

Pour en savoir plus et télécharger
gratuitement ce guide :



Ce guide est également disponible sur demande
à l'adresse :

Institut National du Cancer
Service publication et diffusion
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt cedex
diffusion@institutcancer.fr



Démarches sociales et cancer

COLLECTION
GUIDES DE RÉFÉRENCE

L'ASSISTANTE SOCIALE
LES SERVICES ADMINISTRATIFS
VOS DROITS
LA PRISE EN CHARGE
DES SOINS
LES AIDES À LA PERSONNE
LES PRÊTS
ET LES ASSURANCES
L'ENFANT MALADE



La survenue d'un cancer rend nécessaire un certain nombre de démarches auprès de différentes administrations.

La maladie peut en effet modifier vos liens familiaux et sociaux, perturber votre activité professionnelle, vous poser des problèmes financiers, remettre en cause vos projets de vie en cours et à venir...

Or, il n'est pas toujours simple de se repérer parmi les multiples dispositifs. Ce guide a donc pour objectif de vous aider, vous et vos proches, à identifier quels sont vos droits sociaux et à vous orienter dans vos démarches, pendant et après la maladie.

Chaque situation est unique : les assistantes sociales connaissent l'ensemble des dispositifs. Elles peuvent vous accompagner, vous et vos proches, dans vos démarches. N'hésitez pas à prendre contact avec elles.

Ce guide constitue la mise à jour à juillet 2009 du guide « Démarches sociales et cancer » publié en 2004. Les lois applicables en France sur les droits sociaux évoluant régulièrement, il est conseillé de s'y référer régulièrement pour vérifier les éventuels changements.



Sommaire

1. Pour vous aider à vous orienter	7
2. Les services administratifs	13
3. Pendant l'hospitalisation : droits et information de la personne malade	27
4. La prise en charge de la maladie et des soins	37
5. Après une hospitalisation	49
6. Les revenus pendant un arrêt de travail	65
7. La reprise du travail	77
8. Les cancers liés à une exposition professionnelle et reconnus comme maladie professionnelle	85
9. Les prêts bancaires	93
10. Les mesures juridiques pour protéger la personne malade	99
11. Les congés d'accompagnement proposés aux proches d'une personne malade	105
12. Du côté de l'enfant malade	109
13. Les démarches à faire après le décès d'un proche	121
Index	127
Liste des sigles	133
Liste des sites internet	137
Liste des lignes téléphoniques	141
Membres du groupe de travail	143
Relecteurs	145

1. Pour vous aider à vous orienter

L'ASSISTANTE SOCIALE
LES LIEUX D'INFORMATION

L'ASSISTANTE SOCIALE

Qui peut m'aider face à mes difficultés familiales, sociales et financières ? Quand puis-je solliciter une assistante sociale ? Où puis-je la rencontrer ? À l'hôpital, près de mon domicile ?

L'assistante sociale peut vous accompagner vous et vos proches tout au long et après la maladie.

Elle vise à établir avec vous une relation de confiance, fondée sur l'écoute et l'accueil.

Elle met en œuvre en accord avec vous toutes les actions susceptibles de prévenir ou de surmonter d'éventuelles difficultés. Elle peut contribuer ainsi à améliorer vos conditions de vie sur les plans social, sanitaire, familial, économique et professionnel.

Vous pouvez solliciter l'assistante sociale pendant ou après votre hospitalisation.

Elle répond à vos questionnements ou aux problèmes liés au cancer dans différents domaines :

- l'accès aux soins ;
- l'organisation familiale ;
- les aspects financiers ;
- votre situation professionnelle ;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle ;
- les problèmes administratifs ;
- la préparation du retour à domicile et son adaptation ;
- la recherche et la mise en place d'aides humaines et techniques ;

- la protection des personnes (tutelle, curatelle...);
- la recherche d'établissements de soins après une hospitalisation.

Vous pouvez contacter une assistante sociale auprès :

- de l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné ;
- du régime d'Assurance Maladie dont vous dépendez ;
- de votre Caisse d'allocations familiales ;
- de votre Caisse de retraite ;
- de votre Centre communal d'action sociale (CCAS) ;
- des services sociaux d'entreprise s'ils existent.

L'assistante sociale intervient à votre demande ou à celle d'un tiers mais avec votre accord.

Elle exerce sa profession dans le respect de la personne malade et de ses choix de vie sans discrimination, elle est tenue au secret professionnel : les informations auxquelles elle peut avoir accès sont confidentielles.



LES LIEUX D'INFORMATION

Que ce soit au sein ou hors des établissements de santé, différents dispositifs d'accueil et d'information ont été mis en place : des Espaces de rencontres et d'information (ERI), des kiosques d'information sur le cancer, des Espaces Ligue Info (ELI), des Accueils cancer de la ville de Paris (ACVP)...

Les principales missions de ces structures sont l'écoute, l'information et l'orientation des personnes malades et de leurs proches. Pour savoir si elles correspondent à vos besoins d'information, vous pouvez les contacter directement ou en parler avec les professionnels de l'établissement de santé où vous êtes traité, qui pourront vous orienter.

L'accès à ces structures est gratuit. Elles ne proposent pas de consultations médicales et ne font ni diagnostic, ni pronostic sur la maladie.

Les Espaces de rencontres et d'information

Certains centres de lutte contre le cancer et hôpitaux (publics et privés) proches de chez vous proposent des Espaces de rencontres et d'information (ERI). Au sein de l'hôpital, les ERI organisent des activités autour de deux thèmes : l'information et la rencontre. De nombreux supports d'information sont disponibles : brochures, vidéos, accès Internet... mais aussi des réunions-débats sur des thèmes correspondant aux préoccupations des malades et de leurs proches (alimentation, informations sur un traitement...). Les programmes sont supervisés par un comité de représentants des soignants.

Pour obtenir les coordonnées des ERI proches de votre domicile, vous pouvez consulter le site de la Ligue nationale contre le cancer www.ligue-cancer.net ou faire une demande sur leur site Action pour les malades : action-malades@ligue-cancer.net

Les Espaces Ligue Info

Les Espaces Ligue Info (ELI) sont des espaces animés par des bénévoles formés par la Ligue nationale contre le cancer. Les ELI sont situés à l'intérieur de l'hôpital ou en ville. Les objectifs de ces espaces sont : accueillir, informer, écouter, soutenir et orienter les personnes malades et les proches.

Vous trouverez des informations supplémentaires sur ces espaces sur le site internet de la Ligue nationale contre le cancer www.ligue-cancer.net

Les kiosques d'information sur le cancer

Les kiosques d'information sur le cancer sont destinés aux personnes malades ou non, désireuses d'obtenir une information sur le cancer. Ils s'adressent aussi bien aux malades qu'à leur entourage, quels que soient les stades de la maladie.

Ces kiosques sont situés dans des lieux faciles d'accès comme les centres-villes. Ce sont des espaces intermédiaires entre l'univers de l'hôpital, le secteur libéral et les associations de malades. Ils permettent d'améliorer le confort et la prise en charge des patients et de leur famille.

Vous pouvez trouver les coordonnées de ces dispositifs sur le site internet de l'Institut National du Cancer : www.e-cancer.fr

Les Accueils cancer de la ville de Paris

Les Accueils cancer de la ville de Paris (ACVP) sont situés en dehors des hôpitaux, proches des habitations. Ces structures sont reliées avec les services de cancérologie des hôpitaux de la ville de Paris, les centres de lutte contre le cancer de la région parisienne, ainsi que les associations de malades.

Ces Accueils cancer vous proposent un soutien psychologique, social, personnel et familial.

La ville de Paris dispose de quatre Accueils cancer.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires au numéro de téléphone suivant : 01 49 96 75 75 et sur le site internet de la ville de Paris : www.paris.fr > Recherche « Accueils cancer ».

Les Centres locaux d'information et de coordination

Le Centre local d'information et de coordination (CLIC) est une structure d'accueil, d'information et d'orientation. Mis en place pour les personnes âgées et leur entourage, le CLIC permet de trouver des éléments de réponse et d'aide en fonction de chaque situation. Une équipe de professionnels travaille au sein de cette structure et accompagne les personnes dans leurs démarches. Il existe un ou plusieurs CLIC dans chaque région. Le CLIC est généralement situé en ville.

Pour des informations complémentaires, vous pouvez consulter le site internet des CLIC : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>

Cancer Info Service

Cancer Info Service est une ligne téléphonique proposée par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer.

Elle est constituée d'une équipe de spécialistes de l'information, de l'écoute et des questions juridiques. Elle répond en toute confidentialité aux questions des personnes préoccupées par le cancer.

Ses missions sont les suivantes :

- donner une information claire, validée et actualisée sur le cancer ;
- orienter et permettre de se repérer dans le système de santé et de faire valoir ses droits ;
- soutenir en proposant une écoute humaine et attentive.

Cancer Info Service, 0810 810 821, du lundi au samedi de 9h à 19h, prix d'un appel local. Vous pouvez également trouver des renseignements sur le site internet : www.e-cancer.fr

Un **annuaire des associations de santé**[®]. Des dispositifs d'accueil et d'information régionaux et départementaux ont été mis en place par de nombreuses associations. Nous ne pouvons pas toutes les citer. Vous pouvez consulter l'annuaire des associations de santé qui recense les principales associations de malades et celles qui s'occupent d'aide et de soutien dans le domaine de la santé. Cet annuaire propose des renseignements sur l'ensemble des activités de ces associations, ainsi que les documents dont elles disposent.
www.annuaire-aas.com

2. Les services administratifs

LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE
 LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE
 LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
 LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
 LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Pendant et après votre maladie, vous allez devoir réaliser un certain nombre de démarches administratives. En fonction de votre situation personnelle, professionnelle et médicale, il vous faut identifier le régime social qui prendra en charge une partie de vos frais de santé ou l'organisme à solliciter pour gérer vos demandes de prestations sociales et aides diverses : allocation logement, allocation adulte ou enfant handicapé...

Les principaux services administratifs auprès de qui vous pouvez être amené à faire des démarches pendant et après votre maladie sont : l'Assurance Maladie et ses trois principaux régimes (le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants), la Caisse d'allocations familiales (CAF), le Centre communal d'action sociale (CCAS), la Maison départementale de la personne handicapée (MDPH).

LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

■ **Le régime général des salariés** s'adresse aux personnes salariées de l'industrie, du commerce et assimilées, aux personnes sans activité et aux personnes qui perçoivent certaines allocations (chômage, pensions, rentes, etc.). Elles relèvent de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Pour des informations sur votre situation, l'Assurance Maladie propose un numéro d'appel unique, le **3646** (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe). Si vous êtes à l'étranger, vous

pouvez joindre votre caisse d'Assurance Maladie en composant le 0811 703 646 (selon l'opérateur téléphonique étranger que vous utilisez). Vous pouvez également consulter le site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr

► **Le régime agricole** s'adresse aux exploitants et aux salariés agricoles. Ils relèvent de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA). Pour des informations sur votre situation, vous pouvez consulter le site de la MSA www.msa.fr

► **Le régime social des indépendants (RSI)**, gère la protection sociale des personnes exerçant une activité artisanale, commerciale, libérale ainsi que certains dirigeants ou associés des sociétés. Pour des informations sur votre situation, vous pouvez consulter le site du RSI www.le-rsi.fr

Les personnes salariées de la SNCF, de la RATP, d'EDF, de GDF, les fonctionnaires, les marins, les militaires, les enseignants, etc. ont leur propre régime de protection sociale. Pour des informations sur votre situation, vous pouvez consulter le site des régimes spéciaux www.regimesspeciaux.org

C'est auprès de ces différents régimes sociaux que vous devez adresser les éléments qui concernent votre santé : remboursement des soins médicaux, arrêt de travail, demande d'indemnités journalières, déclaration d'accidents du travail et maladie professionnelle...

Si vous n'avez pas de régime d'Assurance Maladie, vous pouvez bénéficier, sous certaines conditions, de la Couverture maladie universelle de base (CMU) et de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). (Voir p15).

Si vous êtes de nationalité étrangère en situation irrégulière, vous pouvez, sous certaines conditions, obtenir l'Aide médicale de l'état (AME) ou l'Aide médicale de l'état à titre humanitaire pour la prise en charge de vos soins (**Voir le chapitre 4 La prise en charge de la maladie et des soins**).

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE

J'ai des soins à réaliser mais je n'ai pas de régime d'Assurance Maladie. Comment faire ?

■ **La Couverture maladie universelle de base (CMU)** vous permet d'être affilié à l'Assurance Maladie et de bénéficier d'une prise en charge de vos soins. Pour bénéficier de la CMU de base, vous devez être en situation régulière, habiter en France depuis au moins trois mois. La CMU de base concerne aussi bien les personnes sans ressource que celles qui disposent de revenus importants (une cotisation est alors demandée).

■ **La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)** vous permet de bénéficier d'une protection complémentaire (mutuelle). Pour en bénéficier, vous devez habiter en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière et le revenu mensuel de votre foyer ne doit pas dépasser un certain montant.

Vos soins seront pris en charge à 100 % sans avance de frais occasionnés par des soins médicaux, l'achat de médicaments ou une hospitalisation, y compris le ticket modérateur c'est-à-dire la part non remboursée par l'Assurance Maladie. Vous n'avez ni à payer la participation de 50 centimes d'euro prélevée sur chaque boîte de médicaments, ni la franchise médicale de 1 euro lors de chaque consultation, ni le forfait journalier hospitalier (**Voir le chapitre 4 La prise en charge de la maladie et des soins**).

Pour établir votre demande de CMU de base ou de CMU complémentaire, vous pouvez retirer un dossier auprès du régime d'Assurance Maladie auquel vous apparteniez anté-

rieurement, des mairies, des services sociaux (CCAS, établissements de soins...). Vous pouvez aussi le télécharger sur les sites suivants : www.ameli.fr, www.msa.fr, www.le-rsi.fr

Toutes les pièces à joindre pour constituer votre dossier sont indiquées sur le formulaire à remplir.

L'aide pour une complémentaire de santé

Si vous ne remplissez pas les conditions pour obtenir une Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) mais que vous avez des difficultés pour adhérer financièrement à une mutuelle, l'Assurance Maladie a créé l'aide pour une complémentaire de santé sous la forme de chèques santé. Cette aide permet de diminuer le coût de votre cotisation auprès d'un organisme complémentaire.

Pour obtenir cette aide financière, vous devez retirer un dossier auprès de la caisse d'Assurance Maladie, d'un Centre communal d'action sociale ou d'un établissement de soins. Vous pouvez aussi télécharger le formulaire n° S 3711 ou S 3715 sur les sites suivants : www.ameli.fr, www.msa.fr, www.le-rsi.fr

Lorsque votre dossier de CMU complémentaire ou de demande d'aide à la mutualisation est complet, daté et signé, vous pouvez le déposer ou l'envoyer à la Caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez (CPAM, MSA, RSI...).

Votre caisse d'Assurance Maladie peut, à votre demande, vous remettre une liste d'organismes complémentaires possibles.

Pour la CMUC et l'aide pour une complémentaire santé, votre caisse d'Assurance Maladie peut prendre en compte les éléments de votre train de vie sur les 12 mois qui précèdent votre demande (propriétés bâties, non bâties, capitaux, automobiles, objets d'art ou de collection, personnels et services domes-

tiques, appareils électroménagers, équipements son-hifi-vidéo, informatiques, voyages, clubs de sports et de loisirs, droits de chasse), l'objectif étant de mieux lutter contre la fraude et les abus.

Pour ces trois types de couverture, le renouvellement n'est pas automatique : vous devez effectuer votre demande tous les ans.

LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

La Caisse d'allocations familiales (CAF) est un organisme public qui accompagne les familles pour les aider dans leur vie quotidienne. Elle étudie votre situation et, en fonction de celle-ci, verse différentes allocations : Allocation logement, Allocation journalière de présence parentale (AJPP), Allocation d'éducation enfants et adultes handicapés (AEEH et AAH). Certaines allocations sont soumises à conditions de ressources et vos droits sont régulièrement réétudiés.

Les allocations en rapport avec un handicap sont d'abord soumises à la décision d'attribution par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Il existe au moins une CAF par département et des points d'accueil proches de chez vous.

Pour des informations complémentaires sur l'ensemble de ces prestations, n'hésitez pas à contacter la Caisse d'allocations familiales de votre département. Pour les exploitants et les salariés agricoles, vous devez contacter le service des prestations familiales de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Vous trouverez aussi des informations complémentaires sur les sites de la CAF : www.caf.fr, et de la MSA : www.msa.fr

LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Le Centre communal d'action sociale (CCAS) propose aux familles démunies sans enfant, aux personnes âgées et aux personnes handicapées une évaluation de leur demande, une orientation vers les partenaires identifiés pour le traitement administratif de leurs dossiers, une aide dans les démarches à effectuer et une mise en relation avec une assistante sociale.

Il peut par exemple intervenir dans :

- la livraison des repas à domicile ;
- les démarches à effectuer pour obtenir l'intervention d'une aide ménagère ;
- le système de téléassistance qui permet d'être relié à une personne de votre choix ;
- l'obtention des aides alimentaires ;
- l'obtention des tickets de transports en commun.

Pour connaître les coordonnées du CCAS de votre secteur d'habitation, adressez-vous à votre mairie.

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES



La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est un organisme qui permet un accès unique aux droits et prestations prévus pour toute personne handicapée âgée de moins de 60 ans.

Il existe une MDPH dans chaque département.

Au sein de la MDPH, une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. Elles sont prises à partir de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Le terme de *handicap* désigne toute limitation d'activité, ou restriction de participation à la vie en société. Ce terme est utilisé pour parler d'une personne atteinte d'une maladie invalidante, de façon temporaire ou non. C'est la raison pour laquelle une personne atteinte d'un cancer peut avoir accès aux dispositifs d'aides et d'allocations de la MDPH.

Les professionnels de la MDPH possèdent des compétences médicales et paramédicales dans différents domaines :

- psychologie ;
- travail social ;
- formation scolaire et universitaire ;
- emploi et formation professionnelle.

Ils évaluent vos besoins et vous aident à repérer les moyens nécessaires pour renforcer ou préserver votre autonomie.

Cette commission :

- définit le taux d'incapacité de la personne ;
- ouvre le droit à des allocations (Allocations aux adultes handicapés, Prestation de compensation...) ;
- accorde le statut de travailleur handicapé ;
- prend les mesures qui visent à favoriser l'orientation professionnelle.

Le taux d'incapacité, souvent appelé taux de handicap, est déterminé en fonction de toutes les contraintes qui entraînent pour vous une perte d'autonomie (le calcul se fait à l'aide d'un guide-barème établi par décret). Le certificat médical rempli par votre médecin doit être détaillé et argumenté. Le contenu des informations que donne votre médecin traitant permet à la MDPH de prendre une décision.

Pour obtenir des informations sur les services proposés par l'équipe de la MDPH, n'hésitez pas à contacter celle de votre département. Les démarches à effectuer pour la constitution d'un dossier vous seront expliquées à l'accueil de votre MDPH. Les dossiers sont à retirer auprès de la mairie, des Caisses d'allocations familiales, de la Mutualité sociale agricole (MSA) et de la caisse d'Assurance Maladie.

Le Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville donne des renseignements sur la loi du Handicap et ses applications dans la vie quotidienne au 0820 03 33 33, du lundi au samedi de 9h à 19h, numéro indigo 0,12 euros TTC/min. Des informations sont également disponibles sur leur site : www.travail-solidarite.gouv.fr

Différentes prestations sociales sont possibles pour compenser les conséquences du handicap. Il s'agit de la Prestation de compensation du handicap (PCH), de l'Allocation d'éducation aux enfants et adultes handicapés (AEEH et AAH), du Complément de ressources, de la Majoration pour vie autonome (MVA).

Ces prestations sont étudiées par la Commission des droits de la personne handicapée (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Par contre, le versement de ces prestations est effectué par les organismes payeurs dont vous dépendez.

La Prestation de compensation du handicap

La Prestation de compensation du handicap (PCH) a pour objectif de compenser les conséquences du handicap des personnes âgées de moins de 60 ans.

Elle remplace l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Cette prestation prend en compte l'ensemble de vos besoins. Elle est attribuée sans condition de ressources mais soumise à condition de résidence. Un certificat médical doit être joint à votre demande.

