

je sais
- donc -
je suis



**SOUTIEN SOCIAL ET
ACCOMPAGNEMENT
DURANT MON
TRAITEMENT**



La survenue d'un cancer rend indispensable un certain nombre de démarches, qu'elles soient d'ordre financier, professionnel, familial ou personnel. Quels sont vos droits sociaux ? De quels dispositifs pouvez-vous bénéficier ? Ce mini-guide peut vous aider à vous orienter dans votre parcours de soins. Chaque situation est unique : les assistants sociaux connaissent l'ensemble des formalités. N'hésitez pas à prendre contact avec un ou une assistante sociale qui pourra vous accompagner dans vos démarches.

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE MA MALADIE

Qu'est ce qu'une affection de longue durée (ALD) ?



- Le cancer de l'ovaire nécessite un suivi et des soins prolongés souvent coûteux. C'est une maladie reconnue par le système de santé comme étant une ALD dont les dépenses sont prises en charge à 100 % par votre Caisse d'Assurance Maladie (CAM), sur la base du tarif du remboursement fixé par la Sécurité sociale.
- Dans le cas de votre ALD, vous bénéficiez du **tiers payant** sur toutes les dépenses liées à cette maladie, c'est-à-dire que vous n'avez aucun frais à avancer lors de la délivrance de vos soins. Le tiers payant ne couvre pas les frais non pris en charge par l'Assurance Maladie, comme par exemple les dépassements d'honoraires des professionnels de santé.

COMMENT DÉCLARER VOTRE ALD ?

- 1 • Pour cela, prenez rendez-vous avec votre médecin traitant. Il remplira un formulaire appelé **protocole de soins** dans lequel il indiquera le diagnostic, les soins et les traitements envisagés. Il l'adressera ensuite au médecin-conseil de votre CAM.
- 2 • Dans les 2 semaines qui suivent, si votre protocole de soins est accepté, il sera renvoyé à votre médecin traitant qui vous en remettra le 3^{ème} volet lors d'une seconde consultation.

Pensez alors à réactualiser votre carte Vitale dans les bornes prévues à cet effet (caisse d'Assurance maladie, hôpital, pharmacie).

Ce qui n'est pas couvert par la CAM et reste donc à votre charge

- Une participation financière est déduite de vos remboursements pour toute consultation, médicament, déplacement... Il s'agit de la **participation forfaitaire** et de la **franchise médicale**.



Le montant total de la participation forfaitaire et de la franchise médicale **ne peut pas dépasser 50 euros par année civile, pour chacune d'elles.**



Le **forfait journalier hospitalier** peut être **pris en charge** par une complémentaire santé selon le contrat souscrit.

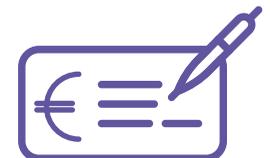
- **Le forfait hospitalier** correspond à votre participation aux frais d'hébergement et d'entretien. Fixé par arrêté ministériel, le montant du forfait hospitalier s'élève à 20 euros par jour en hôpital ou en clinique depuis le 1^{er} janvier 2018.

- **La chambre particulière**
Pendant une hospitalisation, les frais de confort personnel, par exemple une chambre particulière ou une télévision, ne sont pas pris en charge par votre CAM.



Votre mutuelle peut régler une **partie de ces frais**. Vous pouvez vous renseigner auprès d'elle.

- **Les dépassements d'honoraires**
Certains professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par l'Assurance maladie. Dans ce cas, ils sont tenus de vous en informer avant l'exécution des actes et par écrit si le dépassement est supérieur à 70 euros.



MES REVENUS PENDANT UN ARRÊT DE TRAVAIL



En cas d'arrêt de travail dû à une ALD, l'Assurance maladie du régime social dont vous dépendez peut, sous certaines conditions, vous verser des indemnités journalières. Elles sont destinées à compenser en partie ou en totalité la perte de votre salaire (pour plus d'informations, rendez-vous sur le site www.ameli.fr).

Salariés des régimes général et agricole, artisans, commerçants et professionnels libéraux non réglementés

- Pour une demande d'**indemnités journalières**, vous devez, dans les 48 heures qui suivent votre interruption de travail, adresser à votre CAM un avis d'arrêt de travail signé par le médecin. Si vous êtes salarié, vous devez envoyer un volet à votre employeur qui transmet ensuite à la CAM une attestation de salaire nécessaire au calcul du montant de vos indemnités.

Durée maximale de versement : 3 ans

Minimum 50 % du salaire brut de référence des 3 derniers mois pour les salariés

1/730^e du RAAM dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale pour les indépendants (www.ameli.fr)

Le délai de carence de 3 jours est retenu uniquement pour le premier arrêt de travail (valable sur une période de 3 ans).

