

MARS 2012

Démarches sociales et cancer

COLLECTION
GUIDES PATIENTS

L'ASSISTANT SOCIAL

LES PRINCIPAUX INTERLOCUTEURS
ADMINISTRATIFS

VOS DROITS

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE
DES SOINS

LES AIDES À LA PERSONNE

LES PRÊTS ET LES ASSURANCES

L'ENFANT MALADE

L'Institut national du cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié en mars 2012 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE
EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013.

Mesure 19

Action 19.5 : Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.

Ce document doit être cité comme suit : ©*Démarches sociales et cancer*, collection Guides patients Cancer info, INCa, mars 2012.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour de courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr.



La survenue d'un cancer rend nécessaires 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 pour objectif de vous aider, vous et vos proches, à identifier quels sont vos droits sociaux et à vous orienter dans vos démarches, pendant et après la maladie.

Chaque situation est unique : les 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, a été mis à jour en mars 2012. Les lois applicables en France sur les droits sociaux évoluant régulièrement, il est conseillé de s'y référer régulièrement pour vérifier les éventuels changements.



Sommaire

1. Pour vous aider à vous orienter	7
2. Les principaux interlocuteurs administratifs	13
3. Pendant l'hospitalisation : droits et information de la personne malade	25
4. La prise en charge financière de la maladie et des soins	35
5. Après une hospitalisation	47
6. Les revenus pendant un arrêt de travail	61
7. La reprise du travail	73
8. Les cancers liés à une exposition professionnelle et reconnus comme maladie professionnelle	79
9. Les prêts bancaires et les assurances	85
10. Les mesures juridiques pour protéger la personne malade	91
11. Les congés d'accompagnement proposés aux proches d'une personne malade	97
12. Du côté de l'enfant malade	101
13. Les démarches à faire après le décès d'un proche	109
Index	114
Liste des sigles	119
Liste des sites internet	122
Liste des lignes téléphoniques	125
Méthode et références	127

1. Pour vous aider à vous orienter

L'ASSISTANT SOCIAL
LES LIEUX D'INFORMATION
CANCER INFO

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 vise à établir avec vous une relation de confiance, fondée sur l'écoute et l'accueil. Il met en œuvre toutes les actions qui vont permettre de prévenir 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 questionnements ou aux problèmes liés au cancer dans différents domaines :

- l'accès aux soins ;
- l'organisation familiale ;
- les aspects financiers ;
- votre situation professionnelle ;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle ;
- les problèmes administratifs ;
- 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'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 (CAF) ;

- de votre caisse de retraite ;
- de votre centre communal d'action sociale (CCAS) ;
- de votre conseil général ;
- 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 pour favoriser au maximum la prise en charge, mais qu'avec votre permission.



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, kiosques d'information sur le cancer, Espaces Ligue info (ELI), 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.

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

Les Espaces de rencontres et d'information

Certains établissements de soins, centres de lutte contre le cancer (CLCC), hôpitaux (CHU et centres hospitaliers), cliniques... proposent des Espaces de rencontres et d'information (ERI). Ces lieux, ouverts à tous, mettent à disposition de nombreux supports d'information : brochures, vidéos, accès à Internet... Des réunions-débats sont aussi organisées. Les thèmes sont élaborés avec les établissements dans lesquels ils se déroulent et en lien avec les préoccupations des malades et de leurs proches (alimentation, informations sur un traitement...).

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/cancerinfo ou celui de la Ligue nationale contre le cancer www.ligue-cancer.net

Les Espaces Ligue info

Les Espaces Ligue info (ELI) sont des espaces animés par des bénévoles formés par la Ligue nationale contre le cancer. Les ELI sont situés à l'intérieur de l'hôpital ou en ville. Les objectifs de ces espaces sont 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 nationale contre le cancer www.ligue-cancer.net

Les kiosques d'information sur le cancer

Les kiosques d'information sur le cancer sont destinés aux personnes malades ou non, désireuses d'obtenir une information sur le cancer. Ils sont situés dans des lieux faciles d'accès comme les centres villes. Ce sont des espaces intermédiaires entre l'univers de l'hôpital, le secteur libéral et les associations de malades. Ils permettent d'améliorer le confort et la prise en charge des patients et de leur famille. Vous pouvez trouver les coordonnées de ces dispositifs sur le site internet de l'Institut national du cancer www.e-cancer.fr/cancerinfo

Les Accueils cancer de la Ville de Paris

Les Accueils cancer de la Ville de Paris (ACVP) sont situés en dehors des hôpitaux, proches des habitations. Ce sont des structures gratuites, non médicalisées, qui proposent un soutien psychologique individuel, familial ou conjugal, ainsi qu'un accompagnement social individualisé pour les patients ou leurs proches.

La Ville de Paris dispose de quatre Accueils cancer.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires en appelant le 01 49 96 75 75 (prix d'un appel local depuis un poste fixe) et sur le site internet de la Ville de Paris www.paris.fr > Recherche « Accueils cancer ».

Les Centres locaux d'information et de coordination

Le Centre local d'information et de coordination (CLIC) est une structure d'accueil, d'information et d'orientation. Mis en place pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage, le CLIC permet de trouver des éléments de réponse et d'aide en fonction de chaque situation. Une équipe de professionnels travaille au sein de cette structure et accompagne les personnes dans leurs démarches. Il existe un ou plusieurs CLIC dans chaque département. Le CLIC est généralement situé en ville. Pour des informations complémentaires, vous pouvez consulter le site internet des CLIC <http://clinfo.personnes-agees.gouv.fr>

Les réseaux régionaux de cancérologie

Les réseaux régionaux de cancérologie ont un rôle d'information des patients et de leurs proches à travers leur site internet. Ils répertorient, notamment, les lieux d'information sur les cancers existants dans les régions (par exemple, les Espaces de rencontres et d'information (ERI), les points Accueil cancer, les associations d'aide aux patients, les comités départementaux de la Ligue nationale contre le cancer...). Leurs coordonnées sont disponibles sur le site de l'Institut national du cancer www.e-cancer.fr

CANCER INFO

Cancer info est une ligne téléphonique anonyme, d'information et d'orientation, proposée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer.

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à toutes les questions, qu'elles soient d'ordre pratique, médical ou social.

La ligne téléphonique Cancer info permet aussi d'accéder à différents services proposés par la Ligue nationale contre le cancer :

- un service d'écoute animé par des psychologues ;
- une permanence juridique tenue par des avocats ;
- la ligne *aidéa* d'accompagnement à l'emprunt et à l'assurance.

Cancer info, 0810 810 821, du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures, le samedi de 9 heures à 14 heures, prix d'un appel local. Vous pouvez également trouver des renseignements sur le site internet www.e-cancer.fr/cancerinfo

2. Les principaux interlocuteurs administratifs

LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE

LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

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

Les principaux 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), la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

Le **régime général** s'adresse aux personnes salariées de l'industrie, du commerce et assimilées et leurs ayants droit, aux personnes sans activité, aux étudiants et aux personnes qui perçoivent certaines allocations (chômage, pensions, rentes, retraite, etc.). 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 (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe). Si vous êtes à l'étranger, vous pouvez joindre votre caisse d'Assurance maladie en composant le +33 (0) 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 actifs non salariés (comme les chefs d'exploitation ou les employeurs de main-d'œuvre), les salariés agricoles ainsi que leurs ayants droit et les retraités. Ils relèvent de la Mutualité sociale agricole (MSA). Pour des informations sur votre situation, vous pouvez consulter le site de la MSA www.msa.fr

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

■ **Les régimes spéciaux** concernent les personnes salariées de la SNCF, de la RATP, d'EDF, de 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, etc.

Si vous n'avez pas de régime d'Assurance maladie, vous pouvez bénéficier, sous conditions d'attribution, de la couverture maladie universelle de base (CMU).

Si vous êtes de nationalité étrangère en situation irrégulière, vous pouvez, sous certaines conditions, 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**).

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE

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

■ **La couverture maladie universelle de base (CMU)** vous permet d'être affilié à l'Assurance maladie 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 CMU de base, vous devez être en situation régulière, habiter en France depuis au moins trois mois. La CMU de base concerne toutes les personnes quelles que soient leurs ressources (une cotisation étant demandée au-dessus d'un certain plafond).

■ **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*).

Pour établir votre demande de CMU de base ou de CMU complémentaire, vous pouvez retirer un dossier auprès du régime d'Assurance maladie auquel vous appartenez ou apparteniez antérieurement, des mairies, des services sociaux (CCAS), des établissements de soins, etc. Vous pouvez aussi le télécharger sur les sites suivants : www.ameli.fr, www.msa.fr, www.rsi.fr

Toutes les pièces à joindre pour constituer votre dossier sont indiquées sur le formulaire à remplir. Votre dossier de demande de CMU de base

doit ensuite être déposé auprès de la Caisse d'assurance maladie de votre domicile.

