

Démarches sociales & cancer

Guide d'information et de dialogue à l'usage
des personnes malades et de leurs proches



Lorsque survient un cancer, il n'est pas rare de voir apparaître des difficultés sociales diverses qui peuvent nécessiter des démarches avec différents services sociaux et administratifs. Repérer ces difficultés le plus tôt possible permet de les résoudre plus facilement.

Ce guide d'information et de dialogue a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à mieux appréhender les démarches sociales qui pourraient être nécessaires tout au long de la maladie.

Une information compréhensible et adaptée permet de mieux affronter la maladie et les difficultés qu'elle peut entraîner. C'est l'objectif de ce guide : tenter d'expliquer, avec des mots que nous avons souhaités simples et clairs, les droits sociaux et les démarches à mener.

Ce guide constitue un support d'information sur les droits sociaux auxquels les patients atteints de cancer peuvent prétendre tout au long de leur maladie. Les démarches sociales varient en fonction de chaque situation : une assistante sociale peut apporter des informations spécifiques.

Ce guide ne se substitue pas aux informations proposées par l'assistante sociale et ne remplace pas la relation individuelle et personnelle entre l'assistante sociale et la personne malade.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide propose des informations sur les démarches sociales liées à un cancer. Certaines informations sont relatives à l'enfant, d'autres à l'adulte ; certaines sont communes aux deux.

Les chapitres de ce guide se lisent de façon indépendante. Ils peuvent être consultés en fonction des besoins d'information de chacun.

Nous remercions Ortho Biotech, Division de Janssen-Cilag, pour sa participation à l'édition et la diffusion de ce guide sans aucune implication scientifique et financière dans la phase d'élaboration.

Copyright © FNCLCC 2004 – Tous droits réservés

Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)
101, rue de Tolbiac 75013 Paris
Tél : 01 44 23 04 68 – Fax : 01 45 82 07 59
E-mail : fnclcc@fnclcc.fr – Internet : www.fnclcc.fr

La Ligue Nationale Contre le Cancer
Tél : 01 53 55 24 00 – Fax : 01 43 36 91 10
Internet : www.ligue-cancer.asso.fr

Cancer info service : 0 810 810 821 (N° Azur, prix d'un appel local)

Démarches sociales & cancer

Guide d'information et de dialogue à l'usage
des personnes malades et de leurs proches



Sommaire

Les SOR SAVOIR PATIENT	9
1 Les structures de soins en cancérologie	11
2 L'information médicale : le dossier médical	14
3 Les services administratifs	16
4 La Couverture Maladie Universelle	19
5 L'Aide Médicale de l'État	22
6 La prise en charge des soins	24
7 Vos revenus pendant un arrêt de travail	33
8 La reprise du travail	42
9 Les cancers professionnels	46
10 Les aides à domicile	49

11 Le congé de solidarité familiale **55**

12 Les mesures de protection **56**

13 Le soutien psychologique **57**

14 Les structures d'accueil **58**

15 L'accès à un prêt bancaire **60**

16 Après le décès d'un proche **63**

17 Être aidé face aux difficultés sociales **66**

Du côté de l'enfant... **71**

Membres du groupe de travail

Coordonnateurs :

J.-M. Dilhuydy, oncologue radiothérapeute, Institut Bergonié, Bordeaux ;
M.-H. Monira, cadre socio-éducatif, Institut Bergonié, Bordeaux ;
J. Dupré, assistante sociale, Centre Paul Papin, Angers ;
J. Ménager, membre du Réseau des malades, Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris.

Méthodologiste :

S. Brusco, FNCLCC, Paris (chargée de mission en santé).

M. Gey, cadre socio-éducatif, Institut Paoli-Calmettes, Marseille ;
M. Bombail, infirmière générale, Institut Claudius Régaud, Toulouse ;
M. Lecavelier, assistante sociale, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ;
D. Clairet, assistante sociale, Centre François Baclesse, Caen ; **G. Galy**,
cadre socio-éducatif, Institut Gustave-Roussy, Villejuif ; **M. Malherbe**,
assistante sociale, Centre François Baclesse, Caen ; **J. Carretier**, chargé
de mission en santé, FNCLCC, Paris ; **L. Leichtnam-Dugarin**, chargée
de mission en santé, FNCLCC, Paris ; **V. Delavigne**, linguiste, FNCLCC,
Paris ; **B. Fervers**, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon.

Nous remercions toutes les personnes qui nous ont aidés à réaliser ce guide : le groupe réinsertion de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer ainsi que les travailleurs sociaux des 20 Centres Régionaux.

Relecteurs

V. Arqué, assistante sociale, Centre Hospitalier Universitaire, Nancy ; **A. Baron**, cadre infirmier, Institut de formation en Soins Infirmiers (IFSI) hôpital Tenon, Paris ; **A. Baron**, directrice adjointe, Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine, Bordeaux ; **P. Berard**, pédiatre oncologue, Centre Léon Bérard, Lyon ; **C. Bergeron**, responsable communication, Institut Bergonié, Bordeaux ; **C. Boucherat-Lamoury**, conciliatrice de justice, Paris ; **O. Bouvard**, assistante sociale, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand ; **E. Bouvet**, Ligue Nationale Contre le Cancer, Comité de l'Ain, Bourg-en-Bresse ; **J. Bouyoux**, attachée de direction, service de la Prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Tulle ; **F. Breuil**, assistante sociale, Centre Antoine Lacassagne, Nice ; **J. Brothier**, coordinatrice, action sociale Centre Hospitalier Universitaire, Bordeaux ; **J. Brugère**, conseiller médical, Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris ; **C. Chaussumier**, psychologue, Unité de Soins Palliatifs Centre Hospitalier, Tulle ; **C. Chede**, assistante sociale, Centre Hospitalier, Montluçon ; **A. Chollet**, cadre socio-éducatif, Institut Curie, Paris ; **D. Connan**, responsable communication, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **T. Couvert-Leroy**, médiateur social, Communauté d'Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines ; **C. Dalm**, médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, (DRTEFP), Bordeaux ; **F. Debellefontaine**, infirmière, soins infirmiers à domicile, Paris ; **F. De Hoorne**, cadre infirmière, Centre Hospitalier Vincent, Lille ; **M.-M. Deruffe**, responsable adjointe service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Lyon, Villeurbanne ; **F. Doralewski**, assistante sociale, Institut Jean Godinot, Reims ; **C. Drevet**, assistante sociale, Centre Léon-Bérard, Lyon ; **S. Dupouy**, responsable adjointe communication, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Aquitaine ; Bordeaux ; **S. Faveau**, assistante sociale, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; **B. Félix**, assistante sociale, Agence Cancer de la Ville de Paris, Paris ; **A. Festa**, responsable Espace Rencontres Informations (ERI), Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris ; **O. Frezet**, assistant social, Maison de Santé Protestante, Talence ; **R. Gagnayre**, professeur des universités en éducation thérapeutique, Bobigny ; **N. Gatz**, assistante sociale, Centre Catherine de Sienne, Nantes ; **H. Hartmann**,

attachée de presse, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **A. Héricord**, assistante sociale, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris ; **M. Heriot Dintroz**, prévention-éducation sanitaire, Mutualité Sociale Agricole, Franche-Comté ; **L. Huon**, assistante sociale, Centre Hospitalier Général, Blinis ; **P. Keusch**, assistante sociale, Centre Hospitalier, Beauvais ; **C. Largeteau**, assistante sociale, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **C. Leloup**, assistante sociale, Centre Hospitalier Universitaire, Clermont-Ferrand ; **M.-P. Liebard**, coordinatrice du dispositif de maintien à domicile, Ligue Nationale Contre le Cancer, Corrèze ; **T. Lopez**, cadre socio-éducatif, Centre Hospitalier Universitaire de Mondor, Créteil ; **M. Malgras**, cadre socio-éducatif, Centre Hospitalier Universitaire, Angers ; **D. Martin**, assistante sociale, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **R. Martin**, responsable régionale, service social, Caisse Régionale d'Assurance Maladie Aquitaine, Bordeaux ; **C. Martray**, conseillère technique, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris ; **C. Maurey Forquy**, cadre socio-éducatif, Hôpital Necker, Paris ; **F. Maurice**, cadre de santé, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **S. Mazerand-Labouteley**, assistante sociale, Centre Hospitalier Universitaire, Vandœuvre-lès-Nancy ; **F. May-Levin**, conseillère médicale, Ligue Nationale contre le Cancer, Paris ; **C. Montaigu**, assistante sociale, Agence Cancer de la Ville de Paris, Paris ; **M.-A. Moulin**, membre, Réseau des malades de la Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris ; **E. Naas**, assistante sociale, Centre Paul Strauss, Strasbourg ; **G. Parmentier**, secrétaire national, Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie, Paris ; **A. Pascarel**, conseillère technique en travail social, DASSES, Tulle ; **S. Piquet**, assistante sociale, Centre Léon-Bérard, Lyon ; **S. Poli**, chargée de communication, Centre René Gauducheau, Saint-Herblain ; **M.-T. Pral**, assistante sociale, Centre Léon-Bérard, Lyon ; **G. Prince**, assistante sociale, Maison de Santé Protestante Bagatelle, Talence ; **H. Pujol**, président, Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris ; **H. Quelme**, cadre socio-éducatif, coordinatrice du service du personnel l'AP-HP, Paris ; **M.-P. Queval**, assistante sociale, Centre Hospitalier Universitaire, Amiens ; **C. Richard-Lebailly**, assistante sociale, Hôpital Paul Brousse, Villejuif ; **M.-F. Ruais**, cadre socio-éducatif, Centre Hospitalier Universitaire, Nancy ; **G. Rucay**, conseiller social, Ministère de l'Outre-Mer, Paris ; **F. Sallé**, infirmière générale adjointe, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **E. Sardou**, assistante sociale, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **P. Semiao-Rabilloud**, Directrice d'Amoena,

prothèses mammaires, Champagne ; **D. Serin**, oncologue, Clinique Sainte-Catherine, Avignon ; **M.-H. Simard**, assistante sociale, Institut Jean Godinot, Reims ; **S. Sourzac**, assistante sociale, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **E. Tinland**, cadre socio-éducatif, Hôpital de l'Hôtel Dieu, Lyon ; **K. Tomatis**, assistante sociale, Centre Antoine Lacassagne, Nice ; **M. Vacherand-Denand**, médecin du travail, Annemasse ; **M.-P. Vanpeenue**, assistante sociale, Centre Oscar Lambret, Lille ; **G. Vincent**, délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF), Paris ; **A. Winock**, prévention-éducation sanitaire, Mutuelle Sociale Agricole (MSA), Bagnolet.

Membres du comité d'organisation des SOR

T. Philip, directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif) ; **B. Fervers**, directeur adjoint des SOR, oncologue médical, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif) ; **P. Bey**, représentant du Conseil d'administration de la FNCLCC, radiothérapeute, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif) ; **D. Maigne**, délégué général de la FNCLCC, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif).

A. Bataillard, coordinatrice des SOR spécialistes, médecin généraliste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **G. Gory-Delabaere**, méthodologiste, pharmacien, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **L. Bosquet**, méthodologiste adjoint, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **N. Fabre**, méthodologiste adjoint, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **S. Rousmans**, méthodologiste adjoint, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **E. Luporsi**, méthodologiste associé, oncologue médical, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **S. Theobald**, méthodologiste associé, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **F. Farsi**, référent réseau, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes).

J. Carrelier, méthodologiste, responsable des SOR SAVOIR PATIENT, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **L. Leichtnam-Dugarin**, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **S. Brusco**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **V. Delavigne**, linguiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **E. Esteves**, assistante, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT).

M. Haugh, responsable SOR projets internationaux, biochimiste, FNCLCC, Paris (Projets internationaux) ; **V. Millot**, assistante de gestion, FNCLCC, Paris (Projets internationaux).

S. Guillo, documentaliste scientifique, FNCLCC, Paris (Documentation) ; **A.G. Guy**, technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris (Documentation).

S. Debuiche, responsable administrative, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial), H. Borges-Paninho, chargée de l'édition des documents, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial) ; **D. Gouvrit**, assistante, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial) ; **L. Pretet**, assistante, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial) ; **E. Sabatier**, secrétaire, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial).

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes touchées par la maladie qui, par leur participation active et leurs commentaires ont considérablement contribué à l'élaboration de ce guide : Alexandra T., Béatrice R., Caroline R., Dominique D., Geneviève C., Joëlle M., Sylvette M., et tous les autres.

Merci à Joëlle MENAGER pour la réalisation des illustrations du guide Démarches Sociales & Cancer.

Le programme SOR SAVOIR PATIENT (Standards, Options et Recommandations pour le savoir des patients) est mené depuis 1998 par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) et les 20 Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer (CRLCC), en collaboration avec la Ligue Nationale Contre le Cancer, la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération Nationale de Cancérologie des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires (FNCCHRU) et la Fédération Française de Cancérologie des Centres Hospitaliers Généraux (FFCCHG).

Ce programme vise à :

- mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée ;
- faire mieux comprendre la maladie et ses traitements ;
- faciliter le dialogue entre les patients, leurs proches, le médecin et l'équipe soignante ;
- permettre aux patients de participer aux choix de leurs traitements.

Des guides pour les personnes malades et leurs proches

Ce programme a permis d'élaborer des guides d'information et de dialogue pour différents cancers, à destination des personnes malades et de leurs proches.

Les informations médicales contenues dans ces guides sont issues de documents scientifiques élaborés par des experts spécialistes du cancer : les Standards, Options et Recommandations, abrégés en SOR.

Les SOR destinés aux médecins spécialistes résument les résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques dans le domaine du cancer. Ces documents définissent les traitements existants pour les différents cancers et distinguent les standards, les options et les recommandations. Les SOR ont pour objectif d'aider les médecins à choisir les meilleurs traitements pour leurs patients. Ces recommandations pour la pratique clinique sont disponibles auprès de la FNCLCC (101, rue de Tolbiac, 75013 PARIS, Tél. 01 44 23 04 68, www.fnclcc.fr).