- Vos relevés d'indemnités journalières valident également vos droits à la retraite. Conservez-les sans limitation de durée.
- Pour **les salariés justifiant d'un an d'ancienneté**, peut s'ajouter aux indemnités journalières versées par la caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou la Mutualité sociale agricole (MSA), un complément de salaire versé par l'employeur. Le montant et sa durée dépendent de l'ancienneté.
- Pour les **indépendants** : en cas de difficultés pour payer vos cotisations sociales personnelles, vous pouvez faire une demande de re-calculation des cotisations, délais de paiement, dispense, etc. auprès de votre agence de Sécurité sociale.



Les professions libérales réglementées sont couvertes par des caisses de retraite spécifiques pour leurs assurances invalidité, décès et retraite.

CAM : caisse d'Assurance maladie ; ALD : affection de longue durée

Agents de la fonction publique

Si vous êtes :

- agent contractuel avec au moins 3 ans de service continu,
 - agents titulaire ou stagiaire,
- vous pouvez demander un **congé de grave/longue maladie**.

Durée maximale de versement : 3 ans (par période de 3 à 6 mois)

100 % du salaire la 1^{ère} année puis 50 % les deux années suivantes

Vous conservez vos droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels.

- Uniquement pour les agents titulaires ou stagiaires : Si, après 1 an de congé de grave/longue maladie, vous ne pouvez toujours pas travailler, vous pouvez demander un **congé de longue durée**.

Durée maximale de versement : 5 ans (par période de 3 à 6 mois)

100 % du salaire pendant 3 ans puis 50 % les deux années suivantes

MES DROITS ET LES LOIS

La personne de confiance

- Il s'agit de la personne que vous désignez pour vous accompagner lors des entretiens médicaux ou dans vos décisions et qui sera consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Il est donc important de l'avertir que vous l'avez désignée et de lui faire connaître vos choix. Sa désignation se fait par écrit et elle doit cosigner le document. Vous pouvez à tout moment modifier votre choix (article L. 1111-6 du Code de la santé publique).

Les directives anticipées

- Afin de préciser vos souhaits quant à la fin de vie, vous pouvez faire une déclaration écrite, datée et signée appelée « directives anticipées ». Elle a pour but d'appliquer votre volonté dans l'hypothèse où vous ne seriez pas, à ce moment-là, en capacité de l'exprimer (loi du 2 février 2016 dite loi Claeys-Leonetti).

Pour vous aider à les rédiger, un modèle de formulaire est disponible sur le site www.service-public.fr.

N'oubliez pas d'informer votre médecin et vos proches de leur existence et de l'endroit où vous les conservez.

- Ces directives anticipées ont une durée de validité illimitée. Vous pouvez à tout moment les modifier ou les annuler sans aucune formalité particulière. En leur absence, c'est l'avis de la personne de confiance, puis de la famille et des proches qui est considéré.

Le dossier médical

Si vous souhaitez consulter votre dossier médical, vous devez en faire la demande écrite accompagnée d'une photocopie de votre carte d'identité :



- au professionnel de santé exerçant en libéral,
- ou au responsable dans l'établissement de santé,
- ou à l'hébergeur des données de santé lorsqu'elles ne sont pas conservées sur place (Loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner).

Sa consultation peut se faire sur place à l'hôpital *via* le médecin que vous avez désigné ou par envoi postal (à vos frais) dans un délai maximum de 8 jours (jusqu'à 2 mois si certaines informations de votre dossier remontent à plus de 5 ans).

Représentant et commission des usagers

Depuis la loi du 4 mars 2002, les malades et leurs proches sont représentés dans les instances de santé par le biais des **représentants des usagers**, membres d'associations agréées. Ils sont formés et impliqués dans la vie des établissements de santé. Vous pouvez les contacter directement en cas de problème (qualité, sécurité et organisation du parcours de soins) dans votre établissement de santé. Si les problèmes ne sont pas résolus après en avoir parlé avec votre médecin ou la cadre du service, vous pouvez saisir la **commission des usagers** en général composée du représentant légal de l'établissement, d'un médiateur médical, d'un médiateur non médical et de leurs suppléants ainsi que de deux représentants des usagers.

AIDES ET AIDANTS

1 - L'assistant social

- Il peut vous accompagner, vous et vos proches, tout au long et après la maladie.
- Il répond à vos interrogations et aux problèmes liés au cancer dans différents domaines : administratifs, professionnels, financiers, familiaux, accès aux soins etc.

