupe qu'en deux pour les greffes.

Quand le donneur d'organes n'avait pas de pathologie particulière, le greffon d'un donneur âgé n'influence pas sa qualité. S'il n'y a pas de facteur de risque (cirrhose…), le taux de survie du greffon est quasiment le même que sur un greffon

Les Professeurs D. Azoulay, D. Cherqui, O. Boillot et Ph. Compagnon.

plus jeune pour le foie, même un foie greffé peut être regreffé.

Le foie est un organe qui vit bien, il vieillit mieux que nous-même.

Les associations de patient sont essentielles. Elles sont de plus en plus présentes et aident à l'innovation. Chaque élément de la chaîne est essentiel.

Le greffon est transmis au patient le plus malade avec une notation à base de points. C'est le système le plus satisfaisant actuellement car il est le plus équitable. Un score n'est jamais définitif, il est remis à jour fréquemment.

Le rejet tumoral est peu pris en compte en transplantation hépatique contrairement à la greffe rénale (le nombre d'anticorps largement supérieur lors de la greffe hépatique). Ainsi certaines personnes inscrites sur liste d'attente ont plus de risque de rejet mais dans ce cas on adapte les doses d'immunosuppresseurs par la suite.

Malheureusement les greffes avec donneurs vivants en France sont plus sensibles car il faut faire vivre quelqu'un avec un petit foie greffé. On fait une petite incision sur le donneur pour limiter son impact.

La reconstruction des Tissus et des Organes par les Professeurs D. Samuel, J.-C. Duclos-Vallée, F. Guillemot et D. Franco

Le rein artificiel existe depuis 50 ans car c'est essentiellement un filtre, le cœur artificiel aussi car c'est une pompe. Le foie est un organe complexe (synthèse, carrefour anatomique et filtre) et c'est une masse importante (1 kg). Les cellules hépatiques ne se conservent pas. C'est pourquoi on se sert des capacités des cellules-souches à s'orienter vers n'importe quelle cellule. On peut ainsi fabriquer des cellules de foie et des parties de foie. Favoriser la restauration du foie en insérant des cellules-souches est une option envisagée par les médecins pour l'avenir.

Il y a des travaux au Japon surtout qui permettent de développer des bourgeons de foie mais il reste encore beaucoup d'étapes à réaliser pour les réaliser en 2D et 3D. Ces bourgeons proviennent de systèmes de culture.

Depuis une dizaine d'années, à l'INSERM de Bordeaux, une technologie de bio impression (impression 3D de tissu biologique) est développée. On conçoit avec un ordinateur une forme et elle est sortie avec une machine adaptée. On interface le monde de la biologie et celui du numérique. On sait déjà fabriquer de l'épithélium (Bordeaux) et du cartilage (Japon). La fabrication d'un foie en 3D est une option très lointaine dans l'avenir. ◘

Les Professeurs D. Samuel, D. Franco, F. Guillemot et J.-C. Duclos-Vallée.

A la fin, un chêne est planté en hommage aux Donneurs d'Organes devant le Centre hépato biliaire Paul Brousse avant que tous nous nous retrouvions pour un très agréable déjeuner où tous les greffés ont pu dialoguer avec leurs soignants.

Transhépate remercie sincèrement Monsieur Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP, Madame Anne Courrèges, Directrice générale de l'Agence de la biomédecine, Monsieur le Professeur Jean-Louis Touraine, Député du Rhône, Monsieur le Professeur Henri Bismuth, fervent soutien de cette manifestation, et tous les Professeurs et Médecins pour leur présence et leur participation à cette rencontre.

Enfin, comment oublier l'aide forte que Madame Nicole Gastiaburu et son équipe du CHB nous ont apportée avec tant de disponibilité et générosité. Mille mercis à Tous.

Plantation d'un chêne par le doyen des greffés (M. Deschaseaux).

Cette journée inoubliable avait été précédée par l'assemblée générale annuelle de Transhépate qui s'est tenue à l'hôpital Henri Mondor. Elle fut suivie d'un magnifique concert donné dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine et a connu un grand succès.

Avec la collaboration de
Nathalie Troude-Gervais
et les photographies de Jean Vallée.

26 ans…

PARIS, 17 novembre 1987 (j'ai 35 ans), une journée ordinaire commence qui pourtant restera à jamais dans ma mémoire car celle-ci va bouleverser mes vies personnelle et familiale, mettre un terme à ma vie professionnelle. Une grande fatigue s'est installée, insidieuse avec frissons et fièvre, je me rendais bien compte que le retour à la maison en métro (35 minutes) seule était impossible. Un taxi m'a ramené malgré les réticences du chauffeur à la vue de ma mine défaite. J'ai filé chez mon généraliste qui a compris immédiatement, je l'ai pensé après coup, à la gravité de la situation en raison de mon teint jaunâtre et de mon état général. Les arrêts pour maladie se sont succédé ainsi que les séjours dans divers hôpitaux parisiens (Rothschild, Bel Air et Beaujon) pour finir par Paul Brousse à Villejuif dans le service du Pr Bismuth. Le verdict est tombé : ...« cholangite sclérosante primitive »… Ce dernier nous a alors annoncé… « il va falloir faire un bilan pré-greffe et vous mettre sur liste d'attente car vous avez besoin en urgence d'une transplantation hépatique »… A l'époque cette maladie nous était inconnue et la greffe hépatique encore moins.

