

NOVEMBRE 2025

CANCERINFO

GUIDES PATIENTS

DÉMARCHES SOCIALES ET CANCER



CE FICHIER EST INTERACTIF, COMMENT L'UTILISER ?

Les guides Cancer info disponibles en ligne sont enrichis de fonctionnalités vous permettant de naviguer dans les chapitres, d'accéder à des définitions de termes qui vous paraîtraient complexes ou encore de consulter d'autres ressources.

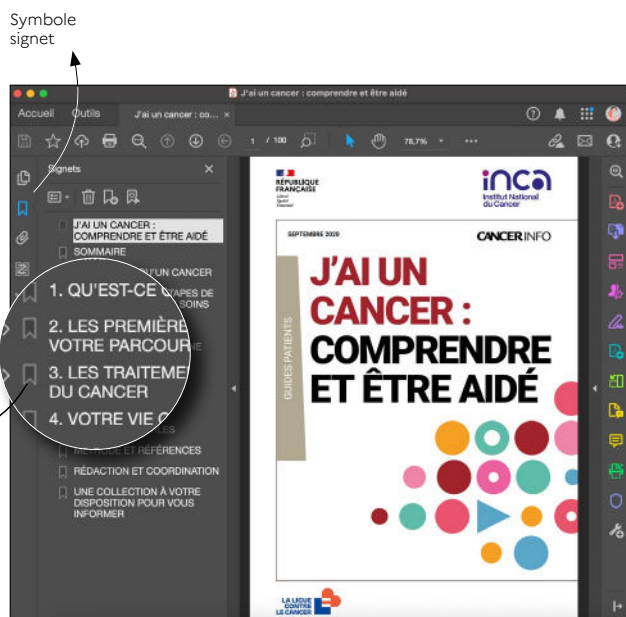
COMMENT NAVIGUER DANS LE DOCUMENT ET REVENIR AU SOMMAIRE ?

Afin de naviguer dans le document de manière optimale, il convient d'afficher les signets en cliquant sur le symbole correspondant. Le sommaire se déroule alors. Chaque chapitre numéroté peut se déployer permettant ainsi d'accéder aux sous-parties.

Si vous utilisez Aperçu pour Mac, il est plutôt conseillé d'afficher la Table des matières dans le menu Présentation.

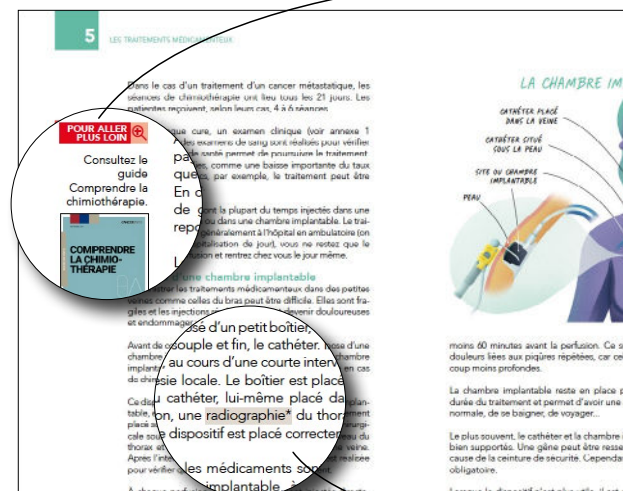
COMMENT CONSULTER LES SITES DE NOS PARTENAIRES ?

Vous pouvez directement consulter leur site internet en cliquant sur les logos. Vous pouvez également cliquer sur les liens au fil des pages.



COMMENT UTILISER LE SOMMAIRE INTERACTIF ?

Comme les signets, le sommaire interactif permet de naviguer dans le document. Cliquez sur les chapitres ou les sous-parties auxquels vous souhaitez accéder. Vous pouvez revenir au sommaire grâce au signet « Sommaire ».



COMMENT CONSULTER DES DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES ?

Des ressources complémentaires sont parfois indiquées dans les marges de nos guides. Vous pouvez les télécharger ou les commander gratuitement sur le site cancer.fr.

COMMENT ACCÉDER AUX MOTS DU GLOSSAIRE ?

Certains termes médicaux peuvent être difficiles à comprendre. Ils sont surlignés et suivis d'un astérisque. Cliquez sur le mot pour accéder directement à sa définition.

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

Ce guide a fait l'objet de plusieurs publications depuis 2004. L'édition de 2025 propose l'actualisation de certaines informations.



Ce guide a été publié en novembre 2025 avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer.



Ce document doit être cité comme suit : © Démarches sociales et cancer, collection Guides patients Cancer info, INCa, novembre 2025.

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

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

La survenue d'un cancer rend nécessaire un certain nombre de démarches auprès de différentes administrations. La maladie peut, en effet, modifier vos liens familiaux et sociaux, perturber votre activité professionnelle, avoir un impact financier, remettre en cause vos projets de vie en cours et à venir.

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

Chaque situation est unique : les assistants de service social connaissent l'ensemble des dispositifs. Pour vous aider dans vos démarches, n'hésitez pas à les rencontrer.

Vous pouvez retrouver les informations présentées dans ce guide en vous rendant sur le site de l'Institut national du cancer, **cancer.fr**. N'hésitez pas à consulter nos différentes rubriques web sur les démarches sociales : elles sont régulièrement mises à jour. Le site propose également d'autres informations susceptibles de vous intéresser.

Les textes réglementaires et notamment les montants rattachés aux droits sociaux évoluent régulièrement ; il est conseillé de se rapprocher des professionnels cités dans ce guide et des sites publics pour accéder aux dernières évolutions les concernant.

1

**POUR VOUS AIDER
ET VOUS ORIENTER**

- 12 L'assistant de service social
- 14 Les lieux d'information
- 16 La plateforme Cancer info

2

**VOS PRINCIPAUX
INTERLOCUTEURS
ADMINISTRATIFS**

- 20 Les régimes de protection sociale
- 22 La Caisse d'allocations familiales
- 23 La Maison départementale des personnes handicapées
- 25 Le Conseil départemental
- 26 Le Centre communal ou intercommunal d'action sociale

9

**EMPRUNTER APRÈS
UN CANCER**

- 118 La convention AERAS
- 119 Les prêts
- 123 Le questionnaire de santé
- 124 Comment s'applique le droit à l'oubli ?
- 125 La grille de référence AERAS (GRA)
- 127 Qui peut vous aider ?
- 127 Les réponses possibles de l'assurance

10

**LA PROTECTION DES
MAJEURS**

- 133 Les mesures d'accompagnement
- 133 Le mandat de protection future
- 135 L'habilitation familiale
- 136 La sauvegarde de justice
- 137 La curatelle
- 138 La tutelle

11

**LES CONGÉS
D'ACCOMPAGNEMENT
POUR LES PROCHES**

- 142 Le congé de solidarité familiale
- 144 Le congé de proche aidant

SIGLES ET ACRONYMES

6

3

**LES PRESTATIONS
SOCIALES**

- 30 Droits et prestations spécifiques au handicap
- 35 Les autres allocations et dispositifs d'aide

4

**LA PRISE EN CHARGE
FINANCIÈRE DE LA
MALADIE ET DES SOINS**

- 40 L'affection de longue durée
- 42 Les prestations financières de l'Assurance maladie
- 48 La protection universelle maladie et la complémentaire santé solidaire
- 50 Pour les personnes de nationalité étrangère, en situation irrégulière
- 53 Le remboursement des prothèses
- 57 Les aides exceptionnelles
- 58 dans l'Union européenne

5

**APRÈS UNE
HOSPITALISATION**

- 62 Les structures d'accueil
- 64 Les accueils pour personnes âgées ou en situation de handicap
- 66 Les soins à domicile
- 69 Les aides à la personne

12

**DU CÔTÉ DE L'ENFANT
MALADE**

- 148 Les congés existants
- 153 Les allocations et autres dispositifs d'aide
- 159 L'enfant malade et la scolarité

13

**POUR SUIVRE
SON PARCOURS
DANS L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR**

- 168 Quand et à qui s'adresser pour bénéficier d'accompagnement ?
- 170 Bourses et logements étudiants

14

**LES DÉMARCHES
À FAIRE APRÈS LE DÉCÈS
D'UN PROCHE**

- 174 Les organismes et les personnes à prévenir en cas de décès d'un proche
- 175 Pour les salariés des régimes général et agricole
- 177 Pour les travailleurs indépendants
- 178 Pour les fonctionnaires

6

**LES REVENUS PENDANT
UN ARRÊT DE TRAVAIL**

- 78 Pour les salariés des régimes général et agricole
- 83 Pour les exploitants agricoles
- 85 Pour les artisans, commerçants et professions libérales
- 87 Pour les agents contractuels de la fonction publique
- 88 Pour les agents titulaires de la fonction publique
- 91 Pour les demandeurs d'emploi

7

**MAINTIEN ET RETOUR
À L'EMPLOI**

- 96 Pour les salariés des régimes général et agricole
- 103 Pour les agents de la fonction publique
- 105 Pour les artisans, commerçants et professionnels libéraux
- 106 Pour les exploitants agricoles

8

**CANCERS D'ORIGINE
PROFESSIONNELLE**

- 108 Qu'est-ce qu'un cancer professionnel ?
- 109 Pourquoi demander la reconnaissance de votre cancer en maladie professionnelle ?
- 111 Quels sont les critères pour obtenir la reconnaissance d'un cancer professionnel ?
- 113 Comment déclarer une maladie professionnelle ?

**DROITS ET INFORMATION
DE LA PERSONNE MALADE EN 10 POINTS**

- 01 L'hospitalisation, mode d'emploi
- 02 Le dispositif d'annonce
- 03 La personne de confiance
- 04 Les directives anticipées
- 05 Les droits des patients
- 06 La charte de la personne hospitalisée
- 07 Le dossier médical et Mon espace santé
- 08 Les représentants des usagers
- 09 La commission des usagers
- 10 Des recours indemnitaires en santé

RESSOURCES UTILES

205

**RÉDACTION ET
COORDINATION**

209

**LISTE DES PUBLICATIONS
CANCER INFO**

211

**AUTRES GUIDES
DISPONIBLES**

212

SIGLES ET ACRONYMES

A

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACAATA	Allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante
AEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AERAS	Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'Insertion professionnelle des personnes handicapées
AIDÉA	Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité
AJPA	Allocation journalière de proche aidant
AJPP	Allocation journalière de présence parentale
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APE	Allocation parentale d'éducation
APEH	Allocation aux parents (fonctionnaires) d'enfants handicapés
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Aide social à l'hébergement
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
AVS	Auxiliaire de vie sociale

CAF	Caisse d'allocations familiales
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCI	Commission de conciliation et d'indemnisation
CCPP	Centre de consultations de pathologies professionnelles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDU	Commission des usagers
CESU	Chèque emploi service universel
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLCA	Complément de libre choix d'activité
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLD	Congé de longue durée
CLEISS	(le) Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLM	Congé de longue maladie
CMI	Carte mobilité inclusion
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNED	Centre national d'enseignement à distance
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSPFV	Centre national des soins palliatifs de fin de vie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CRA

CRA	Commission des recours amicales
CRCI	Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
CROUS	Centre régional d'œuvres universitaires scolaires
CRPE	Convention de rééducation professionnelle en entreprise
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
C2S	Complémentaire santé solidaire

D

DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DMP	Dossier médical partagé
DSRC	Dispositif spécifique régional du cancer

E

EEE	(L') Espace économique européen
EHPA	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELI	Espaces Ligue Info
EMSP	Équipes mobiles des soins palliatifs
ERI	Espaces de rencontres et d'information
ESAT	Établissement et service d'accompagnement par le travail
ESPO	Établissement et service de pré-orientation
ESRP	Établissement et service de réadaptation professionnelle

F

FEMDH	Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

F

HAD Hospitalisation à domicile
HAS Haute Autorité de santé

□

IJ Indemnités journalières
INRS Institut national de recherche
et de sécurité

J

JALMAV (Fédération) Jusqu'à la mort accompagner la vie

N

MASP	Mesure d'accompagnement social personnalisé
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutuelle sociale agricole
MVA	Majoration pour la vie autonome

O

ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
OSCAR	Offre de service coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite

P

PACS	Pacte civil de solidarité
PAI	Projet d'accueil individualisé
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PC RTP	Prestation complémentaire pour recours à tierce personne
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
PreParE	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
PUMa	Protection universelle maladie

R

RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSA	Revenu de solidarité active
RSDAE	Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi

S

SAPAD/ RAPAD	Service ou réseau d'assistance pédagogique à domicile
SFAP	Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
SNDS	Système national des données de santé
SPST	Services de prévention et de santé au travail
SSI	Sécurité sociale pour les indépendants
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Services de soins de suite et de réadaptation

T

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

U

UEROS	Unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnel pour les personnes cérébrolésées
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unités de soins de longue durée



1

POUR VOUS AIDER ET VOUS ORIENTER

- 12. L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL
- 14. LES LIEUX D'INFORMATION
- 16. LA PLATEFORME CANCER INFO

Dès l'annonce de la maladie, prenez contact avec un professionnel du secteur médico-social ou une association. Même si vous êtes autonome dans vos démarches administratives, faire un point sur vos droits peut vous permettre d'être plus serein pour toutes ces questions, notamment durant la phase des traitements.

L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

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

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

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

- les problèmes administratifs ;
- votre situation professionnelle ;
- les aspects financiers ;
- la reconnaissance du cancer comme maladie professionnelle, le cas échéant ;
- l'organisation familiale ;
- le maintien ou la préparation du retour au domicile par la recherche et la mise en place d'aides humaines ou techniques ;
- la protection des personnes vulnérables (tutelle, curatelle...);

- l'accès aux soins ;
- l'orientation en services de soins de suite et de réadaptation après une hospitalisation.

Vous pouvez contacter un assistant de service social auprès notamment :

- de l'établissement de santé dans lequel vous êtes soigné ;
- du régime d'Assurance maladie dont vous dépendez (CPAM, MSA, SSI) ;
- de votre Caisse d'allocations familiales (CAF) ;
- de votre Caisse de retraite (régime général, agricole et caisses complémentaires) ;
- de votre Conseil départemental ;
- de votre Centre communal d'action sociale (CCAS – qui dépend de votre mairie) ou de votre Centre intercommunal d'action sociale (CIAS) ;
- de votre Centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) si vous êtes étudiant ;
- des services de prévention et de santé au travail (SPST) qui existent dans la plupart des grandes entreprises ;
- du service de médecine professionnelle et préventive ou du comité médical départemental (personnel de la fonction publique).

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

LES LIEUX D'INFORMATION

Différents dispositifs d'accueil et d'information ont été mis en place au sein ou hors des établissements de santé : espaces de rencontres et d'information (ERI), centre local d'information et de coordination (CLIC), espaces Ligue... Les principales missions de ces structures sont l'écoute, l'information et l'orientation des personnes malades et de leurs proches. Elles ne proposent pas de consultations médicales : aucun avis sur un diagnostic, un traitement personnel ou un pronostic n'est apporté. L'accès à ces lieux d'accueil et d'information est gratuit.

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

BON À SAVOIR

Pour obtenir les coordonnées des ERI proches de votre domicile, vous pouvez consulter le dépliant publié sur le site de la **Ligue contre le cancer**.

Les espaces de rencontres et d'information

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

Au fil de la Ligue

Le dispositif de la Ligue contre le cancer *Au fil de la Ligue* met en place divers moyens pour informer et accompagner les personnes malades et leurs proches, en particulier dans les zones isolées. Ces initiatives comprennent des camionnettes itinérantes, des espaces d'accueil fixes, des chariots d'information en milieu hospitalier et une application mobile dédiée. Leurs principales missions sont l'écoute, l'information et l'orientation. L'accès à ces services est entièrement gratuit. Pour déterminer si *Au fil de la Ligue* correspond à vos besoins d'information, vous pouvez contacter votre comité départe-

mental de la Ligue ou consulter les professionnels de santé qui vous suivent.

Les dispositifs spécifiques régionaux du cancer

Pour répondre à l'impératif de coordination des acteurs traitant des patients atteints de cancer, l'ensemble des régions françaises sont couvertes par un dispositif spécifique régional du cancer (**DSRC**). Celui-ci fédère, en tant que structure de coordination, l'ensemble des institutions et professionnels traitant et accompagnant les patients atteints de cancer.

Le premier objectif des DSRC est de créer du lien entre les nombreux professionnels de santé intervenant dans le traitement du cancer et travaillant dans des structures différentes (cabinets indépendants, établissements de santé publics ou privés), afin de mieux organiser et coordonner le parcours de soin des patients et de veiller à la qualité des soins. Ce n'est pas un réseau de soin et d'inclusion directe des patients. Les DSRC répondent également à un objectif d'information, notamment à travers leur site internet et en produisant des documents et supports destinés aux professionnels et aux patients sur l'offre de soins en cancérologie. Ils répertorient aussi les lieux d'information sur les cancers existant dans les régions. Leurs coordonnées sont disponibles sur le site **cancer.fr**.

Les centres locaux d'information et de coordination

Le centre local d'information et de coordination (CLIC) est une structure d'accueil, d'information et d'orientation. Mis en place pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage, le CLIC permet de trouver des éléments de réponse et d'aide adaptés à chaque situation. Une équipe de professionnels travaille au sein de cette structure et accompagne les personnes dans leurs démarches (vous pouvez par exemple être aidé dans vos démarches liées à la perte d'autonomie ou au handicap, voir le chapitre 2 « Vos principaux interlocuteurs administratifs », page 19).



POUR ALLER PLUS LOIN

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site **ligue-cancer.net**.

Il existe un (ou plusieurs) CLIC dans chaque département, généralement situé en ville, qui peut avoir une appellation différente selon le département. Pour des informations complémentaires, vous pouvez consulter le site internet de votre département de résidence ou l'espace France Services dont vous dépendez. Il existe aussi un annuaire recensant les points d'information locaux pour les personnes âgées sur le site personnes.agees.gouv.fr.

Les dispositifs d'appui à la coordination

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) vient en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux qui accompagnent des patients et leurs proches qui font face à un cumul de difficultés et à des besoins de santé complexes. Il permet d'apporter des réponses adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. Les DAC proposent un soutien personnalisé afin d'évaluer vos besoins, vous informer et vous accompagner.

Les équipes sont composées de différents professionnels (infirmier, assistant de service social, psychologue, etc.). L'un d'entre eux devient votre interlocuteur privilégié. Il travaille avec votre médecin traitant et est en lien avec les professionnels qui vous entourent (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, assistants de service social, services d'aide...).

Les coordonnées et les modalités de fonctionnement des DAC sont directement disponibles sur le site internet de chacune des Agences régionales de santé (ARS). Pour aller plus loin, vous pouvez consulter le site du ministère, sante.gouv.fr.

LA PLATEFORME CANCER INFO

Cancer info est un service proposé par l'Institut national du cancer, en partenariat avec la Ligue contre le cancer. Afin que chacun puisse y accéder aisément, l'information est accessible sous trois formes : téléphonique, numérique et papier.



L'ANNUAIRE DES ASSOCIATIONS (cancer.fr)

Des dispositifs d'accueil, d'information, d'aide et de soutien dans le domaine de la santé ont été mis en place par de nombreuses associations. Pour les connaître, vous pouvez consulter la [carte des associations](#)

de santé disponible sur le site internet de l'Institut national du cancer. La recherche se fait par thème, par type de structures (association locale, nationale ou lieu d'information) et par localisation géographique.

- **La ligne téléphonique : le 0 805 123 124**

(service et appel gratuits)

Une équipe constituée de chargés d'information répond, en toute confidentialité, à vos questions d'ordre général sur les cancers, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures). Les informations d'ordre général communiquées ne peuvent en aucun cas remplacer un avis médical.

- **Le site Internet de l'Institut**

Les rubriques **personnes malades** et **proches aidants** proposent des dossiers complets, classés par type de cancers ainsi que des dossiers pratiques portant sur des questions transversales comme les droits des malades ou les démarches administratives pendant et après la maladie. Le site cancer.fr est régulièrement mis à jour.

- **Les guides d'information et les fiches thématiques**

Ces guides, conçus en miroir des recommandations professionnelles, sur chaque type de cancers, les traitements et leurs effets indésirables éventuels, sont disponibles au téléchargement sur cancer.fr. Des fiches thématiques sont également disponibles, notamment sur le retour à l'emploi, l'aide à l'emprunt ou encore des examens médicaux. Vous pouvez aussi les commander gratuitement sur le catalogue des publications (il est nécessaire de **créer votre compte**).



2

VOS PRINCIPAUX INTERLOCUTEURS ADMINISTRATIFS

- 20. LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE
- 22. LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES
- 23. LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES
- 25. LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL
- 26. LE CENTRE COMMUNAL OU INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Pendant et après votre maladie, vous allez réaliser un certain nombre de démarches administratives. En fonction de votre situation personnelle, professionnelle et médicale, vous devez identifier le régime social qui prendra en charge une partie de vos frais de santé ou l'organisme qui gèrera vos demandes de prestations sociales et aides diverses.

Votre service DRH, les représentants du personnel et/ou de l'action sociale peuvent vous aider à vous orienter.

Les principaux interlocuteurs administratifs auprès des quels vous pouvez être amené à faire des démarches sont :

- l'Assurance maladie (régimes différents selon votre situation) ;
- la Caisse d'allocations familiales (CAF) ;
- la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
- le Conseil départemental ;
- le Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS).

LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

Le régime général

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



CONTACTER VOTRE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Pour des informations sur votre situation, l'Assurance maladie propose un numéro d'appel unique, le 3646, ouvert du lundi au vendredi (les horaires varient selon votre département). En règle générale, les horaires d'ouverture sont au minimum de 8 h 30 à 16 h 30, service gratuit + prix appel, depuis un téléphone fixe ou mobile.

- Depuis Mayotte, composez le 02 69 61 91 91 du lundi au jeudi

de 7 h 30 à 14 h 30 et le vendredi de 7 h 30 à 12 heures.

- Depuis l'étranger : +33 1 84 90 36 46 (service gratuit + prix d'un appel). Pour faciliter les réponses, pensez à vous munir de votre carte Vitale avant de contacter l'Assurance maladie. Vous pouvez aussi vous connecter sur votre **compte Ameli** : cliquer sur « Mes démarches » puis « Consulter mon espace d'échanges ».

La Sécurité sociale pour les indépendants

Depuis janvier 2020, le régime général de la Sécurité sociale gère aussi la protection sociale obligatoire des travailleurs indépendants ainsi que de certains dirigeants ou associés de sociétés. Pour des informations concernant vos prestations maladie, la Sécurité sociale des indépendants est joignable au numéro d'appel unique 3646 (service gratuit + prix d'un appel) du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30.

Vous pouvez également consulter le site securite-sociale.fr. Pour les personnes en difficulté financière, vous pouvez bénéficier du dispositif « Help ».

Le régime agricole

Le régime agricole assure la protection sociale notamment de l'ensemble du monde agricole et rural : les chefs d'exploitation ou les employeurs de main-d'œuvre (les actifs non-salariés), les salariés agricoles ainsi que leurs ayants droit et les retraités qui relèvent de la Mutualité sociale agricole (MSA), notamment pour l'Assurance maladie.

Pour des informations sur votre situation, vous pouvez consulter « Mon espace privé » sur le site de la **MSA** ou contacter par téléphone la Caisse dont vous relevez.



AUTRES CAS SPÉCIFIQUES

Si vous n'avez pas de régime d'assurance maladie, vous pouvez bénéficier, sous conditions d'attribution, de la Protection universelle maladie (PUMA).

Si vous êtes de nationalité étrangère en situation irrégulière, vous pouvez, notamment sous conditions de ressources, obtenir l'aide médicale de l'État (AME) pour la prise en charge de vos soins (voir le chapitre « La prise en charge financière de la maladie et des soins », page 39).

Les régimes spéciaux

Les régimes spéciaux concernent les personnes salariées de la SNCF, de la RATP, d'EDF, d'ENGIE, les fonctionnaires, les marins, les militaires, les enseignants, les religieux, les avocats, etc. qui ont leur propre régime de protection sociale. Ces régimes fonctionnent sur la base d'une solidarité restreinte à une profession ou à une entreprise. Certains régimes assurent l'intégralité de la protection sociale de leurs membres, d'autres n'apportent qu'une protection partielle, leurs assurés étant couverts par ailleurs pour les autres risques.

LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

La Caisse d'allocations familiales (CAF) est un organisme public qui accompagne les personnes et les familles pour les aider dans leur vie quotidienne. Il existe au moins une CAF par département et des points d'accueil proches de chez vous (mairie, point-relais). Les services de la CAF étudient votre situation et, en fonction de celle-ci, versent différentes allocations :

- allocation logement ;
- revenu de solidarité active (RSA) ;
- allocation journalière de présence parentale (AJPP) ;
- allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Certaines allocations sont soumises à condition de ressources et vos droits sont régulièrement réétudiés.

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

Si vous avez besoin d'aide à domicile, la CAF peut aussi vous proposer l'intervention d'un professionnel qui peut être un auxiliaire de vie sociale (AVS) ou un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) (voir le chapitre 5 « Après une hospitalisation », page 61).

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

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) constitue un guichet unique auquel les personnes en situation de handicap peuvent s'adresser pour s'informer de leurs droits, faire une demande de droits ou de prestations en lien avec le handicap. Elle facilite les démarches des personnes en situation de handicap et de leur famille, favorise l'accès à un appui dans la formation et l'emploi, et à un accompagnement par les établissements et services médico-sociaux. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) apporte son appui aux MDPH. Il est conseillé de faire étudier votre situation par la MDPH rapidement. L'idée est que la pathologie cancéreuse puisse être considérée comme un handicap est parfois difficile à intégrer, car c'est souvent une forme de handicap « invisible ». Toutefois, certains droits sont inhérents à cette reconnaissance de handicap. Souvent, ces droits permettent d'équilibrer les coûts liés à la pathologie. Il existe une procédure simplifiée permettant un examen rapide et urgent de votre situation.



Vous trouverez toutes ces informations sur les sites caf.fr et msa.fr.



COMMENT EST DÉFINI LE HANDICAP ?

Le terme de handicap désigne toute limitation d'activité, ou restriction de participation à la vie en société. Ce terme est utilisé pour parler d'une personne atteinte d'une maladie invalidante,

de façon temporaire ou non. C'est la raison pour laquelle une personne atteinte d'un cancer peut, dans certaines situations, avoir accès aux dispositifs d'aides et d'allocations de la MDPH.

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

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

En fonction de l'âge et du handicap, vous pouvez vous voir attribuer différents droits ou prestations spécifiques au handicap comme :

- la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;
- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- l'orientation vers les établissements de services médico-sociaux ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et une aide à l'orientation professionnelle ;
- la Carte mobilité inclusion (CMI) mention stationnement, priorité ou invalidité.

Certains de ces droits et prestations sont également accessibles aux enfants en situation de handicap du fait d'un cancer. Pour des informations complémentaires sur ce sujet vous pouvez consulter le chapitre 12 « Du côté de l'enfant malade » page 147.



COMMENT CONSTITUER SON DOSSIER AUPRÈS DE LA MDPH ?

Toutes les demandes de prestations se font sur la base d'un formulaire unique de demande à la MDPH (Cerfa n° 15692*01) qui doit obligatoirement être accompagné d'un certificat médical de moins de 1 an (Cerfa n° 15695*01). Ce certificat médical est un document important. Il est conseillé de le faire remplir par le médecin qui connaît le mieux votre situation et de l'accompagner des bilans et comptes rendus explicatifs vous concernant. Il doit être détaillé et argumenté, car il est le point de départ de l'évaluation que conduira la MDPH pour aboutir à des décisions adaptées à vos besoins. Votre demande de prestations sera étudiée par

la CDAPH. Vous pouvez télécharger le formulaire ainsi que le certificat médical à joindre à la demande et leurs notices sur le site service-public.fr ou réaliser votre demande en ligne directement sur monparcours handicap.gouv.fr. Pour obtenir plus d'informations sur les services proposés par l'équipe de la MDPH, n'hésitez pas à contacter celle de votre département. Les démarches à effectuer pour la constitution d'un dossier vous seront expliquées à l'accueil de votre MDPH. L'adresse de votre MDPH est disponible dès la page d'accueil du site monparcours handicap.gouv.fr. Vous pouvez aussi vous renseigner auprès des assistants de service social.

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Le Conseil départemental gère de nombreux dispositifs d'aides matérielles et financières pour les habitants du département. Il s'occupe notamment des dispositifs d'aide sociale pour les personnes en difficulté et aussi pour les personnes âgées et handicapées. Pour connaître les aides départementales qui existent dans votre département, consultez les sites suivants : pour-les-personnes-agees.gouv.fr, monparcours handicap.gouv.fr. Vous pouvez connaître l'adresse de votre Conseil départemental en vous adressant à votre mairie.

LE CENTRE COMMUNAL OU INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Le Centre d'action sociale (CCAS ou CIAS) propose aux familles, aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et aux personnes en difficulté, une évaluation de leur demande, une orientation vers les partenaires identifiés pour le traitement administratif de leurs dossiers, une aide dans les démarches à effectuer et une mise en relation avec un assistant de service social.

Il peut, par exemple, intervenir dans :

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

Pour connaître les coordonnées de ces administrations sur votre secteur d'habitation, adressez-vous à votre mairie. Vous pouvez également consulter l'annuaire des centres sur les sites suivants : **pour-les-personnes-agees.gouv.fr** et **unccas.org** (Union nationale des centres communaux d'action sociale).





3

LES PRESTATIONS SOCIALES

30. DROITS ET PRESTATIONS SPÉCIFIQUES AU HANDICAP
35. LES AUTRES ALLOCATIONS ET DISPOSITIFS D'AIDE

Si vous devez faire face à des dépenses liées à un handicap ou à une perte d'autonomie, plusieurs aides existent pour vous soutenir et améliorer votre vie quotidienne. Il est essentiel de connaître vos droits et les démarches à suivre, ainsi que les bons interlocuteurs, pour y accéder selon votre situation.

DROITS ET PRESTATIONS SPÉCIFIQUES AU HANDICAP

Pour ces différentes prestations, afin d'éviter de percevoir des indus dont le remboursement vous sera réclamé, il est important de déclarer tout changement de situation (ressources, situation familiale ou professionnelle, etc.) auprès de l'organisme qui vous règle ces allocations. Pour la prestation de compensation du handicap (PCH), vous devez conserver les justificatifs des dépenses pendant 2 ans.