Cinq grands types d'aides sont possibles :

- humaines (dédommagement d'aidants familiaux, recours à une tierce personne comme une auxiliaire de vie par exemple) ;
- techniques (matériel, prothèses) ;

- matérielles (aménagement du logement et du véhicule) ;
- animalières (chien pour personnes mal voyantes ou non voyantes par exemple) ;
- aides spécifiques ou exceptionnelles (lorsque le besoin n'est pas financé par une autre prestation comme par exemple la réparation d'un fauteuil roulant).

Au final, un Plan personnalisé de compensation du handicap (PPCH) qui indiquera le détail des aides allouées vous sera proposé.

Les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de la PCH dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution de l'AAEH (**Voir chapitre 12 Du côté de l'enfant malade**) et de son complément, dans le cadre du droit d'option entre le complément d'AAEH et la PCH.

► **L'Allocation aux adultes handicapés**

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée sur une durée déterminée à partir d'un certain taux d'incapacité, sous réserve de remplir des conditions de résidence, de nationalité, d'âge et de ressource :

- si vous êtes âgé de plus de 20 ans (ou à partir de 16 ans sous certaines conditions) et de moins de 60 ans ;
- si vous êtes atteint d'un taux d'incapacité permanent ; d'au moins 80 % ; ou compris entre 50 et 80 % à la condition d'être reconnu dans l'impossibilité de se procurer un emploi.

Cette allocation peut vous être versée en totalité ou partiellement. Après six mois d'arrêt maladie continu, votre dossier peut être à nouveau étudié.

Le taux d'incapacité et la durée d'attribution de l'AAH sont évalués par la Commission des droits et de l'autonomie des

personnes handicapées (CDAPH).

L'Allocation aux adultes handicapés est réduite si vous êtes hospitalisé plus de 60 jours ou si vous êtes admis en maison d'accueil spécialisée ou en centre d'aide par le travail.

L'AAH n'est plus versée à partir de 60 ans en cas d'incapacité de 50 % à 60 %. À cet âge, les bénéficiaires basculent dans le régime de retraite pour inaptitude.

En cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle (allocation mensuelle réduite) peut être versée au-delà de 60 ans en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

En plus de cette allocation, vous pouvez bénéficier de la garantie de ressources avec le versement du Complément de ressources ou recevoir la Majoration pour la vie autonome (MVA).

Le Complément de ressources

Le Complément de ressources est une allocation forfaitaire qui s'ajoute à l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) pour constituer une garantie de ressources dans le but de compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler.

Pour bénéficier du Complément de ressources, vous devez :

- être âgé de moins de 60 ans ;
- avoir une capacité de travail inférieure à 5 % liée à votre handicap ;
- ne pas avoir perçu de revenu professionnel depuis au moins un an ;
- habiter un logement indépendant ;
- avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 % et bénéficier de l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage invalidité vieillesse ou d'une rente accident de travail.

Si vous reprenez une activité professionnelle, le versement du Complément de ressources est arrêté.

La Majoration pour vie autonome

La Majoration pour vie autonome est une allocation destinée aux personnes handicapées qui peuvent travailler, mais qui sont au chômage en raison de leur handicap.

Pour en bénéficier, vous devez :

- avoir un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % et percevoir l'AAH, à taux plein ou en complément d'un avantage invalidité vieillesse ou d'une rente accident de travail ;
- être âgé de moins de 60 ans ;
- ne pas percevoir de revenus d'activité professionnelle ;
- disposer d'un logement indépendant et percevoir une aide au logement.

Le Complément de ressources et la Majoration pour vie autonome ne sont pas cumulables.

Si vous avez droit aux deux, c'est la prestation la plus avantageuse qui est versée.

Il est important de déclarer tout changement de situation (ressources, situation familiale ou professionnelle) auprès de l'organisme qui vous règle ces allocations. Celui-ci peut vous demander de restituer un trop-perçu.

LES CARTES D'INVALIDITÉ

En complément de toutes les prestations mises en place (Prestation de compensation du handicap, Complément de ressources, etc.), des cartes d'invalidité peuvent être demandées auprès de la MDPH.

La carte d'invalidité

Si vous avez une incapacité au moins égale à 80 % et quel que soit votre âge, vous pouvez obtenir une carte d'invalidité. Elle est accordée pour une durée déterminée.

Votre carte d'invalidité peut porter la mention « cécité » ou « besoin d'accompagnement » qui atteste la nécessité d'être accompagné dans vos déplacements.

Elle vous permet de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux comme :

- une réduction sur le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- une exonération de votre taxe d'habitation et de votre redevance télévision (voir les conditions au dos de votre avis d'imposition) ;
- un accès aux places assises réservées dans les transports en commun ;
- une priorité dans les files d'attente ;
- une réduction sur les billets de la SNCF pour la personne qui vous accompagne dans vos déplacements ;
- la gratuité de certains musées.

La carte de priorité

Si votre incapacité est inférieure à 80 %, vous pouvez bénéficier de la carte de priorité pour personne handicapée. Elle vous permet de bénéficier d'une priorité d'accès aux places assises et dans les files d'attente. En revanche, elle ne procure aucun avantage fiscal.

La carte européenne de stationnement

Si vous avez un handicap ou un trouble de santé invalidant qui réduit de manière importante et durable votre capacité et votre autonomie (difficulté pour vous déplacer à pied, besoin d'être accompagné dans vos déplacements), la carte européenne de stationnement permet de se garer sur les places réservées. Elle

doit être apposée sur le pare-brise du véhicule utilisé (le vôtre ou celui de la personne qui vous accompagne).

Cette carte est reconnue par les États membres de l'Union européenne et permet de faire bénéficier son titulaire des facilités de circulation et de stationnement prévues dans chaque État membre pour les personnes handicapées.

3. Pendant l'hospitalisation : droits et information de la personne malade

L'HOSPITALISATION, MODE D'EMPLOI

LE DISPOSITIF D'ANNONCE

LA LOI DU 4 MARS 2002

LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

LA PERSONNE DE CONFIANCE

LE DOSSIER MÉDICAL

LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

LA COMMISSION RÉGIONALE DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

L'HOSPITALISATION, MODE D'EMPLOI

À votre arrivée à l'hôpital, présentez-vous au bureau des entrées ou des admissions avec les documents administratifs nécessaires à votre prise en charge :

- votre carte d'identité ;
- votre carte vitale et son attestation ;
- votre carte de mutuelle ou, le cas échéant, l'attestation de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- la lettre de votre médecin traitant ;
- vos documents médicaux (carte de groupe sanguin, carnet de vaccinations ou de santé, résultats d'analyses, radiographies, etc.).

À votre sortie de l'hôpital, il vous sera remis :

- un bulletin de situation qui indique les dates d'arrivée et de sortie de l'hôpital ;
- vos ordonnances ;
- la lettre pour votre médecin traitant, à moins qu'elle ne lui soit envoyée par courrier ;
- une prescription médicale de transport si besoin.

Des rendez-vous de suivi pour vos prochaines consultations ou examens peuvent également être fixés à ce moment-là.

Pour des informations complémentaires sur l'hôpital (vos démarches et vos droits, l'annuaire des établissements de santé...), vous pouvez consulter le site : www.hopital.fr

LE DISPOSITIF D'ANNONCE

Le dispositif d'annonce est une mesure du Plan cancer (2003-2007), mise en place à la demande des patients lors des États Généraux des malades atteints de cancers organisés par la Ligue nationale contre le cancer. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de qualité au moment de l'annonce de sa maladie. Le dispositif d'annonce prévoit des temps de discussion et d'explication sur la maladie et les traitements afin d'apporter au patient une information adaptée, progressive et respectueuse.

Ce dispositif s'organise sur plusieurs temps :

- **un temps médical** comprenant l'annonce du diagnostic et la proposition de traitement ;
- **un temps d'accompagnement soignant** permettant au malade ainsi qu'à ses proches de compléter les informations médicales reçues, de l'informer sur ses droits et sur les associations pouvant lui venir en aide ;
- **un temps de soutien** proposant un accompagnement social et l'accès à différents soins dits de support (psychologue, assistante sociale, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, etc.) ;
- **un temps d'articulation** avec la médecine de ville pour optimiser la bonne coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant.

LA LOI DU 4 MARS 2002

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre dans le chapitre "*Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté*" le droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce. Le Code de la santé publique rassemble les principales références concernant les droits des patients (dossier médical, personne de confiance). Le détail de ces droits figure dans le Code de la santé publique aux articles L.1111-7 et suivants et R.1111-1 et suivants.

LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

La **Charte de la personne hospitalisée** reprend ces droits de façon simplifiée. L'objectif de la Charte est de vous informer sur vos droits (l'accès au dossier médical, la personne de confiance...) tels qu'ils sont affirmés par les lois, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé. Le jour de votre hospitalisation, un résumé de cette Charte vous est remis. L'intégralité du document peut vous être délivrée, gratuitement, sans délai, sur simple demande auprès du service chargé de l'accueil. Elle est consultable et téléchargeable sur le site du ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr

LA PERSONNE DE CONFIANCE

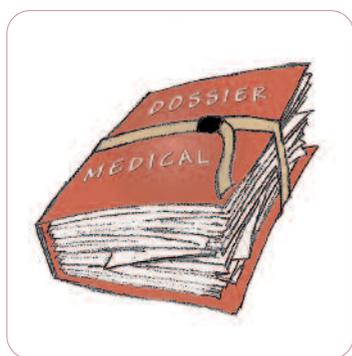
Lors de votre hospitalisation, la présence d'un proche ou d'une tierce personne peut faciliter la transmission des informations reçues : à deux, on peut recouper les informations données par le médecin et en discuter.

C'est pour cette raison qu'il vous est possible de désigner une personne de confiance à chaque hospitalisation (vous pouvez modifier votre choix à tout moment). La désignation d'une personne de confiance est faite par écrit. Elle peut être la personne qui partage votre vie, un membre de votre famille (parent, frère, sœur, enfant, oncle, un ami ou votre médecin traitant). La seule condition est que cette personne soit majeure. La personne de confiance est celle à laquelle les professionnels de santé se référeront si, à un moment ou un autre, vous n'êtes ni en mesure d'être informé, ni en mesure d'exprimer votre volonté.

LE DOSSIER MÉDICAL

Vous pouvez avoir besoin de consulter votre dossier médical accompagné ou non d'une personne de votre choix ou obtenir des documents comme des comptes rendus d'hospitalisation, d'examen, etc.

En pratique, vous devez, pour obtenir la communication de votre dossier médical, en faire la demande écrite au directeur



Un second avis médical. Il vous est possible de demander un second avis médical et ce en accord avec votre médecin traitant (celui que vous avez désigné à votre Caisse d'Assurance Maladie) afin de respecter le parcours de soins.

de l'hôpital ou au chef du service hospitalier concerné. La communication peut se faire sur place à l'hôpital ou par envoi postal. Dans ce cas, votre demande écrite doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au directeur de l'établissement accompagnée d'une photocopie de votre carte d'identité. Une réponse doit vous parvenir au plus tard dans les huit jours qui suivent votre demande et au plus au tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures ait été observé. Si certaines informations de votre dossier remontent à plus de cinq ans, un délai de deux mois est nécessaire.

Cette communication peut aussi s'effectuer directement ou par l'intermédiaire du médecin que vous avez désigné.

Pour l'enfant mineur ou placé sous un régime de tutelle, ce sont ses parents ou son représentant légal qui font la demande, sauf si l'enfant s'y oppose ou souhaite que les informations soient données par l'intermédiaire du médecin.

Pour les personnes majeures sous tutelle, le tuteur a le droit d'accéder à leur dossier médical.

Les successeurs légaux d'une personne décédée (l'épouse, l'époux, les enfants, les parents de la personne décédée...) peuvent accéder à son dossier médical uniquement pour connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs propres droits. Ceci n'est possible que si la personne décédée ne s'y est pas opposée de son vivant.

Pour ces derniers, la demande s'effectue par lettre avec accusé de réception au directeur de l'hôpital. Ils doivent justifier de leur identité et de leur lien de parenté avec la personne décédée et préciser les raisons de leur demande.

Si vous souhaitez recevoir une copie des éléments de votre dossier à domicile, l'envoi en recommandé avec accusé de réception pourra vous être facturé.

LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS ET DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Si vous rencontrez des difficultés pendant votre séjour à l'hôpital (accueil, prise en charge et qualité des soins par exemple), il est conseillé dans un premier temps d'en parler avec le médecin qui vous prend en charge ou avec la surveillante du service. Ils essayeront d'apporter une réponse à vos attentes dans les meilleurs délais.

Si vous n'êtes pas satisfait des solutions apportées, vous pouvez saisir la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Pour cela, vous devez écrire au directeur de l'établissement. Ce dernier transmettra votre lettre à la commission qui examinera votre requête.



Cette commission est composée :

- d'un président ;
- de médiateurs médecins ;
- de médiateurs non médecins ;
- de représentants d'usagers.

Une réponse vous sera donnée dans les meilleurs délais par la CRUQPC. Si vous le désirez, une rencontre pourra être organisée avec le médecin médiateur (si votre plainte ou réclamation concerne l'organisation des soins ou le fonctionnement médical) ou le médiateur non médecin (si cela concerne des questions autres que la prise en charge médicale ou soignante).

Toutes les demandes et réclamations sont inscrites sur un registre prévu à cet effet. Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de 1978, vous avez le droit d'accéder et de rectifier les informations vous concernant consignées dans ce registre.

LA COMMISSION RÉGIONALE DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

J'ai eu un traitement, qui malheureusement, a entraîné pour moi des séquelles de santé importantes. Est-ce que je peux avoir un recours ? Je ne sais pas à qui m'adresser.

Si vous êtes en conflit avec un professionnel de santé ou victime d'un accident médical (degré de gravité supérieur à un seuil fixé par décret) à la suite, par exemple, d'un traitement ou d'un médicament ayant entraîné une altération de votre état de santé, vous pouvez saisir la Commission régionale de

conciliation et d'indemnisation (CRCI). Elle peut permettre la mise en place d'une conciliation ou d'une indemnisation.

Il existe une Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) par région.

Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte mis en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.

La Commission étudie et mène une expertise de votre dossier. Elle dispose d'un délai de six mois pour rendre son avis et vous faire une proposition d'indemnisation personnalisée, soit de la part de l'assureur du professionnel de santé s'il s'agit d'une faute, soit de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) s'il s'agit d'un accident médical non consécutif à une faute.

Pour obtenir des renseignements complémentaires et des informations sur la constitution d'un dossier, vous pouvez vous adresser à la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) de votre région. Les coordonnées des CRCI sont mentionnées sur leur site : www.commissions-crci.fr et sur le site de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) : www.oniam.fr

Pour connaître les conditions d'accès au dispositif d'indemnisation, l'ONIAM met à votre disposition un numéro Azur, 0810 600 160, du lundi au vendredi de 9h à 18h, prix d'un appel local.

Le pôle santé sécurité soins du Médiateur de la République dispose d'une ligne téléphonique Sécuritésoins écoute,

0810 455 455, du lundi au vendredi de 9h à 20h, prix d'un appel local. Des informations sont également disponibles sur le site : www.securitesoins.fr

Le pôle santé vous renseigne sur le non respect des droits des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins.

4. La prise en charge de la maladie et des soins

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS DANS L'UNION EUROPÉENNE

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS POUR LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Le cancer est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés. À ce titre, il est considéré comme une Affection de longue durée (ALD). Lorsque la maladie est reconnue comme ALD, toutes les dépenses liées à cette maladie sont remboursées à 100 %, sur la base du tarif de l'Assurance Maladie dont vous dépendez.

Pour bénéficier de l'ALD, votre médecin traitant doit remplir un formulaire appelé Protocole de soins. Ce formulaire indique le diagnostic, les soins et les traitements envisagés. Votre médecin traitant adresse ensuite ce document au médecin conseil de votre caisse d'Assurance Maladie. Après accord, le protocole est adressé à votre médecin traitant qui vous remettra le volet 3 du protocole de soins lors d'une consultation. Dès l'obtention de cet accord, vous devez réactualiser votre carte vitale dans les bornes adaptées à cet effet (caisse d'Assurance Maladie, hôpital, pharmacie).

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance Maladie. Il coordonne vos soins, vous guide si nécessaire vers d'autres professionnels de santé et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est un médecin généraliste ou un spécialiste. Il exerce en libéral, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas d'urgence et pour faciliter l'accès aux soins, le médecin de l'établissement de santé est autorisé à réaliser ce Protocole de soins. Cette procédure permet dans un premier temps de vous ouvrir des droits pour une durée maximale de six mois. Durant cette période, il faudra vous rapprocher du médecin traitant que vous avez déclaré, afin qu'il établisse un nouveau protocole de soins, en concertation avec les équipes et les médecins qui vous suivent.

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS

Je suis en longue maladie. Est-ce que tous mes soins sont remboursés intégralement ?

Les dépenses liées à votre maladie sont remboursées à 100 % sur la base du tarif de la caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez. Cependant, une participation financière est déduite de vos remboursements pour les consultations, les médicaments, les déplacements... Il s'agit de la participation forfaitaire de 1 euro et de la franchise médicale. De même, certains frais ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie (forfait hospitalier, chambre individuelle). C'est ce que l'on appelle **le reste à charge**.

Toutes les personnes sont concernées par la participation forfaitaire et la franchise médicale sauf les enfants et les jeunes âgés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et les femmes enceintes.

La participation forfaitaire et la franchise médicale concernent :

- la participation de 1 euro pour chaque consultation médicale, déduite automatiquement de vos remboursements ;

- les 50 centimes d'euro prélevés sur le remboursement de chaque boîte de médicaments prescrite et remboursée par l'Assurance Maladie. Une somme identique est prélevée sur les actes paramédicaux (effectués par un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, un pédicure, etc.) réalisés en ville ou dans un centre de santé. Cette somme est plafonnée à deux euros par jour pour l'intervention d'un même professionnel de santé. La franchise médicale n'est pas appliquée pour les médicaments ou actes paramédicaux réalisés au cours d'une hospitalisation, qu'ils soient donnés ou effectués en milieu hospitalier ou lors d'une hospitalisation à domicile ;
- les transports (ambulance, taxi, véhicule sanitaire léger) ; la franchise est de deux euros par trajet sauf en cas d'urgence. Elle ne peut dépasser quatre euros par jour, soit l'équivalent d'un aller et retour.

Ces sommes sont déduites au fur et à mesure des remboursements effectués par les caisses d'Assurance Maladie. En cas de tiers payant, la franchise est déduite lors du remboursement suivant.

Le montant de la franchise médicale ne peut pas dépasser 50 euros par an.

Le reste à charge concerne :

- le forfait hospitalier journalier ;
- les frais de chambre particulière ;
- les dépassements d'honoraires demandés par les médecins non conventionnés ;
- la différence entre le tarif remboursé par l'Assurance Maladie et le prix pratiqué par les fournisseurs pour les prothèses et le matériel orthopédique ;
- les médicaments qui portent la vignette orange.

Pour ces restes à charge, renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour savoir si ces frais sont totalement ou partiellement remboursés.

Le forfait hospitalier

Lorsque vous êtes hospitalisé, les soins en rapport avec votre Affection de longue durée (ALD) sont pris en charge à 100 %, à l'exception du forfait hospitalier journalier qui correspond à votre participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien. Certaines personnes sont exonérées du forfait hospitalier.

Il s'agit notamment :

- des personnes qui viennent à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux mais qui ne sont pas hospitalisées ;
- des personnes qui bénéficient d'une pension militaire (bénéficiaire selon les termes de l'Art L.115 du Code des pensions militaires) ;
- des enfants et des adolescents qui bénéficient de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- des personnes dont le cancer a été reconnu comme maladie professionnelle (**Voir le chapitre 8 Les cancers liés à une exposition professionnelle et reconnus comme maladie professionnelle**) ;
- des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

La chambre particulière

Pendant votre hospitalisation, vous pouvez souhaiter être en chambre particulière, avoir une télévision et si besoin obtenir un lit d'accompagnement pour l'un de vos proches. Ces frais ne sont pas pris en charge par votre caisse d'Assurance Maladie.

Cependant, votre mutuelle peut éventuellement régler une partie de ces frais. Renseignez-vous auprès d'elle. La Couverture maladie universelle (CMU) ne rembourse pas ces dépenses.

Si des proches souhaitent rester près de vous pendant votre hospitalisation, l'accueil de l'hôpital peut vous indiquer les possibilités d'hébergement à proximité.

Les dépassements d'honoraires

Lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, demandez au médecin **s'il effectue des dépassements d'honoraires qui pourraient rester à votre charge**. Si cela est le cas, il doit vous présenter un devis écrit.