Comment ce guide a-t-il été élaboré ?

Les informations relatives aux prestations sociales et aux droits sociaux du guide *Démarches sociales & cancer* sont extraites des textes de loi applicables en France à ce jour. Ces informations peuvent évoluer en fonction des nouvelles dispositions légales. Il est donc vivement conseillé de se référer aux textes de lois en vigueur pour vérifier les éventuelles modifications. Une assistante sociale de l'établissement de soins ou vous êtes suivi ou de votre domicile peut vous renseigner.

Démarches sociales & cancer s'appuie également sur le guide *Prévoir Demain : La réinsertion des patients traités pour cancers*, réalisé en partenariat avec la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, la Fondation Coloplast pour la qualité de vie et la Ligue Nationale Contre le Cancer. Ce document est disponible auprès de la FNCLCC (101, rue de Tolbiac, 75013 PARIS, Tél. 01 44 23 04 68, www.fnclcc.fr).

Ce guide SOR SAVOIR PATIENT a été réalisé par une équipe pluridisciplinaire qui associe des assistantes sociales, des spécialistes du cancer, des professionnels paramédicaux, des chargés de mission en santé, des psychologues et une spécialiste du langage (voir la liste des membres du groupe de travail p.4).

Des patients et d'anciens patients traités pour un cancer accompagnés de proches ont été impliqués dans ce travail lors de réunions, d'entretiens individuels et à l'aide de questionnaires. Leur participation a permis d'adapter les informations aux besoins qu'ils ont exprimés. Certains d'entre eux ont participé directement à la rédaction de ce guide.

L'ensemble des informations du document a été validé par des assistantes sociales et des professionnels de santé spécialistes du cancer (voir la liste des membres du groupe de travail et des relecteurs p.4 et 5).

1 *Les structures de soins en cancérologie*

Les différents établissements de soins	11
La prise en charge de la douleur	12
Les unités de soins palliatifs	13

Lorsque le diagnostic de cancer est posé, les personnes demandent souvent « **Dans quel établissement dois-je faire mon traitement ?** ».

Parfois, le médecin qui a posé le diagnostic conseille un établissement de soins. Vous pouvez choisir l'établissement dans lequel vous désirez être soigné. Ce choix se fait avec votre médecin dans une relation de confiance. Il vous explique toutes les différences médicales et administratives de ces établissements.

Le cancer est une maladie qui peut demander plusieurs traitements associés, comme une chirurgie, une radiothérapie, une chimiothérapie ou d'autres traitements. Généralement, les établissements de soins spécialisés en cancérologie permettent d'effectuer tous vos traitements dans un même endroit ou sur un même site. Ils vous proposent ainsi une équipe pluridisciplinaire composée de nombreux professionnels de santé : un oncologue, un radiothérapeute, un chimiothérapeute, un chirurgien, une infirmière, une aide soignante, un masseur-kinésithérapeute, une nutritionniste, une assistante sociale, etc. L'équipe définit avec vous la prise en charge médicale, paramédicale et sociale la mieux adaptée à votre cancer.

Les différents établissements de soins

Les établissements de soins doivent permettre à toute personne de recevoir les soins nécessaires à sa santé. En France, le système hospitalier se compose d'établissements de santé publics et privés.

- Il existe différents établissements de soins qui traitent les cancers :
- **les établissements publics** rattachés à une collectivité locale ; ils assurent une mission de service public ;
 - les Centres Hospitaliers (CH) ;

Les structures de soins en cancérologie

- les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) qui ont une vocation régionale de haute spécialisation ;
- les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui, en plus des soins, ont une activité de formation des professionnels de santé et de recherche ;
- **les établissements privés à but non lucratif** : certains sont spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer comme les Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer (CRLCC). Ils sont répartis dans seize régions de France et sont financés par l'Assurance maladie et contrôlés par le ministère de la Santé dans les mêmes conditions que les hôpitaux publics. Comme dans les établissements publics, les médecins qui exercent dans ces établissements sont salariés de l'établissement.
- **les établissements privés** (cliniques) : les médecins qui y exercent sont en majorité des médecins libéraux. Ces établissements obéissent à la même réglementation que tous les établissements de santé et sont soumis aux contrôles des médecins conseil de l'Assurance maladie et des médecins inspecteurs de la santé.



Renseignez-vous auprès de l'établissement choisi pour connaître les modalités de prise en charge financière de vos soins et en particulier les dépassements d'honoraires médicaux et les prestations particulières que vous pourriez demander (chambre particulière, télévision, téléphone, etc.).

La prise en charge de la douleur

Le cancer et ses traitements peuvent parfois engendrer des douleurs de différente nature. La douleur peut avoir des conséquences au niveau physique, psychologique et social.

Au cours de la maladie, la douleur peut évoluer. L'apparition ou la réapparition de la douleur entraîne une souffrance générale et altère la qualité de vie de la personne malade.

Les mécanismes de la douleur et la manière dont elle se propage dans l'organisme sont des phénomènes complexes. Ils commencent à être

mieux connus aujourd'hui. Néanmoins, la perception individuelle de la douleur et son appréciation varient en fonction de chaque personne. C'est la raison pour laquelle la douleur doit être traitée de façon individuelle. De nombreux progrès ont été réalisés dans ce domaine et la majorité des douleurs peuvent être aujourd'hui contrôlées de façon efficace et sans risque.

Il existe dans les établissements de soins des consultations contre la douleur. N'hésitez pas à en parler au médecin oncologue qui vous suit et à votre médecin traitant. Ils pourront vous donner des informations complémentaires sur ces consultations.

Des informations détaillées sur la douleur seront disponibles dans le SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre la douleur*, à paraître.



Les unités de soins palliatifs

Les unités de soins palliatifs permettent d'accueillir des personnes dont l'état général est fragilisé par la maladie et ses traitements. Cela permet à la personne malade de bénéficier d'une prise en charge adaptée à sa situation en favorisant son confort (physique, psychologique et social).

Les missions des unités de soins palliatifs sont aussi d'accompagner les personnes malades en fin de vie. Elles aident également les familles dans leur travail de deuil.

Selon les départements, il existe des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements de soins. Ces équipes se déplacent, sur demande médicale, dans les différents services ou à domicile.

N'hésitez pas à en parler au médecin spécialiste qui vous suit et à votre médecin traitant.

La prise en charge administrative des unités de soins palliatifs est la même que dans les établissements de soins.

Pour connaître les coordonnées des unités de soins palliatifs, renseignez-vous auprès d'une assistante sociale ou du médecin de l'établissement de soins.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé », toute personne qui en fait la demande peut accéder directement et personnellement à l'ensemble des informations médicales la concernant, et notamment à son dossier médical.

Des informations détaillées sur cette loi se trouvent dans le **Journal Officiel (J.O.) n° 54 du 5 mars 2002, décret du 29 avril 2002**. Ce texte de loi est disponible sur le site internet de la Ligue Nationale Contre le Cancer, www.ligue-cancer.asso.fr.

Comment accéder à son dossier médical ?

Le dossier médical rassemble l'ensemble des informations concernant votre maladie.



Pour consulter votre dossier médical, vous devez :

- adresser une lettre recommandée avec accusé de réception au directeur de l'hôpital ;
- préciser dans votre lettre le motif de votre demande ;
- préciser si vous souhaitez consulter votre dossier à l'hôpital ou à domicile (les copies du dossier sont facturées au demandeur) ;

- préciser si vous souhaitez être seul ou accompagné par la personne de votre choix.

Vous devez obtenir une réponse dans un délai de huit jours à compter de la réception de votre lettre. Si les informations contenues dans votre dossier remontent à plus de cinq ans, un délai de deux mois est nécessaire.

Si vous n'avez pas de réponse au bout d'un mois, vous devez renouveler votre demande de la même façon (lettre recommandée avec accusé de réception).

À l'expiration de ce délai, vous pouvez vous adresser à la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA), organisme de protection des usagers qui pourra vous aider dans vos démarches : CADA - 66, rue de Bellechasse - 75007 Paris.



En ce qui concerne les mineurs, les personnes responsables de l'enfant peuvent avoir accès à son dossier médical, sauf si l'enfant s'y oppose.

L'ayant droit (voir « Qu'est-ce qu'un ayant droit » p. 28) d'une personne décédée peut accéder à son dossier médical. Pour cela, il doit donner précisément les raisons de cette demande d'informations : connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt, faire valoir les droits du demandeur, etc.

Ce droit ne pourra s'exercer que si la personne n'a pas exprimé de volonté écrite contraire avant son décès.

La loi précise également la nature et l'étendue des informations qui peuvent être consultées. La présence d'un médecin est conseillée lors de la consultation du dossier. Cette présence vise à protéger la personne malade de la découverte brutale d'informations et permet d'expliquer les termes techniques qui pourraient être mal interprétés.

La Sécurité sociale	16
La Caisse d'Allocations Familiales	17
L'Action Sanitaire et Sociale	17
La Commission Départementale d'Éducation Spéciale	17
La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel	18



La Sécurité sociale

Le terme de Sécurité sociale recouvre l'ensemble des régimes obligatoires de protection sociale qui assurent à leurs bénéficiaires et leurs ayants droit une protection pour les risques de maladie, maternité, invalidité, accident du travail et maladie professionnelle.

Selon la situation personnelle et professionnelle des personnes, celles-ci bénéficient d'un ensemble de dispositions qui les affilient à un régime et donc à une Caisse d'Assurance Maladie particulière : le Régime Général des Salariés, le Régime Agricole (exploitants et salariés), l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes, etc.

Les personnes salariées de l'industrie, du commerce et assimilées, les personnes sans activité et titulaires de certaines allocations (allocation chômage, pensions, rentes, etc.) bénéficient du régime général.

Les personnes exploitantes et salariées agricoles relèvent de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Les personnes salariées de la SNCF, de la RATP, les agents d'EDF-GDF, les fonctionnaires, les marins, les militaires, les enseignants, etc. ont leur propre régime de Sécurité sociale.

Les artisans, les commerçants, les industriels et les professions libérales sont rattachés à l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI).

La Caisse d'Allocations Familiales



La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) est un organisme public qui étudie et alloue aux familles, sous certaines conditions, différentes allocations (prestations) en fonction de leur situation sociale, familiale et financière. Elle effectue et contrôle le paiement de ces prestations. Il existe au moins une CAF par département et des points d'accueil proches de chez vous. Les personnes qui relèvent du régime agricole doivent s'adresser à la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) dont elles dépendent.

Pour des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter une assistante sociale.

L'Action Sanitaire et Sociale

L'Action Sanitaire et Sociale assure différentes missions dans le domaine de la santé, au niveau de la prévention, de l'insertion, de la solidarité et de l'intégration.

Elle s'organise en trois niveaux :

- au niveau de la région, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ;
- au niveau du département, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ;
- au niveau de la commune, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

La Commission Départementale d'Éducation Spéciale

La Commission Départementale d'Éducation Spéciale (CDES) est un organisme qui évalue la gravité du handicap d'un enfant malade quelle que soit sa maladie, jusqu'à l'âge de 20 ans. Après 20 ans ou si l'enfant travaille avant ses 20 ans, la Commission Technique d'Orientation ou de Reclassement Professionnel (COTOREP) prend le relais (voir « La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel » p. 18).

Les services administratifs

La Commission Départementale d'Éducation Spéciale (CDES) oriente les enfants et les adolescents handicapés et leur attribue certaines prestations : l'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) et ses compléments, carte d'invalidité, adaptation à la vie scolaire, etc. Il existe une CDES par département.

Pour des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter une assistante sociale.

La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) a pour mission d'étudier toutes les demandes concernant les adultes handicapés : demande relative au handicap, à l'emploi, à la formation, aux prestations financières et sociales, etc.

S'il y a lieu, cette commission reconnaît le statut de « travailleur handicapé » aux personnes de plus de 16 ans et de moins de 60 ans. Le handicap est classé catégorie A, B ou C en fonction de sa gravité et de la capacité de la personne à exercer une activité professionnelle :

- A : handicap léger et/ou temporaire ;
- B : handicap modéré et/ou durable ;
- C : handicap grave et/ou définitif, nécessitant un aménagement important du poste de travail.

Être reconnu dans l'une de ces catégories peut aider à se réinsérer professionnellement.

La COTOREP évalue le taux d'incapacité au travail et décide, en fonction d'un barème, d'attribuer ou non des prestations : l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), la carte d'invalidité.

L'Allocation aux Adultes Handicapés est accordée par la COTOREP en fonction de l'âge, du taux du handicap et de la possibilité ou non de retrouver un emploi. Cette allocation est soumise à des conditions de ressources évaluées par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou la Mutuelle Sociale Agricole (MSA). Le paiement de ces allocations est assuré soit par la CAF, soit par la MSA.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous adresser directement à la COTOREP de votre département ou auprès d'une assistante sociale.

La Couverture Maladie Universelle de base	19
La Couverture Maladie Universelle complémentaire	19
Quelles sont les prestations en matière de soins ?	21



Depuis le 1^{er} janvier 2000, l'application de la loi relative à la Couverture Maladie Universelle (CMU) assure à toute personne résidant en France de façon stable et régulière l'accès aux soins sous conditions de ressources.

La Couverture Maladie Universelle (CMU) de base donne droit à l'Assurance maladie. La Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUC) complète les remboursements.

La Couverture Maladie Universelle de base

La CMU de base permet d'être affilié au régime général de la Sécurité sociale et de bénéficier des prestations en nature (voir « La prise en charge des soins » p. 24).