La prestation de compensation du handicap (PCH)

La prestation de compensation du handicap (PCH), attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), est versée par le Conseil départemental. Elle a pour objectif de pallier certaines dépenses liées à la perte d'autonomie. Elle est accordée aux personnes qui rencontrent une difficulté pour réaliser des gestes de la vie quotidienne selon des critères d'évaluation réglementaire (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

Cette prestation est versée sur la base de montants et tarifs fixés par nature de dépense, dans la limite de taux de prise en charge qui peuvent varier selon les ressources du bénéficiaire. Elle peut financer des dépenses liées à :

- un besoin d'aides humaines ;
- un besoin d'aides techniques ;

- l'aménagement du logement et du véhicule de la personne en situation de handicap, ainsi que d'éventuels surcoûts résultant de son transport ;
- des charges spécifiques ou exceptionnelles ;
- l'attribution et l'entretien des aides animalières.

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

À qui s'adresser pour une demande de PCH ? À la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée en fonction d'une fourchette de taux d'incapacité qui sera évaluée par les professionnels de la MDPH en fonction de votre problématique de santé et des conséquences qu'elle entraîne dans votre vie quotidienne, sur la base d'un guide-barème (annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles). Attention, ce barème ne vous donne pas un taux précis mais situe votre taux d'incapacité dans une fourchette.

Ce taux vous sera transmis par la MDPH. Vous avez droit à l'AAH s'il est :

- au moins égal à 80 % ;
- ou entre 50 % et moins de 80 % et que vous présentez une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

En fonction des ressources, cette allocation est versée à taux plein ou à taux réduit par votre organisme de prestations familiales.

À noter. L'AAH n'est pas cumulable avec l'allocation spécifique de solidarité (allocation attribuée sous conditions aux chômeurs en fin de droits).

À qui s'adresser pour une demande d'AAH ? À la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

La majoration pour la vie autonome (MVA)

La majoration pour la vie autonome (MVA) est une aide permettant de financer une partie des dépenses liées à votre handicap. Elle complète l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elle est attribuée par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) automatiquement et en même temps que l'AAH dès lors que les conditions sont remplies. Dans ce cas, vous n'avez pas de démarches à faire.

Pour pouvoir percevoir la MVA, vous devez répondre aux cinq critères suivants :

- avoir un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % ;
- percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'une retraite, d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail, ou percevoir l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) dans les mêmes conditions ;
- ne pas percevoir de revenus d'activité ;
- habiter dans un logement indépendant ;
- percevoir une aide au logement (allocation de logement sociale ou familiale, ou aide personnalisée au logement).

À noter. Bien que supprimé depuis le 1^{er} novembre 2019 pour fusionner avec la majoration pour la vie autonome (MVA), le complément de ressources demeurera attribué encore pendant 10 ans aux personnes qui en sont déjà bénéficiaires.

À qui s'adresser pour percevoir la MVA ? À la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA).

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

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

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ouvre droit à certains avantages. Elle permet de :

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

À qui s'adresser pour une demande de RQTH ? À la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

La carte mobilité inclusion (CMI)

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

La mention invalidité

Si vous avez un taux d'incapacité au moins égal à 80 % ou si vous êtes classé « 3^e catégorie de la pension d'invalidité » par la Sécurité sociale, vous pouvez obtenir la mention d'invalidité. Il peut également y être inscrit la sous-mention « cécité » ou « besoin d'accompagnement », qui atteste la nécessité d'être accompa-

gné dans vos déplacements. La mention invalidité vous permet de bénéficier, sous conditions, d'avantages comme :

- une demi-part supplémentaire pour le calcul de votre impôt sur le revenu ;
- un droit de priorité dans l'attribution des logements sociaux ;
- un accès aux places assises réservées dans les transports en commun ;
- une priorité dans les files d'attente ;
- une réduction sur les billets dans les transports pour la personne qui vous accompagne dans vos déplacements (SNCF, RATP, Air France) ;
- la gratuité de certains musées.

La mention priorité

Si votre taux d'incapacité est inférieur à 80 % et que la station debout vous est pénible, la mention priorité vous permet de bénéficier d'une priorité dans les files d'attente et d'un accès aux places assises.

La mention stationnement

Elle peut vous être attribuée si vous avez un handicap qui :

- réduit votre autonomie dans les déplacements à pied (péri-mètre de marche limité et inférieur à 200 mètres) ;
- ou qui impose que vous soyez accompagné ;
- ou qui nécessite que vous ayez recours systématiquement à une aide pour les déplacements extérieurs (par exemple : oxygénothérapie, prothèse de membre inférieur sauf prothèse de hanche ou de genou, canne, fauteuil roulant...) ;
- et que la difficulté pour se déplacer est définitive ou pour une durée prévisible d'au moins 1 an.

La mention stationnement pour personne handicapée permet de se garer sur les places réservées. Utilisable exclusivement pour vos déplacements, elle doit être apposée sur le pare-brise du véhicule (le vôtre ou celui de la personne qui vous accompagne). Elle offre la possibilité de stationner gratuitement et sans limitation de durée sur toutes les places de stationnement publiques.

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

À qui s'adresser pour la CMI ? À la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

LES AUTRES ALLOCATIONS ET DISPOSITIFS D'AIDE

Selon votre niveau de perte d'autonomie, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou l'accompagnement à domicile des personnes âgées pourra vous être accordée.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une aide financière pour toute personne âgée d'au moins 60 ans en perte d'autonomie résidant en France, qu'elle soit à son domicile ou en établissement d'hébergement (EHPAD ou USLD). La demande d'APA, pour les personnes éligibles, peut être également assortie d'une demande de CMI.

Cette allocation est modulable en fonction des ressources. Une partie des dépenses liées au plan d'aide APA peut rester à votre charge. Le montant de cette participation est lié à vos revenus. L'APA n'est pas récupérable sur succession. L'attribution de l'APA n'est pas limitée dans le temps mais elle est révisée périodiquement ou à la demande du bénéficiaire en cas d'évolution de la situation.

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



Pour plus d'informations sur l'APA consultez la fiche pratique sur le site **pour-les-personnes-agees.gouv.fr** pour plus d'information.



LE DROIT AU RÉPIT

Le droit au répit dans le cadre de l'APA permet au proche aidant de se libérer du temps pour ses activités, se reposer et éviter l'épuisement. Il existe différentes solutions d'aide au répit pour que les proches aidants puissent se reposer :

- un accueil de jour ou de nuit de la personne aidée en perte d'autonomie ;
- un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial ;
- un relais à domicile.

domicile, la mise en place d'aides techniques, ou encore de l'instauration d'un répit pour votre proche aidant.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche pratique sur le site de l'**Assurance retraite** pour plus d'informations sur cette aide.

L'accompagnement à domicile des personnes âgées

Ce dispositif s'inscrit dans le plan d'aides OSCAR décrit au chapitre 5, page 61. Mis en place par les caisses de retraite, il est destiné aux personnes âgées retraitées et fragiles qui ont besoin de préserver leur autonomie et qui ne sont pas éligibles à l'APA. Cette prestation n'est pas récupérable sur succession. Une participation financière est demandée au bénéficiaire, en fonction de ses revenus.

L'aide départementale

L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

Une prise en charge financière au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) aux personnes âgées et aux personnes handicapées est possible si l'établissement d'hébergement est conventionné ou dans le cadre de l'accueil familial. Cette prise en charge dépend de vos revenus et de votre patrimoine. L'ASH est soumise à l'obligation alimentaire. De ce fait, lors de la demande, vos descendants et ascendants (appelés « débiteurs d'aliments ») sont interrogés sur leur situation financière pour évaluer leur capacité à participer au financement de votre hébergement. Les sommes allouées peuvent être récupérées par l'État après le décès, lors de la succession. Les conditions de participation des familles et de la récupération sur succession dépendent du règlement départemental d'aide sociale.



À QUI S'ADRESSER POUR CES AIDES ?

Le dossier de l'APA est le même que celui de l'accompagnement à domicile des personnes âgées. Pour ces deux aides, vous devez utiliser le formulaire de Demande d'aide à l'autonomie à domicile (Cerfa 16301*01) disponible :

- auprès des services du Conseil départemental ou des caisses de retraite, des organismes de Sécurité sociale, sociaux ou médico-sociaux (notamment les CCAS/CIAS, les CLIC), de mutuelles ou de services

d'aide à domicile qui ont conclu une convention avec le département ;

- et sur la **plateforme en ligne** de demandes d'aides à l'autonomie.

Vous répondez à un court questionnaire sur votre niveau d'autonomie. Vous pourrez alors déterminer quelle aide demander et auprès de quel organisme faire votre demande : auprès de votre département pour l'APA ou auprès de votre caisse de retraite pour l'accompagnement à domicile.

Il est recommandé de faire la demande d'ASH en même temps que les démarches d'admission dans l'établissement soit dans les 2 mois qui suivent la date d'entrée.

À qui s'adresser pour la demande d'ASH ? À la mairie ou au Centre communal d'action sociale (CCAS). La mairie ou le CCAS transmet ensuite le dossier et les documents justificatifs au département.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche officielle sur service-public.fr.

4

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA MALADIE ET DES SOINS

40. L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE
42. LES PRESTATIONS FINANCIÈRES DE L'ASSURANCE MALADIE
48. LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ET LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
50. POUR LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE, EN SITUATION IRRÉGULIÈRE
53. LE REMBOURSEMENT DES PROTHÈSES
57. LES AIDES EXCEPTIONNELLES
58. DANS L'UNION EUROPÉENNE

Le cancer est une maladie qui nécessite un suivi et des soins coûteux. À ce titre, elle est considérée comme une affection de longue durée (ALD). Les soins qui sont en lien avec l'ALD sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sur la base du tarif de remboursement fixé par la Sécurité sociale.

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

À l'exception des soins inscrits dans votre protocole de soins, vos remboursements peuvent varier si vous consultez un professionnel de soins sans avoir été préalablement orienté par votre médecin traitant. Les patients en ALD bénéficient du tiers payant, c'est-à-dire qu'ils n'ont aucun frais à avancer lors de la délivrance de leurs soins, sauf ceux qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie, comme les dépassements d'honoraires.

Comment être reconnu en ALD ?

Pour être reconnu en ALD, seul votre médecin traitant peut remplir un formulaire appelé protocole de soins. Ce formulaire indique le diagnostic, les soins et les traitements envisagés. Il adresse ensuite ce document au médecin-conseil de votre Caisse d'assurance maladie. Dès l'obtention de cet accord, vous devez réactualiser votre carte Vitale dans les bornes adaptées à cet effet (Caisse d'assurance maladie, hôpital, pharmacie).

Dans le cas où ce n'est pas le médecin traitant qui formule la demande, la prise en charge est ouverte pour 6 mois. Votre médecin traitant devra réaliser une nouvelle demande pour le prolongement de votre prise en charge en ALD. Si vous n'en avez pas, contactez votre caisse d'Assurance maladie pour vous faire aider dans vos démarches.



LE MÉDECIN TRAITANT

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre Caisse d'assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide si nécessaire vers d'autres professionnels de santé et assure une prévention personnalisée.

Le médecin traitant est un médecin généraliste ou un spécialiste. Il exerce en libéral, à l'hôpital ou dans un centre de santé. Si vous n'avez pas de médecin traitant, contactez l'assurance maladie pour vous aider à en identifier un.

À la fin de la période accordée par votre protocole de soins, si votre maladie nécessite toujours des soins actifs, votre médecin devra demander le renouvellement de l'ALD. Ce renouvellement est possible tant que votre état de santé le justifie, sans limite d'âge ou de nombre de renouvellement.

En cas d'urgence et pour faciliter l'accès aux soins, le médecin de l'établissement de santé est autorisé à réaliser ce protocole de soins. Cette procédure permet dans un premier temps d'ouvrir vos droits pour une durée maximale de 6 mois. Durant cette période, il faudra vous rapprocher de votre médecin traitant afin qu'il établisse une nouvelle demande pour le prolongement de votre prise en charge en ALD.

Lorsque vous ne ne nécessitez plus de traitement lié à votre cancer ?

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

Nous vous conseillons de prendre contact avec votre médecin traitant rapidement pour évoquer notamment la question

de l'ALD, même si vous êtes ou avez été hospitalisé. En effet, le médecin traitant reste un interlocuteur privilégié dans votre parcours de soins.

LES PRESTATIONS FINANCIÈRES DE L'ASSURANCE MALADIE

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

Si vous êtes reconnu en affection de longue durée (ALD), les dépenses liées à votre maladie sont couvertes à 100 % par la Caisse d'assurance maladie dont vous dépendez, sur la base du tarif des remboursements fixé par la Sécurité sociale. Cependant, certains frais ne sont pas pris en charge.

Tout d'abord, une participation financière est déduite de vos remboursements pour les consultations, les médicaments, les déplacements... Il s'agit de la participation forfaitaire et de la franchise médicale. De même, certains frais ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie (forfait hospitalier, chambre individuelle, dépassements d'honoraires). C'est ce que l'on appelle le reste à charge.

Renseignez-vous auprès de votre mutuelle ou complémentaire santé pour savoir si ces frais peuvent vous être totalement ou partiellement remboursés.

Toutes les personnes sont concernées par la participation forfaitaire et la franchise médicale, sauf les mineurs, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse.

La participation forfaitaire et la franchise médicale

La participation forfaitaire s'élève à 2 euros pour chaque consultation médicale, dans la limite de 8 euros par jour par professionnel de santé.

La franchise médicale est de :

- 1 euro pour chaque boîte de médicament prescrite, sans limite journalière ;
- 1 euro sur les actes paramédicaux (effectués par un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, un pédicure, etc.) réalisés en ville ou dans un centre de santé (plafond journalier de 4 euros) ;
- 4 euros à chaque transport dès lors qu'ils sont remboursés par l'Assurance maladie (plafond journalier de 8 euros), sauf transport d'urgence.

La franchise n'est pas appliquée pour les médicaments ou actes paramédicaux réalisés au cours d'une hospitalisation à domicile ou en milieu hospitalier. Cette franchise est plafonnée dans la limite de 50 euros par an toutes franchises médicales confondues.

Ces sommes sont déduites au fur et à mesure des remboursements effectués par les caisses d'Assurance maladie. En cas de dispense d'avance de frais (tiers payant), la franchise est déduite lors du remboursement suivant ou réclamée directement à l'utilisateur. Le montant total de la franchise médicale et de la participation forfaitaire ne peut dépasser 50 euros, pour chacune, par année civile ce qui porte la participation annuelle au titre de ces deux contributions à 100 euros maximum. Pour en savoir plus sur la franchise médicale, se rendre sur le site de l'**Assurance maladie**.

Le forfait hospitalier

Lorsque vous êtes hospitalisé, les soins en rapport avec votre affection de longue durée (ALD) sont couverts à 100 %, à l'exception du forfait hospitalier journalier qui correspond à votre participation financière aux frais d'hébergement et d'entre-

tien (fixé par arrêté ministériel, le montant du forfait hospitalier s'élève à 20 euros par jour, y compris le jour de sortie).

Il existe des exonérations du forfait hospitalier pour :

- les personnes qui viennent à l'hôpital pour recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux mais qui n'y sont pas hébergées ;
- les personnes qui bénéficient d'une pension militaire ;
- les enfants et des adolescents de moins de 20 ans hébergés dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- les personnes dont le cancer a été reconnu comme maladie professionnelle (voir le chapitre 8, « Cancers d'origine professionnelle ») ;
- les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État ;
- les assurés sociaux d'Alsace-Moselle ;
- les nouveau-nés et femmes enceintes hospitalisées durant les 4 derniers mois de grossesse, ou pour l'accouchement, ou pendant les 12 jours suivant l'accouchement.

La chambre particulière

Pendant votre hospitalisation, vous souhaitez peut-être une chambre particulière, avoir une télévision et, si besoin, obtenir un lit d'accompagnement pour l'un de vos proches. Ces frais de confort personnel ne sont pas pris en charge par votre Caisse d'assurance maladie. Cependant, votre mutuelle peut éventuellement régler une partie de ces frais. Renseignez-vous auprès d'elle. La complémentaire santé solidaire (C2S) ne rembourse pas ces dépenses.

Si la chambre particulière vous est attribuée sur prescription médicale, si l'établissement de santé ne compte que des chambres individuelles ou si faute de place et de manière générale, vous ne l'avez pas demandée, cette chambre particulière ne peut pas vous être facturée. Si des proches souhaitent rester près de vous pendant votre hospitalisation, l'accueil de l'hôpital peut vous indiquer les possibilités d'hébergement à proximité.

BON À SAVOIR

Le forfait journalier hospitalier peut également être pris en charge par votre mutuelle ou votre complémentaire santé, selon le contrat souscrit.

Les soins à domicile

Si vous avez une prescription médicale, les soins infirmiers à domicile et la location de matériel médical seront pris en charge par votre Caisse d'assurance maladie. Les aides à la personne peuvent également être remboursées partiellement ou totalement, sur prescription médicale. S'il existe des restes à charge, vous pouvez solliciter votre organisme de complémentaire santé.

Les dépassements d'honoraires

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

Les professionnels de santé autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par l'Assurance maladie, sont tenus de remettre au patient une information écrite dès lors que le dépassement est supérieur à 70 euros (ils sont tenus d'informer les patients même lorsque le montant du tarif est inférieur à 70 euros). Cette information doit être faite avant l'exécution des actes. Vous devez donc obligatoirement être informé lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, des dépassements d'honoraires éventuellement pratiqués par le médecin qui sont susceptibles de rester à votre charge.

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

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

mais peuvent l'être par votre complémentaire santé selon le contrat souscrit. Les honoraires des médecins non conventionnés sont très peu pris en charge par l'Assurance maladie.

Le remboursement des frais de transports

Votre Caisse d'assurance maladie peut rembourser les frais de transport prescrits par votre médecin lorsqu'ils concernent des soins ou des traitements en rapport avec votre affection de longue durée (ALD). Ces transports sont pris en charge uniquement sur prescription.

BON À SAVOIR

Une convocation médicale n'équivaut pas à une prescription.

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

- les transports de longue distance (plus de 150 kilomètres aller) ;
- les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 kilomètres aller, sur une période de 2 mois, pour un même traitement) ;
- les transports en bateau ou en avion de ligne.

L'absence de réponse dans un délai de 15 jours vaut acceptation de la prise en charge.

Quels transports ?

C'est le médecin qui évalue le moyen de transport le plus adapté. Les transports possibles sont les transports en voiture particulière ou en commun ou, pour les personnes ne pouvant se déplacer autrement, les transports assis professionnalisés (de type taxi conventionné, véhicule sanitaire léger (VSL) ou ambulance).

Si la prescription concerne un transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) et si votre état de santé le permet, un **transport partagé** vous est proposé. La personne qui l'organise vous en explique les modalités. En cas de refus de votre part, pour certains transports et dans certaines conditions, vous ne bénéficierez pas de la dispense d'avance des frais. Cette mesure concerne exclusivement les transports liés aux soins

itératifs c'est-à-dire les transports réguliers et programmés (par exemple dans le cadre de traitements médicamenteux systémiques du cancer ou de séances de radiothérapie).

Si vous choisissez d'utiliser un taxi, une dispense d'avance des frais est possible, sous réserve qu'une convention entre les organismes locaux d'assurance maladie et les entreprises de taxi ait été homologuée par le préfet. Pour être remboursé, vous devez respecter le mode de transport prescrit, sauf si vous avez recours à un mode de transport moins onéreux. Vous pourrez alors aussi bénéficier d'une prise en charge.

La liste des taxis conventionnés est disponible auprès de votre Caisse d'assurance maladie. Vous pouvez obtenir des informations en appelant le 3646 (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe) ou en consultant son site **ameli.fr**. Un logo de couleur bleue « Taxi conventionné – Organismes d'assurance maladie », placé sur la vitre arrière droite du taxi, permet d'identifier qu'il est conventionné.

Si vous utilisez un taxi non conventionné, le coût de votre déplacement ne sera pas remboursé par l'Assurance maladie et restera intégralement à votre charge.

L'Assurance maladie garantit la prise en charge dans la structure la plus appropriée et la plus proche. Si vous choisissez un établissement de santé plus éloigné, votre caisse pourra réduire le remboursement de vos frais de transport.

BON À SAVOIR

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

Pour plus de précisions sur les situations qui ouvrent droit à une prise en charge des transports, vous pouvez consulter le site de l'Assurance maladie **ameli.fr**.

LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE ET LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

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

La protection universelle maladie (PUMa) offre à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière le droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.

La complémentaire santé solidaire (C2S) rembourse pour les foyers aux revenus modestes, comme le fait une mutuelle, la part des dépenses de santé non prises en charge par la Sécurité sociale.

La protection universelle maladie (PUMa)

Pour bénéficier de la prise en charge des soins, les personnes qui ne sont pas déjà rattachées à une caisse d'Assurance maladie doivent formuler une demande d'ouverture des droits. Cette protection est accessible à toute personne résidant en France de manière stable (hors séjour temporaire) et régulière (les personnes de nationalité étrangère doivent détenir un titre de séjour). Une cotisation annuelle peut être demandée en fonction de certains revenus perçus.

Pour faire votre demande de PUMa, vous pouvez :

- retirer un dossier auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence ;
- ou télécharger le formulaire de Demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel en cas de maladie ou de maternité (Cerfa n° 15680*01) disponible sur les sites **ameli.fr**, **msa.fr** et **secu-independants.fr**.

Toutes les pièces à joindre pour constituer votre dossier sont listées sur le formulaire à remplir. Votre dossier de demande de PUMa doit ensuite être déposé auprès de la CPAM de votre domicile. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site **ameli.fr**.

La complémentaire santé solidaire (C2S)

Cette aide vous permet de bénéficier d'une prise en charge complémentaire de vos dépenses de santé, c'est-à-dire du reste à charge (ticket modérateur) après prise en charge de l'Assurance maladie, comme le fait un contrat de complémentaire santé ou mutuelle. Pour en bénéficier, vous devez habiter ou travailler en France de façon régulière et stable, et le revenu mensuel de votre foyer ne doit pas dépasser un certain montant. Selon le niveau de vos revenus, le dispositif est gratuit ou implique une participation forfaitaire modérée calculée en fonction de votre âge. Le coût reste cependant très inférieur à celui des complémentaires santé privées.

Vos soins sont pris en charge à 100 % sans avance de frais pour :

- des soins médicaux ;
- l'achat de médicaments ;
- les analyses médicales prescrites ;
- une hospitalisation, y compris le ticket modérateur, part non remboursée par l'Assurance maladie.

Vous n'avez à payer ni la participation de 1 euro prélevée sur chaque boîte de médicaments, ni la franchise médicale de 2 euros lors de chaque consultation, ni le forfait journalier hospitalier. Vous pouvez aussi consulter la rubrique page 42.

Vous avez la possibilité de vérifier si vous pouvez bénéficier de la C2S, avec ou sans participation forfaitaire, en réalisant une simulation en ligne sur le site **mesdroitssociaux.gouv.fr**. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le site **ameli.fr**.



LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE PARTICIPATIVE

Si vos ressources dépassent le plafond annuel sans participation, une participation inférieure à 1 euro par jour et par personne vous sera demandée. Les participations financières seront à payer à l'organisme que

vous avez choisi pour la gestion de votre C2S. L'adhésion à la C2S participative peut être réalisée en ligne depuis votre **compte Ameli**. Vous ne pouvez pas effectuer la démarche en ligne si vous avez droit à la C2S gratuite.

POUR LES PERSONNES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE, EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

L'aide médicale de l'État

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

Vous pouvez en faire la demande (hors Mayotte où l'AME n'est pas applicable) si les conditions suivantes sont remplies :

- vous êtes de nationalité étrangère en situation irrégulière ;
- vous résidez en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois ;
- vos ressources ne dépassent pas un certain plafond (le même que pour la complémentaire santé solidaire).

Pour en faire la demande, vous pouvez télécharger le formulaire de Demande d'aide médicale de l'État (Cerfa 11573*09) sur le site de l'**Assurance maladie**. Votre dossier est à remettre à votre Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Pour une assistance à la constitution et/ou à la transmission de votre dossier de demande d'AME, adressez-vous à l'un des organismes habilités : le Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS) de votre ville, les services sanitaires et sociaux de votre département, une association

agréée ou un établissement de santé. Ces organismes peuvent transmettre votre dossier à la Caisse d'assurance maladie, avec votre accord, dans un délai de 8 jours.

Vous serez informé de la décision de votre CPAM au plus tard 2 mois après votre demande. Si votre demande d'AME est acceptée, vous serez alors convoqué par votre Caisse d'assurance maladie pour la remise de votre carte d'admission à l'AME (remise gratuite). À défaut, votre carte ne pourra vous être remise et vous ne pourrez pas bénéficier de l'AME.

Si vous n'avez pas de domicile fixe, vous devez solliciter une domiciliation auprès d'un CCAS (ou CIAS) ou d'un organisme agréé à cet effet par le préfet du Département (service d'hébergement d'urgence, centre d'hébergement et de réadaptation sociale) pour que votre demande soit acceptée. La liste des organismes proposant une domiciliation peut être obtenue en mairie.

L'AME est attribuée pour une durée de 1 an et est à renouveler selon les mêmes modalités 2 mois avant son échéance.

L'aide médicale de l'État à titre humanitaire

L'aide médicale de l'État à titre humanitaire ouvre droit à la prise en charge des soins médicaux dispensés à l'hôpital ou en médecine libérale, dans la limite des montants remboursables par l'Assurance maladie et du forfait hospitalier. Les personnes de nationalité étrangère et ne résidant pas en France peuvent en faire la demande lorsqu'elles sont sur le territoire sans y résider et que leur état de santé justifie une prise en charge :

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

La demande doit être adressée sous pli confidentiel aux services de l'Agence régionale de santé (ARS) pour instruction. Elle doit être accompagnée d'un certificat médical qui mentionne votre



POUR ALLER PLUS LOIN

Retrouvez plus d'informations sur l'**AME** en consultant le site **ameli.fr**.

état de santé. Seul le ministère chargé de l'action sociale pourra accorder le bénéfice de l'AME à titre humanitaire.

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

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

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



LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

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

Pour plus d'informations sur l'ensemble des aides médicales

de l'État et les possibilités de titre de séjour ouvrant droit à l'Assurance maladie, vous pouvez vous adresser à l'assistant de service social de l'établissement de santé où vous êtes soigné.

LE REMBOURSEMENT DES PROTHÈSES

Les traitements du cancer entraînent parfois des effets secondaires et séquelles qui, même s'ils sont temporaires, peuvent modifier votre apparence. Ces changements peuvent être difficiles à accepter.

Les prothèses (capillaires, mammaires...) prescrites par le médecin peuvent être prises en charge par l'Assurance maladie. Pour obtenir les coordonnées des magasins spécialisés dans les prothèses, vous pouvez vous informer auprès des professionnels de santé de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

Pour la part non prise en charge par l'Assurance maladie, vous pouvez éventuellement demander une participation complémentaire auprès de votre mutuelle. L'assistant de service social de votre établissement de santé ou de votre Caisse d'assurance maladie peut vous renseigner et étudier des possibilités de financements complémentaires.

À noter. De la même façon, les appareillages (fauteuil roulant, canule, etc.) prescrits par le médecin peuvent être pris en charge par l'Assurance maladie et éventuellement par votre mutuelle. Se renseigner auprès de l'équipe soignante ou du prestataire de services qui met en place ce matériel prescrit.

Les prothèses mammaires externes

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

Votre médecin peut vous prescrire une prothèse mammaire externe. Cette prothèse redonne l'apparence du galbe du sein lorsque celui-ci a été enlevé en totalité. On distingue trois types de prothèses prescrites en fonction de la date à laquelle vous avez été opérée.

Les **prothèses externes transitoires en textile non adhérentes** qui ne se fixent pas directement sur la poitrine peuvent être portées juste après l'opération durant 2 mois (temps nécessaire à la cicatrisation). Elles peuvent également être utilisées pendant la radiothérapie. Grâce à leur souplesse et à leur légèreté, elles sont très confortables. Elles se mettent à l'intérieur d'un soutien-gorge adapté à cet effet, muni d'une poche intérieure. Ces soutiens-gorge ne sont actuellement pas remboursés. Le prix de vente des prothèses transitoires en textile est limité à 25 euros. Il est fixé par l'Assurance maladie et correspond au montant du remboursement.

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

- les prothèses externes en silicone, modèle standard : non adhérentes, elles sont à porter à partir du 3^e mois après l'opération. Le montant du remboursement de l'Assurance maladie correspond à son prix de vente limité à 180 euros ;
- les prothèses externes en silicone (adhérentes ou non), modèle technique : adhérentes, elles peuvent être portées uniquement à partir du 15^e mois après l'opération. Elles sont remboursées à hauteur de 240 euros uniquement si elles

sont prescrites par votre médecin lorsque vous présentez certains symptômes (problèmes de cicatrisation, risque d'œdème ou de lymphœdème, douleurs, bouffées de chaleur). Même en l'absence de symptômes, vous pouvez cependant choisir de porter une prothèse de modèle technique si vous estimez qu'elle vous conviendrait mieux. Le montant remboursé est de 180 euros (prix du modèle standard) et le reste à charge de 60 euros, possiblement remboursé par votre mutuelle selon le contrat souscrit.

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

Avant tout achat, il est conseillé d'essayer la prothèse mammaire et de vous faire aider par un professionnel formé. Si possible, faites-vous accompagner par une personne proche qui connaît votre silhouette habituelle et qui vous donnera son avis. Les prothèses mammaires externes achetées sur internet ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie.

Les prothèses et accessoires capillaires

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

Certains traitements de chimiothérapie et de radiothérapie provoquent une chute des cheveux, appelée alopecie. Si vous le souhaitez, vous pouvez avoir besoin d'une perruque, appelée aussi prothèse capillaire, chevelure d'appoint ou chevelure de remplacement.

Perruques et accessoires font l'objet d'une prescription médicale par votre médecin, qui peut être renouvelée tous



LA CARTE DES PERRUQUIERS

L'Institut national du cancer a mis en place une carte interactive des vendeurs de prothèses capillaires ou perruques (non exhaustive) qui répertorie les vendeurs conventionnés par l'Assurance maladie (CNAM). Grâce à son moteur de recherche,

elle vous permet d'effectuer une recherche par région puis par département. Vous pouvez la consulter sur **cancer.fr** la **page dédiée aux perruques**. Vous y trouverez également des conseils pratiques pour l'achat, l'entretien, le port de la perruque.

les ans. Ils sont pris en charge par l'Assurance maladie à des montants différents, selon la nature de la prothèse, s'ils sont vendus par un professionnel spécialisé et agréé (le vendeur remplit une feuille de soins).

Depuis avril 2019, les perruques de classe 1 (en fibres synthétiques) sont remboursées intégralement avec un prix de vente limite au public de 350 euros. Les perruques de classe 2 (au moins 30 % de cheveux naturels) sont remboursées à hauteur de 250 euros avec un prix de vente limite au public fixé à 700 euros. Quant aux prothèses capillaires partielles, le tarif de remboursement et le prix de vente limite au public sont plafonnés à 125 euros.