Si vous êtes hospitalisé, renseignez-vous auprès de l'établissement pour connaître les modalités de prise en charge financière de vos soins.

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. Le dépassement d'honoraires n'est pas autorisé, sauf en cas de demande exceptionnelle de votre part : visite en dehors des heures d'ouverture habituelle de votre médecin par exemple. Les dépassements d'honoraires ne vous seront pas remboursés.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique les honoraires libres : le médecin est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires de façon « raisonnable ». Ces dépassements ne seront pas remboursés par votre caisse d'Assurance Maladie.

Le remboursement des frais de transports

J'ai des soins réguliers à l'hôpital, mais je suis fatigué et je ne peux pas prendre les transports en commun. Si je prends un taxi, est-ce qu'il me sera remboursé ? Que dois-je faire alors ?

Votre caisse d'Assurance Maladie peut rembourser les frais de transport prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec votre Affection de longue durée (ALD). Le médecin choisit le moyen de transport le plus économique et le mieux adapté à votre état de santé (voiture personnelle, transports en commun, transport assis professionnalisé anciennement appelé Véhicule sanitaire léger (VSL), taxi, ambulance, avion, bateau).

Sauf dans les situations d'urgence, l'entente préalable est obligatoire pour les situations suivantes :

- les transports de longue distance (c'est-à-dire à plus de 150 kilomètres aller) ;
- les transports en série (c'est-à-dire au moins quatre transports de plus de 50 kilomètres aller, sur une période de deux mois, pour un même traitement) ;
- les transports en bateau ou en avion.



Dans le cas d'une prescription de transport en taxi, une dispense d'avance des frais est également possible, sous réserve qu'une convention entre les organismes locaux d'Assurance Maladie et les entreprises de taxi ait été homologuée par le préfet. Pour être remboursé, il faut impérativement utiliser un taxi conventionné. La liste des taxis est disponible auprès de votre caisse d'Assurance Maladie. Vous pouvez obtenir des informations en appelant le **3646** (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe) ou en consultant leur site : www.ameli.fr. Un logo de couleur bleu, placé sur la vitre arrière du taxi, permet d'identifier qu'il est conventionné.

Pour être remboursé, pensez à bien demander la prescription médicale de transport à votre médecin et n'oubliez pas de joindre tous les justificatifs : billets de train, factures, ticket de péage autoroutier...

Si vous choisissez un établissement de santé en dehors du département dans lequel vous habitez, vous devez faire une demande d'entente préalable pour les soins et transports auprès de votre caisse d'Assurance Maladie. Par défaut, ces frais risquent d'être totalement ou partiellement à votre charge.

Le remboursement des prothèses et appareillages

Quel remboursement pour les prothèses et les appareillages ?

Les traitements du cancer entraînent parfois des effets secondaires qui, même s'ils sont temporaires, peuvent modifier votre aspect physique. Ces changements sont souvent difficiles à accepter.

Pour obtenir les coordonnées des magasins spécialisés dans les prothèses et appareillages, vous pouvez consulter le site internet de la Ligue nationale contre le cancer, www.ligue-cancer.net ou appeler Cancer Info Service, 0810 810 821, prix d'un appel local.

Les prothèses (perruque, prothèse mammaire) et appareillages (fauteuil roulant, canule) prescrits par le médecin peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

Pour la part non prise en charge par l'Assurance Maladie, vous pouvez éventuellement demander une participation complémentaire auprès de votre mutuelle. L'assistante sociale de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou de votre caisse d'Assurance Maladie peut vous renseigner pour étudier un éventuel financement.

La prothèse mammaire

Après l'ablation du sein, est-il possible d'avoir une prothèse mammaire ?

Votre médecin peut vous prescrire une prothèse mammaire externe. Cette prothèse redonne l'apparence du galbe du sein lorsque celui-ci a été enlevé en totalité. Elle se met à l'intérieur d'un soutien-gorge adapté à cet effet (avec ou sans poche). Ces soutiens-gorges ne sont pas remboursés.

Cette prothèse externe est renouvelable tous les ans sur prescription médicale et remboursée sur la base d'un forfait, par votre caisse d'Assurance Maladie.

Le choix d'une perruque adaptée

Comment choisir une chevelure adaptée ? Auprès de qui se renseigner ?

Certains traitements de chimiothérapie et de radiothérapie provoquent une chute des cheveux. Votre médecin peut vous proposer une perruque (appelée aussi prothèse capillaire, chevelure d'appoint, chevelure de remplacement). Votre caisse d'Assurance Maladie rembourse votre perruque sur une base

forfaitaire d'un montant de 125 euros.

Vous pouvez demander des conseils auprès de votre coiffeur habituel. Il pourra vous donner l'adresse de magasins spécialisés qui proposent des chevelures de remplacement.

La liste des magasins qui adhèrent à la charte des perruquiers est disponible sur le site internet de l'Institut National du Cancer (voir encadré ci-dessous).

Des informations complémentaires sur l'alopecie sont disponibles dans le guide *Traitements du cancer et chute du cheveu* édité par l'Institut National du Cancer.

Une charte des droits du client et devoirs du vendeur de perruques. L'Institut National du Cancer (INCa) a établi en concertation avec les professionnels une charte qui engage les magasins qui y souscrivent à respecter une démarche qualité tant au niveau de l'accueil, que de la présentation des produits et du service après-vente. Il est recommandé de se rendre dans les magasins adhérant à cette charte. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site internet : www.e-cancer.fr

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS DANS L'UNION EUROPÉENNE

Si vous partez dans un pays membre de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse, votre carte vitale n'est pas reconnue. Il est important de vous munir de la carte européenne d'Assurance Maladie. La demande doit être faite auprès de la caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez. Cette carte est nominative et individuelle. Tous les membres de la famille doivent en posséder une, y compris les enfants de moins de 16 ans. Elle est valable un an. Cette carte couvre les soins urgents et imprévus pendant votre séjour.

Pour des soins programmés pendant votre séjour en rapport avec votre cancer, dans un pays de l'Espace économique européen ou dans un autre pays, renseignez-vous après de votre caisse d'Assurance Maladie avant de partir.



LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS POUR LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE, EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

L'Aide médicale de l'État

Pour vous permettre de couvrir les frais liés à votre santé - soins, consultations médicales à l'hôpital ou chez un médecin de ville - vous pouvez solliciter l'Aide médicale de l'État (AME).

Elle permet la prise en charge à 100 % des soins médicaux dans la limite des montants remboursables par l'Assurance Maladie et du forfait hospitalier.

Si vous êtes de nationalité étrangère en situation irrégulière, vous devez justifier pour demander l'AME :

- d'une carte nationale d'identité, d'un passeport ;
- d'une résidence ininterrompue en France depuis plus de trois mois ;
- de conditions de ressources inférieures à celles retenues pour l'attribution de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMUC).

Vous pouvez déposer votre demande auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou du Centre communal d'action sociale (CCAS) de votre lieu de résidence. Si vous n'avez pas de domicile fixe, vous devez élire votre domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé à cet effet (service d'hébergement d'urgence, centre d'hébergement et de réadaptation sociale) pour que votre demande soit acceptée. L'AME est attribuée pour une durée d'un an.

L'Aide médicale de l'État à titre humanitaire

Les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière peuvent solliciter de l'Aide médicale de l'État à titre humanitaire dans les situations suivantes :

- en cas d'accident ou de maladie lors de leur passage en France (visa touristique, visa de court séjour) ;
- si vos soins médicaux ne peuvent pas être donnés dans le pays d'origine.

La demande d'AME humanitaire est à adresser à la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) de votre lieu de séjour. Elle doit être accompagnée d'un certificat

médical qui mentionne votre état de santé.

Seul le ministère chargé de l'action sociale peut accorder ou non cette aide médicale.

L'AME à titre humanitaire ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux dispensés à l'hôpital ou en médecine libérale, dans la limite des montants remboursables par l'Assurance Maladie et du forfait hospitalier.

Pour plus d'informations sur l'ensemble des Aides médicales de l'État et les possibilités de titre de séjour ouvrant droit à l'Assurance Maladie, vous pouvez vous adresser à l'assistante sociale de l'établissement de santé où vous êtes soigné.

5. Après une hospitalisation

LES STRUCTURES D'ACCUEIL
LES SOINS À DOMICILE
LES AIDES À LA PERSONNE
LES AIDES TECHNIQUES

LES STRUCTURES D'ACCUEIL

À la sortie de l'hôpital, si votre état de santé ne permet pas un retour immédiat à votre domicile, vous pouvez accéder à des structures d'accueil pour des périodes plus ou moins longues.

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur les conditions d'admission, le coût du séjour, l'aide à la constitution de votre dossier, etc., l'assistante sociale de votre établissement de santé peut vous renseigner. Ces structures sont généralement prises en charge par la caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez. Il est nécessaire dans ce cas d'avoir une prescription médicale. Selon la structure où vous serez accueilli, des frais peuvent rester à votre charge (forfait hospitalier, chambre seule...), renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour connaître les possibilités de prise en charge de ces frais.



Les services de soins de suite et de réadaptation

Les services de soins de suite et de réadaptation (appelés aussi maisons de convalescence et centres de réadaptation fonctionnelle) peuvent vous accueillir pendant ou après vos traitements.

Ce type de séjour doit être prescrit par un médecin. Sa durée est déterminée en fonction de votre état de santé. Le séjour est pris en charge par votre caisse d'Assurance Maladie. Restent à votre charge le coût du forfait hospitalier journalier et de la chambre particulière. Contactez votre mutuelle pour connaître les modalités de remboursement de ces frais.

Les unités de soins palliatifs

Les unités de soins palliatifs accueillent les patients atteints d'une maladie grave évolutive jusqu'à leur fin de vie et offre un soutien auprès de la famille.

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs comme suit :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle ».

L'admission dans ces unités est prescrite par un médecin. L'Assurance Maladie prend en charge votre séjour en dehors du forfait hospitalier.

Les foyers logement

Le foyer logement est une location d'appartement dans une résidence pour personnes âgées de plus de 60 ans. Le foyer

logement vous permet d'être indépendant. Il offre la possibilité de bénéficier de divers services : restauration, nettoyage du linge, infirmerie. Une participation financière vous est demandée. Vous pouvez obtenir une allocation logement auprès de votre Caisse d'allocations familiales (CAF) ou auprès de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les personnes appartenant au régime agricole.

Les centres d'hébergement

Après 60 ans, si vous ne pouvez plus assumer les tâches de la vie quotidienne et si votre état de santé nécessite des soins, vous pouvez être accueilli dans un centre d'hébergement pour une durée indéterminée.

Plusieurs structures d'accueil sont possibles en fonction de votre situation :

- les Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ;
- les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les unités de soins de longue durée.

Ces structures sont payantes, mais vous pouvez bénéficier d'une Allocation logement ou d'une Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce sont les directeurs des établissements d'accueil qui en font directement les demandes.

Une prise en charge financière au titre de l'aide sociale aux personnes âgées est possible si l'établissement

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par le Conseil général du département pour une durée maximale de trois ans renouvelable. Cette allocation est révisable et son montant dépend du degré de votre perte d'autonomie. Elle n'est pas soumise à plafond de ressources, ni à récupération sur votre succession à ce jour, mais au-delà d'un certain revenu, une participation financière peut être demandée au bénéficiaire.

d'hébergement est conventionné. Cette prise en charge dépend de vos revenus et ceux de vos descendants et ascendants (appelés débiteurs d'aliments). Si une personne a bénéficié d'une prise en charge dans ce cadre, la somme allouée peut être récupérée par l'État après son décès lors de la succession.

Autres structures d'accueil

Certains établissements pour personnes handicapées disposent de places d'accueil temporaire qui ont notamment pour vocation de permettre à la personne handicapée de changer de cadre de vie de façon ponctuelle et d'accorder aux proches des temps de repos.

L'accueil temporaire est organisé pour une durée limitée au maximum à 90 jours par an, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour. Il peut être organisé en mode séquentiel, c'est à dire par périodes programmées sur l'année.

Pour en bénéficier, il faut être reconnu handicapé et faire une demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de votre département.

Le site internet www.accueil-temporaire.com présente cette forme d'accueil et recense les places disponibles.

LES SOINS À DOMICILE

À domicile, votre état de santé peut nécessiter des soins infirmiers. Ces soins peuvent être assurés par des professionnels de santé. Plusieurs possibilités : l'hospitalisation à domicile, les soins infirmiers à domicile et les prestataires de services en santé.

L'Hospitalisation à domicile

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation. Elle permet de réduire votre temps d'hospitalisation en étant soigné à votre domicile par une équipe de professionnels. Cette hospitalisation se déroule dans les mêmes conditions que celle à l'hôpital (qualité des soins, permanence des soins...).

Dans l'établissement de santé dans lequel vous êtes pris en charge, un membre de l'équipe évalue avec vous si cette prise en charge est possible. Cette rencontre permet d'identifier vos besoins, que ce soit au niveau des soins ou sur le plan psychologique et social. C'est ce qui permet la mise en place d'un dispositif adéquat au retour à domicile.

Le médecin coordonnateur de l'HAD décide ou pas de votre admission en accord éventuellement avec le médecin de l'hôpital. Vous continuez à être suivi par votre médecin traitant habituel qui est en relation régulière avec les professionnels de santé de l'Hospitalisation à domicile.

Les soins sont réalisés sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et du médecin traitant. L'Hospitalisation à domicile fonctionne tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (24h/24). L'HAD n'est pas assurée dans tous les départements.

Comme toute hospitalisation, l'HAD est prise en charge financièrement par votre caisse d'Assurance Maladie.

Pour plus de précisions, vous pouvez consulter le site internet de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) : www.una.fr et celui de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) www.fnehad.fr

Les Services de soins infirmiers et infirmiers libéraux

Si votre état de santé nécessite une surveillance régulière, vous pouvez bénéficier soit des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) soit d'un infirmier en libéral. Ils assurent des soins infirmiers, des soins de toilette et d'hygiène corporelle.



Si vous avez une prescription médicale, l'intervention de ces professionnels est prise en charge par votre caisse d'Assurance Maladie.

Les droits aux SSIAD ont été étendus aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap et/ou atteintes de maladies chroniques ou d'Affections de longue durée (ALD) comme le cancer.

Les prestataires de services en santé

Les prestataires de services en santé sont des entreprises spécialisées dans la technologie médicale des soins à domicile. Ils fournissent :

- la location ou la vente de matériel (lits adaptables, urinoirs, couches...);
- l'installation de l'équipement pour l'assistance respiratoire ;
- l'installation de produits et services pour des perfusions ou la nutrition.

Ces prestataires de services ont un rôle de coordination dans l'organisation de la prise en charge à domicile. Les soins infirmiers sont réalisés par les infirmiers libéraux ou par les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Pour en bénéficier et obtenir une prise en charge par votre caisse d'Assurance Maladie, vous devez demander une prescription médicale.

LES AIDES À LA PERSONNE

On appelle aides à la personne un ensemble de services dispensés par des personnes formées à différents métiers : aide ménagère, auxiliaires de vie, Techniciennes de l'intervention sociale et familiale, garde à domicile...

Ces aides vous permettent d'effectuer des actes de la vie quotidienne que vous ne pouvez pas momentanément ou durablement réaliser seul. Ces professionnels contribuent à maintenir votre autonomie.

► **L'aide ménagère** peut venir vous assister si vous présentez momentanément ou durablement des difficultés physiques qui vous empêchent de faire le ménage, la cuisine, les courses, les repas...

En revanche, elle n'est pas habilitée à apporter une aide à la toilette.

► **L'auxiliaire de vie** apporte une aide dans certaines tâches de la vie quotidienne auprès de la personne dépendante (s'habiller, se nourrir, préparer et prendre ses repas...) ainsi qu'une aide à la toilette, aux changes et aux transferts du lit au fauteuil.

► **La Technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF)** a reçu une formation appropriée pour gérer les tâches domestiques, prendre en charge les soins des enfants, proposer du soutien scolaire. Elle travaille en collaboration avec les parents.

Pour bénéficier de son intervention, vous devez avoir au moins un enfant âgé de moins de 16 ans à votre charge et bénéficier des allocations familiales. Une participation financière vous est demandée en fonction de vos revenus.

► **La garde à domicile** est une personne qui peut être présente de jour comme de nuit. Cela permet à la personne malade ou à sa famille de faire face temporairement à une situation difficile.

► **Les modes de prise en charge de ces aides**

Ce type d'intervention peut faire l'objet d'une demande de prise en charge, en fonction de vos ressources, auprès des organismes sociaux, caisses de retraite, caisse d'Assurance Maladie...

Votre mutuelle peut intervenir (en fonction des clauses de votre contrat) dans la mise en place d'une aide ménagère, sans conditions de ressources.

Pour le recrutement, il est possible de faire appel à des organismes proposant des services d'aide aux personnes à domicile. Ces organismes peuvent être des associations loi 1901, des services publics territoriaux comme les Centres communaux d'action sociale (CCAS), des mutuelles, des entreprises privées à but lucratif... Ils peuvent offrir un service prestataire et/ou mandataire.

En **mode prestataire**, l'organisme se charge du recrutement,

du contrat et de la rémunération de la personne qu'il emploie. Vous n'avez rien à faire.

En **mode mandataire**, l'organisme sert d'intermédiaire entre vous et l'employeur. Vous êtes l'employeur et l'aide à domicile est votre salariée.



Le **Chèque emploi-service universel (CESU)** est un mode de paiement que vous pouvez utiliser pour rémunérer les personnes que vous employez à domicile, notamment pour des tâches ménagères ou familiales. Le chèque emploi-service universel se présente sous deux formes :

- **Un chèque emploi-service universel bancaire** diffusé par les établissements bancaires. Vous payez votre employé directement avec ce chèque en y indiquant le montant de son salaire net. Un volet social est ensuite à envoyer au centre national de traitement du CESU. Ce dernier effectue alors le calcul des cotisations, les prélève sur le compte de l'employeur et envoie à l'employé une attestation d'emploi valant bulletin de paie pour chaque volet social.
- **Un chèque emploi-service universel préfinancé.** Pré-identifié au nom du bénéficiaire, il peut être cofinancé entièrement ou en partie par divers organismes : employeurs privés, publics, départements, Centres

communaux d'action sociale (CCAS), mutuelles, compagnies d'assurances, caisses de retraite... Il est possible d'utiliser le CESU préfinancé pour régler les services d'un organisme prestataire agréé ou d'une structure mandataire agréée. Il peut être également utilisé dans le cas de l'emploi direct.

Si vous êtes employeur de la personne qui intervient à votre domicile ou si vous passez par une association ou une entreprise agréée par l'État, ou bien encore par un organisme à but non lucratif, habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier d'une réduction ou d'un crédit d'impôt sur le revenu. Cette réduction est égale à 50 % des sommes versées, dans la limite d'un plafond.

Pour retrouver tous les services à la personne, l'Agence nationale des services à la personne propose un numéro de téléphone, le **3211**, du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h (0,12 euros TTC/min).

Vous pouvez aussi consulter le site de l'Agence nationale des services à la personne : **www.servicealapersonne.gouv.fr**

Vous pouvez également effectuer toutes vos démarches en ligne sur le site : **Mon.service-public.fr**

L'offre vous y est proposée par le réseau des Urssaf et le centre CESU. En accédant à votre compte CESU à partir de Mon.service-public.fr, vous bénéficiez des différents services proposés par le site CESU. C'est simple, et cela vous permet d'effectuer l'ensemble de vos démarches.

En adhérant au CESU en ligne, vous pouvez :

- établir votre volet social ;
- accéder à vos déclarations ;

- éditer vos avis de prélèvement, vos attestations fiscales et les attestations d'emploi de votre salarié.

Ce service vous permet également d'accéder à vos données personnelles et d'obtenir les réponses à vos questions.

Pour toute information sur ces différents dispositifs d'aides à domicile, renseignez-vous auprès de l'assistante sociale ou du médecin de l'établissement de santé.

L'aide au retour à domicile après hospitalisation

Ce dispositif permet de bénéficier, sous certaines conditions, d'aides à domicile au sortir d'une hospitalisation. Cette aide permet la prise en charge d'aide humaine (aide ménagère...) et des aides techniques ou autres (transport accompagné, dépannage à domicile, téléalarme, téléphone adapté, rampe, tapis antidérapant, rehausseur WC, barre d'appui, siège salle de bains, accueil de jour, pédicurie).

