

Référentiels Patient : Le « Pas à pas » des démarches administratives

Repères et Points de vigilance

Ce que je dois faire

Ce que je peux faire

Ce que peuvent et doivent faire les intervenants pour m'aider dans mon parcours

Quand et comment les solliciter ?

Version de Juin 2017

Contributeurs

Référentiels Patient Le « Pas à pas » des démarches administratives

Coordonnateurs

Savariaud Nathalie, Présidente Association Life is Rose ; Thirry Dominique, Directrice, Association Juris Santé, Lyon.

Méthodologistes

Farsi Fadila, oncologue, Lyon; Dumont Marjorie, assistante projets, Lyon.

Membres du groupe de travail et du gex patient

Barruel-Sinemale Florence, Psychologue, Montfermeil ; Baroth Pierre, Juriste, Lyon ; Bas Karine, Juriste, Lyon ; Blanchard Anne, Paris ; Carretier Julien, Méthodologiste, Centre Léon Bérard ; Cerisey Catherine, co-fondatrice ; Patients and Web, Gentilly ; Delestit Corinne, Lyon; Dufranc Céline, Rose Association ; Garcia Coline, Juriste, Lyon ; Farsi Fadila, oncologue, directeur RRC, Lyon ; Krakowski Ivan, Oncologue médical , Bordeaux ; Le Ravallec Lauriane, Juriste, Lyon ; Lores Océane, RRH, Lyon ; Marisco Giovanna, Cancer Contribution ; Mostefaoui Naoëlle, Juriste, Lyon; Savariaud Nathalie, Présidente, Association Life is Rose ; Scotte Florian, Oncologue, Paris ; Simonet Orianne, Juriste, Lyon ; Thirry Dominique, Consultante, Association Juris Santé, Lyon ; Thomas Michèle, ARTUR; Verdure Anaïs, Juriste, Lyon ; Sophie Gazouli, Juriste, Lyon; Annabelle Viale, Juriste, Lyon; Agathe Blondeaux, Juriste, Lyon; Malika El Azzouzi, Juriste, Lyon ; Laurie Indjenian, collaboratrice juridique, Lyon.

Participants aux ateliers des J2R du 10/12/2015

Chateil Stéphane, Coordonnateur administratif, Amiens ; Leroux Marie-Hélène, Cadre de santé, Nantes ; Nimubona Donavine, Médecin coordinateur, Rennes ; Rhouni Samia, Assistante projet RRC, Vandoeuvre-lès-Nancy ; Rufin-Duhamel Guy-Albert, Coordonnateur, Fort de France ; Delbegue Marie-Ange, IDE annonce, Nantes ; Bonvent Viviane, Cadre de santé, Fort-de-France ; Pelé Solen, Chef de projet Nantes ; Gerat-Muller Véronique, Psychologue, Bordeaux.

Relecteurs

Berardo Nicole, Association Provence Stomie Contact, Monteux ; Bertou Jean-Louis, Président, Association France Colon, Forcalquier ; Besse Sandrine, Centre Azuréen de cancérologie, Mougins ; Billot Evelyne, Assistante sociale, Centre Georges-François Leclercq, Dijon ; Brousse Annie, Secrétaire Générale, Vivre Comme Avant, Lille ; Brunet Majid, Chef de projets, Réseau Espace Santé Cancer, Lyon ; Carpentier Lyliane, Présidente, Au-delà du Cancer, Dunkerque ; Chaptal Charlotte, Assistante Sociale, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand ; Claret Céline, Assistante Sociale, Centre Oscar Lombret, Lille ; Dewas Sylvie, Oncologue Radiothérapeute, Centre Radiothérapie Bourgogne, Lille ; Duffaud Florence , Chef de service oncologie médicale et soins palliatifs, CHU Timone, Marseille ; Duquesne Karine, Correspondante régionale Nord Pas de Calais France Lymphome Espoir ; Duval Betty, cadre socio-éducatif, CHU Timone, Marseille ; Fantoni Sophie, Médecin du travail et pathologie professionnelle, CHRU Lille – Hôpital Huriez, Lille ; Ferrand Natalie, IDE, Groupe Hospitalier mutualiste de Grenoble, Grenoble ; Frimat Paul, Président, Plateforme téléphonique Santé Emploi Info Service ; Garnier Virginie, Assistante sociale, Clinique de l'Alliance, Saint-Cyr-Sur-Loire ; Gautheron Laura, Chargée de projet, Réseau Espace Santé Cancer, Lyon ; Gey Thomas, Pneumologue, Clinique Teissier, Valenciennes ; Guguen Bénédicte, Cadre socio-éducatif, CH Bretagne Atlantique, Vannes ; Julhiet Diane, Présidente, Association HNPCC Lynch ; Klein Isabelle, Médecin coordonnateur, réseau Oncolor, Vandoeuvre les Nancy ; Knoche Anne- Bé, Responsable organisation et communication, EFEC, Paris ; Labrosse-Canat Hélène, Chef de projets, Réseau Espace Santé Cancer, Lyon ; Laine Anne-Lise, Responsable pole social, Institut Paoli Calmette, Marseille ; Mekil Claude, IDE stomathérapeute, Hôpital Privé, Villeneuve d'Asq ; Metayer Sylvie, Coordonnateur, Réseau Oncovannes, Vannes ; Meyrieux Charlotte, responsable qualité, Institut Sainte Catherine, Avignon ; Noel Marie-Pierre, Hématologue, CHU, Lille ; Plancon Morgane, Médecin de la douleur et médecin palliatif, Centre Hospitalier, Valenciennes ; Reich Michel, psychiatre, Centre Oscar Lambret, Lille ; Rolland Lydie, Psychologue, Clinique d'Argonnay, Argonnay ; Russo Elisabeth, Responsable secrétariat médical et archives, Institut Paoli Calmette, Marseille ; Sanglier Claude, Bénévole, Comité départemental ligue contre le cancer, Tréguieux ; Shoemaker Grégory, Assistant social, Centre hospitalier, Dunkerque ; Sierra Karine, Assistante Sociale, Centre Antoine Lacassagne, Nice ; Verland Célia, Coordinatrice réseau, CISS Haute Normandie, Rouen ; Vincent Lionel, Oncologue médical, Centre hospitalier, Roanne ; Walter Sabine, Médecin Coordonnateur, 3C Var Est, Draguignan, Watcher Thierry, Chef de service oncologie radiothérapie, Centre hospitalier régional, Orléans ; Worms Anne, psychologue, Centre hospitalier régional, Orléans ; Zaccagnini Catherine, assistante sociale, Réseau Betek Pen, Quimper.

Référentiels Patient
Le « Pas à pas » des démarches administratives

Référentiels Patient :
Le « Pas à pas » des démarches administratives

Objectifs des référentiels	4
Les étapes et les démarches	5
Référentiel 1 : Dès le diagnostic de votre maladie et le début de votre parcours de soins	6
Référentiel 2 : Dès que possible	21
Référentiel 3 : A tout moment	26
Référentiel 4 : Pendant ou à la fin de vos traitements	38
Annexes	50
Glossaires	57

Objectifs de ces référentiels

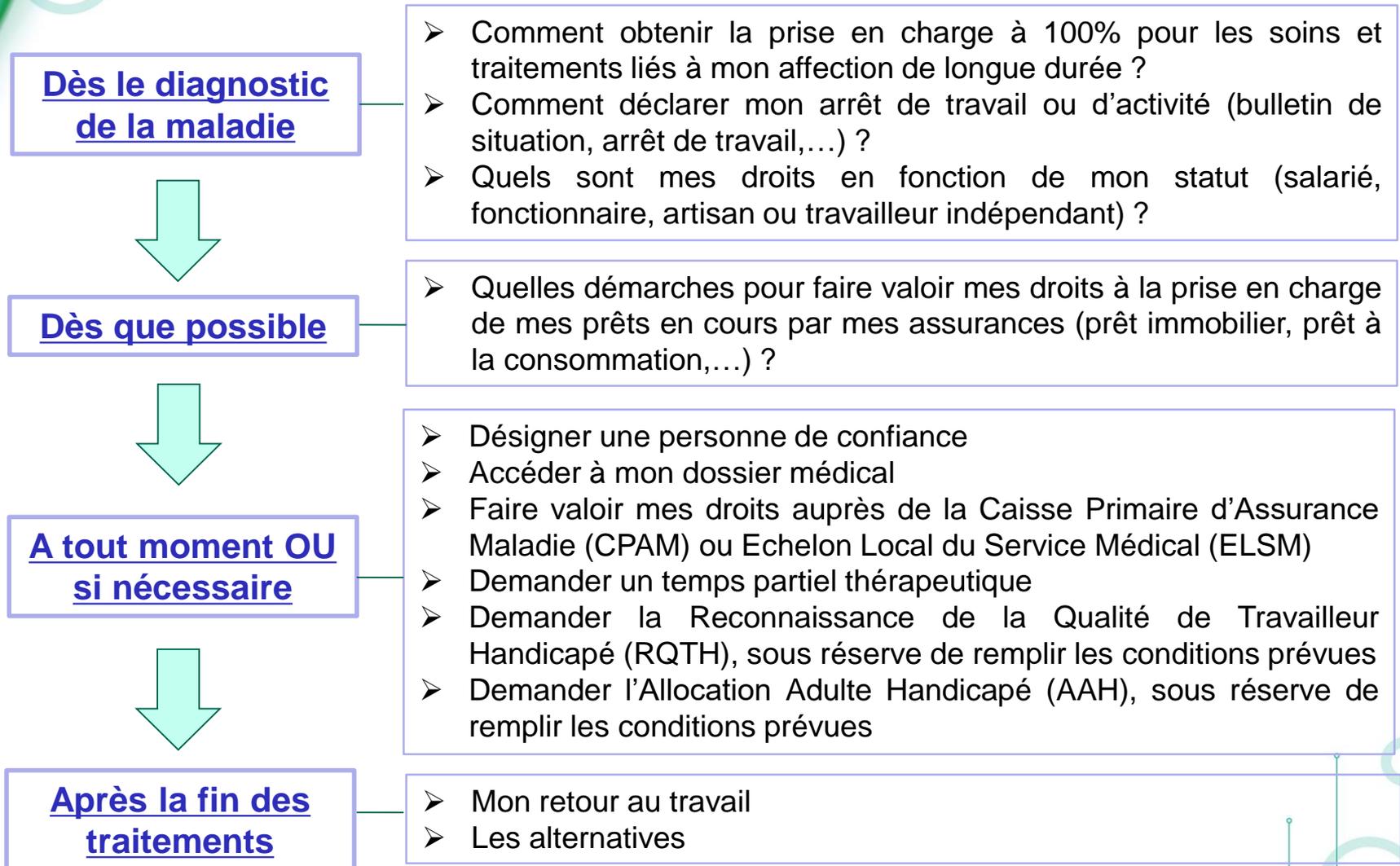
Ils sont destinés à :

- ❖ Une personne malade, active, en recherche ou sans emploi
- ❖ Un proche d'une personne malade du cancer

Ces référentiels doivent permettre de :

- ❖ Comprendre les principales démarches administratives à effectuer **dès le diagnostic et au cours des semaines suivantes**, et identifier les **points de repère et de vigilance**
- ❖ Connaître les acteurs à contacter le plus rapidement possible pour mener à bien mes démarches
- ❖ Me faciliter l'accès à des ressources documentaires complémentaires (administratives, associatives, informatives...)

En résumé : les étapes et les démarches



**Dès le diagnostic de votre maladie
et le début de votre parcours de soins**

Sommaire

La déclaration en Affection de Longue Durée (ALD) _____	8
La prise en charge des frais de transport _____	9
Déclarer votre suspension d'activité : arrêt de travail ou bulletin d'hospitalisation _____	10
Salariés du régime général : vos droits aux indemnités journalières (IJ) _____	12
Fonctionnaires : vos droits en cas d'arrêt maladie _____	13
Non-salariés agricoles : vos droits aux indemnités journalières (IJ) _____	14
Travailleurs indépendants : vos droits aux indemnités journalières (IJ) _____	15
En recherche d'emploi : vos droits aux indemnités journalières (IJ) _____	16
Retraités actifs: vos droits aux indemnités journalières (IJ) _____	17
Les cumuls possibles AAH / Indemnités journalières / Pension d'invalidité _____	18
Déclaration des indemnités journalières / Impôt sur le revenu _____	19
Congé parental et indemnités journalières _____	19
Recours et aides d'un assistant social _____	20

La déclaration en Affection de Longue Durée (ALD)

Qu'est-ce ?