La Couverture Maladie Universelle complémentaire

La Sécurité sociale ne prend en charge qu'une partie des dépenses de santé. Une couverture maladie complémentaire à titre individuel ou collectif auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'une entreprise permet de compenser cette différence. Une liste des organismes vous est proposée par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Certaines personnes ne peuvent pas accéder à ce type d'assurance complémentaire. En effet, la Couverture Maladie Universelle complémentaire n'est ouverte que dans la mesure où les personnes

résident en France de façon stable et régulière et ont des ressources inférieures à un seuil fixé par un décret.

Le renouvellement de la Couverture Maladie Universelle complémentaire ne se fait pas automatiquement : c'est à vous de faire une nouvelle demande auprès de l'organisme initial.

■ Comment demander la Couverture Maladie Universelle ?

Pour obtenir ou renouveler la Couverture Maladie Universelle de base ou la Couverture Maladie Universelle complémentaire, vous devez demander un formulaire auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont vous relevez ou auprès des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), des services sociaux de la mairie, des associations agréées ou des établissements de soins (hôpitaux ou cliniques). Votre demande est à retourner auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre lieu de résidence.

■ Comment choisir un organisme de la Couverture Maladie Universelle complémentaire ?

La Couverture Maladie Universelle complémentaire peut être gérée soit par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, soit par un organisme complémentaire habilité à gérer cette couverture. Vous pourrez effectuer ce choix en complétant le formulaire réglementaire qui vous sera remis.

■ Quels sont les documents nécessaires ?

Pour constituer votre demande de Couverture Maladie Universelle de base ou complémentaire, il faut présenter :

- une carte d'identité ou un passeport ;
- un titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère qui sont en situation régulière depuis plus de trois mois ;
- des justificatifs du lieu de résidence (factures d'électricité, de téléphone, etc.) ;
- une attestation d'hébergement d'une association pour les personnes sans domicile fixe (SDF) ;
- un justificatif de l'impôt sur le revenu ou de non imposition ;

- les justificatifs de vos ressources des 12 derniers mois (bulletins de salaires, indemnités de chômage, prestations familiales et sociales, etc.).

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie étudie votre dossier. Si la réponse est favorable, elle vous adresse une notification de droit à la CMU complémentaire pour une année.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, le droit à la CMU complémentaire est ouvert au premier jour du mois qui suit la date de notification de la Caisse d'Assurance Maladie.

En cas d'hospitalisation en urgence, les droits sont ouverts au premier jour du mois de l'hospitalisation.

Quelles sont les prestations en matière de soins ?

■ La CMU de base

Comme toute personne qui dépend (on dit aussi « être affilié ») d'un régime de Sécurité sociale, vous bénéficiez des prestations en nature (voir « La prise en charge des soins » p. 24).

■ La CMU complémentaire

La CMU complémentaire (CMUC) permet de couvrir les frais de vos dépenses de santé non pris en charge par la Sécurité sociale comme le forfait hospitalier lors d'une hospitalisation. Dans une certaine limite financière imposée par l'assurance maladie, elle prend également en charge :

- les frais dentaires, les prothèses, les appareils pour les enfants, etc. ;
- les lunettes (verres et montures) ;
- autres appareillages.

Les dépassements d'honoraires médicaux ne sont pas pris en charge par la CMU complémentaire.

Pour toutes ces prestations, renseignez-vous auparavant directement auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou de l'organisme complémentaire que vous avez choisi.

Qui peut bénéficier de l'Aide Médicale de l'État ?	22
Quels sont les soins pris en charge par l'Aide Médicale de l'État ?	23



L'Aide Médicale de l'État (AME) est une prestation d'aide sociale destinée à assurer l'accès aux soins des personnes étrangères qui ne remplissent pas les conditions de résidence. Elle leur permet de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour une durée d'un an.

Qui peut bénéficier de l'Aide Médicale de l'État ?

L'Aide Médicale de l'État peut être attribuée :

- aux personnes de nationalité étrangère qui résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond ;
- à toutes les personnes qui ne résident pas en France mais qui sont sur le territoire français et dont l'état de santé le justifie. Dans ce cas, l'aide médicale est attribuée sur décision individuelle par le Ministre chargé de l'Action Sociale et la prise en charge des dépenses occasionnées par les soins ne peut être que partielle.

Quels sont les soins pris en charge par l'Aide Médicale de l'État ?

L'Aide Médicale de l'État (AME) vous permet de bénéficier des consultations médicales, des remboursements des frais pharmaceutiques, des examens de laboratoires, des soins dentaires ou liés à des lunettes, des transports (voir « Le remboursement des frais de transport » p. 28) et le forfait hospitalier.

L'Aide Médicale de l'État est soumise à des conditions de ressources. Pour en bénéficier certaines pièces justificatives sont nécessaires :

- une pièce d'identité et celles de vos ayants droit ;
- un justificatif de domicile en France ;
- un justificatif de ressources.

Les prestations prises en charge par l'Aide Médicale de l'État peuvent être réclamées auprès des ascendants et descendants.

Votre demande d'Aide Médicale de l'État doit être adressée à la caisse de Sécurité sociale de votre lieu de résidence, à la mairie, aux centres communaux d'action sociale, aux organismes associatifs agréés et aux services sociaux.

L'hospitalisation	25
Comment obtenir une prise en charge à 100 % ?	27
Qu'est-ce qu'un ayant droit ?	28
Le remboursement des frais de transport	28
Le remboursement des prothèses et des appareillages	29
Le remboursement des prothèses mammaires et capillaires	30
La carte d'invalidité	31
La prise en charge des soins dans l'espace économique européen	32



Le régime d'assurance maladie dont vous dépendez (affiliation) prend en charge les frais des soins liés au cancer.

Le cancer est une maladie qui entre dans le cadre de l'Affection de Longue Durée (ALD). Vos traitements sont pris en charge à 100 % pendant toute la durée de l'ALD, **sur la base du tarif de la Sécurité sociale** (voir « Comment obtenir une prise en charge à 100 % » p. 27).

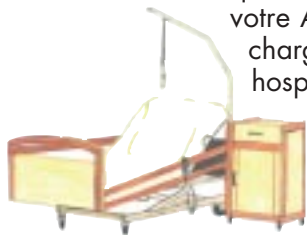
Les difficultés sociales rencontrées au cours de la maladie varient selon chaque personne. Certaines nécessitent des démarches spécifiques. Il ne faut pas hésiter à contacter une assistante sociale de votre lieu de soin, de votre domicile ou de votre caisse primaire d'assurance maladie.

Il existe des prestations en nature et des prestations en espèces :

- **les prestations en nature** correspondent aux remboursements des frais des soins engagés par l'assuré et par ses ayants droit (consultations, médicaments, hospitalisations, etc.) ;
- **les prestations en espèces** correspondent aux indemnités journalières qui sont une compensation financière liée à votre perte de revenu (voir « Vos revenus pendant un arrêt de travail » p. 33) à la pension d'invalidité, au capital décès, à la rente maladie professionnelle.

L'hospitalisation

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 journalier hospitalier (voir « Le forfait hospitalier » ci-après).



Des frais supplémentaires, comme la chambre particulière, la télévision, le lit d'accompagnant, etc. peuvent être éventuellement pris en charge par votre mutuelle. Ces frais ne sont pas couverts par la Couverture Maladie

Universelle complémentaire.

Si vous avez des proches qui souhaitent rester près de vous pendant votre hospitalisation, renseignez-vous auprès de l'accueil de l'hôpital pour connaître les possibilités d'hébergement à proximité.

Si pour convenance personnelle, vous décidez de choisir un établissement de santé en dehors de votre département de résidence, les frais d'hospitalisation seront remboursés sur la base du tarif pratiqué par la structure de soins la plus proche de votre domicile. De ce fait, les frais de transport sont susceptibles d'être à votre charge.

■ Le forfait hospitalier

Toute personne hospitalisée dans un établissement de soins doit régler une somme appelée forfait hospitalier. Cette somme correspond à une participation aux frais d'hébergement et d'entretien. Elle est due même en cas de prise en charge à 100 %. Ce forfait est à régler au service des admissions, le jour de votre sortie de l'établissement de soins.

Certaines personnes sont exonérées du forfait hospitalier.

Il s'agit :

- des personnes traitées en hôpital de jour pour des soins médicaux ou chirurgicaux ;
- des personnes prises en charge par un service d'hospitalisation à domicile ;
- des personnes qui bénéficient d'une pension militaire (bénéficiaire de l'Art L.115 du code des pensions militaires) ;

La prise en charge des soins

- des enfants et des adolescents qui bénéficient d'une Allocation d'Éducation Spéciale (AES) ;
- des personnes dont le cancer a été reconnu comme maladie professionnelle.

Le forfait hospitalier peut être pris en charge, en partie ou en totalité, par votre mutuelle selon la nature de votre contrat ou par la CMU complémentaire.

Pour plus d'informations, renseignez-vous auprès de votre assurance complémentaire.

■ Les documents administratifs pour l'hospitalisation

À votre arrivée à l'hôpital, vous devez vous présenter au bureau des admissions avec :

- votre carte d'identité ;
- votre carte vitale et son attestation ;
- votre carte de mutuelle et le cas échéant, l'attestation de la CMU complémentaire ;
- la lettre du médecin ;
- vos documents médicaux (carte de groupe sanguin, carnet de vaccination ou de santé, résultats d'analyse, radiographies, etc.).

Éventuellement, une caution peut vous être demandée pour le forfait hospitalier, le téléphone et la télévision, ainsi que pour le lit d'accompagnant si l'un de vos proches souhaite rester près de vous. Cette caution vous est rendue lors de votre sortie de l'établissement.

■ Les documents administratifs et médicaux à la sortie de l'hôpital

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

- un bulletin de situation (date d'arrivée et de sortie de l'hôpital) à adresser à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, à votre mutuelle et à votre employeur si vous travaillez, ou aux Assedic si vous êtes au chômage. Ce document tient lieu de justificatif d'arrêt de travail pendant le temps d'hospitalisation. Si nécessaire, un avis d'arrêt de travail doit également être établi par le médecin de l'hôpital (prolongation d'arrêt de travail) pour que les indemnités journalières continuent à être versées ;

- une prescription médicale de transport éventuellement ;
- vos ordonnances ;
- la lettre du médecin pour votre médecin traitant, à moins qu'elle ne lui soit envoyée par courrier.

Des rendez-vous (consultations, prélèvements, examens, etc.) peuvent également être fixés à ce moment-là.

Comment obtenir une prise en charge à 100 % ?

Un formulaire, appelé Protocole Inter Régime d'Examen Spécial (PIRES), permet de solliciter une prise en charge à 100 % pour les soins liés à votre maladie. Ce formulaire est rempli par votre médecin. Il mentionne la date à laquelle la maladie a été découverte et les traitements prévus.

Cet imprimé est à adresser au médecin conseil de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Si votre prise en charge est accordée, le service administratif de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie l'enregistre et vous transmet une nouvelle attestation de vos droits mentionnant la durée d'exonération du ticket modérateur.

Il est possible de demander à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie de ne pas inscrire sur votre attestation papier annuelle la mention 100 % au titre de l'Affection Longue Durée. (Dans le cadre du respect du secret médical).

Si vous ne suivez pas votre traitement, votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut suspendre, réduire ou supprimer cette exonération.

Vous pouvez mettre à jour et recharger votre carte vitale dans une borne adaptée à cet effet auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans les hôpitaux et dans certains centres commerciaux.

Qu'est-ce qu'un ayant droit ?



Un ayant droit est une personne qui bénéficie d'une assurance maladie du fait de son 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 charge et, sous certaines conditions, les parents, les frères et sœurs.

Le remboursement des frais de transport

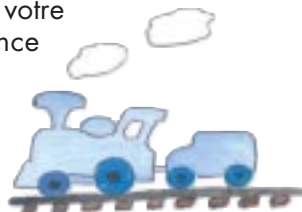
Il peut arriver que vous soyez souvent amené à vous déplacer pour vous rendre dans l'établissement de soins où est réalisé le suivi de votre maladie (consultations, chimiothérapie, radiothérapie, actes chirurgicaux, etc.).

Dans certains cas, votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut rembourser les frais de transport prescrits par votre médecin. Celui-ci choisit le moyen de transport le plus économique et le plus adapté à votre état de santé.

Afin d'obtenir ce remboursement, vous devez adresser la prescription médicale de transport établie par votre médecin à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Les modes de transports utilisés peuvent être :

- les transports en commun (bus, train) ;
- les voitures particulières ;
- les taxis ;
- les transports professionnalisés de type voiture sanitaire légère (VSL) ;
- les ambulances ;
- les avions ;
- les bateaux.



Un accord de la Caisse d'Assurance Maladie (appelé entente préalable) est nécessaire sauf dans les situations d'urgence.

Quel que soit le mode de transport prescrit, cet accord est obligatoire pour :

- les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- les transports en série (au moins 4 pour un même traitement, vers un lieu distant de plus de 50 km aller, au cours d'une période de 2 mois) ;
- les transports en avion ou en bateau.

Si vous n'avez pas demandé cet accord, votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut ne pas vous rembourser vos frais de transport.

Bien demander la prescription médicale de transport au médecin et ne pas oublier de demander les justificatifs de transport : billets de train, factures, tickets de péage autoroutier, etc. pour vos remboursements.

Une personne qui accompagne un assuré ou un ayant droit dont l'état de santé nécessite l'assistance d'un tiers (titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse) ou qui est âgé de moins de 16 ans, a droit au remboursement de ses frais de transport en commun dans les mêmes conditions que la personne malade. Le remboursement s'effectue sur la base des frais réels du moyen de transport utilisé, en deuxième classe s'il s'agit de la SNCF.

Pour des situations particulières, une assistante sociale peut vous apporter des renseignements complémentaires.

Le remboursement des prothèses et des appareillages

Les différents traitements comme une chirurgie, une chimiothérapie, une radiothérapie peuvent entraîner des effets secondaires qui, même s'ils ne sont pas irréversibles, peuvent modifier votre aspect physique. Ces changements sont souvent difficiles à accepter.

