CANCER INFO

JANVIER 2018

GUIDES PATIENTS

DÉMARCHES SOCIALES ET CANCER

e-cancer.fr

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Depuis 2003, la lutte contre le cancer en France est structurée autour de plans nationaux visant à mobiliser tous les acteurs autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches. Le Plan cancer 2003-2007 a dressé une première stratégie globale de lutte contre le cancer ; le deuxième (2009-2013) a introduit la notion de prise en charge personnalisée.

Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades. Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

PLAN CANCER 2014-2019

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à **l'action 7.13 :**
Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : **e-cancer.fr**

Ce guide a été publié en janvier 2018 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.

Ce document doit être cité comme suit : ©*Démarches sociales et cancer*, collection Guides patients Cancer info, INCa, janvier 2018.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

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 votre parcours, pendant et après la maladie.

Chaque situation est unique : les assistants sociaux connaissent l'ensemble des dispositifs. Ils peuvent vous accompagner dans vos démarches. N'hésitez pas à prendre contact avec eux.

Ce guide, publié en 2004, revu en juillet 2009 et février 2012, a été mis à jour en janvier 2018. Les lois applicables en France sur les droits sociaux évoluant régulièrement, il est conseillé de s'y référer pour vérifier les éventuels changements. Pour vous aider dans vos démarches, n'hésitez pas à rencontrer un ou une assistante sociale.

Vous pouvez retrouver les informations présentées dans ce guide en vous rendant sur **www.e-cancer.fr/patients-et-proches**. Le site de l'Institut national du cancer propose par ailleurs d'autres informations susceptibles de vous intéresser.

Sommaire

Liste des sigles 8

1. Pour vous aider à vous orienter 11
   - 1.1 L'assistant social 11
   - 1.2 Les lieux d'information 12
   - 1.3 La plateforme Cancer info 16

2. Les principaux interlocuteurs administratifs 17
   - 2.1 Les régimes de protection sociale 17
   - 2.2 La protection universelle maladie et la couverture maladie universelle complémentaire 19
   - 2.3 La Caisse d'allocations familiales (Caf) 22
   - 2.4 La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) 22
   - 2.5 Le Centre communal d'action sociale (CCAS) et le Centre départemental d'action sociale (CDAS) 28

3. Pendant l'hospitalisation : droits et information de la personne malade 29
   - 3.1 L'hospitalisation, mode d'emploi 29
   - 3.2 Le dispositif d'annonce 30
   - 3.3 La personne de confiance 31
   - 3.4 Les directives anticipées 32
   - 3.5 Les lois qui formalisent les droits des patients 33
   - 3.6 La charte de la personne hospitalisée 34
   - 3.7 Le dossier médical 35
   - 3.8 Les représentants des usagers 36
   - 3.9 La commission des usagers 37
   - 3.10 Les recours en santé 38

4. La prise en charge financière de la maladie et des soins 41
   - 4.1 L'affection de longue durée (ALD) 41
   - 4.2 La prise en charge financière des soins 43
   - 4.3 Le remboursement des prothèses et appareillages 48
   - 4.4 La prise en charge de la maladie et des soins dans l'UE/EEE et Suisse 52
   - 4.5 La prise en charge de la maladie et des soins pour les personnes de nationalité étrangère, en situation irrégulière 52

5. Après une hospitalisation 57
   - 5.1 Les structures d'accueil 57
   - 5.2 Les soins à domicile 61
   - 5.3 Les aides à la personne 63
   - 5.4 Les aides techniques 69

6. Les revenus pendant un arrêt de travail 71
   - 6.1 Pour les salariés des régimes général et agricole 71
   - 6.2 Pour les exploitants agricoles 77
   - 6.3 Pour les artisans, commerçants et professionnels libéraux non réglementés 79
   - 6.4 Pour les professionnels libéraux réglementés 80
   - 6.5 Pour les agents contractuels de la fonction publique 81
   - 6.6 Pour les agents titulaires de la fonction publique 81
   - 6.7 Pour les demandeurs d'emploi 84

7. La reprise du travail 87
   - 7.1 Pour les salariés des régimes général et agricole 87
   - 7.2 Pour les agents contractuels de la fonction publique 92
   - 7.3 Pour les agents titulaires de la fonction publique 92
   - 7.4 Pour les artisans, commerçants et professionnels libéraux 93

8. Les cancers liés à une exposition professionnelle et reconnus comme maladie professionnelle 95
8.1 Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ? 95
8.2 La reconnaissance d'un cancer professionnel 95
8.3 La déclaration d'une maladie professionnelle 97
8.4 La prise en charge des soins en lien avec la maladie professionnelle 98
8.5 Les indemnités journalières 99

9. Les prêts bancaires et les assurances 101
9.1 Qu'est-ce que la convention AERAS ? 102
9.2 Qu'est-ce que le droit à l'oubli et quelle avancée représente-t-il pour les personnes ? 102
9.3 Quelles avancées pour les personnes ayant eu un cancer, n'entrant pas dans les critères du droit à l'oubli et souhaitant emprunter ? 103
9.4 Les contrats d'assurance 104
9.5 Les prêts 105
9.6 Les réponses possibles de l'assurance et les recours 106

10. Les mesures juridiques pour protéger la personne malade 109
10.1 Les mesures d'accompagnement 110
10.2 Le mandat de protection future 110
10.3 La sauvegarde de justice 112
10.4 La curatelle 113
10.5 La tutelle 114

11. Les congés d'accompagnement proposés aux proches d'une personne malade 117
11.1 Le congé de solidarité familiale 117
11.2 Le congé de proche aidant (anciennement congé de soutien familial) 119

12. Du côté de l'enfant malade 121
12.1 Les allocations pour un enfant malade 121
12.2 Les congés spécifiques pour un enfant malade 124
12.3 L'enfant malade et la scolarité 126

13. Poursuivre son parcours dans l'enseignement supérieur 131
13.1 Quand et à qui s'adresser pour bénéficier d'accompagnement ? 131
13.2 Bourses et logements étudiants 134

14. Les démarches à faire après le décès d'un proche 135
14.1 Les organismes et les personnes à prévenir en cas de décès d'un proche 135
14.2 Pour les salariés des régimes général et agricole 136
14.3 Pour les artisans et commerçants et professionnels libéraux non réglementés 138

Index 140
Liste des sites internet 144
Liste des lignes téléphoniques 147
Méthode et références 149

Liste des sigles

A

- AAH Allocation aux adultes handicapés
- ACVP Accueil cancer de la ville de Paris
- AEEH Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- AERAS Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
- AGEFIPH Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- 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
- APA Allocation personnalisée d'autonomie
- APE Allocation parentale d'éducation
- APEH Allocation aux parents (fonctionnaires) d'enfants handicapés
- ARDH Aide au retour à domicile après hospitalisation
- ASI Allocation supplémentaire d'invalidité

C

- CAF Caisse d'allocations familiales
- CCAS Centre communal d'action sociale
- CDAPH Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CESU Chèque emploi service universel
- CLCC Centre de lutte contre le cancer
- CLIC Centre local d'information et de coordination
- CMUC Couverture maladie universelle complémentaire
- CNED Centre national d'enseignement à distance
- CRCI Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
- 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 Établissement d'hébergement pour personnes âgées
- EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ELI Espace Ligue Info
- ERI Espace de rencontres et d'information

F

- FNEHAD Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- FNASS Fonds national d'action sanitaire et sociale

H

- HAD Hospitalisation à domicile
- HAS Haute Autorité de santé

M

- MASP Mesure d'accompagnement social personnalisé
- 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
- PUMA Protection universelle maladie

S

SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile

T

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

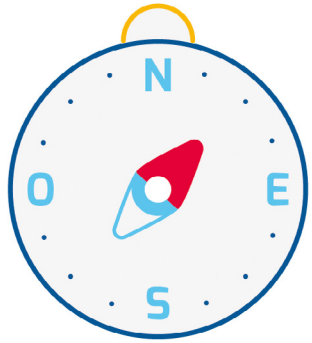
U

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)

1. Pour vous aider à vous orienter

L'ASSISTANT SOCIAL
LES LIEUX D'INFORMATION
LA PLATEFORME CANCER INFO

Dès l'annonce de la maladie, nous vous conseillons de prendre contact avec un professionnel ou une association (cités ci-après). En effet, même si vous êtes habituellement autonome dans vos démarches administratives, faire un point sur vos droits ou sur les démarches à effectuer peut vous permettre d'être plus serein pour toutes ces questions.



1.1 L'ASSISTANT SOCIAL

Qui peut m'aider face à mes difficultés familiales, sociales et financières ? Quand puis-je solliciter un assistant social ? Où puis-je le rencontrer ? À l'hôpital, près de mon domicile ?

L'assistant social peut vous accompagner, vous et vos proches, tout au long et après la maladie. Il établit avec vous une relation de confiance, fondée sur l'accueil et l'écoute, et met en œuvre toutes les actions qui vont permettre de prévenir, anticiper ou de surmonter d'éventuelles difficultés. Il peut contribuer ainsi à améliorer vos conditions de vie sur les plans social, sanitaire, familial, économique et professionnel.

Vous pouvez solliciter l'assistant social avant, pendant ou après votre hospitalisation. Il répond à vos interrogations et aux problèmes liés au cancer dans différents domaines :

- les problèmes administratifs ;
- votre situation professionnelle ;
- les aspects financiers ;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle le cas échéant ;

- l'organisation familiale ;
- le maintien ou la préparation du retour au domicile par la recherche et la mise en place d'aides humaines ou techniques ;
- la protection des personnes (tutelle, curatelle…) ;
- l'accès aux soins ;
- l'orientation en services de soins de suite et de réadaptation après une hospitalisation.

Vous pouvez contacter un assistant social 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 - qui dépend de votre mairie) ;
- de votre conseil départemental ;
- de votre Centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) si vous êtes étudiant ;
- des services sociaux d'entreprise s'ils existent ;
- du comité départemental de la Ligue contre le cancer.

L'assistant social intervient à votre demande ou à celle d'un tiers, mais toujours avec votre accord. Il exerce sa profession dans le respect de la personne malade et de ses choix de vie sans discrimination. Il est tenu au secret professionnel. Les informations auxquelles il peut avoir accès sont confidentielles : elles peuvent être partagées avec d'autres professionnels, uniquement avec votre permission et en accord avec vous, pour faciliter au maximum votre parcours de soins et votre accès aux aides et recours possibles dans votre situation.

1.2 LES LIEUX D'INFORMATION

Différents dispositifs d'accueil et d'information ont été mis en place au sein ou hors des établissements de santé : espaces de rencontres et d'information (ERI), maisons d'information en santé (MIS) dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris, espaces Ligue, 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. Elles ne proposent pas de consultations médicales : aucun avis sur un diagnostic, un traitement personnel ou un pronostic n'est apporté.

L'accès à ces lieux d'accueil et d'information est gratuit. Pour savoir s'ils correspondent à vos besoins d'information, vous pouvez les contacter directement ou en parler avec les professionnels de l'établissement de santé qui vous suivent et qui pourront vous orienter.

Les espaces de rencontres et d'information

Certains Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et hôpitaux (publics et privés) proches de chez vous accueillent des espaces de rencontres et d'information (ERI). Dans ces lieux ouverts à tous, des animateurs sont présents pour vous accompagner dans la recherche et la compréhension d'informations médicales, et peuvent vous proposer de nombreux supports d'information : guides, brochures, vidéos, accès à internet… Des réunions-débats avec des soignants, des patients et des proches sont aussi organisées, sur des thèmes généraux (par exemple l'alimentation, un type de traitement en particulier, etc.).

Pour obtenir les coordonnées des ERI proches de votre domicile, vous pouvez consulter le site de l'Institut national du cancer **www.e-cancer.fr/patients-et-proches** ou celui de la Ligue contre le cancer **www.ligue-cancer.net**

Les espaces Ligue

Les espaces Ligue sont des espaces animés par des bénévoles formés par la Ligue contre le cancer. Situés à l'intérieur de l'hôpital ou en ville, ils ont pour objectifs d'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 contre le cancer **www.ligue-cancer.net**. Vous pouvez également joindre le comité départemental de la Ligue proche de votre lieu de résidence pour obtenir des informations sur les services qu'il propose.

La Ligue contre le cancer

La Ligue contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle propose aussi des activités et ateliers (activité physique, relaxation…) et édite des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services, appelez le **0800 940 939** (service et appel gratuits) ou connectez-vous sur **www.ligue-cancer.net**

Les kiosques d'information sur le cancer

Les kiosques d'information sur le cancer s'adressent aussi bien aux malades qu'à leur entourage désireux d'obtenir une information sur le cancer, quels que soient les stades de la maladie.

Ils 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 le parcours 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/patients-et-proches**

Les accueils cancer de la ville de Paris

Les accueils cancer de la ville de Paris (ACVP) sont des structures extrahospitalières destinées aux personnes atteintes de cancer et à leur entourage. Une équipe spécialisée de psychologues et d'assistantes sociales reçoit gratuitement les malades et les proches à tout moment de la maladie.
Trois adresses sur Paris :

- ACVP Quincampoix, 18 rue Quincampoix, 75004 Paris
  Tél : **01 49 96 75 75** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) de 9 heures à 12 heures 30 et de 13 heures 30 à 18 heures du lundi au mercredi et le vendredi, de 9 heures à 20 heures le jeudi ;
- ACVP Valmy, 161 quai de Valmy, 75010 Paris
  Tél. : **01 55 26 82 82** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) de 9 heures à 12 heures 30 et de 13 heures 30 à 18 heures du mardi au vendredi, de 9 heures à 20 heures le lundi ;
- ACVP Convention, 18 rue de la Convention, 75015 Paris
  Tél. : **01 43 92 62 00** (prix d'un appel local depuis un poste fixe) de 9 heures à 20 heures le lundi et le mardi, de 9 heures à 12 heures 30 et de 13 heures 30 à 18 heures du mercredi au vendredi.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur le site internet de la ville de Paris **www.paris.fr** > Recherche « Accueils Cancer ».

Les réseaux régionaux de cancérologie

Pour répondre à l'impératif de coordination des acteurs traitant des patients atteints de cancer, chaque région française est couverte par un réseau régional de cancérologie (RRC). Celui-ci fédère, en tant que structure de coordination, l'ensemble des institutions et professionnels traitant et accompagnant les patients atteints de cancer.

Le premier objectif des RRC est de créer du lien entre les nombreux professionnels de santé intervenant dans le traitement du cancer et travaillant dans des structures différentes (cabinets indépendants, établissements de santé publics ou privés), afin de mieux organiser et coordonner le parcours de soins des patients et de veiller à la qualité des soins. Ce n'est pas un réseau de soin et d'inclusion directe des patients.

Les RRC répondent également à un objectif d'information, notamment à travers leur site internet et en produisant des documents et supports destinés aux professionnels et aux patients sur l'offre de soins en cancérologie. Ils répertorient aussi les lieux d'information sur les cancers existant dans les régions.

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 retraités, les personnes âgées et leur entourage, le CLIC permet de trouver des éléments de réponse et d'aide adaptés à chaque situation. Une équipe de professionnels travaille au sein de cette structure et accompagne les personnes dans leurs démarches (vous pouvez par exemple être aidé dans vos démarches liées au handicap, voir page 23). Il existe un ou plusieurs CLIC dans chaque département. Le CLIC est généralement situé en ville.
Pour des informations complémentaires, vous pouvez consulter le site internet des CLIC : **http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/resultats-annuaire**

Pour vous aider à vous orienter

1.3 LA PLATEFORME CANCER INFO

Cancer info, le service téléphonique :
0805 123 124 (service et appel gratuits)
Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures).

Cancer info, la rubrique internet :
www.e-cancer.fr/patients-et-proches
La rubrique Patients et proches propose des dossiers complets, classés par type de cancer et donne des informations détaillées sur les facteurs de risque, le diagnostic, les traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc. Cette rubrique propose également des dossiers pratiques portant sur des questions transversales comme les droits des malades ou les démarches administratives pendant et après la maladie.

Cancer info, les guides
(disponibles gratuitement sur www.e-cancer.fr/patients-et-proches)
Ces guides sont conçus en « miroir » des recommandations et des référentiels pour les professionnels, sur chaque type de cancer, les traitements et leurs effets secondaires éventuels. Ils sont en téléchargement et vous pouvez aussi les commander gratuitement sur le site.

LA CARTE DES ASSOCIATIONS

Des dispositifs d'accueil, d'information, d'aide et de soutien dans le domaine de la santé ont été mis en place par de nombreuses associations. Pour les connaître, vous pouvez consulter la carte des associations mise en place par l'Institut national du cancer. La recherche se fait par thème, par type de structures (association locale, nationale ou lieu d'information) et par localisation géographique.
www.e-cancer.fr/patients-et-proches.

2. Les principaux interlocuteurs administratifs

LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE
LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ET LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE
LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)
LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CCAS) ET LE CENTRE DÉPARTEMENTAL D'ACTION SOCIALE (CDAS)

Pendant et après votre maladie, vous allez devoir effectuer un certain nombre de démarches administratives. En fonction de votre situation personnelle, professionnelle et médicale, vous devez 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 interlocuteurs administratifs auprès de qui vous pouvez être amené à faire des démarches 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), le Centre départemental d'action sociale et la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

2.1 LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

Le régime général s'adresse aux personnes salariées de l'industrie, du commerce et assimilées et leurs ayants droit mineurs, aux étudiants, aux personnes qui perçoivent certaines allocations (chômage, pensions, rentes, retraite, etc.) et à toutes les personnes sans activité résidant sur le territoire. La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est leur interlocuteur privilégié.

Pour des informations sur votre situation, l'Assurance maladie propose un numéro d'appel unique, le 3646, du lundi au vendredi de 8 heures 30 à

17 heures 30 (Service 0,06 € / min + prix appel). Si vous êtes à l'étranger, vous pouvez joindre votre caisse d'Assurance maladie en composant le **+33 811 70 36 46** (tarif variable selon l'opérateur téléphonique). Vous pouvez également consulter le site de l'Assurance maladie **www.ameli.fr**

Le régime agricole assure la protection sociale de l'ensemble du monde agricole et rural : les chefs d'exploitation ou les employeurs de main-d'œuvre (les actifs non-salariés), les salariés agricoles ainsi que leurs ayants droit et les retraités qui relèvent de la Mutualité sociale agricole (MSA), notamment pour l'Assurance maladie. Pour des informations sur votre situation, vous pouvez consulter « Mon espace privé » sur le site de la MSA **www.msa.fr** ou contacter par téléphone la caisse dont vous relevez.

La Sécurité sociale pour les indépendants succède au Régime social des indépendants (RSI) depuis le 1er janvier 2018 et intervient pour le compte du régime général de la Sécurité sociale. Elle gère la protection sociale obligatoire des travailleurs indépendants ainsi que certains dirigeants ou associés de sociétés.

Pour des informations concernant vos prestations maladie, la Sécurité sociale des indépendants est joignable du lundi au vendredi, de 8 heures à 17 heures, au :

- **3648** pour les artisans et commerçants (service gratuit + prix appel) ;
- **0 809 400 095** pour les professions libérales (service gratuit + prix appel).

Vous pouvez également consulter le site **www.secu-independants.fr**

Les régimes spéciaux concernent les personnes salariées de la SNCF, de la RATP, d'EDF, d'ENGIE (anciennement GDF), les fonctionnaires, les marins, les militaires, les enseignants, les religieux, etc., qui ont leur propre régime de protection sociale. Certains régimes assurent l'intégralité de la protection sociale de leurs membres, d'autres n'apportent qu'une protection partielle, leurs assurés étant couverts par ailleurs pour les autres risques. 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 conditions d'attribution, de la protection universelle maladie (PUMA).

Si vous êtes de nationalité étrangère en situation irrégulière, vous pouvez, notamment sous conditions de ressources, obtenir l'aide médicale de l'État (AME) pour la prise en charge de vos soins (voir le chapitre 4 *La prise en charge financière de la maladie et des soins*).

2.2 LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ET LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE

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

La protection universelle maladie (PUMA) remplace la couverture maladie universelle (CMU) depuis le 1er janvier 2016 (cette réforme vise la simplification et la continuité de vos droits en cas de changements de statuts). Elle vous permet d'être affilié à l'Assurance maladie si vous n'y avez pas droit à un autre titre et de bénéficier d'une prise en charge de vos soins. Pour bénéficier de la PUMA, vous devez être en situation régulière et habiter en France depuis au moins trois mois (il existe certaines exceptions ; plus d'informations sur **www.cmu.fr** rubrique > Présentation des aides > Qu'est-ce que la protection universelle maladie ?).

La PUMA bénéficie à toutes les personnes, quelles que soient leurs ressources (une cotisation étant demandée au-dessus d'un certain plafond).