La Cholangite Sclérosante Primitive est une maladie inflammatoire idiopathique et fibrosante des voies biliaires intra et/ou extra-hépatiques, incurable dont seulement dix personnes sur un million en sont atteintes. Les nombreux aspects de cette maladie restent inconnus et imprécis (Wikipédia). D'ailleurs cette maladie peut atteindre également les intestins comme l'a été ma sœur jumelle disparue en 2003 dans un contexte de rectocolite hémorragique suite à la même maladie.

La batterie d'examens a alors commencé et en août 1988 je suis inscrite en liste d'attente. C'est à cette date que je fais la connaissance de Madame André (partie malheureusement trop tôt) et que j'adhère à Transhépate (Fédération nationale des déficients et transplantés hépatiques)… avec quelques périodes d'interruptions dues à de la négligence de ma part je l'avoue.

Un premier appel a eu lieu le 5 décembre 1988, nous étions deux à être appelées mais l'urgence et l'âge de l'autre patiente ont favorisé que le foie lui soit attribué. La déception est grande car nous étions conscients que trouver un foie compatible relevait déjà du miracle.

Le 20 février 1989, un mercredi j'amène mes enfants 12 ans et 6 ans à la piscine et là installée dans les gradins mon BIP a sonné. Les enfants ont également compris, nous rentrons rapidement à la maison et je les confie à la nourrice en prenant soin de laisser un mot à mon époux déjà dans les transports (pas de portable à l'époque), un taxi m'amène à Paul Brousse. Je m'occupe des formalités et me laisse guider. Mon époux arrive juste avant mon entrée au bloc, le temps de l'embrasser et de lui confier mon alliance. Le sort en est jeté… Je ne peux pas l'expliquer mais à ce moment-là, je sais qu'au fond de moi je vais revenir. 6 mois et demi se sont écoulés depuis mon inscription sur la liste d'attente. Je suis la 330e greffée sur Villejuif. Ma transplantation a duré 10h 30min 4 jours de réanimation – J 16 retour à la maison – les contrôles tous les deux jours, s'espacent à toutes les semaines puis les délais s'allongent.

La vie reprend son cours à la maison. Mes seuls objectifs sont de profiter de ma famille, de voir grandir mes enfants. Inconsciemment je me fixe des petits défis dans la tête : leur entrée en 6ème, la fin de leurs études, leur début dans la vie professionnelle, les voir fonder une famille, connaître mes petits-enfants.

BORDEAUX, 1er août 1990. Mutation de mon époux en Gironde – nouvel hôpital – nouvelle équipe, celle du Pr Saric au CHU Bordeaux Pellegrin-Tripode, « j'ai gagné au change », bien qu'étant entièrement satisfaite par l'équipe de Paul Brousse la taille de l'Unité est plus humaine à Bordeaux. Sur Villejuif, il fallait arriver vers 6 h du matin pour espérer ne pas sortir trop tard le soir. Journée très épuisante. A Bordeaux tout est réellement plus simple. C'est alors que nous adhérons à l'AMATHSO (Association de malades ayant subi une transplantation ou bien souffrant d'une maladie grave du foie). Malgré notre retour sur Perpignan en 2003 à la retraite, je continue à me faire suivre par mon chirurgien qui est parti en clinique – la maladie entre-temps est revenue… avec son lot de poussées de température et de frissons. Heureusement les crises restent rares mais il me faut une semaine pour récupérer. Fin 2012, mon chirurgien décide de me confier pour une biopsie aux soins du Pr Bernard à Saint-André qui me fait comprendre qu'il serait préférable que je me fasse suivre au CHRU de Montpellier, hôpital plus proche de mon nouveau lieu de résidence.

MONTPELLIER, début février 2013. Nous rencontrons le Pr Pageaux à Saint-Eloi et le courant passe tout de suite, c'est une personne agréable et directe à l'écoute des patients et les réponses qu'il nous fait suite à nos interrogations sont claires, précises et compréhensibles pour le commun des mortels. Mes reins étant en souffrance après des années d'anti-rejet, le Néoral sera progressivement supprimé pour être remplacé par le Cellcept et le Delursan va être augmenté. Mes visites sur Montpellier sont maintenant tous les six mois mais je dois dire que je triche car tous les trois mois je fais un bilan intermédiaire pour me rassurer.

Aux dires du Pr Pageaux mon parcours médical est assez atypique.

Que sera l'avenir ? Personne ne le sait, alors j'ai arrêté de me poser la question. Il faut simplement vivre pleinement jour après jour. Nous ne partons jamais trop longtemps ni trop loin, nous ne planifions jamais nos vacances, lorsque l'on le veut vraiment une valise se fait en quelques heures et nous n'avons jamais galéré pour trouver un point de chute, c'est notre choix de vie et il nous convient très bien.