- Prise en charge à 100 % des dépenses liées à votre maladie dans les limites du tarif conventionné de l'Assurance Santé dont vous dépendez.
- Remboursement aux taux habituels des soins entraînés par d'autres maladies.
- Actes de prévention, de diagnostic et de soins (perruque, prothèse, crème, vernis...) et traitements envisagés.

En cas de difficultés, vous pouvez prendre contact avec l'assistant social de la CPAM pour la régularisation de votre dossier (sous conditions).

Comment ?

- Votre médecin traitant doit remplir le formulaire de Protocole de soins et doit vous en remettre un exemplaire.
- En cas d'urgence un médecin spécialiste peut rédiger le Protocole de soins qui permet de vous ouvrir des droits pendant 6 mois. Cependant, avant la fin des 6 mois, votre médecin traitant déclaré doit établir un nouveau protocole de soins.
- Vous recevrez ensuite un courrier, après avis du service du contrôle médical de votre caisse ou médecin conseil ELSM, vous informant que vous bénéficiez de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ou plusieurs ALD et cela pour une période donnée.

A savoir :

- *Cela ne couvre pas les dépassements d'honoraires, les transports non prescrits, la participation forfaitaire d'un euro, la franchise médicale, le forfait journalier, les frais au-delà du plafond de la sécurité sociale et les frais non remboursés par la sécurité sociale. Envisagez de souscrire une adhésion à une mutuelle/complémentaire pour le remboursement des dépenses non couvertes par l'Assurance maladie (ex : forfait hospitalier journalier 18€ en 2017).*
- *Pendant le délai d'attente du Protocole, négociez l'attente des paiements auprès des laboratoires, pharmacie, imagerie... ou faites-vous rembourser le différentiel éventuel par la Sécurité sociale après réception du protocole : contactez votre assistant social de l'hôpital ou de la CPAM en cas de difficultés.*
- *Ne mettez pas fin à votre contrat de mutuelle/complémentaire car vous en aurez besoin pour les autres affections qui ne seront pas prises en charge par votre 100 %.*
- *Le protocole de soins est personnel et confidentiel, vous n'êtes pas tenu de le divulguer à l'employeur, à l'assureur ou au banquier.*



- ✓ Conservez précieusement le courrier envoyé par la Sécurité Sociale, qui atteste que vous êtes en ALD, car dans chacune de vos démarches (consultation, hospitalisation, ...), il vous sera demandé de le présenter ou d'en fournir une photocopie.
- ✓ Pensez à mettre à jour votre carte vitale. Pour plus d'informations voir [page 49](#)

La prise en charge des frais de transport

❖ Conditions cumulatives :

- Le patient doit être atteint d'une ALD.
- Le transport doit être en lien avec les soins prodigués dans le cadre de l'ALD.
- Le patient doit présenter une incapacité ou une déficience.

Remarque :

En l'absence d'incapacité ou de déficience, la voiture personnelle ou les transports en commun seront privilégiés. S'il y a utilisation du véhicule personnel, un remboursement de frais kilométriques est possible. La prise en charge ne concerne pas les consultations de surveillance.

❖ Comment ?

Votre médecin vous prescrit un mode de transport adapté à votre situation. Votre prise en charge en ALD ne justifie pas systématiquement un remboursement de transport.

Il doit vous remettre la prescription de transport en main propre *avant* le choix du transporteur éventuel.

Dans certains cas, il est nécessaire d'obtenir l'accord préalable du service médical de la CPAM (ex : Transports en série et longue distance > à 150 km, avion, bateau, etc.).

Vous devez transmettre à votre caisse de sécurité sociale les volets 1 et 2 de la demande dès que le médecin l'a établie. L'absence de réponse sous 15 jours vaut accord de prise en charge. Le volet 3 est à fournir au transporteur ou à la caisse pour remboursement en cas de transport en voiture particulière (dans ce cas pour obtenir le remboursement, vous devez fournir à votre caisse le volet 3 de la demande d'accord, un bulletin de situation de l'établissement hospitalier et le cerfa S3140b).

❖ Quels transports ?

Les transports par véhicule personnel, par VSL (Véhicule Sanitaire Léger), Taxi conventionné (tiers-payant obligatoire), Ambulance (transport allongé), transports en commun (train, avion, etc.) pour vous rendre sur les lieux de vos soins.

A savoir :

- *En cas de nécessité d'être transporté en position allongée ou demi-assise, ou d'être surveillé par une personne qualifiée, ou nécessitant l'administration d'oxygène, etc. : l'Assurance maladie prend en charge les frais de transport de la personne à condition que le médecin l'ait précisé sur la prescription médicale. L'établissement doit délivrer un formulaire au patient précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit.*

Déclarer votre suspension d'activité : arrêt de travail ou bulletin d'hospitalisation (1)

Il s'agit de la prise en compte de votre suspension d'activité professionnelle au titre d'un arrêt de travail ou d'une situation d'hospitalisation.

❖ Pourquoi ?

Cette déclaration vous permet de bénéficier en fonction de votre statut des indemnités ou prestations qui compensent en partie votre perte de revenus. Bien penser à toujours conserver une copie de vos arrêts de travail.

❖ Qui ?

- Votre médecin traitant ou le médecin spécialiste pour l'arrêt de travail.
- Le service administratif d'accueil de l'établissement où vous êtes hospitalisé pour le bulletin d'hospitalisation. Le bulletin d'hospitalisation fait office d'arrêt temporaire, mais il est plus contraignant car il nécessite plus de démarches (voir page 11).
- Vous, ou l'un de vos proches, devez adresser ces documents à votre caisse d'assurance maladie, à votre employeur ou à Pôle emploi si vous êtes allocataire. Vous pouvez également adresser une copie à votre mutuelle.

❖ Quelles démarches ?

En fonction de votre statut (salarié du régime général, fonctionnaire, artisan, chef d'entreprise ou travailleur indépendant,...), vos démarches et vos droits seront différents, il convient donc de vous reporter aux pages correspondantes à votre situation.

Salariés du régime
général

👉 [Page 12](#)

Fonctionnaires

👉 [Page 13](#)

Non-salariés du
régime agricole

👉 [Page 14](#)

Travailleurs
indépendants

👉 [Page 15](#)

En recherche
d'emploi

👉 [Page 16](#)

Retraités

👉 [Page 17](#)

Pour aller plus loin :

Régime général : www.ameli.fr

Indépendant : www.rsi.fr

Agricole : www.msa.fr

Fonction publique : www.fonction-publique.gouv.fr

Déclarer votre suspension d'activité : arrêt de travail ou bulletin d'hospitalisation (2)

❖ Quelles infos ?

Le bulletin d'hospitalisation (ou de situation) indique votre présence dans l'établissement de soin au moment de son émission. En cas d'hospitalisation prolongée, il est possible que les organismes de sécurité sociale, votre employeur ou votre mutuelle vous redemandent une actualisation de votre situation. Il est à fournir à votre caisse d'Assurance maladie tous les 15 jours pour la poursuite du règlement de vos indemnités journalières.

L'arrêt de travail indique une durée d'arrêt de travail, il est prolongé autant que de besoin par votre médecin et vous devez l'adresser à chaque fois en priorité à votre employeur (au service Administration du personnel) ou à Pôle Emploi pour les personnes en recherche de travail, et votre Caisse d'Assurance maladie.

A savoir :

- *Sachez que vous avez 48 heures pour transmettre votre arrêt de travail.*
- *Si vous ne respectez pas le délai de 48 heures, votre Caisse vous signalera le retard constaté et vous informera de la sanction à laquelle vous vous exposez. Si un nouvel envoi tardif est constaté dans les 24 mois suivant la date de prescription de cet arrêt de travail, vous vous exposez, notamment, à voir vos indemnités journalières réduites de moitié pour la période entre la date de prescription de l'arrêt de travail et celle d'envoi de celui-ci à l'Assurance Maladie (sauf si vous justifiez qu'il vous a été impossible de respecter ce délai de 48h). De même, si votre avis d'arrêt de travail est reçu par votre caisse après la date de fin de celui-ci, vous ne serez pas indemnisé (pas de rétroactivité de vos droits).*
- *Le double du document qui vous sera remis doit être conservé dans votre dossier.*
- *Sachez également que les médecins ont la possibilité de prescrire des [arrêts de travail dématérialisés](#).*
- *Un délai de carence est appliqué lors de votre 1^{er} arrêt en fonction de votre statut et/ou de votre convention collective. Pendant cette période dite de « carence », qui dure généralement 3 jours, vous ne percevrez aucune indemnité journalière de la part de votre Caisse d'Assurance Maladie.*
- *En cas de prolongation de votre arrêt de travail, veillez à ce qu'il n'y ait pas d'interruption dans les périodes d'arrêt prescrit (risque d'absences injustifiées auprès de votre employeur, impact sur le versement des IJ...). Il est donc préférable de fournir des prescriptions avec des périodes d'arrêt qui se chevauchent plutôt qu'avec des périodes blanches.*

Salariés du régime général : Vos droits aux indemnités journalières (IJ)

Conditions d'ouverture des droits aux IJ :

- En cas d'arrêt de travail de moins de 6 mois : avoir travaillé au moins 150 h au cours des 3 derniers mois.
- En cas d'arrêt de travail de plus de 6 mois : avoir travaillé au moins 600 h au cours des 12 derniers mois.
- Pour plus d'informations : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3053>

Comment ?

- Soit l'employeur verse vos IJ et se fera ensuite rembourser par l'assurance maladie (subrogation).
- Soit l'employeur vous verse uniquement le complément de salaire sur présentation du bulletin de vos IJ qui vous ont été préalablement versées par l'assurance maladie.

Effets :

- ❖ **Montant des IJ :**
 - 50 % du salaire brut plafonné ([pour plus d'informations](#)).
 - Majoré à 66,66 % du salaire brut au 31^{ème} jour d'arrêt maladie si vous avez 3 enfants à charge.
- ❖ **Délai de carence :**
 - Les IJ sont versées après un délai de carence de 3 jours. Leur versement débute donc au 4^{ème} jour de votre arrêt maladie.
- ❖ **Durée :**
 - Les IJ sont versées pendant au maximum 3 ans, sans limitation de nombre.
 - Un nouveau délai de 3 ans est ouvert si vous avez retravaillé pendant au moins 1 an. Attention le temps partiel thérapeutique n'est pas pris en compte

- ✓ Pour les personnes ne disposant pas d'un espace personnel sur le site ameli.fr, votre décompte (ou bulletin) d'IJ vous sera envoyé par voie postale.
- ✓ Pour les personnes disposant d'un espace personnel sur le site ameli.fr, vous trouverez votre décompte d'IJ en ligne sur ce compte où vous pourrez l'imprimer afin de le transmettre à votre employeur.
- ✓ Des indemnités complémentaires peuvent être versées par l'employeur. Sauf dispositions conventionnelles plus favorables, elles sont versées sous condition d'ancienneté, pour une durée limitée et un montant qui varie en fonction de votre situation.
- ✓ Sous réserve d'affiliation privée ou collective, vous pouvez bénéficier d'un maintien de salaire partiel ou total à l'intermédiaire d'une caisse de prévoyance.

Fonctionnaires : Vos droits en cas d'arrêt maladie

Lorsque vous êtes en arrêt de travail pour maladie, vous pouvez bénéficier de différents congés maladie propres à la fonction publique :

Congé de Maladie Ordinaire (CMO)

Une fois votre avis d'interruption de travail adressé à votre employeur, vous pouvez bénéficier du CMO, dans l'attente de votre reconnaissance en ALD.

Durée : 6 mois consécutifs, renouvelable 1 fois. La prolongation du congé de maladie est soumise à l'avis du comité médical.

Montant : Avant votre reconnaissance en ALD, vous percevez l'intégralité de votre traitement les 3 premiers mois. Puis les 9 derniers mois, vous percevez un demi-traitement qui peut éventuellement être complété par une prévoyance.

Congé de Longue Maladie (CLM)

Vous pouvez demandé à être placé en CLM en cas d'ALD.

La demande : En complément du certificat médical administratif que le fonctionnaire fournit à son administration pour sa demande de CLM, le médecin traitant doit établir un certificat médical détaillé qu'il faut adresser au médecin du Comité médical dont vous dépendez.

Durée : Le CLM est accordé par période de 3 à 6 mois. Il ne peut dépasser 3 ans.