L'Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) est destinée aux personnes :

- âgées de 60 ans et plus (ou de plus de 55 ans en cas de perception d'une pension de réversion) qui relèvent du régime général de l'Assurance Maladie et titulaires d'une pension vieillesse de la caisse régionale de l'Assurance Maladie ;
- qui ont des besoins d'aides temporaires et urgents à domicile au sortir d'une hospitalisation ;
- qui ont des ressources mensuelles qui ne dépassent pas un plafond de revenus fixé chaque année.

L'aide au retour à domicile après hospitalisation n'est pas destinée aux personnes :

- bénéficiant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;

- bénéficiant d'une hospitalisation à domicile (HAD) ;
- percevant la Prestation de compensation du handicap (PCH) qui remplace l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACPT) ou la Majoration tierce personne (MTP) ;
- relevant de soins palliatifs.

Une évaluation globale des besoins est réalisée par le service social de l'hôpital, qui après avoir mis en place le dispositif, transmet l'information au service social de la Caisse régionale de l'assurance maladie (CRAM). La CRAM appartient au régime de la Sécurité sociale et renseigne sur la retraite, la prévention des accidents du travail, etc.

Si cette aide vous est accordée, la prise en charge est de trois mois maximum. Dans le mois qui suit la demande, le service social de la CRAM effectue une visite à domicile afin de réajuster, si nécessaire, le dispositif.

Pour constituer ce dossier et obtenir des précisions sur cette prestation, vous devez vous adresser à l'assistante sociale de l'établissement de santé où vous êtes hospitalisé. Il doit être constitué impérativement avant votre sortie de l'hôpital.

Le plan d'actions personnalisé

Le plan d'actions personnalisé est un dispositif d'aides financières qui prend en compte les attentes et les besoins de plus en plus diversifiés des retraités titulaires d'une pension vieillesse de la Caisse régionale d'Assurance Maladie. Il s'adresse aux personnes âgées d'au moins 55 ans, relativement autonomes, mais nécessitant un soutien du fait de leur âge, de leur santé, de leurs ressources et de leurs conditions de vie à domicile.

Cette aide financière répond à divers besoins des retraités et

concerne donc des services très diversifiés (aide au ménage, téléalarme, portage de repas, accompagnements divers...). L'aide est plafonnée annuellement et peut varier en fonction des ressources du retraité, sur une durée maximale de un an.

Ce plan d'aide n'est pas cumulable avec certaines prestations comme l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), la Prestation de compensation du handicap (PCH)...

La personne retraitée remplit une demande d'aide et l'adresse à la CRAM, elle peut faire appel aux fournisseurs de services de son choix si les structures sont conventionnées avec la CRAM (associations, entreprises privées, particuliers...).

L'Allocation personnalisée d'autonomie

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une aide financière pour toute personne âgée de plus de 60 ans en perte d'autonomie et résidant en France, qu'elle soit à son domicile ou en établissement d'hébergement (maison de retraite). Cette allocation n'est pas soumise à conditions de ressources, cependant celles-ci sont prises en compte pour l'établissement de son montant. L'APA est attribuée pour une durée de trois ans renouvelable.

Lorsque la personne âgée vit chez elle, l'APA sert à couvrir les frais liés à l'embauche d'aides à domicile. En établissement, elle participe au financement des coûts supplémentaires, au titre de la dépendance, à la charge de la personne âgée (couches, alèses...).

Le dossier est à retirer auprès du Centre communal d'action sociale (CCAS) ou de la mairie. Il peut aussi être téléchargé sur le site du Service public : www.vosdroits.service-public.fr

LES AIDES TECHNIQUES

On appelle aides techniques l'ensemble des moyens mis au service de la personne malade pour améliorer sa qualité de vie au quotidien (portage des repas, système d'alarme, aménagement de l'habitation, etc.).

Les portages de repas

Si vous ne pouvez pas sortir de chez vous en raison de votre état de santé, le portage de repas à votre domicile est possible. Ils sont préparés selon votre régime alimentaire. Pour savoir si ce service existe dans votre commune, renseignez-vous auprès de votre mairie ou auprès du Centre communal d'action sociale (CCAS)

Le système d'alarme

Appelé aussi téléassistance, le système d'alarme permet d'être directement relié à une centrale d'appels ou à une personne de votre choix (famille, ami...) que vous pouvez prévenir rapidement en cas d'urgence. Il existe différents systèmes : simple pression sur bracelet porté au poignet, téléphone, etc.

Ce système est rassurant pour les personnes qui appréhendent leur retour à domicile après une hospitalisation ou à la suite d'une chute par exemple. La personne malade conserve son autonomie dans son lieu de vie en sachant qu'en cas de besoin, elle peut prévenir ses proches et être rapidement aidée.

L'aménagement du domicile

Votre état de santé peut nécessiter un aménagement de votre domicile pour faciliter vos déplacements et améliorer

votre qualité de vie. Par exemple, pour faciliter l'accès d'un fauteuil roulant, on peut aménager un plan incliné. Une barre de soutien installée dans la salle de bain facilite les déplacements, l'accès à la baignoire ou à la douche.

L'achat ou la location de matériel médical peuvent favoriser le mieux-être à domicile. Il en existe différents types :

- les aides pour se déplacer (fauteuil roulant, déambulateur pour faciliter vos déplacements...);
- les aides pour se reposer (lit médicalisé, fauteuil de repos...);
- les aides pour se nourrir (ustensiles de cuisine adaptés).

Certaines de ces aides sont payantes. D'autres peuvent être prises en charge partiellement ou totalement par votre caisse d'Assurance Maladie sur prescription médicale. Pour plus d'informations sur la participation financière et les adresses des organismes qui les proposent, vous pouvez vous renseigner auprès du Centre communal d'action sociale (CCAS), de votre mairie, de votre mutuelle, de votre caisse de retraite, et du Centre local d'informations et de coordination (CLIC).

L'assistante sociale de l'établissement de santé peut solliciter une prise en charge financière auprès des organismes sociaux.



6. Les revenus pendant un arrêt de travail

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE
 POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES
 POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, ARTISANS ET INDÉPENDANTS DU
 COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE
 POUR LES NON SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ
 POUR LES FONCTIONNAIRES CONTRACTUELS
 POUR LES FONCTIONNAIRES TITULAIRES
 POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

Lorsque vous êtes en arrêt de travail, l'Assurance Maladie du régime social dont vous dépendez peut, sous certaines conditions, vous verser des indemnités journalières. Elles sont destinées à compenser en partie la perte de votre salaire.

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Pour faire une demande d'indemnités journalières, vous devez adresser **un avis d'arrêt de travail signé par le médecin, dans les 48 heures** qui suivent la date de votre interruption de travail à votre caisse primaire d'Assurance Maladie ou à la Mutualité sociale agricole (MSA) et à votre employeur. L'employeur remplit ensuite une attestation de salaire nécessaire pour le calcul de vos indemnités.

Ce délai doit également être respecté en cas de renouvellement de l'arrêt de travail. Lors d'une hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation fait office d'arrêt de travail.

Les indemnités journalières peuvent être versées sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits, qui varient en fonction de la durée de votre arrêt de travail et de votre situation :

- si vous êtes salarié et sous certaines conditions (montant

- des cotisations, nombre d'heures travaillées) ;
- ou si vous avez été bénéficiaire d'indemnités chômage au cours des 12 mois qui précèdent votre arrêt de travail ;
- ou si vous avez cessé votre activité salariée depuis moins de 12 mois.

La durée maximale de versement des indemnités journalières de maladie est de trois ans.

Elles sont calculées de date à date. Une carence de trois jours est retenue lors de votre premier arrêt maladie, par contre elle est supprimée sur vos prochains arrêts maladie en rapport avec votre Affection de longue durée (ALD).

Les indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie en rapport avec une Affection de longue durée (ALD) ne sont pas imposables.

N'oubliez pas de prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise de travail dans les meilleures conditions. Ne pas prévenir son employeur est considéré comme une faute professionnelle qui peut justifier un licenciement pour cause réelle et sérieuse ou une sanction disciplinaire.

La convention collective de votre entreprise peut être consultée en toute confidentialité soit au sein de l'entreprise, soit dans les locaux de l'inspection du travail de votre département. Vous pourrez vérifier s'il existe un risque de licenciement pour absence prolongée qui désorganise le service. Parfois, il existe une assistante sociale au sein de l'entreprise. N'hésitez pas à la contacter pour vos démarches.

Aux indemnités journalières versées par la caisse primaire

d'Assurance Maladie, peut s'ajouter **un complément de salaire** versé par l'employeur, pour tout salarié justifiant de trois ans d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement. **En sont exclus les professions agricoles, les intermittents du spectacle, les employés de maison.**

Le complément de salaire

Pour bénéficier du complément de salaire, vous devez :

- être pris en charge par la caisse primaire d'Assurance Maladie et bénéficiaire d'indemnités journalières ;
- être soigné en France ou dans un pays de l'Union Européenne ;
- vous soumettre éventuellement à la contre-visite médicale ;
- adresser un certificat médical d'arrêt de travail dans les 48 heures ;
- avoir trois ans d'ancienneté au premier jour de votre absence.

L'indemnisation débute, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (sauf accident de trajet) dès le premier jour d'absence. En cas de maladie ordinaire, d'accident non professionnel ou d'accident du trajet, elle débute à compter du 11^e jour.

Si vous avez entre trois et sept ans d'ancienneté, vous percevrez 90 % de votre salaire brut durant les 30 premiers jours puis 66 % de ce même salaire brut les 30 jours suivants.

À partir de huit ans d'ancienneté, la durée de ces deux périodes d'indemnisation est portée à :

- 40 jours si vous avez au moins 8 ans d'ancienneté ;
- 50 jours si vous avez au moins 13 ans d'ancienneté ;
- 60 jours si vous avez au moins 18 ans d'ancienneté ;
- 70 jours si vous avez au moins 23 ans d'ancienneté ;
- 80 jours si vous avez au moins 28 ans d'ancienneté ;

- 90 jours si vous avez au moins 33 ans d'ancienneté.

En cas d'arrêts successifs, ces durées d'indemnisation s'apprécient sur une période de 12 mois.

Des conventions ou accords collectifs peuvent prévoir une indemnisation plus avantageuse. Il convient de consulter la convention ou l'accord applicable à votre entreprise.

À la fin de votre arrêt de travail, plusieurs solutions sont envisageables :

- la reprise normale de votre activité professionnelle ;
- la reprise du travail à temps partiel thérapeutique ;
- la reprise du travail dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle ;
- la mise en invalidité si vous ne pouvez pas reprendre votre activité. Cette décision est prise par le médecin conseil de votre caisse d'Assurance Maladie ;
- la retraite pour inaptitude au travail ;
- le reclassement professionnel.

Pour toutes ces informations, reportez vous au **chapitre 7** *La reprise du travail*.

La pension d'invalidité

À la fin des 360 jours d'indemnités journalières ou avant selon votre situation médicale, il est possible de bénéficier d'une pension d'invalidité par votre caisse d'Assurance Maladie.

C'est le médecin conseil de votre caisse d'Assurance Maladie qui décide de l'attribution de cette pension. À cette décision médicale s'ajoutent des conditions administratives : vous devez avoir été rattaché (affilié) à un régime d'Assurance Maladie pendant au moins 12 mois, justifier d'un certain nombre d'heures de travail et avoir moins de 60 ans.

Trois catégories de pension d'invalidité existent. Elles sont liées à votre état de santé. Le montant de la pension est calculé en fonction de la catégorie de la pension d'invalidité et du salaire moyen de vos 10 meilleures années de salaires perçus (ou du nombre d'années travaillées s'il n'y en a pas 10).

Dans ce cas, vous pouvez bénéficier d'une Majoration tierce personne (MTP) (voir encadré ci-dessous).

La pension d'invalidité n'est pas attribuée à titre définitif. Le médecin conseil, après une évaluation de votre situation médicale, peut la suspendre, la supprimer ou la faire changer de catégorie.

Les pensions d'invalidité d'un faible montant peuvent éventuellement être complétées par l'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité (FSI).

S'il vous est notifié un refus d'attribution de pension d'invalidité, vous pouvez demander un recours. Les actions possibles seront précisées dans le courrier que vous recevrez.

Pour des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'assistante sociale de votre caisse d'Assurance Maladie.

La Majoration pour tierce personne est une somme d'argent destinée à vous aider dans les frais engagés pour employer une personne à votre domicile. La personne qui vous aide peut être un membre de votre famille, une auxiliaire de vie, une garde à domicile, etc.

Cette demande s'effectue auprès du médecin conseil de votre caisse de retraite. Elle doit être assortie d'un certificat médical décrivant votre dépendance. Cette tierce personne vous aide à réaliser les actes de la vie quotidienne : vous habiller ; préparer vos repas ; faire votre toilette, etc.

La retraite pour inaptitude au travail

À partir de 60 ans, si vous ne pouvez plus travailler, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. Elle est automatiquement accordée aux personnes titulaires d'une pension d'invalidité.

Dans les autres cas, il faut préciser votre situation d'inaptitude au travail lors de votre demande de départ à la retraite. C'est le médecin conseil de la caisse de retraite qui donne son accord après l'étude de votre dossier rempli par votre médecin traitant. Un avis est également demandé au médecin du travail.

Si vous êtes titulaire de la retraite au titre de l'inaptitude au travail et que votre état de santé se dégrade entre 60 et 65 ans, vous pouvez bénéficier de la Majoration tierce personne (Voir encadré page 69).

POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES

Les exploitants agricoles non salariés bénéficient d'indemnités journalières maladie uniquement dans le cadre de la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cependant, une pension d'invalidité peut être accordée par la Mutualité sociale agricole (MSA) après évaluation du dossier par le médecin conseil.

Un complément d'indemnisation peut être versé par des assurances privées, auprès desquelles le patient a souscrit un contrat.

De même, sous certaines conditions, une aide financière peut couvrir en partie les frais nécessaires pour vous remplacer dans votre exploitation.

Par contre, pour les maladies professionnelles, une indemnité journalière peut vous être attribuée.

Vos indemnités journalières en cas de cancer professionnel sont versées à partir du 8^e jour qui suit votre arrêt de travail. Leur montant est un pourcentage du revenu forfaitaire journalier (60 % au début, puis 80 % à partir du 29^e jour d'arrêt de travail).

À partir de 60 ans, si vous ne pouvez plus travailler, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. Elle est automatiquement accordée aux personnes titulaires d'une pension d'invalidité.

Si vous êtes titulaire d'une retraite pour inaptitude au travail, et qu'entre 60 et 65 ans, votre état de santé nécessite l'intervention d'un tiers, vous pouvez bénéficier d'une Majoration tierce personne (voir encadré page 69).

Pour plus d'informations sur les différentes démarches à effectuer, vous pouvez consulter le site de la Mutualité sociale agricole : www.msa.fr

POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, ARTISANS ET INDÉPENDANTS DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

Si vous êtes affilié au régime social des indépendants (RSI) depuis un an et que vous relevez de l'Assurance Maladie des professions indépendantes (AMPI), vous pouvez bénéficier jusqu'à trois ans de versement des indemnités journalières. Il vous faut être à jour de vos cotisations. Votre arrêt de travail est à adresser dans les 48 heures au Régime social des indépendants (RSI).

Depuis le 1^{er} octobre 2002, si vous avez cotisé auparavant à un autre régime d'Assurance Maladie, il en sera tenu compte pour le calcul de vos indemnités journalières. Il ne doit pas y avoir eu d'interruption de travail entre les deux affiliations.

Si vous ne pouvez pas reprendre votre activité professionnelle et après l'avoir officiellement cessée (par une radiation du registre du commerce), vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité dans la mesure où vous êtes à jour de vos cotisations et après accord du médecin conseil.

À partir de 60 ans, si vous ne pouvez plus travailler, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. Elle est automatiquement accordée aux personnes titulaires d'une pension d'invalidité.

Si vous êtes titulaire d'une retraite pour inaptitude au travail, et qu'entre 60 et 65 ans, votre état de santé nécessite l'intervention d'un tiers pour vous aider dans les actes au quotidien, vous pouvez demander une Majoration tierce personne (Voir encadré page 69).

Pour plus d'informations sur les modalités et les démarches à effectuer, vous pouvez consulter le site du régime social des indépendants : www.le-rsi.fr

POUR LES NON SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ

Si vous exercez une profession libérale, rapprochez-vous de la section professionnelle dont vous dépendez au sein de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérale (CNAVPL).

À noter : depuis 2006, le Régime social des indépendants

(RSI) regroupe les trois réseaux suivants : CANAM (Caisse nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes), ORGANIC et CANCAVA. La création de ce nouveau régime a notamment pour but de simplifier les démarches et la protection sociale des travailleurs indépendants. Toutefois, les professions libérales conservent leurs caisses de retraite spécifiques.

POUR LES FONCTIONNAIRES CONTRACTUELS

Si vous êtes fonctionnaire contractuel, vous pouvez demander un congé de grave maladie. Pour cela, vous devez justifier d'au moins trois ans de service continu dans la fonction publique.

Vous devez adresser votre demande ainsi qu'un certificat médical au bureau de gestion des personnels. Ce congé peut être accordé pour une durée maximale de trois ans, par périodes de trois à six mois. Votre salaire est maintenu intégralement pendant la première année. Vous percevrez la moitié de votre salaire les deux années suivantes. Certaines administrations ont des dispositifs particuliers (œuvres sociales, mutuelles, comités d'entreprise, etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos salaires.

Vous conservez vos droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels.

POUR LES FONCTIONNAIRES TITULAIRES

Si vous êtes fonctionnaire titulaire, vous pouvez bénéficier d'un congé de longue maladie ou d'un congé de longue durée.

Le congé de longue maladie

Le congé de longue maladie est un arrêt de travail accordé en

cas de maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée qui nécessite un traitement de soins prolongés.

Pour obtenir ce congé de longue maladie et ainsi maintenir votre salaire, vous devez adresser une demande en ce sens, accompagnée d'un certificat médical, au bureau de gestion des personnels. Ce dernier transmet votre dossier au comité médical départemental. Le comité rend alors son avis à l'administration, après une éventuelle expertise faite par un médecin spécialiste agréé.

La durée du congé de longue maladie est, au maximum, de trois ans (quatre ans s'il est pris de manière fractionnée). Il peut être accordé ou renouvelé pour une période de trois à six mois. Votre salaire est maintenu pendant la première année de votre arrêt, puis vous percevrez la moitié de votre salaire les deux années suivantes. Certaines administrations ont des dispositifs particuliers (œuvres sociales, mutuelles, comités d'entreprise, etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos salaires.

Pendant ce congé, vous continuez à toucher le supplément familial et l'indemnité de résidence. Vous conservez également vos droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels. Vous restez titulaire de votre poste.

Au bout de la première année de congé de longue maladie, si vous ne pouvez toujours pas travailler, vous pouvez demander un congé de longue durée.

Attention, ce congé de longue durée ne peut être obtenu pendant la période de congé de longue maladie rémunérée en demi-salaire.

Le congé de longue durée

Le congé de longue durée vous est accordé après avis du comité médical, si vous êtes dans l'impossibilité d'exercer vos fonctions en cas de maladie à caractère invalidant et de gravité confirmé.

Le congé est accordé par période de trois à six mois, pour une durée maximale de cinq ans, pris de manière fractionnée ou non. Votre salaire est maintenu pendant les trois ans de votre arrêt à plein traitement, puis vous percevrez la moitié de votre salaire les deux années suivantes.

Généralement, vous êtes dans un premier temps mis en congé de longue maladie. À l'issue de la première année, vous pouvez, sous réserve de l'avis du comité médical, bénéficier d'un congé de longue durée.

Le congé de longue durée ne peut pas être renouvelé au titre de la même affection. Seule une autre maladie peut ouvrir droit à un nouveau congé de longue durée.

Pendant votre congé de longue durée, vous continuez à percevoir l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement. Vous conservez vos droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels. Vous ne conservez pas votre logement de fonction et vous n'êtes plus titulaire de votre poste.

Si vous êtes fonctionnaire titulaire, la Majoration tierce personne peut vous être accordée (voir encadré page 69).

Pour toutes les modalités concernant ces congés et la Majoration tierce personne, une assistante sociale de votre administration peut vous renseigner.

À l'épuisement de la durée d'attribution du congé de longue durée, le comité médical peut statuer sur une mise en retraite au titre de l'inaptitude quel que soit votre âge.

