

# IMPACT SOCIAL DU CANCER

DONNÉES DE LA CAMPAGNE DE COLLECTE 2013

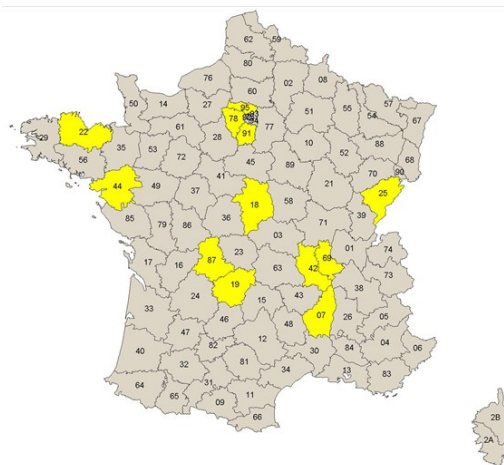
## INTRODUCTION

Après une expérimentation entre 2010 et 2012, la Ligue contre le cancer a décidé d'asseoir son Dispositif d'Observation pour l'Action Sociale (DOPAS), visant à **mieux analyser dans le temps l'impact social du cancer pour améliorer les réponses aux attentes des personnes malades.**

Ainsi tous les 2 ans, une enquête par questionnaires est mise en œuvre : 9 effets sociaux seront suivis dans le temps (voir page 8) et deux thématiques complémentaires explorées qualitativement. Pour 2013, il s'agit des restes à charge et du parcours social et administratif tel que perçu par les personnes malades.

L'enjeu de cette 2<sup>ème</sup> campagne de collecte est important : consolider le dispositif, mieux articuler l'observation avec la définition d'axes de

### Les 12 comités de la Ligue volontaires en 2013



travail que ce soit dans le champ de l'accompagnement des personnes malades ou dans celui du plaidoyer.

### DANS CE NUMÉRO :

**QUAND L'IMPACT SOCIAL DU CANCER EST SYNONYME DE COMPLEXITÉ** 1

**LES RESTES À CHARGE, ENTRE ACCEPTATION ET INCOMPRÉHENSION** 4

**SE FAIRE AIDER DANS LA VIE QUOTIDIENNE : ENTRE BESOINS COUVERTS ET NON COUVERTS** 5

**VIE PROFESSIONNELLE : UN BESOIN FORT D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET DE SENSIBILISATION DES EMPLOYEURS** 7

**LE PROJET DOPAS EN QUELQUES MOTS** 8

Plus de 2100 questionnaires et près de 90 recueils d'expérience ont été renseignés. La problématique de l'accès à une information sûre, compréhensible au regard de son cas personnel et celle de la mise en œuvre des démarches à engager, éventuellement avec un accompagnement social individualisé, traversent tant le parcours administratif de la personne malade que son parcours professionnel. Il reste que pour 1 personne sur 2 les conditions de prise en charge de la maladie du cancer génèrent des restes à charge, malgré la prise en charge à 100 %, qui se révèlent parfois très difficilement supportables financièrement.

## QUAND L'IMPACT SOCIAL DU CANCER EST SYNONYME DE COMPLEXITÉ DU PARCOURS

### LES CONSTATS

Différentes dispositions, en particulier dans le 2<sup>ème</sup> plan cancer, **cherchaient à anticiper les difficultés sociales pour limiter l'impact social du cancer** : une fiche de détection précoce a été créée à l'usage des professionnels de santé pour orienter vers des travailleurs sociaux les personnes qui pourraient avoir des difficultés sociales ; l'expérimentation des infirmières de coordination visait à améliorer le lien entre hôpital et domicile... Par ailleurs, les organismes de sécurité sociale ont développé un certain nombre de dispositifs pour faciliter le maintien à domicile ou lutter contre la désinsertion professionnelle.