Des prothèses et des appareillages sont pris en charge à 100 % ou sur la base d'un forfait dans le cadre de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) : perruque, canule, prothèse mammaire, etc. Vous pouvez en bénéficier sur prescription médicale.

La prise en charge des soins

Pour le grand appareillage (prothèse de jambe, de bras, corset de maintien, etc.), une demande d'entente préalable (accord de votre Caisse d'Assurance Maladie) est à établir sur un imprimé spécifique, accompagné d'un certificat médical. Ces documents sont à transmettre à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Le remboursement des prothèses mammaires et capillaires

■ Les prothèses mammaires

Si vous avez subi une ablation du sein ou d'une partie du sein (mammectomie ou tumorectomie), votre médecin peut vous prescrire une prothèse mammaire.

Des magasins spécialisés proposent des modèles à différents prix. Votre Caisse d'Assurance Maladie rembourse le prix de la prothèse sur la base d'un forfait. Certaines mutuelles prennent en charge une partie du remboursement de ces prothèses.



Pour obtenir les coordonnées des magasins spécialisés qui fournissent les prothèses mammaires et capillaires, vous pouvez contacter le site de la Ligue Nationale Contre le cancer www.ligue-cancer.asso.fr (composée de 102 comités départementaux) ou appeler leur service téléphonique Cancer info service au :

0 810 810 821

(n° azur, prix d'appel local)

Cette prothèse est renouvelable tous les ans sur prescription médicale.

■ Les prothèses capillaires

Certains traitements (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) provoquent une chute des cheveux. Votre médecin peut vous prescrire une prothèse capillaire (perruque) en attendant que vos cheveux repoussent.

Des magasins spécialisés proposent différents modèles et prix. Votre Caisse d'Assurance Maladie rembourse le prix de la prothèse sur la base d'un forfait. Certaines mutuelles prennent en charge une partie du remboursement de ces prothèses.

Les services sociaux de votre mairie, de l'établissement de soins ou de votre Caisse d'Assurance Maladie peuvent vous renseigner pour une éventuelle prise en charge de la somme restante au titre d'un secours financier de l'action sanitaire et sociale (prestations extra-légales).

Certains frais des prothèses mammaires et capillaires et des appareillages peuvent rester à votre charge.

La carte d'invalidité

La carte d'invalidité est réservée aux personnes atteintes d'un handicap. Le taux du handicap est évalué par la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) ou par la Commission d'Éducation Spéciale (CDES) **selon l'âge du demandeur.**

La carte d'invalidité peut porter les mentions « station debout pénible », « cécité » ou « canne blanche ».

Pour obtenir une carte d'invalidité, il faut :

- demander un dossier administratif à la COTOREP, à l'établissement de soins, à votre mairie, au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou aux services sociaux de la mairie ;
- compléter le dossier administratif en joignant le certificat médical, deux photos d'identité, la photocopie recto-verso de votre carte d'identité et un justificatif de domicile ;
- selon l'âge du demandeur, adresser votre demande à la COTOREP ou à la CDES de votre département qui va examiner le dossier.

Selon le taux d'invalidité, la carte d'invalidité permet éventuellement de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux.

• avantages fiscaux :

- une demi-part supplémentaire pour le calcul du quotient familial, ainsi que pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
- l'exonération de la redevance télévision (si vous n'êtes pas imposable) ;
- la diminution de la taxe d'habitation (sous certaines conditions).

La prise en charge des soins

- **avantages sociaux :**

- places réservées dans les transports en commun ;
- gratuité de certains musées.

Pour obtenir une carte de stationnement (macaron : grand invalide civil) qui permet aux personnes handicapées d'accéder aux places réservées, vous devez faire une demande spécifique auprès de la COTOREP ou de la CDES.

La prise en charge des soins dans l'espace économique européen

Une carte vitale européenne de santé est opérationnelle depuis le 1^{er} juin 2004. Elle est destinée à remplacer le formulaire E 111 nécessaire pendant vos déplacements temporaires, dans un autre État de la Communauté européenne.

Cette carte vitale européenne permet de recevoir des soins imprévus dont vous avez besoin lors de vos déplacements à l'étranger.

Elle est nominative et personnelle. Vous devez en faire la demande auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie.

Cette carte européenne ne prend pas en charge les soins d'une personne assurée qui se rend à l'étranger dans le but de bénéficier d'un traitement médical.

Pour les situations particulières et des renseignements complémentaires, renseignez-vous auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie.

Pour les salariés du régime général et agricole	33
Pour les exploitants agricoles	36
Pour les travailleurs non salariés artisans et indépendants du commerce et de l'industrie	37
Pour les demandeurs d'emploi	38
Pour les fonctionnaires et assimilés	38
L'Allocation aux Adultes Handicapés	40

Pour les salariés du régime général et agricole



■ Les indemnités journalières



Lorsque vous êtes en arrêt de travail, la Caisse d'Assurance Maladie du régime dont vous dépendez verse des indemnités journalières qui sont destinées à compenser en partie la perte de votre salaire. Pour en bénéficier, vous devez avoir effectué un certain nombre d'heures de travail ou avoir un certain montant de cotisation.

Par ailleurs, certaines conventions collectives ou organismes de prévoyance peuvent compléter en totalité ou en partie la perte de salaire.

Pour faire une demande d'indemnités journalières, vous devez adresser les pièces suivantes à votre Caisse d'Assurance Maladie le plus rapidement possible :

- **un avis d'arrêt de travail signé par le médecin dans les 48 heures** qui suivent la date de votre interruption de travail. Ce délai devra également être respecté pour le renouvellement de votre arrêt de travail. Le bulletin d'hospitalisation peut également faire office d'arrêt de travail pendant votre séjour à l'hôpital ;
- **si votre arrêt de travail est inférieur à six mois**, une attestation de votre employeur qui indique que vous avez effectué 200 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois derniers mois qui précèdent votre arrêt de travail ;

Vos revenus pendant un arrêt de travail

- **si votre arrêt de travail est supérieur à six mois**, une attestation selon laquelle vous avez effectué au moins 800 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze derniers mois, dont 200 heures lors du premier trimestre de l'année considérée.

Les prestations sont versées à partir du 4^e jour d'arrêt de travail. C'est ce qu'on appelle le délai de carence. Ce délai ne concerne que l'arrêt initial de travail en cas d'affection de longue durée.

Ces prestations durent de six mois à trois ans (de date à date) pour chacune des maladies de longue durée.

Les indemnités journalières en rapport avec une Affection de Longue Durée (ALD) ne sont pas imposables.

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

Consultez la convention collective de votre entreprise pour savoir s'il existe un risque de licenciement pour absence prolongée qui désorganise le service. La convention collective peut être consultée (en toute confidentialité) soit au sein de l'entreprise, soit dans les locaux de l'inspection du travail de votre département.

Parfois, il existe une assistante sociale au sein de l'entreprise que vous pouvez contacter.

Votre régime de Sécurité sociale dispose d'un fond d'action sociale pour aider financièrement les personnes en difficulté.

Renseignez-vous auprès des services sociaux.

■ La pension d'invalidité

Au-delà de trois ans d'arrêt de travail, le versement des indemnités journalières est interrompu. Si vous ne pouvez pas reprendre votre activité, vous pouvez solliciter une pension d'invalidité auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Pour obtenir cette pension d'invalidité, vous devez avoir été rattaché (affilié) à un régime d'assurance sociale pendant au moins douze mois, justifier d'un certain nombre d'heures de travail et être âgé de moins de 60 ans et adresser un certificat médical au médecin conseil de votre Caisse d'Assurance Maladie. Le médecin conseil étudie votre dossier, vous reconnaît ou non invalide, puis vous attribue ou non cette pension d'invalidité.

En cas de refus, les modalités de recours possibles sont précisées dans le courrier reçu à domicile.

La pension d'invalidité n'est pas attribuée à titre définitif. Elle peut être réduite, révisée, suspendue ou supprimée après évaluation de votre situation par le médecin conseil.

Il existe un fond spécial d'invalidité qui peut compléter vos ressources selon certaines conditions.

Pour des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter une assistante sociale.

■ La retraite pour inaptitude au travail

À partir de 60 ans, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. C'est le médecin conseil qui donne son accord auprès de votre caisse de retraite après l'étude d'un dossier qui est rempli par le médecin généraliste ou traitant. Un avis est également demandé au médecin du travail.

Dans ce cas, si votre état de santé s'aggrave entre 60 et 65 ans et si vous êtes dans l'impossibilité de réaliser les actes de la vie quotidienne (manger, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, etc.), vous pouvez demander une allocation spécifique, dite majoration pour une tierce personne. Cette allocation vous permettra de rémunérer une personne qui vous aidera à réaliser les gestes de la vie quotidienne. Cette personne peut être une personne de la famille, une auxiliaire de vie, une garde à domicile, etc. (voir « Les aides à domicile » p. 49).

Pour les exploitants agricoles



Si vous êtes exploitant agricole, vous ne pouvez pas bénéficier d'indemnités journalières maladie. Une pension d'invalidité peut vous être accordée par votre régime d'assurance maladie la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

Votre taux d'incapacité est évalué par le médecin conseil de votre régime d'assurance maladie.

Sous certaines conditions, une allocation peut vous permettre de couvrir partiellement les frais nécessaires pour assurer votre remplacement dans les travaux de votre exploitation que vous ne pouvez plus accomplir.

À partir de 60 ans, si vous êtes toujours en situation d'invalidité, vous pouvez demander la retraite pour inaptitude au travail. En cas d'aggravation de votre état de santé entre 60 et 65 ans et si vous êtes dans l'impossibilité de réaliser les actes de la vie quotidienne (manger, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, etc.) vous pouvez demander une allocation spécifique, dite majoration pour une tierce personne. Cette somme vous permettra de rémunérer une personne qui vous aidera à réaliser les gestes de la vie quotidienne. Cette personne peut être une personne de la famille, une auxiliaire de vie, une garde à domicile, etc. (voir « Les aides à domicile » p. 49).

Votre Caisse d'Assurance Maladie dispose d'un fond d'action sociale pour aider financièrement les personnes en difficulté. Renseignez-vous auprès d'elle.

Pour les travailleurs non salariés artisans et indépendants du commerce et de l'industrie



Depuis le 1^{er} octobre 2002, en cas d'arrêt de travail, les artisans et commerçants peuvent bénéficier jusqu'à trois ans de versement des indemnités journalières en fonction de la situation médicale.

Pour en bénéficier, il faut être :

- artisan ou commerçant ;
- à jour de l'ensemble de ses cotisations de l'assurance maladie ;
- être affilié au régime d'assurance maladie depuis un an et relever du régime d'assurance vieillesse des professions indépendantes.

Depuis le 1^{er} octobre 2002, si vous avez cotisé auparavant à un autre régime d'assurance maladie, il en sera tenu compte pour le calcul de vos indemnités journalières.

Si vous ne pouvez pas reprendre votre activité professionnelle et après l'avoir officiellement cessée (radiation au registre du commerce), vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité. Si vous êtes dans l'impossibilité de réaliser les actes de la vie quotidienne (manger, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, etc.), vous pouvez demander une allocation spécifique dite majoration pour une tierce personne. Cette somme vous permettra de rémunérer une personne qui vous aidera à réaliser les gestes de la vie quotidienne. Cette personne peut être une personne de la famille, une auxiliaire de vie, une garde à domicile, etc. (voir « Les aides à domicile » p. 49).

À partir de 60 ans, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. Pour cela, vos cotisations doivent être à jour. Si votre état de santé s'aggrave entre 60 et 65 ans, vous pouvez demander une allocation spécifique dite majoration pour une tierce personne.

Votre Caisse d'Assurance Maladie dispose d'un fond d'action sociale pour aider les personnes en difficulté. Renseignez-vous auprès d'elle.

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 aux ASSEDIC (Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce) que vous bénéficiez ou pas d'une indemnisation.

Pour que votre Caisse d'Assurance Maladie étudie vos droits aux indemnités journalières vous devez fournir un justificatif de votre inscription à l'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE) et de vos droits éventuels aux allocations des ASSEDIC, ainsi que vos derniers bulletins de salaire.

Pour le calcul de vos droits à indemnités journalières, les salaires perçus avant le chômage servent de base de calcul aux indemnités journalières de maladie.

Pour les fonctionnaires et assimilés

Les personnes qui exercent un emploi dans la fonction publique sont soit contractuelles, soit titulaires.

■ Les fonctionnaires contractuels

Si vous êtes contractuel, vous pouvez demander le bénéfice d'un congé de grave maladie. Pour cela, vous devez justifier d'au moins trois ans de service dans la fonction publique. Si vous n'avez pas trois années d'ancienneté, il existe des possibilités d'indemnisation au titre de la maladie ordinaire (arrêt de travail égal ou inférieur à un an).

Un certificat médical est nécessaire.

Votre salaire est maintenu pendant les six premiers mois de votre arrêt de travail. Les trente mois suivants, vous percevrez 50 % de votre salaire.

Pour toutes ces démarches, le service du personnel de votre employeur et une assistante sociale peuvent vous renseigner.

■ Les fonctionnaires titulaires

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

Pour obtenir les garanties du congé de longue maladie, il est nécessaire de fournir à votre employeur un certificat médical, qui justifie de la nécessité d'une mise en congé de longue maladie à compter de votre premier jour d'arrêt de travail, accompagné d'un courrier de votre part pour solliciter ce même congé.

La demande est transmise par l'administration au Comité Médical Départemental qui prévoit une consultation auprès d'un cancérologue expert qui juge du bien fondé du congé, de sa durée et de son renouvellement. L'expert adresse un rapport au Comité Médical qui prend la décision d'attribuer le congé et décide de sa durée qui peut atteindre au total trois ans. Parallèlement, il vous faut adresser à ce même Comité un certificat détaillé sous pli confidentiel.