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

Si vous êtes demandeur d'emploi, vous devez adresser un certificat médical d'arrêt de travail à votre caisse d'Assurance Maladie et au Pôle emploi même si vous ne percevez pas d'indemnités chômage.

L'Assedic et l'ANPE ont fusionné pour devenir le Pôle emploi. Le Pôle emploi est donc votre interlocuteur dans tous les domaines et pour toutes vos démarches concernant votre situation de demandeur d'emploi.

Pour que votre caisse d'Assurance Maladie étudie vos droits aux indemnités journalières, vous devez fournir un justificatif de votre inscription au Pôle emploi ainsi que vos derniers bulletins de salaire.

Les salaires perçus avant le chômage servent de base de calcul aux indemnités journalières de maladie par votre caisse d'Assurance Maladie.

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier des indemnités journalières ou pour celles qui n'ont jamais travaillé (mère au foyer, jeunes adultes par exemple), vous pouvez demander l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) (**Voir le chapitre 2 Les services administratifs**).

7. La reprise du travail

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE
POUR LES FONCTIONNAIRES CONTRACTUELS
POUR LES FONCTIONNAIRES TITULAIRES

Reprendre le travail après une période plus ou moins longue d'arrêt nécessite parfois d'être accompagné. L'assistante sociale vous soutient dans les démarches à effectuer auprès de votre employeur et du médecin du travail.



POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Après une période d'arrêt de travail, vous pouvez soit reprendre une activité à temps complet, soit bénéficier d'un temps partiel, appelé aussi temps partiel thérapeutique. Si vous envisagez cette dernière situation, il est conseillé de contacter la médecine du travail sans attendre la fin de votre arrêt de travail.

La visite de pré-reprise

Une visite de pré-reprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin conseil de votre Caisse

d'Assurance Maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle.

À la suite de la visite médicale de pré-reprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste : modification de l'outillage ou des rythmes de travail par exemple.

La visite de pré-reprise ne remplace pas la visite de reprise du travail, qui, elle, est demandée par votre employeur ou éventuellement, par vous même. Cette visite doit être faite dans les huit jours suivant votre reprise.

La reprise de travail à temps complet

Si vous reprenez votre travail à temps complet, le médecin établit deux certificats médicaux de reprise du travail. L'un est adressé à votre caisse d'Assurance Maladie qui suspend le versement des indemnités journalières. Le second est adressé à votre employeur.

Le médecin du travail informe votre employeur de votre aptitude à reprendre le travail en précisant les éventuels aménagements de votre poste.

La reprise de travail à temps partiel

Le temps partiel est destiné à reprendre progressivement une activité professionnelle et permettre si possible, une reprise de travail à temps complet.

Une reprise de travail à temps partiel est accordée sur prescription de votre médecin traitant. La prescription médicale est transmise à la caisse d'Assurance Maladie qui doit donner son accord. Le médecin du travail délivre un avis d'aptitude à la reprise à temps partiel.

Votre employeur peut refuser que vous repreniez votre travail à temps partiel. Il est donc très important de rester en contact avec lui pour préparer votre retour et de solliciter la visite de pré-reprise auprès du médecin du travail.

La durée de travail à temps partiel est déterminée par votre médecin traitant et le médecin conseil de l'Assurance Maladie. Le travail à temps partiel est renouvelable sur prescription médicale pour une durée maximale d'un an.

Pendant la période du travail à temps partiel, votre employeur vous verse un salaire correspondant à ce temps de travail. L'autre partie vous est versée par votre caisse d'Assurance Maladie sous forme d'indemnités journalières. Pensez à faire établir par votre médecin traitant des prolongations d'arrêt de travail en temps partiel thérapeutique pour votre employeur et la caisse d'Assurance Maladie.

Le contrat de rééducation professionnelle

Le contrat de rééducation professionnelle est destiné aux personnes salariées qui bénéficient de l'Assurance Maladie et qui, du fait de la maladie et de ses séquelles, ont perdu la possibilité d'exercer leur emploi initial. Cette incapacité doit être reconnue par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Le contrat de rééducation professionnelle vous permet de vous réadapter à votre ancienne profession ou d'apprendre un nouveau métier chez le même employeur.

C'est un contrat de travail à durée déterminée de trois mois à un an, renouvelable, passé entre l'Assurance Maladie, vous et l'employeur. Dans ce contrat, l'employeur s'engage à ne

pas vous licencier durant toute la période du contrat de rééducation et par la suite, pendant une période égale au contrat, dans la limite d'un an. De votre côté, vous vous engagez à rester chez votre employeur pour la même durée.

Pendant la durée du contrat, vous percevrez au minimum la rémunération prévue par la convention collective applicable au premier échelon de la catégorie professionnelle pour laquelle vous êtes formé. En fin de contrat, votre salaire doit être égal à celui fixé pour la qualification atteinte.

La rémunération est financée par votre employeur et par l'organisme d'Assurance Maladie dont vous dépendez.

Vous pouvez effectuer votre demande à :

- la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour les salariés du régime général ;
- la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les salariés du régime agricole ;
- ou pour tous salariés à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour instruction de la demande auprès de sa commission.

Pour obtenir plus de renseignements sur ce contrat, rapprochez-vous de votre médecin du travail. Vous pouvez consulter le site du service public : www.service-public.fr

Le reclassement professionnel

Parfois, des complications plus ou moins tardives et durables de la maladie ne permettent pas de reprendre son ancien travail. Une nouvelle orientation professionnelle peut alors être envisagée.

C'est la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH qui donne un avis

sur le reclassement professionnel.

Pour le projet professionnel, la MDPH tient compte :

- des compétences acquises ;
- du handicap physique ;
- du niveau scolaire ;
- de l'âge ;
- de l'environnement social et familial.

En fonction de votre situation, vous pouvez bénéficier de formations dans diverses structures, sous forme de stages d'une durée variable. Les frais concernant cette formation professionnelle (hébergement, frais de transport, etc.) peuvent être pris en charge. Ces stages peuvent être rémunérés et vous pouvez obtenir un diplôme officiel.

Accéder à un emploi dans la fonction publique est possible, quelles que soient vos maladies précédentes, cancer ou non, dès lors que vous avez été reconnu apte par un médecin expert.

Pour demander un reclassement professionnel, vous devez constituer un dossier administratif et médical et l'adresser à la MDPH de votre département.

A fin de préparer votre projet de vie, pensez à rédiger une lettre dans laquelle vous faites part de vos souhaits et de vos motivations. Il sera plus facile pour l'équipe de la Maison départementale de la personne handicapée (MDPH) de vous orienter.

POUR LES FONCTIONNAIRES CONTRACTUELS

Après un congé de grave maladie, il est possible :

- de réintégrer votre emploi ;
- de prendre un congé pendant un an sans rémunération, renouvelable six mois ;
- d'être licencié si l'incapacité de travail est permanente.

POUR LES FONCTIONNAIRES TITULAIRES

Si vous reprenez votre travail à temps complet, votre médecin établit un certificat médical que vous devez remettre au service du personnel de votre administration.

Le médecin du travail informe votre employeur de votre aptitude à reprendre le travail en précisant les éventuels aménagements de votre poste. Il peut aussi proposer un reclassement professionnel. Le comité médical peut vous convoquer pour que vous puissiez rencontrer un expert cancérologue. Vous pouvez à ce moment-là échanger sur les conditions de votre reprise.

Après six mois continus de congé maladie pour une même maladie ou après un congé de longue maladie ou de longue durée, vous pouvez bénéficier d'un temps partiel pour raison thérapeutique. Ce temps partiel ne peut être inférieur à un mi-temps.

Le comité médical peut vous accorder un temps partiel pour une période de trois mois renouvelable dans la limite d'un an pour la même maladie sur l'ensemble de votre carrière.

Lorsque vous réintégrez votre poste, vous percevez le même

salaire qu'avant votre arrêt de travail. Les droits à l'avancement, à la retraite, aux congés annuels restent les mêmes que ceux d'une personne qui travaille à temps plein.

Pour plus d'information sur le régime des fonctionnaires, vous pouvez consulter le site internet :

www.fonction-publique.gouv.fr à la rubrique « Être fonctionnaire ».

8. Les cancers liés à une exposition professionnelle et reconnus comme maladie professionnelle

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

LA RECONNAISSANCE D'UN CANCER D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

LA DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS

LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

Le code de la sécurité sociale définit comme maladie professionnelle et donc comme cancer professionnel, tout cancer résultant d'une exposition plus ou moins prolongée à certains produits ou procédés lors de l'activité professionnelle (article L. 461-1 du Code de la Sécurité Sociale). D'autres affections sont concernées par la reconnaissance d'une maladie professionnelle et figurent dans des tableaux (118 tableaux de maladies professionnelles sont actuellement disponibles et consultables sur le site de l'INRS : www.inrs.fr).

Les cancers d'origine professionnelle touchent les personnes actives mais également les retraités ou les personnes inactives. Les cancers professionnels apparaissent souvent une fois la retraite venue. En effet, le temps qui s'écoule entre la première exposition au risque et l'apparition du cancer est souvent long (plusieurs dizaines d'années après la cessation de l'activité exposant aux risques).

LA RECONNAISSANCE D'UN CANCER PROFESSIONNEL

Une maladie est reconnue comme professionnelle et indemnisable si elle figure dans l'un des tableaux de maladies pro-

fessionnelles du code de la sécurité sociale. Ils fixent les critères de reconnaissance de chaque maladie professionnelle et donnent droit à une indemnisation financière de la victime et de sa famille en réparation du préjudice subi. Les modalités de reconnaissance du caractère professionnel d'un cancer sont identiques quel que soit l'organe concerné.

Ces tableaux comportent :

- les symptômes ou lésions pathologiques que doit présenter le malade ;
- le délai de prise en charge c'est-à-dire le délai maximal entre la cessation d'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie (et non pas de sa déclaration en maladie professionnelle) ;
- les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause ;
- parfois peut figurer également une durée minimale d'exposition au risque ou un temps écoulé minimum depuis le début de l'exposition (délai de latence).

Vous pouvez consulter les tableaux des maladies professionnelles sur le site de l'Institut national de la recherche et de la sécurité (INRS) : www.inrs.fr

Les régimes général et agricole se réfèrent à 16 tableaux pour les cancers professionnels.

Pour les régimes spéciaux, la décision de reconnaissance d'une maladie professionnelle est déterminée par une commission de réforme qui se prononce sur l'imputabilité au travail d'une affection contractée.

Pour les travailleurs non salariés, artisans et indépendants du commerce et de l'industrie, si vous avez souscrit à une assurance volontaire qui couvre le risque « accident du travail-

maladie professionnelle », contactez cette assurance pour connaître les conditions de reconnaissance de la maladie professionnelle.

Si toutes les conditions du tableau ne sont pas remplies ou si le cancer ne figure dans aucun tableau, il peut, sous certaines conditions, être reconnu comme maladie professionnelle. Le dossier est présenté au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) qui apprécie l'existence d'un lien entre l'activité professionnelle et la maladie.

LA DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Dès la suspicion de l'origine professionnelle d'un cancer, votre médecin traitant doit rédiger un certificat médical et vous le remettre. Ce certificat appelé certificat médical initial doit décrire très précisément la nature et les symptômes de votre maladie et les suites probables.

Vous devez vous-même faire la déclaration de votre maladie professionnelle auprès de la caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez et y joindre le certificat médical initial. Vous disposez de deux ans pour déclarer votre maladie à compter de la date du certificat médical.

Dès la réception de votre déclaration et du certificat médical initial, votre caisse réalise une enquête administrative et médicale. La caisse dispose de six mois au maximum à compter de la date de réception du dossier pour rendre un avis. L'enquête médicale permet de confirmer que vous êtes bien atteint de la maladie figurant dans le tableau des maladies professionnelles. Cette enquête est réalisée par un médecin

conseil de l'Assurance Maladie. L'enquête administrative détermine si vous avez bien été exposé à des produits cancérigènes de façon habituelle au cours de votre travail. Elle permet si nécessaire de recueillir des informations complémentaires (recherche de l'exposition au risque, témoignages de collègues, etc.). Il s'agit d'une procédure contradictoire et l'avis de votre employeur sur l'exposition sera également recueilli.

À l'issue de l'instruction de votre dossier, votre caisse d'Assurance Maladie vous adresse par courrier une notification de reconnaissance ou non du caractère professionnel de votre maladie. Si le cancer est reconnu comme maladie professionnelle, vous bénéficiez de la prise en charge de vos soins dans le cadre du risque « accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) ». En outre, une rente sera attribuée en fonction du taux d'incapacité permanente fixé par le médecin conseil.

En cas de refus de reconnaissance du caractère professionnel de votre maladie, votre caisse vous indique dans son courrier les recours et les délais possibles pour contester cette décision.

Les recours possibles sont :

- un recours auprès de la Commission des recours amiable (CRA) de votre caisse d'Assurance Maladie ;
- en cas de refus, vous pouvez engager une procédure auprès du Tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS) ;
- en dernier recours, vous pouvez faire appel auprès de la cour d'appel et/ou vous pourvoir devant la Cour de cassation.

Pour des informations complémentaires sur les modalités concernant la déclaration d'une maladie professionnelle et l'obtention d'indemnités, vous pouvez consulter les sites : www.ameli.fr pour le régime général et www.msa.fr pour le régime agricole.

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS

Lorsque votre maladie est reconnue comme maladie professionnelle, vous bénéficiez d'une prise en charge à 100 % des soins médicaux liés à votre maladie professionnelle, sur la base et dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie.

Vous recevrez un formulaire intitulé feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Elle vous permet de ne pas faire l'avance de frais pour les dépenses liées à votre maladie professionnelle. Vous devez la présenter à chaque professionnel de santé, au pharmacien, à l'hôpital si vous êtes hospitalisé... À l'hôpital, vous ne payez pas le forfait hospitalier et vos frais de transport, s'ils sont justifiés et sous réserve d'une demande d'entente préalable, sont pris en charge. Les dépassements d'honoraires restent à votre charge.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est valable pour toute la durée de votre traitement. Si elle est entièrement remplie, renvoyez-la à votre caisse d'Assurance Maladie qui vous en adressera une nouvelle. À la fin de votre traitement ou à l'issue de la période de soins, renvoyez également cette feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle à votre caisse d'Assurance Maladie.

LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

En cas d'arrêt de travail pour maladie professionnelle, des

indemnités journalières sont versées par la caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez. Vous devez envoyer l'attestation de salaire remplie par votre employeur qui servira pour le calcul de vos indemnités. Ces indemnités vous sont versées sans délai de carence tous les 14 jours à partir de votre premier jour d'arrêt et ce jusqu'à la date de votre consolidation (on parle de consolidation lorsque l'état de santé en rapport avec la maladie professionnelle est stable) ou de guérison (on parle de guérison lorsqu'il n'existe aucune séquelle en rapport avec la maladie professionnelle).

Pour chaque versement, vous recevez un relevé. Conservez-les sans limitation de durée car les décomptes d'indemnités journalières valident vos droits à la retraite.

Salarié, inactif ou retraité, une rente vous sera accordée en fonction du taux d'incapacité qui vous est reconnu. Il s'agit d'une rente viagère donc versée pendant toute la durée de votre vie. En cas de décès des suites de la maladie, le conjoint perçoit 40 % de la rente et les enfants 25 % jusqu'à 20 ans.

Pour des informations détaillées et personnalisées, n'hésitez pas à contacter une assistante sociale ou la caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez. Pour le régime général, vous pouvez composer le **3646** (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe).

Pour les maladies professionnelles liées à l'amiante, une Charte « accidents du travail - maladie professionnelle » (AT/MP) est consultable sur : www.ameli.fr. Elle comporte une fiche dédiée aux particularités des maladies professionnelles liées à l'amiante et les modalités d'obtention de l'indemnité attribuée par le FIVA (N° vert 0800 500 200) qui vient compléter

celle versée par la CPAM ou la MSA.

Des procédures de cessation anticipée d'activité sont possibles dans le cas particulier de l'exposition à l'amiante.

Créée en 1999, l'Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ATA) est une allocation de pré-retraite. Elle est destinée aux salariés ou anciens salariés d'établissements appartenant à certains des secteurs d'activité dans lesquels l'amiante a été utilisé, ou reconnus atteints d'une maladie d'origine professionnelle causée par l'amiante. Elle leur permet, sous certaines conditions, de cesser leur activité, parfois dès 50 ans, et de percevoir une allocation jusqu'à la date à laquelle leur droit à une retraite au taux plein du régime général est ouvert.

9. Les prêts bancaires

LES CONTRATS D'ASSURANCE

LE PRÊT À LA CONSOMMATION

LE PRÊT IMMOBILIER OU AU LOGEMENT ET LE PRÊT PROFESSIONNEL

LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE

Acheter une maison ou une voiture, ou encore créer une entreprise sont des projets que vous pouvez avoir envie de réaliser, même si vous avez été malade ou si vous êtes actuellement traité pour un cancer.



Des achats importants nécessitent souvent de recourir à un crédit auprès d'une banque. Ils comportent toujours un contrat d'assurance de groupe ou un contrat d'assurance individuelle qui vous protège, ainsi que votre famille, en cas de difficultés importantes (décès, invalidité, incapacité de travail, etc.). Si vous présentez un risque plus grave lié à une maladie ou un handicap, on parle de risque aggravé. Votre assurance est alors soumise à certaines conditions.

Pendant votre arrêt maladie, n'oubliez pas de faire intervenir l'assurance que vous avez contracté pour vos prêts bancaires, relisez vos contrats d'assurance qui indiquent les conditions de prise en charge de vos mensualités et les délais dans lesquels vous devez déclarer votre situation.

LES CONTRATS D'ASSURANCE

► **Le contrat d'assurance de groupe** permet de vous couvrir, ainsi que votre famille, en cas d'accident, de maladie, d'incapacité de travail, d'invalidité et de risque de décès. C'est l'établissement de crédit qui y souscrit pour votre compte.

► **Le contrat d'assurance individuelle** vous est proposé si le contrat d'assurance groupe vous est refusé car vous présentez un risque aggravé. Il présente un supplément de prime ou de cotisation, du fait d'un risque jugé plus important que celui du contrat de base.

Afin d'améliorer l'accès au crédit et à l'assurance des personnes qui présentent un risque de santé aggravé, une convention a été signée entre l'État, les banques, les assureurs et les associations de consommateurs et de malades. C'est la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Elle a pour objectif de proposer un grand nombre de solutions pour élargir l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé.

LE PRÊT À LA CONSOMMATION

Un prêt à la consommation peut vous permettre de financer l'achat d'un véhicule, de biens d'équipement électroménager, d'équipements informatiques, etc.

Pour demander un prêt à la consommation, il n'est plus nécessaire de remplir un questionnaire de santé, sous réserve de certaines conditions :

- être âgé de moins de 50 ans lors de votre demande ;

- votre emprunt ne doit pas dépasser 15 000 euros ;
- la durée de vos remboursements devra être inférieure ou égale à quatre ans ;
- vous devez faire une déclaration sur l'honneur certifiant que vous ne cumulez pas d'autres prêts au-delà d'une certaine somme.

LE PRÊT IMMOBILIER OU AU LOGEMENT ET LE PRÊT PROFESSIONNEL

Le prêt immobilier, ou prêt au logement, est destiné à financer l'achat d'un logement, la rénovation, les aménagements intérieurs ou la construction d'une maison.

Le prêt professionnel sert à financer des projets comme la création d'entreprise ou son équipement en matériels divers.

Pour demander un prêt au logement ou un prêt professionnel, vous devez remplir un questionnaire sur votre santé et répondre aux conditions suivantes :

- votre emprunt ne doit pas dépasser 300 000 euros ;
- votre âge en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans.

Depuis la signature de la convention AERAS, pour ces deux types de prêt, les assurances couvrent :

- la perte totale et irréversible de l'autonomie ;
- le risque décès ;
- l'invalidité permanente totale ;
- l'invalidité totale temporaire.

Un mécanisme de mutualisation a été mis en place dans le cadre de la convention AERAS. Il permet de plafonner le coût de l'assurance pour les emprunteurs, sous condition de ressources, pour les prêts immobiliers destinés à acquérir

une résidence principale et pour les prêts professionnels.

LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE

Elles peuvent être les suivantes :

- le prêt est accepté avec un tarif normal ;
- le prêt est accepté, mais avec une surprime (temporaire et dégressive) ;
- le refus est transitoire (une autre demande de prêt pourra être faite plus tard) ;
- le refus est définitif.