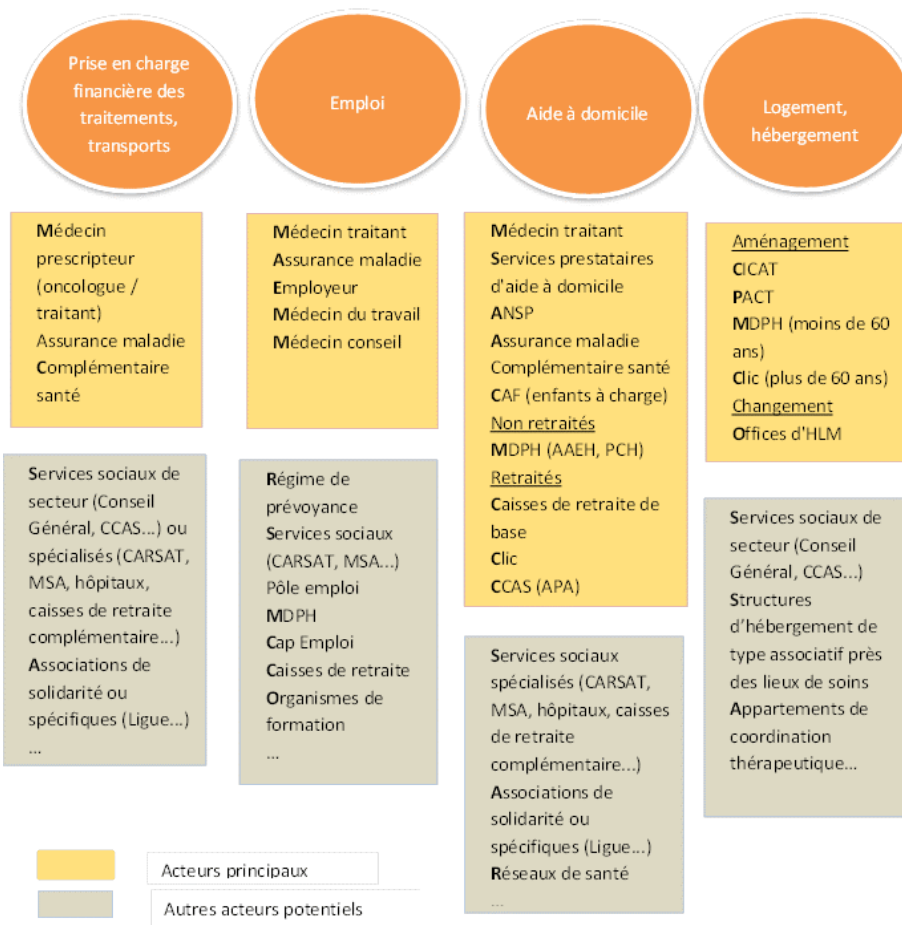
Pour autant, avec cette 2<sup>ème</sup> collecte, il apparaît clairement que l'impact social du cancer peut rendre **le parcours de vie de la personne malade particulièrement complexe.**

**1 personne sur 4 a rencontré un travailleur social pour la première fois du fait des conséquences de la maladie**, ce qui peut témoigner de la difficulté à comprendre des dispositifs jusqu'alors ignorés. Elles sont 1 sur 3 pour les personnes actives avant la maladie.

Dispositifs et acteurs du champ social, selon les questionnements

La première source de complexité tient à la multiplicité de dispositifs et d'acteurs concernés. Les difficultés des personnes malades se combinent et les amènent à chercher de multiples solutions, à interroger différents acteurs, eux-mêmes pas toujours en lien.

Certaines thématiques, d'ailleurs, posent manifestement plus de questions que d'autres : emploi, indemnités journalières / maintien de salaire et aide à domicile soulèvent le plus de commentaires, de la part des personnes malades comme des professionnels.



**Zoom sur les incidents de versement**

**29 % des personnes disent avoir subi des incidents ou retards de versement des indemnités ou pensions (625).**

Les **2 principaux dysfonctionnements** concernent la mise en place de l'ALD (en particulier pour les fonctionnaires), et le versement des Indemnités journalières (retard, irrégularités...).

**2/3 des personnes** ont vu leur problème résolu en **moins de 3 mois**. Par contre, les **dossiers de retraite, les dossiers MDPH, les dossiers d'invalidité** sont traités en plus de 3 mois respectivement pour 48 %, 46 % et 42 % des personnes, alors même que l'absence, même temporaire, de revenus de remplacement peut fragiliser fortement des budgets déjà tendus.

La complexité se traduit aussi par des situations « d'errance administrative », qui s'expliquent d'abord par un **accès difficile à l'information** : comment être sûr de la fiabilité des informations, **souvent techniques** ? S'orienter vers les bonnes personnes en capacité de répondre aux questions n'est pas aisé et les accueils téléphoniques standardisés sont particulièrement pointés du doigt : impression de déshumanisation des organismes, manque d'écoute renforcé.