Il est recommandé de s'informer avant d'acheter une perruque pour savoir si la prise en charge est possible. Les personnes affiliées à la complémentaire santé solidaire (C2S) ou couvertes par l'Aide médicale d'État (AME) bénéficient du droit au tiers payant et n'ont pas à avancer la part correspondant au forfait assurance maladie. Si vous avez souscrit à une assurance complémentaire, ce remboursement est variable selon le type de contrat dont on bénéficie : de 1 à 6 fois le forfait de l'Assurance maladie. Il est donc utile de consulter son assurance complémentaire en amont de l'achat afin de connaître la somme dont on va pouvoir disposer.

POUR ALLER PLUS LOIN

Vous trouverez des informations complémentaires sur les prothèses et les accessoires capillaires sur le site **cancer.fr**.

Les vendeurs qui n'ont pas effectué les démarches nécessaires ne vous permettront pas de bénéficier de la prise en charge de la Sécurité sociale ni du tiers payant. Il vaut mieux s'informer avant de se rendre dans le magasin. Pour cela, vous pouvez vous rendre sur le site **ameli.fr**. Les prothèses capillaires achetées sur internet ne peuvent pas être remboursées par l'Assurance maladie.

Vous pouvez utiliser les ressources mises à disposition par l'Assurance maladie et son **annuaire des professionnels de santé** sur **ameli.fr**. Pour cela, dans le bloc Profession, saisissez « Fournisseur de matériel médical et paramédical ».

LES AIDES EXCEPTIONNELLES

Les différents régimes d'Assurance maladie peuvent prendre en charge, sous certaines conditions, des prestations non ou peu remboursées, au titre de l'action sanitaire et sociale. Les aides concernent les restes à charge pour :

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

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

Pour en savoir plus sur les aides financières versées par votre caisse d'Assurance Maladie et les documents à joindre à votre dossier de demande, contactez votre CPAM depuis votre **compte Ameli**.

DANS L'UNION EUROPÉENNE

Si vous voyagez dans un pays membre de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse, votre carte Vitale n'est pas reconnue. Il est important de vous munir de la carte européenne d'Assurance maladie. La demande doit être faite auprès de la Caisse d'assurance maladie dont vous dépendez ou en ligne sur votre compte Ameli (**ameli.fr**). Cette carte est nominative et individuelle. Tous les membres de la famille peuvent en posséder une, y compris les enfants de moins de 16 ans. Elle est valable 2 ans à partir du moment où elle est créée. Grâce à cette carte, vos frais médicaux sont pris en charge dans les mêmes conditions que pour les assurés du pays qui vous accueille.

Pour des soins programmés pendant votre séjour en rapport avec votre cancer, dans un pays de l'Espace économique européen ou dans un autre pays, renseignez-vous auprès de votre Caisse d'assurance maladie avant de partir. Pour plus de précisions, vous pouvez consulter le site du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale : **cleiss.fr**.



5

APRÈS UNE HOSPITALISATION

- 62. LES STRUCTURES D'ACCUEIL
- 64. LES ACCUEILS POUR PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP
- 66. LES SOINS À DOMICILE
- 69. LES AIDES À LA PERSONNE

À la sortie de l'hôpital, si votre état de santé ne permet pas un retour immédiat à votre domicile, vous pouvez accéder à des structures d'accueil pour des périodes plus ou moins longues. Les séjours dans ce type de structures sont généralement pris en charge par votre Caisse d'assurance maladie. Il est nécessaire d'avoir une prescription médicale.

Selon la structure au sein de laquelle vous serez accueilli, des frais peuvent rester à votre charge (forfait hospitalier, chambre seule...). Renseignez-vous auprès de votre mutuelle ou complémentaire de santé pour connaître les possibilités de prise en charge de ces frais.

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur les conditions d'admission, le coût du séjour, l'aide à la constitution de votre dossier, etc., il est préférable de vous faire accompagner par l'assistant de service social de l'établissement de santé ou le cadre de santé du service de soins.

LES STRUCTURES D'ACCUEIL

Les soins médicaux et de réadaptation (SMR)

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

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

Pour tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation, vous pouvez consulter l'annuaire national : trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/ (recherche par mot-clé).

Les dispositifs de soins palliatifs

Les soins palliatifs délivrés par une équipe pluridisciplinaire visent à soulager la douleur, qu'elle soit physique, psychique, sociale ou spirituelle, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Il existe plusieurs dispositifs de soins palliatifs, dans les établissements de soins ou à domicile :

- les unités de soins palliatifs, situées dans les établissements de soins ;
- les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) des établissements de soins. Certaines équipes peuvent également se déplacer à l'extérieur de l'établissement, au domicile du patient ;
- les lits identifiés en soins palliatifs, situés dans certains services d'établissements de soins ;
- les réseaux de soins palliatifs, qui permettent un maintien à domicile ;
- les services d'hospitalisation à domicile (HAD), qui sont rattachés à un établissement hospitalier ou autonomes (associatifs ou mutualistes, par exemple).

L'orientation vers les différents dispositifs de soins palliatifs se fait en concertation entre les professionnels de santé, vos proches et vous. Elle dépend de votre état de santé, de vos souhaits et des possibilités d'accueil offertes par le lieu de soins ou le domicile. Vos proches et vous pouvez également solliciter le service social de l'établissement où vous êtes soigné ou du service d'hospitalisation à domicile qui vous suit, pour vous accompagner dans l'ensemble de vos démarches sociales et administratives.

Des structures de soins palliatifs sont présentes dans chaque région. Vous pouvez vous adresser à votre médecin traitant ou au médecin de l'hôpital pour connaître la structure la plus proche de chez vous.



Consultez la fiche
« Les soins palliatifs en fin de vie ».



Leurs coordonnées sont également disponibles :

- sur le site de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) : **sfap.org** ;
- sur le site du Centre national des soins palliatifs de fin de vie (CNSPFV) ou par téléphone, auprès de la ligne « La fin de vie, et si on en parlait ? » Une équipe de professionnels est à votre disposition pour vous écouter, vous informer, vous orienter au 01 53 72 33 04 du lundi au vendredi de 10 heures à 13 heures et de 14 heures à 17 heures (prix d'un appel local). Cette plateforme nationale d'écoute vous rappelle gratuitement pour répondre à vos questions. Des échanges par mail sont également possibles sur **parlons-fin-de-vie.fr** ;
- sur le site de la Fédération JALMALV (jusqu'à la mort pour accompagner la vie) : **jalmalv-federation.fr**. Vous trouverez des informations sur la fin de vie et une carte des associations pour l'accompagnement des patients et des proches ;
- sur le site de l'Union nationale des associations pour l'accompagnement et le développement des soins palliatifs (UNASP) : **unasp.org**. Vous pouvez notamment trouver une carte, un annuaire et les sites Internet des associations pour l'accompagnement et le développement des soins palliatifs.

LES ACCUEILS POUR PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP

Les résidences autonomie

Les résidences autonomie sont des locations d'appartements dans une résidence pour personnes âgées de plus de 60 ans et ayant un degré d'autonomie élevé (évalué grâce à la grille nationale Aggir qui calcule le niveau de perte d'autonomie d'une personne). Anciennement appelé « foyer logement », cet établissement vous permet d'être indépendant. Il offre divers services : restauration, nettoyage du linge, infirmerie. Vous pouvez obtenir, au même titre qu'à domicile, des services d'aide-ménagère, d'un kinésithérapeute, d'un infirmier, etc. Une participation financière vous est demandée.

Pour vous aider sur le plan financier, vous pouvez bénéficier :

- de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou d'un accompagnement à domicile des personnes âgées (attribués en fonction du niveau de perte d'autonomie) (voir chapitre « Les prestations sociales », page 29) ;
- d'aides au logement auprès de votre Caisse d'allocations familiales (CAF) ou auprès de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour les personnes appartenant au régime agricole ;
- d'une aide-ménagère financée par votre caisse de retraite et/ou votre complémentaire santé ou le conseil départemental (au titre de l'aide sociale, si vous n'êtes pas éligible à l'APA) ;
- d'avantages fiscaux accordés pour les aides à domicile.

Pour obtenir les coordonnées, les prix et des informations sur les résidences autonomie près de chez vous, consultez **l'annuaire** des résidences autonomie sur le portail de l'État pour les personnes âgées ou sur le site de votre Conseil départemental.

Les accueils en établissements pour personnes âgées

Après 60 ans, si vous ne pouvez plus assumer les tâches de la vie quotidienne et si votre état de santé nécessite des soins, vous pouvez être accueilli dans un centre d'hébergement pour une durée temporaire ou permanente. Plusieurs structures d'accueil sont possibles en fonction de votre situation :

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ;
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- les unités de soins de longue durée (USLD) qui sont des structures d'hospitalisation.

Des aides financières peuvent vous être attribuées comme :

- l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Votre dossier est à déposer auprès du Conseil départemental ;
- de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement. Celle-ci est généralement établie directement par l'établissement ;
- des aides personnelles au logement (APL) en fonction de votre situation.

L'accueil familial

Les personnes âgées ou handicapées peuvent résider au domicile d'un accueillant familial en échange d'une rémunération. L'accueillant familial doit être titulaire d'un agrément délivré par les services du département et ne peut pas avoir de lien de parenté avec la personne accueillie. L'accueil familial peut être temporaire, à temps partiel ou permanent. Les services du département délivrent sur demande la liste des accueillants familiaux agréés.

Pour vous aider, vous pouvez bénéficier :

- d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou d'une prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- d'aides au logement par la Caisse d'allocations familiales (CAF), notamment l'allocation de logement à caractère social (ALS) et/ou l'aide personnalisée au logement (APL) ;
- de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Vous pouvez aussi consulter le chapitre « Les prestations sociales », page 29, pour en savoir davantage sur ces différentes aides.

LES SOINS À DOMICILE

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

Pour trouver des services de soins à domicile, vous pouvez vous renseigner auprès de votre organisme de Sécurité sociale et du centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS). S'il existe des restes à charge, vous pouvez solliciter votre organisme de complémentaire santé.

L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation en établissement. Elle permet de réduire votre temps d'hébergement au sein de l'établissement en étant soigné à votre domicile par une équipe de professionnels. Cette hospitalisation se déroule dans les mêmes conditions qu'à l'hôpital (qualité des soins, continuité des soins).

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

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

Les soins sont réalisés sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et du médecin traitant. L'hospitalisation à domicile fonctionne tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (24h/24). L'HAD n'est pas assurée dans tous les départements ni sur tout le territoire dans un même département. Comme toute hospitalisation, l'HAD est prise en charge financièrement par votre Caisse d'assurance maladie.

Pour plus de précisions, vous pouvez consulter le site de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) : **fnehad.fr**, notamment le dossier sur la **prise en charge en HAD**.

BON À SAVOIR

L'accueil est limité à 90 jours pour les personnes en situation de handicap et sans limite pour les personnes âgées.

Les services de soins infirmiers et infirmiers libéraux

Si votre état de santé nécessite des soins ponctuels (pansements, prise de sang...) ou une surveillance régulière, vous pouvez bénéficier soit des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'un service autonomie à domicile mixte (SAD mixte), soit d'un infirmier en libéral. Ils assurent des soins infirmiers, de toilette et d'hygiène corporelle. Ces professionnels interviennent sur prescription médicale afin que vous puissiez être pris en charge par votre Caisse d'assurance maladie.

Le recours aux SSIAD ou aux SAD mixtes s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou en perte d'autonomie ainsi qu'aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap et/ou atteintes de maladies chroniques ou d'affections de longue durée (ALD) comme le cancer.

Les prestataires de santé à domicile

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

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

Ces prestataires de services ont un rôle de coordination dans l'organisation de la prise en charge à domicile. Pour bénéficier de ce matériel et en obtenir une prise en charge par votre Caisse d'assurance maladie, le professionnel de santé vous établira une prescription médicale.

LES AIDES À LA PERSONNE

On appelle « aides à la personne », un ensemble de services dispensés par des personnes formées à différents métiers : auxiliaire de vie sociale, technicien de l'intervention sociale et familiale, garde à domicile... Ces aides vous permettent d'effectuer des actes de la vie quotidienne que vous ne pouvez pas momentanément ou durablement réaliser seul. Ces professionnels contribuent à maintenir votre autonomie. Les aides à la personne peuvent être remboursées partiellement ou totalement, sur prescription médicale. Pour vous aider à trouver un service d'aide à domicile, vous pouvez consulter l'annuaire sur le site pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

L'auxiliaire de vie sociale (AVS) souvent appelée aide à domicile, apporte une aide dans certaines tâches de la vie quotidienne auprès de la personne dépendante (s'habiller, se nourrir, préparer et prendre ses repas...) ainsi qu'une aide à la toilette, aux changes et aux transferts du lit au fauteuil. Il peut être présent de jour comme de nuit.

Le technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF), a reçu une formation appropriée pour gérer les tâches domestiques, prendre en charge les soins des enfants, proposer du soutien scolaire. Il travaille en collaboration avec les parents. Pour bénéficier de leur intervention, vous devez avoir au moins un enfant à votre charge ou attendre votre premier enfant et bénéficier des allocations familiales à ce titre. Une participation financière vous est demandée en fonction de vos revenus. La demande est à effectuer auprès de votre Caisse d'allocations familiale (CAF). Le cancer de l'un des parents ou d'un enfant est un des critères qui permet l'intervention du TISF.

L'accompagnant éducatif et social (AES), réalise des interventions sociales au quotidien visant à accompagner la personne en situation de handicap ou touchée par un manque d'autonomie quelles qu'en soient l'origine ou la nature. Il peut intervenir

soit au domicile de la personne, soit dans une structure collective (établissement scolaire, EHPAD, hôpital...).

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

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

Ils peuvent offrir un service prestataire et/ou mandataire :

- en mode prestataire, l'organisme se charge du recrutement, du contrat et de la rémunération de la personne qu'il emploie. Vous n'avez rien à faire ;
- en mode mandataire, l'organisme sert d'intermédiaire entre vous et l'employé. Vous êtes l'employeur et l'aide à domicile est votre salarié.

Les modes de prise en charge de ces aides

Le chèque emploi service universel (CESU)

Le chèque emploi service universel (CESU) est une offre simplifiée pour déclarer facilement la rémunération de votre salarié à domicile pour des activités de service à la personne : tâches ménagères ou familiales. C'est aussi la garantie pour la personne que vous employez à temps partiel ou complet de disposer de droits à l'assurance maladie, au chômage, à la retraite, etc. C'est un dispositif déclaratif qui ne permet pas de payer le salarié. Au terme du contrat de travail, le certificat de travail, le solde de tout compte et l'attestation France Travail au salarié, est obligatoire.

Le chèque emploi-service universel se présente sous trois formes :

- le CESU déclaratif est une offre simplifiée pour déclarer facilement la rémunération de votre salarié à domicile. Vous devez préalablement adhérer au Centre national du CESU ;
- le CESU préfinancé est un moyen de paiement pour rémunérer tout ou partie du salaire de votre employé à domicile. Il est délivré par votre employeur privé ou public et/ou votre comité d'entreprise ou par un financeur de prestations sociales (Conseil départemental, mutuelle...). Il permet de payer un organisme de services à la personne ou un salarié à domicile ;
- le CESU accueil familial permet de rémunérer l'accueillant familial si vous vivez en famille d'accueil en s'inscrivant sur **cesu.urssaf.fr**.

Vous pouvez bénéficier d'une réduction ou d'un crédit d'impôt sur le revenu, si :

- vous êtes employeur de la personne qui intervient à votre domicile ;
- ou vous passez par une association ou une entreprise agréée par l'État ;
- ou vous passez par un organisme à but non lucratif, habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de Sécurité sociale.

Cette réduction est égale à 50 % des sommes versées, dans la limite d'un plafond (les personnes retraitées peuvent également en bénéficier).

Vous pouvez également effectuer toutes vos démarches en ligne sur le site de l'**URSAFF**. À partir du site, vous bénéficiez des différents services proposés par **CESU+**. En adhérant, vous pouvez : établir votre volet social, accéder à vos déclarations, et éditer vos avis de prélèvement, vos attestations fiscales et les attestations d'emploi de votre salarié.

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

Le plan d'aides OSCAR

Depuis 2021, l'Assurance retraite propose le plan d'aides OSCAR (Offre de service coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite) pour prévenir la perte d'autonomie et favoriser le maintien à domicile des personnes retraitées. Il s'adresse aux retraités fragilisés GIR 5 et 6 de la grille Aggir (qui évalue le niveau de perte d'autonomie) du régime général, qu'ils soient salariés du secteur privé, ressortissants de la Fonction publique d'État ou travailleurs indépendants – non éligibles à l'APA. Selon leurs besoins, ces derniers peuvent bénéficier d'aides personnalisées :

- des prestations de prévention prises en charge à 100 % dans la limite de 500 euros par an (petits travaux, courses...) ;
- des heures d'accompagnement et de prévention à domicile dans la limite de 7 heures par mois en fonction des ressources (aide à la préparation de repas...) ;
- des programmes de prévention (ateliers, réunions d'information...).

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

La personne retraitée remplit une demande d'aide via le même **formulaire** de demande d'aide à l'autonomie à domicile que pour l'APA et l'adresse à sa Caisse de retraite. Si elle est éligible, un professionnel missionné par l'Assurance retraite vient à son domicile pour évaluer ses besoins et lui apporter les conseils et solutions adaptés. Il pourra lui préconiser un plan d'accompagnement personnalisé. Plus d'informations sur le site de l'**Assurance retraite**.

Les aides au quotidien

Il s'agit de l'ensemble des moyens mis au service de la personne malade pour améliorer sa qualité de vie au quotidien (portage des repas, système d'alarme, aménagement de l'habitation, du véhicule, etc.).

Les portages de repas

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

La téléassistance

Grâce au système de téléalarme, la téléassistance permet d'être directement reliée à une centrale d'appels ou à une personne de votre choix (famille, ami, voisin...) que vous pouvez prévenir rapidement en cas d'urgence. Il existe différents systèmes de téléalarme : simple pression sur un bracelet porté au poignet, téléphone, médaillon autour du cou, détecteurs de chute, etc.

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

L'aménagement du domicile

Votre état de santé peut nécessiter un aménagement de votre domicile pour faciliter vos déplacements et améliorer votre qualité de vie. Ainsi, pour faciliter l'accès d'un fauteuil roulant, un plan incliné peut être aménagé. Une barre de soutien installée dans la salle de bain facilite les déplacements, l'accès à la

BON À SAVOIR

MaPrimeAdapt' vous aide à financer vos travaux d'adaptation de votre logement. Pour en connaître les modalités d'attribution, rendez-vous sur le site de l'Agence nationale de l'habitat : l'ANAH.

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

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

Pour plus de détails sur les modalités pratiques, vous pouvez consulter le chapitre 2, page 19, sur les différentes aides techniques ou matérielles proposées par la MDPH et le Conseil départemental.

L'aménagement du véhicule

Des aménagements qui nécessitent une adaptation du véhicule peuvent être réalisés comme :

- un siège pivotant de voiture qui vous permet de vous installer plus facilement ;
- une poignée de transfert pour faciliter l'entrée et la sortie de votre véhicule.

Le financement de ces aides au quotidien

Avant la mise en place de ces aides et soutiens, il semble indispensable d'anticiper leur financement. Pour cela, rapprochez-vous de l'assistant de service social de l'établissement de santé dans lequel vous êtes suivi pour vous aider. Il peut identifier vos besoins et solliciter une prise en charge financière auprès des organismes sociaux. Vous pouvez vous renseigner auprès :

- du Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS/CIAS) ;
- de votre mairie ;
- de votre organisme de complémentaire santé ;
- de votre Caisse de retraite ;
- du Centre local d'information et de coordination (CLIC) ;
- de votre organisme de sécurité sociale ;
- de la Caisse d'allocations familiales (CAF) s'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans.

L'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)

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

L'ARDH est destinée aux personnes :

- retraitées du régime général de plus de 55 ans ;
- qui ont des besoins d'aides temporaires et urgents à domicile au sortir d'une hospitalisation ;
- qui ont des ressources mensuelles qui ne dépassent pas un plafond de revenus fixé chaque année.

Elle n'est pas destinée aux personnes :

- bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- percevant la prestation de compensation du handicap (PCH) ou la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) ;
- relevant de soins palliatifs.

Une évaluation globale des besoins est réalisée par le service social de l'hôpital qui, après avoir mis en place le dispositif, transmet l'information au service social de la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (**CARSAT**). Si cette aide vous est accordée, la prise en charge est de 3 mois maximum et renouvelable une fois en cas de nouvelle hospitalisation. Dans le mois qui suit la demande, le service social de la CARSAT peut être amené à effectuer une visite à domicile afin de réajuster, si nécessaire, le dispositif. Cette aide est également accordée aux assurés de la Sécurité sociale pour les indépendants, sous condition de ressources et répondant aux conditions d'attribution.

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

6

LES REVENUS PENDANT UN ARRÊT DE TRAVAIL

78. POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE
83. POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES
85. POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONS LIBÉRALES
87. POUR LES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE
88. POUR LES AGENTS TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE
91. POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

Lorsque vous êtes atteint d'un cancer et que votre médecin vous a prescrit un arrêt de travail, l'Assurance maladie du régime social dont vous dépendez peut, sous certaines conditions, vous verser des indemnités journalières. Elles sont destinées à compenser en partie ou en totalité la perte de votre salaire.

Attention, les taux indiqués dans ce chapitre sont ceux en vigueur au moment de la parution du guide. N'hésitez pas à consulter le site de l'Institut national du cancer pour vérifier les éventuels changements. Nous vous invitons également à vous rapprocher des organismes de services sociaux.

POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE

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

Lors d'une hospitalisation, le bulletin de situation ou d'hospitalisation fait office d'arrêt de travail et le délai d'envoi de l'arrêt peut être reporté. Vous pouvez cependant demander un avis d'arrêt de travail au médecin de l'hôpital. Ainsi vous ne prendrez pas de retard dans la mise en place et le versement de vos IJ.

Les IJ peuvent être versées sous réserve de remplir les conditions d'ouverture des droits, qui varient en fonction de la

durée de votre arrêt de travail (inférieure ou supérieure à 6 mois) et de votre situation :

- si vous êtes salarié et sous certaines conditions (montant des cotisations, nombre d'heures travaillées) ;
- ou si vous êtes bénéficiaire d'indemnités chômage ;
- ou si vous avez cessé votre activité salariée depuis moins de 12 mois.

Dans le cas d'une affection de longue durée (ALD) telle que le cancer, la durée maximale de versement des IJ est de 3 ans. Elles sont calculées de date à date. Une carence de 3 jours est retenue lors de votre premier arrêt maladie. Pour vos arrêts maladie suivants en rapport avec votre ALD, les 3 jours de carence ne s'appliquent plus. Une nouvelle période de 3 ans ne peut être accordée pour la même ALD que si vous reprenez le travail pendant 1 an sans arrêt en lien avec cette affection. Les IJ versées par l'Assurance maladie en rapport avec une ALD ne sont pas imposables.

Le montant des IJ maladie (sans accident du travail ou maladie professionnelle) est de 50 % du salaire brut de référence des 3 derniers mois.

Le complément de salaire

Aux indemnités journalières (IJ) versées par la CPAM ou la Mutualité sociale agricole (MSA), peut s'ajouter un complément de salaire versé par l'employeur, pour tout salarié justifiant de 1 an d'ancienneté dans l'entreprise ou l'établissement. En sont exclus les salariés travaillant à domicile, les salariés saisonniers, les salariés intermittents et les salariés temporaires.

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

- être pris en charge par la Sécurité sociale et bénéficier d'IJ ;
- être soigné en France ou dans un pays de l'Union européenne ;



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

- vous soumettre éventuellement à la contre-visite médicale ;
- adresser un certificat médical d'arrêt de travail ou un bulletin d'hospitalisation dans les 48 heures ;
- avoir 1 an d'ancienneté au premier jour de votre absence.

L'indemnisation débute, selon les cas, dès le 1^{er} jour d'absence ou à compter du 8^e jour. Ce complément est dégressif et calculé en fonction de vos années d'ancienneté.

L'employeur peut vous faire contrôler par un médecin qu'il choisit (la « contre-visite »). Si vous n'acceptez pas ce contrôle, l'employeur peut refuser de continuer à vous verser les indemnités complémentaires.

Votre employeur peut avoir souscrit à une assurance de prévoyance collective qui vous versera un complément d'indemnités journalières selon les garanties du contrat. Une notice d'information doit vous être remise à cet égard.

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

- la reprise normale de votre activité professionnelle ;
- l'essai encadré ;
- la reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique ;
- la reprise du travail dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle ;
- la reprise avec aménagement du poste de travail ;
- le reclassement professionnel ;
- la mise en invalidité avec ou sans reprise du travail. Cette décision est prise par le médecin conseil de votre Caisse d'assurance maladie ;
- le licenciement pour inaptitude.

Des visites médicales et/ou un essai encadré peuvent être prévues pour préparer au mieux la reprise de votre activité. Pour toutes ces informations, vous pouvez consulter le chapitre 7 « Maintien et retour à l'emploi », page 95.

La pension d'invalidité

À la fin des 3 ans d'indemnités journalières (en cas d'ALD) ou avant, selon votre situation médicale, il est possible de bénéficier d'une pension d'invalidité par votre Caisse d'assurance maladie si vous remplissez certaines conditions :

- votre capacité de travail ou de percevoir un revenu doit être réduite d'au moins deux tiers (66 %) ;
- vous devez avoir été rattaché (affilié) à un régime d'Assurance maladie pendant au moins 12 mois ;
- vous justifiez d'avoir effectué un certain nombre d'heures de travail ou avoir cotisé sur un certain montant de salaire ;
- vous n'avez pas atteint l'âge de 62 ans.

LES 3 CATÉGORIES DE PENSION D'INVALIDITÉ

LE CLASSEMENT DANS L'UNE DES CATÉGORIES DÉPEND DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.



1^{re} CATÉGORIE

- Invalides capables d'exercer une activité rémunérée (la pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années).
- La pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années.



2^e CATÉGORIE

- Invalides incapables d'exercer une profession quelconque.
- La pension est égale à 50 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années.



3^e CATÉGORIE

- Invalides qui, étant incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. À noter que le retour à l'emploi reste possible à condition d'être déclaré apte par le médecin du travail.
- La pension est égale à 50 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années accompagné d'un montant forfaitaire appelé prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) (voir l'encadré page 82).

La pension d'invalidité n'est pas attribuée à titre définitif. Le médecin conseil de l'Assurance maladie, après une évaluation de votre situation médicale, peut la suspendre, la supprimer ou la faire changer de catégorie. Il en va de même si vous reprenez une activité rémunérée. Si vous êtes en 3^e catégorie et que vous pouvez reprendre une activité à 30 % du temps de travail, le médecin conseil de l'Assurance maladie peut vous accorder une invalidité de catégorie 2.

Si vous ne reprenez pas le travail, vous êtes placé d'office en retraite pour inaptitude à 62 ans. Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité tout en travaillant, vous pouvez continuer de percevoir votre pension d'invalidité après 62 ans et au plus tard jusqu'à 67 ans, sous réserve de règles de cumul. Votre passage, avant 67 ans, à la retraite pour inaptitude, ne se fera qu'à votre propre demande.

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

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

Pour des informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'assistant de service social de votre Caisse d'assurance maladie.

La retraite pour inaptitude au travail

La retraite au titre de l'inaptitude au travail vous permet d'obtenir une retraite au taux maximum de 50 % dès 62 ans, quel que soit le nombre de trimestres que vous avez cotisé. Elle est automatiquement accordée à la personne titulaire d'une pension d'invalidité. Si celle-ci exerce une activité professionnelle, il lui faut alors demander expressément à ce que sa pension de retraite ne soit pas liquidée à l'âge de 62 ans. Elle pourra la liquider ultérieurement à sa demande.

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

Si vous êtes titulaire de la retraite au titre de l'inaptitude au travail et que votre état de santé se dégrade avant l'âge de 67 ans (besoin de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie), vous pouvez bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP).



La réforme des retraites est en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2023. Dans l'attente d'une actualisation, nous vous invitons à consulter **le portail d'information dédié à la réforme.**



LA PRESTATION COMPLÉMENTAIRE POUR RECOURS À TIERCE PERSONNE

La prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) est une somme d'argent destinée à vous aider dans les frais engagés pour employer une personne à votre domicile. La personne qui vous aide peut-être un membre de votre famille, une auxiliaire de vie, une garde à domicile, etc. Elle peut vous être accordée dès lors que vous avez besoin d'aide pour réaliser les actes de la vie quotidienne : vous habiller,

préparer vos repas, faire votre toilette, etc. Cette demande s'effectue auprès du médecin conseil de votre Caisse d'assurance maladie. Elle doit être assortie d'un certificat médical décrivant votre dépendance. La PC RTP peut également être attribuée aux retraités dont le besoin d'assistance par une tierce personne se déclare après le passage à la retraite et avant d'avoir atteint l'âge de la retraite au taux plein.

POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES

Les chefs d'exploitation agricole et les chefs d'entreprise agricole peuvent bénéficier d'indemnités journalières (IJ) en cas de maladies ou d'accident de la vie privée grâce au régime agricole d'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA). Pour bénéficier des IJ, vous devez être affilié à l'AMEXA depuis au moins 1 an et être à jour de la cotisation forfaitaire. Peuvent également en bénéficier vos collaborateurs ainsi que les aides familiaux travaillant sur l'exploitation.

Dans le cas d'une affection de longue durée (ALD) telle que le cancer, la durée maximale de versement des IJ est de 3 ans de date à date. Une nouvelle période de 3 ans ne peut être accordée pour la même ALD que si vous reprenez le travail pendant 1 an sans arrêt en lien avec cette affection. En cas de maladie ordinaire, vous pouvez bénéficier de 360 jours d'IJ sur une période glissante de 3 ans.

En cas d'adhésion à une couverture complémentaire auprès d'un assureur privé, vous pouvez vous faire remplacer sur votre exploitation pendant votre arrêt maladie.

La pension d'invalidité

Une pension d'invalidité peut être accordée par la Mutualité sociale agricole (MSA) si vous n'avez pas atteint l'âge de 62 ans et si vous êtes assujetti à l'Assurance maladie des non-salariés agricoles (AMEXA) depuis au moins 1 an. La pension d'invalidité est toujours accordée à titre temporaire. Elle est supprimée dès l'instant où vous êtes en état de reprendre un emploi de manière permanente, dans une profession quelconque, vous assurant un revenu annuel supérieur au revenu moyen gagné l'année précédant l'arrêt maladie et la mise en invalidité. La pension d'invalidité peut éventuellement être complétée par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) si vous en faites la demande et que vous remplissez les conditions d'attribution.