Pour établir votre demande de PUMA, vous devez retirer un dossier auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à laquelle

Les principaux interlocuteurs administratifs

vous appartenez ou apparteniez antérieurement, des mairies, des services sociaux (CCAS), des établissements de soins… Vous pouvez aussi le télécharger sur les sites **www.ameli.fr** et **www.cmu.fr**

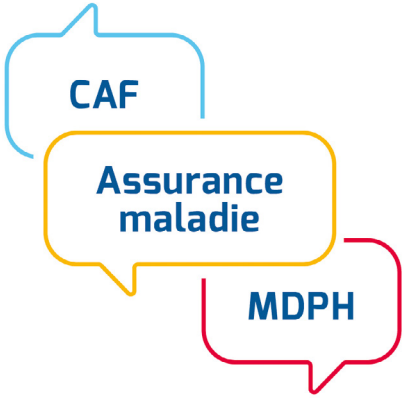
Toutes les pièces à joindre pour constituer votre dossier sont indiquées sur le formulaire à remplir. Votre dossier de demande de PUMA doit ensuite être déposé auprès de la CPAM de votre domicile.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) vous permet de bénéficier d'une prise en charge complémentaire de vos dépenses de santé (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 à payer ni 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 financière de la maladie et des soins*). Sauf exigence particulière, les médecins ne peuvent pas vous appliquer des dépassements d'honoraires.

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS, aussi appelée attestation de tiers payant social)

Si vous ne remplissez pas les conditions financières pour obtenir la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) mais que vous avez des difficultés pour adhérer financièrement à une mutuelle ou une assurance, l'Assurance maladie a créé l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Pour pouvoir en bénéficier, vous devez habiter en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière et avoir des revenus qui



dépassent au maximum de 35 % le plafond de ressources de la CMUc. Cette aide se présente sous la forme d'une attestation-chèque qu'il vous suffit de présenter à une complémentaire santé agréée de votre choix. Cette aide permet de diminuer le coût de votre cotisation. Vous bénéficiez également de la dispense totale d'avance de frais ainsi que de l'interdiction des dépassements d'honoraires lors de vos consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Vous êtes dispensé des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 euro. Plus d'informations sur **www.info-acs.fr**

Pour obtenir la CMUc ou l'ACS, vous devez retirer un imprimé (Cerfa 12504*05 commun aux deux aides) auprès de votre caisse d'Assurance maladie, d'un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'un établissement de soins. Vous pouvez aussi télécharger le formulaire sur les sites **www.ameli.fr, www.msa.fr** et **www.secu-independants.fr**

Lorsque votre dossier de CMU complémentaire ou de demande d'aide pour une complémentaire santé (ACS) est complet, daté et signé, vous pouvez le déposer ou l'envoyer à la caisse d'Assurance maladie dont vous dépendez (CPAM, MSA, Sécurité sociale pour les indépendants…). Votre caisse d'Assurance maladie peut, à votre demande, vous remettre une liste d'organismes complémentaires possibles. Vous pouvez trouver cette liste sur **www.info-acs.fr** > Accéder à la liste des offres > Accéder au comparateur d'offres.

Pour la CMUc et l'ACS, votre Caisse d'Assurance maladie peut prendre en compte les éléments de votre niveau de vie sur les 12 mois civils qui précèdent votre demande (propriétés bâties, non bâties, capitaux, automobiles, objets d'art ou de collection, personnels et services domestiques, 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 deux types de couverture, le renouvellement n'est pas automatique : vous devez effectuer votre demande tous les ans. N'hésitez pas à anticiper les délais de procédure afin de ne pas vous trouver sans couverture santé complémentaire. Plus d'informations sur **www.cmu.fr**

La sécurité sociale pour les indépendants peut accorder à ses assurés, sous certaines conditions, une aide financière pour souscrire une complémentaire santé.

2.3 LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF)

La Caisse d'allocations familiales (Caf) est un organisme public qui accompagne les familles pour les aider dans leur vie quotidienne. Il existe au moins une Caf par département et des points d'accueil proches de chez vous (mairie, point-relais).

Elle étudie votre situation et, en fonction de celle-ci, verse différentes allocations : allocation logement, RSA, allocation journalière de présence parentale (AJPP), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et allocation aux adultes handicapés (AAH). Certaines allocations sont soumises à condition de ressources et vos droits sont régulièrement réétudiés.

Le versement des allocations en rapport avec un handicap est soumis à une décision d'attribution prise par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

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 toutes ces informations sur les sites de la Caf **www.caf.fr**, et de la MSA **www.msa.fr**

2.4 LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est un organisme qui permet un accès unique, dans chaque département, aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées. Elle facilite les démarches des personnes en situation de handicap et de leur famille, favorise l'accès à un appui dans la formation et l'emploi, et à un accompagnement par les établissements et services médico-sociaux.

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, dans certaines situations, avoir accès aux dispositifs d'aides et d'allocations de la MDPH.

Au sein de la MDPH, une équipe pluridisciplinaire évalue vos besoins et propose des réponses pour renforcer ou préserver votre autonomie. Cette équipe mobilise différents professionnels ayant des compétences dans les domaines médical, paramédical, de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'insertion professionnelle, etc.

Une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à vos droits sur la base de l'évaluation et des propositions formulées par l'équipe pluridisciplinaire.

En fonction de l'âge et du handicap, vous pouvez bénéficier de différents droits ou prestations spécifiques au handicap comme : la prestation de compensation du handicap (PCH), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et ses compléments forfaitaires (le complément de ressources, la majoration pour la vie autonome), la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), les cartes d'invalidité, de priorité pour personne handicapée ou de stationnement.

Certains de ces droits et prestations sont également accessibles aux enfants en situation de handicap du fait d'un cancer. Rapprochez-vous de votre MDPH pour en connaître les modalités d'attribution.

La prestation de compensation du handicap (PCH)
Versée par le conseil départemental, la prestation de compensation du handicap (PCH) a pour objectif de pallier certaines dépenses liées à la perte d'autonomie. Elle est accordée aux personnes rencontrant une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités (la mobilité, l'entretien personnel, la communication, les tâches et exigences générales et les relations avec autrui).

Les principaux interlocuteurs administratifs

Elle est versée sur la base de montants et tarifs fixés par nature de dépense, dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire.

Elle peut financer des dépenses liées à :
- un besoin d'aides humaines ;
- un besoin d'aides techniques ;
- l'aménagement du logement et du véhicule de la personne en situation de handicap, ainsi que d'éventuels surcoûts résultant de son transport ;
- des charges spécifiques ou exceptionnelles ;
- l'attribution et l'entretien des aides animalières.

Sauf exception, la première demande doit être faite avant l'âge de 60 ans. Dans certains cas, elle peut être accordée aux enfants de moins de 20 ans. Elle n'est pas soumise à condition de ressources.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée par la MDPH aux personnes en situation de handicap :
- dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ;
- ou dont le taux d'incapacité est au moins égal à 50 % et inférieur à 80 % et pour lesquelles la CDAPH reconnaît, compte tenu de leur handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Le taux d'incapacité est déterminé en fonction de votre problématique de santé et des conséquences qu'elle entraîne dans votre vie quotidienne, sur la base d'un guide-barème établi par décret.

En fonction des ressources de votre ménage, cette allocation est versée à taux plein ou à taux réduit par la Caisse d'allocations familiales (ou la MSA si vous dépendez du régime agricole).

Lorsque l'AAH vous est attribuée pour un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, que vous ne percevez pas de revenus professionnels et que vous vivez dans un logement indépendant, elle peut être assortie d'un complément forfaitaire :
- **le complément de ressources**, si vous vous trouvez dans l'impossibilité quasi absolue de travailler. Ce complément constitue, lorsqu'il s'ajoute à l'AAH, la garantie de ressources. Il est à demander à la MDPH en même temps que l'AAH ;
- **la majoration pour la vie autonome** qui est attribuée automatiquement par la caisse d'allocations familiales (ou la MSA pour le régime agricole) quand les conditions sont remplies.

Ces deux compléments ne sont pas cumulables.

À noter : depuis le 1er janvier 2017, l'AAH n'est plus cumulable avec l'allocation spécifique de solidarité (allocation attribuée sous conditions aux chômeurs en fin de droits).

Pour ces différentes prestations, afin d'éviter de percevoir des indus dont le remboursement vous sera réclamé, il est important de déclarer tout changement de votre situation (ressources, situation familiale ou professionnelle, etc.) auprès de l'organisme qui vous règle ces allocations. Pour la prestation de compensation du handicap (PCH), vous devez conserver les justificatifs des dépenses pendant deux ans.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Vous êtes reconnu travailleur handicapé lorsque vos possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites en raison de votre problème de santé. Ce droit est étudié à votre demande ou lors de l'étude de votre demande d'AAH.

La RQTH ouvre droit à certains avantages. Elle permet de :
- bénéficier de l'obligation d'emploi (obligation pour toute entreprise de plus de 20 salariés d'employer au moins 6 % de personnes en situation de handicap) ;
- ouvrir l'accès aux dispositifs spécifiques à l'emploi des travailleurs handicapés, comme des stages de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle ;
- bénéficier du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi ;
- bénéficier d'aides proposées par l'AGEFIPH (favorise l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi) ;
- bénéficier d'aménagements d'horaires dans l'entreprise ou de règles particulières en cas de rupture de son contrat de travail ;
- accéder à la fonction publique, par concours ou par recrutement contractuel spécifique, avec la possibilité d'aménager le temps de travail.

Les principaux interlocuteurs administratifs

La carte mobilité inclusion (CMI)

La carte mobilité inclusion (CMI) remplace progressivement les cartes d'invalidité, de priorité pour personnes handicapées et de stationnement depuis le 1er janvier 2017. Ces trois cartes restent valables jusqu'à leur date d'expiration et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026. La CMI comporte des mentions adaptées à votre situation :

- la mention « invalidité » : si vous avez une incapacité au moins égale à 80 % ou si vous êtes classé « 3e catégorie de la pension d'invalidité » par la Sécurité sociale, vous pouvez obtenir la mention d'invalidité. Il peut également y être inscrit la sous-mention « cécité » ou « besoin d'accompagnement », qui atteste la nécessité d'être accompagné dans vos déplacements. La mention « invalidité » vous permet de bénéficier, sous conditions, d'avantages comme :
  - une demi-part supplémentaire pour le calcul de votre impôt sur le revenu ;
  - un droit de priorité dans l'attribution des logements sociaux ;
  - un accès aux places assises réservées dans les transports en commun ;
  - une priorité dans les files d'attente ;
  - une réduction sur les billets dans les transports pour la personne qui vous accompagne dans vos déplacements (SNCF, RATP, Air France) ;
  - la gratuité de certains musées.
- la mention « priorité » : si votre incapacité est inférieure à 80 % et que la station debout vous est pénible. Elle vous permet de bénéficier d'une priorité dans les files d'attente et d'un accès aux places assises. En revanche, elle ne procure aucun avantage fiscal ou financier ;
- la mention « stationnement » : si vous avez un handicap dont la cause peut notamment être un trouble de santé invalidant qui réduit de manière importante et durable votre capacité et votre autonomie dans les déplacements à pied ou qui impose que vous soyez accompagné, la mention stationnement pour personne handicapée permet de se garer sur les places réservées. Utilisable exclusivement pour vos déplacements, elle doit être apposée sur le pare-brise du véhicule (le vôtre ou celui de la personne qui vous accompagne). Elle ne rend pas gratuites les places de stationnement, sauf si c'est prévu localement.

Cette nouvelle carte, au format d'une carte de crédit, est à demander à votre MDPH. Si la mention « stationnement pour handicapés » est assortie de celle d'invalidité ou de priorité, une seconde CMI peut vous être attribuée ; la première est à déposer sur le pare-brise de votre voiture, la seconde à conserver dans votre portefeuille. Elle vous est attribuée à titre définitif ou pour une durée allant de 1 à 10 ans.

Toutes les demandes formulées à la MDPH se font sur la base d'un formulaire unique qui doit obligatoirement être accompagné d'un certificat médical de moins de trois mois. Ce certificat médical est un document important. Il est conseillé de le faire remplir par le médecin qui connaît le mieux votre situation et de l'accompagner des bilans et comptes rendus explicatifs vous concernant. Il doit être détaillé et argumenté, car il est le point de départ de l'évaluation que conduira la MDPH pour aboutir à des décisions adaptées à vos besoins. Votre demande de prestations sera étudiée par la CDAPH.

Vous pouvez télécharger le formulaire de demandes ainsi que le certificat médical à joindre à la demande et leurs notices sur le site **www.cnsa.fr**, rubrique Documentation > Formulaires.

Pour obtenir plus d'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. L'adresse de votre MDPH est disponible dès la page d'accueil du site **www.cnsa.fr**. Vous pouvez aussi vous renseigner auprès des assistants sociaux.

Des informations sont également disponibles sur le site **www.social-sante.gouv.fr**, rubrique Accueil > Affaires sociales > Handicap.

Nous vous conseillons de faire étudier votre situation par la MDPH rapidement. L'idée que la pathologie cancéreuse puisse être considérée comme un handicap est parfois difficile à intégrer, car c'est souvent une forme de handicap « invisible ». Toutefois, certains droits sont inhérents à cette reconnaissance de handicap. Souvent, ces droits permettent d'équilibrer les coûts liés à la pathologie. Il existe une procédure simplifiée permettant un examen rapide et urgent de votre situation.

Les principaux interlocuteurs administratifs

2.5 LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CCAS) ET LE CENTRE DÉPARTEMENTAL D'ACTION SOCIALE (CDAS)

Les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et les Centres départementaux d'action sociale (CDAS) proposent aux familles, aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et aux personnes en difficulté, 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 un assistant social.

Ils peuvent, 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, des chèques de services ;
- l'obtention des tickets de transports en commun ;
- l'aide financière d'urgence.

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

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

L'HOSPITALISATION, MODE D'EMPLOI
LE DISPOSITIF D'ANNONCE
LA PERSONNE DE CONFIANCE
LES DIRECTIVES ANTICIPÉES
LES LOIS QUI FORMALISENT LES DROITS DES PATIENTS
LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE
LE DOSSIER MÉDICAL
LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS
LA COMMISSION DES USAGERS
LES RECOURS EN SANTÉ

3.1 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 ou votre carte de séjour ;
- votre carte Vitale (si vous le pouvez, il est conseillé de présenter votre attestation [1]) ;
- le cas échéant, votre carte de mutuelle ou l'attestation de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS, autrement appelé « Attestation de tiers payant social ») ;
- si vous êtes ressortissant étranger en situation irrégulière et précaire, votre carte d'aide médicale de l'État ;
- la lettre de votre médecin traitant ;
- vos documents médicaux (carte de groupe sanguin, carnet de vaccinations ou de santé, dernières ordonnances, résultats d'analyses, radiographies, etc.).

1. Si vous avez égaré cette attestation, vous pouvez en faire la demande en ligne sur votre compte Ameli, vous rendre à une borne multiservices disponible dans les organismes d'Assurance maladie ou bien leur adresser une demande écrite.

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

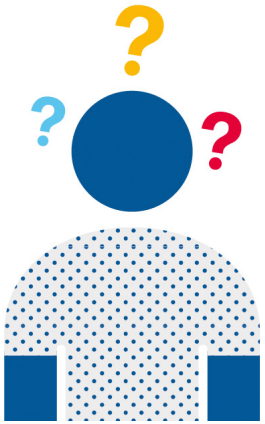
- un bulletin de situation qui indique les dates d'arrivée et de sortie de l'hôpital, nécessaire à la perception de vos indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- vos ordonnances ;
- un bilan et un compte rendu d'hospitalisation ;
- une lettre de liaison comportant les « éléments utiles à la continuité des soins » que vous pourrez remettre à votre médecin traitant ;
- une prescription médicale de transport si besoin ;
- une information écrite sur le coût détaillé de l'hospitalisation.

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), vous pouvez consulter le site **www.hopital.fr**

3.2 LE DISPOSITIF D'ANNONCE

Le dispositif d'annonce est une mesure du premier 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 en 1998. Le patient doit bénéficier d'un accompagnement de qualité au moment de l'annonce de sa maladie. Ainsi, 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.



Lors d'une consultation spécifique, **la consultation d'annonce**, le médecin vous explique les caractéristiques de votre maladie. Il vous présente la proposition de traitement retenue, les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles. C'est l'occasion pour vous d'en discuter avec lui et de donner votre avis sur la proposition qui a été retenue pour vous.

Cette consultation est importante. Il peut être utile d'être accompagné par l'un de vos proches ou la personne de confiance que vous avez choisie (voir ci-après). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser à votre médecin. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et intégrer les informations données par le médecin, en particulier celles sur le traitement envisagé, et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de traitement sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins** (PPS). Il comporte notamment les dates prévisionnelles de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Après avoir donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant, qui sera un de vos interlocuteurs privilégiés. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre parcours de soins en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent un infirmier(ère), vous est proposée, à vous et à vos proches. C'est un temps d'accompagnement et d'écoute. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmier(ère) évalue avec vous vos besoins en soins et soutiens complémentaires (sur le plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

Les médecins, les pharmaciens et les membres de l'équipe soignante sont là pour vous accompagner. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés ; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et la relation de confiance avec l'équipe qui vous suit.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance est une personne que vous désignez qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix (article L. 1111-6 du Code de la santé publique).

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

La loi du 2 février 2016 précise que *« son témoignage prévaut sur tout autre témoignage »*. Il est donc important d'avertir la personne que vous avez désignée et d'échanger avec elle sur vos choix. Sa désignation se fait par écrit et la personne que vous désignez doit cosigner le document. Elle peut être la personne qui partage votre vie, un membre de votre famille ou toute personne en qui vous avez confiance (ami, médecin traitant…). La seule condition est que cette personne soit majeure.

3.4 LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, dans l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté. On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

La loi du 2 février 2016 (dite loi Claeys-Leonetti) renforce la législation sur la fin de vie votée en 2005. Elle rend les directives anticipées plus contraignantes pour les médecins qui ont l'obligation de les appliquer (sauf exceptions décrites dans la loi).

Face à un patient en incapacité d'exprimer ses volontés, le médecin est tenu de chercher à savoir si des directives anticipées ont été rédigées. Elles lui permettent de connaître les souhaits du patient en matière de limitation ou d'arrêt des traitements alors en cours. À sa demande et sous certaines conditions, le patient dispose désormais d'un droit à la sédation profonde.

Les directives doivent être écrites, datées, signées et authentifiées par le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance du rédacteur (article R. 1111-17 du Code de la santé publique). Pour vous aider à les rédiger, un modèle de formulaire est disponible sur le site de la Haute Autorité de santé (HAS) **www.has-sante.fr**. Si la personne ne peut écrire mais qu'elle peut exprimer sa volonté, elle peut faire appel à deux témoins, dont la personne de confiance (article L. 1111-6 du Code de la santé publique) pour attester que l'écrit correspond à l'expression d'une volonté libre et éclairée. Ces témoins indiqueront leur nom et joindront leur attestation aux directives anticipées (article R. 1111-17 al. du Code de la santé publique).

Informez votre médecin et vos proches de l'existence de ces directives anticipées et de l'endroit où vous les conservez pour permettre au médecin qui vous suit de les trouver et de les respecter. Le document peut également être conservé par l'auteur lui-même ou par la personne de confiance, un membre de la famille ou encore un proche. Vous pouvez les enregistrer dans votre dossier médical partagé si vous en avez créé un à votre nom (voir « Le dossier médical partagé » page 36.) Si vous ne disposez pas de dossier médical partagé, votre médecin peut, à votre demande, faire figurer dans le dossier médical, en annexe de ces directives, une attestation constatant que vous êtes en état d'exprimer librement votre volonté et qu'il vous a délivré toutes les informations nécessaires.

Les directives anticipées ont une durée de validité illimitée et sont révocables à tout moment : vous pouvez en modifier le contenu totalement ou partiellement. Vous pouvez également annuler vos directives sans aucune formalité particulière. En leur absence, c'est l'avis de la personne de confiance, puis de la famille et des proches qui est considéré.

3.5 LES LOIS QUI FORMALISENT LES DROITS DES PATIENTS

Les réformes législatives en matière de santé, telles la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, ont fait évoluer la relation médecin-patient en rendant ce dernier plus acteur de son parcours de soins et en formalisant ses droits. Plus récemment, la loi du 2 février 2016 renforce encore les droits des malades.

La loi du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) 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 (accès au dossier médical, personne de confiance, consentement…). Cette loi ouvre aussi d'autres possibilités de recours si l'on s'estime lésé dans ses droits.

La loi du 22 avril 2005 (dite loi Leonetti) encadre les décisions médicales concernant la fin de vie. Soulager la souffrance, préserver la dignité et la qualité de vie de la personne, lui permettre de s'exprimer sur les choix

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

médicaux, ne pas s'acheminer vers une obstination déraisonnable des soins en sont les principales mesures.