« J'ai su incidemment que j'avais droit à un congé longue maladie avec plein salaire et personne pour m'expliquer comment faire. Je ne comprends toujours pas qui fait quoi et qui décide et comment. »  
 Une femme, 56 ans, fonctionnaire, en arrêt de travail

« Les difficultés que j'ai eues : plusieurs sons de cloches pour une même question : sécurité sociale – CAF – assistantes sociales. »  
 Une femme, 50 ans, bibliothécaire

« Il est très difficile d'avoir des éléments précis sur la fin des 3 ans d'arrêt de travail, et le passage en invalidité, incapacité, inaptitude...ce passage n'est pas clair du tout pour moi, je ne sais pas ce qui va m'arriver. »  
 Une femme, 45 ans, en rémission

Enfin, le cloisonnement des acteurs et la fragmentation des réponses est aussi source de complexité : défaut de transmission des informations, absence de coordination entre acteurs malgré leur multiplicité, méconnaissance des dispositifs complémentaires assurés par d'autres organismes sociaux. La compétence des travailleurs sociaux est particulièrement interrogée. Plusieurs témoignages évoquent des réponses limitées, trop générales ou arrivant après coup. La demande que formulent les personnes malades de pouvoir être accompagnées de manière globale alors même que certaines situations sont particulièrement complexes, n'est pas compatible avec une prise en charge parcellisée.

Par ailleurs, ces difficultés et l'angoisse qu'elles génèrent peuvent aussi avoir des répercussions sur la prise en charge médicale.

« Dame de 49 ans, pilier du foyer : divorcée, vit avec 2 enfants et sa mère.

Auxiliaire de vie payée par chèques CESU. L'arrêt de travail engendre une perte de ressources, avec une fragilité physique et psychologique. Elle ne peut plus tenir le foyer. [...]

Alerte sociale précoce des temps d'accompagnement soignant : lien avec l'assistante sociale et relais sociaux en ville. Demande de RSA faite. Délai avant l'arrivée des aides financières [...]

Parallèlement, hospitalisations multiples qui empêchent la patiente de gérer de manière autonome les différentes démarches. Les différents acteurs sociaux, n'ont eux aussi, pas le temps de coordonner toutes les actions en cours. »

Recueil d'expérience, infirmière à l'hôpital

## LES PROPOSITIONS DES PERSONNES MALADES ET DES PROFESSIONNELS

1. **Un meilleur accès à l'information** : besoin de supports d'information complets, tenant compte des spécificités locales et permettant d'identifier des contacts (types d'acteurs) ; cibler les informations selon les « populations de personnes malades », les dispositifs étant très liés aux profils (ex : l'âge).
2. **Une évaluation des besoins sociaux au début du traitement et réévaluable** en fonction des changements de situation. N'y a-t-il pas à imaginer des référentiels partagés par des acteurs pluridisciplinaires ?
3. **Des interlocuteurs privilégiés dans certains organismes** : dans les organismes de sécurité sociale, de prévoyance et les mutuelles, pouvoir disposer du nom d'un contact et pas seulement d'un numéro de téléphone.
4. **Le recours à une personne référente**, qui soit en mesure d'informer sur plusieurs problématiques et d'accompagner l'orientation vers les bons interlocuteurs. La question de la coordination des acteurs à l'échelle d'un territoire est en jeu. Elle se pose particulièrement dans les situations complexes nécessitant des connaissances techniques dans plusieurs champs. De même que la question de la formation des acteurs sociaux : comment renforcer la connaissance des travailleurs sociaux généralistes pour une meilleure orientation ?

« Mettre à la disposition des malades une liste de toutes les personnes à contacter sans être obligée de passer par un standard.»