Le délai de réponse pour votre dossier de prêt immobilier ou professionnel ne doit pas excéder cinq semaines à compter de la réception de votre dossier complet. L'accord de votre assurance est valable quatre mois.

Si vous pensez que la convention AERAS n'a pas été correctement appliquée, vous pouvez faire appel auprès de :
La Commission de médiation de la convention AERAS
61, rue Taibout – 75009 Paris

Si vous n'obtenez aucune assurance et que vous estimez que ce refus n'est pas justifié, vous pouvez :

- mettre en concurrence les banques et les assurances ;
- faire appel à un courtier, professionnel spécialisé qui va chercher pour vous une assurance à un taux raisonnable ;
- utiliser l'assurance collective de votre entreprise ;
- utiliser le 1 % patronal ;
- mettre une hypothèque sur vos biens (capital décès, contrats d'assurance vie, portefeuille de valeurs mobilières, biens immobiliers, etc.) ;
- faire appel auprès du médecin conseil de l'assurance par l'intermédiaire de votre médecin traitant.

Pour des informations complémentaires ou pour vous aider à constituer un dossier d'accès à un prêt bancaire et à son assurance, vous pouvez contacter :

- la Convention **AERAS** (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Agravé de Santé) : un serveur vocal national d'information à votre disposition 7 jours sur 7 et 24h/24 : 0821 221 021 (0,12 euros/min). Son site officiel : www.aeras-infos.fr et le site internet général d'informations pratiques : www.lesclesdelabanque.com > Recherche « Convention » ;
- **Aidéa** (Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité), ligne téléphonique de la Ligue nationale contre le cancer, 0810 111 101, prix d'un appel du lundi au vendredi de 8h à 20h ;
- **Vivre Avec** : association de malades qui facilite les démarches administratives pour l'obtention d'un prêt, 0821 218 005, numéro indigo, coût 0,12 euros/min. Site internet : www.vivreavec.org ;
- **Santé Info Droits** : ligne téléphonique du Collectif inter-associatif sur la santé (le CISS) pour toute question juridique ou sociale liée à la santé au 0810 004 333, coût d'un appel local ou le 01 53 62 40 30 les lundis, mercredis et vendredis de 14h à 18h et les mardis et jeudis de 14h à 20h.

10. Les mesures juridiques pour protéger la personne malade

LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE
LA SAUVEGARDE DE JUSTICE
LA CURATELLE
LA TUTELLE

Votre état de santé peut vous mettre dans l'impossibilité de gérer vos affaires personnelles et financières (gestion de vos finances, de vos biens...). On parle d'altération grave des facultés mentales ou corporelles de la personne.

Vous pouvez bénéficier d'une mesure de protection de justice. Il en existe trois : la sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle.

Une nouvelle mesure appelée le mandat de protection future vous permet d'organiser à l'avance votre protection ou celle de votre enfant handicapé.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et modifie les mesures de sauvegarde de justice, curatelle, et tutelle.

Ces mesures s'adressent uniquement aux personnes dont l'altération des facultés (certifiée par un médecin inscrit sur une liste disponible auprès des tribunaux d'instance de votre lieu de résidence) ne leur permet plus de pourvoir seules à leurs intérêts. Elles ne peuvent plus être demandées pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale.

Pour demander ces mesures, seuls, la personne à protéger, des membres de sa famille ou d'autres proches et le Procu-

reur de la République, peuvent saisir le juge des tutelles. Le juge ne peut plus se saisir lui-même, c'est-à-dire qu'il ne peut ouvrir une procédure de protection à la suite d'un simple signalement concernant une personne vulnérable.

LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE

C'est un contrat qui permet à une personne d'organiser à l'avance sa protection, ou celle de son enfant handicapé, en choisissant celui ou celle qui sera chargé de s'occuper de ses affaires le jour où elle ne sera plus en état physique ou mental de faire les actes nécessaires à leur protection. Cette protection peut concerner ses biens et sa personne, ou seulement l'un des deux.

La protection de votre personne porte sur l'ensemble des questions relatives à votre vie personnelle, votre santé, vos relations aux autres, votre logement, vos déplacements, vos loisirs, etc. La protection de vos biens concerne l'ensemble des actes nécessaires à la préservation et à la gestion de votre patrimoine.

Le formulaire est à retirer auprès des tribunaux, puis à faire enregistrer par l'administration fiscale à la recette des impôts de votre domicile. Ainsi la date à laquelle vous avez établi le mandat ne sera pas contestée.

Lorsque le mandataire constatera vos difficultés, il demandera une expertise, auprès de médecins dont la liste est dressée par le Procureur de la République afin de constater votre inaptitude.

Le mandataire présentera ensuite le mandat et le certificat médical au greffe du tribunal d'instance de votre domicile.

Le greffier, après vérifications, apposera son visa sur le mandat et le redonnera au mandataire.

En cas de difficultés, toute personne, y compris la personne protégée elle-même, pourra saisir le juge des tutelles.

LA SAUVEGARDE DE JUSTICE

La sauvegarde de justice est une mesure qui vise à protéger toute personne majeure dont les facultés mentales et corporelles sont altérées par une maladie ou un affaiblissement dus à l'âge et qui l'empêchent d'exprimer sa volonté.

La sauvegarde de justice est provisoire (un an renouvelable une fois) en attendant un régime plus protecteur (curatelle ou tutelle) ou que la personne récupère ses facultés.

Il existe deux types de sauvegarde de justice :

- une sauvegarde judiciaire par le juge des tutelles du tribunal d'instance en attendant le délai d'instruction plus long d'une curatelle ou tutelle. La demande peut se faire par la famille ou un tiers portant un intérêt à la personne déficiente ;
- une sauvegarde médicale à l'initiative du médecin traitant s'il considère que son patient nécessite une protection, pendant la période des soins. Il adresse une déclaration au Procureur de la République.

Chacune de ces demandes doit être accompagnée d'un certificat médical d'un médecin psychiatre expert (une liste des médecins experts est disponible auprès des tribunaux) et adressée auprès du tribunal de grande instance, service des tutelles aux majeurs. La consultation auprès du médecin psychiatre est à la charge de la personne à protéger. La per-

sonne à protéger devra être entendue par le juge, sauf urgence ou décision motivée.

Quelle que soit la mesure retenue, elle sera limitée à un an renouvelable une seule fois.

La personne sous sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits de vote, peut retirer de l'argent ou payer par chèque et administrer ses biens. Elle pourra être représentée pour effectuer par exemple la vente d'une maison.

Cependant, les actes qu'elle a passés et les engagements qu'elle a contractés pourront être annulés ou réduits en cas d'excès par un mandataire. Le mandataire est désigné par le tribunal d'instance. Ce peut être un membre de la famille.

LA CURATELLE

La curatelle est un régime de protection intermédiaire entre la sauvegarde de justice et la tutelle.

Cette mesure peut être demandée auprès du juge des tutelles (tribunal d'instance du domicile de la personne à protéger) par l'intéressé, son conjoint, sa famille, son médecin traitant, une assistante sociale. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical du médecin psychiatre expert qui précise l'altération des facultés de la personne.

La personne à protéger devra être entendue (si cela est possible) par le juge, sauf urgence ou décision motivée.

La personne alors assistée par un curateur doit prendre conseil auprès de celui-ci pour les actes importants qui engagent son patrimoine (argent, maison). Le curateur peut annu-

ler ou réduire tout acte civil réalisé par la personne protégée, si ces actes ne lui sont pas bénéfiques.

Il existe deux types de curatelle :

- la curatelle allégée ou simple : la personne protégée peut gérer elle-même ses revenus et dépenses courantes. Mais elle ne peut pas modifier son patrimoine, se marier ou divorcer sans l'accord du curateur désigné ;
- la curatelle aggravée ou renforcée : la gestion de ses actes administratifs est placée sous la surveillance et l'autorisation du curateur.

La curatelle est limitée à cinq ans puis réexaminée.

LA TUTELLE

La tutelle est mise en place lorsque la personne à protéger voit ses facultés mentales ou physiques gravement et durablement altérées. Ses actes sont nuls et ses biens sont gérés par un tuteur. Elle n'est plus assistée, mais représentée par un tuteur.

Elle peut être à l'initiative de la personne concernée, du conjoint, de ses ascendants, descendants, frères ou sœurs, ou du curateur. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical d'un médecin psychiatre expert. En l'absence de la famille, la tutelle est réalisée par le juge des tutelles du tribunal d'instance. Le médecin traitant ou le directeur d'établissement où réside la personne ne peuvent donner qu'un avis sur la cause qui justifie l'ouverture de la tutelle.

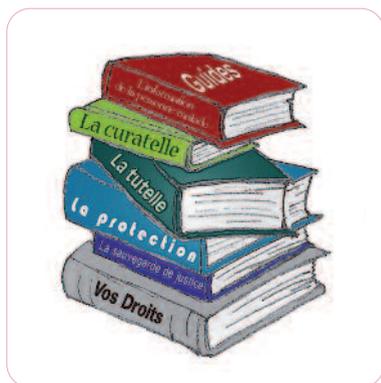
La demande se fait auprès du Procureur de la République du tribunal de grande instance ou du juge des tutelles du tribunal d'instance.

La personne à protéger devra être entendue (si cela est possible) par le juge, sauf urgence ou décision motivée.

La tutelle peut être exercée par :

- un conseil de famille (quatre à six membres désignés par le juge) qui désigne un tuteur et un subrogé tuteur qui contrôle le tuteur. C'est la tutelle complète ou ordinaire ;
- un membre de la famille : tutelle sous forme d'administration légale ; l'époux est tuteur de son conjoint, à moins que la communauté de vie n'ait cessé entre eux ou que le juge n'estime qu'une autre cause interdit de lui confier la tutelle ; le tuteur gère les biens sous le contrôle du juge des tutelles sans subrogé tuteur ni conseil de famille ;
- un tuteur extérieur : c'est la gérance de tutelle (en l'absence de famille) ; pas de subrogé tuteur ni conseil de famille mais un tuteur choisi par le juge sur une liste disponible auprès du Procureur de la République ;
- La gérance d'État, quand la tutelle reste vacante (elle est déléguée aux DDASS).

La tutelle est limitée à cinq ans puis réexaminée.



11. Les congés d'accompagnement proposés aux proches d'une personne malade

LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE
LE CONGÉ DE SOUTIEN FAMILIAL

Vous voulez arrêter temporairement votre activité professionnelle pour vous consacrer aux soins d'une personne proche ou de votre enfant malade. Depuis la loi du 21 août 2003, des congés d'accompagnement sont possibles. Il s'agit du congé de solidarité familiale qui vous permet d'accompagner un proche dont la maladie met en jeu son pronostic de vie et du congé de soutien familial qui vous permet d'aider un proche handicapé ou en perte d'autonomie.

LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

Si vous travaillez mais que vous souhaitez cesser totalement ou partiellement votre activité professionnelle pour vous occuper d'un proche gravement malade en fin de vie, vous pouvez bénéficier d'un congé d'accompagnement sous la forme d'un congé de solidarité familiale.

Pour demander ce congé, vous devez adresser votre demande au moins 15 jours avant la date souhaitée, à votre employeur par lettre recommandée avec accusé de réception. Un certificat médical attestant que la personne malade souffre d'une maladie grave qui met en jeu son pronostic de vie est à joindre à votre courrier.

Sa durée est de trois mois, renouvelable une fois, soit six mois maximum. Il est envisagé une rémunération à hauteur

de 49 euros par jour pendant une durée maximum de trois semaines. (Projet de loi en cours).

Ce congé prend fin au terme des trois mois, ou de son renouvellement, à une date antérieure, ou dans les trois jours suivant le décès du proche.

Ce congé n'a pas de répercussion sur les congés auxquels vous avez droit pour d'autres événements familiaux.

À votre retour, vous retrouvez votre emploi ou un emploi similaire, avec une rémunération équivalente. La durée du congé est prise en compte pour le calcul de votre ancienneté.

Pendant cette période de congé, il ne vous est pas possible d'exercer une autre activité professionnelle.

LE CONGÉ DE SOUTIEN FAMILIAL

Si vous travaillez mais que vous souhaitez cesser votre activité professionnelle pour vous occuper d'un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie importante, vous pouvez bénéficier du congé de soutien familial.

Votre employeur ne peut pas vous refuser ce congé. Il vous faut cependant justifier de deux ans d'ancienneté dans l'entreprise. Pour en bénéficier, vous devez lui adresser une lettre recommandée, avec accusé de réception, au moins deux mois avant le début du congé. Cette lettre peut être remise en main propre. Dans le contenu de votre courrier, vous devez informer votre employeur de votre volonté de suspendre votre contrat de travail et de la date de votre départ en congé.

Vous devez montrer votre lien de parenté avec la personne aidée en apportant la preuve de sa dépendance (décision d'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou justification d'un taux d'incapacité permanente, au moins égal à 80 %).

Non rémunéré, ce congé est d'une durée de trois mois, renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de votre carrière.

12. Du côté de l'enfant malade

LES ALLOCATIONS POUR UN ENFANT MALADE
LES CONGÉS POUR UN ENFANT MALADE
LA SCOLARITÉ

Afin de faciliter et d'améliorer la prise en charge des soins de votre enfant malade, vous trouverez dans ce chapitre des informations sur les dispositifs sociaux qui peuvent vous aider pendant et après sa maladie.

Pour obtenir des informations détaillées, vous pouvez contacter une assistante sociale de l'établissement de santé où est soigné votre enfant mais aussi l'assistante sociale rattachée à son établissement scolaire, ainsi que celle de votre Caisse d'allocations familiales, de la Mutualité sociale agricole ou du Conseil général. En téléphonant à ces différents organismes, il vous sera indiqué les coordonnées de l'assistante sociale qui intervient dans votre secteur d'habitation.

LES ALLOCATIONS POUR UN ENFANT MALADE

Ces différentes prestations sont étudiées et versées par la Caisse d'allocations familiales sauf pour les salariés et les exploitants agricoles qui doivent s'adresser au service des prestations familiales de la Mutualité sociale agricole (MSA).

L'allocation journalière de présence parentale

L'Allocation journalière de présence parentale (AJPP) remplace l'allocation de présence parentale. C'est une aide financière qui vous permet de vous occuper de votre enfant âgé de moins de 20 ans, gravement malade dont l'état de santé nécessite des soins contraignants et votre présence à

ses côtés. Pour en bénéficier, vous devez remplir un dossier à retirer auprès de votre Caisse d'allocations familiales ou de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Votre médecin doit établir un certificat médical mentionnant la durée prévisible du traitement de l'enfant. Ce certificat médical sera soumis à l'avis du contrôle médical de l'Assurance Maladie dont dépend votre enfant.

Vous devez interrompre ponctuellement votre activité professionnelle pour vous occuper de votre enfant malade.

Le droit à cette allocation est ouvert par période de six mois renouvelable dans la limite d'une durée maximale de trois ans pour un même enfant et par maladie. Au total, un parent peut bénéficier sur cette période de 310 allocations journalières, correspondant au même nombre de jours d'absence de l'activité professionnelle (dans la limite de 22 allocations par mois).

Si vous avez des dépenses liées à l'état de santé de votre enfant, un complément peut vous être versé chaque mois. Vos ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond. Ce complément est versé mensuellement même si pour un mois donné vous n'avez pas perçu l'AJPP.

L'AJPP n'est pas cumulable avec :

- des indemnités journalières ;
- des allocations de chômage ;
- une pension de retraite ou d'invalidité ;
- le complément de libre choix d'activité de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- un complément d'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) perçu pour le même enfant ;

- l'Allocation aux adultes handicapés (AAH).

Le versement de l'AJPP vous permet de garder votre couverture sociale auprès de l'Assurance Maladie pendant toute sa durée. Vous êtes affilié, gratuitement, à l'assurance vieillesse du régime général, sous certaines conditions.

La Prestation d'accueil du jeune enfant

La Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) concerne les familles ayant au moins un enfant à charge, né après le 1^{er} janvier 2004.

Parmi les composantes de la PAJE versée par la CAF ou la MSA, il existe le complément de libre choix d'activité, le complément optionnel de libre choix d'activité et le complément du libre choix de mode de garde.

- **Le complément de libre choix d'activité** est versé, sous certaines conditions, aux parents ayant cessé leur travail ou exerçant à temps partiel pour s'occuper de leur enfant à charge âgé de moins de trois ans, né ou adopté depuis le 1^{er} janvier 2004. Les parents doivent avoir au moins 8 trimestres de cotisations vieillesse dans les deux dernières années si c'est leur premier enfant, dans les 4 dernières années s'ils viennent d'avoir un 2^e enfant et dans les 5 dernières années à partir du 3^e enfant.

Cette prestation est versée :

- pendant une période de six mois maximale pour un enfant à charge à partir de sa naissance ou à la fin du congé de maternité, de paternité ou d'adoption ;
- jusqu'au mois qui précède le 3^e anniversaire du dernier enfant lorsqu'il y a deux enfants ou plus à charge.

Ces durées sont différentes en cas d'adoption.

Le complément de libre choix d'activité n'est pas cumulable avec :

- le complément optionnel de libre choix d'activité ;
- l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ;
- les indemnités journalières ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- la pension d'invalidité, de retraite, l'allocation de chômage...

• **Un complément optionnel de libre choix d'activité** est une allocation pour les parents qui ont cessé de travailler pendant une durée maximale d'un an et qui ont au moins trois enfants dont l'un est né ou a été adopté à compter du 1^{er} juillet 2006. Les parents doivent justifier d'au moins huit trimestres de cotisation vieillesse (en continu ou non) validés au titre d'une activité professionnelle dans les cinq ans qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant.

Cette prestation est versée :

- jusqu'au mois qui précède le premier anniversaire de l'enfant ;
- en cas d'adoption, pendant une durée maximale de 12 mois à compter du jour de l'adoption.

Ce complément n'est pas cumulable avec :

- le complément de libre choix d'activité ;
- les indemnités de congés payés ;
- les indemnités journalières ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- la pension d'invalidité, de retraite, l'allocation de chômage...

• Le complément de libre choix du mode de garde

Si vous faites garder votre ou vos enfants de moins de six ans par une assistante maternelle agréée ou par une garde à domicile, vous pouvez bénéficier du complément de libre choix du mode de garde.

Ce complément est soumis à conditions de ressources sauf :

- si vous poursuivez des études (si vous vivez en couple, vous devez être tous les deux étudiants) ;
- si vous bénéficiez vous ou votre conjoint de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation temporaire d'attente ou de l'allocation de solidarité spécifique ;
- si vous percevez l'allocation de parent isolé ou le Revenu minimum d'insertion (RMI).

L'allocation de parent isolé et le RMI sont remplacés à compter du 1^{er} juin 2009 par le Revenu de solidarité active (RSA).

Pour bénéficier du complément de libre choix du mode de garde, vous devez percevoir un minimum de revenus liés à une activité professionnelle.

Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec le complément de libre choix d'activité à taux plein.

■ L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) vous aide financièrement si votre enfant est handicapé ou atteint d'un trouble de santé qui l'empêche de mener une vie normale.

Cette allocation vous est versée sans condition de ressources :

- si votre enfant a moins de 20 ans ;
- si son handicap est d'au moins 80 % ; ou compris entre

50 % et 80 % ;

- s'il est dans un établissement spécialisé ; ou si son état de santé nécessite l'aide d'un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile.

Le montant de cette allocation mensuelle peut être majoré par un complément accordé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Il existe six compléments selon :

- les dépenses de santé liées au handicap de l'enfant ;
- la cessation ou la réduction d'activité professionnelle de l'un ou l'autre des deux parents ;
- l'embauche d'une tierce personne rémunérée.

Cette allocation vous permet de ne pas payer le forfait hospitalier journalier si une hospitalisation est nécessaire.

Vous devez choisir entre le complément d'AEH et la Prestation de compensation du handicap (**Voir le chapitre 2 Les services administratifs**).

L'Aide aux parents d'enfant handicapé

L'Aide aux parents d'enfant handicapé (APEH) est une allocation spécifique aux personnes salariées de la fonction publique.

Elle est versée, sous certaines conditions, aux parents dont l'enfant bénéficie d'une Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Les parents doivent demander cette allocation auprès de l'administration qui les emploie.

LES CONGÉS POUR UN ENFANT MALADE

Si vous travaillez, vous pouvez bénéficier de congés pour votre enfant malade. Pour en connaître les modalités d'accès, rapprochez-vous de votre employeur. Les conditions diffèrent en fonction de la convention collective des entreprises.