Je voudrais terminer ce témoignage par quelques remerciements :

- à la famille qui a respecté les volontés du donneur (acte d'une grande générosité), mais je comprends néanmoins que lors de la perte insurmontable et incompréhensible d'un être cher, certaines familles refusent les prélèvements d'organes ;
- au Pr Bismuth, à tous les professeurs que j'ai rencontrés, à tout le corps médical quel que soit l'échelon, pour les prouesses médicales qu'ils accomplissent et pour leur dévouement auprès des malades avec une reconnaissance particulière pour mon généraliste le Dr Armand Bouaziz de Paris XIIème car sans la rapidité de son diagnostic, le processus de transplantation hépatique n'aurait pu être mis à temps ;
- à mon époux qui a toujours été à mes côtés sans faille pour me soutenir et me « supporter » dans tous les sens du terme, par son Amour et sa présence, il en est de même pour mes enfants et ma famille ainsi que pour certains de mes amis qui ne se sont pas éloignés ;
- à l'AMATHSO dont le siège social est situé à l'hôpital Saint André, 1, rue Burget à Bordeaux, à son Président et aux Membres du bureau dont le dynamisme, le dévouement et l'implication au sein de l'association sont exemplaires. Malheureusement, notre présence au sein de cette association n'est pas aussi importante que nous le souhaiterions maintenant, en raison de notre éloignement. Vos adhésions et vos dons sont les bienvenus. Pour mémoire : 66 % de vos dons sont déductibles des impôts.

Venez nombreux nous rejoindre… Merci

Martine Balaye

Un cancer du foie avait été dépisté. Quelques mois plus tard, il a pu recevoir un nouvel organe

Sept ans après sa greffe de foie, le Mainvillois Vincent Haguet vit normalement et réalise sa chance d'avoir été sauvé par un don d'organe.

Picard d'origine, Vincent Haguet est arrivé à Mainvilliers en 1994. Suivi pour une hépatite C, il subit une échographie en 2008.

L'Eurélien se souvient : *« L'examen a révélé des nodules sur le foie. J'ai su très vite que j'avais un cancer. À la Pitié Salpêtrière, à Paris, l'hépatologue m'a suivi et rassuré. Il m'a appris très vite que je pouvais bénéficier d'une greffe complète. Il n'y avait pas beaucoup de choix. J'avais peu de plaquettes et on ne pouvait pas me greffer seulement un morceau de foie ».*

Trois mois d'attente

Le Mainvillois subit des séances de chimiothérapie et une batterie d'examens, en vue d'une greffe. *« J'étais inscrit sur la liste de l'Agence de biomédecine. Je savais qu'il y avait une pénurie de greffons ».*

Vincent Haguet n'avait pas une hépatite fulminante, qui nécessite une greffe dans les 48 heures. Il n'attend que trois mois. *« Le 3 octobre 2008, on m'a appelé à 2h17 du matin. J'étais prioritaire parce que j'avais un cancer ».*

Après huit heures d'intervention, Vincent Haguet, trop agité, est placé en coma artificiel pendant cinq jours. Il se souvient d'une série d'hallucinations et passe quinze jours en réanimation, une semaine en soins intensifs, puis rejoint un centre de convalescence.

« Après la greffe, je n'ai jamais eu mal. Je n'ai jamais voulu avoir de détails sur l'origine du greffon. Je n'aurais pas pu en avoir, mais de toute façon, je n'aurais jamais voulu raviver la douleur de la famille ». L'infirmier est reconnaissant envers le donneur et la solidarité nationale, qui ont facilité sa greffe.

Vincent Haguet apprendra que son nouveau foie est un greffon dérogatoire, autrement dit touché par une hépatite B. *« Ce n'est rien. Je prends juste un cachet de plus par jour ».*

Des médicaments à vie

Car être greffé ne suffit pas. L'opération s'accompagne de la prise de médicaments antirejet, à vie. *« Sept ans après, je prends quatre cachets. Je suis chanceux. Je n'ai ni hypertension, ni diabète, ni surpoids. Et ma vie a complètement changé. Sans la greffe, j'aurais subi des séances de chimiothérapie, et ma survie était estimée à cinq ans. Ce foie, je fais tout pour le protéger. Chaque fois qu'il y a un danger, j'ai le réflexe de placer ma main à hauteur du foie ».*

Vincent Haguet a rejoint l'association pour les dons d'organes et de tissus humains, pour qui il témoigne en public.

Jean-Michel Benquet
jean-michel.benquet@centrefrance.com

Don d'organes : **pour de nouveaux droits de l'homme**

PAR JEAN-LOUIS TOURAINE,
professeur de médecine et député du Rhône

Le Monde.fr

Il n'est pas de plus beau geste de solidarité et de générosité que celui qui consiste à donner la vie à des malades par le don de ses organes. Chacun salue ce remarquable progrès de la médecine du XXe siècle et peu envisagent de se soustraire à cette solidarité.