Une femme, 53 ans, sous surveillance médicale

« Faire en sorte d'être en contact avec une même personne qui peut avoir les réponses correctes sur plusieurs thèmes : maladie – administratif – financier. »

Une femme, 50 ans, sous surveillance médicale

## LES RESTES À CHARGE, ENTRE ACCEPTATION ET INCOMPREHENSION

### LES CONSTATS



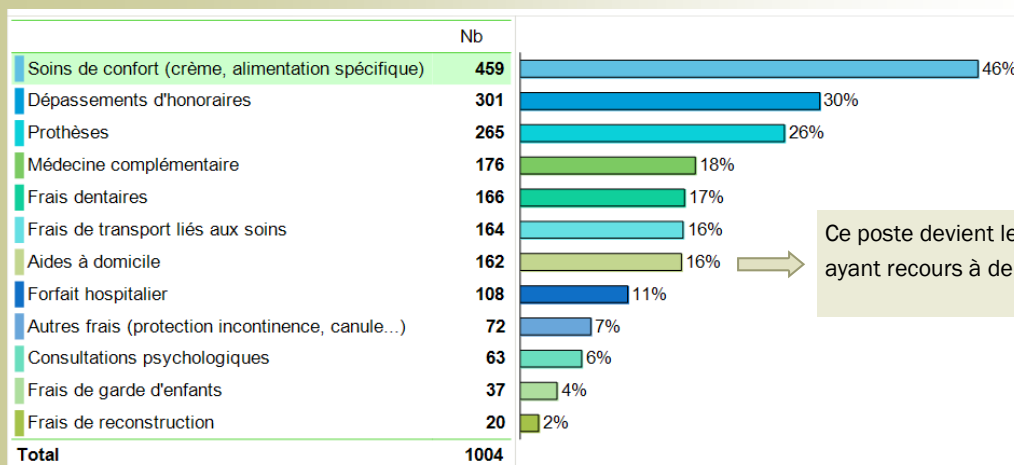
La maladie a un impact financier non négligeable, par les baisses de revenus entraînées. Elles touchent massivement les personnes actives avant la maladie (59 % d'entre elles sont concernées). L'impact vient aussi des augmentations de charge, une réalité pour toute personne malade.

Néanmoins, la perception du reste-à-charge est subjective et fortement dépendante de la situation financière et du niveau de vie des personnes malades. En effet, les personnes subissant des baisses de revenus déclarent davantage que les autres des restes-à-charge. Par ailleurs, le type de contrat des complémentaires santé et leur niveau de protection entrent aussi en ligne de compte et peuvent créer de vraies différences dans ce qui reste ou non à la charge des personnes malades.

### Zoom sur les restes à charge

47 % des personnes disent avoir subi un reste à charge dans les 12 derniers mois (1004).

Non réponse : 8 %.



Pour une fraction non négligeable des commentateurs, les restes à charge sont un état de fait accepté, certains exprimant même leur reconnaissance envers un système de sécurité sociale prenant en charge les traitements lourds. Pour autant, cela n'empêche pas l'**incompréhension du décalage entre l'annonce de la prise en charge à 100 % liée à l'affection de longue durée et les frais de soins induits qui n'entrent pas dans le cadre du 100 %**. La notion de « médicaments de confort » est particulièrement mal vécue par les personnes malades. Clairement, les effets secondaires des traitements lourds ne sont pas tous pris en charge : médicaments mais aussi prothèses et médecines complémentaires limitant ces effets et offrant une meilleure qualité de vie.

« Les manchons prescrits pour lutter contre le lymphœdème sont de moins en moins remboursés par le régime général et pas du tout par la mutuelle. Est-ce un luxe ? Comment font les personnes modestes lorsqu'il reste à charge 65 € sur 100 € et qu'il faut en changer souvent ? »  
Une femme, 69 ans, vit « convenablement »

« Certains frais sont une nécessité et non un « confort » et malheureusement sont en partie à ma charge ! »  
Une femme, 51 ans, surveillance médicale, vit « très difficilement »

Les mesures mises en place au fil du temps pour atténuer le déficit de la sécurité sociale (déremboursements, franchises médicales, forfait hospitalier...) sont vécues comme une **injustice** (même s'il existe des plafonds). L'avance de certains frais remboursés contribue aussi au poids financier de la maladie et aux déséquilibres budgétaires.

Enfin, **les restes-à-charge participent aux inégalités de la prise en charge de la maladie**. Face à ces restes à charge, les personnes malades vont ou non pouvoir prétendre à certains types de soins ; avoir recours, ou au contraire renoncer, à des médicaments annexes au traitement ; sacrifier ou non d'autres postes budgétaires (loisirs, alimentation...), recourir ou non à l'endettement. D'autres personnes font le choix de changer de médecin ou de pharmacien, ce qui implique une certaine dose d'énergie... La prise en charge des effets secondaires de la maladie ou des séquelles est variable et impacte plus ou moins lourdement la qualité de vie des personnes malades (prise en charge des douleurs, amélioration de l'image de soi...).