La loi du 2 février 2016 (dite loi Claeys-Leonetti) crée de nouveaux droits pour les patients, comme l'obligation pour les médecins de tenir compte des directives anticipées en les rendant opposables ; elle intègre un enseignement sur les soins palliatifs dans la formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens.

Le Code de la santé publique rassemble les principales références concernant les droits des patients (dossier médical, personne de confiance) aux articles L1110-1 et suivants et R1110-1 et suivants.

3.6 LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

L'objectif de la charte de la personne hospitalisée est de vous informer sur vos droits tels qu'ils sont affirmés par les lois, notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Parmi les dispositions prises en compte par la charte, on peut retenir : le droit, pour la personne, d'accéder directement aux informations de santé la concernant, dont son dossier médical, de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie, etc.

Le jour de votre hospitalisation, un résumé de cette charte vous est remis ainsi qu'un livret d'accueil comprenant des informations pratiques sur l'établissement. 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 **www.hopital.fr** > Droits et démarches > Vos droits > Les droits de l'usager.

3.7 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 accompagnée d'une photocopie de votre carte d'identité :

- au professionnel de santé exerçant en libéral ;
- ou au responsable de l'établissement de santé (directeur d'hôpital par exemple) ou à la personne désignée par le responsable à cet effet ;
- ou à l'hébergeur des données de santé (dont le nom est transmis par le lieu de soins), lorsqu'elles ne sont pas conservées sur place.

La communication peut se faire sur place à l'hôpital, par l'intermédiaire du médecin que vous avez désigné ou par envoi postal (si possible en recommandé avec accusé de réception). Les frais de délivrance des copies et, le cas échéant, de l'envoi des documents sont à la charge du demandeur, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction.

Une réponse doit vous parvenir au plus tard dans les huit jours qui suivent votre demande et au plus 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 peut être nécessaire.

Pour l'enfant mineur, ce sont ses parents ou son représentant légal qui en font la demande, sauf si l'enfant s'y oppose. 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, le concubin ou le partenaire pacsé, 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 les successeurs légaux, la demande s'effectue par lettre avec accusé de réception au directeur de l'hôpital. Ils doivent justifier de leur identité, de leur

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

qualité d'ayant droit avec la personne décédée et préciser les raisons de leur demande.

Votre dossier médical peut vous être utile notamment pour 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.

Le dossier médical partagé (DMP)

Le DMP (anciennement dossier médical personnel) est créé par vous avec l'aide de votre médecin traitant si vous le souhaitez (il ne peut être créé sans votre accord). Vous pouvez, en le consultant sur le portail de l'Assurance maladie, (www.ameli.fr), obtenir des informations sur votre parcours de soins

Conçu pour être un véritable carnet de santé numérique, il est alimenté par l'historique des remboursements des soins sur les 12 derniers mois et par les données transmises par les différents professionnels de santé via une messagerie sécurisée (MSSanté). Il peut être consulté par vous et par les équipes médicales qui vous suivent (médecin traitant, infirmiers(ères), spécialistes, pharmacien…) avec l'objectif de faciliter, avec votre accord, l'échange des informations médicales entre vous et les différents professionnels de santé qui interviennent dans votre parcours de soins.

3.8 LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Depuis la loi du 4 mars 2002, les personnes malades et leurs proches sont représentés dans les instances de santé par le biais des représentants des usagers, membres d'associations agréées.

Ceux-ci représentent au niveau régional ou départemental les intérêts des patients, des consommateurs, des familles et des proches, des personnes âgées et des personnes handicapées. La représentation des usagers est universelle : elle transcende la défense des intérêts de l'association d'appartenance du représentant et vise l'intérêt collectif. Depuis la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les représentants des usagers sont obligatoirement formés et davantage impliqués dans la vie des établissements de santé. Ils sont informés et consultés sur les questions de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins.

Vous pouvez les contacter directement, en particulier si vous rencontrez un problème dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi (hôpital, clinique). Vous trouverez généralement leurs coordonnées dans le livret d'accueil ou auprès du personnel de l'établissement.

3.9 LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

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 suit ou avec le ou la cadre de santé du service. Ils essaieront 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 usagers. Pour cela, vous devez écrire au représentant légal de l'établissement en adressant le courrier en recommandé avec accusé de réception à l'hôpital dans lequel vous avez été soigné.
Cette commission est composée :

- du représentant légal de l'établissement ou de la personne qu'il désigne ;
- d'un médiateur médical et d'un médiateur non médical et de leurs suppléants (ils sont désignés par le représentant légal de l'établissement) ;
- de deux représentants des usagers (désignés par l'agence régionale de santé) ;

Le règlement intérieur de la commission peut prévoir la présence d'autres membres.

Le médiateur rencontre ainsi l'usager, auteur de la plainte, dans les huit jours suivant la réclamation. Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission des usagers qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

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

Vous pouvez vous faire accompagner d'un représentant des usagers (membre de la commission) lors de votre rencontre avec le médiateur.

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.

3.10 LES RECOURS EN SANTÉ

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.

Les recours à l'amiable (ONIAM – CCI)

Si vous êtes en conflit avec un professionnel de santé ou victime d'un accident médical à la suite, par exemple d'un traitement, d'une intervention chirurgicale ou de la prise d'un médicament ayant entraîné une altération grave de votre état de santé (degré de gravité supérieur à un seuil fixé par décret), vous pouvez saisir la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Ces deux institutions dont le rôle est cependant bien distinct, travaillent en vue de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Elles peuvent permettre la mise en place d'une conciliation ou d'une procédure en indemnisation qui se fera à l'amiable, de manière gratuite et plus rapide que devant les tribunaux.

L'ONIAM est l'établissement public créé par la loi du 4 mars 2002 qui organise le dispositif d'indemnisation des patients. La commission, composée d'une vingtaine de membres dont 6 représentants des usagers, étudie et mène une expertise de votre dossier. Elle dispose d'un délai de six mois pour rendre un avis. Une proposition d'indemnisation personnalisée pourra, sur la base de cet avis, vous être faite soit de la part de l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé s'il s'agit d'une faute, soit de l'ONIAM s'il s'agit d'un accident médical non consécutif à une faute (aléa thérapeutique).

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 de soins, de prévention ou de diagnostic mis en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.

Pour obtenir des informations sur la constitution d'un dossier, vous pouvez vous adresser à votre Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI). Les coordonnées des CCI sont disponibles sur le site de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) **www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/partenaires**

Pour connaître les conditions d'accès au dispositif d'indemnisation, l'ONIAM met à votre disposition un numéro violet, **0810 600 160**, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (0,06 euro/min + prix d'un appel).

Action de groupe en santé

Depuis le 1er juillet 2016, il est désormais possible de recourir à une action de groupe en santé. Ce dispositif permet à une association agréée de déposer des recours collectifs devant les tribunaux pour demander réparation si vous et d'autres usagers du système de santé estimez avoir été victimes d'un préjudice similaire. Ce recours peut être entrepris dans les suites d'un manquement commis par :

- les fournisseurs ou producteurs d'un produit de santé ;
- le professionnel de santé ayant commis une erreur technique en s'en servant.

Cette mesure est rétroactive, c'est-à-dire que tout acte médical réalisé avant la promulgation de la loi (janvier 2016), peut y être soumis. Contrairement à la procédure de la commission de conciliation et d'indemnisation, les délais du recours de l'action de groupe en santé peuvent être longs et durer quelques années.

Ressources complémentaires :

- Le pôle santé du Défenseur des droits dispose d'une ligne téléphonique d'information et d'orientation au **09 69 39 00 00**, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, prix d'un appel local. 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.

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

- Santé Info Droits est une ligne téléphonique qui a été créée et mise en œuvre par France Assos Santé. L'équipe d'écoutants de Santé Info Droits est composée d'avocats et de juristes spécialisés. Le service est disponible par internet (**www.france-assos-sante.org**) et par téléphone au **01 53 62 40 30** (prix d'une communication locale) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 18 heures et les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures.
- Droit des Malades Info informe, soutient, oriente et défend tous les usagers du système de santé et leurs proches, du simple usager à la personne atteinte d'une pathologie lourde ainsi que les professionnels de santé. Le service est accessible du lundi au vendredi de 8 heures à 23 heures, au **0810 51 51 51** (coût d'une communication locale depuis un poste fixe).

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

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)
LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS
LE REMBOURSEMENT DES PROTHÈSES ET APPAREILLAGES
LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS DANS L'UE/EEE ET SUISSE
LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS POUR LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE, EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

4.1 L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Le cancer est une maladie qui nécessite un suivi et des soins coûteux prolongés. À ce titre, elle est considérée comme une affection de longue durée (ALD). Lorsque la maladie est inscrite sur la liste des ALD 30, toutes les dépenses liées à cette maladie sont prises en charge à 100 % par votre caisse d'Assurance maladie, sur la base du tarif du remboursement fixé par la Sécurité sociale. À l'exception des soins inscrits dans votre protocole de soins (voir paragraphe ci-dessous), vos remboursements peuvent varier si vous consultez un professionnel de soins sans avoir été préalablement orienté par votre médecin traitant. Depuis le 31 décembre 2016, les patients souffrant d'une affection longue durée (ALD) bénéficient du tiers payant, c'est-à-dire qu'ils n'ont aucun frais à avancer lors de la délivrance de leurs soins, sauf ceux qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie, comme les dépassements d'honoraires.

Pour être reconnu en ALD, votre médecin traitant doit remplir un formulaire appelé **protocole de soins**. Ce formulaire indique le diagnostic, les soins et les traitements envisagés. Il adresse ensuite ce document au médecin-conseil de votre caisse d'Assurance maladie. Le délai entre la demande d'ALD et l'obtention de l'accord est d'environ deux semaines. 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.

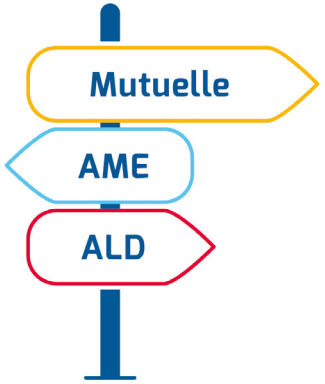
Le décret n°2016-1362 du 12 octobre 2016 fait évoluer la reconnaissance en ALD et modifie le délai de validation du protocole par l'Assurance maladie en le réduisant de six à deux semaines (« la reconnaissance par l'assuré de son affection grâce à l'encadrement dans un délai de deux semaines »). L'établissement du protocole de soins est également modifié ; il est rédigé « par le médecin traitant exclusivement ». Il est conseillé de vérifier les éventuels changements.

Les patients qui ne nécessitent plus aucun traitement lié à cette maladie ne sont plus couverts à 100 %. Le non-renouvellement de leur ALD ouvre toutefois la possibilité d'être exonéré du ticket modérateur (part restant à la charge du patient pouvant être remboursée par votre complémentaire santé), au titre du suivi **post-ALD**. Seuls sont visés les actes et examens médicaux ou biologiques nécessaires au suivi de l'ALD pour laquelle le malade était couvert à 100 %, dès lors que la situation justifie un suivi régulier. Sont ainsi exclus les transports et les produits de santé à usage thérapeutique.

Nous vous conseillons de prendre contact avec votre médecin traitant rapidement pour évoquer notamment la question de l'ALD même si vous êtes ou avez été hospitalisé. En effet, le médecin traitant reste un interlocuteur privilégié dans votre parcours de soins.

4.2 LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS

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



Si vous êtes reconnu en ALD, les dépenses liées à votre maladie sont couvertes à 100 % par la caisse d'Assurance maladie dont vous dépendez sur la base du tarif de remboursement fixé par la Sécurité sociale. 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, dépassements d'honoraires). 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 mineurs, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et les femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse.

La participation forfaitaire et la franchise médicale concernent :

- la participation forfaitaire de 1 euro pour chaque consultation médicale, dans la limite de 4 euros par jour pour un même médecin ;
- la franchise de 50 centimes d'euro pour chaque boîte de médicament prescrite, sur les actes paramédicaux (effectués par un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, un pédicure, etc.) réalisés

La prise en charge financière de la maladie et des soins

en ville ou dans un centre de santé, 2 euros à chaque transport dès lors qu'ils sont remboursés par l'Assurance maladie. Cette franchise est plafonnée à 2 euros par jour pour l'intervention d'un professionnel de santé et à 4 euros par jour pour les frais de transports en VSL ou en taxi (sauf urgence). 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.

Ces sommes sont déduites au fur et à mesure des remboursements effectués par les caisses d'Assurance maladie. En cas de dispense d'avance de frais, la franchise est déduite lors du remboursement suivant. Le montant total de la franchise médicale et de la participation forfaitaire ne peuvent pas dépasser 50 euros par année civile, pour chacune. Ces deux montants se cumulent, ce qui porte la participation annuelle au titre de ces deux contributions à 100 euros maximum.

Le forfait hospitalier

Lorsque vous êtes hospitalisé, les soins en rapport avec votre affection de longue durée (ALD) sont couverts à 100 %, à l'exception du forfait hospitalier journalier qui correspond à votre participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien. Fixé par arrêté ministériel, le montant du forfait hospitalier s'élève à 18 euros par jour depuis le 1er janvier 2010.

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 n'y sont pas hébergées ;
- des personnes qui bénéficient d'une pension militaire ;
- des enfants et des adolescents de moins de 20 ans hébergés dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- 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) ;
- des assurés sociaux d'Alsace-Moselle ;
- des nouveau-nés et femmes enceintes.

La prise en charge financière de la maladie et des soins

À noter

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les bénéficiaires de l'ACS dans le cadre de leur contrat sélectionné et pour tous les titulaires de contrats responsables. Il peut également être pris en charge par votre mutuelle ou votre complémentaire santé selon le contrat souscrit.

La chambre particulière

Pendant votre hospitalisation, vous souhaiterez peut-être une chambre particulière, avoir une télévision et si besoin obtenir un lit d'accompagnement pour l'un de vos proches. Ces frais de confort personnel 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 complémentaire (CMUc) ne rembourse pas ces dépenses.

Si la chambre particulière est attribuée sur prescription médicale ou si l'établissement de santé ne compte que des chambres individuelles, il n'y a pas de reste à charge pour le patient.

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

Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher de façon claire et lisible leurs honoraires et tarifications d'actes et de prestations, ainsi que le tarif de remboursement par l'Assurance maladie.

Les professionnels de santé autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par l'Assurance maladie, sont tenus de remettre au patient une information écrite dès lors que le dépassement est supérieur à 70 euros (ils sont tenus d'informer les patients même lorsque le montant du tarif est inférieur à 70 euros).

Cette information doit être faite avant l'exécution des actes. Vous devez donc, en tout état de cause, être informé lors d'une consultation ou

d'une hospitalisation, des dépassements d'honoraires éventuellement pratiqués par le médecin qui sont susceptibles de rester à votre charge.

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel c'est-à-dire celui fixé par la Sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, sauf en cas de demande exceptionnelle de votre part par exemple la visite en dehors des heures d'ouverture habituelle de votre médecin. Dans ces cas-là, les dépassements d'honoraires ne vous seront néanmoins pas remboursés.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique les honoraires libres : le médecin est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne seront pas remboursés par votre caisse d'Assurance maladie, mais peuvent l'être par votre complémentaire santé selon le contrat souscrit.

Les honoraires des médecins non conventionnés sont très peu pris en charge par l'Assurance maladie.

Le remboursement des frais de transport

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 alors faire ?

Votre caisse d'Assurance maladie peut rembourser les frais de transport prescrits par votre médecin lorsqu'ils concernent des soins ou traitements en rapport avec votre affection de longue durée (ALD). Mais cette prise en charge à 100 % est réservée aux seuls assurés dont l'incapacité ou la déficience (définies par un référentiel de prescription) les empêche de se déplacer par leurs propres moyens, en dehors des autres situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale…). Les frais de transport des patients en ALD pour des séances d'épuration extrarénale, chimiothérapie, radiothérapie sont pris en charge au titre de l'hospitalisation, motif prévu à l'article R.322-10 1° du Code de la Sécurité sociale.

Sauf dans les situations d'urgence, la prise en charge de certains transports nécessite d'obtenir l'accord préalable du service médical de l'Assurance maladie pour :

- les transports de longue distance (plus de 150 kilomètres aller) ;
- les transports en série (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.

C'est le médecin qui évalue le moyen de transport le plus adapté. Les transports possibles sont les transports en voiture particulière ou en communs ou les transports assis professionnalisés (de type taxi conventionné, véhicule sanitaire léger (VSL) ou ambulance).

Lorsqu'un transport assis vous a été prescrit et que vous choisissez d'utiliser un 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 conventionnés 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 son site **www.ameli.fr**. Un logo de couleur bleu « Taxi conventionné - Organismes d'assurance maladie », placé sur la vitre arrière droite 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, tickets de péage autoroutier…

Si vous choisissez un établissement de santé en dehors du département dans lequel vous habitez, vous devez faire une demande d'accord préalable pour les soins et transports auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Pour cela, le professionnel de santé que vous consultez remplit un formulaire spécifique et vous le remet afin que vous puissiez l'envoyer à votre caisse d'Assurance maladie. À défaut, ces frais risquent d'être totalement ou partiellement à votre charge. La prise en charge se fera, quoi qu'il en soit, sur la base de la distance entre le domicile et l'établissement de soins le plus approprié.

La prise en charge financière de la maladie et des soins

Pour plus de précisions sur les situations qui ouvrent droit à une prise en charge des transports, vous pouvez consulter le site de l'Assurance maladie **www.ameli.fr**, rubrique « Combien serez-vous remboursé », onglet « Frais de transport ».

4.3 LE REMBOURSEMENT DES PROTHÈSES ET 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 vous informer auprès des professionnels de santé de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

Les prothèses (perruque, prothèse mammaire) et appareillages (fauteuil roulant, canule) prescrits par le médecin peuvent être pris en charge par l'Assurance maladie.

Pour la part non prise en charge par l'Assurance maladie, vous pouvez éventuellement demander une participation complémentaire auprès de votre mutuelle. L'assistant social de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou de votre caisse d'Assurance maladie peut vous renseigner pour étudier d'autres financements complémentaires possibles.

Les prothèses mammaires externes

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. On distingue trois types de prothèses prescrites en fonction de la date à laquelle vous avez été opérée.

Les **prothèses externes transitoires en textile non adhérentes** (c'est-à-dire qu'elles ne se fixent pas directement sur la poitrine) peuvent être portées juste après l'opération et durant les deux mois suivants (temps nécessaire à la cicatrisation). Elles peuvent également être utilisées pendant la radiothérapie. Grâce à leur souplesse et à leur légèreté, elles sont très confortables. Elles se mettent à l'intérieur d'un soutien-gorge adapté à cet effet, muni d'une poche intérieure. Ces soutiens-gorge ne sont actuellement pas remboursés. Le prix de vente des prothèses transitoires en textile est limité à 25 euros. Il est fixé par l'Assurance maladie et correspond au montant du remboursement.

Les **prothèses externes en silicone** sont conçues de façon à avoir le même poids et la même apparence que le sein naturel. Ajustées correctement, elles procurent un équilibre qui favorise un bon maintien, empêchent le soutien-gorge de remonter vers le haut et donnent une forme naturelle aux vêtements. Certaines prothèses sont dites adhérentes et se fixent directement sur la poitrine tandis que d'autres se glissent dans un soutien-gorge normal ou post-mastectomie. Il existe deux modèles de prothèses en silicone :

- les prothèses externes en silicone, **modèle standard** : ces prothèses non adhérentes sont à porter à partir du troisième mois après l'opération. Le montant du remboursement de l'Assurance maladie correspond à son prix de vente qui est limité à 180 euros ;
- les prothèses externes en silicone (adhérentes ou non), **modèle technique**. Les prothèses mammaires adhérentes peuvent être portées uniquement à partir du quinzième mois après l'opération. Elles sont remboursées à hauteur de 240 euros uniquement si elles sont prescrites par votre médecin lorsque vous ressentez certains symptômes (problèmes de cicatrisation, risque d'œdème ou de lymphœdème, douleurs, bouffées de chaleur). Vous pouvez cependant choisir de porter une prothèse de modèle technique si vous estimez qu'elle vous conviendrait mieux même si vous ne présentez pas de symptômes spécifiques. Le montant remboursé sera de 180 euros (prix du modèle standard) et le reste à charge sera alors de 60 euros. Ce reste à charge pourra être remboursé par votre mutuelle selon le contrat souscrit.

Ces différents modèles de prothèses peuvent être prescrits par le chirurgien qui vous a opéré, votre médecin traitant ou tout médecin intervenant dans votre parcours de soins pour cette pathologie. Leur renouvellement se fait également sur prescription médicale, au bout de 12 mois pour les prothèses non adhérentes si la première prothèse a été prescrite entre 2 et 14 mois après l'opération, puis tous les 18 mois. Les prothèses adhérentes sont prescrites au plus tôt 14 mois après l'opération.