Un amendement, dont je suis l'auteur, a été adopté en commission des affaires sociales le 19 mars. Certains se sont émus de cette nouvelle disposition arguant que les familles ne seraient plus consultées pour le prélèvement des organes de leurs proches. De fait, il n'en est rien. La France est, depuis le début des transplantations, en particulier depuis la loi Caillavet de 1976 sous le régime du « consentement présumé ». Cela signifie que le prélèvement d'organes est autorisé chez toute personne décédée qui n'a pas fait connaître de son vivant son refus de prélèvement. La légitimité de cette présomption est double : d'une part, toutes les enquêtes d'opinion montrent qu'une immense majorité des Français sont d'accord pour donner leurs organes après leur mort ; d'autre part, la transplantation est plébiscitée par la population française puisqu'aucun malade ne refuse jamais de pouvoir bénéficier de l'organe d'un autre sujet lorsqu'une telle greffe est nécessaire à sa survie. On peut raisonnablement penser que si ceux-ci sont volontaires pour recevoir en cas de besoin, ils le sont aussi pour donner lorsque cela est possible sans dommage pour eux (quand ils sont décédés).

Comment recueillir l'avis que pouvait avoir, de son vivant, une personne qui vient de décéder ? En 1994, un dispositif a été introduit stipulant que l'équipe médicale devait demander à la famille l'opinion antérieure du donneur potentiel. La sollicitation de la famille n'est donc pas qu'elle émette son propre avis mais qu'elle transmette l'opposition éventuelle du défunt, ce qui ferait interrompre la démarche programmée de prélèvement.

Par ailleurs, il avait été mis en place un registre des refus permettant à chacun de faire respecter sa propre volonté, exprimée et enregistrée de son vivant.

Le dialogue avec la famille s'est avéré source de perturbations, d'angoisse, de divisions entre les membres d'une même famille, les uns assurant que la personne était favorable à tout acte de générosité, un autre prétendant le contraire et bloquant ainsi la possibilité de prélèvement.

Il est aujourd'hui proposé de soulager ces familles qui expriment très souvent leur désarroi face à une question oppressante, dans un moment de deuil. Puisque seule importe l'opinion de chacun, offrons à chacun, grâce à une vaste campagne d'explication au niveau national, la possibilité très facile de s'inscrire sur le registre des refus remarquablement bien organisé et géré par l'Agence de la biomédecine, puis considérons que pour tous ceux qui ne se sont pas fait inscrire avant 2018 cela signifie qu'ils n'ont pas d'objection au prélèvement.

Il résultera de ce progrès trois droits nouveaux :

- Pour le donneur potentiel, le droit à ce que sa volonté soit respectée sans que quiconque ne puisse interférer (il est des cas où un membre d'une famille a prétendu qu'une personne était opposée alors que plus tard - trop tard - il a été découvert que cette personne était détentrice d'une carte de donneur délivrée par une association).
- Pour la famille, le droit à la quiétude et à la sérénité (beaucoup de ces familles nous ont exprimé le souhait d'être dégagées de cette responsabilité pénible : que pensait le défunt du principe du prélèvement ?).
- Pour les très nombreux malades en attente de transplantation, le droit à être traités, alors que de plus en plus souvent leur probabilité de décès, faute de greffe, survient pendant la très – trop – longue période pendant laquelle ils restent inscrits sur la liste d'attente.

La conquête de ces droits supplémentaires ne se fait donc pas au détriment de quiconque mais, au contraire, en réaffirmant le droit de chacun à disposer de son corps, de son vivant et après sa mort. ◘

Quelle place pour les vaccins dans la transplantation hépatique ?

Professeur Pierre Tattevin *
en collaboration avec le Docteur Pauline Houssel-Debry **

* Maladies infectieuses et réanimation médicale, CHU Pontchaillou, 35000 Rennes, France
INSERM U 835, Université Rennes, rue Louis Guilloux, 35000 Rennes, France

** Hépatologue, Unité de transplantation hépatique, CHU Pontchaillou 35000 Rennes, France

Généralités

Malgré les nombreuses polémiques qui remettent régulièrement en cause l'intérêt de la vaccination, particulièrement en France, cette classe très particulière de médicaments est probablement celle qui a rendu le plus de service à l'humanité, aussi bien en termes de vies sauvées, que de handicaps évités. Il suffit de se plonger dans les descriptions des épidémies de poliomyélite, de rougeole, de variole, jusqu'au siècle dernier, pour mesurer le progrès majeur apporté par l'intégration de ces vaccins au calendrier vaccinal.

Le principe même de la vaccination, qui consiste à éduquer le système immunitaire des patients pour leur apprendre à se défendre eux-mêmes en cas d'infection, comporte de multiples avantages par rapport aux médicaments classiques : i) les vaccins ont un effet prolongé, parfois à vie, au prix d'un nombre limité d'administration ; ii) leur activité repose sur un principe particulièrement écologique, celui de reproduire l'effet des maladies sur le système immunitaire, mais sans les inconvénients de la maladie ; iii) de fait, l'efficacité des vaccins ne semble pas diminuer au fil des décennies, sans émergence de résistance, contrairement à la situation très préoccupante de l'émergence de la résistance aux antibiotiques dans le Monde.