Le congé enfant malade

Lorsque votre enfant a moins de 16 ans, vous pouvez bénéficier d'un congé pour enfant malade d'une durée de trois jours maximum. Si vous êtes fonctionnaire, vous bénéficiez de cinq jours enfant malade si votre enfant a moins d'un an ou si vous avez à votre charge au moins trois enfants.

Pour en bénéficier, il vous faut un certificat médical établi par votre médecin traitant que vous remettez à votre employeur.

Le congé de présence parentale

Si votre enfant est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident grave nécessitant votre présence à ses côtés, vous pouvez obtenir un congé de présence parentale. Ce congé est de 310 jours ouvrés, sur une période maximale de trois ans.

Pour en bénéficier, vous devez envoyer à votre employeur, au moins 15 jours avant le début du congé, une lettre recommandée avec accusé de réception.

Si vous souhaitez prendre un ou plusieurs jours de congé, vous devez prévenir votre employeur au moins 48 heures à l'avance.

Vous n'êtes pas rémunéré mais vous pouvez bénéficier de l'Allocation journalière de présence parentale (AJPP). Votre contrat de travail est suspendu.

À l'issue de ce congé, vous retrouvez votre emploi précédent ou un emploi similaire avec une rémunération au moins équivalente.

Le congé sans solde

Vous pouvez obtenir un congé non rémunéré. Celui-ci est laissé à l'appréciation de votre employeur et dépend du contenu de votre convention collective. Il entraîne une suspension de votre contrat de travail pour une durée que vous déterminez ensemble. À l'issue de cette durée, la réintégration dans votre emploi est prévue.

Pendant toute la durée de votre congé sans solde, vous continuez à bénéficier :

- des indemnités journalières en cas de maladie et de maternité, et des prestations des assurances invalidité et décès ;
- du remboursement de vos soins en cas de maladie et de maternité.

Le maintien de ces droits est fixé à un an.

Le congé sabbatique

Dans certaines situations, vous pouvez demander un congé sabbatique. Ce congé est d'une durée de six à 11 mois. Il nécessite une ancienneté de 36 mois continus ou non dans l'entreprise et une expérience professionnelle de six ans. L'employeur ne peut le refuser mais il peut le différer. Ce congé n'est pas rémunéré et n'entraîne pas de rupture de contrat de travail.

Votre demande de congé sabbatique n'a pas à être motivée. Vous devez informer votre employeur de la durée de votre absence, par lettre recommandée avec accusé de réception

au moins trois mois avant la date envisagée de votre départ.

Pendant toute la durée de votre congé sabbatique, vous continuez à bénéficier :

- des indemnités journalières en cas de maladie et de maternité, et des prestations des assurances invalidité et décès ;
- du remboursement de vos soins en cas de maladie et de maternité.

Le maintien de ces droits est fixé à un an.

► **Le congé de solidarité familiale et le congé de soutien familial** (Voir le chapitre 11 *Les congés d'accompagnement proposés aux proches d'une personne malade*)

L'ENFANT MALADE ET LA SCOLARITÉ

L'école fait partie de la vie sociale normale de l'enfant et de l'adolescent. Elle occupe une part importante de leurs préoccupations quotidiennes. La maladie provoque parfois une rupture au niveau scolaire. Même s'il est nécessaire d'adapter la scolarité à la situation de l'enfant, il est important qu'il garde contact avec l'école où il était scolarisé jusqu'alors et qu'il puisse poursuivre sa scolarité.

Les hospitalisations peuvent se répéter pendant la maladie, avec des durées plus ou moins longues. Les traitements entraînent parfois des effets secondaires qui ne permettent pas à l'enfant de suivre une classe ordinaire. Il peut alors être orienté vers un enseignement spécialisé.

La scolarité

En raison de son état de santé, mon enfant a un programme scolaire adapté. Peut-il passer ses examens comme tous les autres enfants ?

Certains établissements de santé proposent un programme scolaire adapté à chaque enfant. Il est même parfois possible de passer des examens au sein même de l'établissement de santé.

À sa sortie, si son état de santé le permet, il peut reprendre sa scolarité dans l'école où il était inscrit avant sa maladie. Si cette réintégration n'est pas possible, des cours à domicile ou des cours par correspondance peuvent prendre le relais, par le biais d'organismes spécialisés.

Pour des informations détaillées sur ces différentes possibilités, vous pouvez en parler à une assistante sociale ou à l'équipe d'enseignants de l'établissement de santé.

Dans le cadre de la loi handicap, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) élabore avec les parents un projet personnalisé de scolarisation pour l'enfant handicapé. Pour plus d'informations, vous pouvez contacter la Maison départementale de la personne handicapée de votre département.

Les études supérieures

Peut-il faire des études supérieures ?

Un étudiant en enseignement supérieur doit pouvoir poursuivre ses études même s'il est malade. Il est possible de demander certains aménagements et des aides financières, comme par exemple :

- un dédoublement des années d'études ;
- une inscription au Centre national d'enseignement à distance (CNED) ;
- une priorité pour obtenir une chambre en cité universitaire ;
- une carte « Solidarité transport » qui lui permet d'avoir une réduction de ses frais de transport, sous certaines conditions ;
- une bourse d'études ;
- des aides financières par le conseil général ou le conseil régional, les entreprises, les caisses de retraite, etc.

Pour des informations complémentaires, vous pouvez contacter le service social du Centre régional d'œuvres universitaires scolaires (CROUS) de votre académie. Le portail institutionnel de la vie étudiante offre également de nombreux renseignements : www.crous.fr et www.sup.adc.education.fr

Les candidats à un examen scolaire ou universitaire peuvent bénéficier d'aménagements et d'aides particuliers pour les examens et les concours, en fonction de leur situation individuelle :

- aide à l'accès de la salle d'examen ;
- une personne pour écrire à leur place ;
- temps supplémentaire le jour de l'épreuve ;
- étalement des épreuves sur plusieurs sessions ;
- conservation durant cinq ans des notes obtenues aux examens et concours.

Le médecin de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ou le médecin du service universitaire pour les étudiants précise les aménagements nécessaires. Ils délivrent une attestation qui stipule ces aménagements.

Pour tout renseignement, adressez-vous à la MDPH ou au responsable de l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté.

Les transports

Pour se rendre à l'école, mon enfant ne peut pas prendre les transports. Peut-il se faire accompagner ?

Pour certains enfants malades, le transport scolaire collectif peut être déconseillé pour cause de fatigue, de risques d'infections, etc.

Le médecin de l'établissement de santé peut intervenir auprès de la Maison départementale de la personne handicapée (MDPH) afin que les frais de transport individuel (taxi, par exemple) soient pris en charge.

Des informations sur la prise en charge des cancers de l'enfant sont disponibles dans le guide *Mon enfant a un cancer* édité par l'Institut National du Cancer.



13. Les démarches à faire après le décès d'un proche

LES ORGANISMES ET LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE

POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, ARTISANS ET INDÉPENDANTS DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

Après le décès de la personne malade, il faut penser à contacter ou à prévenir un certain nombre de personnes et d'organismes. À cet effet, il vous sera demandé des bulletins d'actes de décès que vous pouvez retirer auprès de votre mairie. Les pompes funèbres qui organisent les obsèques peuvent les retirer pour vous.

LES ORGANISMES ET LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE

Voici une liste indicative de personnes à contacter pour vous permettre de vous y retrouver en ces moments difficiles :

- son employeur. Celui-ci doit régulariser le ou les salaires en cours et capitaux décès éventuels ;
- la caisse d'Assurance Maladie, pour régulariser le paiement des prestations en cours et s'informer d'un capital décès éventuel ;
- les mutuelles, pour modifier ou annuler le contrat d'adhésion, le paiement des cotisations en cours et s'informer d'un capital décès selon le contenu du contrat ;
- le notaire, pour régler la succession ;
- les organismes de prêts (banques, etc.), pour connaître les possibilités de remboursement des emprunts par les assurances prises par la personne décédée ;
- le Pôle emploi, si la personne décédée était au chômage,

- pour arrêter le paiement des prestations en cours et s'informer d'un capital décès éventuel ;
- la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA), pour modifier ou obtenir de nouvelles prestations familiales selon votre situation sociale (allocations de soutien familial, d'aide au logement, etc.) ;
 - la Caisse de retraite principale et les retraites complémentaires, pour arrêter les versements et examiner quels sont les droits à une pension de réversion pour le veuf ou la veuve, qu'il soit ou non remarié ;
 - le propriétaire du logement pour un éventuel changement de nom sur le bail ;
 - les assurances (véhicules, habitation, etc.) pour effectuer des modifications éventuelles sur les différents contrats en cours ;
 - EDF et GDF, France Telecom, l'organisme fournisseur d'eau, etc. pour modifier les contrats ;
 - le centre des impôts, pour mettre à jour le changement de situation.

Pour toute information sur les démarches éventuelles à effectuer durant cette période difficile, vous pouvez contacter l'assistante sociale ou votre caisse d'Assurance Maladie.

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Si la personne décédée était affiliée au régime général ou au régime agricole de l'Assurance Maladie, certains droits (remboursement de frais médicaux, soins, médicaments...) peuvent être maintenus pour ses ayants droit : son conjoint, son concubin, enfants à charge...

En règle générale, les ayants droit bénéficient de l'Assurance

Maladie de la personne décédée pour une durée d'un an. Si la personne décédée avait des enfants, cette affiliation est maintenue jusqu'aux trois ans du dernier enfant ou pendant un temps illimité si l'assuré avait trois enfants à charge.

Au décès d'un assuré cotisant ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité, ses ayants droit peuvent percevoir un capital égal à 90 fois le gain journalier de base des trois derniers mois (dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès).

Le capital décès est une indemnité. Elle permet aux proches de l'assuré de faire face aux frais immédiats entraînés par son décès (notamment les frais d'obsèques). Elle est versée en priorité aux personnes qui, au moment de son décès, étaient à la charge permanente, totale et effective de l'assuré. Cette indemnité est versée en une seule fois.

Certaines conditions sont nécessaires pour obtenir ce capital décès. La personne décédée devait être :

- en activité ;
- ou en arrêt de travail pour maladie, indemnisé ;
- ou titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- ou bénéficiaire d'indemnités chômage.

Ce droit à l'assurance décès est maintenu pendant toute la

Un ayant droit est une personne qui bénéficie du remboursement des frais médicaux d'une Assurance Maladie par un lien de parenté avec l'assuré. Ce peut être le conjoint de l'assuré, le concubin, le partenaire du Pacte civil de solidarité (PACS), le conjoint séparé non remarié, une personne qui vit avec l'assuré à son domicile et qui est à sa charge depuis 12 mois, les enfants à la charge de l'assuré sous certaines conditions, ses parents ou ses frères et sœurs. Pour être ayant droit, il ne faut pas relever d'un autre régime d'Assurance Maladie.

durée de son indemnisation et les 12 mois suivants.

Afin de bénéficier de ce capital décès, une demande est à déposer auprès de la caisse primaire d'Assurance Maladie ou de la Mutualité sociale agricole (MSA) dont dépendait la personne décédée. Vous avez un mois pour en faire la demande si vous êtes bénéficiaire prioritaire, deux ans dans les autres cas.

POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, ARTISANS ET INDÉPENDANTS DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

Après le décès de l'assuré, les ayants droit bénéficient de l'Assurance Maladie de la personne décédée pour une durée d'un an. Si la personne décédée avait des enfants, cette affiliation est maintenue jusqu'aux trois ans du dernier enfant ou pendant un temps illimité si l'assuré avait trois enfants à charge.

Au décès d'un assuré cotisant ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité, ses ayants droit peuvent percevoir un capital calculé en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Le capital-décès est une indemnité. Elle permet aux proches de l'assuré de faire face aux frais immédiats entraînés par son décès (notamment les frais d'obsèques). Elle est versée en priorité aux personnes qui, au moment de son décès, étaient à la charge permanente, totale et effective de l'assuré. Cette indemnité est versée en une seule fois.

Certaines conditions sont nécessaires pour obtenir ce capital décès.

► **Pour les artisans** la personne décédée devait être :

- affiliée et avoir cotisé au régime des artisans du RSI à titre obligatoire ou volontaire au moment de son décès ou avoir cessé son activité artisanale sans avoir repris une autre activité professionnelle entraînant une affiliation à un autre régime obligatoire de sécurité sociale ;
- à jour de toutes les cotisations vieillesse de base, complémentaire, invalidité et décès du régime des artisans.

► **Pour un artisan retraité** la personne devait :

- avoir validé au moins 80 trimestres d'assurance dans le RSI en tant qu'artisan ;
- avoir été affiliée en dernier lieu aux Assurances vieillesse des artisans (AVA) ou RSI en tant qu'artisan.

Un capital, en plus du capital décès principal, peut être versé aux enfants à charge :

- âgés de moins de 16 ans au jour du décès de l'assuré ;
- âgés de plus de 16 ans et de moins de 20 ans poursuivant des études ou un apprentissage ;
- aux enfants, quel que soit leur âge, bénéficiaires d'allocations pour personnes handicapées.

► **Pour les commerçants** la personne décédée devait :

- être affiliée et avoir cotisé au RSI en tant que commerçant ;
- être à jour de toutes les cotisations, vieillesse, invalidité et décès du régime des commerçants.

Le décès d'un retraité commerçant sans activité n'ouvre pas droit à un capital décès.

Vous devez faire parvenir votre demande à la caisse d'Assurance Maladie de l'assuré. Vous avez un mois pour en faire la demande

Index

A

Aides à la personne

- Aide à domicile p 56, 57, 59, 60
- Auxiliaire de vie p 21, 55, 69
- Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) p 59
- Chèque emploi service universel (CESU) p 57, 137, 139
- Garde à domicile p 57, 69, 113
- Hospitalisation à domicile (HAD) p 39, 52, 53, 60
- Mode mandataire p 56, 57
- Mode prestataire p 56
- Plan d'actions personnalisé p 60
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) p 54, 55
- Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale (TISF) p 56

Aides liées au handicap

- Carte d'invalidité p 24, 25
- Carte de priorité p 25
- Carte de stationnement p 26
- Contrat de rééducation professionnelle p 68, 79, 80
- Plan personnalisé de compensation du handicap (PPCH) p 22

Aides techniques

- Aménagement du domicile p 22, 62
- Système d'alarme p 62

Allocations

- Allocation aux adultes handicapés (AAH)
p 17, 20, 21, 22, 23, 76, 110, 112, 113
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
p 22, 40, 110, 113, 114
- Allocation journalière de présence parentale (AJPP)
p 17, 109, 110, 111, 112,
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) p 51, 59, 61, 107
- Aides aux parents d'enfants handicapés (APEH) p 114, 138
- Complément de libre choix d'activité p 110, 111, 112, 113
- Complément optionnel de libre choix d'activité p 111, 112
- Complément de libre choix du mode de garde p 111, 113
- Complément de ressources p 21, 23, 24
- Complément de salaire p 67
- Majoration pour vie autonome (MVA) p 21, 23, 24
- Majoration tierce personne (MTP) p 60, 69, 70, 71, 72, 75
- Prestation de compensation du handicap (PCH)
p 21, 22, 24, 60, 61, 114

C

Congés

- Congé à temps partiel thérapeutique p 68, 77, 78, 79, 82
- Congé de grave maladie p 73, 82
- Congé de longue durée p 73, 74, 75, 76, 82
- Congé de longue maladie p 73, 74, 75, 82
- Congé de solidarité familiale p 105, 117
- Congé de soutien familial p 105, 106, 117
- Congé de présence parentale p 115
- Congé enfant malade p 115
- Congé sabbatique p 116, 117
- Congé sans solde p 116

D

Dispositifs d'information pour la personne malade

- Accueils cancer de la ville de Paris (ACVP) p 9, 10, 11, 137
- Cancer Info Service p 11, 12, 43
- Centres locaux d'informations et de coordination (CLIC) p 11, 63, 137
- Dispositif d'annonce p 28
- Espace Ligue Info (ELI) p 9, 10
- Espaces de rencontres et d'informations (ERI) p 9
- Kiosques d'information cancer (KIC) p 9, 10

P

Prêts et assurances bancaires

- Contrat d'assurance de groupe p 93, 94
- Contrat d'assurance individuelle p 93, 94
- Convention AERAS p 94, 95, 96, 97, 137, 138, 141
- Prêt à la consommation p 94, 95
- Prêt au logement p 95
- Prêt immobilier p 95, 96
- Prêt professionnel p 95

Protection juridique

- Curatelle p 8, 99, 101, 102, 103
- Mandat de protection future p 99, 100, 138
- Sauvegarde de justice p 99, 101, 102
- Tutelle p 8, 31, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Protection sociale

- Aide médicale de l'État (AME) p 14, 38, 40, 46, 47, 48
- Aide médicale de l'État à titre humanitaire p 14, 47, 48
- Aide pour une complémentaire de santé p 16
- Carte européenne d'Assurance Maladie p 46
- Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)
p 13, 14, 15, 16, 27, 38, 40, 41, 47
- Couverture maladie universelle de base (CMU)
p 13, 14, 15, 16, 41

R

Régimes sociaux

- Demandeurs d'emploi p 76
- Fonctionnaires contractuels p 73, 82, 83
- Fonctionnaires titulaires p 73, 75, 82, 83
- Les exploitants agricoles p 14, 17, 67, 70, 109
- Régime social agricole p 14, 51, 65, 77, 80, 88, 122
- Régime social général des salariés
p 13, 59, 65, 77, 80, 88, 90, 91, 111, 122
- Régime social des indépendants (RSI)
p 13, 14, 71, 72, 73, 86, 124, 138
- Travailleurs non salariés, artisans et indépendants du
commerce et de l'industrie p 71, 86, 124

S

Services administratifs

- Caisse d'allocations familiales (CAF)
p 8, 13, 17, 18, 20, 51, 109, 110, 111, 122, 130, 137
- Centre communal d'action sociale (CCAS)
p 8, 13, 16, 18, 47, 56, 58, 61, 62, 63
- Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) p 17, 19, 21, 22, 23, 79, 80, 114, 118, 120
- Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) p 32, 33
- Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) p 33, 34, 137
- Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) p 13, 17, 19, 52, 76, 79, 80, 81, 114, 118, 120

Structures d'accueil

- Centre d'hébergement p 47, 51,
- Foyer logement p 50, 51
- Services de soins de suite et de réadaptation p 50

T

Termes administratifs

- Affection de longue durée (ALD) p 37, 40, 42, 54, 66
- Ayant droit p 122, 123, 124
- Carte vitale p 27, 37, 46
- Dépassements d'honoraires p 39, 41, 89
- Dossier médical p 29, 30, 31, 81, 139
- Entente préalable p 42, 43, 89
- Frais de transport p 42, 43, 81, 89, 119, 120

- Franchises médicale p 15, 38, 39
- Honoraires libres p 41
- Indemnités journalières
p 14, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 76, 78, 79, 89, 90, 110, 112, 116, 117
- Le reste à charge p 38, 39, 40
- Médecin traitant
p 20, 27, 28, 30, 37, 38, 53, 70, 77, 78, 79, 87, 96, 101, 102, 103, 115
- Pension d'invalidité p 68, 69, 70, 71, 72, 112, 123, 124
- Personne de confiance p 29, 30, 139
- Protocole de soins p 37, 38
- Retraite pour inaptitude au travail p 23, 68, 70, 71, 72, 76
- Temps complet 52, 77, 78, 82
- Temps partiel p 52, 68, 77, 78, 79, 82, 111
- Visite de pré-reprise p 77, 78, 79
- Visite de reprise p 78

Liste des sigles

A

- **AAH** Allocation aux adultes handicapés
- **ACTP** Allocation compensatrice pour tierce personne
- **ACVP** Accueil cancer de la ville de Paris
- **AEEH** Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- **ARDH** Aide au retour à domicile après hospitalisation
- **AERAS** Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
- **AIDÉA** Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité
- **AJPP** Allocation journalière de présence parentale
- **ALD** Affection de longue durée
- **AME** Aide médicale de l'État
- **AMPI** Assurance Maladie des professions indépendantes
- **APA** Allocation personnalisée d'autonomie
- **APE** Allocation parentale d'éducation
- **APEH** Allocation pour fonctionnaires parents d'enfants handicapés

C

- **CAF** Caisse d'allocations familiales
- **CCAS** Centre communal d'action sociale
- **CDAPH** Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- **CESU** Chèques emploi service universel
- **CISS** Collectif interassociatif sur la santé
- **CLIC** Centre local d'information et de coordination
- **CMU** Couverture maladie universelle de base
- **CMUC** Couverture maladie universelle complémentaire