### LES PROPOSITIONS DES PERSONNES MALADES ET DES PROFESSIONNELS

1. **Mieux les informer** sur les restes-à-charge et sur leurs droits ;
2. **Mieux prendre en compte financièrement les effets secondaires de la maladie** et/ou harmoniser les pratiques : médicaments « dits de confort », petit appareillage ; frais dentaires quel que soit le type de cancer ; chirurgie de reconstruction...
3. **Engager un travail de sensibilisation des organismes complémentaires, en particulier des mu-**

**tuelles**, pour a minima les amener à rendre plus lisibles et comparables leurs contrats et, en sus, à réfléchir à leurs niveaux de remboursement ou à leurs modalités de prise en charge (aide à domicile).

4. **Encourager les initiatives permettant de diminuer le coût d'achat de certains produits** (vernis, pansements, prothèses...) via des groupements d'achat ou des systèmes de recyclage des produits ou prothèses pas ou peu utilisés.

### SE FAIRE AIDER DANS LA VIE QUOTIDIENNE : ENTRE BESOINS COUVERTS ET NON COUVERTS

#### LES CONSTATS

Près d'un tiers des personnes (29 % - 634) bénéficient ou ont bénéficié d'une aide à domicile professionnelle. Ce pourcentage, loin d'être négligeable, **concerne davantage les femmes, de même que les personnes seules**. En termes d'âge, 48 % ont moins de 60 ans et 47 % ont 60 ans et plus (5 % de non réponse). Enfin, parmi les bénéficiaires, la part des personnes évoquant des douleurs, des conséquences psychologiques et des séquelles physiques durables, est plus importante que dans l'échantillon total.

Malgré le besoin, les personnes malades et leur entourage témoignent, parfois, ne pas formuler de besoin d'aide, essentiellement par **manque d'informations** et méconnaissance des dispositifs existants : la complexité des systèmes de prise en charge (dispositifs légaux mais aussi extra-légaux variables selon les régimes de sécurité sociale et selon les

territoires ; hétérogénéité des prises en charge par les complémentaires santé...) rend difficile l'accès à l'information et peut être source d'inégalités dans la qualité de vie avec la maladie.

Pour d'autres personnes, il leur est **difficile d'accepter de l'aide à domicile**, en particulier quand elles étaient très autonomes.



« Renoncement à certains médicaments soulageant les effets indésirables provoqués par la chimio (trop chers, non remboursables) »

Une femme, 55 ans, vit difficilement

« Pour continuer les soins liés au cancer j'ai dû me faire arracher plusieurs dents. Les soins dentaires y compris la prothèse ne sont pas pris en charge dans l'ALD. Mon mari a dû faire un crédit pour que je puisse être appareillée. »

Une femme, 58 ans, vit difficilement

« Je ne connaissais pas les possibilités, personne à l'hôpital ne m'en a informée, et ensuite il était trop tard (rentrée chez moi) ».

Femme, 45 ans, seule, en rémission

**L'entourage familial est ainsi largement sollicité** : 79 % des enquêtés (1693) disent être aidés par un proche dans les actes de la vie quotidienne.

La mise en place des aides à domicile, au moment où les personnes en ont besoin, **bloque parfois pour des raisons organisationnelles**.

Première raison : le traitement administratif des demandes d'aide à domicile exige du temps. L'absence de réactivité des acteurs est particulièrement pointé dans le cas de l'Allocation Pour l'Autonomie (APA) ciblant les personnes âgées et celui de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). L'évaluation des besoins des personnes par un professionnel, première étape incontournable des plans d'aide, arrive parfois trop tardivement.

Deuxième raison : même si les aides sont accordées, il peut être difficile de trouver localement des professionnels, pour l'aide à la toilette particulièrement.

Enfin, même si de nombreux dispositifs d'aide existent, **les besoins non couverts sont encore importants, les prises en charge étant souvent ponctuelles**, et témoignent :

- soit de **critères d'attribution restrictifs** : plafonds de ressources très bas, évaluation du niveau de dépendance mais surtout types d'évènements déclencheurs inadaptés aux évolutions des traitements. (hospitalisation de jour, à domicile...)