Maladie professionnelle

Si la maladie dont vous êtes atteint a été reconnue comme maladie professionnelle, des IJ forfaitaires peuvent vous être attribuées. Vos IJ en cas de cancer professionnel sont versées à partir du 8^e jour qui suit votre arrêt de travail et sont majorées à partir du 29^e jour d'arrêt de travail. Une rente peut éventuellement vous être servie, si vous avez un taux d'incapacité permanente d'au moins 30 %. Les IJ que vous percevez dans le cas d'une maladie professionnelle sont soumises à l'impôt sur le revenu à hauteur de 50 % de la somme perçue.

La retraite pour inaptitude au travail

À 62 ans, si vous ne pouvez plus travailler, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. Elle est automatiquement accordée aux personnes titulaires d'une pension d'invalidité. Si vous êtes titulaire d'une retraite pour inaptitude au travail, et qu'entre 62 et 67 ans votre état de santé nécessite l'intervention d'un tiers, vous pouvez bénéficier d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP).

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

POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONS LIBÉRALES

Les artisans, commerçants, chef d'entreprise, micro-entrepreneurs ou conjoints-collaborateurs peuvent bénéficier d'indemnités journalières (IJ) sous certaines conditions de revenus et de durée d'affiliation. Pour pouvoir prétendre à une indemnisation pour maladie au titre de votre activité professionnelle, vous devez justifier d'au moins 12 mois d'affiliation continus dans cette activité.

Vous avez 48 heures pour transmettre l'avis d'arrêt maladie à votre Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Votre présence à votre domicile peut être contrôlée pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

À noter. Si les droits ne sont pas réunis, votre arrêt de travail peut, sous certaines conditions, être indemnisable au titre du maintien de droits de votre activité salariée précédente. Renseignez-vous auprès de votre CPAM.

Pour percevoir les IJ de l'Assurance maladie pendant votre arrêt de travail, vous devez remplir trois conditions :

- vous êtes dans l'incapacité temporaire de continuer ou de reprendre une activité professionnelle pour cause de maladie ;
- vous avez un arrêt de travail prescrit par votre médecin traitant ayant constaté cette incapacité de continuer ou de reprendre une activité professionnelle ;
- vous avez arrêté votre activité.

À noter. En cas d'attribution d'une pension d'invalidité au titre du régime des travailleurs indépendants, le bénéficiaire de la pension ne peut pas bénéficier d'indemnités journalières maladie.

Les IJ vous sont versées par l'Assurance maladie pour compenser votre revenu pendant l'arrêt de travail. Sous certaines conditions, vous pouvez percevoir des IJ après un délai de carence de 3 jours. Elles sont calculées à partir de vos revenus cotisés et sont versées tous les 14 jours en moyenne. Vos relevés d'IJ valident également vos droits à la retraite. Conservez-les sans limitation de durée.

La pension d'invalidité

Selon l'évolution de votre état de santé, l'assurance invalidité, gérée également par la Sécurité sociale pour les indépendants, peut vous verser une pension. Vous devez être à jour de vos cotisations et reconnu invalide. Le versement de la pension est soumis à certaines conditions.

La retraite pour inaptitude au travail

À 62 ans, vous pouvez bénéficier de la retraite pour inaptitude au travail. Si vous êtes titulaire de cette retraite et que vous avez besoin d'aide constante pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, avant l'âge du taux plein automatique, vous pouvez bénéficier de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP).

Pour en savoir plus sur les démarches et formalités, consultez sur le site Ameli les rubriques **pour les artisans et commerçants et indépendants**.

À compter du 1^{er} juillet 2021, tous les professionnels libéraux relevant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) peuvent bénéficier d'indemnités journalières (IJ) pendant une durée maximale de 87 jours consécutifs au titre de leurs 90 premiers jours d'incapacité de travail, après un délai de carence de 3 jours, dans la limite de 360 IJ sur 3 ans. Les IJ seront versées dès le 4^e jour d'arrêt de travail.

POUR LES AGENTS CONTRACTUELS DE LA FONCTION PUBLIQUE

En tant que contractuel dans la fonction publique, vous pouvez être placé en congé de grave maladie si vous souffrez d'une maladie vous mettant dans l'impossibilité d'exercer votre activité, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée. Pour cela, vous devez justifier d'au moins 3 ans de service continu dans la fonction publique (4 mois de services dans la fonction d'État).

Vous devez adresser votre demande ainsi qu'un certificat médical au bureau de gestion du personnel de votre administration. Ce congé peut être accordé, après avis du conseil médical, pour une durée maximale de 3 ans, par périodes de 3 à 6 mois. Plusieurs congés de grave maladie peuvent être accordés si vous reprenez votre activité au moins 1 an entre chaque congé.

Votre traitement est maintenu intégralement pendant la 1^{re} année. Vous percevrez la moitié de votre traitement les 2 années suivantes. Certaines administrations ont des dispositifs particuliers (œuvres sociales, mutuelles, prévoyances, etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos salaires. Vous conservez vos droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels.

Votre situation en fin de congé de grave maladie diffère selon que vous êtes apte ou non à reprendre vos fonctions.

POUR LES AGENTS TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

Si vous êtes agent titulaire ou stagiaire de la fonction publique, vous pouvez bénéficier d'un congé maladie, d'un congé de longue maladie et/ou d'un congé de longue durée. Les règles applicables à ces congés diffèrent selon que vous êtes fonctionnaire d'État, territorial ou hospitalier.

Le congé de maladie du fonctionnaire

Vous pouvez être placé en congé de maladie, appelé auparavant congé de maladie ordinaire (CMO) lorsque la maladie ou un accident survenu hors temps de travail vous met dans l'impossibilité d'exercer vos fonctions. Vous devez pour cela adresser à votre administration employeur un avis d'arrêt de travail. La durée du congé de maladie peut être d'1 an maximum pendant une période de 12 mois consécutifs. Vous avez droit à des congés de maladie rémunérés à 90 % du traitement pendant 3 mois, puis à demi-traitement pendant 9 mois. Vous êtes obligatoirement soumis à un examen de contrôle, par un médecin agréé, au moins 1 fois après 6 mois consécutifs de congé de maladie. À la fin de votre congé de maladie, votre situation diffère selon que vous êtes apte ou non à reprendre vos fonctions antérieures.

Le congé de longue maladie

Le congé de longue maladie (CLM) est un arrêt de travail accordé en cas de maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée qui nécessite un traitement ou des soins prolongés. La liste des affections (dont le cancer fait partie) susceptibles d'ouvrir droit au CLM est fixée par arrêté. Si le congé est demandé pour une autre affection, il ne peut être accordé que sur proposition du conseil médical et avis du conseil médical supérieur.

Pour obtenir ce congé et conserver ainsi votre traitement, vous devez adresser une demande en ce sens, accompagnée d'un certificat médical, au bureau de gestion du personnel de votre administration. Ce dernier transmet votre dossier au conseil médical. Le conseil rend alors son avis à l'administration, après une éventuelle expertise faite par un médecin agréé.

La durée du CLM est, au maximum, de 3 ans. Il peut être accordé ou renouvelé par période de 3 à 6 mois. Votre traitement est maintenu pendant la première année de votre arrêt, puis vous percevrez 50 % ou 60 % de votre traitement les 2 années suivantes. La rémunération à demi-traitement ne peut pas être inférieure au montant des IJ de la Sécurité sociale. Lorsque cela est le cas, vous percevez une indemnité différentielle. Certaines administrations ont des dispositifs particuliers (œuvres sociales, mutuelles, prévoyances etc.) qui permettent de compléter en partie ou en totalité vos traitements.

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

La nouvelle bonification indiciaire (NBI) continue d'être versée dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire (en intégralité durant 1 an, puis réduite de moitié pendant 2 ans), tant que vous n'êtes pas remplacé dans vos fonctions. Les primes et indemnités sont versées dans les mêmes proportions que le traitement indiciaire. N'hésitez pas à contacter votre service de RH pour plus de détails concernant votre situation.

Au bout de la première année de CLM, si vous ne pouvez toujours pas travailler, vous pouvez demander un congé de longue durée (CLD). Attention, ce CLD ne peut être obtenu pendant la période du CLD rémunérée en demi-salaire. Un nouveau CLM peut vous être accordé une fois que vous avez repris le travail pendant 1 an.

Le congé de longue durée

Le congé de longue durée (CLD) vous est accordé après avis du conseil médical, en cas de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou déficit immunitaire grave et acquis. Le congé est accordé par périodes de 3 à 6 mois, pour une durée maximale de 5 ans, pris de manière fractionnée ou non. Votre traitement est maintenu en totalité pendant les 3 ans de votre arrêt, puis vous percevrez la moitié de votre traitement les 2 années suivantes. Si la maladie est d'origine professionnelle, le CLD peut être porté jusqu'à 8 ans. Le traitement est maintenu pendant les 5 premières années de votre arrêt, puis vous percevrez la moitié les 3 années suivantes.

Le CLD ne peut pas être renouvelé au titre de la même affection au cours de toute la carrière. Seule une autre maladie peut ouvrir droit à un nouveau CLD.

Pendant votre CLD, vous continuez à percevoir l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement. Vous conservez vos droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels. Vous ne conservez pas votre logement de fonction, vous n'êtes plus titulaire de votre poste et la nouvelle bonification indiciaire (NBI) est suspendue. Selon la fonction publique dans laquelle vous travaillez (d'État, hospitalière ou territoriale), vos primes peuvent être conservées.

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

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

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

Vous êtes inscrit à France Travail et vous vous interrogez sur les conséquences de votre arrêt maladie sur l'allocation chômage ? Elles dépendront de la durée de l'arrêt de travail délivré par votre médecin.

Vous devez déclarer à France Travail votre indisponibilité due à votre maladie ;

- en déclarant votre changement de situation via votre **espace personnel** ;
- et en transmettant à France Travail votre arrêt de travail (le volet 3) en précisant les dates de début et de fin de l'arrêt dans les 72 heures.

Vous devez adresser un certificat médical d'arrêt de travail à votre Caisse d'assurance maladie et à France Travail, même si vous ne percevez pas d'indemnités chômage.

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

- percevoir une allocation chômage ;
- ou avoir été indemnisé par l'assurance chômage au cours des 12 derniers mois ;
- ou avoir cessé votre activité salariée depuis moins de 12 mois.

Pour que votre Caisse d'assurance maladie étudie vos droits aux IJ, vous devez fournir :

- votre certificat de travail ainsi qu'au moins vos 3 derniers bulletins de salaire ;
- l'avis d'admission de l'allocation chômage et la dernière attestation de versement de cette allocation si vous êtes indemnisé par France Travail ou si vous avez été indemnisé par l'assurance chômage depuis moins de 12 mois et que votre Caisse d'assurance maladie n'en est pas informée.

Les salaires perçus des 3 ou 12 derniers mois précédant la rupture de votre contrat de travail servent de base de calcul aux IJ de maladie par votre Caisse d'assurance maladie. Le

montant des IJ est égal à 50 % du montant du salaire journalier de base, calculé sur la moyenne des salaires bruts et ne peut être supérieur à 1,4 fois le SMIC en vigueur.

Les IJ sont versées après un délai de carence de 3 jours (il n'y a plus de délai de carence pour les arrêts de travail suivants) et ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu si elles sont en lien avec une affection de longue durée (ALD). Sachez, cependant, que le versement d'IJ entraîne la suspension du versement de votre allocation chômage pour la durée de l'arrêt. Cela reporte d'autant la durée de vos droits après l'arrêt maladie indemnisé.

Dès que votre certificat médical d'arrêt de travail est transmis à France Travail, vous changez de catégorie (c'est-à-dire « non disponible pour un emploi ») puis cesserez d'être inscrit à la date de fin d'arrêt maladie.

Pensez à vous réinscrire sur **l'espace personnel de France Travail** dans les 5 jours qui suivent la fin de votre arrêt maladie.



7

MAINTIEN ET RETOUR À L'EMPLOI

- 96. POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE
- 103. POUR LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE
- 105. POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX
- 106. POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES

Quelle que soit votre décision quant au maintien et à la reprise d'une activité professionnelle, il est utile de vous faire accompagner à la fois par l'équipe médicale qui vous suit et par les différents intervenants du monde médicosocial : médecin du travail, assistant de service social...

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour plus d'informations sur vos principaux interlocuteurs, consultez la fiche « Cancer : maintien et retour à l'emploi ».



La réintégration dans le milieu de travail est une étape qu'il faut anticiper et préparer. Selon le régime auquel vous êtes affilié, différents dispositifs existent.

POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Les dispositifs en cas d'absence prolongée

Le rendez-vous de liaison : il est prévu lorsque l'arrêt de travail dépasse 30 jours continus ou discontinus. Il peut être programmé à votre initiative ou à celle de votre employeur, à tout moment durant votre arrêt, en présentiel ou en distanciel. Vous êtes en droit de le refuser, sans conséquence. Ce rendez-vous n'est pas une visite médicale. Il a pour objectifs de maintenir un lien avec votre entreprise pendant votre arrêt de travail et de vous informer des possibilités d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle, de la visite de pré-reprise et de mesures d'aménagement du poste et/ou du temps de travail afin de favoriser votre retour et votre maintien dans votre emploi à la fin de votre arrêt.

La visite de pré-reprise : elle est prévue par le Code du travail et peut être demandée par vous, votre médecin traitant, le médecin du travail ou le médecin conseil de votre Caisse d'assurance maladie. Elle s'effectue auprès du service de prévention et de santé au travail (SPST) pendant votre arrêt maladie. Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle.



LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL

Les services de prévention et de santé au travail (SPST) ont pour mission principale d'éviter que la santé des travailleurs ne se dégrade du fait de leur travail. Ils sont composés de médecins du travail, de collaborateurs médecins, d'internes en médecine du travail, d'intervenants en prévention des risques professionnels, d'infirmiers en santé au travail, de psychologues,

d'ergonomes, etc. Les coordonnées du SPST sont obligatoirement affichées dans l'entreprise. Vous pouvez directement le contacter et demander à être accompagné dans vos démarches pour toutes questions de santé au travail (difficultés pour la reprise du travail, évolution de votre état de santé...). Les travailleurs indépendants qui le souhaitent peuvent également en bénéficier.

La visite de pré-reprise ne signifie pas que vous allez reprendre le travail. Elle peut intervenir dès le début de votre arrêt sans que votre employeur en soit informé. Elle permet au médecin du travail de suivre votre état de santé et de vous accompagner pour préparer votre retour à l'emploi. C'est aussi un moyen de maintenir le lien avec le milieu professionnel. C'est le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail qui vous reçoit. Au cours de cette visite, il peut recommander, le cas échéant, les mesures suivantes :

- aménagements et adaptations de votre poste de travail ;
- préconisations de reclassement ;
- formations en vue de faciliter votre reclassement ou votre réorientation professionnelle.

À la suite de la visite de pré-reprise, un aménagement de votre poste peut être envisagé si nécessaire : modification de l'outillage ou des rythmes de travail, mise en place du télétravail, par exemple. C'est notamment à cette occasion que vous pourrez étudier la possibilité d'une reprise du travail à temps partiel thérapeutique (voir « La reprise du travail à temps partiel thérapeutique »).

À noter. La visite de pré-reprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est obligatoire dans certains cas et

demandée par votre employeur lors de votre retour dans l'entreprise. Cette visite effectuée par le médecin du travail doit être faite dans les 8 jours suivant votre reprise et a pour objet de vérifier si vous êtes apte à reprendre le travail

Les aménagements du temps et du poste de travail

Après une période d'arrêt de travail, vous pouvez reprendre une activité à temps complet ou bénéficier d'un temps partiel, appelé aussi temps partiel pour motif thérapeutique. Si vous envisagez cette dernière situation, il est conseillé de contacter le service de prévention et de santé au travail (SPST) sans attendre la fin de votre arrêt de travail, dans le cadre d'une visite de pré-reprise. Le temps partiel thérapeutique peut également être abordé lors du rendez-vous de liaison.

Si vous reprenez **votre travail à temps plein**, le médecin traitant établit 2 certificats médicaux de reprise du travail. L'un est adressé à votre Caisse d'assurance maladie, qui suspend le versement des indemnités journalières. Le second est à remettre à votre employeur. Le médecin du travail informe quant à lui votre employeur de votre aptitude à reprendre le travail en précisant les éventuels aménagements de votre poste, le cas échéant.

Le temps partiel thérapeutique est destiné à reprendre progressivement une activité professionnelle et à permettre, si possible, une reprise du travail à temps complet ultérieurement. Il est accordé sur prescription de votre médecin traitant. La prescription médicale est transmise à la Caisse d'assurance maladie, qui doit donner son accord. Le médecin du travail doit, pour sa part, délivrer un avis d'aptitude à la reprise à temps partiel thérapeutique en précisant les modalités de sa mise en œuvre, c'est-à-dire la durée et les horaires du travail à temps partiel thérapeutique. Votre employeur peut refuser que vous repreniez votre travail à temps partiel thérapeutique. Il devra néanmoins motiver son refus. Rester en contact avec votre médecin du travail vous permet de préparer votre retour.

La durée du temps partiel thérapeutique est déterminée par votre médecin traitant et/ou le médecin conseil de l'Assurance maladie. Elle est généralement fixée à 1 an pour une même affection mais la durée exacte peut varier en fonction de votre situation individuelle. Le temps partiel thérapeutique est renouvelable sur prescription médicale et peut potentiellement atteindre une durée prenant fin 4 ans après la date du premier arrêt de travail en lien avec une affection de longue durée. Le contenu et les horaires de travail sont déterminés avec votre employeur et le médecin du travail. Le temps partiel thérapeutique permet exceptionnellement de cumuler une activité salariée et le versement d'indemnités journalières par l'Assurance maladie.

Pendant la période du travail à temps partiel thérapeutique, votre employeur vous verse un salaire correspondant au temps de travail effectué. L'autre partie de votre salaire vous est versée, tout ou partie, par votre Caisse d'assurance maladie sous forme d'indemnités journalières. Le cumul des deux ne peut dépasser le montant du salaire de référence. Renseignez-vous auprès de votre Caisse d'assurance maladie. **Pensez à faire établir par votre médecin traitant, s'il y a lieu, des prolongations d'arrêt de travail en temps partiel thérapeutique pour votre employeur et la Caisse d'assurance maladie.**

L'essai encadré vous permet de tester votre capacité à reprendre votre ancien poste, de tester un aménagement de poste, un nouveau poste dans l'entreprise actuelle ou dans une autre entreprise, ou de préparer une reconversion professionnelle tout en conservant vos indemnités journalières. La durée maximale de l'essai encadré est de 14 jours ouvrables, renouvelable une fois. Il peut être pris en une fois ou fractionné en plusieurs temps pour une durée de 28 jours maximum. Il peut être mobilisé à votre demande ou vous être proposé par les services de prévention et de santé au travail, le service social de l'Assurance maladie, ou un organisme de placement spécialisé dans l'accompagnement ou le maintien en emploi des personnes handicapées.



Le temps partiel thérapeutique et le travail aménagé ou à temps partiel ne sont plus nécessairement précédés d'un arrêt de travail à temps complet.

La demande est adressée à l'Assurance maladie, par vous-même ou par le service qui vous accompagne. L'essai encadré est soumis à l'accord de 3 médecins (médecin du travail, médecin conseil de l'Assurance maladie et votre médecin traitant) et à une visite médicale réalisée par le médecin du travail de l'entreprise où est mis en place l'essai encadré. Pendant la durée de l'essai encadré, vous restez en arrêt de travail. Vous percevez des indemnités selon le cas.

Contactez votre Caisse d'assurance maladie par téléphone au 3646 ou consultez les sites **ameli.fr** (pour le régime général et les indépendants) et **msa.fr** (pour le régime agricole).

Les différentes possibilités de retour à l'emploi

Parfois, des séquelles plus ou moins tardives et durables de la maladie et de ses traitements ne permettent pas de reprendre son ancien poste de travail. **Un reclassement professionnel** peut être proposé par l'employeur. Toute demande de reclassement est effectuée par le médecin du travail, puis transmise à l'employeur. Le médecin du travail peut demander un aménagement du poste de travail, une mutation dans un autre secteur de l'entreprise ou sur un autre site de l'entreprise, ou un aménagement du temps de travail. L'employeur doit prendre en compte les propositions du médecin du travail.

La **convention de rééducation professionnelle en entreprise** (CRPE) vous permet de vous réadapter ou de vous former à un nouveau métier si des raisons de santé vous empêchent d'exercer votre emploi actuel. Le CRPE propose des formations tutorées au sein de l'entreprise actuelle ou d'une autre entreprise, ou dispensées par des organismes extérieurs si nécessaire. Le CRPE est un contrat de travail à durée déterminée (CDD), renouvelable une fois, pour une durée de 18 mois maximum. Une visite d'aptitude au poste pressenti est effectuée par le médecin du travail de l'entreprise où est prévue la CRPE. Ce contrat est conclu entre votre employeur, les Caisses d'assurance maladie selon le cas, et vous-même. Vous pouvez déposer une demande auprès de

vos Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de votre Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) ou de votre mutuelle sociale agricole (MSA) si vous relevez du régime agricole. Vous devez réunir les conditions suivantes :

- être en arrêt de travail avant la mise en place du CRPE ;
- être indemnisé par votre Caisse d'assurance maladie au titre de la maladie, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- votre état de santé laisse présager une inaptitude à la reprise à votre poste de travail.

Pendant la durée de la convention, vous percevez votre salaire brut précédent s'il s'agit d'une réadaptation à votre ancien métier ou le salaire brut de votre future profession dans le cas d'une reconversion. À la fin de la CRPE, soit vous réintégrez l'entreprise d'origine sur votre poste ou sur un poste équivalent, soit vous êtes recruté par l'entreprise d'accueil. Pour obtenir plus de renseignements sur ce contrat, rapprochez-vous de votre SPST ou de votre Caisse d'assurance maladie.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est accordée à toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites du fait de la dégradation d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale ou psychique. Cette reconnaissance permet aux personnes handicapées d'accéder à un ensemble de mesures favorisant leur insertion professionnelle et leur maintien dans l'emploi. Elle permet de bénéficier :

- d'aides spécifiques pour la recherche d'emploi ;
- d'une aide de l'employeur en vue de faciliter l'aménagement du poste de travail ;
- d'un accès prioritaire à certaines formations professionnelles telles que le contrat de professionnalisation, par exemple.

Le traitement du dossier pouvant prendre du temps, la demande peut être faite avant de reprendre le travail.



La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'avis de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne sont plus obligatoires pour bénéficier de la CRPE.

Si la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé vous est accordée, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou de la Maison départementale de l'autonomie (MDA) pourra se prononcer sur **une orientation professionnelle**, laquelle vise à définir si l'appui d'un dispositif médico-social est nécessaire pour vous accompagner dans votre parcours professionnel ou pour exercer un emploi. L'orientation professionnelle peut consister en une décision d'orientation :

- en établissement et service de réadaptation professionnelle (ESRP) ;
- en établissement et service de pré-orientation (ESPO) ;
- vers une unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnel pour les personnes cérébrolésées (UEROS) ;
- en dispositif d'emploi accompagné ;
- en établissement et service d'accompagnement par le travail (ESAT).

En fonction de votre situation, vous pouvez bénéficier de formations dans diverses structures, sous forme de stages de durées variables. Les frais concernant cette formation professionnelle (hébergement, frais de transport, etc.) peuvent être pris en charge. Ces stages peuvent être rémunérés et vous pouvez obtenir un diplôme officiel. Accéder à un emploi dans la fonction publique est possible, quelles que soient vos maladies précédentes, cancer ou non, dès lors que vous avez été reconnu apte par un médecin expert.

Pour demander une orientation professionnelle, vous pouvez constituer avec les services qui vous accompagnent un dossier administratif et médical et l'adresser à la MDPH ou la MDA de votre département. Afin de préparer votre projet de vie, pensez à rédiger une lettre dans laquelle vous faites part de vos souhaits et de vos motivations. Il sera plus facile pour l'équipe de la MDPH de vous orienter.

Le **stage de rééducation professionnelle** est destiné aux personnes reconnues comme travailleurs handicapés (RQTH) qui, à l'issue d'un arrêt maladie, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sont dans l'incapacité d'exercer leur métier. Ce stage permet l'obtention d'un diplôme grâce à une formation qualifiante d'une durée de 10 à 30 mois dans un établissement et services de réadaptation professionnelle (ESRP) ou dans une école de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONACVG). L'objectif est d'acquérir de nouvelles compétences afin de reprendre une activité professionnelle.

Vous pouvez effectuer votre demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en déposant une demande d'orientation en ESRP, au moyen du formulaire de Demande à la MDPH (Cerfa n° 15692*01) accompagné du certificat médical (Cerfa n° 15695*01) daté de moins de 1 an. Ces documents sont téléchargeables sur le site **service-public.fr**. Le stage est rémunéré selon la situation de la personne. Cette rémunération peut être cumulée, sous certaines conditions, avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (voir chapitre 2.4) et/ou la pension d'invalidité versée par l'Assurance maladie.

POUR LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

En tant qu'agent de la fonction publique, vous pouvez être autorisé à travailler à temps partiel pour raison de santé. Pour plus d'informations sur les conditions d'obtention d'un temps partiel thérapeutique dans la fonction publique, consultez le site **service-public.fr**.

Agents contractuels

Après un congé de grave maladie (durée maximale 3 ans), il est possible :

- de réintégrer votre emploi ;
- de reprendre votre travail à temps partiel pour raisons thérapeutiques pour une durée maximum de 1 an, sous réserve de l'avis conforme du médecin du travail ;
- de prendre un congé pendant 1 an sans rémunération, prolongeable de 6 mois (possibilité de solliciter des indemnités journalières auprès de la Sécurité sociale pendant cette période) si vous êtes en incapacité temporaire de travail ;
- d'être licencié si l'incapacité de travail est permanente ;
- d'effectuer un reclassement pour inaptitude physique.

Agents titulaires

Si vous reprenez votre travail à temps complet, votre médecin établit un certificat médical que vous devez remettre au service du personnel de votre administration. Le médecin du travail informe votre employeur de votre aptitude à reprendre le travail en précisant les éventuels aménagements de votre poste. Il peut aussi proposer un reclassement professionnel. Le conseil médical peut vous demander de rencontrer un médecin expert. Vous pouvez, à ce moment-là, échanger sur les conditions de votre reprise.

BON À SAVOIR

Le conseil médical est une instance collégiale de la fonction publique. Il est consulté dans certains cas où l'administration doit prendre une décision concernant un agent au regard de son état de santé.

Dès lors que votre état de santé le justifie, à la fin d'un congé de maladie ou sans avoir été nécessairement en arrêt de travail, vous pouvez bénéficier d'un temps partiel thérapeutique. Il peut être exercé de façon continue ou discontinue sans toutefois être inférieur à 50 %. Le médecin traitant prescrit le temps partiel thérapeutique pour les 3 premiers mois, en précisant la quotité de travail souhaitée et les modalités d'exercice. Ce n'est qu'en cas de prolongation que la validation par le conseil médical est requise.

Lorsque vous réintégrez votre poste, vous percevez le même salaire qu'avant votre arrêt de travail. Les droits à l'avancement, à la retraite, aux congés annuels restent les mêmes que ceux d'une personne qui travaille à temps plein. Pour plus

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

POUR LES ARTISANS, COMMERÇANTS ET PROFESSIONNELS LIBÉRAUX

Si vous rencontrez des difficultés pour vous maintenir en activité professionnelle, l'Assurance maladie pour les travailleurs indépendants propose un parcours pour vous :

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

Une reprise du travail en temps partiel thérapeutique est possible pour les artisans, les commerçants et les professionnels libéraux non réglementés. Elle doit impérativement être précédée d'un arrêt de travail à temps complet, sauf en cas d'affection de longue durée.

En tant qu'entrepreneur, vous pouvez solliciter l'aide de votre comptable. Si vous avez souscrit des contrats spécifiques à la maladie, votre assureur peut aussi vous aider dans la mise en place de vos droits. Pour faire face aux conséquences de la maladie ou du handicap, vous pouvez aussi obtenir des aides financières spécifiques auprès de votre Caisse d'assurance maladie et de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Retrouvez des détails sur les démarches à effectuer en vous rendant sur le site de l'Assurance maladie **ameli.fr**.

POUR LES EXPLOITANTS AGRICOLES

Pour les exploitants agricoles rencontrant des difficultés à maintenir une activité professionnelle du fait de problèmes de santé permanents, les services de santé au travail de la mutuelle sociale agricole (MSA) peuvent notamment :

- se rendre chez l'exploitant pour évaluer la situation ;
- mobiliser certains recours : mettre en œuvre une étude ergonomique, monter un dossier RQTH ou d'aide de l'Agefiph (fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) pour des aménagements techniques ou humains visant au maintien de l'activité professionnelle.

8

CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

108. QU'EST-CE QU'UN CANCER PROFESSIONNEL ?

109. POURQUOI DEMANDER LA RECONNAISSANCE DE VOTRE CANCER EN MALADIE PROFESSIONNELLE ?

111. QUELS SONT LES CRITÈRES POUR OBTENIR LA RECONNAISSANCE D'UN CANCER PROFESSIONNEL ?

113. COMMENT DÉCLARER UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

Un cancer d'origine professionnelle résulte de l'exposition à des facteurs de risque de cancers dans le cadre du travail comme un risque physique, chimique ou biologique. Un facteur de risque désigne un élément qui peut favoriser le développement d'un cancer. La présence de facteurs de risque n'entraîne pas systématiquement l'apparition d'un cancer.

QU'EST-CE QU'UN CANCER PROFESSIONNEL ?

Un cancer peut être reconnu comme professionnel s'il figure dans l'un des tableaux des maladies professionnelles du Code de la Sécurité sociale, qui fixent les critères de reconnaissance de chaque maladie et ouvrent droit à une indemnisation financière (actuellement disponibles et consultables sur le site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles – **INRS**). En l'absence de tableau, il est néanmoins possible de faire reconnaître le caractère professionnel de la maladie après l'avis d'un comité d'experts, le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) (voir page 111).

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

POURQUOI DEMANDER LA RECONNAISSANCE DE VOTRE CANCER EN MALADIE PROFESSIONNELLE ?

La reconnaissance d'une maladie professionnelle permet au patient de bénéficier de prestations sociales particulières, notamment la prise en charge des soins à 100 % du forfait sécurité sociale (forfait hospitalier compris), des indemnités journalières plus élevées en cas d'arrêt de travail et le versement d'une indemnité, sous forme d'une rente viagère, en cas de séquelles définitives.