On peut dès lors se demander pourquoi une classe médicamenteuse avec autant d'atouts est finalement la plus attaquée dans les médias, et sur internet, en 2015. La principale raison de la défiance d'une partie croissante de la population face aux vaccins, tient probablement à leur effet uniquement préventif : ils sont administrés le plus souvent à des patients en bonne santé, afin de leur permettre d'éviter les maladies infectieuses les plus problématiques, pour eux ou pour leur entourage. Dans ce contexte, on n'observe pas directement leurs bénéfices, puisque les maladies qu'ils empêchent sont de plus en plus rares, et que les patients vaccinés ne se plaignaient de rien avant de recevoir le vaccin. Lorsqu'un évènement indésirable survient au décours d'une vaccination, qu'il soit, ou non, lié à cette vaccination, la suspicion tend à mettre le vaccin en cause, et cet effet indésirable supposé est d'autant moins bien accepté que le patient allait bien, avant le vaccin. C'est notamment ce qui s'est passé avec les cas de sclérose en plaques diagnostiqués au décours d'une vaccination anti-hépatite B, même s'il a été bien montré que le risque de présenter cette maladie était le même chez les patients non vaccinés contre l'hépatite B…

Principes de la vaccination chez les immunodéprimés

La vaccination des patients immunodéprimés se heurte à une situation complexe : d'un côté, tout déficit immunitaire est à risque d'atténuer l'efficacité d'un vaccin, puisque les réponses immunitaires de ces patients sont affaiblies ; d'un autre côté, c'est justement dans cette population de patients immunodéprimés qu'on aurait le plus besoin de vaccins efficaces pour les protéger des maladies infectieuses qui les menacent.

Le Haut Conseil de Santé Publique s'est penché sur cette question épineuse, et a réuni un groupe d'experts des différentes disciplines concernées, qui ont produit un rapport complet sur les avantages et les inconvénients de la vaccination dans les principales catégories de déficit immunitaire, dont les transplantations hépatiques, en détaillant les principales recommandations (tableau).

Les principaux points de ce rapport, libre d'accès via http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=504, sont les suivants :

- Les vaccins vivants, qui reposent sur l'injection d'un virus ou d'une bactérie qui ont perdu leur capacité à créer une maladie mais restent capables de se reproduire dans l'organisme, sont contre-indiqués chez les immunodéprimés. On retrouve essentiellement dans cette catégorie les vaccins contre la tuberculose (BCG), la fièvre jaune, la rougeole, les oreillons, la rubéole, et la varicelle. Outre une moindre efficacité chez les immunodéprimés, ils sont aussi plus à risque d'évènements indésirables dans cette population. Dans l'idéal, l'intérêt de ces vaccins vivants devrait être discuté avant la transplantation, à un moment où les candidats à la transplantation ont encore suffisamment de défense immunitaire pour recevoir ces vaccins. Ainsi, un patient qui souhaite pouvoir voyager en Afrique sub-Saharienne ou en Amazonie après sa greffe pourra bénéficier du vaccin fièvre jaune, qui lui permettra d'acquérir une protection durable.

	Vaccins contre-indiqués	Vaccins spécifiquement recommandés	Vaccins recommandés comme en population générale	Commentaires
Patients en attente de transplantation d'organe solide	• BCG • Pour les autres vaccins vivants pas de contre-indication en l'absence de traitement immunosuppresseur. Effectuer ces vaccinations au moins de 2 à 4 semaines avant la transplantation	• Grippe saisonnière • Hépatite A[1] (hépatopathie chronique) • Hépatite B[2] • Pneumocoque • ROR[1] • Varicelle[1]	• Diphtérie, Tétanos, Polio et Coqueluche • *Haemophilus influenzae* b • Méningocoque C (conjugué) • Papillomavirus • Fièvre jaune[3]	Vaccinations à mettre à jour le plus précocement possible au cours de la maladie rénale ou hépatique pour une meilleure immunogénicité
Patients transplantés d'organe solide	Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués	• Grippe saisonnière (vaccin inactivé) • Hépatite A[1] (hépatopathie chronique) • Hépatite B[2] • Pneumocoque • Papillomavirus pour les garçons de 11 à 19 ans	• Diphtérie, Tétanos, Polio et Coqueluche • *Haemophilus influenzae* b • Méningocoque C (conjugué) • Papillomavirus	Vaccinations à réaliser après un délai minimum de 6 mois après la transplantation. Rappel DTP tous les 10 ans.

1. Pour les patients non immuns.
2. Recommandé pour tous les patients (enfants et adultes) n'ayant aucun marqueur sérologique du VHB avec contrôle des anticorps anti-HBs au moins 1 à 2 mois après la dernière injection puis chaque année. Injection de rappel si les anticorps anti-HBs sont inférieurs à 10 mUJ/ml. Pour les patients ern attente de transplantation d'organe solide, un schéma accéléré (JO, J7, J21 ou JO, J10, J21 selon le vaccin) avec un rappel 1 an plus tard.
3. Vaccination obligatoire pour les patients vivant en Guyane.