- soit de **conditions de mise en œuvre manquant de souplesse** : caractère durable de la fatigue, ou apparition tardive de certains effets secondaires, à l'origine d'un certain nombre de demandes d'étalement des heures d'aide-ménagère dans le temps, pas toujours prises en compte.

« Mme M. est âgée de 39 ans. Elle vit seule avec sa fille de 13 ans.

En janvier 2013, elle a rendez-vous pour une consultation d'annonce où le diagnostic tombe : "2 tumeurs différentes" dont 1 agressive au niveau du sein. Elle est obligée d'arrêter de travailler pour se soigner. [...] Mme M. ne peut plus se servir d'un de ses bras comme avant. Elle ne peut plus faire son ménage. Par sa mutuelle, elle a eu quelques heures de ménage pendant 15 jours. Comment doit-elle faire le reste du temps ? »

Recueil d'expérience, infirmière de réseau

L'aide à domicile est le **premier motif de recours aux commissions sociales** des 12 comités Ligue « DOPAS » : 30 % des demandes (380 sur 1297)

## LES PROPOSITIONS DES PERSONNES MALADES ET DES PROFESSIONNELS

Outre le besoin récurrent d'informations, deux propositions :

1. **Lutter contre les inégalités de prise en charge** : sensibiliser le régime MSA, les régimes spéciaux (fonds d'action sociale) aux besoins des personnes malades, en particulier pour une prise en charge des aides à domicile après l'hospitalisation (règles plus ou moins restrictives selon les organismes et selon les territoires) et la mise en place des plans d'aide d'urgence en fin de vie....
2. **Assouplir les conditions d'octroi et de mise en place des aides à domicile** (Aides extra-légales Assurance maladie, CAF, mutuelles...) : ne pas limiter la prise en charge aux épisodes d'hospitalisation ; établir des plans d'aide réajustables dans le temps.

« De la part de la CARSAT, ouvrir le dispositif PAP sortie d'hospitalisation aux prises en charge ambulatoires cancérologiques. [...] »

Actuellement les critères sont : hospitalisation, chute dans les 3 derniers mois, isolement familial et amical, incapacité à se déplacer dans son logement, changement soudain (décès d'un conjoint)

Il me semble qu'une personne suivie en chimio mais qui ne relève d'aucun des critères ci-dessus, va nécessiter plus d'aide qu'une personne qui aurait chuté, été hospitalisée et aurait bénéficié d'une rééducation. Les conséquences sur la vie quotidienne ne seront pas les mêmes. »

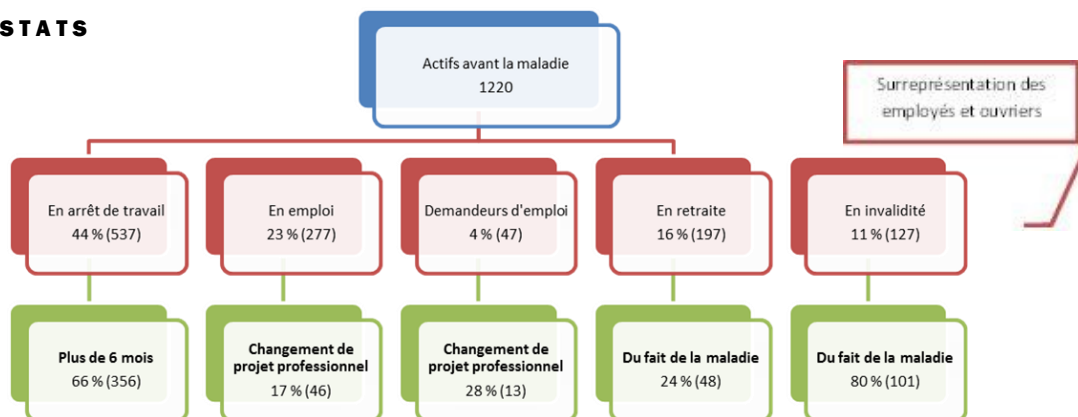
Recueil d'expérience, travailleur social d'hôpital

« Déblocage de ces heures d'aide à domicile en fonction des besoins. Avoir un capital d'heures et les débloquent si besoin tout au long du parcours. »

Une femme, 42 ans, en couple avec enfants, en cours de traitement

## VIE PROFESSIONNELLE : UN BESOIN FORT D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET DE SENSIBILISATION DES EMPLOYEURS

### LES CONSTATS



Même si une majorité de personnes malades s'arrête pour les traitements (84 % des « actifs avant la maladie »), il n'empêche que pour plusieurs personnes, le **parcours est marqué par une succession d'arrêts de travail et de reprises**, compte tenu de l'évolution de la maladie ou de la nécessité économique : 45 % des personnes en emploi disent être en traitement.