Plus d'informations sur www.cmu.fr

L'aide pour une complémentaire santé

Si vous ne remplissez pas les conditions pour obtenir la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) mais que vous avez des difficultés pour adhérer financièrement à une mutuelle, l'Assurance maladie a créé l'aide pour une complémentaire santé (ACS). Pour pouvoir en bénéficier, vos revenus doivent être compris entre le plafond de la couverture maladie universelle (CMU) et ce même plafond majoré de 35 %. Elle se présente sous la forme d'une attestation-chèque qu'il vous suffit de présenter à la complémentaire santé de votre choix. Cette aide permet de diminuer le coût de votre cotisation. Vous bénéficiez également de la dispense d'avance de frais, pour la partie obligatoire, lors de vos consultations médicales réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Pour obtenir cette aide financière attribuée sous condition de ressources, vous devez retirer un dossier 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 n° S 3711d ou S 3715 sur les sites suivants : www.ameli.fr, www.msa.fr, www.rsi.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, RSI...). Votre caisse d'Assurance maladie peut, à votre demande, vous remettre une liste d'organismes complémentaires possibles.

Pour la CMUC et l'ACS, votre caisse d'Assurance maladie peut prendre en compte les éléments de votre train 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.

LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

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

Elle étudie votre situation et, en fonction de celle-ci, verse différentes allocations : allocation logement, 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 réévalués.

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

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

LE CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE ET LE CENTRE DÉPARTEMENTAL D'ACTION SOCIALE

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 handicapées 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.

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES



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

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

Au sein de la MDPH :

- une équipe pluridisciplinaire évalue vos besoins et propose des réponses à ces besoins 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.

Pour formuler une demande à la MDPH, vous devez remplir 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 à des décisions adaptées à vos besoins.

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 CERFA toute demande MDPH et textes de référence.

Pour obtenir plus d'informations sur les services proposés par l'équipe de la MDPH, n'hésitez pas à contacter celle de votre département. Vous pouvez aussi vous renseigner auprès des assistants sociaux. 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

Des informations sont également disponibles sur le site www.solidarite.gouv.fr, rubrique Accueil>Informations pratiques>Fiches pratiques>Handicap : Interlocuteurs et procédures.

Les droits et prestations relevant de la MDPH

Vous pouvez bénéficier de différents droits ou prestations spécifiques au handicap comme, par exemple : 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.

Il est nécessaire de faire une demande auprès de la MDPH pour que ces droits ou prestations puissent vous être attribués. Votre demande de prestations sera étudiée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Ses décisions sont à durée déterminée et sont révisées périodiquement.

Certains de ces droits et prestations sont accessibles aussi 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

La prestation de compensation du handicap (PCH) a pour objectif de compenser les conséquences du handicap. Elle est accordée 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 handicapée, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport ;

- des charges spécifiques ou exceptionnelles ;
- l'attribution et à l'entretien des aides animalières.

Sauf exception, elle doit être demandée avant l'âge de 60 ans. Elle n'est pas soumise à condition de ressources.

La prestation de compensation du handicap (PCH) est versée par le conseil général.

L'allocation aux adultes handicapés

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée aux personnes handicapées :

- dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ;
- ou dont le taux d'incapacité est au moins égal à 50 % mais inférieur à 80 %, incapacité pour laquelle la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) reconnaît 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'allocation aux adultes handicapés (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 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.

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'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) ;
- 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.

La carte d'invalidité

Si vous avez une incapacité au moins égale à 80 % et quel que soit votre âge, vous pouvez obtenir une carte d'invalidité. Votre carte d'invalidité peut porter la mention « cécité » ou « besoin d'accompagnement » qui atteste la nécessité d'être accompagné dans vos déplacements.

Elle vous permet de bénéficier d'avantages 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 de la SNCF pour la personne qui vous accompagne dans vos déplacements ;
- la gratuité de certains musées.

Les détenteurs d'une carte d'invalidité peuvent, parfois, bénéficier de dispositifs locaux (gratuité des transports urbains par exemple). Pensez à vous renseigner auprès de votre centre communal d'action sociale (CCAS).

La carte de priorité pour personne handicapée

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

La carte de 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 carte de 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).

Sauf si cela est prévu localement, elle ne rend pas gratuites les places de stationnement.

Elle est attribuée à titre définitif ou pour une durée déterminée ne pouvant être inférieure à un an. En cas de renouvellement, la demande doit être présentée au minimum quatre mois avant la date d'expiration du titre.

Cette carte est reconnue par les États membres de l'Union européenne.

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

L'HOSPITALISATION, MODE D'EMPLOI

LE DISPOSITIF D'ANNONCE

LES LOIS QUI FORMALISENT LES DROITS DES PATIENTS

LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

LA PERSONNE DE CONFIANCE

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

LE DOSSIER MÉDICAL

LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

LA COMMISSION RÉGIONALE DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

L'HOSPITALISATION, MODE D'EMPLOI

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

- votre carte d'identité ou votre carte de séjour ;
- votre carte vitale et son attestation ;
- le cas échéant, votre carte de mutuelle ou l'attestation de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ;
- 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, résultats d'analyses, radiographies, etc.).

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

- un bulletin de situation qui indique les dates d'arrivée et de sortie de l'hôpital nécessaire à la perception de vos indemnités journalières de Sécurité sociale ;
- vos ordonnances ;
- un bilan et un compte rendu d'hospitalisation ;
- une prescription médicale de transport si besoin.

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

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

LE DISPOSITIF D'ANNONCE

Le dispositif d'annonce est une mesure du premier Plan cancer (2003-2007), mis 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'une prise en charge 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.

Ce dispositif s'organise, si possible, en quatre temps :

- un temps médical comprenant l'annonce du diagnostic et la proposition de traitement (avec remise d'un programme personnalisé de soins, PPS) ;
- un temps d'accompagnement soignant permettant au malade ainsi qu'à ses proches d'être écoutés, de compléter et d'explicitier les informations médicales reçues, de repérer les éventuelles difficultés (psychologiques, sociales ou financières) induites par l'entrée dans la maladie, de l'informer sur ses droits et les aides possibles ;
- un temps de soutien proposant un accompagnement social et l'accès à différents soins dits de support (assistant social, psychologue, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, etc.) ;
- un temps d'articulation avec la médecine de ville pour optimiser la bonne coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant.

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 davantage partie prenante de sa prise en charge médicale et en formalisant ses droits.

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 crée aussi d'autres possibilités de recours si l'on s'estime lésé dans ses droits.

La loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) 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 médicaux, ne pas s'acheminer vers une obstination déraisonnable des soins en sont les principales mesures.

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.

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 à 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 du ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, la présence d'un proche ou d'une tierce personne peut faciliter la transmission des informations reçues : à deux, on peut recouper les informations données par le médecin et en discuter. C'est pour cette raison qu'il vous est possible de désigner une personne de confiance à chaque hospitalisation (vous pouvez modifier votre choix à tout moment) (Article L. 1111-6 du Code de la santé publique).

La personne de confiance est celle à laquelle les professionnels de santé se référeront si, à un moment ou un autre, vous n'êtes ni en mesure d'être informé, ni en mesure d'exprimer votre volonté. Il est donc important d'avertir la personne que vous avez désignée et d'échanger avec elle sur vos choix.

Sa désignation est faite par écrit. 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.

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, prévoyant ainsi 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.

Les directives anticipées permettent au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours. Toutefois, elles n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin : celui-ci est libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées.

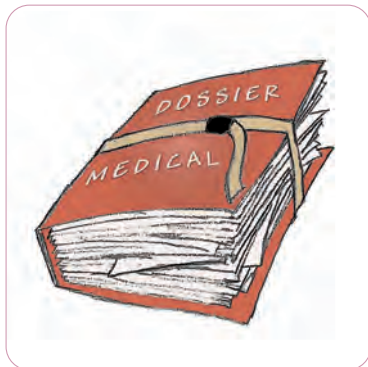
Les directives doivent être écrites, datées, signées et authentifiées par le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance du rédacteur (Article R. 1111-17 du Code de la santé publique). Si la personne ne peut écrire mais qu'elle peut exprimer sa volonté, elle peut faire appel à deux témoins, dont 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 à la directive anticipée (Article R. 1111-17 al. du Code de la santé publique).

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer, en annexe de ces directives dans le dossier médical, une attestation constatant que ce dernier est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes les informations nécessaires. 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.

Le document doit être rédigé depuis moins de trois ans avant la date à partir de laquelle vous ne serez plus en état d'exprimer votre volonté. Les directives 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.

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, 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 est 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.

UN SECOND AVIS MÉDICAL

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.

Les successeurs légaux d'une personne décédée (l'épouse, l'époux, les enfants, les parents de la personne décédée...) peuvent accéder à son dossier médical uniquement pour connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs propres droits. Ceci n'est possible que si la personne décédée ne s'y est pas opposée de son vivant. Pour ces derniers, la demande s'effectue par lettre avec accusé de réception au directeur de l'hôpital. Ils doivent justifier de leur identité, de leur lien de parenté (leur qualité d'ayant droit) avec la personne décédée et préciser les raisons de leur demande.

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 de représentants des usagers membres d'associations agréées.

Ils représentent au niveau régional ou départemental les intérêts des patients, des consommateurs, des familles, 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.

Vous pouvez entrer en contact directement avec eux, en particulier si vous rencontrez un problème dans l'établissement dans lequel vous êtes pris en charge (hôpital, clinique). Vous trouverez généralement leurs coordonnées dans le livret d'accueil ou auprès du personnel de l'établissement.