Ces trois ans peuvent être pris, soit de manière consécutive, soit de façon fractionnée sur une période de quatre années consécutives.

Votre salaire est maintenu pendant la première année, puis vous percevez la moitié de votre salaire pendant les deux dernières années. Au bout de la première année de congé de longue maladie, si vous êtes toujours dans l'incapacité de travailler, vous pouvez solliciter le congé de longue durée. Si vous restez en congé de longue maladie (un an plein salaire, deux ans en demi-salaire) vous ne pourrez pas solliciter ultérieurement un congé de longue durée.

Certaines administrations peuvent proposer un complément total ou partiel de votre salaire. Renseignez-vous auprès de votre employeur ou d'une assistante sociale.

Cette période est considérée comme une période d'activité (service accompli), vous conservez vos droits à l'avancement, à la retraite et vous retrouvez votre poste de travail. Le droit à un nouveau congé de longue maladie pour la même affection n'est possible que s'il y a eu reprise de l'activité pendant au moins un an.

Pour obtenir les garanties du congé de longue durée, vous devez effectuer les mêmes démarches que pour le congé longue maladie. Le congé de longue durée peut atteindre cinq années.

Vos revenus pendant un arrêt de travail

Votre salaire est maintenu pendant les trois premières années (congé de longue maladie compris). Vous percevrez ensuite la moitié du salaire pendant les deux dernières années. De même que pour le congé de longue maladie, certaines administrations ont des dispositifs particuliers (œuvres sociales, mutuelles, comité d'entreprise, etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos salaires.

À la fin des cinq années, vos droits sont épuisés pour l'affection considérée, et ce, pour toute votre carrière.

À l'épuisement de vos congés maladie, le Comité Médical peut vous orienter soit vers une mise en disponibilité pour raisons de santé, avec indemnisation par votre Caisse d'Assurance Maladie, soit vers une retraite anticipée.

Le congé de longue durée n'est pas renouvelable.

Le congé de longue durée est considéré comme une période d'activité (service accompli). Vous conservez vos droits à l'avancement et à la retraite pour l'année en cours.

Pour toutes les modalités concernant ces congés, votre employeur et une assistante sociale peuvent vous renseigner.

L'Allocation aux Adultes Handicapés



L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est accordée aux personnes âgées de plus de 20 ans dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 80 % ou d'au moins 50 % et qui sont dans l'impossibilité, du fait de leur handicap, de trouver un emploi. Le taux d'incapacité doit être évalué et reconnu par la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP).

Vous devez résider en France ou dans un département d'outre-mer, être de nationalité française ou étrangère et titulaire d'un titre de séjour ou d'un document justifiant votre régularité de séjour en France.

L'allocation est versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) en fonction de vos ressources.

Le dossier administratif est disponible auprès de la mairie, de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), de la COTOREP ou auprès d'une assistante sociale de l'établissement de soins.

Pour bénéficier de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), vous devez joindre à votre dossier :

- une déclaration de ressources ;
- un justificatif d'imposition ou de non imposition ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal ;
- une photocopie de votre carte d'identité ou de votre livret de famille ;
- un certificat médical.

L'AAH est réduite en cas d'hospitalisation de plus de 60 jours ou d'admission en Maison d'Accueil spécialisée ou en Centre d'Aide par le Travail.

Il est important de notifier tout changement de situation (ressources, situation familiale, professionnelle) auprès de l'organisme payeur. Celui-ci est en droit de vous demander la restitution d'un trop-perçu.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter la Caisse d'Allocations Familiales, la Mutualité Sociale Agricole (pour les affiliés à ce régime) de votre département ou une assistante sociale.

Pour les salariés du régime général et agricole	42
Pour les fonctionnaires	43
La rupture du contrat de travail	44
Le reclassement professionnel	45



Pour les salariés du régime général et agricole

Après une période d'arrêt de travail, vous pouvez reprendre une activité à temps complet ou bénéficier d'un temps partiel (appelé aussi mi-temps thérapeutique). Pour cela, il est vivement conseillé de contacter la médecine du travail pour effectuer une visite de pré-reprise prévue par le code du travail.

Une visite de pré-reprise peut être demandée par le patient, l'employeur, le médecin traitant ou le médecin conseil de votre Caisse d'Assurance Maladie. Elle est effectuée avant la fin d'un arrêt de travail, au service de médecine du travail, pour faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. Elle ne remplace pas pour autant la visite de reprise du travail demandée par l'employeur qui doit être faite dans les huit jours qui suivent la reprise.

■ La reprise à temps complet

Pour une reprise de travail à temps complet, le médecin établit un certificat médical de reprise du travail. Les indemnités journalières cessent d'être versées à cette date.

■ La reprise à temps partiel

Une reprise de travail à temps partiel (appelé aussi mi-temps thérapeutique) est accordée, sur prescription médicale. Le médecin du travail demande un avis d'aptitude à la reprise à temps partiel. La prescription est transmise à votre caisse de Sécurité sociale.

C'est vous qui devez informer votre employeur. Il faut savoir que votre employeur peut refuser une reprise de travail à temps partiel. Pendant cette période, l'employeur vous verse un salaire correspondant au temps partiel travaillé. L'autre moitié est versée par votre caisse de Sécurité sociale sous forme d'indemnités journalières.

La durée de travail à temps partiel est de trois mois renouvelable sur prescription médicale pour une durée maximale de trois ans. Après la visite médicale de pré-reprise du travail, un aménagement de poste est également possible. Une demande de reclassement professionnel peut être faite auprès de la COTOREP (voir « Le reclassement professionnel » p. 45).

Dans tous les cas, vous devez obligatoirement rencontrer le médecin du travail dans les huit jours qui suivent votre reprise.

Pour les fonctionnaires

■ La reprise à temps complet

Pour une reprise de votre travail le médecin établit un certificat médical à temps complet à remettre à votre employeur.

C'est le médecin du travail qui informe votre administration 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 auprès d'un cancérologue expert qui décidera du bien fondé de votre reprise et de ses modalités.

Après un congé de longue durée, la réintégration ne peut être réalisée que lorsque l'établissement dispose d'un poste disponible qui correspond à la fonction occupée avant l'arrêt de travail.

■ La reprise à temps partiel

Une reprise de travail à temps partiel (appelée aussi mi-temps thérapeutique) n'est possible qu'après un congé de longue maladie ou un congé de longue durée mais pas après un congé de maladie ordinaire (moins de trois mois). Le temps partiel doit succéder immédiatement au congé qu'il soit de longue maladie ou de longue durée. La durée totale d'une activité à temps partiel est d'un an sur l'ensemble de votre carrière et par maladie.

La reprise du travail

Chaque période de travail à temps partiel est accordée après avis du médecin expert du Comité Médical Départemental pour une durée de trois mois renouvelable une fois (soit au plus, six mois consécutifs).

Lorsque vous réintégrez votre poste dans ces conditions, vous percevez l'intégralité de votre salaire antérieur à votre arrêt de travail. Les droits à l'avancement, les droits à la retraite, les droits aux congés annuels restent ouverts de la même manière qu'une personne qui travaille à temps plein.

Pour les **fonctionnaires contractuels**, après un congé de longue maladie, vous pouvez :

- réintégrer votre travail ;
- prendre un congé sans rémunération si l'incapacité d'exercer vos fonctions est temporaire ;
- être licencié si l'incapacité de travail est permanente.

La rupture du contrat de travail

La maladie ne peut pas être une cause de licenciement. La loi protège les personnes malades contre toute discrimination liée à leur état de santé. L'état de santé du salarié ou les séquelles de sa maladie, sauf inaptitude à son poste de travail reconnue par le médecin du travail, ne peuvent pas être des critères de sanction ou de licenciement.

Toutefois, l'employeur peut prononcer le licenciement en situation de maladie prolongée lorsque l'absence entraîne une gêne réelle dans la marche du service et que ces absences sont répétées pour des raisons médicales. L'employeur est tenu d'essayer de reclasser le salarié inapte. Il doit montrer qu'il a sérieusement recherché toutes les possibilités d'emplois pouvant être proposées à l'intéressé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'entreprise.

À défaut, le licenciement est sans cause réelle et sérieuse.

N'hésitez pas à contacter votre comité d'entreprise, les délégués du personnel ou le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Celui-ci peut être consulté avant toute décision d'aménagement important susceptible d'influer sur les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité (modification de l'outillage ou des rythmes de travail). Contactez également le médecin du travail.

Le reclassement professionnel

Lorsque les séquelles (complications plus ou moins tardives et durables) de la maladie ne permettent pas de reprendre son ancien métier, une nouvelle orientation professionnelle peut être envisagée.

L'organisme qui met en place le projet de reclassement professionnel est la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP).

Pour le projet professionnel, la COTOREP tient compte :

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

En fonction de chaque situation, vous pouvez bénéficier de formations dans des structures diverses, sous forme de stages d'une durée variable. Ces stages peuvent être rémunérés et sanctionnés par un diplôme officiel.

Depuis la loi du 2 septembre 1986, il est désormais possible d'accéder à un emploi dans la fonction publique dès lors que vous avez été reconnu physiquement apte par un médecin expert, quelles que soient vos maladies précédentes.

Une demande de reclassement professionnel nécessite de constituer un dossier administratif et médical qu'il faut adresser à la COTOREP de votre département.

Les frais concernant cette formation professionnelle peuvent être pris en charge (hébergement, frais de transport, etc.).

N'hésitez pas à demander des informations complémentaires à une assistante sociale.

Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?	46
La déclaration d'une maladie professionnelle	47
Les prestations pour les salariés du régime général ou agricole	47
Les prestations pour les exploitants agricoles	48
Les prestations pour le personnel de la fonction publique	48

Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?

Une maladie professionnelle est une maladie provoquée par l'exposition d'une personne à un risque ou à un produit reconnu toxique lors de son travail. Certaines maladies professionnelles peuvent être indemnisées par la Sécurité sociale. Celles-ci sont inscrites dans le Code de la Sécurité sociale à l'exception des travailleurs non salariés et indépendants.

Tous les cancers ne sont pas reconnus comme maladie professionnelle. Or les cancers provoqués par contact régulier avec des substances cancérigènes sur le lieu de travail représentent environ 5 % des cancers.

Les principales substances qui peuvent provoquer des cancers sont répertoriées dans les Tableaux des Maladies Professionnelles (TMP) du Régime Général de la Sécurité sociale et du Régime Agricole. Ces tableaux définissent quels sont les cancers liés à des produits professionnels cancérigènes et déterminent quelles sont les conditions de durée d'exposition, le délai de prise en charge et la liste des travaux exposant aux risques.

La déclaration d'une maladie professionnelle

C'est la personne malade qui doit déclarer elle-même sa maladie comme maladie professionnelle

à la Caisse d'Assurance Maladie ou à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont elle dépend. Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical de son médecin traitant ou du cancérologue. Ce certificat est appelé certificat médical initial.

Le dossier fait ensuite l'objet de deux enquêtes : une enquête médicale et une enquête administrative. Si tous les critères du tableau sont respectés, le cancer sera reconnu en maladie professionnelle, sinon le dossier est orienté vers le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies professionnelles (CRRMP). En cas de refus, les voies de recours sont précisées.

Les prestations pour les salariés du régime général ou agricole

Lorsque le cancer est reconnu comme maladie professionnelle, des indemnités journalières sont versées en fonction du régime dont dépend la personne, à l'exception des travailleurs non salariés et indépendants. Une rente ou un capital délivrés en une seule fois peuvent être accordés selon le taux d'incapacité reconnu. Si la personne décède des suites de sa maladie, la rente peut être versée aux ayants droit sous certaines conditions.

Des associations spécialisées dans les maladies professionnelles peuvent répondre à vos questions :

Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH) - 20, rue Tarentaize, BP 520, 42007 Saint-Etienne - Tél : 04 77 49 42 42 - Site internet : www.fnath.org

Association Nationale des Victimes de l'Amiante (ANDEVA) - 22, rue des Vignerons, 94300 Vincennes - Tél : 01 41 93 73 87 - Site internet : www.andeva.free.fr

Pour des informations détaillées qui correspondent à votre situation, n'hésitez pas à contacter une assistante sociale ou votre Caisse d'Assurance Maladie.

Les prestations pour les exploitants agricoles

Depuis le 1^{er} avril 2002, les exploitants agricoles bénéficient d'une couverture obligatoire de maladie professionnelle et des accidents du travail qui leur permet :

- d'éviter l'avance des dépenses de santé (tiers payant). Les frais médicaux en rapport avec la maladie professionnelle sont pris en charge à 100 % du tarif de base de la Sécurité sociale ;
- de percevoir des indemnités journalières sous certaines conditions ;
- si la maladie s'est stabilisée, de prétendre à une rente, si leur taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 50 %.

Les prestations pour le personnel de la fonction publique

Pour les personnes qui appartiennent à la fonction publique, l'indemnisation est déterminée par une Commission de réforme. Ce calcul se réfère généralement aux tableaux des autres régimes de Sécurité sociale.

La majoration tierce personne	49
Les services pris en charge	50
Les services payants	51

Votre état de santé peut nécessiter des aides à domicile. Ces aides sont diverses : hospitalisation à domicile, soins infirmiers à domicile, soutien avec activités familiales et ménagères, aménagement de l'habitat, allocations, etc. Ces services nécessitent parfois une prescription médicale de votre médecin.

La majoration tierce personne

La majoration tierce personne est une somme d'argent destinée à vous aider dans les frais engagés pour l'emploi d'une personne à votre domicile, si vous avez des difficultés pour réaliser les actes de la vie quotidienne (habillage, repas, toilette, etc.).

Vous êtes âgé de moins de 60 ans et vous bénéficiez d'une pension d'invalidité par votre caisse de Sécurité sociale, vous avez la possibilité de demander une Majoration pour Tierce Personne.