Où contacter un assistant social ?

Auprès de :

- ✓ votre établissement de santé,
- ✓ votre régime d'Assurance maladie,
- ✓ votre Caisse d'allocations familiales,
- ✓ votre caisse de retraite,
- ✓ votre Centre communal d'action sociale (CCAS),
- ✓ votre conseil départemental,
- ✓ des services sociaux d'entreprise,
- ✓ du comité départemental de la Ligue contre le cancer.

2 - Les soins à domicile

Pendant votre prise en charge, certains traitements ou soins peuvent être dispensés à domicile par des professionnels de santé selon plusieurs possibilités :

- **l'hospitalisation à domicile (HAD)** qui permet d'écourter le séjour à l'hôpital en étant soigné chez vous par une équipe de professionnels
- **les soins infirmiers à domicile**
- **les prestataires de services en santé** qui, par exemple, fournissent les produits et services pour la nutrition

L'ensemble de ces services sont financièrement pris en charge par l'Assurance maladie sous réserve d'une prescription médicale.

3 - Les aides à la personne

- Il s'agit des services dispensés par des personnes formées à différents métiers : auxiliaire de vie sociale (ou aide à domicile), aide ménagère... Ces aides vous permettent d'effectuer des actes de la vie quotidienne que vous ne pouvez pas réaliser seule.
- Ce type d'intervention peut faire l'objet d'une demande de prise en charge, en fonction de vos ressources, auprès des organismes sociaux (mairie, conseil départemental), caisses de retraite, caisse d'Assurance maladie. Votre mutuelle peut intervenir, en fonction des clauses de votre contrat, dans la mise en place d'une aide-ménagère.

4 - Le congé de l'aidant

- Un proche peut arrêter temporairement son activité professionnelle pour se consacrer à vos soins. Pour demander ce congé de solidarité familiale, il doit adresser sa demande au moins 15 jours avant la date souhaitée à son employeur par lettre recommandée avec accusé de réception ou bien la remettre en main propre contre décharge. Un certificat médical attestant la gravité de votre maladie est à joindre à son courrier.
- Ce congé n'est pas rémunéré par son employeur mais l'aidant peut percevoir une allocation journalière. Peuvent y accéder, les salariés, les travailleurs non-salariés, les exploitants agricoles, les professions libérales, les ministres des cultes ainsi que les chômeurs indemnisés. Pour percevoir l'allocation, il faut adresser une demande de versement à la CPAM ou à la Sécurité sociale pour les indépendants.

La durée est de 3 mois, renouvelable une fois, soit 6 mois maximum.

CANCER DE L'OVAIRE : LIENS ET LIEUX UTILES



Espaces d'accueil et d'information*

Les espaces de rencontres et d'information (ERI) - https://www.ligue-cancer.net/article/25171_les-espaces-de-rencontres-et-dinformation-erir
sont des lieux d'accueil aménagés dans des Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et des hôpitaux (publics et privés). Il en existe 35 en France.

Les Kiosques Info Cancer - www.e-cancer.fr
situés dans des lieux faciles d'accès comme les centres villes, ils sont destinés aux personnes malades ou non, désireuses d'obtenir une information sur le cancer.

Les espaces Ligue - www.ligue-cancer.net
300 lieux répartis sur l'ensemble du territoire, en hôpital ou en ville, ont pour objectifs d'accueillir, informer, écouter, soutenir et orienter les personnes malades et les proches.

Informations sur le cancer

Cancer Info - www.e-cancer.fr
est une plateforme d'informations de référence, validées et mises à jour par l'Institut National du Cancer, en partenariat avec la Ligue Nationale Contre le Cancer. Des guides téléchargeables sont conçus en « miroir » des recommandations pour les professionnels, sur chaque type de cancer, leurs traitements, les démarches...

Arcagy-Gineco - www.arcagy.org/infocancer
propose un dossier sur les cancers de l'ovaire sur son site Internet.

Rose magazine - www.rosemagazine.fr
est un magazine gratuit et un site d'information et de témoignages pour les femmes concernées par le cancer.

Associations

IMAGYN - www.imagyn.org
est une association de patientes atteintes de cancers gynécologiques visant à sensibiliser, soutenir et informer les patientes et leurs proches ainsi qu'à aider à faire avancer la recherche.

BRCA France - www.brcafrance.fr
vise à diffuser l'information de prise en charge aux patientes et leur famille, organise des réunions scientifiques et d'information regroupant professionnels de santé et patients.

Rose magazine - www.facebook.com/association.ovarior.lateamtantan/
propose des actions pour soutenir la lutte contre le cancer de l'ovaire.

*Liste non exhaustive