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

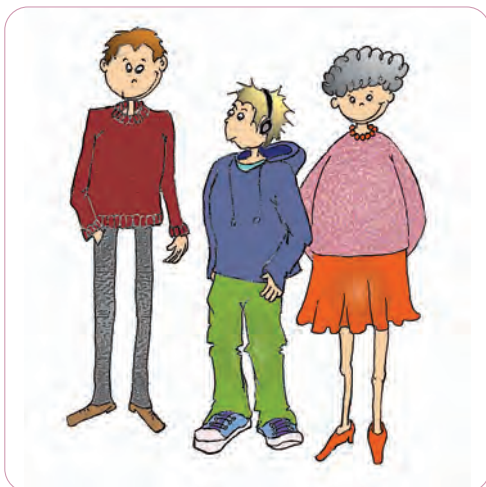
Si vous rencontrez des difficultés pendant votre séjour à l'hôpital (accueil, prise en charge et qualité des soins par exemple), il est conseillé dans un premier temps d'en parler avec le médecin qui vous suit ou avec la surveillante du service. Ils essayeront d'apporter une réponse à vos attentes dans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

Si vous n'êtes pas satisfait des solutions apportées, vous pouvez saisir la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Pour cela, vous devez écrire au représentant légal de l'établissement. Soit ce dernier y répond, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il l'informe qu'il procède lui-même à cette saisine.

Le médiateur rencontre ainsi l'utilisateur, auteur de la plainte. 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 CRUQPC qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la Commission ainsi qu'au plaignant.

Cette Commission est composée :

- du responsable légal de l'établissement ou de la personne qu'il désigne ;
- d'un médiateur médical ;
- d'un médiateur non médical ;
- de deux représentants des usagers (souvent issus d'associations de santé) ;
- du responsable qualité (voix consultative).



Le règlement intérieur de la Commission peut prévoir la présence d'autres membres. La CRUQPC se réunit au moins une fois par trimestre.

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.

LES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

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

Si vous êtes en conflit avec un professionnel de santé ou victime d'un accident médical (degré de gravité supérieur à un seuil fixé par décret) à la suite, par exemple, d'un traitement, d'une intervention chirurgicale ou de la prise d'un médicament ayant entraîné une altération de votre état de santé, vous pouvez saisir la Commission de conciliation et d'indemnisation la plus proche de chez vous. Elle peut permettre la mise en place d'une conciliation ou d'une procédure en indemnisation.

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

La Commission, 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 son avis et vous faire une proposition d'indemnisation personnalisée, soit de la part de l'assureur du professionnel de santé s'il s'agit d'une faute, soit de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) s'il s'agit d'un accident médical non consécutif à une faute.

Pour obtenir des informations sur la constitution d'un dossier, vous pouvez vous adresser à votre commission de conciliation et d'indemnisation. Les coordonnées des commissions sont mentionnées sur le site de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) www.oniam.fr

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

Ressources complémentaires :

■ **Le pôle Santé et Sécurité du Défenseur des Droits** dispose d'une ligne téléphonique « Securitesoins écoute », n° Azur 0810 455 455, du lundi au vendredi de 9 heures à 20 heures, prix d'un appel local. Des informations sont également disponibles sur le site www.securitesoins.fr

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

■ **Santé Info Droits** est une ligne téléphonique qui a été créée et mise en œuvre par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). L'équipe d'écouterants de Santé Info Droits est composée d'avocats et de juristes spécialisés. Le service est disponible par internet (www.leciss.org) et par téléphone au 0810 004 333 (n° Azur depuis un poste fixe, coût de la communication locale) ou 01 53 62 40 30 (si vous appelez d'un portable ou avec un abonnement téléphonique avec appels illimités).

■ **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 les mardis, mercredis, jeudis de 17 heures à 20 heures et le vendredi de 14 heures à 18 heures, au 0810 51 51 51 (n° Azur, coût d'une communication locale).

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

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS

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

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS POUR LES PERSONNES

DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Le cancer est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés. À ce titre, le cancer est considéré 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.

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 de l'ALD et l'obtention de l'accord est d'environ six 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.

Les malades qui ne nécessitent plus aucun traitement au regard des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) ne sont plus pris en charge à 100 %. Le non-renouvellement de leur ALD ouvre toutefois la possibilité d'être exonéré du ticket modérateur, 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 pris en charge à 100 %, dès lors que la situation justifie un suivi régulier. Sont ainsi exclus les transports et les produits de santé à usage thérapeutique.

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS

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

Si vous êtes reconnu en ALD, les dépenses liées à votre maladie sont remboursées 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). C'est ce que l'on appelle le reste à charge.

Toutes les personnes sont concernées par la participation forfaitaire et la franchise médicale sauf les enfants et les jeunes âgés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse.

La participation forfaitaire et la franchise médicale concernent :

- la participation forfaitaire de 1 euro pour chaque consultation médicale, déduite automatiquement de vos remboursements ;
- les 50 centimes d'euro prélevés sur le remboursement de chaque boîte de médicaments prescrite et remboursée par l'Assurance maladie. Une somme identique est prélevée sur les actes paramédicaux (effectués par un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, un pédicure, etc.) réalisés en ville ou dans un centre de santé. Cette somme est plafonnée à 2 euros par jour pour l'intervention d'un même professionnel de santé. La franchise médicale n'est pas appliquée pour les médicaments ou actes paramédicaux réalisés au cours d'une hospitalisation, qu'ils soient donnés ou effectués en milieu hospitalier ou lors d'une hospitalisation à domicile ;
- les transports (ambulance, taxi conventionné, véhicule sanitaire léger) ; la franchise est de 2 euros par trajet sauf en cas d'urgence. Elle ne peut dépasser 4 euros par jour, soit l'équivalent d'un aller et retour.

Ces sommes sont déduites au fur et à mesure des remboursements effectués par les caisses d'Assurance maladie. En cas de 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 peut pas dépasser 50 euros par an, pour chacune. Ces deux montants se cumulent, ce qui porte la participation annuelle au titre de ces deux contributions à 100 euros maximum.

Les personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée exonérante (cas des cancers) sont exonérées de la participation forfaitaire de 18 euros.

Le reste à charge concerne donc :

- le forfait hospitalier journalier ;
- les frais de chambre particulière ;
- les dépassements d'honoraires demandés par les professionnels de santé en général (les dentistes par exemple) et plus particulièrement les médecins ;

- la différence entre le tarif remboursé par l'Assurance maladie et le prix de vente pratiqué par les fournisseurs pour les dispositifs médicaux (prothèses...) ;
- 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 si ces frais sont totalement ou partiellement remboursés.

Le forfait hospitalier

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

Il s'agit notamment :

- des personnes qui viennent à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux mais qui n'y sont pas hébergées ;
- des personnes qui bénéficient d'une pension militaire ;
- des enfants et des adolescents qui bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- des personnes dont le cancer a été reconnu comme maladie professionnelle (voir chapitre 8, *Les cancers liés à une exposition professionnelle et reconnus comme maladie professionnelle*) ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- les assurés sociaux d'Alsace-Moselle ;
- les nouveau-nés et femmes enceintes.

La chambre particulière

Pendant votre hospitalisation, vous pouvez souhaiter être en chambre particulière, avoir une télévision et si besoin obtenir un lit d'accompagnement pour l'un de vos proches. Ces frais 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 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.

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 pourraient rester à votre charge.

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

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

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

Les dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre de « l'option de coordination élargie » sont systématiquement pris en charge dans leur

intégralité par les complémentaires santé des patients. Ce secteur de tarification des actes médicaux ne concerne que certains spécialistes du secteur 2 : les anesthésistes, chirurgiens et gynécologues-obstétriciens de bloc opératoire.

Les professionnels qui optent pour ce dispositif peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires pouvant atteindre 50 % du tarif Sécurité sociale à condition qu'ils réalisent au moins 30 % de leurs actes au tarif conventionné, donc sans dépassement d'honoraire (Décret n°2012-386 du 21/03/2012 – Arrêté du 21/03/2012 – JO du 22/03/2012).

Le remboursement des frais de transports

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

Votre caisse d'Assurance maladie peut rembourser les frais de transport prescrits par votre médecin, lorsqu'ils sont en rapport avec 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 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 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 (c'est-à-dire à plus de 150 kilomètres aller) ;



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

Dans le cas d'une prescription de transport en taxi, une dispense d'avance des frais est également possible, sous réserve qu'une convention entre les organismes locaux d'Assurance maladie et les entreprises de taxi ait été homologuée par le préfet. Pour être remboursé, il faut impérativement utiliser un taxi conventionné. La liste des taxis 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 bleue « 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, etc. 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. Par 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.

Le remboursement des prothèses et appareillages

Quel remboursement pour les prothèses et les appareillages ?

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

Pour obtenir les coordonnées des magasins spécialisés dans les prothèses et appareillages, vous pouvez 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 dans le cadre de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables.

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 éventuellement possibles.

La prothèse mammaire

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

Votre médecin peut vous prescrire une prothèse mammaire externe. Cette prothèse redonne l'apparence du galbe du sein lorsque celui-ci a été enlevé en totalité.