Tableau : Recommandations vaccinales en cas de transplantation d'organes solides. D'après http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=504

- Pour les vaccins non-vivants, qui sont en général des composants de la bactérie ou du virus contre lesquels on souhaite protéger les patients, il n'y a pas de risque particulier ni de contre-indication chez les immunodéprimés, même après une transplantation. Leur efficacité est en général un peu moins bonne chez les immunodéprimés, ce qui incite à mettre à jour le calendrier vaccinal avant, plutôt que après, la transplantation.
- Lorsque des vaccinations sont indiquées au décours d'une transplantation, il est recommandé d'attendre 6 mois, afin d'optimiser les chances que le patient soit bien protégé par le vaccin.
- Dans certaines situations, on propose une vaccination altruiste, qui consiste à vacciner l'entourage d'un patient immunodéprimé pour diminuer le risque que celui-ci puisse être en contact avec une maladie qui serait dangereuse pour lui (exemple : vaccination contre la grippe de l'époux d'une patiente qui vient de bénéficier d'une transplantation hépatique).

En conclusion, la vaccination est une des meilleures inventions de la médecine, qui repose sur l'éducation de nos défenses immunitaires, afin qu'elles puissent nous défendre lors d'agressions par des bactéries ou des virus. La plupart des vaccins ont une efficacité durable, sans risque d'émergence de résistance, et la vaccination a fait disparaître des hôpitaux français de nombreuses maladies graves. Chez les immunodéprimés, et notamment en cas de transplantation hépatique, le bénéfice des vaccinations est également majeur, la principale limite étant la contre-indication des vaccins vivants. ◘

ACS - CMUC

1. Un changement est intervenu le 1er juillet 2015 concernant le mode de choix de l'organisme d'assurance permettant de bénéficier de l'ACS (Aide à l'Acquisition d'une Couverture Complémentaire Santé) qui est un complément éventuel à la CMU-C. (Couverture Maladie Universelle Complémentaire).

2. Rappel

- La CMU créée par la loi du 27/07/1999 applicable dès le 01/01/2000 a pour but la généralisation d'une couverture de base intégrée à la Sécurité Sociale pour les personnes ne bénéficiant d'aucune protection ; elle pose également le principe d'une prise en charge complémentaire, dite : CMU-C.
- Les bénéficiaires sont, aussi, les personnes à faibles ressources qui, de ce fait, ne peuvent pas accéder aux soins.

3. Situation actuelle

a) L'ACS est l'assurance qui permet de compléter la CMU (CMU-C) pour les bénéficiaires dont les ressources n'excèdent pas de 35 % le plafond pour son attribution ; elle permet, aussi, de bénéficier du tiers payant intégral des tarifs sans dépassement d'honoraires pour les consultations médicales et, également, de ne pas payer les participations forfaitaires et les franchises médicales.

b) Contrats

La liberté de choisir son assureur a été limitée à 11 organismes d'assurance qui ont été retenus après un appel d'offres organisé selon un décret du 08.10.2014 ; ils sont retenus pour 3 ans ; ce sont :

Pacifica - Asacs - Macif (Pôle Santé Prévoyance) - Assureurs Complémentaires Solidaires - Atout Coeur Santé - Klesia Mutuelle - Oui Santé - Accès Santé - Mtrl - Proxime Santé - Mutuelle Saint Martin.

c) Contrats en cours

Ils restent valables jusqu'à la fin qui était prévue ; pour continuer de bénéficier de l'ACS, ceux-ci devront être résiliés à cette échéance.

Les personnes, déjà couvertes par un contrat complémentaire de santé personnel, qui obtiennent l'ACS à partir du 01/07/2015 doivent résilier leurs contrats selon 2 options :

c1) Résilier le contrat si l'organisme n'est pas dans les 11 qui ont été retenus ; pour résilier la personne doit présenter à l'ancien assureur une attestation de souscription à un assureur inscrit sur la liste agréée.

c2) Si le contrat est déjà souscrit dans un organisme agréé sur la liste, le bénéficiaire doit obtenir la modification dudit contrat pour qu'il soit conforme aux termes donnant lieu à l'inscription sur cette liste.

4. Radiation d'un organisme

- Celui qui est radié doit aviser ses souscripteurs dans un délai d'un mois, à compter de la date de l'arrêté de radiation, des conséquences négatives que cela entraîne pour eux.
- Les personnes ainsi pénalisées par cette radiation doivent dans un délai de 3 mois à compter de cette date d'avis résilier le contrat.

5. Garanties minimales

a) Obligations des assureurs

- Elles sont imposées par un cahier des charges appliqué aux 11 organismes sélectionnés et inclus dans l'article R863-11 du code de la Sécurité Sociale.
- Il est prévu 3 niveaux de garanties : A - B - C ; ils correspondent à la prise en charge de certains dispositifs médicaux, ticket modérateur inclus. (Exemple non limitatif : honoraires des chirurgiens-dentistes) : niveau « A » : 125 % du « tarif » Sécurité Sociale - niveau « B » : 225 % et niveau « C » : 300 %).

b) Ticket modérateur

La prise en charge intégrale du « ticket modérateur » n'est pas obligatoire pour les frais de soins thermaux et pour les médicaments dont le service médical rendu est faible.

c) Forfait journalier

La durée de prise en charge n'est pas limitée s'il y a admission dans des établissements hospitaliers ou médicaux sociaux à l'exclusion des unités ou des centres de soins de longue durée et des établissements accueillant des personnes âgées.