Montant : Votre traitement est versé intégralement pendant 1 an, puis un demi-traitement vous est versé pendant les 2 années suivantes qui peut éventuellement être complété par une prévoyance.

Recours

En cas d'avis défavorable rendu par le Comité médical sur la demande de CLM ou CLD, un recours est possible devant le **Comité médical supérieur** dans **un délai de 2 mois** à compter de la notification de la décision.

Congé de Longue Durée (CLD)

Le CLD est le prolongement d'un CLM à plein traitement quand la reprise du travail n'est pas possible. Pour bénéficier d'un CLD, vous devez impérativement faire votre demande au terme de votre 1^{ère} année de CLM. Vous devez aussi avoir l'accord de l'administration suite à un examen du comité médical.

Durée: Le CLD est accordé par période de 3 à 6 mois, jusqu'à 5 ans maximum (CLM compris), ou 8 ans si la maladie a été contractée dans l'exercice des fonctions.

Montant: Votre traitement est versé intégralement pendant 3 ans et en demi-traitement pendant les deux années suivantes qui peut éventuellement être complété par une prévoyance.



Au cours du CMO, une demande de CLM peut être effectuée. Le CMO est alors requalifié en CLM. Pour le CMO et le CLM, lorsque le montant du demi-traitement est inférieur au montant des indemnités journalières de la sécurité sociale, vous avez droit au bénéfice d'une indemnité différentielle.

Non-salariés du régime agricole : Vos droits aux indemnités journalières (IJ)

Conditions d'ouverture des droits aux IJ :

- Être affilié depuis au moins un an à l'Amexa.
- Être à jour de la cotisation IJ Amexa.
- Avoir un arrêt de travail à temps complet.
- La période d'affiliation à un autre régime d'assurance maladie peut-être prise en compte lorsque vous débutez une activité agricole. Cela vous ouvre ainsi des droits aux IJ.

Comment ?

- C'est la MSA (Mutualité sociale agricole) qui versera vos indemnités journalières.

Effets :

❖ Montant des IJ :

Pour les 28 premiers jours indemnisés, elle est de 21,05 euros par jour.

A partir du 29^e jour indemnisé, elle est de 28,07 euros par jour.

❖ Délai de carence :

L'indemnité journalière est versée à partir du 4^e jour en cas d'hospitalisation et du 8^e jour en cas de maladie ou d'accident.

❖ Durée :

Puisque vous souffrez d'une ALD:

- Les IJ sont versées pendant au maximum 3 ans, sans limitation de nombre.
- Un nouveau délai de 3 ans est ouvert si vous avez retravaillé pendant au moins 1 an hors temps partiel thérapeutique.



- ✓ Présenter un bulletin de situation en cas d'hospitalisation
- ✓ Non versement des IJ pour cure thermique
- ✓ Ces IJ peuvent être complétées par une prévoyance si vous avez souscrit un contrat.

Travailleurs indépendants : Vos droits aux indemnités journalières (IJ)

Conditions d'ouverture des droits aux IJ :

- Être artisan ou commerçant à titre principal (les professions libérales ne bénéficient pas des IJ).
- Être en activité.
- Être affilié depuis un an au RSI au titre de l'assurance maladie et relever du RSI au titre de l'assurance vieillesse des artisans ou des industriels, auto-entrepreneurs et commerçants.
- Être à jour de l'ensemble des cotisations d'assurance maladie (cotisations de base et cotisations supplémentaires pour les indemnités journalières et des majorations de retard éventuellement dues).
- Présenter une prescription d'arrêt de travail à temps complet.

Comment ?

Versement de vos IJ :

- Si vous êtes affilié au RSI **depuis au moins un an**, vous bénéficierez des IJ de base.
- Si vous êtes affilié au RSI **depuis moins d'un an** : Prenez contact avec le RSI pour régulariser votre situation. Si vous avez été affilié à un autre régime d'assurance maladie et qu'il n'y a pas eu d'interruption entre les deux affiliations, vous pouvez bénéficier des IJ.

Effets :

❖ Montant des IJ :

Egal à **1/730** du revenu d'activité annuel moyen des 3 dernières années civiles, dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale.

❖ Délai de carence :

L'indemnité journalière est versée à partir du 4^e jour en cas d'hospitalisation et du 8^e jour en cas de maladie ou d'accident.

❖ Durée :

Puisque vous souffrez d'une ALD:

- IJ versées pendant maximum 3 ans, sans limitation du nombre de jour.
- Un nouveau délai de 3 ans est ouvert si vous avez retravaillé pendant au moins 1 an hors temps partiel thérapeutique .

Vous n'ouvrez pas de droits aux indemnités journalières en 2017 en cas de revenu d'activité inférieur à 3806,80 €.

Cas du conjoint collaborateur : Pour bénéficier des IJ, il doit réunir 4 conditions :

- ✓ être conjoint collaborateur d'un artisan ou commerçant en activité ou en maintien de droits
- ✓ être **affilié depuis un an au RSI**
- ✓ être **à jour de sa cotisation** indemnités journalières
- ✓ présenter une **prescription d'arrêt de travail**

En recherche d'emploi: Vos droits aux indemnités journalières (IJ)

Conditions non cumulatives d'ouverture des droits aux IJ :

- Percevoir une allocation de l'assurance chômage.
- Avoir été indemnisé par l'assurance chômage au cours des douze derniers mois.
- Avoir cessé son activité salariée depuis moins de douze mois.

Comment ?

Adressez à votre caisse d'Assurance Maladie :

- votre certificat de travail et vos bulletins de salaire pour les trois ou douze mois antérieurs à la date d'interruption de travail.
- si vous êtes en cours d'indemnisation par Pôle emploi ou si vous avez été indemnisé par l'assurance chômage depuis moins de douze mois et que votre caisse d'Assurance Maladie n'en est pas déjà informée, l'avis d'admission à l'allocation chômage et la dernière attestation de versement de cette allocation.

Effets :

❖ Montant des IJ :

Le montant de l'indemnité journalière est égal à 50 % du montant du salaire journalier de base. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts (= salaires soumis à cotisations) des 3 ou 12 mois précédant votre cessation d'activité, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur.

❖ Délai de carence :

L'indemnité journalière est versée à partir du 4^{ème} jour excepté en cas de reprise d'activité entre deux prescriptions d'arrêt de travail ne dépassant pas 48 heures ou si vous êtes **ALD** et que vos arrêts de travail sont en rapport avec cette maladie. Dans ces cas, le délai de carence n'est retenu que pour le premier arrêt pour une même période de trois ans.

❖ Durée du versement des IJ :

- Si allocation chômage: Les IJ sont versées pendant toute la durée de versement de l'allocation par Pôle Emploi.
- Sans allocation chômage: Les IJ sont versées pendant 1 an à compter de la rupture du contrat de travail ou de l'arrêt de versement de l'allocation chômage.



L'indemnité journalière de l'Assurance Maladie n'est pas cumulable avec l'allocation chômage. Le versement de vos indemnités journalières entraîne donc l'interruption des versements de Pôle emploi pendant votre arrêt maladie, ce qui reporte d'autant de jours vos droits à l'allocation chômage.

Retraités actifs : Vos droits aux indemnités journalières (IJ)

Conditions d'ouverture des droits aux IJ :

- Être en activité (applicable également aux personnes relevant du RSI)
- En cas d'arrêt de travail de moins de 6 mois : avoir travaillé au moins 150 h au cours des 3 derniers mois.
- En cas d'arrêt de travail de plus de 6 mois : avoir travaillé au moins 600 h au cours des 12 derniers mois.

Comment ?

Adressez à votre caisse d'Assurance Maladie :

- Votre certificat de travail et vos bulletins de salaire pour les trois ou douze mois antérieurs à la date d'interruption de travail

Effets :

❖ Montant des IJ :

- 50 % du salaire brut plafonné (voir le plafond actuel sur le site ameli.fr).
- Majoré à 66,66 % du salaire brut au 31^{ème} jour d'arrêt maladie si vous avez 3 enfants à charge.

❖ Délai de carence :

Les IJ sont versées après un délai de carence de 3 jours. Leur versement débute donc au 4^{ème} jour de votre arrêt maladie.

❖ Durée :

Puisque vous souffrez d'une ALD:

- Les IJ sont versées pendant au maximum 3 ans, sans limitation de nombre.
- Un nouveau délai de 3 ans est ouvert si vous avez retravaillé pendant au moins 1 an hors temps partiel thérapeutique .



- ✓ Pour les personnes ne disposant pas d'un espace personnel sur le site ameli.fr, votre décompte (ou bulletin) d'IJ vous sera envoyé par voie postale.
- ✓ Pour les personnes disposant d'un espace personnel sur le site ameli.fr, vous trouverez votre décompte d'IJ en ligne sur ce compte où vous pourrez l'imprimer afin de le transmettre à votre employeur.

Les cumuls possibles

Indemnités journalières / Pension d'invalidité (PI) / Allocation Adulte Handicapé (AAH)

IJ / AAH

- Le montant de l'AAH ne dépend pas uniquement du montant des IJ versées. Le cumul de l'AAH avec des IJ est possible si les ressources du foyer sont inférieures au plafond de la CAF. Celle-ci ne tient pas compte des IJ versées au titre d'une ALD30 pour les assurés salariés CPAM et MSA car ces IJ ne sont pas imposables. Les IJ versées au titre d'une ALD30 ne sont donc pas à déclarer dans la Déclaration Trimestrielle de Revenus (DTR CAF).
- Par contre les IJ versées par le RSI pour une ALD30 sont imposables et déclarables à la CAF. Compte tenu des règles très complexes de calcul opérées par la CAF, il est donc possible de bénéficier d'une AAH à taux plein et d'IJ dont le montant est supérieur à l'AAH.

A noter :

Les IJ priment sur l'AAH.

Attention :

Il convient d'informer la CDAPH de la perception des indemnités journalières.

PI / AAH

- Si le montant de la pension d'invalidité accordée par la Sécurité sociale est inférieur à celui de l'AAH, une AAH différentielle est accordée par la Caisse d'allocations familiales (CAF) sous certaines conditions.
- Si le montant de la pension d'invalidité est supérieur au montant de l'AAH, vous n'aurez pas droit à l'AAH.
- En complément de la pension d'invalidité, il est donc nécessaire de solliciter l'Allocation supplémentaire d'Invalidité (ASI) la caisse de sécurité sociale.

A noter :

La PI prime sur l'AAH.

Attention :

Lorsque vous réalisez une demande d'AAH, vous devez déclarer votre pension d'invalidité dans le montant des ressources perçues. La situation budgétaire peut parfois être désavantageuse par rapport à l'arrêt maladie, il est donc important d'examiner préalablement la situation.

IJ / PI

La personne en invalidité de 1^{ère} catégorie peut exercer une activité à temps partiel, cependant:

- Si l'arrêt est lié à l'affection invalidante:

Les IJ et la PI ne sont pas cumulables, et ce, même si la personne a repris son activité depuis plus d'un an.

- Si l'arrêt n'est pas lié à l'affection invalidante:

Elles sont cumulables lorsqu'une reprise d'activité a été autorisée.

Pour apprécier les conditions d'ouverture aux droits aux IJ, une journée d'indemnisation au titre de la pension d'invalidité correspond à 6 heures de travail effectuées.

Déclaration des indemnités journalières et Impôt sur le revenu :

- Les IJ versées au titre d'une ALD au salarié du régime général et agricole ne sont pas soumises à l'impôt. A contrario, les IJ versées par le RSI sont déclarables et imposables sur le revenu.
- Les décomptes de versement d'indemnités journalières sont à conserver sans limitation de durée comme les bulletins de salaire, car ils valident les droits à la retraite.
- Les indemnités complémentaires des IJ versées par votre prévoyance collective, dont vous bénéficiez grâce à votre contrat de travail sont imposables. Cependant, les indemnités que vous recevez suite à une adhésion personnelle à une prévoyance facultative ne sont pas imposables.

Congé parental et indemnités journalières :

Le congé parental est une suspension de votre contrat de travail.

Dès lors, si votre maladie se déclare l'année de votre reprise vous devrez avoir travaillé un minimum de 3 mois et de 150 h pour ouvrir un droit à des indemnités journalières de 6 mois. Des indemnités complémentaires pourront vous être versées (cf: Assurances et mutuelles).



Recours et aides d'un assistant social

❖ Comment prendre contact ?