Il existe deux types de prothèses externes en silicone :

- la prothèse non adhésive : elle se met à l'intérieur d'un soutien-gorge adapté à cet effet (avec ou sans poche). Ces soutiens-gorges ne sont actuellement pas remboursés. Cette prothèse externe est renouvelable tous les ans sur prescription médicale et remboursée sur la base d'un forfait, par votre caisse d'Assurance maladie ;
- la prothèse adhésive, au contact direct de la peau. Ces prothèses ne nécessitent pas de soutien-gorge adapté. Actuellement, une seule marque est remboursée par l'Assurance maladie. Son prix de vente est limité. Il est fixé par l'Assurance maladie et correspond au montant du remboursement.

Des projets de modification de prise en charge des prothèses mammaires par l'Assurance maladie étaient en cours lors de la mise à jour du guide, en mars 2012. Il est conseillé de vérifier les éventuels changements.

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 et de tous les poils (dont les sourcils et les cils). Cette chute temporaire porte le nom d'alopecie. Votre médecin peut vous proposer une perruque (appelée aussi prothèse capillaire, chevelure d'appoint, chevelure de remplacement). Votre caisse d'Assurance maladie rembourse votre perruque sur une base forfaitaire.

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

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

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

UNE CHARTE DES DROITS DU CLIENT ET DEVOIRS DU VENDEUR DE PERRUQUES

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

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

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

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

L'aide médicale de l'État

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

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 en contrepartie du règlement d'un droit annuel d'entrée (30 euros au 1^{er} mars 2011) par personne majeure, que vous paierez par la fourniture d'un ou plusieurs timbres fiscaux à acheter chez un buraliste ou auprès du Trésor public.

À défaut, votre carte ne pourra vous être remise et vous ne pourrez pas bénéficier de l'AME.

L'AME permet, sous certaines conditions, la prise en charge à 100 % des soins médicaux dans la limite des montants remboursables par l'Assurance maladie.

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

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

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, 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.

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.

L'aide médicale de l'État à titre humanitaire

Les personnes de nationalité étrangère, en situation irrégulière, peuvent solliciter l'aide médicale de l'État à titre humanitaire lorsqu'elles sont sur le territoire sans y résider et que leur état de santé justifie une prise en charge.

La demande doit être adressée sous pli confidentiel, soit au directeur de l'Agence régionale de santé pour instruction, soit au ministre chargé de l'action sociale qui, seul, pourra accorder le bénéfice de l'AME à titre humanitaire. Elle doit être accompagnée d'un certificat médical qui mentionne votre état de santé.

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

Par ailleurs, les étrangers qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier des dispositifs de droit commun ou de l'AME peuvent solliciter, dans certaines circonstances, une prise en charge 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° 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 ainsi 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.

Enfin, 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.

5. Après une hospitalisation

LES STRUCTURES D'ACCUEIL

LES SOINS À DOMICILE

LES AIDES À LA PERSONNE

LES AIDES MATÉRIELLES ET TECHNIQUES

LES STRUCTURES D'ACCUEIL

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

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur les conditions d'admission, le coût du séjour, l'aide à la constitution de votre dossier, etc., l'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.



Les services de soins de suite et de réadaptation

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

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

Les unités de soins palliatifs

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. L'Assurance maladie prend en charge le séjour en dehors du forfait hospitalier.

L'admission dans ces unités 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.

Les foyers logement ou résidences services

Le foyer logement est une location d'appartement dans une résidence pour personnes âgées de plus de 60 ans. Le foyer logement vous permet d'être indépendant. Il offre divers services : restauration, nettoyage du linge, infirmerie. Vous pouvez bénéficier, au même titre qu'à domicile, des services d'une aide ménagère, d'un kinésithérapeute,

d'une infirmière, etc. Une participation financière vous est demandée. Vous pouvez obtenir une allocation de logement ou une aide personnalisée 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.

Les centres d'hébergement

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

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

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

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

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'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par le conseil général du département, 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. Le dossier de demande d'APA peut être retiré auprès de votre centre communal d'action sociale (CCAS) ou de votre mairie.

Autres structures d'accueil

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

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

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

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

LES SOINS À DOMICILE

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

Les équipes mobiles des soins palliatifs hospitalières (EMSP) ont ainsi l'habitude d'organiser ces soins à domicile : 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).

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 que celle à l'hôpital (qualité des soins, permanence des soins...).

Dans l'établissement de santé dans lequel vous êtes pris en charge, un membre de l'équipe évalue avec vous si cette prise en charge est

possible. Cette rencontre permet d'identifier vos besoins, que ce soit au niveau des soins ou sur le plan psychologique et social. C'est ce qui permet la mise en place d'un dispositif adéquat au retour à domicile.

Le médecin coordonnateur de l'HAD décide ou pas de votre admission en accord 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.

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, des soins de toilette et d'hygiène corporelle.



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

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

Les prestataires de services en santé

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

- la location ou la vente de matériel (lits adaptables, urinoirs, couches...) ;
- 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.

LES AIDES À LA PERSONNE

On appelle « aides à la personne », un ensemble de services dispensés par des personnes formées à différents métiers : aide ménagère, 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'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.

■ **L'auxiliaire de vie sociale** 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 charge les soins des enfants, proposer du soutien scolaire. Il travaille en collaboration avec les parents.

Pour bénéficier de son 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.

■ **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.

■ **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 général), caisses de retraite, caisse d'Assurance maladie. Votre mutuelle peut intervenir, en fonction des clauses de votre contrat, dans la mise en place d'une aide ménagère, sans condition de ressources.

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

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 salariée.

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



- un **chèque emploi service universel 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 de bulletin de paie pour chaque volet social ;
- un **chèque emploi service universel préfinancé**. Préidentifié au nom du bénéficiaire, il peut être cofinancé entièrement ou en partie par divers organismes : employeurs privés, publics, départements, centres communaux d'action sociale (CCAS), mutuelles, compagnies d'assurances, caisses de retraite... Il est possible d'utiliser le CESU préfinancé pour régler les services d'un organisme prestataire agréé ou d'une structure mandataire agréée. Il peut être également utilisé dans le cas de l'emploi direct.

Si vous êtes employeur de la personne qui intervient à votre domicile ou si vous passez par une association ou une entreprise agréée par l'État, ou bien encore par un organisme à but non lucratif, habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier d'une réduction ou d'un crédit d'impôt sur le

revenu. Cette réduction est égale à 50 % des sommes versées, dans la limite d'un plafond.

Pour retrouver tous les services à la personne, l'Agence nationale des services à la personne propose un numéro de téléphone, le 3211, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures et le samedi de 8 heures à 12 heures (prix d'un appel local depuis un poste fixe). Vous pouvez aussi consulter le site de l'Agence nationale des services à la personne **www.servicealapersonne.gouv.fr**

Vous pouvez également effectuer toutes vos démarches en ligne sur le site **www.mon.service-public.fr**. L'offre vous y est proposée par le réseau des Urssaf et le centre CESU. En accédant à votre compte CESU à partir de **www.mon.service-public.fr**, vous bénéficiez des différents services proposés par le site CESU. C'est simple, et cela vous permet d'effectuer l'ensemble de vos démarches.

En adhérant au CESU 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. Dans le mois qui suit la demande, le service social de la CARSAT effectue une visite à domicile afin de réajuster, si nécessaire, le dispositif.

Cette aide est également accordée aux assurés du RSI, 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 à l'assistant social de l'établissement de santé où vous êtes hospitalisé. Il doit être constitué impérativement avant votre sortie de l'hôpital.

Le plan d'actions personnalisé

Le plan d'actions personnalisé est un dispositif d'aides financières qui prend en compte les attentes et les besoins de plus en plus diversifiés des retraités titulaires d'une pension vieillesse de la Caisse 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, sur une durée maximale de un an.

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

La personne retraitée remplit une demande d'aide et l'adresse à la CNAV. 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 et résidant en France, qu'elle soit à son domicile ou en établissement d'hébergement (maison de retraite). Cette allocation n'est pas soumise à condition de ressources, cependant celles-ci sont prises en compte pour l'établissement de son montant. L'APA est attribuée pour une durée de trois ans renouvelables.

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 général du département. 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.

LES AIDES MATÉRIELLES ET TECHNIQUES

On appelle aides matérielles et techniques l'ensemble des moyens mis au service de la personne malade pour améliorer sa qualité de vie au quotidien et son autonomie (portage des repas, système d'alarme, aménagement de l'habitation, aides à la communication, à la mobilité 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 bracelet porté au poignet, téléphone, etc.

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

L'aménagement du domicile

Votre état de santé peut nécessiter un aménagement de votre domicile pour faciliter vos déplacements et améliorer votre qualité de vie. Ainsi, pour faciliter l'accès d'un fauteuil roulant, on peut aménager un plan incliné. 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. 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, du centre local d'information et de coordination (CLIC) et de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Certaines aides techniques peuvent être financées par la prestation de compensation du handicap (PCH) ou l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (APA).

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



6. Les revenus pendant un arrêt de travail

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE
 POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES
 POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, ARTISANS ET INDÉPENDANTS
 DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE
 POUR LES NON-SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ
 POUR LES 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.

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE

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

Ce délai doit également être respecté en cas de renouvellement de l'arrêt de travail.

Lors d'une hospitalisation, le bulletin 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 longue durée telle que le cancer, la durée minimale de versement des indemnités journalières de maladie est de six mois et la durée maximale 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 prochains arrêts maladie en rapport avec votre affection de longue durée.