La prise en charge à 100 % de vos soins

Vous recevez un formulaire intitulé « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ». Ce document vous permet de ne pas faire d'avances de frais pour les dépenses liées à votre maladie professionnelle. Vous devez la présenter à chaque professionnel de santé, au pharmacien, à l'hôpital si vous êtes hospitalisé... À l'hôpital, vous ne payez ni le forfait hospitalier, ni les frais de transport, sous certaines conditions et sous réserve d'une demande d'accord préalable (plus de 150 kilomètres, par ambulance...). Les dépassements d'honoraires éventuels restent à votre charge. La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est valable pour toute la durée de votre traitement. Si elle est entièrement remplie, renvoyez-la à votre Caisse d'assurance maladie, qui vous en adressera une nouvelle. À la fin de votre traitement ou à l'issue de la période de soins, renvoyez également cette feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle à votre Caisse d'assurance maladie.

Les indemnités journalières

En cas d'arrêt de travail pour maladie professionnelle, des indemnités journalières (IJ) vous sont versées par la Caisse d'assurance maladie dont vous dépendez. Si cette dernière vous la réclame, vous devez envoyer l'attestation de salaire remplie par votre employeur, qui servira pour le calcul de vos indemnités. Ces indemnités vous sont versées sans délai de

carence, tous les 14 jours à partir de votre premier jour d'arrêt et ce sans limite de durée, jusqu'à la date de votre consolidation (on parle de consolidation lorsque l'état de santé en rapport avec la maladie professionnelle est stable) ou de votre guérison (on parle de guérison lorsqu'il n'existe aucune séquelle en rapport avec la maladie professionnelle).

Le montant de vos IJ évolue dans le temps : 60 % du salaire brut de référence les 28 premiers jours, puis 80 % à partir du 29^e jour (elles peuvent être réévaluées après 3 mois d'arrêt de travail en cas d'augmentation générale des salaires). Elles sont soumises à l'impôt sur le revenu pour 50 % de leur montant. Pour chaque versement, vous recevez un relevé. Conservez-les sans limitation de durée car les décomptes d'IJ valident vos droits à la retraite.

À noter. La Caisse primaire d'assurance maladie peut être amenée à vous verser dans un premier temps des indemnités classiques (selon les règles ordinaires quant aux jours de carence et aux montants) et procédera à une régularisation une fois que la décision sera définitive concernant votre maladie.

Le versement d'une rente

Salarié, inactif ou retraité, une rente ou une indemnisation peut vous être accordée en fonction du taux d'incapacité qui vous est reconnu par le service médical de l'Assurance maladie.

- Si votre taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, vous avez droit à une indemnité en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon votre taux d'incapacité.
- Si votre taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, vous percevez alors une rente d'incapacité permanente. Il s'agit d'une rente viagère, c'est-à-dire versée pendant toute la durée de votre vie. En cas de décès des suites de la maladie, votre conjoint perçoit 40 % de la rente (sauf si remariage ou conclusion d'un PACS) et les enfants peuvent percevoir un pourcentage de cette rente jusqu'à l'âge de 20 ans.

Pour des informations détaillées et personnalisées, n'hésitez pas à consulter le site **ameli.fr** ou contacter un assistant de service social ou la Caisse d'assurance maladie dont vous dépendez. Pour le régime général, vous pouvez composer le 3646 (coût d'un appel local à partir d'un poste fixe).

Vous avez été exposé à l'amiante ?

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

Cette allocation peut être complétée par une indemnité versée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**FIVA**). Vous pouvez vous renseigner sur ce site ou au 0801 90 24 94 (numéro gratuit) du lundi au vendredi de 9 h 30 à 18 heures (ou déposer un message téléphonique le samedi matin de 9 heures à 12 heures, afin d'être rappelé le lundi matin).

QUELS SONT LES CRITÈRES POUR OBTENIR LA RECONNAISSANCE D'UN CANCER PROFESSIONNEL ?

Une maladie peut être reconnue comme professionnelle et indemnisable si elle :

- est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il a exercé son activité professionnelle ;
- et figure dans l'un des tableaux des maladies professionnelles du Code de la Sécurité sociale. Ils fixent les critères de reconnaissance de chaque maladie professionnelle et



POUR ALLER PLUS LOIN

Vous pouvez consulter :
 - sur **cancer.fr** la page **Cancers liés au travail**
 - le rapport de l'Assurance maladie « **Santé au travail : enjeux & actions** » (avril 2019)
 - le site du **FIVA**.

ouvrent droit à une indemnisation financière de la victime et de sa famille en réparation du préjudice subi. Les démarches de reconnaissance du caractère professionnel d'un cancer sont identiques, quel que soit l'organe concerné.

Ces tableaux comportent :

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

Retrouvez les tableaux des maladies professionnelles sur le site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Les régimes général et agricole se réfèrent à plusieurs tableaux pour les cancers professionnels. Pour les régimes spéciaux, la décision de reconnaissance d'une maladie professionnelle est déterminée par une commission de réforme qui se prononce sur l'imputabilité au travail d'une affection contractée. Pour les artisans, commerçants et professionnels libéraux, si vous avez souscrit une assurance volontaire privée ou auprès d'une CPAM ou CGSS (Dom) qui couvre le risque « accident du travail-maladie professionnelle », contactez cette assurance pour connaître les conditions de reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Votre maladie ne figure pas sur l'un des tableaux ou il manque des critères à un tableau ?

Il est possible de faire reconnaître votre maladie professionnelle au cas par cas. Votre dossier sera alors étudié par des médecins experts des pathologies d'origine professionnelle réunis en comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). En cas de doute, vous pouvez éga-

lement vous rendre dans un centre de consultations de pathologies professionnelles (CCPP). Ces consultations, composées de médecins spécialistes et d'assistantes sociales spécialisées, peuvent contribuer à la prise en charge médico-sociale de votre pathologie et vous aider dans votre réinsertion ou réorientation professionnelle. Vous pouvez trouver un centre de consultations de pathologies professionnelles sur **le site des maladies professionnelles** (Orienter > Choisir un département > CPP).

Dans tous les cas, vous pouvez aussi solliciter le soutien d'associations de malades et d'organismes de représentation professionnelle pour vous accompagner dans ces démarches.

COMMENT DÉCLARER UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

Étape n° 1. Le certificat médical initial établi par votre médecin

Dès la suspicion de l'origine professionnelle d'un cancer, le médecin (tout médecin, qu'il s'agisse de votre médecin traitant, d'un spécialiste du médecin du travail...) doit rédiger un certificat médical et vous le remettre. Ce certificat, appelé certificat médical initial (CMI), doit décrire très précisément la nature et les symptômes de votre maladie.

Étape n° 2. Déclaration de votre maladie auprès de votre Caisse d'assurance maladie

Vous devez vous-même faire la déclaration de votre maladie professionnelle, en remplissant le formulaire S6100b. Ce **document est téléchargeable** sur le site de l'Assurance maladie. Le paragraphe « Comment déclarer votre maladie professionnelle » vous aiguillera sur les documents nécessaires. Cette déclaration doit être transmise à votre Caisse d'assurance maladie. Vous devez y joindre le certificat médical initial du médecin s'il vous l'a remis. Vous avez 2 ans pour envoyer votre dossier à partir du moment où vous avez cessé votre activité pour maladie, ou de la date du certificat médical

vous informant du lien possible entre votre maladie et votre activité professionnelle.

Étape n° 3. Instruction de votre dossier

Dès la réception de votre dossier complet, votre Caisse dispose d'un délai de 4 mois (ou 8 mois si saisine du CRRMP) pour instruire votre dossier et rendre un avis. Des investigations sont parfois indispensables pour recueillir des informations complémentaires (recherche de l'exposition au risque, témoignages de collègues, etc.). Il s'agit d'une procédure contradictoire et l'avis de votre employeur sur l'exposition sera également recueilli.

À l'issue de l'instruction de votre dossier, votre Caisse d'assurance maladie vous adresse par courrier une notification de reconnaissance, ou non, du caractère professionnel de votre maladie. Si votre cancer est reconnu comme maladie professionnelle, vous bénéficiez de la prise en charge de vos soins dans le cadre du risque « accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) ».

Et si votre dossier est refusé ?

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

En savoir plus sur les modalités de déclaration d'une maladie professionnelle et l'obtention d'indemnisations :

- si vous dépendez du régime général, vous pouvez consulter la rubrique maladies professionnelles (Droits et démarches) sur le site de l'**Assurance maladie** ;
- si vous dépendez du régime agricole, le site de la **msa.fr**.



9

EMPRUNTER APRÈS UN CANCER

- 118. LA CONVENTION AERAS
- 119. LES PRÊTS
- 123. LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
- 124. COMMENT S'APPLIQUE LE DROIT À L'OUBLI ?
- 125. LA GRILLE DE RÉFÉRENCE AERAS (GRA)
- 127. QUI PEUT VOUS AIDER ?
- 127. LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE

Procéder à un achat (maison, voiture...) ou encore créer une entreprise sont des projets que vous pouvez avoir envie de réaliser, même si vous avez été malade ou si vous êtes actuellement traité pour un cancer. Ces achats importants nécessitent souvent de recourir à un crédit auprès d'une banque.

Bien que ce ne soit pas légalement obligatoire, ces demandes de crédits comportent toujours un contrat d'assurance de groupe ou un contrat d'assurance individuelle qui vous protège, ainsi que votre famille, en cas de difficultés importantes (décès, invalidité, incapacité de travail...). Votre crédit et votre assurance sont alors soumis à certaines conditions.

LA CONVENTION AERAS

La Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) est un dispositif conventionnel signé par les pouvoirs publics, les professionnels de la banque et de l'assurance, les associations de malades et de consommateurs, et entré en vigueur en 2007. Elle a pour objectif de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt pour les personnes présentant un risque aggravé de santé, comme un cancer. Elle vous concerne si votre état de santé ne vous permet pas d'obtenir une assurance aux conditions standards du contrat (c'est-à-dire sans majoration de tarif ou exclusion de garanties). Elle s'applique aux prêts à la consommation, aux prêts immobiliers et professionnels.

La convention AERAS est régulièrement révisée pour accélérer la prise en compte des avancées thérapeutiques dans la vie quotidienne des malades ou anciens malades d'un cancer, et ainsi améliorer les conditions dans lesquelles ils empruntent pour pouvoir mener à bien leurs projets. Aussi, deux dispositifs ont été renforcés :

- le **droit à l'oubli** offre aux anciens patients atteints de cancer ou d'une hépatite virale C la possibilité de ne pas déclarer leur cancer 5 ans après la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute ;
- la **grille de référence AERAS** concerne les personnes ne relevant pas du droit à l'oubli et établit la liste des pathologies (cancéreuses ou non) ne présentant pas de sur-risque ou présentant un faible sur-risque par rapport à la population générale. Cette grille permet à des personnes ayant été atteintes d'un cancer ou d'une autre pathologie, dont l'état de santé est stabilisé, de bénéficier d'une assurance au tarif ou proche du tarif standard (sous certaines conditions, voir « La grille de référence AERAS (GRA) », page 125).

LES PRÊTS

Lorsque vous souhaitez emprunter, il est presque toujours nécessaire de souscrire une assurance emprunteur pour garantir votre prêt. La banque à laquelle vous demandez un crédit immobilier peut vous imposer d'obtenir une assurance emprunteur et vous proposer son contrat d'assurance emprunteur ou le contrat d'assurance d'un de ses partenaires. Néanmoins, si celui-ci ne vous convient pas, vous pouvez en rechercher un autre directement auprès d'un assureur ou par l'intermédiaire d'un courtier en assurances. N'hésitez pas à faire jouer la concurrence en demandant plusieurs devis pour avoir le meilleur choix possible en termes de garanties et de prix.

Selon votre état de santé, l'assurance peut vous appliquer des surprimes ou exclure certaines garanties. La proposition de l'assurance se formalise sous la forme d'un devis, qui prend en compte votre état de santé, et qui décrit les conditions de tarifs et de garanties proposés.

BON À SAVOIR

Le risque aggravé de santé correspond à la situation dans laquelle la survenue de l'événement garanti (invalidité ou décès) pour la personne concernée est plus fréquente que dans la population de référence à laquelle elle appartient.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez la fiche « Emprunter après un cancer ».



Prêt à la consommation

Un prêt à la consommation peut vous permettre de financer l'achat d'un véhicule, de biens d'équipement électroménager, informatique, etc. Dans le cadre de la convention AERAS, il n'est plus nécessaire de remplir un questionnaire de santé, sous réserve de respecter certaines conditions :

- être âgé de 50 ans maximum lors de votre demande ;
- votre emprunt ne doit pas dépasser 17 000 euros ;
- la durée de vos remboursements doit être inférieure ou égale à 4 ans ;
- vous devez faire une déclaration sur l'honneur certifiant que vous ne cumulez pas d'autres prêts au-delà de 17 000 euros ;
- le prêt doit être dédié ou affecté, c'est-à-dire consacré à l'achat d'un bien mobilier précis (pas de rachat de crédit, par exemple).

Prêt immobilier et prêt professionnel

Pour demander un prêt immobilier (destiné à financer l'achat d'un logement, la rénovation, les aménagements intérieurs ou la construction d'une maison) ou un prêt professionnel (financement des projets comme la création d'entreprise ou son équipement en matériels divers), le droit à l'oubli permet aux emprunteurs de ne pas fournir d'informations relatives à leur état de santé et de ne pas réaliser d'examen médical, sous certaines conditions (voir « Comment s'applique le droit à l'oubli ? » page 124).

La demande d'assurance est examinée à trois niveaux. Tout d'abord, votre état de santé est examiné à un premier niveau. Si votre dossier n'est pas accepté, un service médical réexamine automatiquement le dossier à un second niveau, sans que vous ayez de démarches ou de demandes particulières à faire. Si, à ce stade, vous n'avez aucune proposition d'assurance emprunteur, le dossier est soumis automatiquement à un troisième niveau d'évaluation.

À l'issue de cette troisième phase d'évaluation, l'assureur vous transmet par courrier la décision finale : acceptation ou refus d'assurance, ajournement, limitation ou exclusion de garantie,

majoration éventuelle du tarif. Ce courrier mentionne aussi l'existence et les modalités de saisine de la Commission de médiation AERAS, ainsi que le niveau d'examen auquel le refus est intervenu.

En cas de refus d'assurance, le prêteur examinera avec vous les possibilités de garanties alternatives (cautions, hypothèques d'un bien immobilier, nantissement de portefeuille de valeurs mobilières ou contrat d'assurance vie, caution de personne(s) physique(s), délégation de contrat(s) de prévoyance individuelle...), y compris dans le cas où votre projet ne répondrait pas aux conditions d'éligibilité du troisième niveau d'examen.

Pour les personnes ne bénéficiant pas du droit à l'oubli, un droit à l'assurance au tarif normal existe, sous certaines conditions. La grille de référence AERAS, mise à jour régulièrement, établit la liste des maladies et pathologies qui permettent un accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard ou s'en rapprochant si certaines conditions sont remplies (voir « La grille de référence AERAS (GRA) », page 125).

Depuis la signature de la convention AERAS, pour le prêt au logement ou le prêt professionnel, les assurances couvrent :

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

La garantie invalidité spécifique (GIS)

En cas de refus d'une couverture invalidité par l'assureur, la convention AERAS prévoit un mécanisme permettant de rechercher des solutions adaptées à travers la mise en place d'une garantie invalidité spécifique (GIS) sous certaines conditions.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site AERAS.

En cas d'acceptation par l'assureur, cette garantie vous sera alors accordée sans réserve, c'est-à-dire sans exclusion possible concernant une pathologie déclarée.

La GIS propose une couverture pour les assurés qui, suite à une maladie ou un accident, ne sont plus en mesure de travailler de manière définitive et qui présentent un taux d'invalidité d'au moins 70 % selon le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

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

Le dispositif d'écèlement des surprimes

Ce dispositif, prévu par la convention AERAS, permet, pour les personnes aux revenus modestes et dans certains cas, une prise en charge d'une partie des surprimes éventuelles. Selon ce principe, votre cotisation d'assurance ne peut pas être supérieure à 1,4 point dans le taux effectif global de votre crédit à condition que :

- l'échéance du contrat d'assurance intervienne avant votre 71^e anniversaire ;
- la part assurée sur l'encours cumulé de vos prêts ne dépasse pas 420000 euros pour les prêts immobiliers et professionnels.

Ce dispositif est soumis aux conditions de revenus suivantes :

- 1 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), lorsque le nombre de parts de votre foyer fiscal est de 1 ;
- 1,25 fois le PASS, lorsque le nombre de parts de votre foyer fiscal est de 1,5 à 2,5 ;
- 1,5 fois le PASS, lorsque le nombre de parts de votre foyer fiscal est de 3 et plus.

Pour les candidats à l'emprunt âgés de moins de 35 ans, la majoration du tarif d'assurance est totalement prise en charge s'agissant des prêts immobiliers à taux zéro (PTZ).

LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Il existe deux types de questionnaires de santé : Le questionnaire de santé général qui comprend une série limitée de questions, pouvant aller selon les assureurs de 5 à 15 questions. Il correspond au niveau 1 d'assurance. Vous pouvez le remplir seul, sans difficulté. Le questionnaire par pathologie est plus détaillé. Il n'est pas systématique et correspond à l'examen des demandes de niveau 2 et 3.

La loi du 28 février 2022 « pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur » a supprimé le questionnaire médical pour la souscription d'une assurance emprunteur **pour les prêts immobiliers et professionnels**, sous deux conditions :

- si la part assurée n'excède pas 200000 euros pour une personne ou 400 000 € pour un couple ;
- si l'échéance de remboursement du crédit contracté intervient avant votre 60^e anniversaire.

Alors, vous ne devez fournir aucune information relative à votre état de santé ni réaliser aucun examen médical si vous remplissez ces deux conditions.

S'agissant d'un prêt à la consommation, dédié ou affecté, c'est-à-dire consacré à l'achat d'un bien mobilier précis (pas de rachat de crédit, par exemple), la Convention AERAS permet de bénéficier d'une assurance emprunteur sans questionnaire de santé si :

- vous êtes âgé de 50 ans maximum lors de votre demande de crédit ;
- la durée de votre crédit est inférieure ou égale à 4 ans ;
- le montant cumulé de vos crédits à la consommation (hors découvert et crédit renouvelable) n'excède pas 17 000 euros.

COMMENT S'APPLIQUE LE DROIT À L'OUBLI ?

Le droit à l'oubli offre la possibilité, lors de la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur qui couvre un prêt à la consommation, un prêt professionnel ou immobilier, de ne pas déclarer un cancer :

- quels qu'en soient la localisation et le type histologique ;
- lorsque le protocole thérapeutique est achevé depuis plus de 5 ans, c'est-à-dire la fin de la phase des traitements actifs contre le cancer (chirurgie, radiothérapie ou traitements médicamenteux), même si des traitements de type hormonothérapie ou immunothérapie peuvent encore être nécessaires ;
- en l'absence de rechute ;
- lorsque l'échéance des contrats d'assurance intervient avant le 71^e anniversaire de l'emprunteur.

Si vous répondez à ces conditions, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans surprime ni exclusion de garantie concernant ledit antécédent. Vous ne devez ainsi, notamment, pas déclarer votre affection longue durée (ALD) relative au cancer (ou à l'hépatite virale C) éligible au droit à l'oubli.

Le droit à l'oubli s'appuie sur les données épidémiologiques et scientifiques disponibles en France sur les cancers. Bénéficier du droit à l'oubli ne permet pas systématiquement de pouvoir emprunter ni d'éviter les surprimes en raison, par exemple, de séquelles de la maladie.

Vous pouvez devenir éligible au droit à l'oubli pendant un emprunt en s'appuyant sur le principe de résiliation infra annuelle mis en œuvre par l'article 3 de la Loi n° 2022-270 du 28 février 2022 pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur, et alors en bénéficier :

- soit en changeant d'assurance emprunteur ;
- soit en renégociant les termes de votre contrat avec votre assureur actuel.

Vous devez déclarer toutes les autres pathologies, faisant ou non, l'objet d'une prise en charge en ALD ainsi que les situations actuelles d'incapacité, d'invalidité ou d'incapacité au travail, en lien ou non avec l'affection relevant du droit à l'oubli. Elles pourront faire l'objet d'une décision adaptée ou d'une tarification.

Si vous avez un doute, rapprochez-vous de votre médecin traitant ou de votre caisse d'assurance maladie.

Sachez enfin que si vous déclariez ou transmettiez des informations par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

LA GRILLE DE RÉFÉRENCE AERAS (GRA)

Pour les personnes qui ne relèvent pas du droit à l'oubli, la convention AERAS a mis en place une grille de référence dans le but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées cancéreuses et autres, y compris chroniques.

En effet, cette grille établit une liste des pathologies (cancéreuses ou non) devant être déclarées dans le questionnaire de santé, s'il est nécessaire de le remplir, mais qui permettent néanmoins l'accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard ou s'en rapprochant, sans avoir à attendre le délai de 5 ans après la date de fin de protocole thérapeutique. Selon les pathologies, elle interdit ou encadre les surprimes et les exclusions de garanties du contrat et instaure ainsi notamment un droit à l'assurance au tarif normal, sous certaines conditions, pour les personnes dont l'état de santé est stabilisé. Elle est régulièrement actualisée en fonction des avancées thérapeutiques et des données épidémiologiques disponibles sur les cancers.

Ces pathologies sont à déclarer à l'assureur lors du renseignement du questionnaire de santé (contrairement aux dispositions du droit à l'oubli).

Les dispositions de la grille de référence s'appliquent lorsque les trois conditions suivantes sont réunies :

- les contrats d'assurance couvrent les prêts professionnels (acquisition de locaux et/ou de matériels) et les prêts immobiliers ;
- les contrats relatifs à un encours cumulé de prêts dont la part assurée n'excède pas 420 000 euros. Lorsqu'il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale, la part assurée n'excède pas 420 000 euros, sans tenir compte des crédits relais ;
- l'échéance des contrats d'assurance doit intervenir avant le 71^e anniversaire de l'emprunteur.

La grille de référence comprend deux parties :

- la première liste les pathologies permettant l'accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standards, c'est-à-dire sans surprime ni exclusion de garantie, si elles satisfont aux conditions cumulatives de la grille ;
- la seconde liste les pathologies qui permettent l'accès à l'assurance à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standards c'est-à-dire avec un taux de surprime plafonné. Pour ces situations, des limitations de garanties peuvent également s'appliquer.

En dehors de ces dispositifs, d'autres solutions sont possibles. Celles-ci, ainsi que les relais pouvant accompagner les patients dans cette démarche, sont détaillés sur le site Internet de la convention AERAS.

QUI PEUT VOUS AIDER ?

Votre médecin généraliste peut vous aider en vous indiquant les sources d'informations existantes et les relais pouvant vous aider dans vos démarches et en vérifiant avec vous si votre pathologie répond bien aux critères du droit à l'oubli ou de la grille de référence, afin de pouvoir bénéficier des conditions d'accès à l'assurance emprunteur prévues.

AIDEA est un service de conseil et d'information personnalisé de la Ligue contre le cancer qui vous accompagne pour toutes vos difficultés liées à l'assurance emprunteur et au crédit. Gratuit, anonyme et confidentiel, ce service est composé de professionnels du secteur juridique, assurantiel et bancaire disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures au 0 800 940 939 (service et appel gratuits). Vous pouvez également consulter le site de la Ligue contre le cancer.

Le serveur vocal national d'information sur la convention AERAS est à votre disposition 7 jours sur 7 et 24 heures/24 : 0801 010 801 (service et appel gratuits). Vous pouvez également consulter le site officiel de la convention AERAS : **aeras-infos.fr**.

La ligne associative d'information juridique et sociale de France Assos Santé est accessible pour toute question juridique ou sociale liée à la santé au 01 53 62 40 30 les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 18 heures, et les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures.

LES RÉPONSES POSSIBLES DE L'ASSURANCE

Les réponses de l'assureur peuvent être les suivantes :

- l'assurance du prêt est acceptée avec un tarif normal ;
- l'assurance du prêt est acceptée, mais avec une surprime (temporaire et dégressive) ;

BON À SAVOIR

La grille de référence AERAS est disponible sur le site de l'Institut national du cancer **cancer.fr**, rubrique Personnes malades, L'après cancer, Droit à l'oubli, sur le site de la **Ligue contre le cancer.net**.

- l'assurance exclut certains risques comme l'invalidité liée à une pathologie déterminée ;
- le refus d'assurer le risque aggravé de santé concerné ;
- le refus est provisoire (ajournement : une autre demande pourra être faite plus tard) ;
- le refus est définitif.

Le délai de réponse pour votre dossier de prêt immobilier ou professionnel ne doit pas excéder 5 semaines à compter de la réception de votre dossier complet (3 semaines pour l'assurance et 2 semaines pour la banque). **L'accord de votre assurance est valable 4 mois pour un projet immobilier équivalent.**

Les banques se sont engagées à informer la personne qui cherche à s'assurer, de tout refus de prêt qui aurait pour seule origine un problème d'assurance. Vous pouvez obtenir des précisions sur les raisons médicales de ce refus en prenant contact avec le médecin de l'assureur (votre médecin traitant peut aussi faire la demande pour vous).

En cas de refus, il existe des pistes alternatives qui peuvent être exploitées et étudiées en fonction de votre dossier :

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

Si vous pensez que la convention AERAS n'a pas été correctement appliquée, vous pouvez faire appel auprès de la Commission de médiation AERAS, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

LA CONVENTION AERAS ET LE DROIT À L'OUBLI



Suppression du questionnaire de santé pour toutes les demandes de prêt immobilier ou professionnel

☒ inférieures à 200 000 € pour un emprunteur ou inférieures à 400 000 € pour un couple.

ET

☒ pour lesquelles le terme intervient avant le 60^e anniversaire de l'emprunteur.

Au-delà de ces seuils, la convention AERAS et le droit à l'oubli s'appliquent.



Dans le cadre de la convention AERAS, pas de questionnaire de santé, si :

- ☒ prêt à la consommation
- ☒ < 17 000 €
- ☒ < 50 ans lors de la demande
- ☒ durée du prêt < 4 ans



Questionnaire de santé, si :

- ☒ prêt immobilier ou professionnel
- ☒ > 200 000 € pour un emprunteur seul ou > 400 000 € pour un couple
- ☒ montant du prêt < 420 000 €



Dans le cadre du droit à l'oubli, pas de questionnaire de santé si :

- ☒ prêt immobilier, professionnel ou de consommation
- ☒ aucune limite de montant
- ☒ < 70 ans à la fin du prêt

10

LA PROTECTION DES MAJEURS

133. LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT
133. LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE
135. L'HABILITATION FAMILIALE
136. LA SAUVEGARDE DE JUSTICE
137. LA CURATELLE
138. LA TUTELLE

Votre état de santé peut vous mettre dans l'impossibilité de gérer vos affaires personnelles et financières (gestion de vos finances, de vos biens...). Différentes aides légales ont été mises en place pour vous accompagner dans la gestion de votre patrimoine et vous protéger : elles peuvent être non judiciaires ou judiciaires.

Les différents types de mesures de protection sont :

- **le mandat de protection future** : il permet de choisir la ou les personnes qui vont exercer sa protection et de définir l'étendue de cette protection ;
- **l'habilitation familiale** : elle permet à un proche (parent, enfant, grand-parent, frère, sœur, époux(se), concubin(e), partenaire de Pacs) de représenter une personne ou de l'assister lorsqu'elle est dans l'incapacité de pourvoir seule à ses intérêts ;
- **la sauvegarde de justice** : une mesure provisoire ;
- **la curatelle** : une mesure d'assistance et de contrôle (le curateur fait « avec » la personne) ;
- **la tutelle** : une mesure de représentation (le tuteur « fait à la place de »).

Ces différentes mesures s'adressent uniquement aux personnes dont l'altération des facultés, certifiée par un médecin inscrit sur une liste disponible auprès des tribunaux d'instance de votre lieu de résidence, ne leur permet plus de pourvoir seules à leurs intérêts. Elles ne peuvent plus être demandées pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale qui ont la possibilité d'être prises en charge dans le cadre de mesures contractuelles mises en œuvre par les services sociaux du département : mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Pour plus d'informations, consultez le site officiel pour les personnes âgées et leurs aidants, notamment la rubrique « **organiser à l'avance sa protection** » et le dossier complet sur les différentes **mesures de protection juridique**.

LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

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

- **la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)** : un travailleur social désigné par le conseil départemental accompagne la personne bénéficiaire et l'aide à gérer ses prestations. Un contrat est conclu entre la personne bénéficiaire de la MASP et le département, pour une durée de 6 mois à 2 ans. Si, à l'arrêt de la mesure, les difficultés budgétaires persistent et si la santé ou la sécurité de la personne bénéficiant de la MASP sont menacées, le Conseil départemental peut alors saisir les autorités judiciaires pour la protéger et mettre en place une mesure d'accompagnement judiciaire ;
- **la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ)** contrairement à la MASP, la MAJ est contraignante. C'est le procureur de la République qui la décide et désigne un mandataire judiciaire chargé de gérer les prestations reçues. La MAJ a un but éducatif en permettant à terme, à la personne en bénéficiant de gérer seule ses prestations.

LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE

C'est un contrat qui permet à une personne d'organiser à l'avance sa protection, ou celle de son enfant handicapé, en choisissant celui ou celle qui sera chargé(e) de s'occuper de ses affaires le jour où elle ne sera plus en état physique ou mental de faire les actes nécessaires à sa protection. Cette protection peut concerner ses biens (préservation et gestion de son patrimoine) et sa personne (santé, relations aux autres,

loisirs...), ou seulement l'un des deux. On appelle mandataire la personne qui sera nommée pour assurer cette protection. Certains actes de protection des biens qu'un mandataire peut réaliser ne nécessitent pas l'autorisation du juge. Ils diffèrent selon le type de mandat : notarié ou sous seing privé.

Mandat sous seing privé

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

Mandat notarié

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

Lorsque le mandataire constatera vos difficultés à prendre soin de vous-même ou de vos biens, il demandera une expertise, auprès de médecins dont la liste est dressée par le procureur de la République. Il présentera ensuite le mandat et le certificat médical au greffe du tribunal judiciaire de votre domicile. Pour que le mandat soit officiellement mis en œuvre, le greffier apposera après vérifications, son visa sur le mandat et le redonnera au mandataire. En cas de demandes

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

L'HABILITATION FAMILIALE

L'habilitation familiale permet à un proche de représenter ou d'assister une personne pour assurer la sauvegarde de ses intérêts. Cette habilitation est mise en place lorsque la personne n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté au quotidien, de gérer ou de comprendre les actes de la vie courante. L'habilitation familiale est ordonnée par le juge uniquement en cas de nécessité, lorsque les représentations habituelles (procuration, **mandat de protection future**, régime matrimonial, par exemple) ne permettent pas suffisamment de protéger les intérêts de la personne. L'habilitation familiale peut être générale ou limitée à certains actes.

À la différence de la **sauvegarde de justice**, de la **curatelle** ou de la **tutelle**, une fois l'habilitation familiale délivrée, il n'y a plus, en général, de contrôle par le juge. Celui-ci peut néanmoins être forcé d'intervenir, par exemple, en cas de conflit entre la personne habilitée et la personne protégée et sa famille dans le cadre d'une succession par exemple où elles ont des intérêts communs.