- **CNED** Centre national d'enseignement à distance
- **CRCI** Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation
- **CROUS** Centre régional d'œuvres universitaires scolaires
- **CRRMP** Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
- **CRUQPC** Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

E

- **EHPA** Établissements d'hébergement pour personnes âgées
- **EHPAD** Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **ELI** Espaces Ligue Info
- **ERI** Espaces de rencontres et d'information

F

- **FSI** Fonds spécial d'invalidité
- **FNCLCC** Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
- **FNEHAD** Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

H

- **HAD** Hospitalisation à domicile
 - **HAS** Haute autorité en santé
-

I

- INCa Institut National du Cancer

L

- LPPR Liste des produits et prestations remboursables

M

- MDPH Maison départementale des personnes handicapées
- MSA Mutuelle sociale agricole
- MTP Majoration tierce personne
- MVA Majoration pour la vie autonome

O

- ONIAM Office national d'indemnisation des accidents médicaux

P

- PCH Prestation de compensation du handicap
- PPCH Plan personnalisé de compensation du handicap

R

- RSI Régime social des indépendants

S

- **SSIAD** Services de soins infirmiers à domicile

T

- **TISF** Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale

U

- **UNA** Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
- **URSSAF** Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'Allocations familiales (dans le cadre des droits liés au CESU)

Liste des sites internet

- www.accueil-temporaire.com
(Centres d'hébergement - Places disponibles)
- www.paris.fr > Recherche « Accueils cancer »
(Accueils cancer de la Ville de Paris)
- www.aeras-infos.fr
(Convention AERAS)
- www.ameli.fr
(Assurance Maladie)
- www.annuaire-aas.com
(Annuaire des associations de santé)
- www.caf.fr
(Caisses d'allocations familiales)
- www.cesu.urssaf.fr
(Droits liés au Chèque emploi-service universel)
- <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>
(Centre local d'information et de coordination)
- www.commissions-crci.fr
(Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation)
- www.crous.fr
(Centre régional d'œuvres universitaires scolaires)
- www.e-cancer.fr
(Institut National du Cancer)
- www.fnclcc.fr
(Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer)
- www.fnehad.fr
(Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile)

- **www.fonction-publique.gouv.fr**
> Rubrique « Être fonctionnaire » (Site de la fonction publique, informations sur le régime des fonctionnaires)
- **www.has-sante.fr**
(Haute autorité en santé)
- **www.hopital.fr**
(Hôpital : démarches, droits, annuaire des établissements de santé...)
- **www.inrs.fr**
> Recherche simple « Tableaux des maladies professionnelles »
(Tableaux des maladies professionnelles)
- **www.justice.gouv.fr**
> Recherche « Mandat de protection future »
(Documents relatifs au mandat de protection future)
- **www.leciss.org**
(Collectif interassociatif sur la santé (CISS) intervenant dans le champ de la santé)
- **www.lesclesdelabanque.com**
> Recherche « Convention AERAS »
(Convention AERAS)
- **www.ligue-cancer.net**
(Ligue nationale contre le cancer)
- **www.msa.fr**
(Mutualité sociale agricole)
- **www.oniam.fr**
(Office national d'indemnisation des accidents médicaux)
- **www.paris.fr**
> Recherche « Accueils cancer »
(Accueils cancer de la ville de Paris)
- **www.le-rsi.fr**
(Régime social des indépendants)

- **www.sante.gouv.fr**
(Ministère de la santé > Charte et droits de la personne hospitalisée : reprise simplifiée des principales références du code de la santé publique concernant les droits des patients, dossier médical, personne de confiance)
- **www.servicealapersonne.gouv.fr**
Agence nationale des services à la personne > Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- **www.service-public.fr**
> Recherche « Contrat de rééducation professionnelle »
(Documents concernant le contrat de rééducation professionnelle)
- **www.sup.adc.education.fr**
(Portail institutionnel de l'Éducation nationale pour la vie étudiante dans l'enseignement supérieur)
- **www.ticket-cesu.fr**
(Chèque emploi-service universel)
- **www.travail-solidarite.gouv.fr**
(Site du Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville)
- **www.una.fr**
(Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles)
- **www.vivreavec.org**
(Associations pour aider les malades à la constitution d'un dossier d'accès à un prêt bancaire et à son assurance)

Liste des lignes téléphoniques

- **Cancer Info Service, 0810 810 821**, du lundi au samedi de 9h à 19h, prix d'un appel local. Une équipe de spécialistes de l'information, de l'écoute et des questions juridiques. Elle répond en toute confidentialité, aux questions sur le cancer.
Site internet : www.e-cancer.fr
- **Securitesoins, 0810 455 455**, du lundi au vendredi de 9h à 20h, prix d'un appel local. Le Pôle santé, sécurité des soins du Médiateur de la République analyse et traite toutes demandes d'information ou de réclamation en provenance des usagers du système de santé ou des professionnels de santé qui mettent en cause : le non-respect des droits des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins, l'accès aux soins.
Site internet : www.securitesoins.fr
- **L'Agence nationale des services à la personne** propose un numéro de téléphone le **3211**, du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h (0,12 euros/min).
Site internet : www.servicealapersonne.gouv.fr
- **Un serveur vocal national d'information sur la Convention AERAS, 0821 221 021**, 7 jours sur 7 et 24h/24h (0,12 euros/min).
- **Aidéa (Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité)**, ligne téléphonique de la Ligue nationale contre le cancer, 0810 111 101, du lundi au vendredi de 8h à 20h, prix d'un appel local.

- **Vivre Avec, 0821 21 80 08**, (0,12 euros/min).
Permet aux personnes malades d'améliorer l'accès à l'assurance de prêts bancaires en simplifiant les démarches administratives.
Site internet : www.vivreavec.org
- **Santé Info Droits, ligne téléphonique du Collectif inter-associatif sur la santé (le CISS), 0810 004 333 ou 01 53 62 40 30**, les lundis, mercredis et vendredis de 14h à 18h et les mardis et jeudis de 14h à 20h (coût d'un appel local). Pour une question juridique ou sociale liée à la santé.
- **L'Assurance Maladie propose un numéro d'appel unique le 3646** (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe) pour des informations sur votre situation.
- **Le Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville donne des renseignements sur la loi du Handicap et ses applications dans la vie quotidienne au 0820 03 33 33**, du lundi au samedi de 9h à 19h (numéro indigo 0,12 euros/min).
- **L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) met à votre disposition un numéro Azur, 0810 600 160**, du lundi au vendredi de 9h à 18h (prix d'un appel local).

Membres du groupe de travail

Nous remercions chaleureusement les patients et leurs proches qui, par leur implication et leurs commentaires, ont contribué à l'élaboration de ce guide : Reine L, Thérèse C, Lydie J, Catherine C, Marie-France B, Eliane C, Nicole T, Gérard H, et d'autres personnes ayant souhaité rester anonymes.

Coordination du guide

J.-M. Dilhuydy, oncologue radiothérapeute,
Président du groupe de recherche Action-Médico-Sociale
d'Aquitaine (GRAMSA)
Institut Bergonié, Bordeaux (coordonnateur)

M.-H. Monira, cadre socioéducatif,
Trésorière du groupe de recherche Action-Médico-Sociale
d'Aquitaine (GRAMSA)
Institut Bergonié, Bordeaux (coordonnatrice)

J. Dupré, assistante sociale,
Centre Paul Papin, Angers (coordonnatrice)

J. Ménager, membre du Réseau des malades,
Ligue nationale contre le cancer, Paris

Groupe de travail pour la mise à jour 2009

V. Anagnan, infirmière coordinatrice,
Réseau Onco94, Chevilly-la-Rue

L. Berthet, psychiatre,
Hôpital Pasteur, Nice

M. Bombail, directeur des soins,
Institut Claudius Regaud, Toulouse

D. Clairet, cadre socioéducatif,
Centre Georges-François Leclerc, Dijon

D. Houel, juriste,
Centre François Baclesse, Caen

S. Jaeggy, chef de projets,
Réseau régional de cancérologie CAROL, Strasbourg

V. Kornmann, chargée de mission, droit des malades,
Ligue nationale contre le cancer, Paris

M.-P. Liebard, coordinatrice,
Ligue nationale contre le cancer, Tulle

M. Marty, médecin conseil,
CNAMTS, Paris

M. Perrault, directrice du Centre communal d'action sociale,
Tulle

V. Riffart, coordonnatrice du service social,
Centre hospitalier universitaire, Kremlin Bicêtre

M. Vacherand, médecin du travail,
Arnemasse

Relecteurs

Relecteurs de la mise à jour 2009

V. Arque, assistante sociale,
Centre hospitalier universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy

C. Andréo, assistante sociale,
Centre Val d'Aurelle - Paul Lamarque, Montpellier

S. Aujoux, juriste,
CNAMTS, Paris

M. Azagury, hématologue,
Réseau cancer Yvelines nord, Meulan

S. Bar-Tintilier, psychologue,
Clinique du Centre hospitalier, Valenciennes

S. Ben Abdallah, conseiller santé social,
Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne (FEHAP), Paris

S. Bentegeat, directrice des relations institutionnelles et de la vie des malades,
Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt

S. Berthaut, direction des soins,
Centre Henri Becquerel, Rouen

M.-F. Bodart, assistante sociale,
Ligue nationale contre le cancer, Hesdigneul-lès-Boulogne

C. Boucherat-Lamoury, conciliatrice de justice,
Paris

V. Boulanger, assistante sociale,
Centre hospitalier universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy

A. Boutan-Laroze, président,
Réseau ROA, Argenteuil

E. Brissy, animatrice,
Espace de rencontres et d'information (ERI), Centre Léon Bérard, Lyon

J. Brothier, vice-présidente du groupe de recherche Action-Médico-Sociale
d'Aquitaine (GRAMSA)

A. Brunet, méthodologiste,
Réseau ONCORA, Lyon

- M.-J. Cabanel**, directrice,
Centre hospitalier, Béthune
- P.-E. Cailleux**, médecin,
Réseau oncologie 37, Tours
- J. Ceccaldi**, médecin,
Centre hospitalier Robert Boulin, Libourne
- L. Cenard**, directeur,
Réseau Onco 94 Ouest, Chevilly-Larue
- G. Chabassier**, assistante sociale,
Centre hospitalier, Tulle
- C. Chaptal**, assistante sociale,
Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- I. Cheiney**, infirmière,
ministère de la santé et des services sociaux, Québec, Canada
- I. Cirilo-Cassaigne**, chargée d'étude,
Réseau de cancérologie d'Aquitaine (CRAMA) Bordeaux
- L. Colombani**, médecin coordonnateur,
Réseau cancer Yvelines nord, Meulan
- A. Coly**, assistante sociale,
Centre hospitalier Place Maschat, Tulle
- E. Coussens**, médecin généraliste,
Réseau Onco-Normand, Sotteville-lès-Rouen
- T. Couvert-Leroy**, médiateur social et juridique,
Paris
- C. Treppoz**, médecin conseil,
Mutualité sociale agricole, Bagnolet
- C. Dalm**, inspecteur médical,
Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle,
Bordeaux
- C. Depriester**, radiologue,
Radiologie et imagerie médicale, Lille
- F.-D. Druart**, médecin coordonnateur,
Réseau Régional CAROL, Strasbourg
- J.-B. Dubois**, directeur,
Centre Val d'Aurelle - Paul-Lamarque, Montpellier

O. Duguey-Cahet, médecin coordonnateur,
Institut Bergonié, Bordeaux

S. Dupouy, chargée de communication,
Caisse régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine (CRAMA), Bordeaux

I. Faiderbe-Coutouly, assistante sociale,
Hôpital Paul Brousse, Villejuif

F. Farsi, coordonnateur,
Réseau ONCORA, Lyon

O. Frezet, coordinateur, membre du groupe de recherche Action-Médico-
Sociale d'Aquitaine (GRAMSA)
Maison de santé protestante, Talence

S. Gobel, coordinateur,
Ligne Santé Info Droits, le Collectif inter-associatif sur la santé, Paris

L. Gofti-Laroche, docteur en pharmacie,
Réseau ARC ALPIN, Grenoble

C. Guilloteau, secrétaire médicale,
Institut Bergonié, Bordeaux

J.-B. Hagenmuller, directeur,
Hospitalisation à domicile, Paris

I. Harauchamps, assistante sociale,
Réseau SCOP, Clichy

S. Jourdain, assistante sociale,
Centre Henri Becquerel, Rouen

F. Koralewiski, assistante sociale,
Jean Godinot, Reims

D. Laporte, médecin généraliste,
CNAMT, Paris

H. Laval, assistante sociale,
Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy

F. Lefort, médecin coordonnateur,
Réseau de cancérologie ANCELOT, Caen

B. Léonard-Legendre, assistante sociale,
Jeunes solidarité cancer, La Ville du Bois

A. Lerol, médecin, coordonnateur,
Réseau SCOOP, Clichy

J. Lopez, assistante sociale,
Centre Val d'Aurelle - Paul-Lamarque, Montpellier

P. Maes, oncologue médicale,
Centre Bourgogne, Lille

S. Mazerand-Labouteley, assistante sociale,
Centre hospitalier universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy

V. Mazeau-Woynar, responsable du département des recommandations,
Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt

D. Martin, assistante sociale,
Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy

C. Maurey-Forquy, responsable du service social pédiatrique,
Hôpital Necker, Paris

F. Maurice, animatrice,
Espace de rencontres et d'information (ERI), Centre Alexis Vautrin,
Vandœuvre-lès-Nancy

M. Metzger, animatrice,
Espace de rencontres et d'information (ERI), Centre Alexis Vautrin,
Vandœuvre-lès-Nancy

J.-J. Olivin, président,
GRATH, Lanester

S. Orsini, chargée de mission,
Réseau Onco 94 Ouest, Chevilly-Larue

D. Pagé, assistante sociale,
Institut Bergonié, Bordeaux

L. Paquet, direction de la lutte contre le cancer,
Montréal, Canada

N. Pélicier, psychiatre,
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

C. Perez, assistante sociale,
Centre Val d'Aurelle - Paul-Lamarque, Montpellier

N. Perrié, vice-présidente du groupe de recherche Action-Médico-Sociale
d'Aquitaine (GRAMSA)

- H. Picard**, responsable, Espace de rencontres et d'information (ERI),
Hôpital Saint-Vincent de Paul, Lille
- A. Plante**, infirmière clinicienne,
Hôpital Charles LeMoine, Québec, Canada
- J. Platon**, cadre socioéducatif,
Hôpital Saint-Louis, Paris
- C. Polegato**, assistante sociale,
Centre hospitalier universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy
- G. Prince**, assistante sociale, secrétaire du groupe de recherche Action-
Médico-Sociale d'Aquitaine (GRAMSA)
Maison de santé protestante Bagatelle, Talence
- M. Promé**, assistante sociale,
Institut Claudius Regaud, Toulouse
- H. Quelmé**, coordinatrice du service social du personnel,
AP-HP, Paris
- M. Riccini**, assistante socioéducative,
Centre hospitalier, Nice
- C. Richard-Lebailly**, assistante socioéducative,
Hôpital Paul Brousse, Villejuif
- L. Roland-Piègue**, psychologue,
Réseau SCOOP, Clichy
- C. Romaniw**, assistante sociale,
Réseau régional de cancérologie, Loos
- E. Rossini**, directeur général adjoint,
Centre Paul Strauss, Strasbourg
- J.-F. Rouget**, juriste,
CNAMTS, Paris
- M.-F. Ruais**, cadre socioéducatif,
Centre hospitalier universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy
- C. Saada**, assistante sociale,
Centre hospitalier universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy
- F. Sallé**, adjointe au directeur des soins,
Institut Claudius Regaud, Toulouse
- P. Saltel**, psychiatre,
Centre Léon Bérard, Lyon

E. Sardou, assistante sociale,
Centre Claudius Regaud, Toulouse

D. Serin, oncologue radiothérapeute,
Institut Sainte-Catherine, Avignon

M.-H. Simart, assistante sociale,
Centre Jean Godinot, Reims

S. Sion, coordinatrice des services sociaux,
Centre hospitalier Saint-Vincent, Lille

M. Sobkowicz, animatrice,
Espace de rencontres et d'information (ERI), Centre Jean Perrin,
Clermont-Ferrand

J.-L. Soulier, pédiatre,
Centre hospitalier, Tulle

I. Thébault, animatrice,
Espace de rencontres et d'information (ERI), Centre René Gauducheau,
Nantes

A. Titeux, directeur des soins,
Institut Jean-Godinot, Reims

I. Tordjman, responsable du programme Environnement et Cancer,
Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt

J.-M. Tourani, oncologue médical,
Centre hospitalier universitaire, Poitiers

H. Treppo, médecin conseiller technique national, responsable médical
prévention, Mutuelle sociale agricole, Bagnolet

L. Valemmes, oncologue médical,
Réseau régional de cancérologie, Loos

S. Violette, directrice des soins,
Centre Henri Becquerel, Rouen

G. Wilkins, assistante sociale,
Institut Bergonié, Bordeaux

A. Zavan, assistante socioéducative,
Hospitalisation à domicile, Paris

Les guides de référence Cancer Info

Les guides Cancer Info expliquent avec des mots simples et clairs l'état des connaissances actuelles sur les cancers, leurs traitements et leurs conséquences. Ils visent à :

- rendre accessible une information validée, compréhensible et à jour ;
- améliorer la compréhension des différents aspects de la maladie et de ses répercussions, tant sur le plan médical que social, familial et psychologique ;
- faciliter le dialogue entre les personnes malades, leurs proches, le médecin et l'équipe soignante ;
- permettre aux patients de mieux participer aux choix de leurs traitements.

Ces guides sont élaborés dans le cadre d'une méthodologie pluridisciplinaire associant les professionnels de santé et les personnes malades, anciens malades et proches. Les informations médicales qu'ils contiennent sont issues de recommandations de traitement et de suivi destinées aux professionnels de santé. Les guides Cancer Info sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales.

L'Institut National du Cancer met également à disposition de ceux qui sont à la recherche d'une information de référence sur les cancers :

- la ligne téléphonique d'information et d'écoute Cancer Info : 0810 810 821, prix d'un appel local ;
- la rubrique Cancer Info, sur son site www.e-cancer.fr (mise en ligne fin 2009).

Ce document fait partie de la collection
« Guides de référence Cancer Info » éditée par
l'Institut National du Cancer, agence nationale sanitaire
et scientifique chargée de coordonner la politique de
lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié avec le soutien financier de :

**La Fédération nationale des centres de lutte contre le
cancer (FNCLCC)**

101, rue de Tolbiac - 75013 Paris
Tél. : 01 44 23 04 04 - Fax : 01 45 82 07 59
www.fnclcc.fr

La Ligue nationale contre le cancer

14, rue Corvisart - 75013 Paris
Tél. : 01 53 55 24 00 - Fax : 01 43 36 91 10
www.ligue-cancer.net

Cet ouvrage est protégé par les dispositions du Code de la propriété intellectuelle. Conformément à ses dispositions, sont autorisées, sous réserve de la mention de la source, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations. Pour toute autre utilisation, vous pouvez demander l'autorisation auprès du département Communication institutionnelle de l'Institut National du Cancer, seul titulaire des droits d'auteur.

Édité par l'Institut National du Cancer
Conception/réalisation : Olivier Cauquil
Illustrations : Droits réservés
Siren : 185 512 777
Impression : Comelli
DEPÔT LEGAL SEPTEMBRE 2009

Les guides d'information actuellement disponibles

Les cancers

Comprendre le mélanome de la peau (2007)
Comprendre le cancer du sein (2007)
Comprendre le cancer de l'ovaire (2007)
Comprendre le néphroblastome (2006)
Comprendre le cancer du rectum (2006)
Comprendre le cancer du poumon (2006)
Comprendre le cancer de la prostate (2005)
Comprendre l'ostéosarcome (2003)

Les traitements et leurs conséquences

Comprendre la radiothérapie (2009)
Traitements des cancers et chute des cheveux (2009)
Comprendre la chimiothérapie (2008)
Douleur et cancer (2007)
Vivre pendant et après un cancer (2007)
La nutrition entérale (2007)
Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)
Fatigue et cancer (2005)

Autres

Mon enfant a un cancer (2009)
Les essais cliniques en cancérologie : les réponses à vos questions (2008)

Ces documents sont disponibles par commande et téléchargeables sur www.e-cancer.fr