Vous devez adresser un certificat médical détaillé au médecin conseil de votre Caisse d'Assurance Maladie pour une évaluation de votre situation.

Cette majoration n'est pas attribuée à titre définitif. Elle est révisable à tout moment par le médecin conseil.

Vous êtes âgé de moins de 60 ans et vous ne pouvez pas bénéficier d'une pension d'invalidité, vous pouvez solliciter une Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP). Cette allocation est soumise à des conditions de ressources. Elle n'est pas attribuée de façon définitive et elle est révisable à tout moment. Cette allocation ne peut être récupérée lors de la succession du bénéficiaire décédé, lorsque ses héritiers sont : son conjoint, ses enfants ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne malade. La demande s'effectue auprès de la COTOREP de votre département.

Les aides à domicile

Vous avez entre 60 et 65 ans et vous êtes bénéficiaire d'une retraite pour inaptitude au travail, vous pouvez solliciter, auprès du médecin conseil de votre caisse de retraite, une majoration tierce personne. Vous devez adresser un certificat médical détaillé au médecin conseil.

Vous êtes fonctionnaire titulaire, l'allocation tierce personne peut vous être accordée si vous êtes en disponibilité d'office, en congé de maladie ordinaire, en congé longue maladie ou de longue durée.

Renseignez-vous auprès de votre section départementale pour en connaître les conditions.

Vous avez plus de 60 ans, vous pouvez solliciter l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) auprès de votre mairie ou des Centres Communaux d'Action Sociale de votre commune. Pour cela vous devez vivre à votre domicile ou au sein d'un établissement spécialisé (maison de retraite, long séjour, foyer logement).

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

Les services pris en charge

■ L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation classique avec une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, paramédicale et sociale).

L'HAD est une structure de soins médicalisée sous la responsabilité du médecin traitant qui fonctionne tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (24 heures sur 24). L'HAD n'est pas assurée dans tous les départements.

Pour toute information sur l'hospitalisation à domicile, votre médecin traitant ou de l'établissement de soins peut vous renseigner.

■ Les services de soins infirmiers à domicile



Lorsque votre état de santé nécessite une surveillance régulière, les services de soins infirmiers à domicile (SIAD) proposent, sous la coordination d'une infirmière, des soins de toilette et d'hygiène corporelle en plus des soins infirmiers.

Ce service est ouvert aux personnes âgées de plus de 60 ans. Pour les personnes de moins de 60 ans, une dérogation du médecin conseil de votre Caisse d'Assurance Maladie est nécessaire.

Pour toute information sur les services de soins infirmiers à domicile, votre médecin traitant ou de l'établissement de soins peut vous renseigner.

Les services payants

■ Une aide à domicile

Une aide à domicile peut apporter un soutien (ménage, cuisine, courses, repas, etc.) aux personnes retraitées ou reconnues invalides. Les dispositifs varient selon les communes et les régions.

Une participation financière est demandée en fonction des ressources.

Certaines mutuelles peuvent proposer, quel que soit votre âge, une aide à domicile à la sortie de l'établissement de soins. Pour des informations complémentaires, n'hésitez pas à les contacter.

■ Une garde à domicile

Une garde à domicile permet à une personne malade ou à sa famille de faire face temporairement à une situation difficile : sortie d'hôpital, hospitalisation à domicile. Cette personne peut assurer une présence de jour comme de nuit.

Les frais à votre charge peuvent être déclarés aux impôts au titre des emplois familiaux. Les charges patronales peuvent être exonérées selon certaines conditions.



Les aides à domicile

Pour les personnes retraitées, certaines caisses d'assurance vieillesse apportent une participation financière, selon certaines conditions. Renseignez-vous auprès d'elles.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie participe au maintien à domicile des personnes en soins palliatifs qui relèvent du régime général, en attribuant des prestations extra-légales pour :

- la prise en charge des frais de garde malade à domicile ;
- la prise en charge de médicaments et fournitures non remboursés.

Pour des informations complémentaires, renseignez-vous auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie.

■ L'auxiliaire de vie

L'auxiliaire de vie peut apporter une aide pour les actes ordinaires de la vie courante (mobilisation, aide à la toilette, aide aux repas, participation aux tâches ménagères).

Le coût de cette intervention peut être pris en charge par un organisme social. Pour des informations complémentaires, renseignez-vous auprès d'une assistante sociale.

■ Les emplois familiaux

Les emplois familiaux permettent d'employer des personnes à domicile pour aider dans les tâches familiales et domestiques (courses, ménage, entretien du logement, garde des personnes handicapées, garde d'enfants, etc.).

Il est nécessaire d'établir un contrat de travail et une déclaration à l'URSSAF (Union de Recouvrement de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales).

Pour ce type d'emploi, il est possible de déduire une partie des frais engagés lors de votre déclaration fiscale. De même, les cotisations patronales peuvent être exonérées selon certaines conditions.

Pour des informations complémentaires, renseignez-vous auprès d'une assistante sociale.

■ Le portage des repas

Dans certaines communes, si vous ne pouvez pas sortir de chez vous en raison de votre état de santé, les repas peuvent être apportés à votre domicile. Ils sont préparés dans des foyers, restaurants de maisons de retraite ou de toute autre structure de restauration collective.



Pour plus d'informations sur les organismes qui proposent ces services (adresses, participation financières, etc.), renseignez-vous auprès de la mairie de votre commune.

■ Une technicienne de l'intervention sociale et familiale

La technicienne de l'intervention sociale et familiale (appelée auparavant travailleuse familiale) est une personne qualifiée dans la gestion des tâches domestiques, dans la prise en charge des soins des enfants, dans le soutien scolaire, etc., en collaboration avec la mère ou le père. Selon la situation, elle peut apporter une aide complémentaire ou relayer des parents.

Cette prestation est soumise à des conditions de ressources. Il faut avoir au moins un enfant âgé de moins de 14 ans à sa charge et bénéficier des prestations familiales (CAF, MSA, etc.).

■ Le chèque emploi service

Le chèque emploi service est un moyen de paiement qui assure la rémunération de toute personne que vous employez à votre domicile pour des tâches ménagères ou familiales.



Pour obtenir des chèques emploi service, vous devez en faire la demande auprès de votre banque, de la Poste ou du Trésor Public.

Vous payez votre employé directement par un chèque emploi service en indiquant le montant de son salaire sur le chèque. Vous envoyez le volet social au Centre National de Traitement des Chèques emploi service. L'URSSAF calcule les cotisations sociales et les prélève directement sur votre compte bancaire ou postal. Le Centre établit le bulletin de salaire et l'adresse directement à votre salarié.

En dessous de huit heures de travail hebdomadaire ou de quatre semaines de travail consécutives dans l'année, un contrat de travail écrit n'est pas obligatoire.

■ L'aménagement de l'habitat

Il est parfois nécessaire d'adapter votre logement à votre nouvelle situation. Des organismes spécialisés dans ce type d'aménagement peuvent vous renseigner.

Vous pouvez vous adresser auprès des services sociaux ou directement auprès des organismes spécialisés comme :

- l'Association Nationale pour l'Information sur le Logement (ANIL) ;
- l'Habitat Centre de Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat (PACT) ;
- le dispositif départemental pour la vie autonome.

■ Le système d'alarme

Un système d'alarme permet d'être directement relié à une centrale d'appels ou à une personne de votre choix que vous pouvez ainsi prévenir rapidement en cas d'urgence.

Un système de téléalarme ou téléassistance permet de rassurer les personnes qui appréhendent leur retour à domicile suite à une chute par exemple.

Vous pouvez vous adresser auprès des services sociaux de la mairie, des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et de votre Caisse d'Assurance Maladie ou à une assistante sociale de l'établissement de soins.

L'installation d'un système d'alarme est payante. Pour les retraités du régime général et agricole certaines caisses d'assurance vieillesse peuvent apporter une participation financière.

Renseignez-vous auprès de votre organisme de retraite.

Le congé de solidarité familiale

Le congé de solidarité familiale remplace le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Il permet aux salariés de s'arrêter de travailler pour se consacrer aux soins de leur enfant ou d'une personne proche. Ce congé non rémunéré est d'une durée de trois mois, renouvelable une fois.

Avec l'accord de votre employeur, vous pouvez transformer ce congé en période d'activité à temps partiel.

Votre demande de congé est à adresser à votre employeur par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 15 jours avant le début du congé.

Vous devez joindre un certificat médical attestant que la personne malade fait l'objet de soins palliatifs.

Le congé prend fin à l'expiration de la période de trois mois ou à une date antérieure, ou encore dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, sans que cela influe sur les congés auxquels vous avez droit pour 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 déterminer les avantages liés à l'ancienneté et vous bénéficiez de tous les avantages acquis avant le début de votre congé.

Pendant cette période de congé, vous ne pouvez pas exercer une autre activité professionnelle.

Pour des informations complémentaires, une assistante sociale de l'établissement de soins ou de votre domicile peut vous aider.

La maladie peut être responsable d'une perte de capacité à gérer ses affaires personnelles (gestion financière, budget, etc.).



Dans cette situation, il est parfois nécessaire d'avoir recours au juge des tutelles, auprès du tribunal d'instance chargé de la protection des intérêts des personnes majeures et mineures dont les facultés personnelles sont altérées. Il existe trois régimes de protection légale : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

■ La sauvegarde de justice

Il s'agit d'une mesure préventive.

La personne placée sous sauvegarde de justice garde sa capacité civile. Elle conserve la possibilité de gérer elle-même ses biens. Lorsque la personne malade a effectué des actes qui lui sont préjudiciables, cette mesure permet d'obtenir une réduction ou une annulation de ces actes.

■ La curatelle

Il s'agit d'une mesure d'assistance.

La personne malade conserve la possibilité d'intervenir dans la gestion de ses biens, sous le contrôle et avec le conseil d'une personne, appelée curateur, désignée par le juge. La marge de liberté d'une personne sous curatelle est décidée en fonction du taux d'incapacité.

■ La tutelle

Il s'agit d'une mesure de représentation.

Lorsque la gravité de l'altération mentale d'une personne nécessite qu'elle soit représentée d'une manière continue dans les actes de la vie, elle peut être mise sous tutelle. Le juge des tutelles peut cependant dire si certains actes peuvent être exercés par la personne seule ou avec l'assistance du tuteur.

Pour plus d'informations sur ces différents régimes de protection, vous pouvez vous adresser à une assistante sociale.

La maladie bouleverse souvent la vie d'une personne, de sa famille et de son entourage. Le soutien des proches et de l'équipe médicale est essentiel. Il est important d'établir une bonne relation avec quelqu'un qui peut vous écouter et vous aider à retrouver un équilibre psychologique. Trouver une aide auprès de psychologues ou de médecins psychiatres permet de mieux vivre la maladie. Ils prendront le temps de vous écouter et de vous aider à comprendre ce qui se passe en vous. Les psychiatres pourront vous proposer un traitement médicamenteux.

La consultation auprès d'un médecin psychiatre est prise en charge par votre organisme de Sécurité sociale. En revanche, la consultation auprès d'un psychologue n'est pas prise en charge, sauf si celui-ci est rattaché à une structure hospitalière ou à une équipe mobile.

N'hésitez pas à en parler au médecin cancérologue et à votre médecin traitant.

Pour obtenir des informations ou des adresses d'associations, de groupes de parole, de bénévoles, etc., vous pouvez contacter le Comité Départemental de la Ligue Nationale Contre le Cancer le plus proche de votre domicile.

Les associations de personnes malades sont nombreuses et il est difficile de toutes les nommer dans ce guide. Vous trouverez les coordonnées d'associations sur le site de la Ligue Nationale Contre le Cancer composée de 102 comités départementaux :
www.ligue-cancer.asso.fr

Des informations sur les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements au niveau émotionnel, relationnel, familial et professionnel sont disponibles dans le guide SOR SAVOIR PATIENT *Mieux vivre un cancer* (à paraître courant 2004).

Les services de soins de suite et de réadaptation	58
Le foyer logement	59
La maison de retraite ou de long séjour	59

À votre sortie de l'établissement de soins, si votre état de santé ne permet pas immédiatement un retour à votre domicile, il est possible d'accéder à certaines structures d'accueil pour des périodes plus ou moins longues et sous certaines conditions.

Les services de soins de suite et de réadaptation

Certains services vous accueillent en cours ou à la fin de vos traitements. Ces services de soins de suite et de réadaptation vous permettent de vous reposer dans un lieu adapté. Une prescription médicale est absolument nécessaire. La durée du séjour est déterminée selon votre état de santé. Le séjour est pris en charge par votre Caisse d'Assurance Maladie.

Le paiement du forfait journalier et le coût supplémentaire pour une chambre particulière restent à la charge de la personne malade. Certaines mutuelles prennent en charge les frais supplémentaires : adressez-vous directement auprès de leurs services.

Une assistante sociale de l'établissement de soins peut établir la demande du séjour auprès des services de soins de suite et de réadaptation.

Le foyer logement

Le foyer logement est une location d'appartement en résidence pour personnes âgées. Pour en bénéficier, vous devez être âgé au moins de 60 ans. Une participation financière est demandée avec la possibilité d'obtenir une allocation logement par votre Caisse d'Allocations Familiales (par la Mutualité Sociale Agricole, etc.). Pour habiter dans un foyer logement, vous devez être autonome.



Certains frais restent à votre charge : l'électricité, les charges, etc.

Une assistante sociale peut vous donner des informations complémentaires sur le foyer logement.

La maison de retraite ou de long séjour

Les maisons de retraite ou les services de soins de longue durée (long séjour) sont des structures qui accueillent les personnes âgées de plus de 60 ans qui ne peuvent plus être seules ou assumer les tâches de la vie quotidienne et dont l'état de santé peut nécessiter des soins. Les personnes sont accueillies pour une durée indéterminée.