- Prenez contact si possible dès le diagnostic de la maladie avec un assistant social de votre établissement de soins pour vous faire connaître en cas de besoin. Afin de faciliter toutes vos démarches lors d'une hospitalisation, ayez le réflexe – comme pour la carte vitale ou la carte de mutuelle – de prendre votre avis d'imposition.
- L'assistant social de votre établissement de santé peut étudier votre situation administrative concernant vos droits et les aides possibles: votre couverture sociale, les revenus de remplacement, les droits à complément de salaire, les aides au financement de vos dépenses de santé, l'accès à vos droits si vous êtes sans ressources...
- Pour certaines aides vous serez réorienté vers l'assistant social de secteur.
- Prenez contact avec l'assistant social de votre mairie, de votre entreprise, de la CPAM, du service de santé au travail voire même les services de la Ligue contre le cancer.
- Les assistants sociaux de la CARSAT peuvent proposer également des accompagnements individuels et collectifs.

❖ Pourquoi ?

- A la demande du patient et/ou de ses proches il a la possibilité de les informer sur les droits qui leur sont reconnus.
- Il a un rôle d'accompagnement et facilite les démarches pour l'obtention de prestations et d'aides administratives, sociales, financières, etc.
- Il peut également réorienter vers un service spécialisé en cas de besoin.



Référentiels Patient
Le « Pas à pas » des démarches administratives

Dès que possible

Référentiels Patient
Le « Pas à pas » des démarches administratives

Sommaire

Assurances et mutuelles	23
Actionner une assurance	24
L'accès à une assurance après le diagnostic	25

Assurances et mutuelles

❖ Assurance Emprunteur :

Si vous avez souscrit des emprunts avant la déclaration de maladie, vérifiez que les contrats souscrits comportent une garantie invalidité ou incapacité de travail, une prise en charge totale ou partielle de vos remboursements mensuels est possible.

L'assurance n'intervient que sur la part cotisée par le patient et non sur celle du co-emprunteur.

A savoir :

Vérifiez votre contrat d'assurance afin d'effectuer la déclaration de votre arrêt de travail dans le temps imparti (en général 6 mois à compter de l'arrêt de travail). En effet, si vous effectuez cette déclaration tardivement vous ne bénéficierez pas du paiement rétroactif des primes. Dans tous les cas, votre indemnisation n'interviendra qu'après un délai de franchise (la plupart du temps de 60 ou 90 jours).

❖ Complémentaire santé :

Votre complémentaire santé (mutuelle) peut prévoir la prise en charge de frais annexes à la maladie : ostéopathe, psychologue, psychiatre, psychothérapeute, dépassements d'honoraires, prothèse capillaire, une aide ménagère...

Votre complémentaire santé peut disposer d'une action sociale qui attribue sous conditions des aides financières aux dépenses de santé non prises en charge par votre caisse de sécurité sociale.

❖ Prévoyance :

Vérifiez si vous avez souscrit un contrat privé de prévoyance ou si votre employeur a souscrit un contrat collectif.

Ce contrat vous versera un complément de salaire ou des indemnités journalières qui viendront compléter vos revenus et/ou les indemnités journalières versées par le régime général selon votre statut professionnel.

Actionner une assurance

Délais d'action

Délai de franchise / Carence :

Le délai de franchise est la période pendant laquelle aucun versement ne sera effectué. Sa durée varie selon votre contrat d'assurance.

Délai de déclaration :

Selon votre contrat et la garantie à actionner, celui-ci peut être compris entre le 1^{er} et le 180^{ème} jour suivant votre maladie.

Lorsque la personne déclare son sinistre dans les temps prévus par son contrat, l'indemnisation est rétroactive dans la limite du délai de franchise.

Au-delà de ce délai, l'indemnisation se fait à partir du jour de la déclaration du sinistre.

Attention :

Il y a un délai de prescription de deux ans pour déclarer votre sinistre.

Comment ?

L'actionnement de votre assurance dépend de votre contrat.

La déclaration :

Les documents à joindre à votre déclaration à l'assureur pour actionner votre assurance sont mentionnés dans votre contrat d'assurance. Pour un arrêt de travail, il peut vous être demandé de joindre une copie de celui-ci et un relevé du versement de vos indemnités journalières.

Suite à cette déclaration, l'assureur peut renvoyer un dossier à compléter avec une partie administrative et une partie médicale. Par exemple, il peut vous demander de joindre un certificat médical expliquant votre pathologie et les impacts de celle-ci. Ce dossier doit être communiqué exclusivement au médecin conseil de l'assureur.

La visite avec le médecin-conseil de l'assureur :

L'assureur peut ensuite vous demander d'être reçu par le médecin-conseil de l'assurance qui procèdera à un examen médical et qui étudiera les pièces médicales que vous aurez transmises.

Attention :

Dans le cas d'une invalidité, les barèmes de l'assurance ne sont pas obligatoirement équivalents à ceux de la Sécurité sociale.



Des conditions spécifiques peuvent être prévues selon les garanties souscrites dans votre contrat d'assurance.

L'accès à une assurance de prêt après le diagnostic

Qu'est-ce ?

L'acquisition d'une assurance permet la prise en charge des remboursements d'éventuels prêts concernés par l'assurance souscrite.

Certaines garanties sont obligatoires :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- Invalidité Absolue et Définitive (IAD).

D'autres garanties sont facultatives :

- Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT)
- Invalidité Permanente Totale (IPT),
- Invalidité Permanente Partielle (IPP)
- Perte d'emploi.

Comment ?

Pour souscrire à une assurance vous devez obligatoirement remplir un questionnaire de santé. En cas d'omission ou de fausse déclaration, l'assurance peut refuser votre prise en charge, mettre un terme à votre contrat, revoir à la hausse le montant de vos cotisations et/ou réduire le montant de vos indemnités, voire mettre un terme à celles-ci.

En fonction des informations relatives à votre état de santé, l'assurance peut prévoir l'exclusion de certains risques et/ou le paiement d'une surprime.

Dans le cas où l'assurance n'est pas actionnée au cours de votre prêt le remboursement de la surprime n'est pas garanti. Cela dépend des conditions de votre contrat.

En cas de risque aggravé de santé

Le dispositif d'accès à l'assurance et à l'emprunt pour les personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé est encadré par la convention AERAS et la Loi Santé qui a instauré le droit à l'oubli.

Le droit à l'oubli :

Il permet à certaines personnes ayant été atteintes d'un cancer de pouvoir accéder à la propriété et de souscrire à un emprunt, sans avoir à mentionner systématiquement leur ancienne maladie.

Depuis le 27 novembre 2015, il est interdit pour les assureurs de cumuler les surprimes et les exclusions de garantie dans le même contrat d'assurance.

Application du droit à l'oubli :

- 10 ans après la fin du protocole thérapeutique pour tous les cancers.
- 5 ans après la fin du protocole thérapeutique pour les cancers survenus avant 18 ans.
- Le droit pour certains cancers ou pathologie de bénéficier d'un délai plus court.



En fonction du taux de couverture choisi, le montant de vos cotisations est variable.

Référentiels Patient
Le « Pas à pas » des démarches administratives

A tout moment

Sommaire

Personne de confiance et personne(s) à prévenir	28
L'accès au dossier médical	30
Le droit à un 2ème avis médical	32
Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé (RQTH)	33
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	34
Prestation de compensation du handicap (PCH)	35
Les recours auprès de la CPAM	37

Personne de confiance et personne(s) à prévenir

Personne de confiance

La personne est habilitée à :

- assister le patient durant toute la durée de son hospitalisation, lors des consultations en ville ou à l'hôpital sous réserve de l'accord du patient.
- être informée et à donner un avis consultatif lorsque le patient se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté.
- donner son accord en cas d'inconscience du patient pour l'inclure dans une recherche scientifique et biomédicale.

La personne de confiance est :

- Révocable ou modifiable à tout moment

Dans tous les cas le médecin doit respecter les limitations exprimées par le patient concernant les informations à transmettre.

Conditions de désignation

Par écrit, le patient peut ou non désigner une personne de confiance :

- La personne de confiance doit être désignée par écrit
- La personne de confiance doit consentir à cette désignation.
- Lors d'une consultation précédant une hospitalisation.
- Lors de toute hospitalisation.
- En dehors de l'hospitalisation lorsque le patient souhaite être accompagné tout au long de son parcours de soin, auprès de son médecin de ville.

Personnes à prévenir

Personnes qui seront contactées au cours de votre séjour par l'équipe médicale et soignante :

- A votre demande (sortie, papiers...)
- Ou pour les besoins de votre bonne prise en charge (transfert vers un autre établissement de santé par exemple).

Conditions de désignation

- La ou les personnes à prévenir peuvent être désignée(s) à l'oral ou à l'écrit.
- La ou les personnes sont inscrite(s) (coordonnées dont téléphoniques) sur la fiche administrative par l'agent du bureau des entrées.



Personne de confiance et personne(s) à prévenir

	PERSONNE DE CONFIANCE	PERSONNE(S) A PREVENIR
Nombre	Une seule personne	Une ou plusieurs
Désigné par	Le patient	Le patient ou sur proposition d'un tiers si le malade est inconscient
Participe aux démarches et entretiens médicaux	Sur demande du patient	Non
Participe aux décisions médicales	Rôle consultatif et d'accompagnement avec l'accord du patient	Non
Accès aux informations médicales	Oui, en présence du patient sauf limitation exprimée par le patient ou en cas d'inconscience du patient de façon très limitée	Non
Accès au dossier médical	Non	Non
Participe aux démarches administratives	Sur demande du patient	Non

L'accès à votre dossier médical

Qu'est-ce ?

Le dossier médical rassemble l'ensemble des informations relatives à la prise en charge du patient. Il peut être accessible sous format papier ou informatisé.

Ces données peuvent être administratives, sanitaires, médicales ou sociales.

Qui peut y accéder ?

❖ Patient majeur, par :

- Le patient lui-même.
- Son médecin traitant s'il a été désigné comme intermédiaire par le patient.
- La personne qu'il a désignée par mandat ex: avocat, proches..

❖ Patient majeur protégé, par :

- En cas de tutelle : le tuteur.
- En cas de curatelle : le patient lui-même avec l'aide de son curateur si besoin.
- En cas de mandat de protection future : le mandataire.

❖ Patient mineur, par :

- Le mineur lui-même par l'intermédiaire d'un médecin
- Le titulaire de l'autorité parentale.
- Le tuteur.

Attention : le patient mineur, dont le discernement est constaté, peut refuser l'accès de son dossier à son représentant légal.

❖ Cas particulier de la psychiatrie

Lorsque le patient a été hospitalisé d'office ou à la demande d'un tiers, l'accès à son dossier médical ne peut avoir lieu qu'en présence d'un médecin.

Comment ?

L'accès à votre dossier médical

Comment ?

❖ La demande de dossier médical doit :

- Être écrite, en y joignant une photocopie d'un justificatif d'identité.
Si la demande est faite par un tiers, il faut y joindre en supplément une photocopie de son justificatif d'identité, ainsi qu'un document prouvant le lien de parenté entre lui et le patient ou le mandat de délégation.
S'il s'agit d'un médecin traitant, dans le cadre d'un suivi de prise en charge, une demande sur patient à entête prouvant la qualité médicale du demandeur est requise.
- Être adressée à l'attention de la direction de l'établissement de santé ou du professionnel de santé (dossier en ville).
- Mentionner les dates de séjour ou consultations pour lesquelles vous souhaitez obtenir une copie du dossier médical.

❖ La consultation du dossier médical :

Consultation sur place :

- Gratuite.
- Peut être faite avec l'assistance d'un médecin.
- La copie d'un ou plusieurs éléments du dossier sera facturée,

Communication du dossier par voie postale :

- Des frais postaux devront être acquittés en cas d'envoi par l'hôpital du dossier au domicile.

❖ Les délais

❖ Pour les dossiers de moins de 5 ans :

- Accessible dans un délai de 8 jours.

❖ Pour les dossier de plus de 5 ans :

- Accessible dans un délai de 2 mois.



En cas de difficulté pour obtenir un dossier, la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA) peut être saisie pour les hôpitaux publics. Le tribunal de Grande Instance, la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'Ordre des Médecins seront compétents pour les établissements de santé privés ou les cabinets libéraux.

Attention, la conservation des dossiers médicaux est limitée à 10 ans après la consolidation* ou le décès.
Pour plus d'informations, se référer au livret d'accueil de l'établissement de santé.

* Moment où votre médecin traitant ou le médecin conseil de la sécurité sociale estime que votre maladie ou lésion n'est plus susceptible d'évoluer et peut être considérée comme ayant un caractère permanent.