La prise en charge financière de la maladie et des soins

Avant tout achat, il est conseillé d'essayer la prothèse mammaire et de vous faire aider par un professionnel formé. Si possible, faites-vous accompagner par une personne proche qui connaît votre silhouette habituelle et qui vous donnera son avis. Les prothèses mammaires externes achetées sur internet ne sont pas remboursées par l'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 (appelée alopécie) et une perruque peut vous être nécessaire (appelée aussi prothèse capillaire, chevelure d'appoint, chevelure de remplacement).

Elle fait l'objet d'une prescription par le médecin (renouvelable si nécessaire) ; elle est prise en charge à hauteur de 125 euros par l'Assurance maladie (le vendeur remplit une feuille de soins à cet effet). Un complément pourra vous être remboursé par une assurance complémentaire, selon le contrat souscrit. Ce remboursement est extrêmement variable ; selon le type de contrat dont vous bénéficiez, il peut couvrir une à six fois le forfait de l'Assurance maladie.

Il peut donc être utile de consulter votre assurance complémentaire en amont de l'achat afin de connaître la somme dont vous disposez.

Tous les types de vendeurs ne permettant pas de bénéficier de la prise en charge de la Sécurité sociale ni du tiers payant (car ils n'ont pas effectué les démarches nécessaires), il vaut mieux s'informer avant de se rendre dans le magasin. La liste des magasins qui adhérent à la charte des perruquiers est disponible sur le site internet de l'Institut national du cancer (voir encadré ci-contre).

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. En la signant, les magasins qui y souscrivent de manière volontaire s'engagent moralement à respecter une démarche qualité tant au niveau de l'accueil, que de la présentation des produits et du service après-vente. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site internet : **www.e-cancer.fr/patients-et-proches**

N'hésitez pas à vous renseigner auprès du vendeur de perruques sur le coût de l'entretien : parfois, certains prothésistes le proposent gratuitement.

Des informations complémentaires sur l'alopécie sont disponibles dans le guide *Traitements du cancer et chute des cheveux* édité par l'Institut national du cancer.

Les différents régimes d'assurance maladie peuvent prendre en charge, sous certaines conditions, des prestations non ou peu remboursées, au titre de l'action sanitaire et sociale.

Le reste à charge concerne donc :

- le forfait hospitalier journalier ;
- les frais de chambre particulière, à la demande du patient ;
- les dépassements d'honoraires demandés par les professionnels de santé en général et plus particulièrement les médecins en secteur 2 ;
- la différence entre le tarif remboursé par l'Assurance maladie et le prix de vente pratiqué par les fournisseurs pour les dispositifs médicaux (prothèses capillaires, dentaires, auditives, optique…) ;
- les actes et prestations non prévus au remboursement (par exemple, les médicaments non-inscrits sur la liste des médicaments remboursables, les consultations chez un diététicien ou un psychologue).

Pour ces restes à charge, renseignez-vous, le cas échéant, auprès de votre mutuelle pour savoir s'ils peuvent être totalement ou partiellement remboursés.

La prise en charge financière de la maladie et des soins

4.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS DANS L'UE/EEE ET SUISSE

Si vous voyagez 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 ou en ligne sur votre compte Ameli (**www.ameli.fr**). Cette carte est nominative et individuelle. Tous les membres de la famille peuvent en posséder une, y compris les enfants de moins de 16 ans. Elle est valable deux ans à partir du moment où elle est créée. Grâce à cette carte, vos frais médicaux sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour les assurés du pays qui vous accueille.

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 auprès de votre caisse d'Assurance maladie avant de partir. Pour plus de précisions, vous pouvez consulter le site internet du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale **www.cleiss.fr**

4.5 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

L'aide médicale de l'État (AME) permet aux personnes étrangères en situation irrégulière, sous certaines conditions, la prise en charge à 100 % des soins médicaux (soins, consultations médicales à l'hôpital ou chez un médecin de ville) dans la limite des montants remboursables par l'Assurance maladie.

Vous pouvez en faire la demande si les trois conditions suivantes sont remplies :

- vous êtes de nationalité étrangère en situation irrégulière ;
- vous résidez en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois ;
- vos ressources sont inférieures aux conditions retenues pour l'attribution de la couverture médicale universelle complémentaire (CMUc).

Pour en faire la demande, vous pouvez télécharger le formulaire n° 11573*05 ou S3720d sur le site de l'Assurance maladie **www.ameli.fr**. Votre dossier est à remettre à votre caisse primaire d'Assurance maladie. Pour demander une assistance à la constitution et/ou à la transmission de votre dossier de demande d'AME, adressez-vous à l'un des organismes habilités : le Centre communal d'action sociale (CCAS) de votre ville, les services sanitaires et sociaux de votre département, une association agréée ou un établissement de santé. Ces organismes peuvent transmettre votre dossier à la caisse d'Assurance maladie, avec votre accord, dans un délai de huit jours.

Vous serez informé de la décision de votre CPAM au plus tard deux mois après votre demande. Si votre demande d'AME est acceptée, vous serez alors convoqué par votre caisse d'Assurance maladie pour la remise de votre carte d'admission à l'AME (remise gratuitement depuis le 4 juillet 2012). À défaut, votre carte ne pourra vous être remise et vous ne pourrez pas bénéficier de l'AME.

Si vous n'avez pas de domicile fixe, vous devez solliciter une domiciliation 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 et est à renouveler selon les mêmes modalités deux mois avant son échéance.

L'aide médicale de l'État à titre humanitaire

L'aide médicale de l'État à titre humanitaire ouvre droit à la prise en charge 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.

La prise en charge financière de la maladie et des soins

Les personnes de nationalité étrangère et ne résidant pas en France peuvent en faire la demande lorsqu'elles sont sur le territoire sans y résider et que leur état de santé justifie une prise en charge :

- en cas d'accident ou de maladie pour les personnes bénéficiant d'un visa touristique ou d'un visa de court séjour ;
- si les soins ne peuvent être réalisés dans leur pays d'origine.

La demande doit être adressée sous pli confidentiel à la Direction départementale de la cohésion sociale. Elle doit être accompagnée d'un certificat médical qui mentionne votre état de santé. Seul le ministère chargé de l'action sociale pourra accorder le bénéfice de l'AME à titre humanitaire.

Par ailleurs, les étrangers qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier des dispositifs de droit commun ou de l'AME peuvent bénéficier, dans certaines circonstances, d'une prise en charge à 100 % des « soins urgents [dispensés par un hôpital et] dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé ».

La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France, de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale d'État, donne des précisions, notamment, sur la définition des soins urgents.

À titre d'exemple, doivent être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité. Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse ainsi que les soins dispensés à la femme enceinte et au nouveau-né sont réputés répondre à la condition d'urgence. Les interruptions de grossesse (pour motif médical ou non) entrent dans le dispositif.

En cas de blocage pour l'accès à ces dispositifs de prise en charge, la délivrance de premiers soins gratuits doit être possible auprès des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des hôpitaux publics.

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'assistant social de l'établissement de santé où vous êtes soigné.

La prise en charge financière de la maladie et des soins

5. Après une hospitalisation

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

5.1 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'assistant social de l'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.

Le régime général et la Sécurité sociale pour les indépendants peuvent participer, sous certaines conditions, au financement de l'adaptation du cadre de vie ou d'aides techniques, au titre de l'action sanitaire et sociale.

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR)

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. Reste à votre charge le coût du forfait hospitalier journalier et de la chambre particulière attribuée à votre demande. Contactez votre mutuelle pour connaître les modalités de remboursement de ces frais.

Les unités de soins palliatifs

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 ».

Les unités de soins palliatifs accueillent les patients atteints d'une maladie grave évolutive présentant des symptômes difficilement gérables en hospitalisation traditionnelle ou nécessitant un temps d'accompagnement important. Elles peuvent aussi les accueillir pour un temps déterminé et proposer ainsi un répit et un soutien aux familles. Cet accueil peut également avoir lieu dans un service disposant de lits identifiés soins palliatifs.

L'admission dans ces unités ou lits est prescrite par un médecin. Mais les places étant limitées, c'est le médecin responsable de l'unité des soins palliatifs qui priorise les demandes. L'Assurance maladie prend en charge le séjour en dehors du forfait hospitalier.

Dans certains cas, les soins palliatifs peuvent se faire à domicile. Les équipes mobiles des soins palliatifs hospitalières (EMSP) ont l'habitude de les organiser : elles peuvent vous conseiller sur l'aide au retour et au maintien à domicile ainsi que sur la structure la mieux adaptée à votre situation (médicale, sociale et financière).

Vous pouvez aussi trouver des informations et des adresses d'établissements sur les sites suivants :

- La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) : cette association permet notamment de rechercher une structure de soins palliatifs ainsi que des associations de bénévoles d'accompagnement par localisation géographique. Vous pouvez consulter son site internet : **www.sfap.org**
- par téléphone, auprès de la ligne **Accompagner la fin de vie : s'informer, en parler**. Une équipe de professionnels est à votre disposition pour vous écouter, vous informer, vous orienter au **0 811 020 300** du lundi au vendredi de 10 heures à 13 heures (prix d'un appel local). Cette plateforme nationale d'écoute vous rappelle gratuitement au numéro de votre choix (téléphone fixe ou portable) pour répondre à vos questions. Des échanges par mail, forum et chat, sont également possibles. Ce service est géré par le CNDR (Centre national de ressources) soin palliatif (**www.soin-palliatif.org**). Depuis début 2015, le CNDR soin palliatif a fusionné avec l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) pour donner le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, dans le cadre du Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie ;
- par internet, sur le site de la **Fédération Jeanne-Garnier**, fédération des établissements des Dames du Calvaire, **www.federationjeannegarnier.org**

Les résidences autonomie (anciens « foyers logement »)

Les résidences autonomie sont des locations d'appartements dans une résidence pour personnes âgées de plus de 60 ans et ayant un degré d'autonomie élevé (évalué grâce à la grille nationale Aggir). Le foyer logement vous permet d'être indépendant. Il offre divers services : restauration, nettoyage du linge, infirmerie. Vous pouvez bénéficier, au même titre qu'à domicile, des services d'un technicien de l'intervention sociale et familiale qui vous aidera dans vos tâches ménagères, d'un kinésithérapeute, d'une infirmière, etc. Une participation financière vous est demandée. Pour vous aider, vous pouvez bénéficier :

- de l'aide personnalisé d'autonomie (APA) attribuée en fonction du niveau de perte d'autonomie. Le dossier de demande d'APA est à retirer auprès du conseil départemental (voir encadré page 60) ;
- d'aides au logement auprès de votre Caisse d'allocations familiales (Caf) ou auprès de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les personnes appartenant au régime agricole ;
- de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en déposant votre demande au Centre communal d'action sociale (CCAS) ou auprès de votre mairie.

Les accueils en établissements pour personnes âgées

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.

Après une hospitalisation

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 (USLD).

Ces structures sont payantes, mais vous pouvez bénéficier d'une aide au logement ou d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par le conseil départemental aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie dans les actes essentiels du quotidien. Vous pouvez en bénéficier sans limite de durée, mais elle fait l'objet d'une révision périodique. 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 (pour plus d'informations sur l'APA, voir page 68). Le dossier de demande d'APA peut être retiré auprès de votre Centre communal d'action sociale (CCAS) ou de votre mairie. La direction de votre établissement (résidences autonomie, établissements pour personnes âgées…) peut également vous renseigner sur les modalités pratiques (pour plus d'informations, voir sur le site **www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr**).

Une prise en charge financière au titre de l'aide sociale aux personnes âgées est possible si l'établissement d'hébergement est conventionné. Cette prise en charge dépend de vos revenus et de 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.

L'accueil familial

Les personnes âgées ou handicapées peuvent résider au domicile d'un accueillant familial en échange d'une rémunération. L'accueillant familial doit être titulaire d'un agrément délivré par les services du département et ne peut avoir de lien de parenté avec la personne accueillie. L'accueil familial peut être temporaire, à temps partiel ou permanent. Pour vous aider, vous pouvez bénéficier d'aides au logement, d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou d'une prestation de compensation du handicap (PCH). Les services du département délivrent sur demande la liste des accueillants familiaux agréés.

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.

5.2 LES SOINS À DOMICILE

À domicile, votre état de santé peut nécessiter des soins médicaux. Ces soins peuvent être assurés par des professionnels de santé. Plusieurs possibilités : l'hospitalisation à domicile (HAD), 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'hébergement au sein de l'établissement en étant soigné à votre domicile par une équipe de professionnels. Cette hospitalisation se déroule dans les mêmes conditions qu'à l'hôpital (qualité des soins, continuité des soins).

Dans l'établissement de santé dans lequel vous êtes suivi, un membre de l'équipe évalue avec vous si une hospitalisation à domicile est

Après une hospitalisation

possible. Cette rencontre permet d'identifier vos besoins, que ce soit au niveau des soins ou sur les plans 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 non de votre admission en accord avec votre médecin traitant et 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.

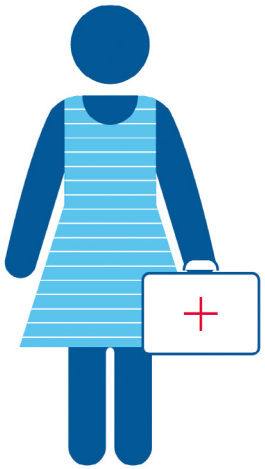
Les soins sont réalisés sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et du médecin traitant. L'hospitalisation à domicile fonctionne tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (24 heures/24). L'HAD n'est pas assurée dans tous les départements ni sur tout le territoire d'un même département.

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 des soins ponctuels (pansements, prise de sang…) ou 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, 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.

Le recours aux SSIAD s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou en perte d'autonomie ainsi qu'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 santé à domicile

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

- la location ou la vente de matériel (lits adaptables, urinoirs, protections urinaires…) ;
- de l'équipement pour l'assistance respiratoire ;
- des 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.

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

5.3 LES AIDES À LA PERSONNE

On appelle « aides à la personne », un ensemble de services dispensés par des personnes formées à différents métiers : auxiliaire de vie sociale, technicien 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'auxiliaire de vie sociale souvent appelée « aide à domicile » 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.

Le technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) a reçu une formation appropriée pour gérer les tâches domestiques, prendre en

Après une hospitalisation

charge les soins des enfants, proposer du soutien scolaire. Il travaille en collaboration avec les parents.

Pour bénéficier de leur intervention, vous devez avoir au moins un enfant à votre charge ou attendre votre premier enfant et bénéficier des allocations familiales à ce titre. Une participation financière vous est demandée en fonction de vos revenus. La demande est à effectuer auprès de votre Caisse d'allocations familiale (Caf).

Le garde-malade assure une présence auprès des personnes malades qui restent à domicile. Il veille au confort physique du malade, mais aussi à son bien-être moral. Il peut être présent de jour comme de nuit et doit se rendre disponible à tout moment.

L'aide-ménagère peut venir vous assister si vous présentez des difficultés physiques qui vous empêchent de réaliser des tâches de la vie quotidienne comme faire le ménage, la cuisine, les repas, les courses… En revanche, elle n'est pas habilitée à apporter une aide à la toilette.

Pour le recrutement de ces professionnels, 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'employé. Vous êtes l'employeur et l'aide à domicile est votre salarié.

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 (mairie, conseil départemental), 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.

Le FNASS (Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)) sert à financer, sous certaines conditions, des prestations et des fournitures non prises en charge par ailleurs. Accordées sous conditions de ressources, ces aides viennent en complément de celles liées à la dépendance comme l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Pour obtenir ces fonds FNASS, une demande doit être faite au service social de votre Caisse primaire d'Assurance maladie.

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. À terme du contrat de travail, la remise d'une attestation employeur, au salarié, est obligatoire. Le site internet de Pôle emploi (**www.pole-emploi.fr**) permet une saisie en ligne. Le chèque emploi-service universel se présente sous quatre formes :

- un **chèque emploi service universel déclaratif** 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 également être utilisé dans le cas de l'emploi direct ;
- un **chèque emploi service universel tiers payant** qui simplifie le paiement des cotisations sociales. Si vous bénéficiez de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH), les cotisations sociales dues pour l'emploi d'un salarié à votre domicile seront réglées directement par votre département au Centre national CESU (dans la limite des montants prévus au plan d'aide) ;
- un **chèque emploi service universel familial** qui permet de rémunérer l'accueillant familial si vous vivez en famille d'accueil en s'inscrivant sur **www.cesu.urssaf.fr**

Après une hospitalisation

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 (depuis le 1er janvier 2017, les personnes retraitées peuvent également en bénéficier).

Pour retrouver tous les services à la personne, l'Agence nationale des services à la personne propose un numéro de téléphone, le 3939, du lundi au vendredi de 8 heures 30 à 18 heures (appel depuis la France métropolitaine : 0,15 euro TTC minute). Vous pouvez aussi consulter le site de l'Agence nationale des services à la personne : **www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne**

Vous pouvez également effectuer toutes vos démarches en ligne sur le site **www.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 **www.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 sur internet, 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'assistant social ou du médecin de l'établissement de santé.

L'aide au retour à domicile après hospitalisation

Ce dispositif offre la possibilité de bénéficier, sous certaines conditions, d'aides à domicile au sortir d'une hospitalisation. Il permet la prise en charge d'aides humaines (aide-ménagère…), 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 :

- retraitées du régime général de plus de 55 ans ;
- 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.

Elle 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) 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 d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT). La CARSAT 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 et renouvelable une fois en cas de nouvelle hospitalisation. Dans le mois qui suit la demande, le service social de la CARSAT peut être amené à effectuer une visite à domicile afin de réajuster, si nécessaire, le dispositif.

Cette aide est également accordée aux assurés de la Sécurité sociale pour les indépendants, sous condition de ressources et répondant aux conditions d'attribution.

Pour constituer ce dossier et obtenir des précisions sur cette prestation, vous devez vous adresser, impérativement avant votre sortie de l'hôpital, à l'assistant social de l'établissement de santé où vous êtes hospitalisé.

Après une hospitalisation

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 nationale d'assurance vieillesse (CNAV). 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.

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 sa caisse de retraite. Elle peut faire appel aux fournisseurs de services de son choix si les structures sont conventionnées avec la CNAV (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 résidant en France, qu'elle soit à son domicile ou en établissement d'hébergement (maison de retraite). Cette allocation n'est pas soumise à condition de ressources ; cependant, celles-ci sont prises en compte pour l'établissement de son montant. L'attribution de l'APA n'est pas limitée dans le temps mais elle est révisée régulièrement.

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.

Le dossier est délivré par les services du conseil départemental. Il est également disponible auprès des organismes de Sécurité sociale, sociaux ou médicosociaux (notamment les Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les CLIC), de mutuelles ou de services d'aide à domicile, qui ont conclu une convention avec le département.

5.4 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.).

Le portage 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, voisin…) que vous pouvez prévenir rapidement en cas d'urgence. Il existe différents systèmes : simple pression sur un bracelet porté au poignet, téléphone, médaillon autour du cou, détecteurs de chute, 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. Ainsi, pour faciliter l'accès d'un fauteuil roulant, un plan incliné peut être aménagé. Une barre de soutien installée dans la salle de bains 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…) ;
- 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 au titre de l'action sanitaire et sociale. D'autres encore, pour les personnes bénéficiaires de l'APA, sont prises en charge par le conseil départemental. 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'information et de coordination (CLIC).

L'assistant social de l'établissement de santé peut vous aider à identifier vos besoins et solliciter une prise en charge financière auprès des organismes sociaux.

6. Les revenus pendant un arrêt de travail

POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE
POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES
POUR LES ARTISANS, LES COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX NON RÉGLEMENTÉS
POUR LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX RÉGLEMENTÉS
POUR LES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE
POUR LES AGENTS TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE
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 ou en totalité la perte de votre salaire.

6.1 POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Pour faire une demande d'indemnités journalières, vous devez, dans les 48 heures qui suivent votre interruption de travail, adresser à votre caisse d'Assurance maladie et à votre employeur, un avis d'arrêt de travail signé par le médecin. L'employeur transmet ensuite à votre caisse d'Assurance maladie une attestation de salaire nécessaire au calcul du montant de vos indemnités. Le délai reste le même lors du renouvellement de l'arrêt maladie.

Lors d'une hospitalisation, le bulletin de situation ou d'hospitalisation fait office d'arrêt de travail et le délai d'envoi de l'arrêt peut être reporté.

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 êtes bénéficiaire d'indemnités chômage ;
- ou si vous avez cessé votre activité salariée depuis moins de 12 mois.

Dans le cas d'une affection de longue durée (ALD) telle que le cancer, la durée maximale de versement des indemnités journalières est de trois ans. Elles sont calculées de date à date. Une carence de trois jours est retenue lors de votre premier arrêt maladie, puis supprimée sur vos arrêts maladie suivants en rapport avec votre affection de longue durée pendant cette période de trois ans.