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.

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. Cette réglementation s'applique dans le cas où l'arrêt initial est intervenu avant le 1^{er} janvier 2012 et que le nouvel arrêt de travail pour rechute intervient après cette date.

N'oubliez pas de prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. 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. Dans la mesure du possible, conservez un bon contact avec votre employeur. Cela facilitera, à terme, une reprise de travail dans les meilleures conditions.

Aux indemnités journalières versées par la Caisse primaire d'assurance maladie, peut s'ajouter un complément de salaire versé par l'employeur, pour tout salarié justifiant 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.

Le complément de salaire

Le complément de salaire s'adresse à tout salarié qui remplit les conditions fixées et qui ne bénéficie pas d'une indemnisation plus avantageuse dans le cadre de la convention ou des accords collectifs applicables à son entreprise.

Pour en bénéficier, vous devez :

- être pris en charge par la Caisse primaire d'assurance maladie 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, d'accident non professionnel ou d'accident du trajet, elle débute à compter du 8^e 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. 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 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.

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

- première catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- deuxième catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- troisième 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 (voir l'encadré page 66 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, 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 nécessaire 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, un 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 de retraite. 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 sauf si celle-ci exerce une activité professionnelle. Il lui faut alors solliciter expressément la liquidation de sa pension de retraite.

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

Si vous êtes titulaire de la retraite au titre de l'inaptitude au travail et que votre état de santé se dégrade 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.

POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES

Les chefs d'exploitation agricole et les chefs d'entreprise agricole ne peuvent pas prétendre aux indemnités journalières de l'Assurance maladie. Ils ne bénéficient 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).

Toutefois, une pension d'invalidité peut leur être accordée par la Mutualité sociale agricole (MSA) s'ils n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite et s'ils sont assujettis à l'Assurance maladie des non-salariés agricoles (AMEXA) depuis au moins un an. Ils doivent également être reconnus totalement ou partiellement (au moins des deux tiers) inaptes à l'exercice de la profession agricole par suite de maladie, d'usure prématurée de l'organisme ou d'accident de la vie privée, même si l'incapacité résulte partiellement d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire. Elle est supprimée dès l'instant où vous êtes en état de reprendre d'une manière permanente, un emploi, dans une profession quelconque, vous assurant un revenu annuel au moins égal à la moitié du revenu de référence.

Elle peut être réduite ou suspendue lorsque vos ressources excèdent un certain plafond.

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.

Si la maladie dont vous êtes atteint a été reconnue comme maladie professionnelle, une indemnité journalière et une rente AT/MP (accident du travail/maladie professionnelle) peuvent vous être attribuées.

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

Une rente peut éventuellement vous être servie, si vous êtes atteint d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 30 %.

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

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

Si vous êtes affilié au régime social des indépendants (RSI) au titre de l'Assurance maladie depuis un an, 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 (cotisations de base et supplémentaires pour les indemnités journalières). Votre arrêt de travail est à adresser dans les 48 heures à votre caisse RSI.

L'indemnité journalière est versée à partir du 4^e jour en cas d'hospitalisation et à partir du 8^e jour en cas de maladie. Pour les affections de longue durée, ces délais de carence sont supprimés (sauf au premier arrêt de la période de trois ans).

Si vous avez cotisé auparavant à un autre régime d'Assurance maladie, il en sera tenu compte pour l'ouverture des droits aux indemnités journalières. Il ne doit pas y avoir eu d'interruption de travail entre les deux affiliations.

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

Suivant votre situation, la pension d'invalidité peut être complétée par une majoration pour tierce personne et/ou une allocation supplémentaire d'invalidité.

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, votre pension d'invalidité est transformée en pension de retraite accordée pour inaptitude au 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 au quotidien, vous pouvez demander une majoration pour tierce personne (voir encadré page 66).

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

POUR LES NON-SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ

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

À noter : depuis 2006, le régime social des indépendants (RSI) regroupe les trois réseaux suivants : la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM), ORGANIC et CANCAVA. La création de ce nouveau régime a notamment pour but de simplifier les démarches et la protection sociale des travailleurs indépendants. Toutefois, les professions libérales conservent leurs caisses de retraite spécifiques.

POUR LES 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 des personnels de votre administration. Ce congé peut être accordé pour une durée maximale de trois ans, par périodes de trois à six mois. Votre salaire est maintenu intégralement pendant la première année. Vous percevrez la moitié de votre salaire les deux années suivantes. Certaines administrations ont des dispositifs particuliers (œuvres sociales, mutuelles, comités d'entreprise, etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos salaires. Vous conservez vos droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels.

POUR LES 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. Dans ces deux cas, le jour de carence ne s'applique pas depuis le 1^{er} janvier 2012.

Le congé de longue maladie

Le congé de longue maladie (CLM) est un arrêt de travail accordé en cas de maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée qui nécessite un traitement de soins prolongés.

La liste des affections 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 ainsi conserver votre salaire, vous devez adresser une demande en ce sens, accompagnée d'un certificat médical, au bureau de gestion des personnels 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 pour une période de trois à six mois. Votre salaire est maintenu pendant la première année de votre arrêt, puis vous percevrez la moitié de votre salaire les deux années suivantes. 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, comités d'entreprise, etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos salaires.

Pendant ce congé, vous continuez à toucher le supplément familial 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 suspendues.

Au bout de la première année de congé de longue maladie, si vous ne pouvez toujours pas travailler, vous pouvez demander un congé de longue durée. Attention, ce congé de longue durée ne peut être obtenu pendant la période de congé de longue maladie rémunérée en demi-salaire.

Le congé de longue durée

Le congé de longue durée vous est accordé après avis du comité médical, 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.

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 et vous n'êtes plus titulaire de votre poste. La nouvelle bonification indiciaire (NBI) est suspendue ainsi que les primes et indemnités.

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, si vous n'avez pas droit à pension.

Pour toutes les modalités concernant ces congés, un assistant social de votre administration peut vous renseigner.

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

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.

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

7. La reprise du travail

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE
POUR LES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE
POUR LES AGENTS TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

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.

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Après une période d'arrêt de travail, vous pouvez, soit reprendre une activité à temps complet, soit bénéficier d'un temps partiel, appelé aussi temps partiel 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).

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 de travail à temps complet

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

Le temps partiel thérapeutique est destiné à reprendre progressivement une activité professionnelle et permettre, si possible, une reprise de travail à temps complet. 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. Il est donc très important de rester en contact avec lui pour préparer votre retour et de solliciter la visite de préreprise auprès du médecin du travail.

La durée de travail est déterminée par votre médecin traitant et le médecin conseil de l'Assurance maladie. Le « mi-temps thérapeutique » est renouvelable sur prescription médicale pour une durée maximale de quatre ans (en déduisant la durée des indemnités journalières en arrêt maladie complet).

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 totalité ou en 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 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 (ou la Mutualité sociale agricole), 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 donner lieu 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 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 du travail puis transmise à l'employeur. Celui-ci 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 d'une durée variable. Les frais concernant cette formation professionnelle (hébergement, frais de transport, etc.) peuvent être pris en charge. Ces stages peuvent être rémunérés et vous pouvez obtenir un diplôme officiel.

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

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

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.

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) ;
- 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.

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 des personnels 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 consulter le site internet **www.fonction-publique.gouv.fr** à la rubrique « Être fonctionnaire ».

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

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

LA RECONNAISSANCE D'UN CANCER D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

LA DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS

LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

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

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

LA RECONNAISSANCE D'UN CANCER PROFESSIONNEL

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

Ces tableaux comportent :

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

■ **Les régimes général et agricole** se réfèrent à 10 tableaux pour les cancers professionnels.

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

■ **Pour les travailleurs non salariés, artisans et indépendants du commerce et de l'industrie**, si vous avez souscrit une assurance volontaire qui couvre le risque « accident du travail/maladie professionnelle », contactez cette assurance pour connaître les conditions de reconnaissance de la maladie professionnelle.

Si toutes les conditions du tableau ne sont pas remplies ou si le cancer ne figure dans aucun tableau, il peut 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.

LA DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

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

Vous devez vous-même faire la déclaration de votre maladie professionnelle auprès de la caisse d'Assurance maladie dont vous dépendez, 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 à compter de la date de réception du dossier pour l'instruire et rendre un avis. Si votre dossier 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.

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 ;
- un recours auprès de la Commission des recours amiable (CRA) de votre caisse d'Assurance maladie ;
- en cas de refus, vous pouvez engager une procédure auprès du Tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS) ;

- en dernier recours, vous pouvez faire appel auprès de la Cour d'appel et/ou vous pourvoir devant la Cour de cassation.

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

LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SOINS

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

Vous recevrez un formulaire intitulé feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Elle vous permet de ne pas faire l'avance de frais pour les dépenses liées à votre maladie professionnelle. Vous devez la présenter à chaque professionnel de santé, au pharmacien, à l'hôpital si vous êtes hospitalisé, etc.

À l'hôpital, vous ne payez ni le forfait hospitalier, ni les frais de transport s'ils sont justifiés et sous réserve d'une demande d'accord préalable. Les dépassements d'honoraires restent à votre charge.