Le **retour à l'emploi est marqué par une série d'interrogations** : la personne malade a-t-elle les **capacités de reprendre** compte tenu des éventuelles séquelles physiques et psychologiques ? Est-elle écoutée ? Les médecins rencontrés - médecin conseil, médecin du travail - tiennent-ils compte des intérêts de la personne malade ou de ceux de leurs organismes ? Comment **trouver des informations sûres** sur les conséquences en termes d'indemnisation mais également sur les possibilités de retrouver leur poste, de bénéficier de dispositifs d'aide et sur la définition même de termes tels que « inaptitude » ou « invalidité » ?

Moins d'1 personne sur 2 en activité au moment de l'enquête a retrouvé son poste et l'on constate un **lien direct avec le fait de déclarer avoir préparé sa reprise d'emploi, avoir été bien informé et avoir eu recours à des dispositifs d'aide**. Les expériences d'ateliers pour informer et faire mûrir ses choix réalisées par la Ligue avec la CARSAT en particulier, sont citées comme très aidantes.

Les **demandeurs d'emploi en arrêt maladie** témoignent de leurs difficultés tant que leur arrêt de travail n'est pas terminé. Elles ne peuvent avoir un accès privilégié aux offres d'emploi, peinent à faire valoir leur droit à la formation.

L'**environnement professionnel est tout aussi déterminant** pour de bonnes conditions de reprise. A noter que les employeurs ne sont pas toujours au fait des démarches et possibilités et de nombreux commentateurs soulignent la nécessité de les sensibiliser, de les former (notamment dans la fonction publique).

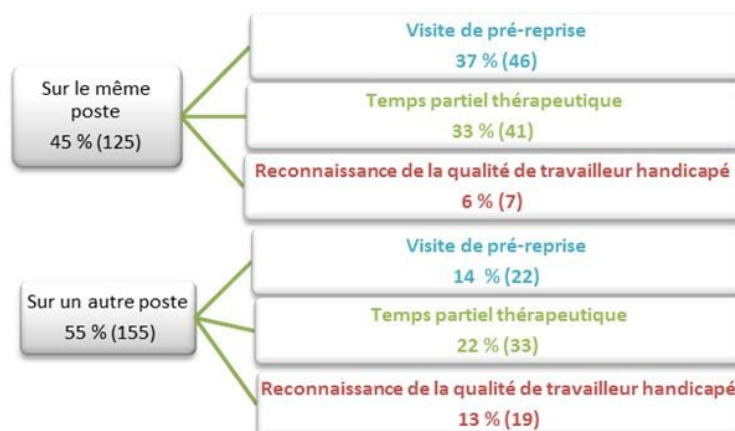
« Une chose m'a inquiétée lors de ma maladie, en arrêt de travail. Celui-ci était reporté chaque mois, et j'avais vraiment mauvaise conscience de demander à chaque fois. J'ai recommencé à travailler au bout de 6 mois mais j'ai très rapidement craqué physiquement à mon travail.

J'aurais souhaité en parler à une personne autre que mon médecin traitant qui était hors du circuit. Je n'ai donc pas osé lui demander de travailler en mi-temps thérapeutique. Je pense qu'il faut parler beaucoup plus du mi-temps thérapeutique. C'est la médecine du travail qui m'en a parlé, mais j'avais repris déjà mon travail. »

Une femme, 45 ans, en rémission - CDI

« Actuellement, je suis dans l'impossibilité de reprendre mon travail. Le médecin traitant ne veut pas, le médecin du travail ne veut pas me reconnaître inapte à mon poste et la Sécurité Sociale ne me rémunère plus car le médecin conseil me dit apte ! »

Une femme, 55 ans, en arrêt de travail (sous surveillance)



« Pour moi, non, car mon employeur est très protecteur, mais j'imagine bien toutes les difficultés que peuvent rencontrer des personnes moins protégées... »