Ces structures sont payantes, mais il est possible de bénéficier d'une allocation logement ou d'une Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Une prise en charge financière au titre de l'aide sociale est possible si l'établissement est conventionné et en fonction des ressources de la personne et des revenus des ascendants et des descendants.

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'assurance pour un prêt bancaire après un cancer	60
Les différents types de contrats	61
Les réponses possibles de l'assurance	62



Tout prêt (crédit) auprès d'une banque est assuré de façon systématique par un contrat d'assurance. Ce contrat protège à la fois la personne qui fait l'emprunt et la famille en cas de difficultés importantes (décès, invalidité, incapacité de travail, etc.). Parfois, lorsque la personne présente un risque aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, l'assurance est soumise à certaines conditions.

Une nouvelle convention (convention Belorgey), signée le 19 septembre 2001, vise à améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes qui présentent un risque aggravé.

Cette amélioration de l'accès à l'emprunt est l'aboutissement de nombreuses réflexions et négociations menées par les pouvoirs publics auprès des professionnels de l'assurance et du crédit et les associations d'aide aux malades et de consommateurs.

Des informations détaillées sur la loi Belorgey se trouvent sur le site internet de la Ligue Nationale Contre le Cancer, www.ligue-cancer.asso.fr.

L'assurance pour un prêt bancaire après un cancer

Pour obtenir une assurance pour un emprunt bancaire après un cancer, il est demandé de :

- fournir et remplir divers documents sur votre situation personnelle (revenus, crédits en cours, ancienneté dans votre emploi, etc.) ;
- remplir un questionnaire médical sur votre état de santé.

Le médecin conseil de la compagnie d'assurance évalue les risques concernant l'état de santé de la personne qui emprunte. C'est seulement après cette évaluation que l'assurance qui couvre l'emprunt bancaire est acceptée ou non.

Les différents types de contrats

■ Le contrat d'assurance de groupe

Le contrat d'assurance de groupe couvre la personne et sa famille en cas d'accident, de maladie, d'incapacité de travail, d'invalidité et de risque de décès.

■ Le contrat d'assurance individuelle

Lorsqu'une personne présente un risque aggravé, le contrat d'assurance individuelle permet de bénéficier du contrat d'assurance de groupe avec les mêmes garanties. Cette assurance individuelle est alors proposée avec des surprimes.

■ Les différents prêts

• *Le prêt à la consommation*

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

- le montant de l'achat ne doit pas dépasser 10 000 € ;
- la durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans ;
- l'emprunteur est âgé de moins de 45 ans ;
- l'emprunteur doit faire une déclaration sur l'honneur qui certifie qu'il n'a pas cumulé d'autres prêts au-delà du plafond communiqué.

• *Le prêt au logement ou professionnel*

Pour demander un prêt au logement ou professionnel, il est nécessaire de remplir un questionnaire de santé. À l'issue de l'évaluation de votre état de santé, l'assureur peut accepter votre prêt sous réserve de certaines conditions :

- le montant du prêt ne doit pas dépasser 200 000 € ;
- la durée du remboursement est limitée à 12 ans ;
- l'emprunteur doit avoir fait son prêt avant 60 ans.

Les réponses possibles de l'assurance

Les réponses de l'assurance peuvent être les suivantes :

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

• *Que faire si l'assurance est refusée ?*

Si l'emprunteur ne peut obtenir une assurance, le dossier est automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance de deuxième niveau. La demande est réexaminée.

En cas de deuxième refus du fait d'un risque de santé très aggravé, les assureurs doivent réétudier le dossier de la personne et s'assurer que toutes les possibilités ont été examinées et ont été respectées. Ce risque très aggravé est géré par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC).

• *Devant un refus non motivé, vous pouvez :*

- mettre en concurrence les banques et les assurances ;
- faire appel à un courtier qui va chercher pour vous une assurance à un taux raisonnable ;
- utiliser l'assurance collective de l'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 à un médecin conseil de l'assurance par l'intermédiaire du médecin traitant et de la Ligue Nationale Contre le Cancer ;
- contacter des associations spécialisées.

Pour les salariés du régime général et agricole	63
Pour les artisans	63
Pour les professions indépendantes du commerce et de l'industrie	64
La liste des organismes et les personnes à prévenir en cas de décès d'un proche	64

La couverture sociale

Lors du décès d'un assuré, ses ayants droit peuvent bénéficier du maintien de leurs droits à l'assurance maladie pendant 4 ans, ou de façon illimitée s'il a eu 3 enfants à charge.

Pour des informations détaillées sur vos droits, n'hésitez pas à contacter une assistante sociale.

Pour les salariés du régime général et agricole

Après le décès d'une personne salariée du régime général et agricole, le versement d'un capital décès aux ayants droit à charge est prévu, selon certaines conditions, que celle-ci ait été :

- en activité ;
- en arrêt de travail maladie indemnisé ;
- titulaire d'une pension d'invalidité.

La demande est à déposer auprès de la Caisse d'Assurance Maladie ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont dépendait la personne décédée. Cette demande doit être faite dans les deux ans qui suivent le décès.

Pour les artisans

Après le décès d'un artisan cotisant ou pensionné d'invalidité, ses ayants droit peuvent percevoir un capital décès et un capital orphelin (enfant à charge). Le décès d'une personne retraitée entraîne

Après le décès d'un proche

également le versement d'un capital décès sous réserve que l'intéressé ait totalisé 80 trimestres de cotisations.

La demande est à déposer auprès de la Caisse d'assurance maladie dont dépendait la personne.

Pour les professions indépendantes du commerce et de l'industrie

Après le décès d'un professionnel indépendant du commerce ou de l'industrie, un capital décès peut être versé aux personnes qui étaient à la charge effective et permanente de l'assuré.

Le montant du capital décès correspond à un forfait. Vous devez faire parvenir votre demande à la caisse d'assurance maladie du défunt. Cette demande doit être faite dans le mois qui suit le décès de la personne.

La liste des organismes et les personnes à prévenir en cas de décès d'un proche

Après le décès d'un proche, il faut penser à contacter ou à prévenir un certain nombre de personnes et d'organismes :

- l'employeur. Celui-ci doit payer les salaires en cours. Les possibilités d'éventuels capitaux décès sont également à voir avec lui ;
- la Caisse d'Assurance Maladie pour arrêter le paiement des prestations en cours et s'informer sur un capital décès éventuel ;
- les mutuelles et organismes de prévoyance et assurances décès pour arrêter le paiement des cotisations en cours et s'informer sur un capital décès et les aides financières ;
- les organismes de prêts (banques, etc.) pour connaître les possibilités de remboursement des emprunts par les assurances contractées ;
- les ASSEDIC si la personne décédée était au chômage, pour arrêter le paiement des prestations en cours et s'informer sur un capital décès éventuel ;



- la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour modifier les prestations et s'informer sur les prestations financières possibles (soutien familial, parent isolé, aide au logement, etc.) ;
- la caisse de retraite principale et les retraites complémentaires pour arrêter les versements ou examiner quels sont les droits à une pension de reversion pour le veuf ou la veuve ;
- les banques, les Centres de Chèques Postaux (CCP), les Caisses d'Epargne pour la fermeture des comptes ;
- le propriétaire du logement pour un éventuel changement de nom sur le bail ;
- les assurances (voitures, habitation, etc.) pour modifier les contrats ;
- EDF-GDF, France Telecom, la Compagnie des Eaux, etc. pour modifier les contrats ;
- le notaire pour le règlement de la succession ;
- le centre des impôts pour modifier la déclaration des revenus, la taxe d'habitation ou la taxe foncière ;
- si la personne décédée était de nationalité étrangère, l'ambassade ou le consulat peuvent parfois participer au financement du rapatriement du corps dans son pays d'origine ;
- pour le décès d'un parent d'un enfant mineur, le juge des affaires familiales ou de tutelle aux mineurs du tribunal de grande instance pour qu'une tutelle soit mise en place.

La profession d'assistante sociale	66
Le secret professionnel	67
Rencontrer une assistante sociale	67
Solliciter le service social	68

La profession d'assistante sociale

L'assistante sociale accompagne les personnes et les familles en difficulté sociale. Pour cela, elle aide à mettre en oeuvre toutes les actions susceptibles de prévenir de telles difficultés pour améliorer leurs conditions de vie.



Sa mission est :

- d'écouter et d'analyser les problèmes des personnes et de proposer un plan d'aide ;
- d'informer les personnes sur leurs droits aux prestations sociales, à l'accès aux soins médicaux, à la formation ;
- d'orienter les personnes en fonction de leurs demandes vers des lieux d'accueil ou des services spécialisés qui répondent à leurs besoins et les soutenir dans leurs démarches et en assurer la coordination ;
- de les accompagner dans la résolution des difficultés auxquelles elles sont confrontées avec le souci de les aider à développer leurs capacités personnelles pour qu'elles puissent agir de façon plus autonome.

L'exercice de la profession d'assistante sociale est réglementé en France par l'obligation d'obtention du Diplôme d'État.

Le secret professionnel

L'assistante sociale est soumise au secret professionnel. Elle intervient à la demande ou avec l'accord des personnes.

La profession s'exerce dans le respect des règles professionnelles, c'est-à-dire :

- le respect de la personne et de ses choix de vie ;
- la non-discrimination ;
- la confidentialité ;
- le respect du secret professionnel, sauf dérogation prévue par la loi.

Dans le respect de ces règles, elle agit en réseau avec les autres assistantes sociales, les élus et toutes les personnes, administrations et groupes intervenant dans l'action sociale.

Rencontrer une assistante sociale

On peut contacter une assistante sociale auprès :

- des collectivités territoriales (les départements, les communes) ;
- de l'État (le ministère des Affaires Sociales, de l'Éducation Nationale, de la Justice, etc.) ;
- des organismes de Sécurité sociale, caisses d'Allocations Familiales ;
- des entreprises industrielles et commerciales privées ou publiques ;
- des associations du secteur sanitaire et social ;
- des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ;
- des services sociaux relevant des conseils généraux du département ;
- des établissements de soins ;
- de l'administration pénitentiaire.

Si vous êtes hospitalisé ou si vous consultez dans un établissement de soins, adressez-vous à une assistante sociale.

Vous pouvez également prendre contact avec le service social pour obtenir un rendez-vous avec une assistante sociale selon votre affiliation à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du régime général ou régime agricole ou, pour tous les autres régimes, au service social du Conseil Général.

Dans certaines entreprises, il existe parfois un service social.

Solliciter le service social

Vous pouvez solliciter le service social lorsque vous êtes confronté à :

- des difficultés d'accès aux droits sociaux ou d'accès aux soins ;
- des problèmes familiaux ;
- des problèmes juridiques ;
- des difficultés financières ;
- la recherche d'établissements de soins de suite et de réadaptation ;
- la préparation de votre retour à domicile après une hospitalisation ;
- l'adaptation de votre logement ;
- la préparation de votre reprise d'activité professionnelle ou de son changement de statut.



Questions à poser à l'assistante sociale



Questions à poser à l'assistante sociale

Du côté de l'enfant

Du côté de l'enfant...	71
1 Les différentes allocations pour un enfant malade	72
2 Les congés pour un enfant malade	76
3 L'enfant malade et la scolarité	78
4 L'étudiant malade et la scolarité	79
5 Le soutien psychologique de l'enfant	80
6 Les aides financières	81

Afin de faciliter et d'améliorer la prise en charge des soins de votre enfant malade, des dispositifs sont mis en place pendant et après sa maladie pour vous aider pendant cette période.



Cette partie du guide rassemble des informations sur les droits sociaux auxquels vous pouvez prétendre tout au long de la maladie de votre enfant.

1 *Les différentes allocations pour un enfant malade*

L'Allocation de Présence Parentale	72
L'Allocation et le Congé Parental d'Éducation	73
Le complément de libre choix d'activité	74
L'Allocation d'Éducation Spéciale	74
L'Allocation pour fonctionnaires Parents d'Enfants Handicapés	75

L'Allocation de Présence Parentale



L'Allocation de Présence Parentale (APP) peut être versée aux parents d'un enfant gravement malade, handicapé ou accidenté, qui nécessite des soins continus ou la présence de ses parents à ses côtés. Elle est versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou par la Mutuelle Sociale Agricole (MSA).

L'APP est accordée :

- aux salariés du secteur privé et de la fonction publique, que vous travailliez à temps complet ou à temps partiel ;
- aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles ;
- aux personnes en recherche d'emploi qui bénéficient des ASSEDIC.

Pour bénéficier de cette allocation, une interruption totale ou partielle de l'activité professionnelle est indispensable. La durée initiale de l'allocation est de quatre mois. Elle peut être renouvelée deux fois dans la limite maximale de douze mois. Le montant de l'APP varie en fonction de la nouvelle organisation de votre durée de travail et de votre situation familiale (couple ou famille monoparentale). Si les deux parents partagent le congé, en étant chacun à temps partiel, ils percevront simultanément l'allocation correspondant à leur temps travaillé.

Cette allocation n'est pas cumulable avec :

- les indemnités journalières maladie, maternité ou accident du travail ;
- l'allocation de remplacement pour maternité ;
- les allocations chômage qui sont alors suspendues ;
- l'Allocation Parentale d'Éducation ;

- l'Allocation Adulte Handicapé ;
- le complément d'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) perçu pour le même enfant ;
- la pension de retraite ;
- la pension d'invalidité.

La demande d'Allocation de Présence Parentale se fait auprès de votre Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole. Un certificat concernant l'état de santé de votre enfant et une attestation médicale qui précise la durée du congé ou la réduction d'activité justifiant la présence d'un ou des deux parents sont nécessaires.

Pour les salariés, une attestation de l'employeur ou une déclaration sur l'honneur qui indique la cessation ou la réduction de l'activité est nécessaire.