Les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie en rapport avec une affection de longue durée ne sont pas imposables.
Le montant des indemnités journalières non liées à un accident du travail ou à une maladie professionnelle est de 50 % du salaire brut de référence des trois derniers mois. Elle passe à 66,6 % à partir du 31e jour d'arrêt pour les assurés ayant trois enfants à charge.

Lors d'un second arrêt de travail pour cause de rechute, le montant d'indemnités journalières perçu ne peut être inférieur à celui qui avait été octroyé au titre du premier arrêt de travail.

N'oubliez pas de justifier de votre absence auprès de votre ou vos employeur(s) dans les 48 heures par l'envoi d'un arrêt de travail ou du bulletin d'hospitalisation. 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.

Le complément de salaire

Aux indemnités journalières versées par la caisse primaire d'Assurance maladie ou la Mutualité sociale agricole, peut s'ajouter un complément de salaire versé par l'employeur, pour tout salarié justifiant d'un an d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement. En sont exclus les salariés travaillant à domicile, les salariés saisonniers, les salariés intermittents et les salariés temporaires.

Des dispositions plus favorables peuvent exister dans votre entreprise. Rapprochez-vous du service chargé des ressources humaines ou reportez-vous à votre convention collective ou aux accords applicables dans votre entreprise.

Pour en bénéficier, vous devez :

- être pris en charge par la Sécurité sociale et bénéficier 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 un an 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 (cela comprend également les ALD), d'accident non professionnel ou d'accident du trajet, elle débute à compter du huitième jour.

Si vous avez entre un et cinq 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 six ans d'ancienneté, la durée de ces deux périodes d'indemnisation est portée à :

- 40 jours si vous avez au moins 6 ans d'ancienneté ;
- 50 jours si vous avez au moins 11 ans d'ancienneté ;
- 60 jours si vous avez au moins 16 ans d'ancienneté ;
- 70 jours si vous avez au moins 21 ans d'ancienneté ;
- 80 jours si vous avez au moins 26 ans d'ancienneté ;
- 90 jours si vous avez au moins 31 ans d'ancienneté.

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

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 pour motif thérapeutique ;
- la reprise du travail dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle ;

- la reprise avec aménagement du poste de travail ;
- le reclassement professionnel ;
- la mise en invalidité avec ou non reprise du travail. Cette décision est prise par le médecin-conseil de votre caisse d'Assurance maladie ;
- le licenciement pour inaptitude.

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

La pension d'invalidité

À la fin des trois ans d'indemnités journalières (en cas d'affection de longue durée) ou avant selon votre situation médicale, il est possible de bénéficier d'une pension d'invalidité par votre caisse d'Assurance maladie si vous remplissez certaines conditions :

- votre capacité de travail ou de revenus doit être réduite d'au moins deux tiers ;
- vous devez avoir été rattaché (affilié) à un régime d'Assurance maladie pendant au moins 12 mois ;
- vous justifiez d'avoir notamment effectué un certain nombre d'heures de travail ou avoir cotisé sur un certain montant de salaire ;
- vous n'avez pas atteint l'âge légal de départ à la retraite (entre 60 et 62 ans).

Trois catégories de pension d'invalidité existent. Le classement dans l'une des catégories dépend de votre état de santé :

- 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée (la pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années) ;
- 2e catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque (la pension est égale à 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années) ;
- 3e catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Le montant de la pension est égal à 50 % du salaire annuel moyen des dix meilleures années accompagné d'un montant forfaitaire appelé « majoration pour tierce personne » (voir encadré page 76 sur la majoration tierce personne). 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).

La pension d'invalidité n'est pas attribuée à titre définitif. Le médecin-conseil de l'Assurance maladie, après une évaluation de votre situation médicale, peut la suspendre, la supprimer ou la faire changer de catégorie. Il en va de même si vous reprenez une activité rémunérée.

Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité tout en travaillant, vous pouvez continuer de percevoir votre pension d'invalidité après 60 ans et au plus tard jusqu'à 65 ans, sous réserve de règles de cumul : le montant cumulé de la pension d'invalidité et du revenu professionnel ne doit pas dépasser le revenu moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité. Votre passage, avant 65 ans, à la retraite pour inaptitude, ne se fera qu'à votre propre demande.

À partir de 65 ans, en revanche, le cumul total retraite/activité professionnelle vous est accessible sans avoir à justifier du nombre de trimestres nécessaires pour l'obtention d'un taux plein.

Il est interdit de cumuler une pension d'invalidité et une pension de vieillesse attribuée dans le cadre du dispositif de départ anticipé pour carrière longue ou pour un handicap.

Si vos ressources sont insuffisantes, la pension d'invalidité peut éventuellement être complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) sous certaines conditions.

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

Pour des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'assistant social de votre caisse d'Assurance maladie.

LA MAJORATION POUR TIERCE PERSONNE

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 majoration pour tierce personne peut vous être accordée dès lors que vous avez besoin d'aide pour réaliser les actes de la vie quotidienne : vous habiller, préparer vos repas, faire votre toilette, etc.

Cette demande s'effectue auprès du médecin-conseil de votre caisse d'Assurance maladie. Elle doit être assortie d'un certificat médical décrivant votre dépendance. La majoration pour tierce personne peut également être attribuée aux retraités dont le besoin d'assistance par une tierce personne se déclare après le passage à la retraite et avant d'avoir atteint l'âge de la retraite au taux plein.

La retraite pour inaptitude au travail

Dès l'âge légal de départ à la retraite, si vous ne pouvez plus travailler, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. Elle est automatiquement accordée à la personne titulaire d'une pension d'invalidité. Si celle-ci exerce une activité professionnelle, il lui faut alors demander expressément à ce que sa pension de retraite ne soit pas liquidée à l'âge légal de départ à la retraite. Elle pourra la liquider ultérieurement à sa demande.

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.
Si vous êtes titulaire de la retraite au titre de l'inaptitude au travail et que votre état de santé se dégrade avant l'âge de 65 ans (besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie), vous pouvez bénéficier de la majoration pour tierce personne.

6.2 POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES

Depuis le 1er janvier 2014, les chefs d'exploitation agricole et les chefs d'entreprise agricole peuvent bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident de la vie privée grâce au régime agricole d'Assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA). Auparavant, ils ne bénéficiaient de prestations en espèces (indemnités journalières et rentes) qu'au titre de l'Assurance accident du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles (ATEXA).

Pour bénéficier des indemnités journalières, vous devez être affilié à l'AMEXA depuis au moins un an et être à jour de la cotisation forfaitaire. Peuvent en bénéficier tous les chefs d'exploitation agricole, leurs collaborateurs ainsi que les aides familiaux travaillant sur l'exploitation.

Dans le cas d'une affection de longue durée telle que le cancer, la durée maximale de versement des indemnités journalières est de trois ans de date à date. Une nouvelle période de trois ans ne peut être accordée pour la même affection de longue durée que si vous reprenez le travail pendant un an sans arrêt en lien avec cette affection. En cas de maladie ordinaire, vous pouvez bénéficier de 360 jours d'indemnités journalières sur une période glissante de trois ans.

Le montant de ces indemnités journalières est de 21,05 euros par jour à partir du huitième jour d'arrêt (délai de carence de sept jours). En cas d'hospitalisation, ce délai de carence est réduit à trois jours. À partir du vingt-neuvième jour d'arrêt, le montant de ces indemnités s'élève à 28,07 euros.

La pension d'invalidité

Une pension d'invalidité peut être accordée par la Mutualité sociale agricole (MSA) si vous n'avez pas atteint l'âge légal de départ à la retraite et si vous êtes assujetti à l'Assurance maladie des non-salariés agricoles (AMEXA) depuis au moins un an. Trois catégories de pension d'invalidité existent pour les chefs d'exploitation, collaborateurs ou aides familiaux. Le classement dans l'une de ces catégories dépend de votre état de santé :

- 1ère catégorie : chef d'exploitation, collaborateur ou aide familial qui justifie d'une inaptitude à travailler égale à 66 % ;

Les revenus pendant un arrêt de travail

- 2e catégorie : chef d'exploitation, collaborateur ou aide familial qui justifie d'une incapacité totale à travailler ;
- 3e catégorie : si le chef d'exploitation, collaborateur ou aide familial nécessite l'assistance d'une tierce personne : une majoration de 40 % de la pension d'invalidité de 2e catégorie est alors attribuée.

La pension d'invalidité est toujours accordée à titre temporaire. Elle est supprimée dès l'instant où vous êtes en état de reprendre un emploi de manière permanente, dans une profession quelconque, vous assurant un revenu annuel supérieur au revenu moyen gagné l'année précédant l'arrêt maladie et la mise en invalidité.

La pension d'invalidité peut éventuellement être complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) si vous en faites la demande et que vous remplissez les conditions d'attribution.

En cas d'adhésion à une couverture complémentaire auprès d'un assureur privé, certains exploitants agricoles peuvent se faire remplacer sur leur exploitation pendant leur arrêt maladie.

Maladie professionnelle

Si la maladie dont vous êtes atteint a été reconnue comme maladie professionnelle, des indemnités journalières forfaitaires peuvent vous être attribuées.

Vos indemnités journalières en cas de cancer professionnel sont versées à partir du huitième jour qui suit votre arrêt de travail et sont majorées à partir du vingt-neuvième jour d'arrêt de travail.
Une rente peut éventuellement vous être servie, si vous avez un taux d'incapacité permanente d'au moins 30 %.

Les indemnités journalières que vous percevez dans le cas d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu à hauteur de 50 % de la somme perçue.

La retraite pour inaptitude au travail

En fonction de l'âge légal de départ à la retraite, 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 62 et 65 ans votre état de santé nécessite l'intervention d'un tiers, vous pouvez bénéficier d'une majoration tierce personne.

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

6.3 POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX NON RÉGLEMENTÉS

Vous pouvez bénéficier jusqu'à trois ans de versement des indemnités journalières si vous avez une affection de longue durée ou recevez des soins de longue durée. Il vous faut être à jour de vos cotisations d'Assurance maladie et d'indemnités journalières. Les volets 1 et 2 de votre arrêt de travail doivent être adressés dans les 48 heures au médecin-conseil de votre agence de Sécurité sociale pour les indépendants. Le volet 3 est à conserver.

L'indemnité journalière est versée à partir du quatrième jour en cas d'hospitalisation et en cas de maladie pour les arrêts de travail dont la durée de prescription est supérieure à 7 jours.

Pour les affections de longue durée, ces délais de carence sont supprimés (sauf au premier arrêt de la période de trois ans).

Une reprise du travail en temps partiel thérapeutique est possible.

En fonction de l'évaluation de votre état de santé, l'assurance invalidité peut prendre le relais du versement des indemnités journalières.

Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité peuvent, dans certains cas, reprendre une activité professionnelle tout en conservant le bénéfice de leur pension sous réserve de règles de cumul.

À l'âge légal de départ à la retraite, la pension d'invalidité est transformée automatiquement en pension de retraite accordée pour inaptitude au travail lorsque l'assuré a été reconnu en invalidité totale et définitive. Les assurés bénéficiant d'une pension pour incapacité partielle peuvent cependant en faire la demande après avoir passé un examen médical.

Les revenus pendant un arrêt de travail

Si vous êtes titulaire d'une retraite pour inaptitude au travail et que, entre l'âge légal de départ à la retraite et l'âge de la retraite à taux plein, votre état de santé nécessite l'intervention d'un tiers pour vous aider dans les actes du quotidien, vous pouvez demander une majoration pour tierce personne (voir encadré page 76).

Si vous êtes en arrêt de travail et que vous rencontrez des difficultés pour payer vos cotisations sociales personnelles, vous pouvez faire une ou plusieurs des demandes suivantes auprès de votre agence de Sécurité sociale pour les indépendants :

- un calcul des cotisations sur un revenu estimé ;
- des délais de paiement de cotisations avant la date d'échéance ;
- en cas d'arrêt de travail de plus de 90 jours, une dispense de cotisations de retraite de base/complémentaire et d'invalidité-décès (avec un paiement l'année suivante en fonction du revenu réel) ;
- une prise en charge de la totalité ou d'une partie des cotisations au titre de l'action sanitaire et sociale, sous conditions.

Pour plus d'informations, consultez les site **www.secu-independants.fr**

6.4 POUR LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX RÉGLEMENTÉS

Les professions libérales sont couvertes pour leurs assurances invalidité-décès et retraite par des caisses de retraite spécifiques.

Certaines professions se sont organisées pour adhérer, via un ordre professionnel, à un contrat d'assurance prévoyance, le régime d'assurance maladie de base ne prévoyant pas d'indemnisation des arrêts de travail.

6.5 POUR LES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Si vous êtes agent contractuel de la fonction publique, 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 du personnel de votre administration. Ce congé peut être accordé pour une durée maximale de trois ans, par périodes de trois à six mois. Plusieurs congés de grave maladie peuvent être accordés si vous reprenez votre activité au moins un an entre chaque congé.

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, 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.

6.6 POUR LES AGENTS TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

Si vous êtes agent titulaire ou stagiaire de la fonction publique, vous pouvez bénéficier d'un congé de longue maladie et/ou d'un congé de longue durée.

Le congé de longue maladie (CLM)

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 ou des soins prolongés.

La liste des affections (dont le cancer fait partie) susceptibles d'ouvrir droit au CLM est fixée par arrêté. Si le congé est demandé pour une autre affection, il ne peut être accordé que sur proposition du comité médical et avis du comité médical supérieur.

Pour obtenir ce congé de longue maladie et conserver ainsi votre

Les revenus pendant un arrêt de travail

salaire, vous devez adresser une demande en ce sens, accompagnée d'un certificat médical, au bureau de gestion du personnel de votre administration. Ce dernier transmet votre dossier au comité médical. 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. Il peut être accordé ou renouvelé par 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. La rémunération à demi-traitement ne peut pas être inférieure au montant des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Lorsque cela est le cas, vous percevez une indemnité différentielle. Certaines administrations ont des dispositifs particuliers (œuvres sociales, mutuelles, etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos salaires.
Pendant ce congé, vous continuez à toucher le supplément familial de traitement 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.

La nouvelle bonification indiciaire (NBI) continue d'être versée dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire (en intégralité durant un an, puis réduite de moitié pendant deux ans), tant que vous n'êtes pas remplacé dans vos fonctions. Les primes et indemnités sont versées dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire.

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.

Un nouveau CLM peut vous être accordé une fois que vous avez repris le travail pendant un an.

Le congé de longue durée

Le congé de longue durée vous est accordé après avis du comité médical, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis. Le congé est accordé par périodes de trois à six mois, pour une durée maximale de cinq ans, pris de manière fractionnée ou non.
Votre salaire est maintenu en totalité pendant les trois ans de votre arrêt, puis vous percevrez la moitié de votre salaire les deux années suivantes.

Si la maladie est d'origine professionnelle, le congé longue durée peut être porté jusqu'à huit ans. Le salaire est maintenu pendant les cinq premières années de votre arrêt, puis vous percevrez la moitié les trois années suivantes.

Le congé de longue durée ne peut pas être renouvelé au titre de la même affection au cours de toute la carrière. 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, vous n'êtes plus titulaire de votre poste et la nouvelle bonification indiciaire (NBI) est suspendue. Selon la fonction publique dans laquelle vous travaillez (d'État, hospitalière ou territoriale), vos primes peuvent être conservées.

À l'épuisement de la durée d'attribution du congé de longue durée, et si la reprise de votre ancien emploi n'est pas possible, le comité médical peut statuer sur un reclassement, une mise en disponibilité d'office, une admission à la retraite pour invalidité.

Pour toutes les modalités concernant ces congés, un assistant social du personnel ou un membre du service des ressources humaines de votre administration peuvent vous renseigner.

Les revenus pendant un arrêt de travail

6.7 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 à Pôle emploi, même si vous ne percevez pas d'indemnités chômage.

Pour pouvoir percevoir des indemnités journalières, vous devez remplir au moins une des conditions suivantes :

- percevoir une allocation-chômage ;
- ou avoir été indemnisé par l'assurance chômage au cours des douze derniers mois ;
- ou avoir cessé votre activité salariée depuis moins de douze mois.

Pour que votre caisse d'Assurance maladie étudie vos droits aux indemnités journalières, vous devez fournir :

- votre certificat de travail ainsi que vos derniers bulletins de salaire ;
- l'avis d'admission de l'allocation-chômage et la dernière attestation de versement de cette allocation si vous êtes indemnisé par Pôle emploi ou si vous avez été indemnisé par l'assurance chômage depuis moins de douze mois et que votre caisse d'Assurance maladie n'en est pas informée.

Les salaires perçus des trois ou douze derniers mois précédant la rupture de votre contrat de travail servent de base de calcul aux indemnités journalières de maladie par votre caisse d'Assurance maladie. Le montant des indemnités journalières est égal à 50 % du montant du salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires bruts et ne peut être supérieur à 1,8 fois le SMIC en vigueur. Si vous avez au moins trois enfants à charge, votre indemnité journalière est majorée à partir du 31e jour d'arrêt.

Les indemnités journalières sont versées après un délai de carence de trois jours (il n'y a plus de délai de carence pour les arrêts de travail suivants) et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu si elles sont en lien avec une affection de longue durée (ALD).

Sachez, cependant, que le versement d'indemnités journalières entraîne la suspension du versement de votre allocation-chômage pour la durée de l'arrêt, ce qui reporte d'autant la durée de vos droits.

Dès que votre certificat médical d'arrêt de travail est transmis à Pôle emploi, vous changez de catégorie (c'est-à-dire « non disponible pour un emploi ») puis cessez d'être inscrit à la date de fin d'arrêt maladie. Si vous êtes à nouveau en recherche d'emploi au terme de l'arrêt maladie, pensez à vous réinscrire auprès de Pôle emploi.

Les revenus pendant un arrêt de travail

7. La reprise du travail

POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE
POUR LES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE
POUR LES AGENTS TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE
POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX

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

7.1 POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES 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 pour motif 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 préreprise

Une visite de préreprise 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) pendant votre arrêt maladie.

Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste : modification de l'outillage ou des rythmes de travail par exemple. C'est à cette occasion, notamment, que vous pourrez étudier la possibilité d'une reprise du travail à temps partiel thérapeutique.

La visite de préreprise 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 du 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 à remettre 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 du travail à temps partiel thérapeutique

Le temps partiel thérapeutique est destiné à reprendre progressivement une activité professionnelle et à permettre, si possible, une reprise de travail à temps complet ultérieure. Il est accordé 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 doit, pour sa part, délivrer un avis d'aptitude à la reprise à temps partiel thérapeutique.

Votre employeur peut refuser que vous repreniez votre travail à temps partiel thérapeutique. Si la demande de reprise à temps partiel thérapeutique est formulée par le médecin du travail, il devra néanmoins motiver son refus. Rester en contact avec lui vous permettra de préparer votre retour et de solliciter la visite de préreprise auprès du médecin du travail.

La durée du temps partiel thérapeutique est déterminée par votre médecin traitant et le médecin-conseil de l'Assurance maladie. Le mi-temps thérapeutique est renouvelable sur prescription médicale et peut potentiellement atteindre une durée prenant fin quatre ans après la date du premier arrêt de travail en lien avec une affection de longue durée. Les horaires de travail sont déterminés avec votre employeur et le médecin du travail.

Le temps partiel thérapeutique est une mesure dérogatoire aux règles de non-cumul d'une activité salariée avec des indemnités journalières versées en cas de maladie. Pendant la période du travail à temps partiel thérapeutique, votre employeur vous verse un salaire correspondant au temps de travail effectué. L'autre partie vous est versée, en tout ou partie, par votre caisse d'Assurance maladie sous forme d'indemnités journalières. Le cumul des deux ne peut dépasser le montant du salaire de référence. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Pensez à faire établir par votre médecin traitant, s'il y a lieu, 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 bénéficiant 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'organisme de Sécurité sociale, 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.

Le contrat de rééducation professionnelle peut ouvrir droit à une aide versée par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).

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 aussi consulter le site du service public : **www.service-public.fr**.

Le stage de rééducation professionnelle

Le stage de rééducation professionnelle est destiné aux personnes handicapées qui, à l'issue d'un arrêt maladie, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont dans l'incapacité d'exercer leur métier. Ce stage permet l'obtention d'un diplôme grâce à une formation qualifiante d'une durée de 10 à 30 mois dans un Centre de rééducation professionnel (CRP) ou dans une école de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONACVG). L'objectif est d'acquérir de nouvelles compétences afin de reprendre une activité professionnelle.

Vous pouvez effectuer votre demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en déposant une demande d'orientation en CRP, au moyen du formulaire cerfa n° 13788*01 accompagné du certificat médical cerfa n° 13878*01 daté de moins de tois mois. Ces documents sont téléchargeables sur le site **www.service-public.fr**

Le stage est rémunéré selon la situation de la personne. Cette rémunération peut être cumulée, sous certaines conditions, avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale.