Une femme, 45 ans, en rémission

## LES PROPOSITIONS DES PERSONNES MALADES ET DES PROFESSIONNELS

### 1. Mieux anticiper la reprise professionnelle :

- **Informers les personnes malades de leurs droits comme des dispositifs existants.** Une meilleure compréhension des mécanismes de compensation de la perte du travail et des conséquences à long terme (invalidité, mise à la retraite...) doit être aussi une composante de l'information à délivrer. Des dispositifs existent aujourd'hui pour mûrir les choix professionnels. Comment faire en sorte qu'ils soient davantage connus, en particulier la visite de pré-reprise ? Comment faire en sorte aussi que le médecin du travail, pierre angulaire de la reprise, soit sollicité à temps ?
- **Accompagner les personnes malades à cette reprise,**

y compris au moment et après la reprise : soutien psychologique, coaching, tutorat par les collègues...

- ### 2. Sensibiliser les employeurs mais aussi les institutions en charge d'accompagner les personnes dans le retour à l'emploi (Pôle emploi en particulier, Cap emploi) sur l'accueil d'une personne en longue maladie : meilleure information sur les conséquences du cancer pour lever les tabous, information sur les acteurs et dispositifs à même d'aider les employeurs dans la réintégration de leurs salariés...

## LE PROJET DOPAS EN QUELQUES MOTS

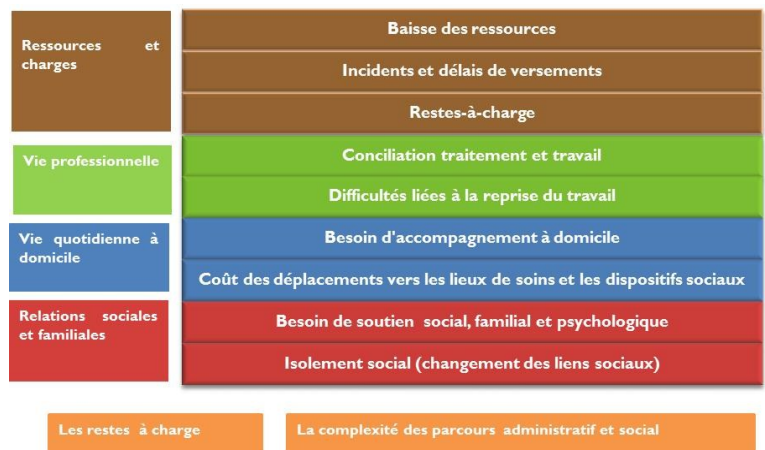
### LE RÉFÉRENTIEL D'OBSERVATION

Tous les 2 ans, la Ligue, via des comités départementaux volontaires, organise une collecte de terrain sur l'impact social du cancer.

12 comités ont participé cette année (voir 1<sup>ère</sup> page).

La collecte s'organise autour de **9 effets sociaux et 2 thématiques complémentaires**.

3 outils de collecte ont été utilisés : un questionnaire pour les personnes malades sur les conditions de vie et leurs besoins, un **recueil d'expérience** destiné aux professionnels et bénévoles pour faire remonter des situations emblématiques de dysfonctionnements, la **base de données de suivi des commissions sociales** des Comités de la Ligue.



### LES ÉTAPES D'UNE CAMPAGNE DE COLLECTE

- Mise en place locale du dispositif : recherche des « points de collecte » dans et hors les Comités départementaux (2 mois)
- Diffusion des outils de collecte (4 mois) : 60 % des questionnaires proviennent de points de collecte externes à la Ligue (établissements, réseaux de santé, CARSAT, CCAS, professionnels de santé libéraux...)
- Analyse (2 mois)
- Restitution locale des données—partage ; pistes d'action (3 mois)
- Communication (3 mois)

### LE PROFIL TYPE DU RÉPONDANT 2013

#### Questionnaires (2156)

Une femme : 68 %  
 Âgée de 45 à 64 ans : 47% (Les plus de 65 ans : 35 %)  
 Vivant en couple, avec ou sans enfants : 64 %  
 En cours de traitement : 63 %  
 Active avant le début de la maladie : 56 %

#### Recueils d'expérience (86)

Un travailleur social 63 % (une infirmière 19 %)  
 Un salarié 90 %

#### DOPAS

Ligue nationale contre le cancer  
 Actions pour les malades  
 Pour plus d'information :

Anne Raucaz

Télécopie : 01 53 55 25 70

Mail: anne.raucaz@ligue-cancer.net