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

LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

En cas d'arrêt de travail pour maladie professionnelle, des indemnités journalières sont versées, sous certaines conditions, 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).

Le montant de vos indemnités journalières évolue dans le temps : du 1^{er} au 28^e jour d'arrêt, l'indemnité journalière est égale à 60 % du salaire journalier de base et à 80 % à partir du 29^e jour d'arrêt. 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 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.

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 (ATA). L'ATA 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 01 49 93 77 17 entre 14 heures et 16h15).

9. Les prêts bancaires et les assurances

LES CONTRATS D'ASSURANCE

LE PRÊT À LA CONSOMMATION

LE PRÊT IMMOBILIER OU AU LOGEMENT ET LE PRÊT PROFESSIONNEL

LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE

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



Des achats importants nécessitent souvent de recourir à un crédit auprès d'une banque. 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.

Entrée en vigueur en 2007 et renouvelée en 2011 par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations, la Convention AERAS (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) a 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.

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.

LES CONTRATS D'ASSURANCE

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

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

Afin que la surprime éventuelle ne constitue pas une barrière à l'emprunt, la Convention AERAS 2011 prévoit 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 à revenus modestes, les assureurs et les banquiers ont proposé la suppression 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.

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.

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

- être âgé de 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. La Convention AERAS ne s'applique pas, par exemple, au rachat de crédit.

LE PRÊT IMMOBILIER OU AU LOGEMENT ET LE PRÊT PROFESSIONNEL

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

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

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

- votre emprunt ne doit pas dépasser 320 000 euros ;
- votre âge en fin de prêt ne doit pas excéder 70 ans.

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

- 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.

LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE

Elles peuvent être les suivantes :

- l'assurance du prêt est acceptée avec un tarif normal ;
- l'assurance du prêt est accepté, mais avec une surprime (temporaire et dégressive) ;
- l'assurance exclut certains risques comme l'invalidité liée à une pathologie déterminée ;
- le refus est provisoire (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 Taibout, 75009 Paris.

Si vous n'obtenez aucune assurance, vous pouvez :

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

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

- **la Convention AERAS** (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) : un serveur vocal national d'information à votre disposition 7 jours sur 7 et 24 heures/24 joignable au 0821 221 021 (0,12 euro/minute). Son site officiel : www.aeras-infos.fr ;
- sur les questions bancaires, vous pouvez faire appel au « **référént AERAS** » du réseau bancaire dont vous dépendez ;
- **Aidéa** (Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité) : ligne téléphonique de la Ligue nationale contre le cancer, 0810 111 101, prix d'un appel local, du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures ;
- **Vivre Avec** : association de malades qui facilite les démarches administratives pour l'obtention d'un prêt, 0821 21 80 08, numéro indigo, coût 0,12 euro/minute. Site internet : www.vivreavec.org ;
- **Santé Info Droits** : ligne téléphonique du Collectif inter-associatif sur la santé (le CISS) pour toute question juridique ou sociale liée à la santé au 0810 004 333, coût d'un appel local à partir d'un poste fixe ou le 01 53 62 40 30 (pour un appel depuis les DOM-TOM ou à partir d'un portable ou d'un abonnement illimité), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 18 heures et les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures. Site internet : www.leciss.org

10. Les mesures juridiques pour protéger la personne malade

LA MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISÉ
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. Ces aides légales 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 :

http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/guidegestion_patrimoine-2.pdf

LA MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PERSONNALISÉ

La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) est une mesure administrative destinée à aider les personnes 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. Elle est proposée aux personnes dont la santé ou la sécurité sont compromises pour des raisons financières.

Un travailleur social désigné par le conseil général 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 étaient menacées, le conseil général peut alors saisir les autorités judiciaires pour la protéger et mettre en place une mesure d'accompagnement judiciaire.

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 chargée 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.

Les actes de protection des biens qu'un mandataire peut réaliser sans autorisation du juge diffèrent selon le type de mandat : notarié ou sous-seing privé.

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). Il est établi par acte authentique (c'est-à-dire rédigé par un notaire).

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'enregistrements d'environ 125 euros à la charge du mandant).

Lorsque le mandataire constatera vos difficultés, 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.

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

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

LA SAUVEGARDE DE JUSTICE

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

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

Il existe deux types de sauvegarde de justice :

- une sauvegarde judiciaire par le juge des tutelles du tribunal d'instance en attendant le délai d'instruction plus long d'une curatelle ou tutelle. La demande peut se faire par la famille ou un tiers portant un intérêt à la personne déficiente ;

- une sauvegarde médicale à l'initiative du médecin traitant s'il considère que son patient nécessite une protection, pendant la période des soins. Il adresse une déclaration au procureur de la République.

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

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. Elle n'est prononcée que s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante pour la personne. 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 elle 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.

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 l'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 à l'initiative de la personne concernée, du 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.

La tutelle peut être exercée par :

- un conseil de famille (quatre à six membres désignés par le juge) : il désigne un tuteur et un subrogé tuteur qui assiste le tuteur, le surveille voire le remplace en cas de nécessité. 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 ;
- un membre de la famille : c'est la tutelle simplifiée, encore appelée « administration légale sous contrôle judiciaire ». 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 : c'est la gérance de tutelle. Pas de subrogé tuteur ni conseil de famille, mais un tuteur choisi par le juge sur une liste disponible auprès du procureur de la République ;
- l'État, quand la tutelle familiale reste vacante. La tutelle d'État est

confiée au préfet, lequel la délègue au directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales (DDASS), à un notaire ou à une personne physique ou morale (association tutélaire, fondation...) inscrite sur la liste établie annuellement par le procureur de la République.

La tutelle est limitée à cinq ans puis réexaminée.



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

LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE
LE CONGÉ DE SOUTIEN FAMILIAL

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

LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

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

Pour demander ce congé, vous devez adresser votre demande au moins 15 jours avant la date souhaitée, à votre employeur, par lettre recommandée avec accusé de réception 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.

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 1^{er} janvier 2012, le montant de l'allocation est fixé à 53,17 euros par jour (ou à 26,58 euros si le salarié 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 caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou à votre caisse du régime social des indépendants (RSI). 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.

LE CONGÉ DE SOUTIEN FAMILIAL

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

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

Vous devez démontrer votre lien de parenté avec la personne aidée et 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. 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 employer un ou plusieurs membres de sa famille, y compris son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un PACS.

12. Du côté de l'enfant malade

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

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

LES ALLOCATIONS POUR UN ENFANT MALADE

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

L'allocation journalière de présence parentale

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) 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 allocations journalières, correspondant au même nombre de jours d'absence de l'activité professionnelle (dans la limite de 22 allocations par mois).

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

L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable avec :

- des indemnités journalières maladie, maternité, paternité 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 de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- un complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) perçu pour le même enfant ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

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

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

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

Cette allocation vous est versée sans conditions de ressources :

- si votre enfant a moins de 20 ans ;

- si son incapacité est d'au moins 80 % ;
- ou compris 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.

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

Vous devez choisir entre le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap ouverte aux enfants mineurs (voir chapitre 2, *Les principaux interlocuteurs administratifs*).

L'aide aux parents d'enfant handicapé

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

Les parents doivent demander cette allocation auprès de l'administration qui les emploie. Aucune condition de ressource 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 attribuée aux bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) ;

- la participation aux frais de séjours en centres de vacances spécialisés pour handicapés (attribuée également aux enfants majeurs) ;
- la participation aux frais de séjours en centres familiaux de vacances agréés et gîtes de France (attribuée jusqu'à 20 ans).

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, sur une période maximale de trois ans. Il 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 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 de solidarité familiale et le congé de soutien familial (voir chapitre 11, *Les congés d'accompagnement proposés aux proches d'une personne malade*).

L'ENFANT MALADE ET LA SCOLARITÉ

L'école fait partie de la vie sociale normale de l'enfant et de l'adolescent. Elle occupe une part importante de leurs préoccupations quotidiennes. La maladie provoque parfois une rupture au niveau scolaire. Même s'il est nécessaire d'adapter la scolarité à la situation de l'enfant, il est important, 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 classe ordinaire. Il peut alors être orienté vers un enseignement spécialisé.

La scolarité

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

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

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

Pour des informations détaillées sur ces différentes possibilités, vous pouvez en parler à un assistant social ou à l'équipe d'enseignants de l'établissement de santé. Vous pouvez aussi contacter la ligne dédiée du ministère 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.

Dans le cadre de la loi handicap, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) élabore avec les parents un projet personnalisé de scolarisation pour l'enfant handicapé. Rapprochez-vous de votre Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les études supérieures

Peut-il faire des études supérieures ?

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

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

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

Les candidats à un examen ou un concours peuvent bénéficier d'aménagements et d'aides, en fonction de leur situation individuelle :

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

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

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

Les transports

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

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 remboursés directement aux familles ou aux intéressés s'ils sont majeurs ou, le cas échéant, à l'organisme qui en a fait l'avance.

Ils 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 (de droit commun).

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

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 général.

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.