Le droit à un 2^{ème} avis médical

Qu'est-ce ?

Un médecin diagnostique une maladie ou propose un traitement. Si vous avez un doute, vous pouvez demander un second avis auprès d'un autre médecin.

Cela peut permettre de vous confirmer ce qui vous a été dit ou proposé, et de vous aider dans la prise de votre décision concernant un traitement ou une intervention chirurgicale.

Ce droit découle de la liberté de chacun de disposer de la plus complète information concernant sa prise en charge. Cela ne compromet en aucune façon le choix de la première équipe comme celle qui vous prendra finalement en charge.

Comment ?

Vous avez besoin de votre dossier médical complet (informations sur votre maladie en cours).

Le premier médecin ne peut pas refuser de vous le délivrer (mais vous devez lui en faire la demande selon la réglementation en vigueur (cf. droit d'accès au dossier médical-demande)

👉 Pages [30](#) et [31](#)

Cette démarche peut s'effectuer à tout moment, que ce soit après le premier diagnostic ou au cours de votre parcours de soins.

Dans toutes les spécialités, mais plus particulièrement dans le cas de la cancérologie, sachez qu'il existe ce qu'on appelle les **Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)** auxquelles le médecin qui vous prend en charge présente votre dossier, après avoir recueilli votre consentement, à une équipe pluridisciplinaire.

En effet, les RCP regroupent des professionnels de santé de disciplines différentes : la concertation aboutira à donner un avis sur votre dossier et à une meilleure prise en charge au regard de votre état de santé et de l'état d'avancée de la science à ce moment-là.

Renseignez-vous auprès de votre médecin pour savoir l'avis qui a été donné, cela pourra peut-être vous éviter d'entamer une demande de 2nd avis alors que la RCP joue déjà en grande partie ce rôle.



Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

Qu'est-ce ?

La reconnaissance de ce statut doit vous permettre à terme de faciliter l'accès à l'emploi, à travers un ensemble de mesures mises en place pour favoriser l'insertion professionnelle.

Demande

Par qui ?

- La personne en situation de handicap.
- Ses parents.
- Son représentant légal.
- Son médecin traitant.

Comment ?

- Remplir le formulaire Cerfa n° 15695*1.
- Accompagné d'un certificat médical datant de moins de 3 mois (formulaire Cerfa n° 13878*01).

Analyse de la demande

La demande est analysée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui relève de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

En cas de refus :

La CDAPH peut rejeter la demande si elle considère que :

- La personne peut accéder normalement à l'emploi.
- La personne est dans l'impossibilité d'accéder à tout travail.

Si réponse positive :

- **Aide au maintien dans l'emploi**
 - Aménagement des horaires et du poste de travail.
 - Reclassement professionnel en interne.
- **Aide à la recherche d'un emploi :**
 - Soutien spécialisé par Cap Emploi
 - Actions spécifiques par les programmes départementaux pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.
- **Aide incitative à l'emploi :**
L'État, la région ou certaines organisations, comme l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées (AGEFIPH), peuvent proposer des financements aux entreprises.
- **Aide à l'accès à une formation :**
 - Bilan de compétences
 - Formation qualifiante
- **Fonction publique :**
Aménagement des concours, recrutement contractuel spécifique.

La RQTH est octroyée pour une durée de 1 à 5 ans renouvelable.



L'attribution de la RQTH est automatiquement étudiée lorsqu'une demande d'AAH est introduite. Au même titre que l'invalidité (cat.I) la RQTH contribue à faciliter l'obtention d'un poste adapté dans l'entreprise.

Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Qu'est-ce ?

C'est une aide financière différentielle qui permet d'assurer un revenu minimum aux personnes en situation de handicap.

Cumul

- Majoration de vie autonome.
- Complément de ressources.
- AAH différentielle cumulable en complément avec les indemnités journalières ou la pension d'invalidité.

Depuis le 1er janvier 2017, l'AAH n'est plus cumulable avec l'allocation de solidarité spécifique (ASS).

Toutefois, si vous perceviez ces deux aides au 31 décembre 2016, vous pouvez continuer à les percevoir tant que les conditions d'éligibilité sont remplies pendant une durée maximale de dix ans.

Conditions

❖ Age :

Avoir plus de 20 ans, ou avoir entre 16 et 20 ans et ne plus être considéré à la charge de vos parents pour le bénéfice des prestations familiales.

❖ Incapacité :

- Taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%.

OU

- Taux d'incapacité compris entre 50 et 80% avec une incapacité substantielle et durable d'exercer un emploi.

❖ Nationalité :

Résider en France de façon permanente et régulière.

❖ Ressources :

Il s'agit d'un minima social soumis à un plafond de ressources selon la composition du foyer. En fonction de vos ressources, l'AAH vous est versée à taux plein ou à taux réduit.

Démarches

➤ Envoyer à la MDPH

Le formulaire Cerfa n° 15695*1, accompagné d'un certificat médical datant de moins de 3 mois (formulaire Cerfa n° 13878*01)

+ tout document pouvant être utile à la demande.

❖ Examen de la demande par la CDAPH

❖ Si accord :

- La CAF (ou la MSA) vérifie le respect des conditions administratives, notamment les ressources.
- AAH versée mensuellement. Montant maximum de 810,89 €.
- Versement rétroactif à partir du premier jour du mois qui suit la date du récépissé de la demande.

❖ En cas de refus :

Un recours est possible dans un délai de deux mois à compter de la notification.



Fin du versement à 60 ans si le taux d'incapacité est inférieur à 80%. Désormais, les bénéficiaires de l'AAH qui ont atteint l'âge légal de départ à la retraite et dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80% n'ont plus à faire valoir leurs droits à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) pour conserver l'AAH.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Qu'est-ce ?

C'est une aide personnalisée et modulable en fonction de vos besoins liés à une perte d'autonomie.

Les montants attribués doivent être justifiés ou remboursés.

Durée

La PCH est attribuée pour une durée déterminée en fonction de la situation personnelle de son titulaire.

Conditions

❖ Age :

- Etre âgé de moins de 60 ans.
- Pour les enfants et adolescents : répondre aux critères de l'AEEH et de son complément.

❖ Handicap :

- Avoir une difficulté absolue pour accomplir au moins 1 activité essentielle de la vie quotidienne (manger, se lever, s'habiller).

ou

- Avoir une difficulté grave pour accomplir au moins 2 activités essentielles.

❖ Résidence :

- Résider de manière stable et régulière en France.
- Si la personne est étrangère, une carte de résident et un titre de séjour valide sont demandés en complément.

Démarches

Déposez le formulaire Cerfa n° 15695*1, accompagné d'un certificat médical datant de moins de 3 mois (formulaire Cerfa n° 13878*01)

+ tout document pouvant être utile à la demande.

- Dossier étudié par une équipe pluridisciplinaire de la CDAPH.
- Le demandeur est informé de la date d'étude du dossier par la CDAPH. Une première proposition est faite par l'équipe et le demandeur a 15 jours pour y répondre.
- La CDAPH prend une décision qui est notifiée au demandeur par la MDPH.

Cumul

- Cumul possible avec l'AAH.
- La PCH accordée pour l'aménagement du véhicule et du logement peut se cumuler avec l'AEEH.

Vous pouvez introduire une demande de PCH après vos 60 ans sous conditions. Pour plus d'informations consulter le site service-public.fr ou mdph.fr.

Demander l'aide d'une assistante sociale pour vous accompagner dans la constitution de la demande de PCH.

Une procédure de demande de PCH en urgence existe. Pour plus d'informations consulter le site mdph.fr.

La carte d'invalidité et la carte européenne de stationnement

La carte d'invalidité

❖ Conditions :

- Taux d'incapacité doit être d'au moins 80 %
ou
- Bénéficiaire d'une pension d'invalidité classée en 3e catégorie

❖ Démarches:

Remplir le formulaire Cerfa n° 15695*1, et joindre les pièces justificatives demandées. Retourner ce formulaire par LRAR à la MDPH dont vous dépendez.

❖ Avantages :

- Droit à la priorité d'accès à certaines places assises pour vous et la personne qui vous accompagne (transports en commun, salles d'attente...).
- Droit à une demi-part supplémentaire, si vous êtes bénéficiaire d'une carte d'invalidité pour une incapacité d'au moins 80 %. Cette demi-part est attribuée à chaque conjoint ou partenaire remplissant cette condition. Si les deux membres du couple sont concernés, chacun a donc droit à une demi-part.

Attention : Elle ne donne pas droit aux places réservées de stationnement pour lesquelles il faut être titulaire de la carte européenne de stationnement.

La carte européenne de stationnement

❖ Conditions:

La carte peut être attribuée à toute personne dont le handicap :

- réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied (périmètre de marche limité et inférieur à 200m, prothèse de membre inférieur, appareillage d'apport d'oxygène pour aide à la respiration),
- ou impose la présence d'une tierce personne pour l'aider dans tous ses déplacements (par exemple, personne atteinte d'une déficience sensorielle ou mentale).

À savoir : une personne qui doit systématiquement utiliser un fauteuil roulant remplit d'office les conditions d'attribution, y compris lorsqu'elle manœuvre le fauteuil roulant seule et sans difficulté.

❖ Démarches:

Remplir le formulaire Cerfa n° 15695*1, et joindre les pièces justificatives demandées. Retourner ce formulaire par LRAR à la MDPH dont vous dépendez.

❖ Avantages:

- Se garer gratuitement et sans limitation de durée sur toutes les places de stationnement ouvertes au public (y compris sur les places non réservées au stationnement des personnes handicapées).

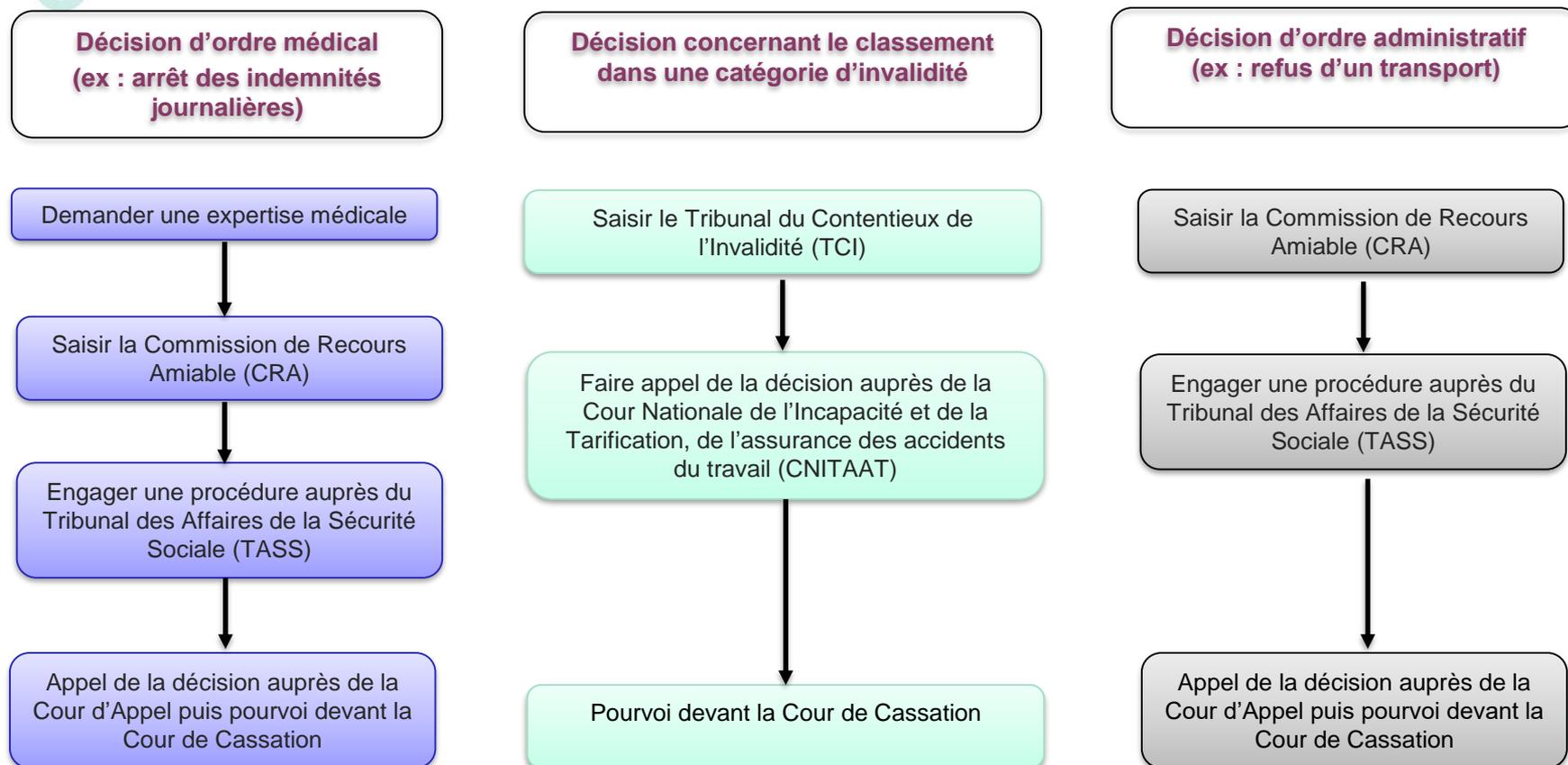
Attention : Le titulaire de la carte pourra être soumis au paiement d'une redevance pour se garer dans les parcs de stationnement munis de bornes d'entrée et de sortie accessibles aux personnes handicapées depuis leur véhicule.