Pour demander une habilitation familiale, il faut obtenir un certificat médical circonstancié auprès d'un médecin choisi sur une liste établie par le procureur de la République. Ce médecin peut solliciter l'avis du médecin traitant de la personne à protéger. La liste des médecins compétents peut être obtenue auprès du tribunal du domicile de la personne à protéger auprès du greffe du juge des contentieux de la protection (ancien juge des tutelles).

LA SAUVEGARDE DE JUSTICE

La sauvegarde de justice est une mesure qui vise à protéger toute personne majeure dont les facultés mentales et corporelles sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge et qui l'empêchent d'exprimer sa volonté. La sauvegarde de justice est provisoire (1 an renouvelable une fois) en attente d'un régime plus protecteur (curatelle ou tutelle – voir chapitres suivants) ou que la personne récupère ses facultés.

Il existe deux types de sauvegarde de justice :

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

Chacune de ces demandes doit être accompagnée d'un certificat médical d'un médecin expert (une liste des médecins experts est disponible auprès des tribunaux) et adressée au tribunal de grande instance (TGI), service des tutelles aux majeurs. La consultation auprès du médecin est à la charge de la personne à protéger. La personne à protéger devra être entendue par le juge, sauf urgence ou décision motivée.

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

Cependant, tout contrat qu'elle a signé ou décision qu'elle a prise pourront être annulés s'ils sont contraires à ses intérêts. C'est le mandataire nommé par le juge qui intervient et agit en ce sens. Ce peut être un membre de la famille. Il peut

aussi, à la demande du juge, faire un état des lieux de la situation administrative et financière de la personne.

LA CURATELLE

La curatelle s'applique à des personnes qui, sans être hors d'état d'agir elles-mêmes, ont besoin d'être assistées, conseillées ou contrôlées dans les actes de la vie civile. Son degré de protection est inférieur à celui d'une tutelle.

Cette mesure peut être demandée auprès du juge des tutelles (tribunal judiciaire du domicile de la personne à protéger) par l'intéressé, son conjoint, le partenaire avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, sa famille, son médecin traitant, un assistant de service social, le procureur de la République. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical du médecin expert qui précise l'altération des facultés de la personne. La personne à protéger est entendue par le juge, sauf urgence, incapacité à être entendue ou décision motivée. Suite à la décision du tribunal, la personne est assistée par un curateur et prend conseil auprès de celui-ci pour les actes importants qui engagent son patrimoine (argent, maison). Le curateur peut annuler ou réduire tout acte civil réalisé par la personne protégée, si ces actes ne lui sont pas bénéfiques.

Il existe trois types de curatelle :

- **la curatelle simple** : la personne protégée peut gérer elle-même ses revenus et dépenses courantes mais elle ne peut pas modifier son patrimoine, se marier ou divorcer sans information du curateur désigné ;
- **la curatelle aménagée** : le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas ;
- **la curatelle renforcée** : le curateur perçoit les ressources de la personne et règle ses dépenses, sur un compte ouvert au nom de celle-ci.

La curatelle est limitée à 5 ans puis réexaminée. Elle peut prendre fin si le juge le décide, en l'absence de demande de renouvellement, ou bien si la mesure de curatelle est remplacée par une mesure de tutelle.

LA TUTELLE

Le tuteur est tenu de s'assurer du consentement de la personne pour l'ensemble des décisions.

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

La procédure de mise sous tutelle peut être engagée à l'initiative de la personne concernée, de son conjoint, de son partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou de son concubin, de ses ascendants, descendants, frères ou sœurs, du curateur ou du procureur de la République. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical à la charge de la personne à protéger, établi par un médecin expert. En l'absence de la famille, la tutelle est réalisée par le juge des tutelles du tribunal judiciaire. Le médecin traitant ou le directeur d'établissement où réside la personne ne peuvent donner qu'un avis sur la cause qui justifie l'ouverture de la tutelle. La demande se fait auprès du juge des tutelles du tribunal judiciaire dont dépend le lieu de résidence du majeur à protéger. La personne à protéger devra être entendue par le juge, sauf urgence ou décision motivée.

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

- un membre de la famille (c'est l'option choisie en priorité) : le juge des tutelles désigne un administrateur légal qui agit sous son contrôle. L'administrateur doit être un parent ou un allié de la personne protégée ;
- un tuteur extérieur appelé « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » : il est choisi par le juge sur une liste dressée par le préfet ;
- un conseil de famille (4 à 6 membres désignés par le juge) : il désigne un tuteur, un subrogé tuteur qui assiste le tuteur, le surveille voire le remplace en cas de nécessité et le cas échéant un tuteur *ad hoc*. C'est la tutelle complète. Le tuteur peut agir seul pour les actes d'administration mais doit obtenir l'autorisation du conseil de famille pour les actes de disposition les plus importants.

La tutelle est limitée à 10 ans si les facultés de la personne mise sous tutelle ne sont pas susceptibles de connaître une amélioration, et à 5 ans dans les autres cas. La mesure de tutelle ne peut excéder 20 ans et peut prendre fin si le juge le décide, en l'absence de demande de renouvellement, ou bien si la mesure de tutelle est remplacée par une mesure de curatelle.



11

LES CONGÉS D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PROCHES

142. LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE
144. LE CONGÉ DE PROCHE AIDANT

Aux différentes étapes de la maladie, votre entourage peut être amené à vous aider dans les actes de la vie quotidienne et pour vos démarches administratives. Les patients atteints de cancer considèrent que cette aide de leur proche est essentielle. Deux congés d'accompagnement sont possibles.

L'investissement personnel auprès d'une personne malade n'est pas toujours conciliable avec d'autres impératifs familiaux, sociaux ou professionnels. Certains proches choisissent ainsi d'arrêter leur activité professionnelle pour se consacrer aux soins d'une personne malade.

Les congés d'accompagnement sont :

- le **congé de solidarité familiale** qui vous permet d'accompagner un proche gravement malade en fin de vie ;
- le **congé de proche aidant** qui vous permet d'aider un proche handicapé ou en perte d'autonomie.

LE CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

Le congé de solidarité familiale vous permet d'accompagner un proche gravement malade en fin de vie. Ce congé a une durée de 3 mois, renouvelable une fois, soit 6 mois maximum. Il n'est pas rémunéré par l'employeur, mais il est possible de demander une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie auprès de votre Caisse d'assurance maladie.

Pour demander ce congé, vous devez adresser votre demande au moins 15 jours avant la date souhaitée, à votre employeur, par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise en main propre contre décharge. Un certificat médical attestant que la personne malade souffre d'une maladie grave qui met en jeu son pronostic vital est à joindre à votre courrier. Ce congé n'a pas de répercussion sur les

congés auxquels vous avez droit pour d'autres événements familiaux. À votre retour, vous retrouvez votre emploi ou un emploi similaire, avec une rémunération équivalente. La durée du congé est prise en compte pour le calcul de votre ancienneté. Pendant cette période de congé, il ne vous est pas possible d'exercer une autre activité professionnelle.

Qui peut percevoir l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ?

Peuvent y accéder, dès lors qu'ils ont suspendu ou réduit leur activité :

- les salariés ;
- les travailleurs non-salariés ;
- les exploitants agricoles ;
- les professions libérales ;
- les ministres des cultes ;
- les chômeurs indemnisés.

Pour bénéficier de l'allocation, la personne en fin de vie doit être accompagnée à domicile (et non à l'hôpital). Le versement de l'allocation est maintenu lorsque la personne accompagnée à domicile doit être hospitalisée. En avril 2025, le montant de l'allocation est fixé à 64,41 euros par jour (ou à 32,21 euros si la personne a transformé son congé de solidarité familiale en activité à temps partiel).

L'allocation est versée de manière journalière, dans la limite maximale de 21 jours ouvrables ou non (42 jours en cas de réduction d'activité). Ces allocations sont fractionnables et peuvent se partager entre plusieurs bénéficiaires.

Pour connaître les démarches à effectuer, rendez-vous sur le site de l'**Assurance maladie**. Si vous souhaitez percevoir l'allocation, adressez une demande de versement à votre CPAM ou à votre agence de sécurité sociale pour les indépendants. La Sécurité sociale pour les indépendants peut également financer, sous conditions, des alternatives de prise en charge des personnes dépendantes au profit des aidants familiaux, dans le cadre de l'action sanitaire et sociale.

À qui s'adresser ? Votre Caisse d'assurance maladie ou la Sécurité sociale pour les indépendants CNAJAP (Centre national de gestion des demandes d'allocations journalières d'accompagnement d'une personne en fin de vie). En savoir plus sur le site du **ministère en charge du travail et de l'emploi**.

LE CONGÉ DE PROCHE AIDANT

Le congé de proche aidant permet de suspendre ou de réduire son activité professionnelle pour accompagner un proche handicapé ou en perte d'autonomie d'une particulière gravité. Accessible sous conditions, ce congé ne peut dépasser une durée maximale de 3 mois (hors convention ou accord de branche ou d'entreprise), renouvelable dans la limite d'1 an sur l'ensemble de la carrière professionnelle.

Votre employeur ne peut pas vous refuser ce congé. Pour en bénéficier, vous devez lui adresser votre demande par tout moyen permettant de la dater (courrier postal ou lettre électronique recommandée, par exemple) au moins 1 mois avant le début du congé envisagé. Il peut débuter sans délai en cas d'urgence (situation de crise nécessitant une action urgente du salarié, dégradation brutale de l'état de santé de la personne aidée, cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée). Cette lettre peut être remise en main propre. Dans le contenu de votre courrier, vous devez informer votre employeur de votre volonté de suspendre votre contrat de travail et de la date de votre départ en congé. Vous devez apporter la preuve de sa dépendance par la décision d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la justification par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 %.

Pour avoir accès à ces droits, le proche aidant doit associer à sa demande : la copie de décision d'attribution de la prestation du proche aidé et une déclaration sur l'honneur soit du lien familial du salarié avec la personne aidée, soit de l'aide appor-

tée à une personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables. Il n'est pas nécessaire d'avoir une attestation du conseil départemental.

Le congé de proche aidant n'est pas rémunéré par l'employeur (sauf dispositions conventionnelles ou collectives le prévoyant). Toutefois, depuis le 30 septembre 2020, le salarié peut percevoir une allocation journalière du proche aidant (AJPA) après en avoir fait la demande auprès de sa Caisse d'allocations familiales (**CAF**). L'AJPA vise à compenser une partie de la perte de salaire pour 66 jours. Vous pourrez la percevoir à nouveau 66 jours si vous devez apporter votre aide à une nouvelle personne, dans la limite de 264 jours durant votre carrière professionnelle. Ce plafond s'applique quel que soit le nombre de personnes que vous aidez. Le salarié a droit à un maximum de 22 jours d'AJPA par mois. Au 1^{er} janvier 2025, le montant de l'AJPA est de 65,80 euros par jour et 32,90 euros par demi-journée.

Possibilité de fractionnement du congé ou temps partiel

Vous ne pouvez exercer aucune activité professionnelle. Si votre employeur l'accepte, le congé peut être fractionné ou être pris en temps partiel : vous pouvez alterner les périodes où vous travaillez et celles de congé. Toutefois, vous pouvez être employé par la personne aidée lorsque celle-ci perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH). Lorsque la personne aidée est bénéficiaire de l'APA, elle peut salarier un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle elle a conclu un PACS. Lorsqu'elle est bénéficiaire de la PCH, elle peut, sous conditions, employer un ou plusieurs membres de sa famille, y compris son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un PACS.

À noter. Il existe des dispositifs spécifiques pour les parents d'un enfant malade.

Pour en savoir plus sur le congé de proche aidant et trouver un modèle de demande de congé, rendez-vous sur le site **service-public.fr**.

À qui s'adresser ? Votre employeur, la **CAF**.



LE DON DE CONGÉS ENTRE COLLÈGUES

Le Code du travail permet à un salarié d'offrir des jours de congé à l'un de ses collègues qui s'occupe d'un proche atteint « d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité » ou présentant un handicap. Le don peut porter sur tous les jours de repos non pris (congés

payés, RTT, récupération) excédant 24 jours ouvrables de congés payés. Le salarié qui bénéficie de ce don ne subit aucune perte de revenus. Sa rémunération est maintenue et son absence, assimilée à une période de travail dans la détermination de son ancienneté.

12

DU CÔTÉ DE L'ENFANT MALADE

148. LES CONGÉS EXISTANTS

153. LES ALLOCATIONS ET AUTRES DISPOSITIFS D'AIDE

159. L'ENFANT MALADE ET LA SCOLARITÉ

Afin de faciliter et d'améliorer la prise en charge des soins de votre enfant malade, il existe des dispositifs sociaux qui peuvent vous aider pendant et après sa maladie : des allocations, des congés spécifiques et non spécifiques à l'enfant malade. La loi « handicap » prévoit des aides pour compenser les besoins particuliers de votre enfant.

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

LES CONGÉS EXISTANTS

Vous voulez arrêter temporairement votre activité professionnelle pour vous consacrer aux soins de votre enfant malade. Pour cela, vous pouvez bénéficier de différents congés d'accompagnement, qu'ils soient spécifiques ou non spécifiques à l'enfant malade.

Le congé pour enfant malade

En tant que salarié, lorsque votre enfant a moins de 16 ans, vous pouvez bénéficier d'un congé non rémunéré (sauf si votre convention collective le prévoit) pour enfant malade, d'une durée de 3 jours maximum par an. Le congé peut être porté à 5 jours si votre enfant a moins d'1 an ou si vous avez à votre charge au moins 3 enfants. Pour en bénéficier, il vous faut un certificat médical établi par votre médecin traitant que vous remettez à votre employeur.

À qui s'adresser ? Votre employeur ou votre administration. En savoir plus sur le site Service-public.fr : dans **le secteur privé**, pour **la fonction publique**.

Le congé de présence parentale

Si votre enfant, à charge, de moins de 20 ans est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident grave nécessitant votre présence soutenue, vous pouvez obtenir un congé de présence parentale vous permettant de cesser ou de réduire votre activité professionnelle. Ce congé est de 310 jours ouvrés (soit l'équivalent de 15 mois) sur une période maximale de 3 ans.

Pour en bénéficier, vous devez envoyer à votre employeur, au moins 15 jours avant le début du congé, une lettre recommandée avec accusé de réception ou faire une demande remise en main propre contre décharge, accompagnée d'un certificat médical attestant de la gravité de l'état de santé de votre enfant et de la nécessité d'une présence soutenue auprès de l'enfant et de soins contraignants. Vous devez, par la suite, prévenir votre employeur au moins 48 heures à l'avance à chaque fois que vous souhaitez prendre un ou plusieurs jours de congé. Ce congé est reconductible tous les 3 ans en cas de rechute ou récurrence de la pathologie de l'enfant ou lorsque la gravité de la pathologie nécessite toujours une présence soutenue et des soins contraignants la demande de renouvellement se fait de la même façon que la demande initiale. Le congé peut être pris en une ou plusieurs fois.

Aucune condition d'ancienneté dans l'entreprise n'est exigée. Votre contrat de travail est suspendu, vous n'êtes pas rémunéré (sauf convention collective plus favorable), mais



ET SI VOUS AVEZ DÉJÀ ÉPUISÉ VOTRE RÉSERVE DE JOURS OUVRÉS AVANT LA FIN DES 3 ANS ?

Avec la loi du 15 novembre 2021, si vous avez utilisé la réserve de 310 jours avant la fin des 3 ans du congé initial, vous pouvez bénéficier d'un autre congé

d'une durée identique sans attendre la fin de ces 3 ans. Grâce à cette loi, le congé est désormais fractionnable en demi-journée.

vous pouvez bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale (**AJPP**). À l'issue de ce congé, vous retrouvez votre emploi précédent ou un emploi similaire avec une rémunération au moins équivalente. Le salarié peut interrompre le congé avant son terme en cas de diminution importante des ressources du foyer ou de décès de l'enfant. Il doit pour cela en informer son employeur par lettre recommandée.

À qui s'adresser ? Votre employeur ou votre administration. En savoir plus sur le site Service-public.fr : dans **le secteur privé**, pour **la fonction publique**.

Le congé de solidarité familiale

Le congé de solidarité familiale permet à tout salarié, quelle que soit son ancienneté dans l'entreprise, de s'absenter pour accompagner son enfant (et plus largement un proche) en fin de vie. Le congé peut correspondre à un arrêt complet de l'activité professionnelle ou être transformé en période d'activité à temps partiel. Sa durée est de 3 mois, renouvelable une fois, soit 6 mois maximum. Ces journées peuvent être utilisées de façon discontinue par un parent ou l'autre, un frère ou une sœur.

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

Ce congé n'a pas de répercussion sur les congés auxquels vous avez droit pour d'autres événements familiaux. À votre retour, vous retrouvez votre emploi ou un emploi similaire, avec une rémunération équivalente. La durée du congé est prise en compte pour le calcul de votre ancienneté. Pendant cette période de congé, il ne vous est pas possible d'exercer une autre activité professionnelle.

Ce congé n'est pas rémunéré. Il est cependant possible de percevoir une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Cette allocation est versée de manière journalière, dans la limite de 21 jours. Elle est fractionnable et peut se partager entre plusieurs bénéficiaires (voir également le chapitre 11, « Les congés d'accompagnement pour les proches », page 141).

À qui s'adresser ? Votre Caisse d'assurance maladie ou la Sécurité sociale pour les indépendants CNAJAP (Centre national de gestion des demandes d'allocations journalières d'accompagnement d'une personne en fin de vie) : par téléphone au 08 06 06 10 09 (service gratuit + prix d'un appel) Ouvert du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30 ; par courrier : CNAJAP Rue Marcel Brunet - BP 109 23014 GUÉRET Cedex.

En savoir plus sur le site du **ministère en charge du travail et de l'emploi**.

Le congé de proche aidant

Le congé de proche aidant permet de réduire ou de cesser son activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant (et plus largement d'un proche) présentant un handicap ou une perte d'autonomie importante. Il a une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite d'1 an sur l'ensemble de la carrière. Il n'est pas rémunéré et votre employeur ne peut pas vous refuser ce congé. Pour en bénéficier, vous devez lui adresser votre demande au moins 1 mois avant le début du congé. Il peut débuter sans délai en cas d'urgence (dégradation brutale de l'état de santé de la personne aidée, cessation soudaine de l'hébergement dans lequel vivait la personne aidée). Dans le contenu de votre courrier, vous devez informer votre employeur de votre volonté de suspendre votre contrat de travail et de la date de votre départ en congé. Pour bénéficier du congé de proche aidant, vous devez démontrer votre lien de parenté avec la personne aidée ou résider avec cette personne ou bien entretenir des liens étroits et stables sans qu'il y ait de lien de parenté.

À qui s'adresser ? Votre employeur, la **CAF**. En savoir plus sur le site du **service-public.fr**.

Les autres congés possibles

Le congé parental d'éducation

Le congé parental d'éducation donne la possibilité pour un salarié de réduire ou de suspendre totalement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant en bas âge, après un congé maternité ou d'adoption. La demande se fait en fonction de l'âge et du nombre d'enfants (dispositions particulières dans le cas d'une adoption). Il est accordé de droit si le salarié possède 1 an d'ancienneté dans l'entreprise. Le salarié doit faire la demande à son employeur au moins 1 mois avant l'arrêt du congé de maternité ou d'adoption, ou 2 mois avant la date prévue du congé parental d'éducation (s'il n'est pas consécutif au congé de maternité ou d'adoption).

Sa durée initiale est d'un an et peut être renouvelée deux fois, voire trois fois en cas de maladie grave de l'enfant. Cependant, ce n'est pas un congé spécifique pour enfant malade.

Ce congé n'est pas rémunéré, mais selon certaines conditions, vous pouvez bénéficier du « complément de libre choix d'activité » versé par votre organisme de prestations familiales au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant. Vous pouvez également utiliser les droits acquis sur votre compte épargne temps pour le financer.

À qui s'adresser ? Votre employeur ou votre administration. En savoir plus sur le site du **ministère en charge du travail et de l'emploi**.

Le congé sabbatique

D'une durée de 6 à 11 mois, il nécessite une ancienneté de 36 mois dans l'entreprise et une expérience professionnelle de 6 ans. L'employeur doit en être informé au moins 3 mois à l'avance. Il peut le différer de 6 à 9 mois selon la taille de l'entreprise (voire le refuser dans des cas particuliers). Il n'est



VOUS FAIRE AIDER

L'assistant de service social saura vous conseiller sur le choix du congé le mieux adapté à votre situation familiale et professionnelle. Pour les fonctionnaires, certains de ces congés sont attribués avec des conditions particulières.

Renseignez-vous auprès de votre employeur. Indépendamment des congés, il est parfois possible de demander à son employeur des aménagements d'horaires. En savoir plus sur le site du **ministère en charge du travail**.

pas rémunéré. Il entraîne une suspension du contrat de travail et il est suivi par une réintégration.

À qui s'adresser ? Votre employeur ou votre administration. En savoir plus sur le site du **ministère en charge du travail et de l'emploi**.

Le congé sans solde

Il est laissé à l'appréciation de l'employeur et il n'est pas rémunéré. Son organisation et sa durée sont définies de gré à gré entre le salarié et l'employeur. Pour en savoir plus sur les congés et leurs modalités : **caf.fr**.

LES ALLOCATIONS ET AUTRES DISPOSITIFS D'AIDE

Il existe des allocations pour vous aider pendant et après la maladie de votre enfant. Ces prestations sont étudiées et versées par la Caisse d'allocations familiales, sauf pour les salariés et les exploitants agricoles qui doivent s'adresser au service des prestations familiales de la Mutualité sociale agricole (MSA).

L'enfant atteint de cancer, du fait de son affection temporaire, peut également bénéficier de certains avantages de la loi

« handicap ». Les droits et prestations accessibles aux enfants en situation de handicap du fait d'un cancer sont entre autres :

- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément éventuel, la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- l'ensemble des mesures contribuant à la scolarisation de l'enfant, notamment l'orientation en établissement scolaire et/ou en établissement ou service médico-social ;
- les accompagnements (attribution selon les cas d'accompagnants des élèves en situation de handicap/ex-auxiliaires de vie scolaire...) ;
- les aménagements nécessaires (matériel pédagogique adapté...) qui composent le projet personnalisé de scolarisation (PPS) de l'enfant ;
- les cartes CMI.

Vous pouvez vous renseigner et réaliser vos demandes en ligne sur monparcours handicap.gouv.fr. N'hésitez pas aussi à vous rapprocher de votre Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou d'un travailleur social sur votre lieu de soins pour en connaître les modalités d'attribution.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH)

Selon la loi, constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, notamment en raison d'un trouble de santé invalidant ». Les malades atteints d'un cancer peuvent ainsi bénéficier des dispositifs prévus pour les personnes handicapées. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) vous aide financièrement si votre enfant est handicapé ou atteint d'un trouble de santé qui l'empêche de mener une vie normale.

Cette allocation vous est versée sans condition de ressources si :

- votre enfant a moins de 20 ans et qu'il réside en France ;
- son incapacité est d'au moins 80 % ;

- son incapacité est comprise entre 50 % et moins de 80 % et qu'il est dans un établissement spécialisé ou si son état de santé nécessite l'aide d'un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile.

Cette allocation mensuelle est accordée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Son montant peut être majoré par un complément. Il existe six compléments selon :

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

Les bénéficiaires de l'AEEH sont exonérés du paiement du forfait hospitalier journalier si une hospitalisation est nécessaire. Si la situation de votre enfant répond aux critères d'attribution de l'AEEH et de son complément, vous pourrez choisir entre bénéficier de ce complément ou bénéficier de la prestation de compensation du handicap. Ces 2 prestations prennent en compte le même type de dépenses liées au handicap (aides humaines, techniques, aménagement...) mais les conditions d'attribution, les modes de calcul et de contrôle sont différents. Adressez-vous à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de votre département ; elle établira un plan personnalisé de compensation vous permettant de faire le choix le plus opportun.

À qui s'adresser ? À la Maison départementale des personnes handicapées de votre département (MDPH).

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

L'allocation journalière de présence parentale (AJPP) est une aide financière qui permet de vous occuper de votre enfant âgé de moins de 20 ans, gravement malade, dont l'état de santé nécessite des soins contraignants et votre présence à ses côtés. Pour en bénéficier, vous devez remplir un dossier à

retirer auprès de votre Caisse d'allocations familiales (CAF) ou de la Mutualité sociale agricole (MSA). Votre médecin doit établir un certificat médical mentionnant la durée prévisible du traitement de l'enfant. Ce certificat médical sera soumis à l'avis du contrôle médical de l'Assurance maladie dont dépend votre enfant.

Le droit à cette allocation est ouvert par périodes de 6 mois, renouvelables dans la limite maximale de 3 ans, pour un même enfant et par maladie. Au total, un parent peut bénéficier sur cette période de 310 jours d'allocations journalières (correspondant au même nombre de jours d'absence de l'activité professionnelle). Le nombre d'allocations journalières est limité à 22 allocations par mois. Le droit à l'AJPP peut être renouvelé en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie. Si vous avez des dépenses liées à l'état de santé de votre enfant, un complément peut vous être versé chaque mois. Vos ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond. Ce complément est versé mensuellement même si pour un mois donné vous n'avez pas perçu l'AJPP.

L'AJPP n'est pas cumulable avec :

- des indemnités journalières maladie, maternité, paternité, d'adoption ou d'accident du travail ;
- l'allocation forfaitaire de repos maternel, ou l'allocation de remplacement pour maternité ;
- des allocations de chômage ;
- une pension de retraite ou d'invalidité ;
- le complément de libre choix d'activité (CLCA) ou la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;
- un complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) perçu pour le même enfant ;
- l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

À qui s'adresser ? La **Caisse des allocations familiales (CAF)**.

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

L'allocation aux parents d'enfant handicapé (APEH) est une allocation spécifique aux personnes salariées de la fonction publique. Les parents doivent demander cette allocation auprès de l'administration qui les emploie. Aucune condition de ressources n'est exigée des parents. Quatre prestations sont proposées :

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

À qui s'adresser ? À l'administration qui vous emploie : **Portail de la fonction publique**.

L'allocation journalière du proche aidant (AJPA)

L'allocation journalière du proche aidant (AJPA) peut être perçue lors d'un congé de proche aidant (voir le chapitre 11 « Les congés d'accompagnement pour les proches », page 141). L'AJPA vise à compenser une partie de la perte de salaire pour 66 jours. Vous pourrez la percevoir à nouveau 66 jours si vous devez apporter votre aide à une nouvelle personne, dans la limite de 264 jours durant votre carrière professionnelle. Ce plafond s'applique quel que soit le nombre de personnes que vous aidez. Le salarié a droit à un maximum de 22 jours d'AJPA par mois. Au 1^{er} janvier 2025, le montant de l'AJPA est de 65,80 euros par jour et 32,90 euros par demi-journée.

À qui s'adresser ? La **Caisse d'allocations familiales (CAF)**.

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) comprend notamment un « complément de libre choix d'activité » et un « complément de libre choix du mode de garde » attribués selon des conditions précises que votre organisme de prestations vous détaillera.

À qui s'adresser ? La **Caisse d'allocations familiales (CAF)**.

Les autres aides possibles

La carte mobilité inclusion

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

Les enfants comme les adultes peuvent en bénéficier. Cette carte peut être assortie d'une mention « Besoin d'accompagnement » selon la catégorie du complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Elle apporte divers avantages : avantages fiscaux, places assises, tarifs réduits...

Vous pouvez également consulter le chapitre 2 « Vos principaux interlocuteurs administratifs » page 19 pour connaître les modalités d'attribution auprès de la MDPH.

Les transports scolaires

Pour certains enfants atteints de cancer, le transport scolaire collectif est déconseillé. Dans ce cas, le médecin référent de votre enfant interviendra auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui fera la demande au Conseil départemental pour une prise en charge de son transport individuel.

Les aides exceptionnelles

Des demandes d'aide exceptionnelle peuvent être adressées aux Caisses d'Assurance maladie ou auprès de certains organismes telles que les administrations, œuvres sociales ou associations (par exemple : mairies, mutuelles, comités d'entreprises, la Ligue contre le cancer, etc.). Ces aides dépendent de votre situation financière. Elles peuvent concerner des frais entraînés par la maladie restant à votre charge ou certains avantages fiscaux.

À qui s'adresser ? Votre Caisse d'assurance maladie, votre mairie, les associations et œuvres sociales de votre département, l'assistant de service social du lieu où votre enfant est soigné.

L'ENFANT MALADE ET LA SCOLARITÉ

L'école fait partie de la vie sociale normale de l'enfant et de l'adolescent. Elle occupe une part importante de leurs préoccupations quotidiennes. La maladie provoque parfois une rupture au niveau scolaire, ne permettant pas toujours de suivre une scolarité ordinaire. Dans la mesure du possible, il est important que l'enfant garde contact avec son école et qu'il poursuive sa scolarité. Pour cela, il bénéficie d'adaptations et d'aménagements et peut être orienté si besoin vers un enseignement spécialisé.

La scolarité à l'hôpital

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

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

Si votre enfant est suivi dans un hôpital ne disposant pas d'un centre scolaire, informez l'établissement scolaire (proviseur ou principal, conseiller principal d'éducation, infirmière scolaire, professeur principal) de la raison de l'absence prolongée de votre enfant, sans avoir besoin d'entrer dans les détails conformément au secret médical. Dès que le parcours de soins personnalisé de votre enfant est envisagé, vous pouvez demander à l'établissement scolaire l'organisation d'une réunion et la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) définissant les temps de présence prévisionnels de votre enfant, les modalités de récupération des cours, les informations délivrées aux élèves de la classe.

Vous pouvez également demander que votre enfant bénéficie des cours du service ou réseau d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD ou RAPAD selon les départements) pendant son hospitalisation (voir ci-contre). Vous pouvez vous adresser à la Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital (FEMDH) pour savoir si une antenne de l'association existe dans l'hôpital. Pour les enseignants de la classe d'origine et les camarades de classe, l'annonce du cancer d'un élève est déstabilisante. Les informations que vous souhaitez donner aux équipes pédagogiques sont à votre discrétion, mais un dialogue éclairé facilite souvent le retour en classe du jeune. S'il est souvent aidant que toute la classe soit informée que l'absence de leur camarade est due à une maladie, la nature des informations données, et ce quel que soit l'âge des camarades, doit être réfléchie avec soin et nécessite votre accord et celui de votre enfant.