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.
Toute demande de reclassement professionnel est effectuée par le médecin de santé au travail puis transmise à l'employeur. Le médecin du travail peut demander un aménagement du poste de travail, une mutation dans un autre secteur de l'entreprise ou sur un autre site de l'entreprise, un aménagement du temps de travail. L'employeur doit prendre en compte les propositions du médecin du travail.

Si la qualité de travailleur handicapé vous est reconnue, c'est la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (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 de durées variables. 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 pouvez constituer un dossier administratif et médical et l'adresser à la MDPH de votre département.

Afin 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 MDPH de vous orienter.

7.2 POUR LES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Après un congé de grave maladie, il est possible :

- de réintégrer votre emploi ;
- de prendre un congé pendant un an sans rémunération, prolongeable de six mois (possibilité de solliciter des indemnités journalières auprès de la Sécurité sociale pendant cette période) si vous êtes en incapacité temporaire de travail ;
- d'être licencié si l'incapacité de travail est permanente.

Une reprise à temps partiel pour raisons thérapeutiques peut être proposée pour une durée définie, sous réserve de l'avis conforme du médecin du travail.

Le reclassement pour inaptitude physique est une possibilité qui a été admise par la jurisprudence mais aucune disposition juridique spécifique à la fonction publique n'en prévoit les modalités.

7.3 POUR LES AGENTS TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

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 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'informations sur le régime des fonctionnaires, vous pouvez vous renseigner auprès de l'assistant social du personnel, d'un membre du service des ressources humaines de votre administration, du médecin du travail ou bien consulter le site internet **www.fonction-publique.gouv.fr**

7.4 POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX

Si vous rencontrez des difficultés pour vous maintenir en activité professionnelle, la Sécurité sociale pour les indépendants vous propose un parcours pour :

- vous aider à la construction d'un projet professionnel ;
- vous maintenir dans une activité indépendante avec un aménagement de votre environnement professionnel ;
- vous maintenir dans une activité professionnelle avec un changement de statut ;
- vous accompagner dans cette transition tout en tenant compte du conjoint collaborateur et de l'entreprise.

Une reprise du travail en temps partiel thérapeutique est possible pour les artisans, les commerçants et les professionnels libéraux non réglementés.

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 PROFESSIONNEL
LA DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE
LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN LIEN AVEC LA MALADIE PROFESSIONNELLE
LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

8.1 QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

Le Code de la Sécurité sociale définit comme maladie professionnelle et donc comme cancer professionnel, tout cancer étant « la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique », ou résultant « des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle » (article L. 461-1). Les affections concernées par la reconnaissance d'une maladie professionnelle figurent dans les tableaux de maladies professionnelles du régime général et du régime agricole (actuellement disponibles et consultables sur le site de l'Institut national de recherche et de sécurité **www.inrs.fr**).

Les cancers d'origine professionnelle peuvent concerner 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).

8.2 LA RECONNAISSANCE D'UN CANCER PROFESSIONNEL

Une maladie peut être reconnue comme professionnelle et indemnisable si elle figure dans l'un des tableaux de maladies professionnelles du Code de la Sécurité sociale. Ils fixent les critères de reconnaissance de chaque maladie professionnelle et ouvrent droit à une indemnisation financière de la victime et de sa famille en réparation du préjudice subi. Les démarches de reconnaissance du caractère professionnel d'un cancer sont identiques quel que soit l'organe concerné.

Ces tableaux comportent :

- la désignation de la maladie et/ou 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).

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

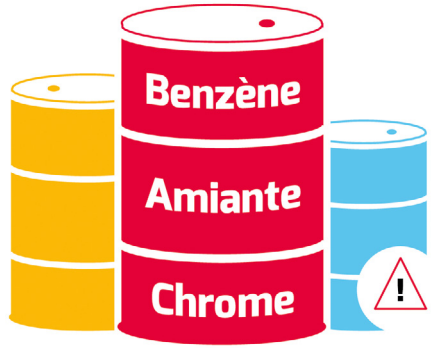
Pour les régimes spéciaux, la décision de reconnaissance d'une maladie professionnelle est déterminée par une commission de réforme qui se prononce sur l'imputabilité au travail d'une affection contractée.

Pour les artisans, commerçants et professionnels libéraux, si vous avez souscrit une assurance volontaire privée ou auprès d'une CPAM ou CGSS (Dom) 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 quand même, sous certaines conditions, être reconnu comme maladie professionnelle. Le dossier est présenté au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) via votre caisse d'Assurance maladie qui apprécie l'existence d'un lien entre l'activité professionnelle et la maladie.

8.3 LA DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Dès la suspicion de l'origine professionnelle d'un cancer, votre médecin (ce peut-être votre médecin traitant, le médecin du travail, un spécialiste…) 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.



En cas de doute, vous pouvez également vous rendre dans un Centre de consultations de pathologies professionnelles (CCPP). Ces consultations, composées de médecins spécialistes et d'assistantes sociales spécialisées, peuvent contribuer à la prise en charge médico-sociale de votre pathologie et vous aider dans votre insertion ou réorientation professionnelle.

Vous pouvez trouver un Centre de consultations de pathologies professionnelles sur le site **maladies-professionnelles.cramif.fr** > Orienter > Choisir un département > CPP.

Vous devez vous-même faire la déclaration de votre maladie professionnelle (formulaire S6100b) auprès de la caisse d'Assurance maladie dont vous dépendez, y joindre le certificat médical initial, ainsi que l'attestation de salaire remise par votre employeur. 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 dispose de trois mois pour instruire votre dossier et rendre un avis. S'il est complexe, un délai supplémentaire de trois mois peut être nécessaire. Des investigations sont parfois indispensables pour 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.

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

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 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 :

- une demande d'expertise ;
- la saisine 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 de déclaration d'une maladie professionnelle et l'obtention d'indemnisations, vous pouvez consulter les sites : **www.ameli.fr** pour le régime général et **www.msa.fr** pour le régime agricole.

8.4 LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN LIEN AVEC LA MALADIE PROFESSIONNELLE

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. Ce document 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 ni le forfait hospitalier, ni les frais de transport sous certaines conditions, et sous réserve d'une demande d'accord préalable (plus de 150 kilomètres, par ambulance…). Les dépassements d'honoraires éventuels 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.

8.5 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) sans limite de durée.

Le montant de vos indemnités journalières évolue dans le temps : 60 % du salaire brut de référence les 28 premiers jours, puis 80 % à partir du vingt-neuvième jour (elles peuvent être réévaluées après trois mois d'arrêt de travail en cas d'augmentation générale des salaires). Elles sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant. 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 ou une indemnisation peut vous être accordée en fonction du taux d'incapacité qui vous est reconnu par le service médical de votre caisse d'Assurance maladie.

Si votre taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, vous avez droit à une indemnité en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon votre taux d'incapacité.

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

Si votre taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, vous percevrez alors une rente d'incapacité permanente. 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 peuvent la percevoir jusqu'à l'âge de 20 ans.

Pour des informations détaillées et personnalisées, n'hésitez pas à contacter un assistant social 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).

S'il a été établi que vous avez été exposé à l'amiante lors de votre activité professionnelle, vous pouvez prétendre, sous certaines conditions, au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (ACAATA). L'ACAATA vous permet de cesser votre activité, parfois dès 50 ans, et de percevoir une allocation jusqu'à la date à laquelle votre droit à une retraite au taux plein du régime général est ouvert.

Le formulaire de demande d'allocation est téléchargeable sur **www.ameli.fr.** Cette allocation peut être complétée par une indemnité versée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (pour vous renseigner : **www.fiva.fr** ou au **0810 88 97 17** (0,06 euro/min + prix d'un appel) du lundi au vendredi de 09 heures 30 à 18 heures ou déposez un message téléphonique le samedi matin de 9 heures à 12 heures, afin d'être rappelé le lundi matin.

9. Les prêts bancaires et les assurances

QU'EST-CE QUE LA CONVENTION AERAS ?
QU'EST-CE QUE LE DROIT À L'OUBLI ET QUELLE AVANCÉE REPRÉSENTE-T-IL POUR LES PERSONNES ?
QUELLES AVANCÉES POUR LES PERSONNES AYANT EU UN CANCER, N'ENTRANT PAS DANS LES CRITÈRES DU DROIT À L'OUBLI ET SOUHAITANT EMPRUNTER ?
LES CONTRATS D'ASSURANCE
LES PRÊTS
LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE ET LES RECOURS

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.

Ces achats importants nécessitent souvent de recourir à un crédit auprès d'une banque. Bien que ce ne soit pas légalement obligatoire, 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.). Votre crédit et votre assurance sont alors soumis à certaines conditions.

Un engagement du troisième Plan cancer, particulièrement important pour les malades, s'est concrétisé par la signature, sous l'impulsion de l'Institut national du cancer, le 2 septembre 2015 d'un avenant à la convention AERAS entre le ministre des Finances et des Comptes publics et la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs. Il instaure « le droit à l'oubli » pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer et les conditions d'une prise en compte plus rapide par les assureurs des progrès thérapeutiques. Cette avancée importante, inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé adoptée le 17 décembre 2015, pourra bénéficier aux personnes atteintes d'autres pathologies, notamment aux pathologies chroniques.

9.1 QU'EST-CE QUE LA CONVENTION AERAS ?

Issue des travaux ayant abouti à la première convention Belorgey en 2001, la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) entrée en vigueur en 2007, a été signée par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs, avec pour objectif d'élargir l'accès à l'assurance et à l'emprunt pour les personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé.

Dans le cadre du Plan cancer 2014-2019 souhaité par le président de la République, cette convention vient d'être révisée pour améliorer la rapidité de la prise en compte des avancées thérapeutiques dans la vie quotidienne des malades ou anciens malades d'un cancer, et ainsi améliorer les conditions dans lesquelles ils empruntent pour pouvoir mener à bien leurs projets.

9.2 QU'EST-CE QUE LE DROIT À L'OUBLI ET QUELLE AVANCÉE REPRÉSENTE-T-IL POUR LES PERSONNES ?

C'est la non-déclaration d'un cancer survenu antérieurement à la demande d'emprunt, sous certaines conditions. L'avenant à la convention AERAS s'appuie sur les données épidémiologiques et scientifiques dont nous disposons en France sur les cancers et apporte un nouveau principe, celui de la non-déclaration de son cancer par un emprunteur, lors d'une demande de prêt, dans les deux cas de figure suivants :

- pour un emprunteur dont le cancer a été diagnostiqué avant l'âge de 18 ans et dont les traitements sont terminés depuis cinq ans ; ceci permet aux enfants devenus adultes de réaliser des projets financiers relativement jeunes ;
- ou pour un emprunteur dont le cancer a été diagnostiqué après ses 18 ans et dont le protocole thérapeutique est achevé depuis plus de dix années quel que soit le cancer dont il a été atteint.

Que veut dire « fin du protocole thérapeutique » exactement ?
La fin du protocole thérapeutique est la fin de la phase des traitements actifs contre le cancer par chirurgie, radiothérapie ou traitements médicamenteux, même si des traitements de type hormonothérapie ou immunothérapie peuvent encore être nécessaires.

9.3 QUELLES AVANCÉES POUR LES PERSONNES AYANT EU UN CANCER, N'ENTRANT PAS DANS LES CRITÈRES DU DROIT À L'OUBLI ET SOUHAITANT EMPRUNTER ?

Un droit à l'assurance au tarif normal est également instauré, sous certaines conditions, pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer ou d'une autre pathologie, mais dont l'état de santé est stabilisé. Une grille de référence établit la liste des pathologies ne présentant pas de sur-risque par rapport à la population générale. Dans ces cas, l'antécédent devra être déclaré, mais l'emprunteur bénéficiera d'une assurance sans surprime ni exclusion de garantie et aux conditions standard, sans avoir à attendre le délai de 10 ans après la fin de son protocole thérapeutique. Le délai après la fin des traitements pour bénéficier des conditions standards est variable d'une pathologie à l'autre.

La première grille de référence, rendue publique le 4 février 2016, fixe ces délais pour six types de pathologies, dont cinq types de cancers (certains cancers du testicule, de la thyroïde, du sein, du col de l'utérus et certains mélanomes de la peau). Selon les types de cancers, ces délais sont compris entre un et dix ans.

Cette grille sera régulièrement actualisée en fonction des avancées thérapeutiques et des données épidémiologiques disponibles sur les cancers, mais également sur les autres pathologies, notamment les pathologies chroniques. Vous pouvez la consulter sur le site de l'Institut national du cancer **www.e-cancer.fr**

L'Institut a mis à disposition son expertise sur l'analyse des données épidémiologiques pour justifier au plan médical la mise en œuvre du droit à l'oubli. En raison de cette expertise, l'Institut national du cancer est en charge de construire et d'actualiser la grille qui fera référence pour l'ensemble des pathologies cancéreuses, sur la base de l'évolution des survies et des modèles de guérison à partir des données des registres des cancers.

9.4 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, au même tarif négocié que celui de tous les clients de la banque. C'est l'établissement de crédit qui y souscrit pour votre compte.

Le contrat d'assurance individuelle désigne une offre établie par un établissement extérieur. Elle doit être présentée par l'emprunteur à la banque qui doit l'accepter. Pour cela, il est nécessaire de trouver un contrat présentant au minimum les mêmes garanties que celles proposées dans le cadre du contrat groupe de l'organisme bancaire. On parlera alors d'équivalences de garanties telles que définies par les critères CCSF (Comité consultatif du secteur financier).

Afin que la surprime éventuelle ne constitue pas une barrière à l'emprunt, la convention AERAS prévoit donc que les assureurs et les banquiers financent un dispositif « d'écrêtement » : ils prennent à leur charge le surcoût de l'assurance quand il devient trop important (au-delà de 1,4 point de taux effectif global du prêt au lieu de 1,5 point dans la Convention 2007). Pour les jeunes de moins de 35 ans et sous certaines conditions, les assureurs et les banquiers ont proposé la prise en charge de la surprime d'assurance liée au risque aggravé de santé pour les prêts à taux zéro renforcé (PTZ+).

Chacun peut procéder à une délégation d'assurance, c'est-à-dire assurer son prêt immobilier dans un autre établissement que celui qui fait le crédit et donc, avoir la possibilité de souscrire un contrat plus compétitif et mieux adapté à sa situation personnelle. La convention AERAS prévoit l'obligation pour les banques d'accepter des assurances autres que les assurances de groupe dès lors que les garanties proposées sont équivalentes.

Lorsque l'assurance n'est pas possible malgré le dispositif d'examen des demandes, les banques ont pris l'engagement d'examiner si la mise en place des garanties alternatives (caution, hypothèque du bien en acquisition ou déjà acquis, mobilisation d'un portefeuille de valeurs mobilières ou d'une assurance-vie) peut permettre d'accorder un crédit.

Pendant votre arrêt maladie, n'oubliez pas de faire intervenir l'assurance que vous avez contractée 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. Pour les aides possibles dans vos démarches, voir la rubrique 9.6.

9.5 LES PRÊTS

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, informatique, etc.

Dans le cadre de la convention AERAS, il n'est plus nécessaire de remplir un questionnaire de santé, sous réserve de respecter certaines conditions :

- être âgé de 50 ans au plus lors de votre demande ;
- votre emprunt ne doit pas dépasser 17 000 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 de 17 000 euros ;
- le prêt doit être dédié ou affecté, c'est-à-dire consacré à l'achat d'un bien mobilier précis (pas de rachat de crédit par exemple).

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.

Les prêts bancaires et les assurances

Pour demander un prêt au logement ou un prêt professionnel, vous devez remplir un questionnaire de santé et, pour l'application de certaines dispositions de la convention AERAS, répondre aux conditions suivantes :

- votre emprunt ne doit pas dépasser 320 000 euros (le crédit relais n'est pas pris en considération dans ce montant quand il s'agit de l'achat d'une résidence principale) ;
- 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 :

- le risque décès ;
- le risque invalidité sans exclusion de pathologie (garantie de la couverture du risque de perte totale d'autonomie).

Lorsque la garantie spécifique n'est pas possible, les assureurs s'engagent à proposer au minimum la couverture risque de perte totale et irréversible d'autonomie.

9.6 LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE ET LES RECOURS

Elles peuvent être les suivantes :

- l'assurance du prêt est acceptée avec un tarif normal ;
- l'assurance du prêt est acceptée, mais avec une surprime (temporaire et dégressive) ;
- l'assurance exclut certains risques comme l'invalidité liée à une pathologie déterminée ;
- le refus d'assurer le risque aggravé de santé concerné ;
- le refus est provisoire (ajournement : une autre demande 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 (trois semaines pour l'assurance et deux semaines pour la banque). L'accord de votre assurance est valable quatre mois pour un projet immobilier équivalent.

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 Taitbout, 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 ;
- 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 :

- le serveur vocal national d'information sur la convention AERAS à votre disposition 7 jours sur 7 et 24 heures/24 : **0801 010 801** (service et appel gratuits) ;
- le site officiel de la convention AERAS **www.aeras-infos.fr** ;
- AIDEA (Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité), ligne téléphonique de la Ligue contre le cancer, **0800 940 939** (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures ;
- Santé Info Droits : ligne associative d'information juridique et sociale de France Assos Santé pour toute question juridique ou sociale liée à la santé au **01 53 62 40 30** les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 18 heures, et les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures.

10. Les mesures juridiques pour protéger la personne malade

LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT
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…). Différentes aides légales ont été mises en place pour vous accompagner dans la gestion de votre patrimoine et vous protéger : la sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle et un dispositif appelé le mandat de protection future.

Ces différentes 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 qui ont désormais la possibilité d'être prises en charge dans le cadre de mesures contractuelles mises en œuvre par les services sociaux du département : mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Un guide d'information sur l'ensemble des aides légales existantes permettant d'anticiper l'avenir des proches en matière de protection et de gestion du patrimoine, ainsi que sur les démarches à entreprendre pour garantir le respect des décisions relatives aux soins et à la vie privée, a été réalisé en 2011 par le secrétariat d'État chargé des aînés ruraux. Ce guide est disponible en téléchargement **www.social-sante.gouv.fr** > Ministère > Documentation et publications officielles > Guides > Personnes âgées > Guide des aides légales à la gestion du patrimoine et à la protection de la personne.

10.1 LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Les mesures d'accompagnement sont des mesures administratives destinées à aider les personnes majeures qui, percevant des prestations sociales (telles que l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement sociale, l'allocation personnalisée d'autonomie, la prestation de compensation du handicap…), rencontrent des difficultés à les gérer seules. Elles sont proposées aux personnes dont la santé ou la sécurité sont compromises pour des raisons financières. Il en existe deux types :

- la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) : un travailleur social désigné par le conseil départemental accompagne la personne bénéficiaire et l'aide à gérer ses prestations. Un contrat est conclu entre la personne bénéficiaire de la MASP et le département, pour une durée de six mois à deux ans. Si, à l'arrêt de la mesure, les difficultés budgétaires persistent et si la santé ou la sécurité de la personne bénéficiant de la MASP sont menacées, le conseil départemental peut alors saisir les autorités judiciaires pour la protéger et mettre en place une mesure d'accompagnement judiciaire ;
- la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) : contrairement à la MASP, la MAJ est contraignante. C'est le procureur de la République qui la décide et désigne un mandataire judiciaire chargé de gérer les prestations reçues. La MAJ a un but éducatif en permettant, à terme, à la personne de gérer seule ses prestations.

10.2 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(e) de s'occuper de ses affaires le jour où elle ne sera plus en état physique ou mental de faire les actes nécessaires à sa protection. Cette protection peut concerner ses biens (préservation et gestion de son patrimoine) et sa personne (santé, relations aux autres, loisirs…), ou seulement l'un des deux. On appelle mandataire la personne qui sera nommée pour assurer cette protection.

Certains actes de protection des biens qu'un mandataire peut réaliser ne nécessitent pas l'autorisation du juge. Ils diffèrent selon le type de mandat : notarié ou sous seing privé.

Mandat sous seing privé

Avec le mandat sous seing privé, la gestion des biens se limite aux actes d'administration, c'est-à-dire ceux qu'un tuteur peut faire sans autorisation du juge (comme renouveler le bail d'un locataire par exemple). Tout acte de disposition nécessite l'autorisation du juge des tutelles. Le mandat doit être contresigné par un avocat ou bien être conforme au modèle de mandat de protection future donné par décret du Conseil d'État. Dans ce dernier cas, il doit être enregistré à la recette des impôts pour que sa date soit incontestable (frais d'enregistrement d'environ 125 euros à la charge du mandant).

Mandat notarié

Le mandat notarié permet notamment d'autoriser le mandataire à procéder à des actes de disposition du patrimoine du mandant (par exemple, la vente d'un bien immobilier ou un placement financier), sans l'autorisation du juge des tutelles sauf pour les actes à titre gratuit. Il est établi par acte authentique (c'est-à-dire rédigé par un notaire).