Une carte mobilité (CMI) est amenée à remplacer progressivement ces cartes dès à présent..

Les recours auprès de la CPAM

Comment contester une décision prise par l'Assurance Maladie ?



Pendant le délai d'instruction vos IJ seront suspendues.

Pendant vos traitements ou à la fin de vos traitements

Sommaire

Acteurs du retour à l'emploi	
Le médecin du travail	40
Le médecin traitant	40
L'employeur	40
Le retour à l'emploi après la maladie	41
Le temps partiel thérapeutique	42
- Dans le secteur privé	43
- Dans la fonction publique	44
Incapacité de travailler à temps plein : pension d'invalidité dans le secteur privé	
L'actionnement	46
Les montants	47
Le licenciement pour inaptitude	48
Suivi post ALD	49

Acteurs du retour à l'emploi :

Le médecin du travail

❖ Qui est-ce ?

Le médecin du travail est amené à surveiller régulièrement la santé des salariés et peut proposer différentes mesures à l'employeur en fonction de l'état de santé du salarié.

❖ Comment ?

Lorsque le salarié a été en arrêt de travail depuis 30 jours et jusqu'à 3 mois, il rencontre le médecin du travail dans le cadre d'une visite de reprise. C'est à l'employeur de l'organiser. Elle permet au médecin du travail de se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié et de proposer des aménagements de poste.

Si le salarié a été en arrêt depuis plus 3 mois, une visite de pré-reprise avec le médecin du travail lui permet d'anticiper les conditions de son retour avant la visite de reprise et de négocier des aménagements.

❖ La visite de pré-reprise

Elle peut se faire dès 3 mois d'arrêt mais peut également être demandée à n'importe quel moment de l'arrêt de travail. Elle est à l'initiative du salarié, du médecin de la sécurité sociale ou de son médecin traitant. Elle est gratuite et peut avoir lieu à plusieurs reprises.

❖ Effets

Les conclusions sur l'état de santé du salarié lui permettront de préconiser des aménagements de poste en termes d'horaires ou de tâches à accomplir ou à exclure. L'employeur doit prendre en compte ses préconisations et les mettre en œuvre dans la mesure du possible.

Le médecin traitant

❖ Qui est-ce ?

Votre médecin peut se mettre en lien avec le médecin du travail et le médecin conseil de la Sécurité sociale pour préconiser des aménagements pour son patient.

❖ Comment ?

C'est un acteur de la demande de temps partiel thérapeutique, puisqu'il peut en initier la procédure.

Il détermine le pourcentage de temps de travail en fonction de l'état de santé de son patient.

Il fournit la prescription au salarié qui doit renvoyer les volets 1 et 2 à la Sécurité sociale et le volet 3 à son employeur.

L'employeur

C'est un acteur essentiel du retour à l'emploi, il est important de toujours rester en contact avec lui pour l'informer de vos intentions et de vos souhaits. Votre supérieur hiérarchique peut être un intermédiaire de choix.

Les autres acteurs du retour à l'emploi

- Agefiph, CAP emploi et Sameth
- Centre de rééducation professionnelle (CRP)
- Service social de la CARSAT
- Santé Emploi Info Service : 03 20 44 55 55
- Autres associations d'informations

👉 Pages [51](#) et [52](#)

Le retour à l'emploi après la maladie

La volonté d'un retour à l'emploi ou votre état de santé ne justifie plus un arrêt de travail à temps plein

Conseil

- ✓ Demander une **visite de pré-reprise** auprès du médecin du travail, avant la fin de l'arrêt de travail, pour envisager les aménagements du poste.
- ✓ Une **visite de reprise** a obligatoirement lieu dans les 8 jours de la reprise lorsque l'arrêt est de plus de 30 jours consécutifs.
- ✓ Lors de cette visite, le médecin du travail statue sur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié. Il peut prescrire des **aménagements** que l'employeur devra suivre.

En cas de déclaration d'inaptitude

L'employeur a une obligation de reclassement. Il dispose d'**un mois** pour proposer un poste correspondant aux préconisations du médecin du travail.

En cas de reclassement impossible, d'absence de poste ou de refus du salarié

L'employeur **peut licencier le salarié pour inaptitude**.
Le salarié a droit à toutes les indemnités légales et conventionnelles de licenciement, hormis l'indemnité de préavis (sauf stipulations conventionnelles plus favorables).

En cas de poste proposé et accepté par le salarié

La reprise du travail a lieu.
☞ Page 42, Le temps partiel thérapeutique et les autres modalités de retour à l'emploi.

En cas de déclaration d'aptitude

La reprise du travail a lieu.
☞ Page 42, Le temps partiel thérapeutique et les autres modalités de retour à l'emploi.



Vous avez la possibilité de contester l'avis du médecin du travail devant le Conseil des Prud'hommes dans un délai de 15 jours.

Retour à l'emploi après la maladie

Le temps partiel thérapeutique

❖ Qu'est-ce ?

C'est un aménagement du temps de travail. Il permet la reprise progressive du travail par le salarié et un aménagement des horaires suite à un arrêt de travail. A savoir, une personne en ALD n'a pas besoin d'avoir été en arrêt pour bénéficier du temps partiel thérapeutique.

La reprise en temps partiel thérapeutique doit avoir un effet bénéfique sur la santé du salarié.

❖ Comment ?

Le temps partiel thérapeutique est prescrit par votre médecin traitant et validé par le médecin conseil de la sécurité sociale. L'employeur a toujours le choix d'accepter ou de refuser cet aménagement. Suite à une visite de reprise avec le médecin du travail, le salarié reprend son poste de travail à temps partiel avec éventuellement un avenant à son contrat de travail précisant les modalités de ce temps partiel.

❖ Effets

La Sécurité sociale verse des indemnités journalières pour compenser la perte de salaire.

Le temps de travail sera déterminé par le médecin traitant et peut être inférieur ou supérieur à un mi-temps.

☞ **Page 43**, Le temps partiel thérapeutique dans le secteur privé

☞ **Page 44**, Le temps partiel thérapeutique dans la fonction publique

Les autres modalités de retour à l'emploi après la maladie

- Le contrat de rééducation professionnelle ☞ **page 53**
- Le stage de rééducation professionnelle ☞ **page 53**
- Le contrat d'aide et de retour à l'emploi durable ☞ **page 54**
- Le contrat initiative-emploi ☞ **page 54**
- Le congé individuel de formation ☞ **page 55**
- Le bilan de compétences ☞ **page 55**
- L'allocation d'aide au retour à l'emploi ☞ **page 56**



Depuis le 1^{er} janvier 2017, les travailleurs indépendants ont la possibilité de reprendre le travail à temps partiel thérapeutique et de percevoir des IJ de la part du RSI au même taux et selon les mêmes conditions que les salariés affiliés au régime général de la Sécurité sociale.

Temps Partiel Thérapeutique dans le Secteur Privé

Démarches conseillées :

Demander en priorité l'accord de principe de l'employeur car il n'a pas obligation d'accepter le temps partiel thérapeutique.
Eventuellement, par l'intermédiaire du médecin du travail.

Si accord de l'employeur :
Prescription du médecin traitant à transmettre à l'organisme de Sécurité sociale.

Avis du médecin conseil de la Sécurité sociale : accord ou refus.
Détermine la durée + le montant des indemnités journalières.
Si refus, recours possible devant la Commission de Recours Amiable.

Si l'arrêt de travail a duré 3 mois ou plus : visite de pré-reprise possible à l'initiative du salarié ou du médecin conseil.
A partir de 30 jours ou plus d'arrêt de travail : visite de reprise obligatoire avec la médecine du travail à l'initiative de l'employeur dans les 8 jours suivant la reprise.

Lorsque le temps partiel thérapeutique est validé par le médecin traitant, l'employeur et la Sécurité sociale : réintégration dans l'entreprise. Etablissement éventuel d'un avenant au contrat de travail. Les congés payés sont calculés au prorata du temps travaillé. En cas de refus et en l'absence de prolongation d'arrêt de travail, le salarié devra reprendre son poste.

Temps travaillé : A déterminer, avec le médecin qui prescrit le temps partiel thérapeutique, en fonction de votre état de santé.
Durée : 1 an par pathologie, sauf accord de prolongation exceptionnel.
Paie : Employeur : rémunération correspondant à l'activité professionnelle. CPAM : Maintien des IJ sur temps non travaillé.
Prévoyance : complément éventuel compensant la perte de revenus



La demande de temps partiel thérapeutique doit se faire suffisamment tôt car il y a un certain temps de traitement des dossiers par la caisse d'Assurance maladie. En règle générale le médecin prolonge l'arrêt et précise la date de début du temps partiel, au regard du délai d'instruction du dossier. La demande peut également s'effectuer après une reprise du travail à temps plein, suivi d'un passage à temps partiel thérapeutique en raison des conséquences d'une affection de longue durée (ALD).

Temps Partiel Thérapeutique dans la Fonction Publique

Le temps partiel thérapeutique (TPT) doit obligatoirement être précédé d'un :

- Congé longue maladie
- **OU** Congé de longue durée
- **OU** Congé de maladie ordinaire
- **OU** Congé pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions



Prévenir l'Administration de votre volonté de reprendre à temps partiel thérapeutique et joindre un certificat médical du médecin traitant.



Le TPT pourra être accordé après avis favorable concordant du médecin agréé par l'administration. Si les avis du médecin traitant et du médecin agréé ne concordent pas, le comité médical ou la commission de réforme sera saisi.



En complément, la médecine du travail peut être sollicitée pour apporter son point de vue au regard des éléments transmis par le médecin traitant du fonctionnaire.

- Réintégration en TPT
- **Maladie ou accident non professionnel**
- **Maladie ou accident professionnel**

👉 Page [45](#)

Temps Partiel Thérapeutique dans la Fonction Publique

Réintégration en TPT

Plein traitement au niveau de votre salaire et de vos droits (avancements, retraite, congés maladie).

Attention :

Les congés annuels et les éventuelles primes seront calculés au prorata du temps effectivement travaillé.

Quotité de travail

Le temps partiel thérapeutique ne peut être inférieur au mi-temps. Les quotités de travail varient entre 50%, 60%, 70%, 80% et 90% d'un temps complet.

Maladie ou accident non professionnel

Avis du médecin agréé par l'administration.

En cas de désaccord du médecin agréé par l'administration, il y aura saisine du comité médical compétent.

Arrêté de l'Administration. En cas d'avis défavorable : possibilité de recours contentieux.

Durée du temps partiel thérapeutique : 3 mois renouvelables dans la limite d'1 an maximum par affection.

Maladie ou accident professionnel

Avis du médecin agréé par l'administration

En cas de désaccord du médecin agréé par l'administration, il y aura saisine de la commission de réforme compétente.

Arrêté de l'Administration. En cas d'avis défavorable : possibilité de recours.

Durée du temps partiel thérapeutique : 6 mois maximum, renouvelables une fois.

Incapacité de travailler à temps plein : Pension d'invalidité dans le secteur privé L'actionnement

Qu'est-ce ?

Une pension d'invalidité afin de compenser votre perte de salaire liée à une capacité de travail réduite suite à un accident ou à une maladie d'origine non professionnelle.

Conditions

Age

Vous n'avez pas atteint l'âge légal de départ à la retraite (entre 60 et 62 ans selon votre date de naissance).