Congé maternité décès de la mère enceinte - incidence père

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2015, dont les textes d'application ne sont pas encore parus, ouvre au **père le bénéfice des Indemnités Journalières de congé maternité** lorsque la mère décède quels qu'en soient la cause et le régime d'assurance maladie des parents (avant il fallait que le décès résulte de l'accouchement et que les parents soient affiliés au régime d'assurance général ou agricole ; si le père n'exerçait pas son droit à Indemnité Journalières, celles-ci étaient versées au concubin ou au bénéficiaire d'un PACS).

Le père bénéficie des IJ congé maternité pour la période allant du décès à la fin du versement desdites indemnités dont aurait bénéficié la mère.

Le père refuse les IJ Congé maternité, dans ce cas on se retrouve dans la situation antérieure, **sauf qu'il n'est plus imposé** d'être ressortissant uniquement du régime général de la Sécurité Sociale, en ce qui concerne les bénéficiaires.

Ce texte concerne aussi les agents des trois fonctions publiques et fera l'objet de textes adaptés à ces fonctions.

Il est nécessaire d'attendre la parution des textes législatifs d'Application avant de contacter les Services Sociaux si vous pensez être concerné. ◘

Allocations-logement
(logement indécent)

1. Loi « alur » (Accès au Logement et Urbanisme Rénové)

Permet aux organismes payeurs de faire pression sur les bailleurs pour mise en conformité à la réglementation.

Lorsque le constat de non-décence est constaté, le droit à l'allocation au logement est maintenu pendant 18 mois, le versement au bailleur ou au locataire est différé tant que le propriétaire n'a pas réalisé les travaux nécessaires; le locataire ne réglera que la part résiduelle du loyer qui – normalement – n'est pas couverte par l'allocation.

2. Prolongation au-delà des dix-huit mois

Quatre cas sont prévus:

2.1 - Maintien et consignation de l'Allocation logement à condition que le bailleur apporte la preuve à l'organisme payeur que les travaux nécessaires sont engagés et se terminerons dans le délai de 6 mois courant après celui de 18 mois; un renouvellement de période est possible si la réalisation des travaux nécessite une durée supérieure aux précédentes.

2.2 - Maintien et consignation de l'Allocation Logement s'il y a action en justice du locataire pour obtenir les travaux rendant le logement décent à condition que l'action soit basée sur la méconnaissance du bailleur de fournir un logement décent.

2.3 - Difficultés de paiement prouvées permettant de maintenir et conserver l'Allocation Logement pendant une durée de 6 mois; quatre cas prévus:

2.3.1 - Cas où l'Allocation logement – hors forfait charges – constitue plus de la moitié du dernier loyer brut – hors forfait charges –; un nouveau délai de 6 mois peut être accordé si l'allocataire apporte la preuve qu'il n'était manifestement pas en mesure d'exercer une action judiciaire au cours des 6 mois précédant la demande.

2.3.2 - Un nouveau délai peut être accordé au locataire s'il apporte la preuve qu'il a accompli des actes positifs et récents en vue de trouver un nouveau logement.

2.3.3 - Nouveau délai accordé si la preuve de la demande d'une médiation de la Commission DALO est apportée, ou si l'allocataire n'était manifestement pas en mesure de trouver un logement.

2.3.4 - Maintien et conservation de l'Allocation Logement accordés si l'allocataire est en situation d'impayé de loyer et est de bonne foi.

2.4 - Lorsque pour prévenir de difficultés de relogement le locataire demande une prolongation de 6 mois, il doit en rapporter une des preuves suivantes:

2.4.1 - Avoir accompli des actes positifs et récents en vue de trouver un nouveau logement ou avoir saisi la Commission DALO.

2.4.2 - Prouver qu'il n'était manifestement pas en mesure de trouver un logement. ◘

Education de l'enfant
(prestation partagée)

Deux décrets n° 2014-1705 et 1708, relatifs à la Prestation Partagée d'éducation de l'Enfant (PréParE) remplacent le Complément de Libre Choix d'Activité et le Complément Optionnel de libre Choix d'Activité de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE); ils sont pris dans le cadre de l'application de la loi du 4 août 2014 relative à l'égalité réelle les hommes et les femmes.

Ces décrets visent les enfants nés ou adoptés depuis le 01/01/2015. Les bénéficiaires de la PréParE, sans conditions de ressources, perçoivent cette allocation suivant un taux lié à l'activité professionnelle.

Taux plein

Le parent interrompt son activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant de moins de 3 ans ou il suit une formation professionnelle non rémunérée; l'activité professionnelle interrompue doit répondre à l'article R531-2 du Code de la Sécurité Sociale et être jugée suffisante.

Taux partiel

Parent exerçant une activité salariée à temps partiel représentant moins de 50 % de la durée légale du travail ou être compris entre 50 % et 80 % de celle-ci.