Lors du retour à l'école, les aménagements particuliers (soins, précautions durant le temps scolaire, aménagement d'emploi du temps, prise en charge du transport, prises en charge éventuelles par des intervenants extérieurs : orthophonistes,

kinésithérapeutes, psychomotriciens, psychologues...) sont précisés, s'il y a lieu, dans le projet d'accueil individualisé (PAI) demandé par les parents en concertation avec le médecin scolaire. Ce document précise les conditions pour que soit assuré le suivi de la scolarité de votre enfant. Il est mis en œuvre par le chef d'établissement.

Si votre enfant est reconnu comme étant en situation de handicap, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) peut être établi. Le PPS définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. Si la situation de votre enfant nécessite de recourir à un PPS, il convient de saisir la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) afin que soit déterminé un parcours de formation adapté aux besoins de votre enfant (accompagnement, aménagement, etc.).

La scolarité à domicile

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

L'organisation est départementale. Un coordonnateur désigné par l'Inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-DASEN), est chargé de l'organisation de l'assistance pédagogique à domicile. Selon les départements, la structure responsable s'appelle RAPAD ou SAPAD (Réseau ou Service d'assistance pédagogique à domicile). Les associations de parents et de proches d'enfants malades peuvent participer à l'animation de ces réseaux, si elles le souhaitent. Une convention est alors passée entre la

Direction des services départementaux de l'éducation nationale et l'association. Les modalités de la scolarité à domicile sont fonction de l'état de santé de votre enfant. Cette assistance est gratuite pour les familles. Dès le début de l'hospitalisation, si le médecin le demande, l'enseignant de l'hôpital prend contact avec le coordonnateur départemental en vue d'une recherche d'enseignants.

Si votre enfant est pris en charge dans un hôpital où il n'y a pas de centre scolaire, il vous faut contacter directement le SAPAD ou RAPAD de votre département. Le médecin scolaire et l'infirmière scolaire de son établissement d'origine peuvent vous donner des renseignements. Dans certains cas, une inscription au Centre national d'enseignement à distance (CNED) peut être envisagée. Le coordonnateur vous orientera vers la prise en charge ou la structure la mieux adaptée pour votre enfant. Le CNED accepte les inscriptions réglementées gratuites pour les enfants malades reconnus par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou qui ont obtenu un accord explicite de l'Inspection académique, direction académique des services de l'éducation nationale (DASEN) s'appuyant sur l'avis précis du médecin conseiller technique de son équipe.

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

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

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

Il est très important que l'élève puisse maintenir le lien avec ses enseignants et ses pairs, aussi bien pour contribuer à l'amélioration de son état de santé que pour faciliter son retour en classe. C'est pourquoi il est conseillé, le plus souvent possible, une double inscription de l'élève à son établissement ainsi qu'au CNED associée à des aménagements prévus dans le cadre d'un PAI ou d'un PPS. Parallèlement à ce service public d'éducation, vous avez la possibilité de faire appel aux prestations gratuites proposées par certaines assurances, certaines mutuelles ou les associations d'intervenants bénévoles comme la Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital.

Les transports

Tout élève handicapé qui, en raison de son handicap, ne peut utiliser les moyens de transport en commun, bénéficie d'un transport individuel adapté entre son domicile et son établissement scolaire dont les frais sont pris en charge. Les frais de transport sont pris en charge par le département du domicile de l'élève handicapé, quel que soit l'établissement fréquenté, dans le cadre de la scolarisation en milieu ordinaire (c'est-à-dire dans des établissements non spécifiquement réservés aux personnes handicapées). Ils sont remboursés directement aux familles ou aux intéressés s'ils sont majeurs ou, le cas échéant, à l'organisme qui en a fait l'avance. Pour les déplacements dans des véhicules appartenant aux élèves ou à leur famille, le remboursement des frais se fait sur la base d'un tarif fixé par le Conseil départemental. Pour les déplacements dans des véhicules exploités par des tiers rémunérés à ce titre (taxi par exemple), le remboursement des frais s'opère sur la base des dépenses réelles, dûment justifiées.

Dans le cas d'une scolarisation dans un établissement spécialisé, la prise en charge est assurée par les organismes de Sécurité sociale. Lorsqu'une scolarisation en milieu ordinaire a été décidée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) mais que les conditions d'accès à cet établissement la rendent impossible, les surcoûts imputables au transport de l'enfant ou de l'adolescent handi-

capé vers un établissement plus éloigné sont à la charge de la collectivité territoriale compétente pour la mise en accessibilité des locaux.

À qui s'adresser ?

- L'assistant de service social ou l'équipe d'enseignants de l'établissement de santé
- L'administration de l'établissement scolaire de votre enfant
- Le CNED, **cned.fr**
- La Fédération pour l'enseignement des malades à domicile et à l'hôpital, **femdh.fr**
- Le **ministère de l'Éducation nationale**
- La **MDPH de votre département**



13

POUR SUIVRE SON PARCOURS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

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

Pendant sa maladie, votre enfant peut poursuivre sa formation en bénéficiant d'accompagnements liés aux besoins engendrés par son état de santé. Les établissements d'enseignement supérieur assurent des aménagements et des accompagnements aux étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant comme un cancer.

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

Lors du passage du lycée vers l'enseignement supérieur et notamment lorsque votre enfant formule ses vœux au cours de la procédure, il est conseillé de prendre contact avec les établissements dans lesquels il souhaite poursuivre son parcours afin de préparer les aménagements et accompagnements qui seront nécessaires dès le début de la rentrée universitaire. Lorsque la maladie survient pendant le parcours, vous pouvez vous adresser directement aux acteurs dédiés à l'accompagnement des étudiants handicapés de l'établissement, au service de médecine préventive ou à tout autre acteur (enseignant, administratif) qui pourront vous orienter vers les dispositifs concernés.

Accompagnements dans les formations d'enseignement supérieur dispensées en lycée

Si la formation a lieu dans un lycée, par exemple STS (Section de Technicien Supérieur) ou CPGE (Classes Préparatoires aux Grandes Écoles), vous pouvez vous adresser directement au proviseur. Dans ce cadre, les dispositifs d'accompagnement mis en œuvre sont les mêmes que ceux de l'enseignement scolaire (voir le chapitre 12 « Du côté de l'enfant malade », page 147).

Accompagnements dans les formations en universités ou en écoles

En université, vous pouvez vous adresser aux services handicap ou au service de médecine préventive dont les contacts sont disponibles sur les portails des universités ou sur le site du ministère de l'enseignement supérieur : **etudiant.gouv.fr**

Pour les écoles d'enseignement supérieur (par exemple : écoles d'ingénieurs, de commerce...), vous pouvez vous adresser aux référents handicap ou à la direction des études dont les contacts sont précisés directement sur les sites internet de ces établissements.

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

- Le suivi des études :
 - aménagement de parcours : allongement des unités d'enseignements sur plusieurs sessions/années ;
 - aides humaines : preneur de notes, tutorat pédagogique ou méthodologique, aide à la manipulation... ;
 - aides techniques : mise à disposition de supports pédagogiques en ligne...
- La passation des examens ou des concours :
 - temps majoré ou temps de pause ;
 - aides humaines, notamment un secrétaire d'examen ;
 - aides techniques comme la possibilité de composer sur ordinateur ;
 - étalement des épreuves sur plusieurs sessions et conservation durant 5 ans des notes obtenues ;
 - des adaptations de la nature d'une épreuve ou dispense d'épreuve définies par arrêté. Dans ce cas, les aménagements mis en place seront ceux notifiés par l'autorité administrative de l'établissement en fonction de la réglementation des examens et de l'avis médical d'un médecin désigné par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Pour les candidats hospitalisés ou recevant des soins, « le président ou le directeur de l'éta-

blissement d'enseignement supérieur prend toutes les mesures permettant aux étudiants handicapés qui sont hospitalisés, au moment des sessions de l'examen ou du concours, de composer dans des conditions définies en accord avec le chef du service hospitalier dont dépend l'étudiant. »

- L'accès aux services de droit commun de l'établissement : tout aménagement qui permette de bénéficier des services offerts à tous (aides à l'orientation et à l'insertion professionnelle, activités sportives, culturelles, associatives...).

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

BOURSES ET LOGEMENTS ÉTUDIANTS

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

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

Votre enfant peut également bénéficier d'un accès prioritaire à un logement universitaire dépendant du Centre régional d'œuvres universitaires scolaires (CROUS). Pour cela, il peut bénéficier du dispositif d'accompagnement des étudiants handicapés de l'établissement : service ou référent handicap, médecin de prévention ou assistant de service social.

À qui s'adresser ?

- L'établissement dans lequel votre enfant suit ou suivra sa formation ;
- Le Centre régional d'œuvres universitaires scolaires (CROUS) de votre académie ;
- Le portail institutionnel de la vie étudiante : **etudiant.gouv.fr**.

14

LES DÉMARCHES À FAIRE APRÈS LE DÉCÈS D'UN PROCHE

174. LES ORGANISMES ET LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE
175. POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE
177. POUR LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS
178. POUR LES FONCTIONNAIRES

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

L'administration propose un guide en ligne qui synthétise les formalités à accomplir et permet de réaliser certaines démarches administratives sur son site **service-public**.

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

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

- son employeur. Celui-ci doit régulariser le ou les salaires en cours et capitaux-décès éventuels ;
- la Caisse d'assurance maladie, pour régulariser le paiement des prestations en cours et s'informer d'un capital décès éventuel ;
- la banque pour arrêter et bloquer les comptes ;
- les mutuelles, pour modifier ou annuler le contrat d'adhésion, le paiement des cotisations en cours et s'informer d'un capital décès selon le contenu du contrat ;
- le notaire, pour régler la succession ;
- les organismes de prêts (banques, etc.), pour connaître les possibilités de remboursement des emprunts par les assurances prises par la personne décédée ;
- France Travail, si la personne décédée était au chômage, pour arrêter le paiement des prestations en cours et s'informer d'un capital décès éventuel ;
- la Caisse d'Allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA), pour modifier ou obtenir de nouvelles pres-

tations familiales selon votre situation sociale (allocations de soutien familial, aide au logement...) ;

- la ou les Caisses de retraite et les retraites complémentaires, pour arrêter les versements et examiner quels sont les droits à une pension de réversion pour le veuf ou la veuve, qu'il soit ou non remarié ;
- le propriétaire du logement pour un éventuel changement de nom sur le bail ;
- les assurances (véhicules, habitation, etc.) pour effectuer des modifications éventuelles sur les différents contrats en cours et faire valoir vos droits sur les contrats souscrits par la personne décédée (contrat obsèques, assurance vie...) ;
- l'organisme fournisseur d'énergie (électricité ou gaz), l'opérateur téléphonique, l'organisme fournisseur d'eau, etc. pour modifier les contrats ;
- le centre des impôts, pour mettre à jour le changement de situation.

Lors du décès d'un proche, certaines démarches doivent être faites rapidement. Plus d'informations sur le site des **droits sociaux**.

Pour toute information sur les démarches éventuelles à effectuer durant cette période difficile, vous pouvez contacter un assistant de service social ou votre Caisse d'assurance maladie.

POUR LES SALARIÉS DES RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE

Si la personne décédée était affiliée au régime général ou au régime agricole de l'Assurance maladie, certains droits (remboursements de frais médicaux, soins, médicaments...) peuvent être maintenus pour ses ayants droit mineurs (ses enfants à charge). En règle générale, les ayants droit mineurs bénéficient de l'Assurance maladie de la personne décédée pour une durée de 1 an. Si la personne décédée avait des enfants, cette affiliation est maintenue jusqu'aux 3 ans du dernier enfant ou pendant un temps illimité si l'assuré avait 3 enfants à charge.



Des aides sociales existent en cas de difficultés financières pour financer les obsèques d'un proche. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre département ou de votre centre d'action sociale (CCAS/CIAS).



L'AYANT DROIT MINEUR

Un ayant droit est une personne mineure à la charge de l'assuré et qui bénéficie, sous certaines conditions, du remboursement des frais médicaux d'une Assurance maladie par un lien de parenté

avec l'assuré. Pour être ayant droit, il ne faut pas relever d'un autre régime d'Assurance maladie. Dès l'âge de 18 ans, tout assuré devient assuré à titre personnel ou dès l'âge de 16 ans s'il en fait la demande.

Depuis 2023, vous ne pouvez plus être ayant-droit majeur depuis la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa). En effet, toute personne majeure sans activité professionnelle a droit à la prise en charge de ses frais de santé, si elle vit en France de manière stable et régulière. Il n'y a plus besoin d'être rattaché à un assuré ouvrant droit. Ainsi, la notion d'ayant droit a disparu pour les personnes majeures du régime général de la Sécurité sociale.

Le capital décès

Au décès d'un assuré, ses ayants droit peuvent percevoir un capital décès. Le capital décès est une indemnité qui permet aux proches de l'assuré de faire face aux frais immédiats entraînés par son décès (notamment les frais d'obsèques). Il est versé en priorité aux personnes qui, au moment de son décès, étaient à la charge permanente, totale et effective de l'assuré. Cette indemnité est versée en une seule fois. Ce montant vous sera versé dans sa totalité si vous êtes l'unique bénéficiaire. Si plusieurs personnes de même catégorie (par exemple, deux enfants) peuvent y avoir droit, le montant est partagé entre les bénéficiaires.

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

- en activité (ou bénéficiaire d'indemnités journalières) ;
- ou titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;
- ou bénéficiaire d'indemnités chômage ;

- ou en maintien de droit à l'assurance décès au titre de l'une des situations citées ci-dessus (salarié, chômeur...).

Le capital décès est égal à un montant forfaitaire revalorisé chaque année. Au 1^{er} avril 2025, ce montant est de 3 977 euros.

Afin de bénéficier de ce capital décès, une demande est à déposer auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie ou de la Mutualité sociale agricole (MSA) dont dépendait la personne décédée. Remplissez le formulaire S3180 « **Demande de capital décès (PDF)** ». N'oubliez pas de désigner votre rang de bénéficiaire (prioritaire ou non prioritaire), ainsi que le ou les autres bénéficiaires éventuels. Vous avez 1 mois pour en faire la demande si vous êtes bénéficiaire prioritaire, 2 ans dans les autres cas.

POUR LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Le capital décès est versé si le défunt se trouvait dans une des situations suivantes :

- travailleur indépendant artisan non retraité ;
- travailleur indépendant, commerçant et non retraité ;
- travailleur indépendant à la retraite.

Son versement est soumis, selon la situation du travailleur indépendant défunt, à certaines conditions. Pour demander le capital décès, remplissez le formulaire « **Demande de capital décès Travailleurs indépendants (PDF)** ». Adressez le formulaire à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), accompagné de votre relevé d'identité bancaire (RIB) et des pièces spécifiques qui sont demandées dans le formulaire en fonction de votre situation.

Si vous êtes bénéficiaire prioritaire, vous disposez d'un délai de 1 mois pour faire valoir votre statut prioritaire et d'un délai de 2 ans pour effectuer votre demande. Le montant du capi-

tal décès est forfaitaire. Il est revalorisé chaque année et n'est pas imposable.

Pour les travailleurs indépendants, le montant du capital décès dépend de la situation du défunt :

- artisan ou commerçant cotisant (non retraité) ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité, le capital est égal à 9 420,60 euros en 2025 (20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale) ;
- artisan ou commerçant retraité ou de son conjoint à charge à condition qu'il soit bénéficiaire d'un avantage versé par le régime artisan ou commerçant (majoration pour conjoint à charge...), les ayants droit peuvent percevoir un capital égal à 3 768 euros en 2025 (8 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès).

POUR LES FONCTIONNAIRES

Le capital décès peut être versé aux ayant droit de fonctionnaires d'État, hospitalier, territorial, ou de militaires et permet, entre autres, de financer les dépenses liées au décès. Elle est versée soit à un ayant-droit, soit à plusieurs. Au moment de son décès, la personne décédée devait être dans l'une des situations suivantes :

- en activité ;
- en détachement ;
- en disponibilité pour raison de santé ;
- sous les drapeaux.

Le montant du capital décès diffère selon l'année de décès du fonctionnaire (avant ou après 2021) et si au moment des faits, il avait atteint ou non l'âge légal de départ à la retraite.

Les ayants droit doivent formuler une demande de capital décès dans un délai de 2 ans auprès de l'administration employeur du fonctionnaire décédé. Pour les fonctionnaires qui travaillent moins de 28 heures par semaine et qui relèvent du régime général de la Sécurité sociale, la demande doit se faire auprès de leur **CPAM** et de l'**Ircantec**.

Le capital décès n'est ni imposable, ni soumis aux droits de succession.



LA RENTE TEMPORAIRE D'ÉDUCATION

Les enfants d'un agent public civil de l'État (fonctionnaire ou contractuel), d'un magistrat judiciaire, d'un militaire ou d'un ouvrier de l'État qui décède peuvent avoir droit à une rente

temporaire d'éducation si le décès est survenu à compter du 1^{er} janvier 2024. Cette rente ne concerne pas les agents de la fonction publique territoriale et hospitalière.



DROITS ET INFORMATION DE LA PERSONNE MALADE EN 10 POINTS

1

L'HOSPITALISATION, MODE D'EMPLOI

À votre arrivée à l'hôpital,

présentez-vous au bureau des entrées ou des admissions avec les documents administratifs nécessaires à votre prise en charge :

- votre carte d'identité ou votre carte de séjour ;
- votre carte Vitale (si vous le pouvez, il est conseillé de présenter votre attestation) ;
- le cas échéant, votre carte de mutuelle ou l'attestation de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'attestation de tiers payant santé ;
- si vous êtes ressortissant étranger en situation irrégulière, votre carte d'aide médicale de l'État (AME) (voir le chapitre 4 « La prise en charge financière de la maladie et des soins », page 39) ;
- la lettre de votre médecin traitant ;
- vos documents médicaux (carte de groupe sanguin, carnet de vaccinations ou de santé, dernières ordonnances, résultats d'analyses et d'examens d'imagerie, etc.).

Si vous ne pouvez fournir aucun de ces documents, votre Caisse d'assurance maladie peut établir, sous certaines conditions, une attestation en urgence de la complémentaire santé solidaire ou une attestation de l'aide médicale de l'État. Cette procédure se fera à votre demande ou à l'initiative de l'établissement hospitalier dans lequel vous êtes admis.

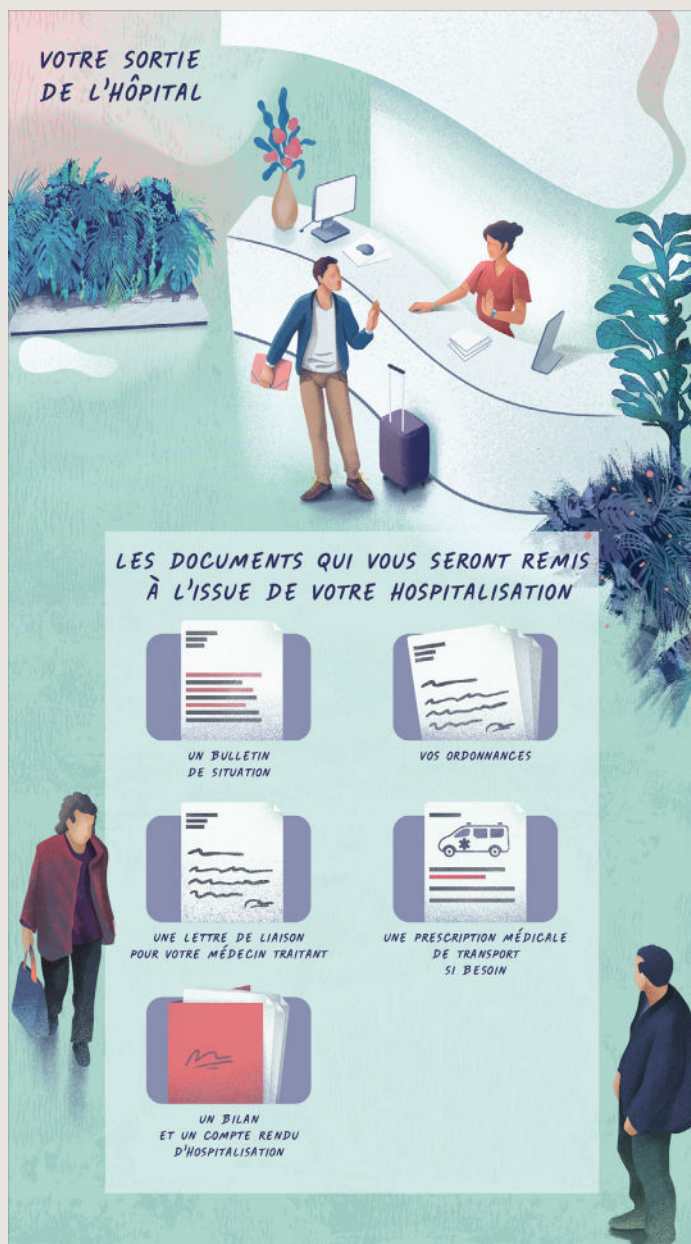


OBTENIR VOTRE ATTESTATION DE CARTE VITALE

Si vous avez égaré votre attestation de carte Vitale, vous pouvez en faire la demande en ligne sur votre compte Ameli, vous rendre à une borne multiservices disponible dans

les organismes d'assurance maladie ou bien leur adresser une demande écrite. France Service permet normalement d'accéder à ce type de document à moins de 20 minutes du domicile.





À votre sortie de l'hôpital,

il vous sera remis :

- un bulletin de situation qui indique les dates d'arrivée et de sortie de l'hôpital, nécessaire à la perception de vos indemnités journalières de Sécurité sociale (ce document vaut arrêt de travail pour justifier de votre absence auprès de votre employeur) ;
- vos ordonnances ;
- un bilan et un compte rendu d'hospitalisation ;
- une lettre de liaison comportant les « éléments utiles à la continuité des soins » que vous pourrez remettre à votre médecin traitant ;
- une prescription médicale de transport si besoin.

Des rendez-vous de suivi pour vos prochaines consultations ou examens peuvent également être fixés à ce moment-là. Pour des informations complémentaires sur l'hôpital (vos démarches et vos droits) vous pouvez consulter le site : **hopital.fr**.

2

LE DISPOSITIF D'ANNONCE

La survenue d'un cancer provoque d'importants bouleversements. Elle suscite aussi de nombreuses questions sur la maladie, le traitement le suivi. Le dispositif d'annonce a pour objectif de permettre au patient de bénéficier des meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien en lui assurant un temps médical d'annonce et de proposition de traitement, un temps soignant d'accompagnement et de repérage de ses besoins ainsi qu'un accès à des soins de support.

Instauré en 2005 lors du premier Plan cancer, le dispositif d'annonce représente une grande avancée et un temps fort du parcours de soins. Ce dispositif constitue, par ailleurs, l'une des conditions transversales de qualité auxquelles les établissements de santé se doivent de satisfaire afin d'être autorisés à traiter le cancer. Près de 20 ans après sa mise en place, des évolutions ont été apportées afin d'aider les professionnels de santé à proposer un meilleur accompagnement aux patients et renforcer la coordination entre les différents professionnels autour du patient.

Le dispositif d'annonce est construit autour de cinq temps successifs, réalisés par des personnels médicaux ou soignants. Guidés par l'empathie et l'humanité, l'objectif de chacun de ces moments est d'instaurer une relation professionnel-patient favorisant l'implication future du patient dans ses soins. Le lieu et le moment de l'annonce ainsi que le savoir-être durant ce temps constituent des enjeux importants.

Temps d'annonce de la suspicion de cancer

Le temps d'annonce de la suspicion d'un cancer est le moment au cours duquel le potentiel diagnostic de cancer est évoqué pour la première fois au patient, par exemple à l'occasion d'un examen clinique, ou devant une image suspecte ou un résultat biologique anormal. Cette annonce a généralement lieu dans un cabinet de ville.

Temps d'annonce de la confirmation du diagnostic

Cette étape fait suite aux examens complémentaires ayant permis l'obtention d'un diagnostic de certitude. Au cours de cette consultation, le médecin confirme le diagnostic de cancer et aborde, lorsque cela est pertinent ou possible, les types de traitement et options thérapeutiques pouvant être envisagés à ce stade ainsi que les éléments du pronostic.

Temps dédié à la proposition thérapeutique

Cette consultation présente la proposition de la stratégie thérapeutique qui a été définie pour vous lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le projet thérapeutique vous est présenté et expliqué. La décision thérapeutique, comprise et acceptée, vous est ensuite remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS) lors de cette consultation. Le PPS contient également la liste des contacts utiles pour vous. Par ailleurs, le médecin peut lors de cette consultation identifier certains besoins en soins de support. Selon vos demandes et la complexité de la pathologie, les temps d'annonce de la confirmation du diagnostic et de proposition thérapeutique peuvent être dissociés ou confondus.

Temps d'accompagnement soignant paramédical

Il vous offre, ainsi qu'à vos proches, la possibilité d'accéder, selon vos choix, à des soignants. Il s'agit en général d'un infirmier, mais il peut aussi s'agir d'un manipulateur d'électroradiologie médicale. Le soignant vous écoute afin d'appréhender votre niveau d'information, vos préoccupations. Il reformule ce que vous avez dit pendant la consultation médicale. Il vous informe sur le déroulement des soins et évalue vos besoins en soins de support. Il peut ainsi vous orienter vers des structures et des professionnels compétents, au sein de l'établissement de santé ou en ville (assistant de service social, psychologue...).

Consultation de synthèse

Afin de garantir la continuité et la qualité des soins, il est indispensable que le médecin traitant dispose d'un accès à l'ensemble des informations relatives au diagnostic et à la proposition thérapeutique du patient. Il reste un interlocuteur privilégié du patient et doit être associé au parcours de soins. Le dispositif d'annonce s'appuie ainsi sur un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés. Lors de cette consultation, le médecin traitant reformule, commente, complète et répond aux interrogations éventuelles du patient et/ou de ses proches, dans la continuité de ce qui a été dit dans l'établissement où le patient est traité.



UNE GARANTIE DE QUALITÉ

Le dispositif d'annonce constitue l'une des conditions transversales de qualité rendues obligatoires dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la pratique de la cancérologie.

Ces conditions transversales sont au nombre de six :

- la mise en place du dispositif d'annonce ;
- la mise en place de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- la remise au patient d'un programme personnalisé de soins (PPS) ;
- le suivi des référentiels de bonne pratique clinique ;
- l'accès du patient à des soins de support ;

- l'accès du patient aux traitements innovants et aux essais cliniques.

Ces conditions s'appliquent à l'ensemble des pratiques thérapeutiques visées par le dispositif d'autorisation.

Leur respect est donc obligatoire pour la pratique de la chirurgie des cancers, de la radiothérapie externe et des traitements médicamenteux systémiques du cancer. Le dispositif d'annonce et plus largement l'ensemble des éléments inhérents à la prise en soins initiale du patient, à savoir la concertation pluridisciplinaire, le PPS et l'accès à des soins de support constituent des critères de prise en charge opposables.

3

LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance est une personne que vous désignez afin qu'elle :

- vous accompagne lors des entretiens médicaux si vous en ressentez le besoin ;
- vous aide dans vos décisions ;
- soit consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté.

Cette personne est un interlocuteur privilégié pour les soignants. En effet, elle est considérée comme capable de transmettre vos préférences et vos volontés. La loi (l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique) précise d'ailleurs que « son témoignage prévaut sur tout autre témoignage ». Il est donc important d'échanger avec la personne que vous avez désignée sur vos choix.

Sa désignation se fait par écrit à tout moment (avant ou pendant des soins, lors d'une hospitalisation). La personne que vous désignez doit cosigner le document. Elle peut être la personne qui partage votre vie, un membre de votre famille ou toute personne en qui vous avez confiance (ami, médecin traitant...). La seule condition est que cette personne soit majeure. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

À noter. La personne de confiance n'équivaut pas à la personne à prévenir, même si elle peut être la même. Les coordonnées de la personne à prévenir vous sont demandées lors de l'hospitalisation notamment afin qu'elle soit avertie par les soignants en cas d'urgence ou de la survenue d'un événement inattendu.

Retrouvez le formulaire de désignation de la personne de confiance sur le site de **la Haute Autorité de santé (HAS)**.

4

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Toute personne majeure peut, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de faire connaître ses volontés concernant sa fin de vie. Ces directives doivent s'appliquer dans l'hypothèse où, étant atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale, elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.

Elles permettent au médecin de connaître les volontés du patient concernant la poursuite, la limitation, le refus ou l'arrêt des traitements et des actes médicaux alors en cours (sauf urgence médicale ou si elles sont inappropriées ou non conformes à la situation médicale).

À sa demande et sous certaines conditions (affection grave et incurable et souffrances associées), le patient dispose désormais d'un **droit à la sédation profonde et continue** provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès.

Toute personne majeure peut faire cette déclaration écrite. Les directives doivent être datées, signées et authentifiées par le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance du patient (article R. 1111-17 du Code de la santé publique).

Pour être aidé dans la rédaction des directives anticipées, vous pouvez consulter les deux modèles proposés par le ministère de la Santé (consultables sur le site **service-public.fr**), dans Mon Espace Santé (voir le point 7) ou celui de la Haute Autorité de santé (**HAS**). Vous pouvez en parler avec votre médecin pour qu'il vous conseille dans leur rédaction. Enfin, si vous ne pouvez pas écrire mais que vous pouvez exprimer votre volonté, vous pouvez faire appel à 2 témoins, dont la personne de confiance. Ils attesteront que l'écrit correspond à l'expression d'une volonté libre et éclairée. Ces témoins indiqueront leur nom et joindront leur attestation aux directives anticipées.

Informez votre médecin et vos proches de l'existence de ces directives anticipées, ainsi que de l'endroit où vous les conservez. Cette prudence permettra au médecin qui vous suit de les trouver et de les respecter.

Le document peut également être conservé par l'auteur lui-même ou par la personne de confiance, un membre de la famille ou encore un proche. Il vous est conseillé de les enregistrer dans Mon espace santé (voir aussi le point 7, page 194). Si vous ne disposez pas de Mon espace santé, votre médecin peut, à votre demande, faire figurer dans le dossier médical, en annexe de ces directives, une attestation constatant que vous êtes en état d'exprimer librement votre volonté et qu'il vous a délivré toutes les informations nécessaires.

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

5

LES DROITS DES PATIENTS

Les réformes législatives en matière de santé, ont fait évoluer la relation médecin-patient en rendant ce dernier plus acteur de son parcours de soins et en formalisant ses droits

La loi du 4 mars 2002 (dite « loi Kouchner ») a consacré le droit du patient à l'information et détaille les diverses situations dans lesquelles il s'exerce (accès au dossier médical, personne de confiance, consentement...). Cette loi ouvre aussi d'autres possibilités de recours si l'on s'estime lésé dans ses droits.

La loi du 22 avril 2005 (dite « loi Léonetti ») encadre les décisions médicales concernant la fin de vie. Soulager la souffrance, préserver la dignité et la qualité de vie de la personne, lui permettre de s'exprimer sur les choix médicaux, ne pas s'acheminer vers une obstination déraisonnable des soins en sont les principales mesures.