Lorsque le mandataire constatera vos difficultés à prendre soin de vous-même ou de vos biens, il demandera une expertise, auprès de médecins dont la liste est dressée par le procureur de la République. Il présentera ensuite le mandat et le certificat médical au greffe du tribunal d'instance de votre domicile.

Pour que le mandat soit officiellement mis en œuvre, le greffier apposera après vérifications, son visa sur le mandat et le redonnera au mandataire.

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

10.3 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, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge et qui l'empêchent d'exprimer sa volonté.

La sauvegarde de justice est provisoire (un an renouvelable une fois) en attente d'un régime plus protecteur (voir pages 113 et 114) 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 être faite 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 expert (une liste des médecins experts est disponible auprès des tribunaux) et adressée au tribunal de grande instance (TGI), service des tutelles aux majeurs. La consultation auprès du médecin est à la charge de la personne à protéger. La personne à protéger devra être entendue par le juge, sauf urgence ou décision motivée.

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. Mais elle ne peut ni emprunter ni placer son argent librement. 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.

10.4 LA CURATELLE

La curatelle s'applique à des personnes qui, sans être hors d'état d'agir elles-mêmes, ont besoin d'être assistées, conseillées ou contrôlées dans les actes de la vie civile. Son degré de protection est inférieur à celui d'une 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, le partenaire avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, sa famille, son médecin traitant, un assistant social, le procureur de la République. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical, à la charge de la personne à protéger, du médecin expert qui précise l'altération des facultés de la personne.

La personne à protéger devra être entendue 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 annuler ou réduire tout acte civil réalisé par la personne protégée, si ces actes ne lui sont pas bénéfiques.

Il existe trois types de curatelle :

- la curatelle 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 aménagée : le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas ;
- la curatelle renforcée : le curateur perçoit les ressources de la personne et règle ses dépenses, sur un compte ouvert au nom de celle-ci.

La curatelle est limitée à cinq ans puis réexaminée. Elle peut prendre fin si le juge le décide, en l'absence de demande de renouvellement, ou bien si la mesure de curatelle est remplacée par une mesure de tutelle.

Les mesures juridiques pour protéger la personne malade

10.5 LA TUTELLE

La tutelle est mise en place lorsque la personne à protéger voit ses facultés mentales ou physiques gravement et durablement altérées. Son état de santé ne lui permet pas de garantir son autonomie dans les gestes de la vie civile (acheter, vendre, emprunter). Elle n'est plus assistée mais représentée par un tuteur dans tous les actes de la vie civile. Cependant, certains achats courants peuvent être autorisés dans le cadre d'un budget prédéfini. Le majeur sous tutelle peut également, si son état le permet, prendre seul les décisions relatives à sa personne (choix du lieu de résidence, rédaction d'un testament, souscription à une assurance-vie…).

La procédure de mise sous tutelle peut être engagée à l'initiative de la personne concernée, de son conjoint, de son partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou de son concubin, de ses ascendants, descendants, frères ou sœurs, du curateur ou du procureur de la République. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical à la charge de la personne à protéger, établi par un médecin 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 juge des tutelles du tribunal d'instance dont dépend le lieu de résidence du majeur à protéger.

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

Le ou les tuteurs sont nommés par le juge. Deux tuteurs peuvent être nommés, un chargé de la gestion du patrimoine (déclaration fiscale) et un chargé de la protection de la personne (mariage). La tutelle peut être exercée par :

- un membre de la famille (c'est l'option choisie en priorité) : le juge des tutelles désigne un administrateur légal qui agit sous son contrôle. L'administrateur doit être un parent ou un allié de la personne protégée ;
- un tuteur extérieur appelé « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » : il est choisi par le juge sur une liste dressée par le préfet ;
- un conseil de famille (quatre à six membres désignés par le juge) : il désigne un tuteur, un subrogé tuteur qui assiste le tuteur, le surveille voire le remplace en cas de nécessité et le cas échéant un tuteur ad hoc. C'est la tutelle complète. Le tuteur peut agir seul pour les actes d'administration mais doit obtenir l'autorisation du conseil de famille pour les actes les plus importants.

La tutelle est limitée à dix ans si les facultés de la personne mise sous tutelle ne sont pas susceptibles de connaître une amélioration, et à cinq ans dans les autres cas. La mesure de tutelle ne peut excéder vingt ans et peut prendre fin si le juge le décide, en l'absence de demande de renouvellement, ou bien si la mesure de tutelle est remplacée par une mesure de curatelle.

Les mesures juridiques pour protéger la personne malade

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

LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE
LE CONGÉ DE PROCHE AIDANT (ANCIENNEMENT 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 proche aidant qui vous permet d'aider un proche handicapé ou en perte d'autonomie.

11.1 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, 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 ou remise en main propre contre décharge. Un certificat médical attestant que la personne malade souffre d'une maladie grave qui met en jeu son pronostic vital est à joindre à votre courrier. Sa durée est de trois mois, renouvelable une fois, soit six mois maximum.

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.

Ce congé n'est pas rémunéré par votre employeur mais vous pouvez percevoir une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Peuvent y accéder, dès lors qu'ils ont suspendu ou réduit leur activité, les salariés, les travailleurs non-salariés, les exploitants agricoles, les professions libérales, les ministres des cultes ainsi que les chômeurs indemnisés. Pour bénéficier de l'allocation, la personne en fin de vie doit être accompagnée à domicile (et non à l'hôpital). Au 1er septembre 2016, le montant de l'allocation est fixé à 55,21 euros par jour (ou à 27,61 euros si la personne a transformé son congé de solidarité familiale en activité à temps partiel). L'allocation est versée de manière journalière, dans la limite maximale de 21 jours ouvrables ou non (42 jours en cas de réduction d'activité). Ces allocations sont fractionnables et peuvent se partager entre plusieurs bénéficiaires.

Si vous souhaitez percevoir l'allocation, adressez une demande de versement à votre CPAM ou à la Sécurité sociale pour les indépendants. Cette demande comporte l'indication du nombre de journées d'allocation demandées. Vous devez également joindre une attestation de votre employeur précisant que vous bénéficiez d'un congé de solidarité familiale ou que vous l'avez transformé en période d'activité à temps partiel.

La Sécurité sociale pour les indépendants peut également financer, sous conditions, des alternatives de prise en charge des personnes dépendantes au profit des aidants familiaux, dans le cadre de l'action sanitaire et sociale

11.2 LE CONGÉ DE PROCHE AIDANT (ANCIENNEMENT 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 proche aidant (anciennement congé de soutien familial).

Votre employeur ne peut pas vous refuser ce congé. Il vous faut cependant justifier d'un an d'ancienneté dans l'entreprise. Pour en bénéficier, vous devez lui adresser votre demande par tout moyen permettant de la dater (courrier postal par exemple), au moins un mois avant le début du congé. Il peut débuter sans délai en cas d'urgence (dégradation brutale de l'état de santé de la personne aidée, cessation soudaine de l'hébergement dans lequel vivait la personne aidée). 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.

Pour bénéficier du congé de proche aidant, vous devez :

- démontrer votre lien de parenté avec la personne aidée ;
- ou résider avec cette personne ;
- ou bien entretenir des liens étroits et stables sans qu'il y ait de lien de parenté.

Vous devez également apporter 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. Vous ne pouvez exercer aucune activité professionnelle. Si votre employeur l'accepte, le congé peut-être fractionné ou être pris en temps partiel : vous pouvez alterner les périodes ou vous travaillez et celles de congés. Toutefois, vous pouvez être employé par la personne aidée lorsque celle-ci perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH).

Lorsque la personne aidée est bénéficiaire de l'APA, elle peut salarier un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle elle a conclu un PACS. Lorsqu'elle est bénéficiaire de la PCH, elle peut, sous conditions, employer un ou plusieurs membres de sa famille, y compris son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un PACS.

NOUVELLE LOI POUR LE DON DE CONGÉS ENTRE COLLÈGUES

La loi du 13 février 2018 modifie le Code du Travail en permettant à un salarié d'offrir des jours de congé à l'un de ses collègues qui s'occupe d'un proche atteint « d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité » ou présentant un handicap. Le don peut porter sur tous les jours de repos non pris (congés payés, RTT, récupération) excédant 24 jours ouvrables de congés payés.

Le salarié qui bénéficie de ce don ne subit aucune perte de revenus. Sa rémunération est maintenue et son absence assimilée à une période de travail dans la détermination de son ancienneté.

12. Du côté de l'enfant malade

LES ALLOCATIONS POUR UN ENFANT MALADE
LES CONGÉS SPÉCIFIQUES POUR UN ENFANT MALADE
L'ENFANT MALADE ET 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. Ils existent des allocations (prestation d'accueil du jeune enfant et ses compléments par exemple) et des congés (congé parental d'éducation, sans solde, sabbatique…) non spécifiques à l'enfant malade mais dont vous pouvez aussi bénéficier. Pour les parents salariés, il existe différents congés permettant de s'occuper de leur enfant pendant la maladie.

Enfin, la loi « handicap » prévoit des aides pour compenser les besoins particuliers de votre enfant.

Pour obtenir des informations détaillées, vous pouvez contacter un assistant social de l'établissement de santé où est soigné votre enfant mais aussi l'assistant social rattaché à son établissement scolaire, ainsi que celui de votre Caisse d'allocations familiales, de la Mutualité sociale agricole ou du conseil départemental.

12.1 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 (AJPP)

L'allocation journalière de présence parentale est une aide financière qui

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.

Le droit à cette allocation est ouvert par périodes de six mois, renouvelables dans la limite maximale de trois ans, pour un même enfant et par maladie. Au total, un parent peut bénéficier sur cette période de 310 jours d'allocations journalières (correspondant au même nombre de jours d'absence de l'activité professionnelle). Le nombre d'allocations journalières est limité à 22 allocations par mois. Le droit à l'AJPP peut être renouvelé en cas de rechute ou de récidive de la pathologie.

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 maladie, maternité, paternité, d'adoption ou d'accident du travail ;
- l'allocation forfaitaire de repos maternel, ou l'allocation de remplacement pour maternité ;
- des allocations de chômage ;
- une pension de retraite ou d'invalidité ;
- le complément de libre choix d'activité (CLCA) ou la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) 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).

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé 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 et qu'il réside en France ;
- si son incapacité est d'au moins 80 % ;
- ou si son incapacité comprise entre 50 % et 79 % 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.

Cette allocation mensuelle est accordée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Son montant peut être majoré par un complément.

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.

Les bénéficiaires de l'AEEH sont exonérés du paiement du forfait hospitalier journalier si une hospitalisation est nécessaire.

Si la situation de votre enfant répond aux critères d'attribution de l'AEEH et de son complément, vous pourrez choisir entre bénéficier de ce complément ou bénéficier de la prestation de compensation du handicap (voir page 24). Ces deux prestations prennent en compte le même type de dépenses liées au handicap (aides humaines, techniques, aménagement…), mais les conditions d'attribution, les modes de calcul et de contrôle sont différents. Adressez-vous à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de votre département ; elle établira un plan personnalisé de compensation vous permettant de faire le choix le plus opportun.

L'aide aux parents d'enfant handicapé (APEH)

L'aide aux parents d'enfant handicapé est une allocation spécifique aux personnes salariées de la fonction publique. Les parents doivent demander cette allocation auprès de l'administration qui les emploie. Aucune condition de ressources n'est exigée des parents.

Quatre prestations sont proposées :

- l'allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes âgés de moins de 20 ans ; elle est accordée aux seuls bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- l'allocation spéciale pour enfants atteints d'une maladie chronique ou d'une infirmité et poursuivant des études ou un apprentissage au-delà de 20 ans et jusqu'à 27 ans ; elle n'est pas servie aux bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) ;
- la participation aux frais de séjours en centres de vacances spécialisés pour handicapés (servie également aux enfants majeurs) ;
- la participation aux frais de séjours en centres familiaux de vacances agréés et gîtes de France (servie jusqu'à 20 ans).

12.2 LES CONGÉS SPÉCIFIQUES 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 non rémunéré (sauf si votre convention collective le prévoit) pour enfant malade, d'une durée de trois jours maximum par an. Le congé peut être porté à cinq jours 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

Dès lors que votre enfant à charge 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 non rémunéré (sauf convention collective plus favorable). Ce congé est de 310 jours ouvrés (soit l'équivalent de 15 mois), sur une période maximale de trois ans. Il fait l'objet d'un nouvel examen tous les 6 mois et peut être renouvelé si l'état de santé de l'enfant à charge le justifie.

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 ou faire une demande remise en main propre contre décharge.

Si vous souhaitez ensuite 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 parental d'éducation

C'est la possibilité pour un salarié de réduire ou de suspendre totalement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant en bas âge. La demande se fait en fonction de l'âge et du nombre d'enfants (dispositions particulières dans le cas d'une adoption).

Il est accordé de droit si le salarié possède un an d'ancienneté dans l'entreprise. Le salarié doit faire la demande à son employeur au moins un mois avant l'arrêt du congé de maternité ou d'adoption, ou deux mois avant la date prévue pour le congé parental d'éducation (s'il n'est pas consécutif au congé de maternité ou d'adoption).

Sa durée initiale est d'un an et peut être renouvelée deux fois, voire trois fois en cas de maladie grave de l'enfant.

Ce congé n'est pas rémunéré, mais selon certaines conditions, vous pouvez bénéficier du « complément de libre choix d'activité » versé par votre organisme de prestations familiales au titre de la prestation

Du côté de l'enfant malade

d'accueil du jeune enfant. Vous pouvez également utiliser les droits acquis sur votre compte épargne temps pour le financer.

Le congé de solidarité familiale et le congé de proche aidant (voir le chapitre 11 *Les congés d'accompagnement proposés aux proches d'une personne malade*).

12.3 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, dans la mesure du possible, 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 scolarité ordinaire. Il peut alors bénéficier d'adaptations de sa scolarité ou être orienté vers un enseignement spécialisé.

La scolarité à l'hôpital

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

Dans un grand nombre d'hôpitaux (centre hospitalier universitaire, centres de lutte contre le cancer), le ministère chargé de l'éducation nationale a mis en place des unités d'enseignement hospitalières qui accueillent les enfants d'âge scolaire (de la maternelle au baccalauréat). Des associations de professeurs bénévoles complètent parfois ce dispositif. Ces équipes pédagogiques proposent à votre enfant des activités variées et adaptées à sa situation, l'aidant à maintenir son niveau scolaire, à progresser, à rester en contact avec son établissement.

Si votre grand adolescent est hospitalisé dans un service d'adultes et que l'hôpital dispose d'un service pédiatrique, n'hésitez pas à vous renseigner auprès de ce dernier pour qu'il vous aide à organiser sa scolarité pendant la maladie.

Si votre enfant est suivi dans un hôpital ne disposant pas d'un centre scolaire, informez l'établissement scolaire (proviseur ou principal, conseiller principal d'éducation, infirmière scolaire, professeur principal) de la raison de l'absence prolongée de votre enfant, sans avoir besoin d'entrer dans les détails conformément au secret médical. Dès que le parcours de soins personnalisé de votre enfant est envisagé, vous pouvez demander à l'établissement scolaire l'organisation d'une réunion et la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) définissant les temps de présence prévisionnels de votre enfant, les modalités de récupération des cours, les informations délivrées aux élèves de la classe. Vous pouvez également demander que votre enfant bénéficie des cours du service d'assistance pédagogique à domicile (Réseau ou Service d'assistance pédagogique à domicile, SAPAD ou RAPAD selon les départements) pendant son hospitalisation (voir « La scolarité à domicile », page 128). Vous pouvez vous adresser à la Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital (FEMDH) pour savoir si une antenne de l'association existe dans l'hôpital.

Pour les enseignants de la classe d'origine et les camarades de classe, l'annonce du cancer d'un élève est déstabilisante. Les informations que vous souhaitez donner aux équipes pédagogiques sont à votre discrétion, mais un dialogue éclairé facilitera souvent le retour en classe du jeune. S'il est souvent aidant que toute la classe soit informée que l'absence de leur camarade est due à une maladie, la nature des informations données, et ce quel que soit l'âge des camarades, doit être réfléchie avec soin et nécessite votre accord et celui de votre enfant.

Lors du retour à l'école, les aménagements particuliers (soins, précautions durant le temps scolaire, aménagement d'emploi du temps, prise en charge du transport, prises en charge éventuelles par des intervenants extérieurs : orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues…) sont précisés, s'il y a lieu, dans le projet d'accueil individualisé (PAI) demandé par les parents en concertation avec le médecin scolaire. Ce document précise les conditions pour que soit assuré le suivi de la scolarité de votre enfant. Il est mis en œuvre par le chef d'établissement.

Si votre enfant est reconnu comme étant en situation de handicap, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) peut être établi. Le PPS définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité

et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. Si la situation de votre enfant nécessite de recourir à un PPS, il convient de saisir la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) afin que soit déterminé un parcours de formation adapté aux besoins de votre enfant (accompagnement, aménagement, etc.).

La scolarité à domicile

La circulaire du 17 juillet 1998 prévoit une assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, quand ils ne peuvent être accueillis dans leur établissement scolaire compte tenu de leur état de santé. Ce dispositif peut s'appliquer de la maternelle au post-baccalauréat, selon les départements.

L'objectif est de poursuivre les apprentissages dans la perspective d'une reprise de la scolarisation dans les conditions ordinaires.

L'organisation est départementale. Un coordonnateur désigné par l'Inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale est chargé de l'organisation de l'assistance pédagogique à domicile. Selon les départements, la structure responsable s'appelle RAPAD ou SAPAD (Réseau ou Service d'assistance pédagogique à domicile). Les associations de parents et de proches d'enfants malades peuvent participer à l'animation de ces réseaux, si elles le souhaitent. Une convention est alors passée entre la direction des services départementaux de l'éducation nationale et l'association. Les modalités de la scolarité à domicile sont fonction de l'état de santé de votre enfant. Cette assistance est gratuite pour les familles.

Dès le début de l'hospitalisation, si le médecin le demande, l'enseignant de l'hôpital prend contact avec le coordonnateur départemental en vue d'une recherche d'enseignants.

Si votre enfant est pris en charge dans un hôpital où il n'y a pas de centre scolaire, il vous faut contacter directement le SAPAD ou RAPAD de votre département. Le médecin scolaire et l'infirmière scolaire de son établissement d'origine peuvent vous donner des renseignements.

Dans certains cas, une inscription au Centre national d'enseignement à distance (Cned) peut être envisagée. Le coordonnateur vous orientera vers la prise en charge ou la structure la mieux adaptée pour votre enfant. Le Cned accepte les inscriptions réglementées gratuites pour les enfants malades reconnus par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou qui ont obtenu un accord explicite de l'Inspection académique, direction académique des services de l'Éducation nationale (DASEN) s'appuyant sur l'avis précis du médecin conseiller technique de son équipe.

Les enfants inscrits pour raison de santé (avec avis MDPH et/ou du médecin conseiller technique de l'IA-DASEN) peuvent bénéficier de l'intervention d'un enseignant à domicile, à raison de 3 heures/semaine. Le coût de ces vacations est pris en charge par le Cned.

Modalités d'inscription gratuite au Cned selon l'âge :

- élèves âgés de moins de 16 ans : avis favorable de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-DASEN), du lieu de résidence ;
- élèves âgés de 16 à 28 ans : justificatif de la MDPH attestant du bien-fondé de cette inscription, ou accord explicite de l'IA-DASEN s'appuyant sur l'avis précis du médecin conseiller technique de son équipe ;
- élèves âgés de plus de 28 ans : contact nécessaire avec un conseiller du Cned pour étude de la situation.

Il est très important que l'élève puisse maintenir le lien avec ses enseignants et ses pairs, aussi bien pour contribuer à l'amélioration de son état de santé que pour faciliter son retour en classe. C'est pourquoi il est conseillé, le plus souvent possible, une double inscription de l'élève à son établissement ainsi qu'au Cned associée à des aménagements prévus dans le cadre d'un PAI ou d'un PPS.

Parallèlement à ce service public d'éducation, vous avez la possibilité de faire appel aux prestations gratuites proposées par certaines assurances, certaines mutuelles ou les associations d'intervenants bénévoles comme la Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital.

Pour des informations détaillées sur ces différentes possibilités, vous pouvez en parler à un assistant social ou à l'équipe d'enseignants de l'établissement de santé. Vous pouvez aussi contacter la ligne dédiée du ministère chargé de l'Éducation nationale « Aide Handicap École » au **0810 55 55 00** (communication facturée au tarif d'un appel local), du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures.

Les transports

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

Tout élève handicapé qui, en raison de son handicap, ne peut utiliser les moyens de transport en commun, bénéficie d'un transport individuel adapté entre son domicile et son établissement scolaire dont les frais sont pris en charge.