+

Incapacité

Votre capacité de travail ou de revenus doit être réduite d'au moins deux tiers.

+

Affiliation à la Sécurité sociale

❖ Durée d'immatriculation :

Vous devez avoir été affilié à un régime d'Assurance maladie pendant au moins 12 mois.

❖ Cotisations à la Sécurité sociale :

Vous devez justifier d'avoir effectué :

- Soit un certain nombre d'heures de travail : 600 heures de travail salarié (ou 800 heures si la date d'interruption de travail ou la constatation de l'invalidité est antérieure au 1^{er} février 2015) au cours des 12 mois précédant la constatation de l'état d'invalidité ou l'interruption de travail.
- Soit avoir cotisé sur un certain montant de salaire : 2030 fois le SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'interruption de travail.

Démarches

- Le **médecin-conseil de la Sécurité sociale** vous a proposé une mise en invalidité.

OU

- Vous pouvez effectuer la demande **vous-même** :
 - En adressant un certificat médical de votre médecin traitant au médecin conseil de votre caisse d'Assurance Maladie.
 - En contactant directement le médecin conseil du service médical de votre caisse.

OU

- Votre **médecin traitant**, avec votre accord, adresse directement un certificat médical au médecin-conseil de la Sécurité sociale.

Incapacité de travailler à temps plein : Pension d'invalidité dans le secteur privé Les montants

Il existe 3 catégories en fonction de votre degré d'invalidité.

Le montant de la pension est calculé en fonction de la catégorie et du salaire moyen de vos 10 meilleures années de salaires perçus.

1^{ère} catégorie

Vous êtes invalide mais capable d'exercer une activité rémunérée.

Montant

- 30% du salaire annuel moyen*.
- Le montant mensuel ne peut être inférieur à 282,78 euros et est plafonné à 980,70 euros.

* Le calcul du montant de votre pension d'invalidité s'effectue sur vos 10 dernières meilleures années

2^{ème} catégorie

Vous êtes invalide, incapable d'exercer une activité quelconque, mais un cumul avec un revenu peut être toléré sous certaines conditions. La mise en invalidité ne signifie pas nécessairement l'inaptitude à votre poste de travail. Seul le médecin du travail peut décider de votre aptitude ou inaptitude.

Montant

- 50% du salaire annuel moyen*.
- Le montant mensuel ne peut être inférieur à 282,78 euros et est plafonné à 1 634,50 euros.

3^{ème} catégorie

Vous êtes invalide, incapable d'exercer une activité et dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne.

Montant

- 50% du salaire annuel moyen* + une majoration pour la tierce personne.
- Le montant mensuel ne peut être inférieur à 282,78 euros + 1104,19 euros et est plafonné à 1634,50 euros + 1107,49 euros.

Allocation supplémentaire d'invalidité

Elle peut vous être versée si vos ressources sont inférieures à un plafond annuel fixé à :

- 8 457,76 euros si vous êtes seul.
- 14 814,39 euros si vous êtes en couple.

Si vous êtes toujours dans les effectifs de votre entreprise, continuez à envoyer vos arrêts de travail à votre employeur. Informez votre employeur pour instruire un dossier d'indemnisation auprès de la caisse de prévoyance. Votre pension d'invalidité est soumise à l'impôt sur le revenu.

Le licenciement pour inaptitude

- A la suite de votre arrêt maladie, vous n'avez peut-être plus la capacité de reprendre votre travail. Vous pouvez solliciter une visite médicale afin d'anticiper un risque d'inaptitude.
- Lors de cette visite, le médecin du travail statue sur votre aptitude au travail. Il peut prescrire des aménagements qui s'imposeront à l'employeur.
- Si le médecin du travail mentionne expressément que « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé* » ou que « *l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* », alors l'employeur peut vous licencier pour inaptitude sans proposition de reclassement.
- En cas d'avis d'inaptitude, l'employeur doit vous faire des propositions de reclassement dans l'entreprise. Le poste proposé doit être le plus similaire possible à l'ancien poste occupé.
- Vous pouvez refuser le poste proposé sans perdre vos droits, si le refus n'est pas abusif compte tenu des propositions qui vous sont faites et de votre situation personnelle.
- A défaut de reclassement ou de licenciement à l'issue du délai d'un mois, le versement de votre rémunération reprendra.
- En l'absence de reclassement, l'employeur procède à votre **licenciement pour inaptitude**. Vous avez alors droit à l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement ainsi qu'à l'indemnité de congés payés.



Si vous omettez d'envoyer vos arrêts de travail à votre employeur, celui-ci pourra considérer vos absences comme étant des absences injustifiées et ainsi prendre des mesures à votre encontre, voire procéder à votre licenciement pour abandon de poste ou pour faute.

Suivi post ALD

Prise en charge par l'Assurance Maladie des examens de suivi d'un cancer guéri

Qui ?

Toute personne ayant eu une affection grave initialement prise en charge par l'ALD mais qui n'a plus de traitement en relation avec cette maladie.

Toute personne ayant besoin d'un suivi clinique et biologique ou radiologique régulier du fait des traitements reçus.

Comment ?

Dès la fin de la prise en charge à 100%, le **médecin traitant** doit adresser au médecin conseil (de la caisse d'assurance maladie) une **ordonnance simple** avec une « demande d'entrée dans le suivi post-ALD » en précisant bien le **diagnostic de la maladie antérieure** qui était pris(e) en charge à 100%.

La mention « **suivi post ALD** » doit être nécessairement indiquée sur les prescriptions médicales et sur les feuilles de soin.

Effets ?

Les dépenses prises en charge à 100% dans ce dispositif :

Les actes médicaux et les examens biologiques nécessaires au suivi de la maladie antérieure. Exemple : produits de contraste pour scanner ou IRM, produits de préparation colique avant coloscopie, médicaments antiallergiques associés à des produits de contraste, etc.

En revanche, les soins médicaux autres et frais de transports ne sont pas remboursés à 100%.

La durée de ce suivi post ALD est de 5 ans maximum avec possibilité de renouvellement.

Vous souhaitez que ne figure pas la mention de prise en charge à 100% sur votre attestation de carte vitale

Vous pouvez :

- ✓ Vous connecter sur votre compte personnel sur le site Ameli.fr et télécharger cette attestation avec ou sans la mention du 100%.
- ✓ Vous rendre à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie où vous sera remise cette attestation, avec ou sans la mention de 100%, selon votre choix.



ANNEXES

Les autres acteurs du retour à l'emploi :

Centre de Rééducation Professionnelle (CRP)	51
AGEFIPH, Cap Emploi et SAMETH	51
Cellules de prévention et de désinsertion professionnelle de la CARSAT	52

Les autres modalités du retour à l'emploi après la maladie :

Le contrat de rééducation professionnelle	53
Le stage de rééducation professionnelle	53
Le contrat d'aide et de retour à l'emploi durable	54
Le contrat initiative-emploi (CIE)	54
Le congé individuel de formation	55
Le bilan de compétences	55
L'allocation d'aide au retour à l'emploi	56

Les autres acteurs du retour à l'emploi :

Centre de Rééducation Professionnelle (CRP)

Avec approbation de la CDAPH

❖ Qu'est-ce ?

Il prévoit des formations de longue durée (souvent supérieures à 1 an) dédiées aux personnes en situation de handicap afin de faciliter leur réinsertion sociale et professionnelle.

❖ Comment ?

Il a pour vocation d'assurer une formation qualifiante en permettant à la personne d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles, en alliant un suivi médical, psychologique et social de la personne. Ces formations peuvent également être axées sur l'élaboration d'un futur projet professionnel.

❖ Effets

Les formations dispensées permettent aux personnes qui les suivent d'obtenir un diplôme homologué par l'Etat.

AGEFIPH, Cap Emploi et SAMETH

❖ Qu'est-ce ?

L'**Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH)** a pour objet de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire de travail.

Cap Emploi assure l'accompagnement des demandeurs d'emploi en situation de handicap et des entreprises.

Le **Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)** apporte aide et conseil à l'entreprise et au salarié, ou au travailleur indépendant, confrontés à une problématique de risque de perte d'emploi du fait d'une situation de handicap.

❖ Comment ?

Sous conditions de ressources, l'AGEFIPH peut soutenir des projets (financements, conseils et services).

Cap Emploi exerce ses missions en partenariat avec l'AGEFIPH, notamment en proposant des actions de recrutement et d'intégration.

L'objectif de la SAMETH, quant à lui, est de trouver une solution de maintien dans l'entreprise.

Les autres acteurs du retour à l'emploi :

Cellules de prévention de la désinsertion professionnelle de la CARSAT

❖ Qu'est-ce ?

Un service social de l'Assurance maladie prenant en charge les salariés en arrêt de travail, titulaires de la RQTH ou non, et qui risquent la désinsertion professionnelle du fait d'un problème de santé.

❖ Comment ?

L'objectif est de permettre un retour à l'emploi dans les meilleures conditions, à leur ancien poste ou à un autre poste dans la même entreprise, ou une réorientation professionnelle dans un autre secteur d'activité.

❖ Effets

Sur orientation du médecin conseil, le service peut proposer un accompagnement aux salariés en arrêt depuis plus de 90 jours, et parfois de 45 jours.

Il s'agit d'un accompagnement personnalisé, l'assuré peut bénéficier d'un bilan de compétences et éventuellement d'une formation tout en continuant à percevoir ses indemnités journalières.

Les modalités de retour à l'emploi après la maladie :

Le contrat de rééducation professionnelle

❖ Qu'est-ce ?

C'est un contrat qui a pour but de permettre à une personne en situation de handicap et ayant la RQTH de se familiariser à nouveau avec l'exercice de son ancien ou de son nouveau métier. Cela lui permet également d'aménager son poste de travail afin de faciliter son maintien dans l'entreprise.

Ce contrat peut avoir une durée comprise entre 3 mois et 1 an. Il peut être mis en place à la suite d'un temps partiel thérapeutique.

❖ Comment ?

Le contrat est conclu entre la Caisse primaire d'assurance maladie, l'employeur et la personne en situation de handicap, avec l'approbation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

La personne doit prendre contact avec son médecin du travail qui se mettra en lien avec le Service Insertion Professionnelle de la CPAM.

❖ Effets

Le salarié perçoit l'intégralité de son salaire.

Le stage de rééducation professionnelle

❖ Qu'est-ce ?

Il permet à une personne en situation de handicap de suivre une formation qualifiante afin de revenir dans le monde professionnel avec des compétences nouvelles, et généralement avec un nouveau diplôme.

❖ Comment ?

Sa durée est de 10 à 30 mois et il se réalise dans un Centre de rééducation professionnelle (CRP).

❖ Effets

Les frais de formation, de séjour et de transport du stagiaire sont pris en charge par l'Assurance maladie.

Les autres modalités de retour à l'emploi après la maladie

Le contrat initiative – emploi (CIE)

❖ Qu'est-ce ?

Contrat qui a pour objectif d'aider à l'insertion professionnelle des personnes sans emploi et rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi.

Il peut s'agir d'un CDI ou d'un CDD supérieur à 6 mois. Ce contrat peut être prolongé dans la limite d'une durée totale de 24 mois en fonction du bénéficiaire et de l'évaluation des actions réalisées au cours du contrat. Il peut être à temps plein ou à temps partiel (minimum 20h par semaine).

❖ Comment ?

La personne désireuse d'obtenir un CIE doit s'adresser à l'un des organismes compétents en matière d'insertion professionnelle tels que Pôle emploi, Cap Emploi, etc. Le bénéficiaire du contrat est considéré comme un salarié à part entière et l'employeur peut bénéficier de certaines aides de l'Etat.

Le contrat d'aide et de retour à l'emploi durable (CARED)

❖ Qu'est-ce ?

Dispositif seulement mis en place dans la région Rhône-Alpes-Auvergne.

Il s'agit d'une formation ou d'une action d'accompagnement financée par la région sous condition d'un engagement ferme par l'employeur à recruter la personne.

Elle permet d'aider à l'insertion professionnelle.

❖ Comment ?

Partenariat établi entre la région et les entreprises, les agences intérim et les organismes de formation pour garantir l'embauche à l'issue d'une formation.

Les autres modalités de retour à l'emploi après la maladie

Le congé individuel de formation (CIF)

❖ Qu'est-ce ?

C'est un congé permettant au salarié de s'absenter de son poste pour suivre une formation de son choix.

Il permet de l'aider à une reconversion, d'accéder à un niveau de qualification supérieur, et n'est pas obligatoirement en lien avec sa profession.