Parents poursuivant une formation professionnelle rémunérée. Le bénéficiaire doit justifier avoir cotisé à l'Assurance vieillesse au moins huit trimestres durant:

- les 2 dernières années lorsqu'il s'agit du premier enfant;
- les 4 dernières années lorsqu'il s'agit de deux enfants;
- les 5 dernières années lorsqu'il s'agit de plus de deux enfants.

Passage du taux plein au taux partiel

Les diverses modalités de versement de l'allocation ne permettent pas de résumer les cas prévus dans ces décrets.

Durée des versements et possibilités de majorations

Les nombreux cas inscrits dans les décrets ne permettent pas de résumer ces deux chapitres; il est donc nécessaire de prendre contact avec les services sociaux si vous pensez être concerné par cette prestation. ◘

Logement décent (chauffage)

La Cour de Cassation a rendu un arrêt important concernant la notion de « décent » pour un logement; il concerne un contrat de logement loué sans un appareil de chauffage et minoré à cause de cette absence.

Pour être décent un logement doit avoir un appareil de chauffage normal (le fait de n'avoir qu'un point d'alimentation sans appareil ne constitue pas un logement décent).

Cette disposition étant considéré « d'ordre public » un contrat de location ne peut contenir de clause exonérant de fourniture d'un appareil de chauffage (Cassation civile - 3ème - 04/06/2014 n°13-17289). ◘

Aide au logement

Des décrets récents modifient les modalités de calcul pour l'établissement des aides au logement APL (Allocation Personnalisée au Logement et les Allocations de Loyer relatives au secteur locatif.

Les nouvelles dispositions prennent en une indexation sur les prix à la consommation au lieu du montant forfaitaire des ressources qui était utilisé précédemment.

L'indexation annuelle sera revalorisée tous les premiers janvier. Les seuils d'exonération des jeunes salariés de moins de 25 ans concernant l'évaluation des ressources faite forfaitairement pour le calcul de l'APL sont relevés à:

- 1 290,13 € pour une personne seule ;
- 1 935,20 € pour un couple. ◘

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-Salpétrière - 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.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
1er V/Président	**ACCIARO Jean**	04 42 08 31 73
2e 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 Franche-Comté	**MAIRE Bernard** 32, rue Edouard Herriot 25000 Besançon	03 81 50 47 79
Bretagne-ouest	**LE MONTAGNER Hubert** 84, rue Ange Blaise 35000 Rennes	06 01 92 43 04
Centre-Charente-Poitou	**GOUDSMIT Miki** Château de l'Hermitage 86400 Civray	05 49 87 17 95
Limousin	**TOUCHET Denis** 7, rue Georges Dumas 87000 Limoges	05 55 30 47 35
Rhône-Alpes	**THIÉBAUT Philippe** 87, rue du Fort Saint Irénée 69005 Lyon	06 22 71 03 90
Midi-Pyrénées	**FOUCHART Jean** 55, avenue de Provence 31880 La Salvetat-Saint-Gilles	06 40 65 88 34
Normandie	**LEBLOND Marc** 26, rue des Liquidambars 61400 Saint-Hilaire-le-Châtel	02 33 25 43 98
PACAC	**ACCIARO Jean** 5, avenue Roosevelt 13600 La Ciotat	04 42 08 31 73
Sud-Ouest	**ROUGIER Lucien** 117, rue Jean Vialar Goudou 33600 Pessac	05 56 07 18 80
Ile-de-France	**LE TUTOUR André** 16, rue des 4 Vents 56390 Grandchamp	02 97 66 45 88
Tahiti et ses îles	**WONG Valérie**	

Correspondants

Henri Mondor	**BLASSELLE Michel**	09 66 83 41 00
La Pitié-Salpêtrière	**CAMUS Josiane**	06 62 66 06 22
Paul Brousse	**VIVES Annick** **LONGEVIALLE Raymonde**	01 46 57 31 01 06 09 14 65 50
Saint-Antoine / Cochin	**VIZZARI Lucien**	06 79 85 32 23
Beaujon	**WILMOTTE Anne-Marie**	06 61 89 14 49

VITAMINEXTV/00 - PFTY 277 © Pfizer SAS 2013 au capital de 38 200 EUR - RCS Paris 433 623 550 - Locataire gérant de Pfizer Holding France

Get Old®

Dans Vieillir, il y a Vie

Bien vieillir, c'est avoir plus de temps et la possibilité de voir, d'accomplir et de partager plus de choses ; de faire parfois quelques mauvais choix mais aussi de découvrir ce que vous n'auriez peut-être jamais pensé vivre. Plus vous grandissez, vivez et vieillissez, plus vous connaissez de succès, mais aussi d'échecs, ce qui est tout aussi important. Vous pouvez vivre plus longtemps, mais aussi plus intensément.

Votre but dans la vie est de tout mettre en œuvre pour que vos rêves se réalisent, tout au long de votre vie... Le nôtre, chez Pfizer, est de nous assurer que vous viviez suffisamment longtemps et en bonne santé pour les réaliser.

getold.pfizer.fr

Pfizer