Les frais de transport sont pris en charge par le département du domicile de l'élève handicapé, quel que soit l'établissement fréquenté, dans le cadre de la scolarisation en milieu ordinaire (c'est-à-dire dans des établissements non spécifiquement réservés aux personnes handicapées). Ils sont remboursés directement aux familles ou aux intéressés s'ils sont majeurs ou, le cas échéant, à l'organisme qui en a fait l'avance.

Pour les déplacements dans des véhicules appartenant aux élèves ou à leur famille, le remboursement des frais se fait sur la base d'un tarif fixé par le conseil départemental. Pour les déplacements dans des véhicules exploités par des tiers rémunérés à ce titre (taxi par exemple), le remboursement des frais s'opère sur la base des dépenses réelles, dûment justifiées.

Dans le cas d'une scolarisation dans un établissement spécialisé, la prise en charge est assurée par les organismes de Sécurité sociale.

Lorsqu'une scolarisation en milieu ordinaire a été décidée par la CDAPH, mais que les conditions d'accès à cet établissement la rendent impossible, les surcoûts imputables au transport de l'enfant ou de l'adolescent handicapé vers un établissement plus éloigné sont à la charge de la collectivité territoriale compétente pour la mise en accessibilité des locaux.

13. Poursuivre son parcours dans l'enseignement supérieur

QUAND ET À QUI S'ADRESSER POUR BÉNÉFICIER D'ACCOMPAGNEMENT ?
BOURSES ET LOGEMENTS ÉTUDIANTS

Est-il possible de poursuivre son parcours dans l'enseignement supérieur après le bac lorsque l'on est malade ? Et lorsque la maladie survient au cours du parcours dans le supérieur ?

Que la maladie soit survenue avant l'entrée dans l'enseignement supérieur ou pendant votre parcours, vous pouvez poursuivre votre parcours de formation en bénéficiant d'accompagnements liés aux besoins engendrés par votre état de santé. En effet, les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant, notamment un cancer, dans le cadre des dispositions réglementant leur accès au même titre que les autres étudiants, et assurent leur formation en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études. En fonction de vos besoins, vous pourrez donc bénéficier d'aménagements (dispense d'assiduité, étalement d'un semestre ou d'une année…), d'accompagnement pour suivre le parcours de formation, pour la passation des examens ou des concours ainsi que pour bénéficier des services de la vie de campus. Quand cela existe, vous pouvez également bénéficier d'un espace de repos.

13.1 QUAND ET À QUI S'ADRESSER POUR BÉNÉFICIER D'ACCOMPAGNEMENT ?

Lors du passage du lycée vers l'enseignement supérieur et notamment lorsque vous formulez vos vœux au cours de la procédure il est conseillé de prendre contact avec les établissements dans lesquels vous souhaitez poursuivre votre parcours afin de préparer les aménagements et accompagnements qui vous seront nécessaires dès le début de la rentrée universitaire.

Lorsque la maladie survient pendant le parcours, vous pouvez vous adresser directement aux acteurs dédiés à l'accompagnement des étudiants handicapés de l'établissement, au service de médecine préventive ou à tout autre acteur (enseignant, administratif) qui pourront vous orienter vers les dispositifs concernés.

Accompagnements dans les formations d'enseignement supérieur dispensées en lycée (STS ou CPGE)

Vous pouvez vous s'adresser directement au proviseur. Dans ce cadre, les dispositifs d'accompagnement mis en œuvre sont ceux de l'enseignement scolaire (voir chapitre 12 page *du côté de l'enfant malade*).

Accompagnements dans les formations en universités ou en écoles

En université, vous pouvez vous adresser aux services handicap ou au service de médecine préventive dont les contacts sont disponibles sur les portails des universités ou sur le site du ministère, handi U (**www.handi-u.fr**). Pour les écoles d'enseignement supérieur (écoles d'ingénieurs…), vous pouvez vous adresser aux référents handicap ou à la direction des études dont les contacts sont précisés directement sur les sites internet de ces établissements.

Selon les besoins liés à l'état de santé, il est possible de bénéficier d'aménagements :

- pour le suivi des études : aménagement de parcours (allongement des unités d'enseignements sur plusieurs sessions / années), aides humaines (preneur de notes, tutorat pédagogique ou méthodologique, aide à la manipulation…), aides techniques (mise à disposition de supports pédagogiques en ligne…) ;
- pour la passation des examens ou des concours : temps majoré ou temps de pause, aides humaines, notamment un secrétaire d'examen, aides techniques comme la possibilité de composer sur ordinateur, étalement des épreuves sur plusieurs sessions et conservation durant cinq ans des notes obtenues, des adaptations de la nature d'une épreuve ou dispense d'épreuve définies par arrêté. Dans ce cas, les aménagements mis en place seront ceux notifiés par l'autorité administrative de l'établissement en fonction de la réglementation des examens et de l'avis médical d'un médecin désigné par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (médecin universitaire ou autre médecin désigné) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) (pour plus d'informations sur la MDPH, voir page 23). Pour les candidats hospitalisés ou recevant des soins, « le président ou le directeur de l'établissement d'enseignement supérieur prend toutes les mesures permettant aux étudiants handicapés qui sont hospitalisés, au moment des sessions de l'examen ou du concours, de composer dans des conditions définies en accord avec le chef du service hospitalier dont dépend l'étudiant. » ;
- pour l'accès aux services de droit commun de l'établissement : tout aménagement qui permette de bénéficier des services offerts à tous (aides à l'orientation et à l'insertion professionnelle, activités sportives, culturelles, associatives…).

Pour bénéficier de ces aménagements, une notification à la MDPH n'est pas nécessaire à leur prise en charge par l'établissement. C'est au médecin de l'établissement, désigné par la CDAPH, de déterminer si la situation de santé relève du dispositif d'accompagnement et nécessite des aménagements. Toutefois, vous êtes incité à vous rapprocher de la MDPH dont vous relevez, afin de constituer un dossier notamment :

- si vous avez besoin d'accompagnements tels que des aides humaines pour les gestes à la vie quotidienne ou si vous devez avoir recours à des transports spécialisés. La demande est à faire dans le cadre de la PCH (prestation de compensation du handicap) qui pourra alors comprendre des aides pour le recrutement d'une aide humaine ou pour couvrir les surcoûts liés au handicap ;
- pour demander une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) en vue de faciliter votre insertion professionnelle ;
- pour bénéficier d'une allocation AAH (allocation adulte handicapé).

Les dispositifs de l'établissement, service ou référent handicap, service de médecine ou assistante sociale pourront vous accompagner dans cette démarche.

Poursuivre son parcours dans l'enseignement supérieur

13.2 BOURSES ET LOGEMENTS ÉTUDIANTS

Pour bénéficier d'une bourse d'enseignement supérieur sur critères sociaux, vous devez être inscrit en formation initiale, en France ou dans un État membre du Conseil de l'Europe, dans un établissement d'enseignement public ou privé et dans une formation habilitée à recevoir des boursiers.
En outre, et dans le cas d'un handicap reconnu :

- aucune limite d'âge n'est opposable ;
- des droits supplémentaires à la bourse peuvent être attribués.

Vous pouvez également bénéficier d'un accès prioritaire à un logement universitaire dépendant du Centre régional d'œuvres universitaires scolaires (CROUS). Pour cela, vous pouvez vous faire accompagner du dispositif d'accompagnement des étudiants handicapés de l'établissement : service ou référent handicap, médecin de prévention ou assistante sociale.

Pour des informations complémentaires, vous pouvez contacter le service social du Centre régional d'œuvres universitaires scolaires de votre académie. Le portail institutionnel de la vie étudiante offre également de nombreux renseignements : **www.etudiant.gouv.fr** et **www.enseignementsup-recherche.gouv.fr**

14. 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 DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE
POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX NON RÉGLEMENTÉS

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 actes de décès que vous pouvez vous procurer auprès de votre mairie. Les pompes funèbres qui organisent les obsèques peuvent les obtenir pour vous.

L'administration propose un guide en ligne qui synthétise les formalités à accomplir et permet de réaliser certaines démarches administratives : **www.service-public.fr/** > Je dois faire face au décès d'un proche > Guide du décès : quelles formalités à accomplir lors du décès d'un proche.

14.1 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 ;
- 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, aide au logement, etc.) ;
- la ou les Caisses de retraite 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 et faire valoir vos droits sur les contrats souscrits par la personne décédée (contrat obsèques, assurance vie…) ;
- l'organisme fournisseur d'énergie (électricité ou gaz), l'opérateur téléphonique, 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 un assistant social ou votre caisse d'Assurance maladie.

14.2 POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Si la personne décédée était affiliée au régime général ou au régime agricole de l'Assurance maladie, certains droits (remboursements de frais médicaux, soins, médicaments…) peuvent être maintenus pour ses ayants droit mineurs (ses enfants à charge)

En règle générale, les ayants droit mineurs 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.

L'AYANT DROIT MINEUR

Un ayant droit est une personne mineure à la charge de l'assuré et qui bénéficie, sous certaines conditions, du remboursement des frais médicaux d'une Assurance maladie par un lien de parenté avec l'assuré. Pour être ayant droit, il ne faut pas relever d'un autre régime d'Assurance maladie. Dès l'âge de 18 ans, tout assuré devient assuré à titre personnel ou dès l'âge de 16 ans s'il en fait la demande.

Le capital décès

Au décès d'un assuré, ses ayants droit peuvent percevoir un capital décès. Le capital décès est une indemnité qui permet aux proches de l'assuré de faire face aux frais immédiats entraînés par son décès (notamment les frais d'obsèques). Il est versé 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.

Ce montant vous sera versé dans sa totalité si vous êtes l'unique bénéficiaire. Si plusieurs personnes de même catégorie (par exemple, deux enfants) peuvent y avoir droit, le montant est partagé entre les bénéficiaires.

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

- en activité (ou bénéficier d'indemnités journalières) ;
- ou titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;
- ou bénéficiaire d'indemnités chômage ;
- ou en maintien de droit à l'assurance décès au titre de l'une des situations citées ci-dessus (salarié, chômeur…).

Le capital décès est égal à un montant forfaitaire revalorisé chaque année. Au 1er avril 2017, ce montant est de 3415 euros.

Les démarches à faire après le décès d'un proche

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.

14.3 POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX NON RÉGLEMENTÉS

Après le décès de l'assuré, les ayants droit de la personne décédée restent couverts par la Sécurité sociale pour les indépendants tant qu'ils ne relèvent pas d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie, dans le cadre de la protection maladie universelle. Au décès d'un assuré cotisant ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité, ses ayants droit peuvent percevoir un capital égal à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur au jour du décès. Ce montant est de 8 % du PASS pour les ayants droit des assurés retraités.

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 en savoir plus, consultez le site **www.secu-independants.fr**

Index

A

Aides à la personne

- Aide à domicile
- Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)
- Auxiliaire de vie
- Chèque emploi service universel (CESU)
- Garde à domicile
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Plan d'actions personnalisé
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)

Aides liées au handicap

- Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)
- Carte d'invalidité
- Carte de priorité
- Carte de stationnement
- Contrat de rééducation professionnelle

Aides techniques

- Aménagement du domicile
- Système d'alarme

Allocations

- Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- Allocation journalière de présence parentale (AJPP)
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Aides aux parents d'enfants handicapés (APEH)
- Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- Complément de ressources
- Complément de salaire
- Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS)
- Majoration pour la vie autonome (MVA)
- Majoration tierce personne (MTP)
- Prestation de compensation du handicap (PCH)

C

Congés

- Congé à temps partiel thérapeutique
- Congé de grave maladie
- Congé de longue durée
- Congé de longue maladie
- Congé de solidarité familiale
- Congé de proche aidant
- Congé de présence parentale
- Congé enfant malade

D

Dispositifs d'information pour la personne malade

- Accueils cancer de la ville de Paris (ACVP)
- Cancer info
- Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- Dispositif d'annonce
- Espace Ligue Info (ELI)
- Espaces de rencontres et d'information (ERI)
- Kiosques d'information sur le cancer (KIC)
- Réseaux régionaux de cancérologie (RRC)

P

Prêts et assurances bancaires

- Contrat d'assurance de groupe
- Contrat d'assurance individuelle
- Convention AERAS

- Prêt à la consommation
- Prêt au logement
- Prêt immobilier
- Prêt professionnel

Protection juridique
- Curatelle
- Mandat de protection future
- Mesure d'accompagnement social personnalisé
- Sauvegarde de justice
- Tutelle

Protection sociale
- Aide médicale de l'État (AME)
- Aide médicale de l'État à titre humanitaire
- Aide pour une complémentaire de santé
- Carte européenne d'Assurance maladie
- Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)
- Couverture maladie universelle de base (CMU)

R

Régimes sociaux
- Agents contractuels de la fonction publique
- Agents titulaires de la fonction publique
- Demandeurs d'emploi
- Régime agricole
- Régime social général des salariés
- Sécurité sociale pour les indépendants

S

Services administratifs
- Caisse d'allocations familiales (Caf)
- Centre communal d'action sociale (CCAS)
- Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
- Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)
- Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI)
- Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Structures d'accueil
- Centre d'hébergement
- Foyer logement
- Services de soins de suite et de réadaptation

T

Termes administratifs
- Accord préalable
- Affection de longue durée (ALD)
- Ayant droit
- Carte Vitale
- Dépassements d'honoraires
- Directives anticipées
- Dossier médical
- Frais de transport
- Franchises médicales
- Honoraires libres
- Indemnités journalières
- Le reste à charge
- Médecin traitant
- Pension d'invalidité
- Personne de confiance
- Protocole de soins
- Retraite pour inaptitude au travail
- Temps complet
- Temps partiel thérapeutique
- Visite de préreprise
- Visite de reprise

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.caf.fr**
(Caisses d'allocations familiales)

- **www.cesu.urssaf.fr**
(Droits liés au chèque emploi service universel)

- **www.oniam.fr**
(Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux)

- **www.66millionsdimpatients.org**
(Site d'informations libres en santé de France Assos Santé)

- **www.e-cancer.fr**
(Institut national du cancer)

- **www.enseignementsup-recherche.gouv.fr**
(Portail institutionnel de l'Éducation nationale pour la vie étudiante dans l'enseignement supérieur)

- **www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne**
Agence nationale des services à la personne > Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

- **www.etudiant.gouv.fr.fr**
(Le portail numérique des démarches et services de la vie étudiante)

- **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 de santé)

- **www.hopital.fr**
(Hôpital : démarches, droits…)

- **www.inrs.fr** > Recherche simple « Tableaux des maladies professionnelles »

- **www.justice.gouv.fr** > Recherche « Mandat de protection future »

- **www.france-assos-sante.org**
(Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé)

- **www.ligue-cancer.net**
(Ligue nationale contre le cancer)

- **www.msa.fr**
(Mutualité sociale agricole)

- **www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr**
(Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches)

- **www.secu-independants.fr**
(Sécurité sociale pour les indépendants)

- **www.service-public.fr**
(Site officiel de l'administration française)

- **www.social-sante.gouv.fr**
(Ministère de la santé > Droits des usagers > Le guide)

- **www.ticket-cesu.fr**
(Chèque emploi service universel)

- **http://travail-emploi.gouv.fr/**
(Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social)

- **www.una.fr**
(Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles)

- **www.unicancer.fr**
(Groupe UNICANCER)

Liste des lignes téléphoniques

- **Cancer info**, **0805 123 124**, du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures, le samedi de 9 heures à 14 heures (service et appel gratuit). Une équipe de chargés d'information répond en toute confidentialité aux questions sur le cancer. Site internet : **www.e-cancer.fr**

- **Santé Info Droits**, ligne téléphonique de France Assos Santé, **01 53 62 40 30**, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 18 heures et les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures. Pour toute question juridique ou sociale liée à la santé.

- **Droit des malades Info**, **0810 51 51 51** (coût d'une communication locale depuis un poste fixe), du lundi au vendredi de 8 heures à 23 heures. Informe, soutient, oriente et défend tous les usagers du système de santé et leurs proches, du simple usager à la personne atteinte d'une pathologie lourde ainsi que les professionnels de santé.

- **La Ligue contre le cancer** apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le **0800 940 939** (service et appel gratuits) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures.

- **Le Pôle santé du Défenseur des droits**, **09 69 39 00 00**, du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures, prix d'un appel local. Le Pôle Santé du Défenseur des droits 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.

- **L'Agence nationale des services à la personne** propose un numéro de téléphone, le **3939**, du lundi au vendredi, de 8 heures 30 à 18 heures (0,15 € TTC/minute).
Site internet : **www.entreprises.gouv.fr**/services-a-la-personne

- **Un serveur vocal national d'information sur la Convention AERAS**, **0801 010 801**, 7 jours sur 7 et 24 heures/24 heures (service et appel gratuit).

- **AIDEA** (Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité), ligne téléphonique de la Ligue contre le cancer, **0800 940 939**, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures, service et appel gratuits.

- **L'Assurance maladie** propose un numéro d'appel unique, le **3646** (Service 0,06 euro/min + prix appel), pour des informations sur votre situation.

- **Le ministère du Travail** donne des renseignements sur la loi Handicap du 11 février 2005 et ses applications dans la vie quotidienne au **0820 03 33 33**, du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures (numéro violet ou majoré : coût d'un appel vers un fixe + service payant, depuis un fixe ou un mobile).

- **L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux** (ONIAM) met à votre disposition un numéro violet, **0810 600 160**, du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures (coût d'un appel vers un numéro fixe + service payant, depuis un téléphone fixe ou mobile).

- **La Sécurité sociale pour les indépendants** vous informe par téléphone, du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures, aux numéros suivants :
  - pour les artisans et commerçants : le **3648** pour les prestations et services et le **3698** pour les cotisations (service gratuit+ prix appel) ;
  - pour les professions libérales : **0 809 400 095** (service gratuit + prix appel).

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information et de référence des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de son parcours de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir de recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Nous remercions toutes les personnes qui, par leur implication et leurs commentaires, ont contribué à l'élaboration de ce guide dans ses différentes mises à jour.

Coordination de la mise à jour du guide 2018

- Myriam Bouyahi, chargée de projet, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- Marianne Duperray, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- Dr Muriel Dahan, direction des Recommandations et du médicament

Relecteurs de la mise à jour du guide 2018

- Sylvie Aubert, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Pôle régional de cancérologie du CHU de Poitiers
- Sylvie Bénard, chargée de mission au sein du Département de la Prévention et de l'Éducation sanitaire et sociale de la CCMSA
- Laurence Bot, IDE coordinatrice Onco-Pneumologie, CHU de Rennes
- Anne-Marie Bourdereau, chargée de communication, Caisse nationale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants
- Anne Bridel, Chargée de mission accompagnement des malades et des proches, Ligue contre le cancer, Rennes
- Emilie Collaintier, assistante sociale, CHU de Limoges
- Céline Fernandez, Direction adjointe des services à la population, directrice du Centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Tulle

- **Nathalie Ferrand**, IDE coordinatrice, Institut Daniel Hollard, Grenoble
- **Eve Gazzola**, chargée de mission Documentation, Direction de la communication, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- **Nathalie Joré**, assistante sociale, CHU de Poitiers
- **Christiane Liandier**, cadre de santé honoraire, représentante associations de malades, Paris
- **Dr Guy M'boko**, médecin expert, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- **Brigitte Moltrecht**, médecin conseillère technique, Direction générale de l'enseignement scolaire
- **Florence Navattoni**, coordinatrice adjointe de Santé Info Droits, France Assos Santé
- **Christelle Osmont**, représentante de malades, Poitiers
- **Marie-Estelle Roberton**, représentante de malades, Poitiers
- **Dr Emmanuelle Samalin-Scalzi**, oncologue médical, ICM Val d'Aurelle, Montpellier
- **Dr Gabriella Tossen**, oncologue médical, CH de Chartres

Pour en savoir plus et télécharger ou commander gratuitement ce guide :

CANCER INFO
TOUTE L'INFO DE RÉFÉRENCE SUR LES CANCERS
0805 123 124
Service & appel gratuits
www.e-cancer.fr

Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185512777
Conception : INCa
Réalisation : INCa
Couverture : Olivier Cauquil
Illustration : droits réservés
Impression : CIA GRAPHIC
Retirage : mars 2015

ISBN 978-2-37219-352-8
ISBN net 978-2-37219-353-5

DEPÔT LÉGAL JANVIER 2018

La survenue d'un cancer peut 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… Un certain nombre de démarches auprès de différentes administrations sont donc nécessaires.

Comment se procurer son dossier médical ? Les soins sont-ils remboursés intégralement ? Comment avoir recours au service d'une aide-ménagère ? Est-il possible d'obtenir un prêt lorsque l'on est traité pour un cancer ? Qui décide d'une reprise du travail à temps partiel thérapeutique ?

Parce qu'il n'est pas toujours simple de se repérer parmi les multiples dispositifs, ce guide a 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.

Votre situation face à la maladie est unique. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à solliciter les assistants sociaux.

e-cancer.fr

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

INSTITUT NATIONAL DU CANCER