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

C'est le Code de la santé publique qui rassemble les textes régissant les droits des patients, des usagers du système de santé et de leurs proches, notamment dans les articles L1110-1 et suivants et R1110-1 et suivants. Si vous considérez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez contacter les associations spécialisées afin d'être accompagné dans vos démarches (Santé info droits, numéro vert de la Ligue contre le cancer).

6

LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE

L'objectif de la charte de la personne hospitalisée est de vous donner une information accessible sur vos droits tels qu'ils sont affirmés par les textes. Sont rappelés notamment les droits pour la personne, d'accéder directement aux informations de santé la concernant, dont son dossier médical, de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie, etc.

Le jour de votre hospitalisation, un résumé de cette charte vous est remis ainsi qu'un livret d'accueil comprenant des informations pratiques sur l'établissement. L'intégralité du document peut vous être délivrée, gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil. Elle est consultable et téléchargeable sur : sante.fr et sante.gouv.fr.

7

LE DOSSIER MÉDICAL ET MON ESPACE SANTÉ

Accès à mon dossier médical

Les professionnels et établissements de santé sont tenus de constituer et de conserver un dossier médical par usager. Vous disposez d'un droit d'accès direct à votre dossier médical, pour le consulter, accompagné ou non d'une personne de votre choix, ou pour obtenir copie des documents comme des comptes rendus d'hospitalisation, d'examen, etc.

Il est possible de faire la demande oralement ou contre récépissé sur place. À distance, vous devez adresser une demande écrite, accompagnée d'une photocopie de votre carte d'identité et possiblement en recommandé avec avis de réception pour s'assurer d'une date certaine de la demande :

- au professionnel de santé exerçant en libéral ;
- ou à la direction de l'établissement de santé ;
- ou, si elle vous est connue, à la personne désignée par le responsable à cet effet.

Il n'est pas utile de justifier la raison de votre demande.

La communication du dossier peut se faire :

- sur place à l'hôpital ;
- par l'intermédiaire du médecin que vous avez désigné ;
- ou par envoi postal (si possible en recommandé avec accusé de réception).

La consultation sur place est gratuite et depuis l'entrée en vigueur du Règlement général sur la protection des données (RGPD), la première demande de copies par l'utilisateur doit être gratuite. Les documents demandés (sous forme numérique ou papier à votre choix, si les deux supports existent) doivent vous parvenir dans les 8 jours qui suivent votre demande selon la loi. L'observation d'un délai de réflexion de 48 heures peut être imposé. Si les dernières informations de votre dossier remontent à plus de 5 ans, le professionnel ou l'établissement de santé dispose d'un délai de 2 mois pour les communiquer.



UN SECOND AVIS MÉDICAL ?

Votre dossier médical peut vous être utile, notamment, pour demander un second avis médical en particulier d'un spécialiste. Pour ce second avis, veuillez si possible à être orienté par votre médecin traitant (celui

que vous avez désigné à votre Caisse d'assurance maladie), car en respectant le parcours de soins, vous bénéficierez d'une meilleure prise en charge par l'Assurance maladie et votre complémentaire santé.

Pour l'enfant mineur, ce sont ses parents ou son représentant légal qui en font la demande, sauf si l'enfant a pu exercer un droit d'opposition avec le concours des professionnels. Pour les personnes majeures protégées avec mesure de représentation (tutelle, habilitation familiale, mandat de protection future), le représentant, selon son mandat, a le droit d'accéder à leur dossier médical.

Les ayants droit d'une personne décédée (l'épouse, l'époux, le concubin ou le partenaire pacsé, les enfants, les parents de la personne décédée ou toute autre personne ayant la qualité d'ayant droit...) peuvent accéder à son dossier médical en invoquant et développant l'un ou les motifs suivants : connaître les causes du décès, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs propres droits. Ceci n'est possible que si la personne décédée ne s'y est pas opposée de son vivant. Pour les ayants droit, la demande s'effectue par lettre, de préférence recommandée avec accusé de réception, à la direction de l'établissement ou au professionnel de santé qui exerce en libéral. Ils doivent justifier de leur identité, de leur qualité d'ayant droit de la personne décédée et préciser la motivation de leur demande, comme indiqué ci-dessus.

Les recours en cas de refus

Si votre demande de dossier médical vous est refusée, plusieurs voies de recours sont possibles notamment :

- la commission des usagers (CDU) (voir aussi le point 9) pour tous les établissements privés ou publics ;
- la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) uniquement pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier si les délais légaux ne sont pas respectés ou après un refus de communication ;
- le conseil de l'ordre des médecins si la demande a été réalisée auprès d'un médecin qu'il exerce en cabinet libéral ou dans un établissement privé.

En dernier recours, le Défenseur des droits peut vous accompagner dans vos démarches. Il joue un rôle de médiation. Vous pouvez le contacter sur le site **defenseurdesdroits.fr**.

Accès à Mon espace santé

Le site **Mon espace santé** est un espace numérique de santé, personnel et sécurisé, piloté par l'Assurance maladie et le ministère en charge de la santé, qui a vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés. Il succède au Dossier médical partagé (DMP). Mon Espace Santé vous permet de stocker et de partager vos documents et vos données de santé de façon gratuite et sécurisée. Il permet également de les partager avec les professionnels de santé habilités et que vous autorisez. Les consultations sont tracées. Les données sont hébergées en France et protégées sur des serveurs certifiés.

Mon espace santé s'organise autour de quatre modules :

- un espace de stockage et de partage de vos données de santé (ordonnances, traitements, résultats d'examens, antécédents médicaux, comptes-rendus d'hospitalisation, vaccination). Il s'agit d'une version améliorée du dossier médical partagé (DMP), si vous en possédez un ;
- une messagerie sécurisée pour recevoir des messages des professionnels de santé qui vous accompagnent ;

- un agenda santé pour gérer vos rendez-vous médicaux et recevoir des rappels pour les dates clés de vos examens de contrôle (bilans, mammographie, vaccination...) ;
- un catalogue de services numériques de santé référencés par l'État pour découvrir l'offre des services utiles en santé et gérer les accès à vos données de santé.

Mon espace santé a été créé automatiquement pour tous les assurés. Tous les assurés sont contactés, via courrier ou courriel, par l'Assurance maladie, le ministère en charge de la Santé ou la Mutualité sociale agricole, pour activer ce dossier médical informatisé avec les références de leur carte vitale et un code provisoire. Les enfants rattachés à leur(s) parent(s) auprès de leur Caisse d'assurance maladie sont automatiquement rattachés à cet espace.

Vous pouvez toujours vous opposer à la création de votre compte Mon espace santé (directement sur le site ou par téléphone au 3422). Vous pouvez également à tout moment le clôturer depuis le site **monespacesante.fr**, accessible depuis un ordinateur, un smartphone ou une tablette. Une application dédiée est également disponible. Les personnes qui ne peuvent avoir accès à internet peuvent demander de l'aide à un guichet de proximité France services ou auprès de leur Caisse d'assurance maladie.

8

LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

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

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

Vous pouvez les contacter directement, en particulier ceux qui siègent dans les établissements de santé, si vous rencontrez un problème avec l'établissement dans lequel vous êtes suivi (hôpital, clinique). Vous trouverez leurs coordonnées dans le livret d'accueil et par affichage (obligatoire) à l'accueil ou éventuellement sur le site internet de l'établissement. N'hésitez pas à interroger le personnel de l'établissement si vous ne trouvez pas ces coordonnées, en particulier auprès du service « qualité » ou « relation avec les usagers » de l'établissement.

Pour plus d'informations, France Assos Santé a créé sur son site un **espace dédié** pour les représentants des usagers. Leurs délégations en région peuvent vous aider à trouver ces coordonnées afin de contacter les représentants des usagers de l'établissement concerné.

9

LA COMMISSION DES USAGERS

Si vous rencontrez des difficultés pendant votre séjour à l'hôpital (accueil, prise en charge et qualité des soins, information incomplète, refus de communication du dossier médical, par exemple) ou que si vous êtes en conflit avec un professionnel de santé, ou victime d'un accident médical, plusieurs recours sont possibles.

- Il est conseillé dans un premier temps d'en parler avec le médecin qui vous suit ou avec le cadre de santé du service. Vous pouvez également contacter directement les représentants des usagers de l'établissement de santé dont les coordonnées sont indiquées dans le livret d'accueil. Ils essaieront d'apporter une réponse à vos attentes dans les meilleurs délais.
- Si vous n'êtes pas satisfait des solutions apportées, vous pouvez saisir la commission des usagers (CDU). Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et d'examiner les plaintes et réclamations. Elle informe les personnes sur les voies de recours et de conciliation dont elles disposent.

Cette commission est composée :

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

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

Comment saisir la CDU ?

Pour cela, vous pouvez faire noter ou inscrire votre réclamation dans les services (registres ou cahier de doléances normalement mis à disposition). Vous pouvez aussi faire part de votre réclamation par oral. Les modalités de saisine de la commission des usagers doivent être indiquées dans le livret d'accueil.

Si vous n'êtes plus dans l'établissement, vous pouvez adresser un courrier en recommandé au représentant légal de l'établissement dans lequel vous avez été soigné. Sur ce courrier, vous préciserez vouloir vous entretenir avec le médiateur et que la CDU soit saisie de votre réclamation.

Le médiateur rencontre ainsi l'utilisateur, auteur de la plainte, dans les 8 jours suivant la réclamation. Dans les 8 jours suivant cette rencontre, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission des usagers qui le transmet sans délai aux membres de la CDU, ainsi qu'au plaignant. Vous pouvez vous faire accompagner d'un représentant des usagers (membre de la commission) lors de votre rencontre avec le médiateur. Les proches de l'utilisateur peuvent porter leur réclamation dans les mêmes conditions.

Toutes les demandes et réclamations sont inscrites dans un registre prévu à cet effet. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous avez le droit d'accéder et de rectifier les informations vous concernant, consignées dans ce registre.

Si votre plainte ou réclamation concerne un professionnel de santé qui exerce en libéral, vous devrez l'adresser au conseil de l'ordre départemental ou régional dont il dépend. Actuellement, les professionnels de santé organisés autour d'un conseil de l'ordre sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les pédicures-podologues, les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les infirmiers.

À noter. Les commissions des usagers et les conseils de l'ordre ne sont pas compétents pour régler les demandes indemnitaires (dommages et intérêts) consécutives à des accidents médicaux.

10

DES RECOURS INDEMNITAIRES EN SANTÉ

Si une démarche amiable directe auprès de l'établissement ou du responsable n'a pas abouti, vous pouvez saisir la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) des accidents médicaux ou les juridictions compétentes.

La Commission de conciliation et d'indemnisation

Vous pouvez saisir la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) si vous êtes victime d'un accident médical ayant entraîné une altération grave de votre état de santé. Des seuils de gravité sont prévus par les textes.

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) organise le dispositif et gère le fonds d'indemnisation - amiable, rapide et gratuit - des victimes d'accidents médicaux. Présidée par un magistrat, la commission d'indemnisation est composée (outre le président) de membres représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs, l'ONIAM, ainsi que de personnalités qualifiées. Elle se réunit entre 1 et 4 fois par mois. Elle organise une expertise médicale gratuite de votre situation. Le délai moyen pour remettre un avis par la commission est de 12 mois. Une proposition d'indemnisation personnalisée pourra, sur la base de cet avis, vous être faite, soit de la part de l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé, soit de l'ONIAM en fonction des situations.

Pour obtenir des informations sur la constitution d'un dossier, vous pouvez vous adresser à votre CCI. Les coordonnées des CCI sont disponibles sur le site de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (**ONIAM**).

À noter. Les proches peuvent également être indemnisés par ces dispositifs pour les préjudices qu'ils ont subis du fait de l'atteinte à la victime directe ou de son décès, ou même en

indemnisation des préjudices de la victime directe avant son décès s'ils sont héritiers.

Les juridictions compétentes

Si vous préférez saisir le tribunal, vérifiez si vous bénéficiez d'une assurance de protection juridique ou de l'aide juridictionnelle. Pour vous aider dans vos démarches, faites-vous accompagner par les équipes de, l'association de défense des patients et des usagers : **France assos santé**.

L'action de groupe en santé

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

- les fournisseurs ou producteurs d'un produit de santé ;
- le professionnel de santé ayant fait usage d'un de ces produits.

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

Ressources complémentaires

- **Le pôle santé du Défenseur des droits** dispose d'une ligne téléphonique d'information et d'orientation au 09 69 39 00 00, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h 30, prix d'un appel local. Le pôle santé vous renseigne sur le non-respect des droits des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins.
- **Santé Info Droits** est une ligne téléphonique qui a été créée et mise en œuvre par France Assos Santé. L'équipe d'écouteurs de Santé Info Droits est composée d'avocats et de

juristes spécialisés. Le service est disponible par internet et par téléphone au 01 53 62 40 30 (prix d'un appel local) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 18 heures et les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures.

- **Droit des Malades Info** informe, soutient, oriente et défend tous les usagers du système de santé et leurs proches, du simple usager à la personne atteinte d'une pathologie lourde, ainsi que les professionnels de santé. Des écoutants, soumis au secret professionnel, répondent gratuitement à vos questions. Le service est accessible le lundi de 13 heures à 17 heures et le vendredi de 9 h 30 à 17 h 30, au 0810 51 51 51 (prix d'un appel local depuis la France).
- **Juris santé** met à la disposition des patients et de leurs proches une ligne téléphonique nationale gratuite au 04 26 55 71 60. Des juristes et des avocats répondent du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures pour tous les sujets en lien avec la santé et proposent un suivi personnalisé.

RESSOURCES UTILES

Sites de références

- **aeras-infos.fr** Convention AERAS
- **ameli.fr** L'Assurance maladie
- **caf.fr** Caisses d'allocations familiales
- **cancer.fr** Institut national du cancer
- **cesu.urssaf.fr** Droits liés au chèque emploi service universel
- **droitsdesmalades.info** Informez-vous sur vos droits !
- **defenseurdesdroits.fr** Défense des droits des usagers des services publics
- **enseignementsup-recherche.gouv.fr** Portail institutionnel de l'Éducation nationale pour la vie étudiante dans l'enseignement supérieur
- **entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne** Les différentes activités des services à la personne
- **fnehad.fr** Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- **france-assos-sante.org** La voix des usagers
- **fiva.fr** Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
- **fonction-publique.gouv.fr** Site de la fonction publique, informations sur le régime des fonctionnaires
- **France-travail.fr** Pour les demandeurs d'emploi
- **has-sante.fr** Haute Autorité de santé
- **handicap.gouv.fr** : rubrique Mes aides et démarches
- **hopital.fr** Hôpital : démarches, droits...
- **inrs.fr** Recherche simple « Tableaux des maladies professionnelles »
- **jalmalv-federation.fr** Fédération JALMALV (jusqu'à la mort pour accompagner la vie)
- **lassuranceretraite.fr** Service public de la retraite
- **leciss.org** Collectif interassociatif sur la santé (CISS) intervenant dans le champ de la santé
- **ligue-cancer.net** Ligue contre le cancer
- **Mes droits, mes démarches | Ligue contre le cancer**
- **Mesdroitssociaux.gouv.fr** Consultez vos droits, simulez vos prestations, effectuez vos démarches

- **messervices.etudiant.gouv.fr** Le portail numérique des démarches et services de la vie étudiant
- **monparcours handicap.gouv.fr** le site d'information officielle pour les personnes en situation de handicap et leurs aidants
- **msa.fr** Mutualité sociale agricole
- **parlons-fin-de-vie.fr** plateforme nationale d'écoute sur la fin de vie
- **oniam.fr** Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
- **pour-les-personnes-agees.gouv.fr** Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées
- **sante.gouv.fr** Ministère de la santé et de l'accès aux soins
- **sante-info-droits** Ligne téléphonique de France assos santé. S'adresse à toute personne confrontée à des difficultés, des doutes, des interrogations en lien avec une problématique de santé.
- **service-public.fr** Site officiel de l'administration française
- **secu-independants.fr** Des services en ligne pour simplifier les démarches des travailleurs indépendants.
- **solidarites.gouv.fr/aidants** Soutenir et orienter les aidants
- **sfap.org** Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
- **travail-emploi.gouv.fr** Ministère du travail et de l'emploi
- **una.fr** Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
- **unasp.org** Union nationale des associations pour l'accompagnement et le développement des soins palliatifs
- **unccas.org** annuaire des Centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS)

Numéros utiles

AIDEA, 0800 940 939

Du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures, service et appel gratuits.

Accompagnement et information pour le droit à l'emprunt et l'assurabilité.

Agence nationale des services à la personne, 3939

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 18 heures.

Assurance maladie, 3646

Pour des informations sur votre situation. En règle générale, les horaires d'ouverture sont au minimum de 8 h 30 à 16 h 30, service gratuit + prix appel, depuis un téléphone fixe ou mobile.

Cancer info, 0805 123 124

Du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures, le samedi de 9 heures à 14 heures (service et appel gratuit). Une équipe de chargés d'information répond en toute confidentialité aux questions sur le cancer.

Convention AERAS, 0801 010 801

Serveur vocal national d'information 7 jours sur 7 et 24h/24 (service et appel gratuit).

Droit des malades info, 0810 51 51 51

Du lundi de 13 heures à 17 heures et le vendredi de 9 h 30 à 17 h 30.

Informe, soutient, oriente et défend tous les usagers du système de santé et leurs proches, du simple usager à la personne atteinte d'une pathologie lourde ainsi que les professionnels de santé.

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), 0801 90 24 94

Numéro gratuit du lundi au vendredi de 9 h 30 à 18 heures (ou déposer un message téléphonique le samedi matin de 9 heures à 12 heures, afin d'être rappelé le lundi matin).

La fin de vie, et si on en parlait ? 01 53 72 33 04

Une équipe de professionnels est à votre disposition pour vous écouter, vous informer, vous orienter du lundi au vendredi de 10 heures à 13 heures et de 14 heures à 17 heures (prix d'un appel local). Cette plateforme nationale d'écoute vous rappelle gratuitement pour répondre à vos questions.

Ligue contre le cancer, 0800 940 939

Du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures (service et appel gratuits). Elle apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier.

ONIAM, 0810 600 160

Numéro violet de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures (coût d'un appel vers un numéro fixe + service payant, depuis un téléphone fixe ou mobile).

Pôle santé du Défenseur des droits, 09 69 39 00 00

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h 30, prix d'un appel local. Le pôle santé vous renseigne sur le non-respect des droits des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins et l'accès aux soins.

Juris santé, 04 26 55 71 60

Des juristes et des avocats répondent du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures pour tous les sujets en lien avec la santé.

Santé Info Droits, 01 53 62 40 30

Les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 18 heures et les mardis et jeudis de 14 heures à 20 heures (prix d'une communication locale, pour toute question juridique ou sociale liée à la santé).

Sécurité sociale des indépendants

3648 pour les artisans et commerçants et **0 809 400 095** pour les professions libérales

Du lundi au vendredi, de 8 heures à 17 heures (service gratuit + prix appel)

RÉDACTION ET COORDINATION

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

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

Coordination de l'actualisation de 2024/2025

- **Nadia KRIM**, chargée de projets, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du Médicament
- **Marianne DUPERRAY**, directrice, direction des Recommandations et du Médicament

Ont participé à la mise à jour de ce guide

- **Ludovic BEAUNE**, écoutant Santé info droits
- **Laurence BOT**, infirmière en pratique avancée, Onco-pneumologie, CHU de Rennes
- **Dr Héloïse BOURIEN**, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes
- **Guessa CLAUDEL**, assistante de service social, Hôpital Tenon, Paris
- **Domitille COTTET**, Responsable de l'accès aux droits, Ligue contre le cancer
- **Dr Jean CHIDIAC**, oncologue médical, Hôpital Louis Mourier, Colombes
- **Marie-Christine DIARRA**, patiente
- **Céline FERNANDEZ**, directrice du CCAS de la ville de Tulle

- **Nathalie JORÉ**, assistante de service social, Pôle ESAT, PEP 86
- **Pauline MERGIER**, juriste, Direction de l'accès aux droits et des parcours, CNSA
- **Dr Duy NGHIEM**, médecin expert, CNSA
- **Sonia OBERSON**, patiente
- **Sarah PUJOL**, chargée d'études, département Prise en charge des assurés, CNAM
- **Pr Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT**, médecin généraliste, Toulouse
- **Maïté SANCHEZ**, patiente
- **Dominique THIRRY**, juriste spécialiste en santé, Juris Santé

LISTE DES PUBLICATIONS CANCER INFO

Les fiches

- **Emprunter après un cancer** (2025)
- **Cancers : votre alimentation pendant les traitements** (2025)
- **Cancers et soins de support** (2025)
- **Prendre soin de soi et de son image pendant et après un cancer : cheveux, ongles et peau** (2024)
- **Cancer : maintien et retour à l'emploi** (2024)
- **Préservation de la fertilité et cancers** (2023)
- **Préservation de la santé sexuelle et cancers** (2023)
- **La résection transurétrale de vessie ou RTUV** (2023)
- **La biopsie de la prostate** (2023)
- **La biopsie percutanée du sein** (2023)
- **La biopsie chirurgicale du sein** (2023)
- **L'endoscopie bronchique ou bronchoscopie souple** (2023)
- **L'endoscopie des voies aériennes et digestives supérieures** (2023)
- **La gastroscopie ou endoscopie digestive haute** (2023)
- **Le lymphœdème après traitement d'un cancer** (2023)
- **La coloscopie ou endoscopie digestive basse** (2023)
- **Le cathéter central à insertion périphérique ou PICC** (2021)
- **La chambre à cathéter implantable** (2021)
- **La tomographie par émission de positions - tomodensitométrie (TEP-TDM)** (2020)
- **La consultation d'oncogénétique** (2020)
- **L'imagerie par résonance magnétique (IRM)** (2020)
- **La stomie digestive** (2020)
- **Le scanner ou tomodensitométrie (TDM)** (2020)
- **La scintigraphie osseuse** (2020)
- **Les soins palliatifs en fin de vie** (2020)

Les guides

Mieux comprendre la maladie et les traitements

- **Les traitements des cancers de la thyroïde** (2024)
- **La leucémie lymphoïde chronique** (en partenariat avec Ensemble Leucémie Lymphomes Espoir) (2023)
- **Les traitements des cancers invasifs du col de l'utérus** (2022)
- **J'ai un cancer, comprendre et être aidé** (2020)
- **Les traitements des cancers du rectum** (2020)
- **Les traitements des cancers de l'ovaire** (2020)
- **Les traitements des cancers du côlon** (2020)
- **Les traitements des cancers du pancréas** (2020)
- **Comprendre le lymphome non hodgkinien** (en partenariat avec Ensemble Leucémie Lymphomes Espoir) (2019)
- **Les traitements des cancers des voies aérodigestives supérieures** (2018)
- **Les traitements des cancers du poumon** (2017)
- **Les traitements des cancers de la prostate** (2016)
- **Les traitements du mélanome de la peau** (2016)
- **Comprendre le myélome multiple** (2015)
- **Les traitements des cancers de l'œsophage** (2015)
- **Participer à un essai clinique en cancérologie** (2015)
- **Comprendre le lymphome hodgkinien** (en partenariat avec Ensemble Leucémie Lymphomes Espoir) (2015)
- **Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée ?** (2015)
- **Les traitements des cancers de l'estomac** (2014)
- **Les traitements des cancers du testicule** (2014)
- **Les traitements des cancers de la vessie** (2014)
- **Les traitements des cancers du sein** (2013)
- **Les traitements du cancer de l'endomètre** (2013)
- **Les traitements du cancer du rein** (2013)
- **La polyposé adénomateuse familiale** (2011)
- **Les traitements du cancer du foie** (2011)
- **Comprendre la chimiothérapie** (2011)
- **Les tumeurs du cerveau** (2010)
- **Comprendre la radiothérapie** (2009)

La vie avec un cancer

- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer** (2024)
- **Fatigue et cancer** (2023)
- **Vivre pendant et après un cancer** (2023)
- **Douleur et cancer** (2007)

Les cancers chez l'enfant

- **La participation de mon enfant à une recherche clinique sur le cancer** (en partenariat avec la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent [SFCE] et l'Espace éthique – Région Île-de-France) (2016)
- **Mon enfant a un cancer : comprendre et être aidé** (en partenariat avec la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent [SFCE]) (2014)

LA DÉMARCHE « CANCER ET EMPLOI »



L'Institut national du cancer s'emploie à encourager et à aider les entreprises à mieux accompagner les collaborateurs touchés par un cancer.



L'Institut propose ainsi aux entreprises plusieurs leviers pour la mise en place d'actions concrètes : des ressources d'échanges et de partage, des ateliers de formation, une cartographie des dispositifs d'aide existants ou encore des livrets d'information.

Vous pouvez solliciter votre employeur pour l'encourager à adhérer à cette démarche.

Retrouvez plus d'informations sur le site **cancer.fr**.

LA PLATEFORME DE DONNÉES EN CANCÉROLOGIE

Nous avons besoin de certaines de vos données pour accélérer la lutte contre les cancers. Pour cela, l'Institut national du cancer développe une plateforme de données en cancérologie.

POUR QUELS BÉNÉFICES L'INSTITUT RÉUTILISE-T-IL VOS DONNÉES ?

Vos données sont réutilisées pour mener des études dans le domaine de la santé – et plus particulièrement pour faire avancer la recherche contre le cancer : améliorer le dépistage, les traitements, le parcours de soins, la qualité de vie et la survie. La plateforme répond ainsi à un motif d'intérêt public essentiel.

QUELLES SONT LES CATÉGORIES DE DONNÉES RÉUTILISÉES PAR L'INSTITUT ?

État civil (sexe, mois, année de naissance), habitudes de vie (tabac, alimentation), situation professionnelle, données de santé (type de cancer, parcours de soins, traitements, antécédents) et des données d'ordre économique et social (remboursements, indemnités).

Aucune donnée nominative telle que votre nom ou votre prénom n'est accessible aux personnes qui mènent les études sur les données de la plateforme.

QUI A ACCÈS À VOS DONNÉES SUR LA PLATEFORME DE L'INSTITUT ?

Seules les personnes habilitées par l'Institut peuvent accéder aux données vous concernant. Ces personnes signent en plus un engagement de confidentialité et sont soumises à l'obligation de secret professionnel prévue par le Code pénal. Chaque réutilisation de données nécessite l'accord préalable du comité scientifique et éthique de la plateforme qui est

totallement indépendant, et si nécessaire celui du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

COMMENT VOS DONNÉES SONT-ELLES COLLECTÉES ET CONSERVÉES PAR L'INSTITUT ?

Seules des données déjà collectées par les professionnels de santé et l'assurance maladie lors de votre prise en charge ou les données issues d'études en cancérologie menées antérieurement par l'Institut, seul ou avec ses partenaires, pourront être réutilisées. L'Institut conserve vos données chez un hébergeur de données de santé, sécurisé et certifié, pour une durée de 20 ans afin de permettre une observation sur le long terme nécessaire aux travaux de recherche en matière de prévention, rémission, récurrences, séquelles et conséquences sur la qualité de vie. La plateforme répond à toutes les exigences du Règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés et a été autorisée par la CNIL. Vos données ne seront jamais transférées hors de l'Union européenne et ne feront l'objet d'aucune transaction commerciale.

QUELS SONT VOS DROITS SUR VOS DONNÉES CONSERVÉES PAR L'INSTITUT ?

À tout moment vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement et de limitation. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL et définir des directives anticipées relatives à vos données, dans les conditions prévues par le RGPD et la loi informatique et libertés. **Le fait d'exercer vos droits n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge et votre traitement.**

Pour consulter les projets réutilisant des données, pour plus d'informations et exercer vos droits :

<http://lesdonnees.e-cancer.fr>

Délégué à la protection des données : **dpo@institutcancer.fr**

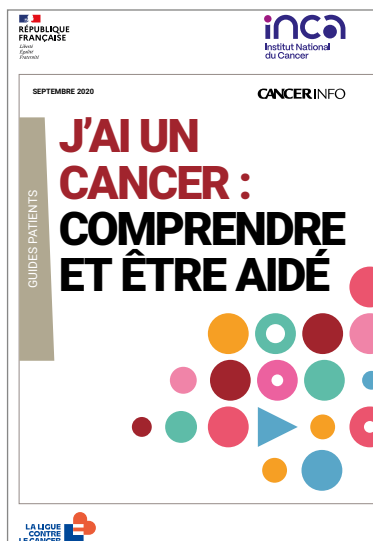


UN GUIDE COMPLET POUR VOUS ACCOMPAGNER DURANT VOTRE PARCOURS DE SOINS ET APRÈS LA MALADIE

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Quelles sont les étapes de votre parcours de soins ?

Comment sont choisis vos traitements ?



Qui sont les professionnels qui vous accompagnent au quotidien ?

Que mettre en place pour faciliter votre vie quotidienne ?

Quel suivi après votre cancer ?

« Grâce aux explications fournies par ce guide sur mon parcours de soins, mes traitements et sur certains mots médicaux, j'ai pu communiquer plus facilement avec mon équipe soignante. »

Michel H., 71 ans.

« La lecture de ce guide, qui a été remis à ma mère lorsqu'elle a appris sa maladie, m'a permis de comprendre ce qu'elle vivait et de l'accompagner au mieux. »

Sandra M., 41 ans.

À TÉLÉCHARGER OU À COMMANDER GRATUITEMENT



cancer.fr, rubrique « Catalogue des publications ». Accédez à notre catalogue en ligne en quelques clics en scannant le QR code.



Bon de commande présent dans ce guide, à compléter et à renvoyer à l'adresse indiquée.



Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés – Siren 185512777
Conception : Ici Barbès
Réalisation : Desk (www.desk53.com.fr) et INCa
Illustrations : Pierre Bourcier et Agence WAT
Impression : CIA GRAPHIC
ISBN : 978-2-38559-100-1
ISBN net : 978-2-38559-161-8

DÉPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2025

0 805 123 124

Service & appel
gratuits

Démarches sociales et cancer

Ce guide a pour objectif de vous accompagner, vous et vos proches, tout au long de votre parcours de soins et après la maladie.

D'autres guides et fiches d'information existent et sont à votre disposition au sein de la collection Guides Patients. Conçus par l'Institut national du cancer et validés par des spécialistes, ces documents garantissent des informations médicales de référence.

La survenue de la maladie provoque d'importants bouleversements. Votre situation face au cancer étant unique, ces informations ne remplacent pas un avis médical. Ces guides et fiches d'information peuvent constituer des supports pour vos échanges avec vos spécialistes, mais aussi pour vous permettre d'ouvrir le dialogue avec vos proches.

Pour vous informer sur la prévention,
les dépistages et les traitements des cancers,
consultez **cancer.fr**