Lorsqu'une scolarisation en milieu ordinaire a été décidée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (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. Les démarches à faire après le décès d'un proche

LES ORGANISMES ET LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE
POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE
POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, ARTISANS ET INDÉPENDANTS
DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

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

L'administration propose un guide en ligne qui synthétise les formalités à accomplir et permet de réaliser certaines démarches administratives : <http://guide-du-deces.modernisation.gouv.fr>

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 Caisse de retraite principale et les retraites complémentaires, pour arrêter les versements et examiner quels sont les droits à une pension de réversion pour le veuf, ou la veuve, qu'il soit ou non remarié ;
- le propriétaire du logement pour un éventuel changement de nom sur le bail ;
- les assurances (véhicules, habitation, etc.) pour effectuer des modifications éventuelles sur les différents contrats en cours ;
- EDF et GDF, 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.

POUR LES SALARIÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE

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

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

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

Le capital décès est une indemnité. Elle permet aux proches de l'assuré de faire face aux frais immédiats entraînés par son décès (notamment les

frais d'obsèques). Elle est versée en priorité aux personnes qui, au moment de son décès, étaient à la charge permanente, totale et effective de l'assuré. Cette indemnité est versée en une seule fois.

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

- en activité ;
- ou titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- 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...).

Ce droit à l'assurance décès est maintenu pendant toute la durée de son indemnisation et les 12 mois suivants. Le montant du capital décès est fixé en fonction du salaire que percevait l'assuré. Il représente environ trois mois de salaires pris en compte dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

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

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.

L'AYANT DROIT

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

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

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

Au décès d'un assuré cotisant ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité, ses ayants droit peuvent percevoir un capital égal à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

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

Certaines conditions sont nécessaires pour obtenir ce capital décès.

Pour les artisans, la personne décédée devait être :

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

Pour un artisan retraité, la personne devait :

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

Un capital égal à 5 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, en plus du capital décès principal, peut être versé aux enfants à charge :

- âgés de moins de 16 ans au jour du décès de l'assuré ;

- âgés de plus de 16 ans et de moins de 20 ans poursuivant des études ou un apprentissage ;
- quel que soit leur âge, mais bénéficiaires d'allocations pour personnes handicapées.

Pour les commerçants, la personne décédée devait :

- être affiliée et avoir cotisé au RSI en tant que commerçant au moment du décès (ou percevoir une pension d'invalidité) ;
- être à jour de toutes les cotisations, vieillesse, invalidité et décès du régime des commerçants.

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

Vous avez un mois pour faire parvenir votre demande à la caisse RSI de l'assuré si vous êtes bénéficiaire prioritaire, et deux ans pour tous les autres.

Index

A

Aides à la personne

- Aide à domicile, p 54, 57
- Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), p 55, 56
- Auxiliaire de vie, p 52, 53, 66
- Chèque emploi service universel (CESU), p 54
- Garde à domicile, p 52, 66
- Hospitalisation à domicile (HAD), p 37, 50, 51, 56
- Plan d'actions personnalisé, p 56
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), p 51
- Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF), p 52, 53

Aides liées au handicap

- Carte d'invalidité, p 23
- Carte de priorité, p 23
- Carte de stationnement, p 23
- Contrat de rééducation professionnelle, p 64, 75

Aides techniques

- Aménagement du domicile, p 58
- Système d'alarme, p 58

Allocations

- Allocation aux adultes handicapés (AAH), p 17, 20, 21, 102
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), p 17, 38, 102, 103
- Allocation journalière de présence parentale (AJPP), p 17, 101, 102, 105
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA), p 49, 53, 56, 57, 92, 99
- Aides aux parents d'enfants handicapés (APEH), p 103
- Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), p 65, 67, 69

- Complément de ressources, p 20, 21
- Complément de salaire, p 62, 63
- Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), p 53
- Majoration pour la vie autonome (MVA), p 20, 22
- Majoration tierce personne (MTP), p 56, 64, 68
- Prestation de compensation du handicap (PCH), p 20, 21, 22, 56, 57, 91, 92, 99, 103

C

Congés

- Congé de grave maladie, p 69, 77
- Congé de longue durée, p 70, 71, 72
- Congé de longue maladie, p 70, 71, 78
- Congé de solidarité familiale, p 97, 98, 105
- Congé de soutien familial, p 97, 98, 105
- Congé de présence parentale, p 104
- Congé enfant malade, p 104

D

Dispositifs d'information pour la personne malade

- Accueils cancer de la Ville de Paris (ACVP), p 9, 10
- Cancer info, p 11, 125
- Centres locaux d'informations et de coordination (CLIC), p 10, 11, 57, 59
- Dispositif d'annonce, p 25, 26
- Espace Ligue Info (ELI), p 9
- Espaces de rencontres et d'information (ERI), p 9, 10
- Kiosques d'information sur le cancer (KIC), p 9, 10
- Réseaux régionaux de cancérologie (RRC), p 10

P

Prêts et assurances bancaires

- Contrat d'assurance de groupe, p 85, 86
- Contrat d'assurance individuelle, p 85, 86
- Convention AERAS, p 85, 86, 87, 88, 89
- Prêt à la consommation, p 85, 87
- Prêt au logement, p 87
- Prêt immobilier, p 85, 86, 87, 88
- Prêt professionnel, p 85, 87

Protection juridique

- Curatelle, p 7, 91, 93, 94, 95
- Mandat de protection future, p 91, 92, 93
- Mesure d'accompagnement social personnalisé, p 91, 92
- Sauvegarde de justice, p 91, 93, 94
- Tutelle, p 7, 30, 91, 93, 94, 95, 96

Protection sociale

- Aide médicale de l'État (AME), p 14, 25, 36, 38, 44, 45, 46
- Aide médicale de l'État à titre humanitaire, p 45
- Aide pour une complémentaire de santé, p 16
- Carte européenne d'assurance maladie, p 44
- Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), p 15, 16, 25, 36, 38, 39
- Couverture maladie universelle de base (CMU), p 13, 14, 15

R

Régimes sociaux

- Agents contractuels de la fonction publique, p 61, 69, 73, 77
- Agents titulaires de la fonction publique, p 61, 70, 73, 77
- Demandeurs d'emploi, p 61, 72
- Régime agricole, p 13, 14, 21, 22, 49, 75, 79, 82, 110
- Régime social général des salariés, p 13, 56, 61, 73, 75, 79, 82, 83, 84, 102, 109, 110
- Régime social des indépendants (RSI), p 13, 14, 68, 69, 98

S

Services administratifs

- Caisse d'allocations familiales (CAF), p 7, 13, 17, 21, 22, 49, 101, 109
- Centre communal d'action sociale (CCAS), p 8, 13, 16, 17, 23, 45, 49, 58, 59
- Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), p 17, 19, 20, 21, 75, 76, 103, 106, 107, 108
- Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), p 32
- Commission de conciliation et d'indemnisation, p 25, 33, 34
- Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), p 13, 17, 18, 50, 75, 76, 103, 106

Structures d'accueil

- Centre d'hébergement, p 45, 49
- Foyer logement, p 48
- Services de soins de suite et de réadaptation, p 7, 48

T

Termes administratifs

- Accord préalable, p 40, 41, 82
- Affection de longue durée (ALD), p 35, 37, 38, 40, 62, 64, 68
- Ayant droit, p 31, 111
- Carte vitale, p 25, 35, 44
- Dépassements d'honoraires, p 37, 39, 82
- Directives anticipées, p 25, 27, 29
- Dossier médical, p 25, 27, 29, 30, 31
- Frais de transport, p 40, 76, 82, 106, 107
- Franchise médicale, p 15, 36, 37
- Honoraires libres, p 39
- Indemnités journalières, p 14, 25, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 71, 72, 74, 77, 79, 83, 102
- Le reste à charge, p 36, 37
- Médecin traitant, p 25, 26, 28, 31, 35, 36, 51, 66, 73, 74, 81, 88, 94, 96, 104
- Pension d'invalidité, p 64, 65, 66, 67, 68, 69, 110, 111, 112, 113
- Personne de confiance, p 25, 27, 28, 29
- Protocole de soins, p 35, 36
- Retraite pour inaptitude au travail, p 66, 68, 69
- Temps complet, p 50, 73, 74, 77
- Temps partiel thérapeutique, p 73, 74, 75, 78
- Visite de préreprise, p 73, 74
- Visite de reprise, p 73

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
- **ARDH** Aide au retour à domicile après hospitalisation
- **AERAS** Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
- **AIDÉA** Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité
- **AJPP** Allocation journalière de présence parentale
- **ALD** Affection de longue durée
- **AME** Aide médicale de l'État
- **APA** Allocation personnalisée d'autonomie
- **APE** Allocation parentale d'éducation
- **APEH** Allocation aux parents (fonctionnaires) d'enfants handicapés
- **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
- **CISS** Collectif interassociatif sur la santé
- **CLCC** Centre de lutte contre le cancer
- **CLIC** Centre local d'information et de coordination
- **CMU** Couverture maladie universelle de base
- **CMUC** Couverture maladie universelle complémentaire
- **CNED** Centre national d'enseignement à distance
- **CROUS** Centre régional d'œuvres universitaires scolaires
- **CRRMP** Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