Les personnes au chômage doivent rédiger une déclaration sur l'honneur qui explique leur situation.

Pour des informations détaillées sur l'APP et sur son montant, vous pouvez contacter une assistante sociale de l'établissement de soins, de votre domicile, de votre Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole.

L'Allocation et le Congé Parental d'Éducation

Un Congé Parental d'Éducation peut être demandé pour tout enfant né ou adopté avant le 1^{er} janvier 2004 et ce jusqu'à son troisième anniversaire. Il est accordé de droit si le salarié a informé son employeur un mois après l'arrêt du congé de maternité ou deux mois avant la date prévue pour ce congé.

Ce congé n'est pas rémunéré, mais à partir du deuxième enfant, une Allocation Parentale d'Éducation (APE) est versée sous certaines conditions.

Cette allocation et ce congé parental peuvent être une opportunité pour arrêter votre activité professionnelle afin d'être proche de votre enfant malade.

Pour percevoir cette allocation, vous devez adresser votre demande à votre Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) avec l'accord de votre employeur.

1 *Les différentes allocations pour un enfant malade*

Pour des informations détaillées sur cette allocation, vous pouvez contacter une assistante sociale de l'établissement de soins, de votre domicile ou de votre Caisse d'Allocations Familiales.

Le complément de libre choix d'activité

Pour tout enfant né ou adopté après le 1^{er} janvier 2004 et âgé de moins de trois ans, il vous est possible de demander les compléments de libre choix d'activité si vous avez cessé ou réduit votre activité professionnelle pour élever votre enfant.

Pour en bénéficier, vous devez avoir travaillé au moins deux années (en continu ou non) :

- dans les deux dernières années, si c'est votre premier enfant ;
- dans les quatre dernières années, si vous venez d'avoir un deuxième enfant ;
- dans les cinq dernières années à partir du troisième enfant.

Le montant de la prestation est variable en fonction de l'organisation de votre nouvelle durée de travail et du nombre d'enfants à charge.

La demande est à effectuer auprès de votre Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou auprès de votre Mutualité Sociale Agricole (MSA).

L'Allocation d'Éducation Spéciale



L'Allocation d'Éducation Spéciale (AES) est une allocation attribuée aux familles dont l'enfant est reconnu handicapé.

Le terme handicap signifie qu'il s'agit d'un enfant gravement malade, atteint d'une affection invalidante de façon temporaire. C'est la raison pour laquelle on parle aussi de handicap pour un enfant atteint de cancer.

L'AES est une prestation familiale payée mensuellement par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou par la Mutuelle Sociale Agricole (MSA).

Elle est attribuée et accordée sur décision de la Commission Départementale d'Éducation Spéciale (CDES) pour une durée déterminée. Elle peut être renouvelée en fonction du traitement ou des séquelles de la maladie.

L'AES est versée sans condition de ressources, jusqu'aux 20 ans de l'enfant.

Le montant de base de cette allocation peut être majoré par un complément qui varie en fonction de plusieurs facteurs :

- une éventuelle cessation d'activité professionnelle totale ou partielle ;
- l'embauche d'une tierce personne rémunérée ;
- le montant des dépenses engagées du fait de l'état de santé de votre enfant.

Il existe six catégories de complément.

Lorsqu'un enfant bénéficie de l'AES, le forfait hospitalier journalier est exonéré.

Cette allocation est attribuée à partir du mois qui suit la demande. En ce qui concerne les démarches à effectuer et les conditions d'obtention, prenez contact avec votre Caisse d'Allocations Familiales, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou une assistante sociale de l'établissement de soins.

L'Allocation pour fonctionnaires Parents d'Enfants Handicapés

L'Allocation pour fonctionnaires Parents d'Enfants Handicapés (APEH) est une allocation spécifique aux personnes salariées de la fonction publique.

Elle est versée, sous certaines conditions, à tous les parents dont l'enfant bénéficie d'une Allocation d'Éducation Spéciale (AES).

Les parents doivent faire la demande de cette allocation auprès de l'administration qui les emploie.

Le congé pour enfant malade	76
Le congé à temps partiel	76
Le congé sans solde	77
Le congé sabbatique	77

Pendant la maladie de votre enfant, vous pouvez bénéficier de congés, selon certaines conditions. Pour des informations précises et complémentaires sur les différents congés pour un enfant malade, vous pouvez vous renseigner auprès d'une assistante sociale de l'établissement de soins et auprès de votre employeur. La durée du congé et les conditions d'obtention sont variables. Nous vous conseillons également de consulter la convention collective de votre entreprise.

Le congé pour enfant malade



Lorsqu'un enfant âgé de moins de seize ans est malade, vous pouvez bénéficier d'un congé d'une durée de trois jours maximum par an. Ce congé peut être étendu à cinq jours si votre enfant a moins d'un an ou si vous avez à charge au moins trois enfants. Ces conditions peuvent être améliorées dans le cadre d'une convention collective d'entreprise.

Un certificat médical est nécessaire.

Le congé à temps partiel

En cas de maladie d'un enfant, vous pouvez obtenir un congé à temps partiel d'une durée de six mois. Cette durée est renouvelée une fois pour une nouvelle période de six mois maximum. Pour bénéficier de ce congé, vous devez justifier d'au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise et fournir un certificat médical.

Il convient au préalable d'adresser un courrier à votre employeur en recommandé avec accusé de réception au moins un mois avant la date du point de départ du congé.

Ce congé n'est pas rémunéré.

À l'issue de la période d'activité à temps partiel, vous retrouvez votre précédent emploi ou un emploi similaire avec une rémunération au moins équivalente.

Le congé sans solde

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

Le congé sabbatique

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

Pour des informations complémentaires, vous pouvez vous adresser à votre employeur.



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 peut parfois provoquer une rupture au niveau familial, social et scolaire. Il est alors très important que l'enfant puisse poursuivre sa scolarité en l'adaptant à sa situation et qu'il garde un contact avec l'école où il était scolarisé jusqu'alors.

Pendant la maladie, les traitements et les hospitalisations peuvent se répéter sur des durées plus ou moins longues. Ils entraînent parfois des effets secondaires qui ne vont pas permettre à l'enfant de suivre une classe ordinaire. Dans cette situation, l'enfant peut être orienté vers un enseignement spécialisé.

Certains établissements de soins ont des enseignants spécialisés qui mettent en place un programme scolaire adapté à chaque enfant. Il est alors possible de passer des examens au sein de l'établissement de soins. Le jour de l'examen, un délai supplémentaire peut être accordé à l'enfant.

À la sortie de l'établissement de soins, si l'état de santé de l'enfant le permet, celui-ci peut reprendre sa scolarité dans l'école où il était inscrit avant sa maladie. Si cette réintégration n'est pas possible, une autre organisation peut se mettre en place avec des cours à domicile ou des cours par correspondance par le biais d'organismes spécialisés.

Pour des informations détaillées sur ces différentes possibilités, vous pouvez en parler à une assistante sociale et à l'équipe d'enseignants de l'établissement de soins, si cette équipe existe au sein de l'établissement de soins.

Les transports scolaires

Pour certains enfants atteints de cancer, le transport scolaire collectif peut être déconseillé (fatigue, fragilité, risques d'infections, etc.).

Le médecin de l'établissement de soins peut intervenir auprès de la Commission Départementale d'Éducation Spéciale (CDES) afin qu'un transport individuel soit pris en charge par le Conseil Général du département.

Pour l'étudiant de l'enseignement supérieur atteint d'une affection de longue durée ou porteur d'un handicap, des aménagements et des aides financières sont possibles pour lui permettre de poursuivre ses études :

- dédoublement des années d'études ;
- inscription au Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) ;
- priorité pour l'attribution d'une chambre en cité universitaire ;
- carte « Solidarité Transport » sous certaines conditions ;
- bourses d'études ;
- aides financières par les collectivités territoriales (conseil généraux et régionaux) par les entreprises, par 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 cancer produit un profond bouleversement qui touche à la fois le corps de l'enfant et son équilibre psychologique. Il s'agit d'une épreuve difficile qui atteint l'enfant et son environnement familial. Un accompagnement psychologique pour l'enfant et sa famille est parfois nécessaire. L'objectif de cette aide est de favoriser l'adaptation à cette nouvelle vie, en limitant ses conséquences psychologiques.

Une aide psychologique est toujours proposée ; elle n'est jamais imposée.

Un soutien psychologique adapté est possible au sein de l'établissement de soins ou près de chez vous.

Pour des informations complémentaires, vous pouvez en parler à l'équipe médicale qui suit votre enfant et à une assistante sociale de l'établissement de soins.

Certains frais liés à la maladie ne sont pas totalement pris en charge par la Sécurité sociale, comme les frais d'accompagnement, les frais de garde des frères et sœurs, etc. qui restent à la charge de la famille.

Des aides peuvent être proposées par les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les assurances privées ou différentes associations.

Les personnes assurées au régime général, contraintes de suspendre leur travail pour soigner un enfant mineur vivant habituellement au domicile, peuvent recevoir des indemnités journalières. Ces indemnités sont égales, au maximum, à celles qu'ils recevraient en cas de maladie. La durée de ce versement ne peut excéder un mois.

Pour des informations détaillées sur ces aides financières, vous pouvez contacter une assistante sociale de l'établissement de soins ou de votre domicile.



Questions à poser à l'assistante sociale



Questions à poser à l'assistante sociale

Informations pratiques

Les guides SOR SAVOIR PATIENT disponibles :

- Comprendre la chimiothérapie (2004)
- Comprendre l'ostéosarcome (2003)
- Comprendre le cancer du poumon (2003)
- En savoir plus sur le cancer du poumon (2003)
- Comprendre le cancer du sein (mise à jour 2002)
- Le risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire (2002)
- Comprendre le cancer de l'ovaire (2002)
- Comprendre le neuroblastome (2001)
- Comprendre le neuroblastome localisé (2001)
- Comprendre le neuroblastome disséminé (2001)
- Comprendre le neuroblastome 4S (2001)

Les fiches SOR SAVOIR PATIENT disponibles :

- Comprendre la mammographie (2003)
- Comprendre l'échographie mammaire (2003)
- Comprendre la biopsie échoguidée du sein (2003)
- Comprendre la biopsie stéréotaxique du sein (2003)
- Comprendre le repérage mammaire préopératoire (2003)
- Comprendre le scanner
- Comprendre l'Imagerie par Résonance Magnétique



D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont prévus :

- Comprendre la scintigraphie osseuse
- Comprendre le cancer de la prostate
- Comprendre la radiothérapie
- Utilisation de la tomographie par émission de positons au FDG (TEP-FDG) en cancérologie
- Comprendre le cancer du rectum
- La prise en charge de la douleur
- Comprendre le cancer du côlon
- Comprendre le mélanome
- La fatigue en lien avec un cancer
- Comprendre le gliome
- Information des proches
- Mieux vivre avec un cancer

La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) n'est pas habilitée à recueillir ou à répondre à des questions d'ordre médical.

Pour toutes les questions médicales, nous vous invitons à en parler à votre médecin.

Un service téléphonique d'information, de conseil et de soutien « Cancer info service », assuré par la Ligue Nationale Contre le Cancer, permet de répondre aux besoins d'information de tous ceux qui sont concernés par le cancer : Cancer info service 0 810 810 821 Numéro Azur (prix d'un appel local).

Des informations complémentaires sur les différents cancers sont disponibles sur les sites internet de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (www.fnclcc.fr) et de la Ligue Nationale Contre le Cancer (www.ligue-cancer.asso.fr).

Les SOR SAVOIR PATIENT, élaborés à l'initiative de la FNCLCC, utilisent et adaptent en langage non scientifique des informations médicales empruntées aux SOR. Ils constituent des œuvres dérivées au sens de l'article L 113-2 du Code de la Propriété Intellectuelle (CPI).

L'adaptation de l'œuvre première que constitue les SOR ayant été réalisée à l'initiative de la FNCLCC, celle-ci est seule investie des droits d'auteur de nature patrimoniale sur l'œuvre nouvelle en application de l'article L 113-4 du CPI.

Les SOR SAVOIR PATIENT sont de simples outils d'information médicale, décrivant en termes compréhensibles par les patients et leurs proches l'état des connaissances sur la prise en charge des différents cancers. Ils se basent sur une revue critique des données de la littérature scientifique et du jugement argumenté des experts. Ces guides sont d'un usage facultatif. Ils n'ont donc aucune valeur en termes d'avis thérapeutique ou de prescription et, malgré tout le soin qui a été apporté à leur rédaction, ils peuvent inévitablement comporter des erreurs ou des approximations. À ce titre, la FNCLCC n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation par les patients des données extraites du document, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Vous êtes autorisé à télécharger, imprimer et utiliser des extraits des SOR SAVOIR PATIENT pour votre usage personnel non commercial, sous réserve de mentionner la source originelle.

Si vous souhaitez diffuser les SOR SAVOIR PATIENT, téléchargez les bons de commande correspondants aux guides d'information et de dialogue souhaités.

Pour toute autre utilisation des SOR SAVOIR PATIENT et en particulier pour leur republication ou leur redistribution, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, vous devez obtenir l'autorisation expresse et préalable de la FNCLCC.

« Je me souviens du médecin qui m'a annoncé que j'avais un cancer. Il m'a parlé de mes traitements mais il m'a aussi bien informée sur le service social et les rencontres possibles avec une assistante sociale. Au début, cela m'a surprise... mais je le remercie encore de ce message car on est tellement démunie quand on est malade... »

OÙ SE PROCURER LES GUIDES SOR SAVOIR PATIENT ?

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont disponibles sur les sites internet de la FNCLCC (www.fnclcc.fr) et de la Ligue Nationale Contre le Cancer (www.ligue-cancer.asso.fr).

Vous pouvez également vous les procurer dans le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer le plus proche de chez vous ainsi qu'à la Ligue, 14 rue Corvisart 75013 PARIS.