❖ Comment ?

La demande est à envoyer par lettre recommandée avec accusé de réception à l'employeur dans un délai de 4 mois avant le début de la formation. L'employeur ne peut pas refuser le congé mais peut seulement le reporter de 9 mois maximum pour raisons de service ou s'il y a dépassement d'un pourcentage d'absences simultanées de l'effectif de l'entreprise.

Si le salarié est pris en charge par la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle, cette formation peut être réalisée pendant son arrêt de travail

❖ Modalités

Le CIF est financé par des organismes dédiés tels que le Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation (FONGECIF) ou les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA).

Le bilan de compétences

❖ Qu'est-ce ?

Le bilan de compétences permet à un travailleur ou un demandeur d'emploi d'analyser ses compétences professionnelles, ainsi que ses aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel et, éventuellement, un projet de formation.

❖ Comment ?

Il est réalisé par un organisme prestataire selon des étapes bien précises.

Il est basé sur le volontariat du salarié et peut être réalisé dans le cadre d'un congé spécifique ou du plan de formation de l'entreprise.

Ce bilan peut être réalisé pendant l'arrêt de travail du salarié.

Les autres modalités de retour à l'emploi après la maladie :

L'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE)

❖ Qu'est-ce ?

L'ARE est un revenu de remplacement versé par Pôle Emploi, sous certaines conditions, aux salariés inscrits comme demandeurs d'emploi et involontairement privés d'emploi.

❖ Comment ?

La durée du versement de l'ARE varie selon l'âge, la durée de l'affiliation à l'assurance chômage du demandeur d'emploi, et de la durée d'emploi du demandeur avant la fin de son contrat de travail.

Le montant de l'allocation comprend une partie fixe et une partie variable calculée à partir du salaire journalier de référence du bénéficiaire (spécificités pour certaines professions).

Plus d'informations sur les différentes professions sont disponibles sur les sites:

- ✓ Sur les différents sites des ministères correspondant
- ✓ <http://www.onisep.fr/>
- ✓ <http://www.studyrama.com/>



Glossaire (1)

Le « Pas à pas » des démarches administratives

- AAH :** L'**Allocation Adultes Handicapés** est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter 4 critères : incapacité, âge, nationalité et ressource.
- AEEH :** L'**Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé** est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation.
- AGEFIPH :** Les aides de l'**Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées** sont destinées aux personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé et à leur employeur. Elles sont à destination des employeurs privés ou publics soumis au droit privé (établissement public à caractère industriel et commercial), quel que soit l'effectif de l'entreprise.
- ALD :** L'**Affection Longue Durée** est une maladie grave et/ou chronique ouvrant droit à une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.
- AMEXA :** L'**Assurance Maladie des Exploitants Agricoles** couvre les soins engagés dans le cadre de la maladie, de l'invalidité, et de la maternité des exploitants agricoles et de leur famille. Elle assure aussi le versement d'une pension d'invalidité au chef d'exploitation et au collaborateur en cas d'inaptitude jusqu'à l'âge d'obtention d'une pension de vieillesse.
- ARE :** L'allocation d'**Aide au Retour à l'Emploi** est calculée à partir de vos anciens salaires, y compris les primes. Seuls les salaires soumis aux contributions de Pôle emploi sont retenus. Le montant de l'allocation varie selon le montant des salaires perçus antérieurement, les modes d'activité (activité à temps plein, à temps partiel) ainsi que la perception d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie.
- AERAS :** "**S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé**" : Convention signée entre les pouvoirs publics, les professionnels de l'assurance et de la banque, des associations de consommateurs et des associations de personnes malades ou handicapées pour permettre un meilleur accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.
- ATEXA :** Un accident du travail ou une maladie professionnelle entraîne des dépenses de santé, voire un arrêt de travail. L'**Accident du Travail des Exploitants Agricole** protège contre ces risques et leurs conséquences pour les exploitants agricoles, leurs familles et leurs entreprises.
- CAF :** La **Caisse d'Allocation Familiale** est un organisme public chargé de verser des aides à caractère familial.
- Cap Emploi :** **Cap Emploi** est une structure financée par les fonds de l'AGEFIPH et qui a pour vocation d'aider les travailleurs handicapés dans leur maintien et leur recherche d'emploi tout en assurant le suivi de leur placement. Sa mission peut également être remplie par des EPSR (Equipe de Préparation et de Suite au Reclassement) ou des OIP (Organisme d'insertion et de placement).
- CARSAT :** La **Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail** est un organisme de Sécurité Sociale compétent pour gérer les retraites, les missions relatives à l'Assurance maladie, ainsi que la prévention des risques professionnels.

Glossaire (2)

- CDAPH :** La **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées** est un organisme au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) chargé de répondre aux demandes faites par les personnes handicapées ou leurs représentants (cas des enfants mineurs) concernant leurs droits.
- CDD :** Le **Contrat de travail à Durée Déterminée** est un contrat par lequel un employeur (société, entreprise...) recrute un salarié pour une durée limitée. Un tel contrat n'est possible que pour l'exécution d'une tâche précise et temporaire et seulement dans les cas énumérés par la loi.
- CDI :** Le **Contrat de travail à Durée Indéterminée** est la forme normale et générale de la relation de travail. Par définition, il ne prévoit pas la date à laquelle il prend fin.
- CLD :** Un **Congé de Longue Durée** est attribué aux fonctionnaires, après avis obligatoire du comité médical, si vous êtes atteint d'une maladie grave. L'obtention du CLD est soumise à conditions. Le CLD intervient sur demande au terme de la 1^{ère} année du CLM.
- CLM :** Le fonctionnaire a droit à des **Congés de Longue Maladie** lorsqu'il est constaté que la maladie le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions. La maladie doit rendre nécessaire un traitement et des soins prolongés, présenter un caractère invalidant et de gravité confirmée.
- CMO :** En cas de maladie dûment constatée mettant le fonctionnaire dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, ce dernier est placé de droit en **Congé de Maladie Ordinaire**.
- CMS :** Le **Comité Médical Supérieur**, placé auprès du Ministre de la Santé, intervient en qualité d'instance consultative d'appel des avis émis par le Comité Médical départemental. Il est également chargé de la coordination au plan national des avis de l'ensemble des Comités Médicaux départementaux.
- CNIL :** La **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés** est une autorité administrative indépendante qui a pour mission essentielle de protéger la vie privée et les libertés individuelles ou publiques.
- CNITAAT :** La **Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail** constitue depuis 2003 le second degré de juridiction de l'ordre judiciaire, chargé du contentieux technique de la sécurité sociale, le premier degré étant constitué par les Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité (TCI). La CNITAAT statue donc en appel des jugements des TCI. Elle statue également en premier et dernier ressort, c'est-à-dire directement et sans possibilité d'appel, sur les contestations en matière de tarification des cotisations dues par les entreprises au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Glossaire (3)

- CPAM :** La **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** est un organisme de droit privé rattaché à la Sécurité Sociale exerçant dans le cadre d'une circonscription territoriale une mission de service public définie par l'Etat.
- CRA :** La **Commission de Recours Amiable** est une émanation du conseil d'administration d'un organisme de Sécurité Sociale, chargée d'examiner les recours gracieux présentés par un assuré social, un allocataire, un pensionné ou un cotisant et relatifs aux litiges relevant du contentieux général de la sécurité sociale, à l'exclusion de ceux relevant du contentieux technique (litiges médicaux).
- CRP :** Les **Centres de Rééducation Professionnelle** proposent des stages de rééducation professionnelle permettant aux personnes handicapées de suivre une formation qualifiante avec la possibilité d'être rémunéré. L'objectif des CRP est d'entraîner ou de ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle.
- FONGECIF :** Les **Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation** sont des acteurs de l'information et de l'orientation des salariés ainsi que du financement des projets professionnels.
- GEX Patient :** Le **Groupes d'Expert Patient** est un groupe de travail de l'Association Française des Soins Oncologiques de Support.
- IAD :** L'assuré est en **Invalidité Absolue et Définitive** lorsqu'il se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité absolue et définitive médicalement constatée de se livrer à un travail quelconque lui procurant gain et profit et si son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Elle ouvre droit au déclenchement de la garantie de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) d'un contrat d'assurance-crédit, qui prévoit un remboursement total du crédit par l'assureur en cas d'incapacité définitive à exercer toute activité rémunératrice à la suite d'un accident ou d'une maladie. Dans tous les contrats assurance prêt, cette garantie est systématiquement liée à la garantie décès.
- IJ :** Les **indemnités Journalières** correspondent à une compensation financière liée à un arrêt maladie. Elles sont versées par la Sécurité Sociale.
- IPP :** L'**Incapacité Permanente Partielle** est l'impossibilité permanente d'exercer certaines activités professionnelles à la suite d'une affection ou d'un accident. Elle est évaluée par un expert afin de déterminer les indemnités que doit percevoir la personne concernée.
- IPT :** L'**Incapacité Permanente Totale** peut être actionnée lorsque l'assuré est reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre activité professionnelle lui procurant gain ou profit et dont le taux d'incapacité fonctionnelle est égal à 100%.
- ITT :** L'**Incapacité Temporaire Totale** peut être actionnée lorsque l'assuré est dans l'impossibilité totale physique ou mentale (médicalement constatée) d'exercer temporairement toute activité.

Glossaire (4)

- J2R :** Les **Journées Interrégionales en Soins Oncologiques de Supports** ont pour objectif de faciliter, grâce à une mutualisation des expertises et des moyens, la mission des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) concernant la mise à disposition de référentiels interrégionaux (RIR) dans le domaine des soins oncologiques de support.
- MDPH :** Les **Maisons Départementales des Personnes Handicapées** sont des groupements d'intérêt public, sous l'égide des Conseils généraux, réunissant l'ensemble des acteurs publics et associatifs intervenant dans le domaine du handicap.
- MSA :** La **Mutualité Sociale Agricole** est une association loi 1901, de droit privé, qui offre la possibilité aux salariés et exploitants du secteur agricole français de bénéficier de certains services de protection sociale. L'adhésion à cette mutualité est volontaire et non obligatoire. La MSA gère de façon globale la protection sociale des salariés et non-salariés agricoles ainsi que de leurs ayants droits et des retraités. Elle prend en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels, et mène des actions à caractère sanitaire et social. Le mutualisme à la MSA se traduit par l'engagement quotidien de bénévoles issus du milieu agricole, pour la plupart en activité.
- OPCA** Les **Organismes Collecteurs Paritaires Agréés** sont chargés de collecter, mutualiser et redistribuer les obligations financières des entreprises en matière de formation professionnelle. Ils sont agréés et contrôlés par l'État.
- PCH** La **Prestation de Compensation du Handicap** est une aide financière versée par le département. Elle est destinée à rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie. Son attribution dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et de la résidence.
- PTIA** La **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** est l'invalidité la plus grande et la plus importante. Elle est généralement toujours associée à la garantie décès. La prestation de l'assureur sera identique à celle du décès, soit le remboursement du capital.
- RCP** Les **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire** regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant au patient la meilleure prise en charge au regard des données acquises de la science.

Glossaire (5)

- RQTH :** La **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé** est une décision administrative qui accorde aux personnes en situation de handicap une qualité leur permettant de bénéficier d'aides spécifiques. Elle constitue un droit d'accès à des dispositifs d'accompagnement vers l'emploi.
- RSI :** Le **Régime Social des Indépendants** est un organisme français ayant pour mission d'assurer la protection sociale des travailleurs indépendants, artisans, industriels et commerçants et professions libérales. Il est administré par les représentants de ses assurés.
- SAMETH :** Les **Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés** permettent d'obtenir des aides de l'AGEFIPH pour le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés afin d'éviter le licenciement d'un salarié devenu inapte à son poste.
- TASS** Les **Tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale** sont des juridictions d'exception chargées de régler les litiges entre les particuliers et la Sécurité sociale. Ils assurent ce que l'on appelle le « contentieux général de la sécurité sociale ».
- TCI :** Le **Tribunal du Contentieux de L'incapacité** règle les litiges relatifs à l'invalidité ou à l'inaptitude au travail.
- TPT :** Le **Temps Partiel Thérapeutique** permet à une personne qui était en arrêt maladie de reprendre son activité professionnelle de façon progressive.
- VSL :** Le **Véhicule Sanitaire Léger** est habilité à transporter plusieurs patients (trois maximum par véhicule). Lorsque plusieurs patients sont véhiculés, une facture doit être établie pour chacun d'eux.