- **CRUQPC** Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

E

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

F

- **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

R

- **RSI** Régime social des indépendants

S

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

T

- **TISF** Technicien de l'intervention sociale et familiale

U

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

Liste des sites internet

- www.accueil-temporaire.com
(Centres d'hébergement - Places disponibles)
- www.paris.fr > Recherche « Accueils cancer »
(Accueils cancer de la Ville de Paris)
- www.aeras-infos.fr
(Convention AERAS)
- www.ameli.fr
(Assurance maladie)
- www.annuaire-aas.com
(Annuaire des associations de santé)
- www.caf.fr
(Caisses d'allocations familiales)
- www.cesu.urssaf.fr
(Droits liés au chèque emploi service universel)
- <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>
(Centre local d'information et de coordination)
- <http://www.oniam.fr/crci/presentation/>
(Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux)
- www.droitsdesmalades.fr
(Site internet du CISS dédié aux personnes malades)
- www.crous.fr
(Centre régional d'œuvres universitaires scolaires)
- www.e-cancer.fr
(Institut national du cancer)

- **www.fnehad.fr**
(Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile)
- **www.fonction-publique.gouv.fr** > Rubrique « Être fonctionnaire »
(Site de la fonction publique, informations sur le régime des fonctionnaires)
- **www.has-sante.fr**
(Haute Autorité de santé)
- **www.hopital.fr**
(Hôpital : démarches, droits,...)
- **www.inrs.fr** > Recherche simple « Tableaux des maladies professionnelles »
(Institut national de recherche et de sécurité)
- **www.justice.gouv.fr** >
(Droits et démarches)
- **www.leciss.org**
(Collectif interassociatif sur la santé (CISS))
- **www.ligue-cancer.net**
(Ligue nationale contre le cancer)
- **www.msa.fr**
(Mutualité sociale agricole)
- **www.rsi.fr**
(Régime social des indépendants)
- **www.sante.gouv.fr**
(Site du ministère de la santé sur lequel on trouve, notamment, la Charte et droits de la personne hospitalisée : reprise simplifiée des principales références du code de la santé publique concernant les droits des patients, dossier médical, personne de confiance)

- **www.securitesoins.fr**
(Pôle santé et sécurité des soins du défenseur des droits)
- **www.servicealapersonne.gouv.fr**
(Agence nationale des services à la personne > Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD))
- **www.service-public.fr**
(Site officiel de l'administration française)
- **www.sup.adc.education.fr**
(Portail institutionnel de l'éducation nationale pour la vie étudiante dans l'enseignement supérieur)
- **www.ticket-cesu.fr**
(Chèque emploi service universel)
- **www.travail-emploi-sante.gouv.fr**
(Site du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé)
- **www.una.fr**
(Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles)
- **www.unicancer.fr**
(Groupe UNICANCER)
- **www.vivreavec.org**
(Association d'aide aux malades dans la constitution d'un dossier d'accès à un prêt bancaire et à son assurance)

Liste des lignes téléphoniques

- **Cancer info, 0810 810 821**, du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures, le samedi de 9 heures à 14 heures, prix d'un appel local depuis un poste fixe. 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 du Collectif interassociatif sur la santé (le CISS), **0810 004 333** (numéro Azur depuis un poste fixe) ou **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. Site internet : www.leciss.org
- **Droit des Malades Info, 0810 51 51 51** (n° Azur, coût d'une communication locale), les mardis, mercredis, jeudis de 17 heures à 20 heures et le vendredi de 14 heures à 18 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.
- **Securitesoins écoute, 0810 455 455**, du lundi au vendredi, de 9 heures à 20 heures, prix d'un appel local depuis un poste fixe. Le Pôle santé et sécurité 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. Site internet : www.securitesoins.fr
- **L'Agence nationale des services à la personne** propose un numéro de téléphone, le **3211**, du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures et le samedi de 8 heures à 12 heures (prix d'un appel local depuis un poste fixe). Site internet : www.servicealapersonne.gouv.fr
- Un serveur vocal national d'information sur la **Convention AERAS, 0821 221 021**, 7 jours sur 7 et 24 heures/24 (0,12 euro/minute). Site internet : www.areas.fr

- **Aidéa** (Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité), ligne téléphonique de la Ligue nationale contre le cancer, **0810 111 101**, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures, prix d'un appel local depuis un poste fixe.
- **Vivre Avec**, **0821 21 80 08**, (numéro Indigo 0,12 euro/minute depuis un poste fixe). Permet aux personnes malades d'améliorer l'accès à l'assurance de prêts bancaires en simplifiant les démarches administratives. Site internet : **www.vivreavec.org**
- **L'Assurance maladie** propose un numéro d'appel unique, le **3646** (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe), pour des informations sur votre situation.
- **Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé** donne des renseignements notamment 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 Indigo 0,12 euro/minute depuis un poste fixe). Site internet : **www.sante.gouv.fr**
- **L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)** met à votre disposition un numéro Azur, **0810 600 160**, du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures. Site internet : **www.oniam.fr**

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 nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur du système de soins. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé, des textes réglementaires en vigueur et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Nous remercions chaleureusement 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 2012

- **Alexandra Brienne**, chef de projet, département information des malades et des proches, Direction de l'information des publics, Institut national du cancer

Relecteurs de la mise à jour 2012

- **Laurence Bot**, IDE coordinatrice Onco-Pneumologie, CHU de Rennes
- **Anne-Marie Bourdereau**, Régime social des indépendants, chargée de communication, Direction de la communication
- **Anne Bridel**, Accompagnatrice Santé, Espace de rencontres et d'information, Centre Eugène Marquis, Rennes
- **Nathalie Ferrand**, infirmière coordinatrice, Groupe hospitalier Mutualiste de Grenoble
- **Marie-Thérèse Garnier**, infirmière coordinatrice, réseau Onconord
- **Véronique Kornmann**, chargée de mission Droits des personnes Pôle sociétal, Ligue nationale contre le cancer
- Les équipes des directions de la compensation et de la communication de la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**
- **Marie-Hélène Monira**, responsable Service social, Institut Bergonié, Bordeaux
- **M. De La Noe-Augris, V. Deldossi, M. Lenain, F. L'Helgoualc'h, N. Cormont, D. Cariller, P. Barroso**, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, direction de la santé

- **Florence Navattoni**, coordinatrice adjointe de Santé Info Droits, CISS-Collectif interassociatif sur la santé
- **Michelle Peyraud**, directrice adjointe aux Services à la population et directrice du Centre communal d'action sociale, Tulle
- **Michèle Seailles**, assistante sociale, Accueil cancer de la Ville de Paris

Coordination du guide 2009

- **J.-M. Dilhuydy**, oncologue radiothérapeute, président du groupe de recherche action-médico-sociale d'Aquitaine (GRAMSA) Institut Bergonié, Bordeaux (coordonnateur)
- **M.-H. Monira**, cadre socioéducatif, trésorière du groupe de recherche action-médico-sociale d'Aquitaine (GRAMSA) Institut Bergonié, Bordeaux (coordonnatrice)
- **J. Dupré**, assistante sociale, Centre Paul Papin, Angers (coordonnatrice)
- **J. Ménager**, membre du Réseau des malades, Ligue nationale contre le cancer, Paris

Groupe de travail pour la mise à jour 2009

- **V. Anagnan**, infirmière coordinatrice, Réseau Onco94, Chevilly-la-Rue
- **L. Berthet**, psychiatre, Hôpital Pasteur, Nice
- **M. Bombail**, directeur des soins, Institut Claudius Regaud, Toulouse
- **D. Clairet**, cadre socioéducatif, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- **D. Houel**, juriste, Centre François Baclesse, Caen
- **S. Jaeggy**, chef de projets, Réseau régional de cancérologie CAROL, Strasbourg
- **V. Kornmann**, chargée de mission, droit des malades, Ligue nationale contre le cancer, Paris
- **M.-P. Liebard**, coordinatrice, Ligue nationale contre le cancer, Tulle
- **M. Marty**, médecin conseil, CNAMTS, Paris
- **M. Perrault**, directrice du Centre communal d'action sociale, Tulle
- **V. Riffart**, coordonnatrice du service social, Centre hospitalier universitaire, Kremlin Bicêtre
- **M. Vacherand**, médecin du travail, Arnemasse

Les guides Cancer info actuellement disponibles

Les cancers

- Les traitements du cancer du foie (2011)
- La polypose adénomateuse familiale (2011)
- Les traitements du cancer invasif du col de l'utérus (2011)
- Les traitements des cancers de l'ovaire (2010)
- Les traitements du cancer de la prostate (2010)
- Les traitements du mélanome de la peau (2010)
- Les traitements du cancer du rectum (2010)
- Les tumeurs du cerveau (2010)
- Les traitements des cancers du poumon (2010)
- Les traitements du cancer du côlon (2010)
- Mon enfant a un cancer (2009)
- Comprendre le cancer du sein (2007)

Les traitements et la recherche clinique

- Comprendre la radiothérapie (2009)
- Comprendre la chimiothérapie (2009)
- Les essais cliniques (2007)

La vie avec un cancer

- Démarches sociales et cancer (2012)
- Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)
- Douleur et cancer (2007)
- Vivre pendant et après un cancer (2007)
- Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)
- Fatigue et cancer (2005)

Pour télécharger ou commander gratuitement ces guides



Notes

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



Édité par l'Institut National du Cancer
Tous droits réservés – Siren 185 512 777
Conception/réalisation : INCa
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations : droits réservés
Impression : LA GALIOTE PRENANT
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL MARS 2012

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.

