

# RAPPORT D'ACTIVITÉ



3 LE MOT DU PRÉSIDENT  
4 L'INTERVIEW DU DIRECTEUR

CHAPITRE **1** > PAGE 6 PROFIL

CHAPITRE **2** > PAGE 7 UNE CAISSE AU SERVICE DE SES RESSORTISSANTS

CHAPITRE **3** > PAGE 22 LE NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION

CHAPITRE **4** > PAGE 28 LES TEMPS FORTS DE L'ANNÉE 2005

CHAPITRE **5** > PAGE 38 REGARDS CROISÉS SUR LA CCAS

CHAPITRE **6** > PAGE 42 LES INDICATEURS DE PERFORMANCE ET LES RÉSULTATS

CHAPITRE **7** > PAGE 46 LES ENGAGEMENTS POUR 2006

CHAPITRE **8** > PAGE 49 COMPTE DE RÉSULTAT

CHAPITRE **9** > PAGE 51 LEXIQUE



## LE MOT DU PRÉSIDENT

ALAIN HENRION

Après deux années d'existence, la CCAS aux compétences élargies a de nouveau rempli les missions qu'elle s'était fixées. L'année 2005 a en effet été marquée par un net progrès de la qualité de service offerte à nos ressortissants et une meilleure information sur leurs droits, et cela dans le cadre d'une gestion saine et performante du régime.

Ainsi, la nouvelle identité de la CCAS et ses moyens de communication, dont le magazine *Respire* et les livrets d'information, ont permis à nos assurés de développer leurs connaissances en matière de protection sociale et de mieux apprécier les actions réalisées par la Caisse. Ces actions sont de plusieurs ordres.

La Commission action sociale et prévention par exemple s'est investie dans l'amélioration des prestations pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ; elle a conçu un dispositif de prévention bucco-dentaire s'adressant aux enfants, qui sera étendu aux agents actifs en 2006 ; elle a mené une réflexion en faveur de la création d'une plate-forme téléphonique destinée aux personnes âgées dépendantes et qui verra le jour en 2006. La Commission des secours, chargée de palier les difficultés que nos affiliés sont susceptibles de rencontrer face aux dépenses générées par la maladie, a attribué des aides financières pour un montant total de 78 956 €.

L'année 2005 a de même été marquée par la nouvelle organisation du Conseil d'administration de la Caisse, un Conseil d'administration composé à parité d'administrateurs représentant, d'une part la direction, d'autre part les affiliés actifs et retraités où toutes les organisations syndicales sont représentées.

Le Conseil d'administration a désigné un conciliateur chargé de faciliter

la compréhension réciproque et les relations avec les usagers, tout spécialement dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie.

Les principales mesures que le Conseil d'administration a votées pour préserver les particularités du régime spécial de la Ratp tout en respectant les dispositions fixées par la loi concernant la désignation du médecin traitant, l'indemnisation des prolongations d'arrêt de travail, le parcours de soins coordonné, la participation forfaitaire de 1 euro.

Par ailleurs, je tiens à souligner l'implication et l'efficacité du personnel de la CCAS. En 2005, la qualité des délais de remboursement et de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles a été maintenue au niveau fixé par le règlement intérieur de la CCAS. Les évolutions du système informatique ont permis la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie dans les délais fixés par les textes. Le partenariat avec la Mutuelle du Personnel du groupe Ratp s'est renforcé.

L'année 2005 a enfin été la première année de mise en œuvre du congé spécial d'ordre médical (CSOM), conformément au protocole signé avec les organisations syndicales de l'entreprise : 108 agents particulièrement fragilisés par la maladie ont ainsi pu en bénéficier.

La CCAS a enregistré encore une fois de bons résultats puisque les dépenses de santé du régime sont contenues dans les objectifs de l'ONDAM. Cela prouve que notre Caisse pourra mener à bien d'autres actions toujours plus performantes et compétitives tout en satisfaisant au mieux les ressortissants.



## L'INTERVIEW DU DIRECTEUR

ANNICK HELLEUX

*"Je suis fière de notre régime, car il reste performant."*

### > Pourquoi la nouvelle CCAS a-t-elle été créée ?

Les prémices de la CCAS datent du siècle dernier. Le personnel en activité bénéficie alors d'une protection sociale propre, prise en charge par l'employeur.

Les soins de santé lui sont délivrés à titre gratuit, soit dans des centres médicaux relevant de l'entreprise, soit chez les médecins agréés. Mais ce n'est qu'en 1944 que l'entreprise et les organisations syndicales décident la création de la Caisse mutuelle de coordination aux assurances sociales pour garantir les ayants droit des agents. Le financement de cette structure est alors assuré par les cotisations patronales et salariales.

Après 1945, année de la création de la sécurité sociale que le législateur voulait obligatoire et universelle, le régime spécial de la Ratp est maintenu et réglementé par le décret n° 50-1566 du 23 décembre 1950. Deux structures assurent la protection des agents et de leur famille : d'une part l'assurance maladie des actifs gérée de façon unilatérale par l'employeur, et d'autre part la Caisse de coordination aux assurances sociales gérée par un conseil d'administration paritaire. Celle-ci assure les ayants droit et les retraités.

Au fil du temps, l'environnement se modifie considérablement. La mise en place de la CSG, contribution qui a remplacé la cotisation salariale, met fin à la spécificité de la protection maladie des agents actifs qui était prise en charge en totalité par l'employeur et la pression des agents se fait de plus en plus forte pour refuser la contrainte d'interdiction de consulter en dehors du réseau de soins de la Ratp. C'est alors que le régime accepte l'idée de laisser le libre choix aux assurés en limitant, dans ce cas, la prise en charge au niveau du régime général de sécurité

sociale. Il faut donc assurer une traçabilité rigoureuse des actes en distinguant ceux pris en charge en totalité parce que réalisés dans le cadre du réseau de soins et ceux effectués dans le cadre du libre choix.

L'arrivée de la carte Vitale rend très complexe cette traçabilité, les règles imposées aux professionnels de santé deviennent confuses et alors que le régime devait assurer une meilleure protection à ses bénéficiaires, il génère des situations pénalisantes, fragilisant les agents lorsqu'ils doivent faire face à la maladie. Aussi, afin que le régime dont nous relevons ne devienne pas un frein, et après trois années d'étroite concertation avec les partenaires sociaux, la nouvelle CCAS aux compétences élargies est créée par le décret n° 2004-174 du 23 février 2004.

### > Qu'est-ce qui a changé ?

- Aujourd'hui, la CCAS Elargie se distingue par quatre points fondamentaux :
- Elle couvre l'ensemble des ressortissants, actifs, retraités, et leurs ayants droit pour tous les risques (maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, décès).
  - Elle est gérée par un conseil d'administration paritaire.
  - Tous les agents actifs bénéficient d'une protection sociale complémentaire obligatoire leur permettant un bon niveau de prise en charge pour les frais dentaires ou ophtalmologiques et pour les soins effectués dans le cadre du libre choix.
  - Elle offre une meilleure lisibilité du régime pour les professionnels de santé grâce d'une part à la Caisse unique et d'autre part à la complémentaire santé qui permet un traitement identique quelle que soit la situation de l'agent, la répartition des charges entre la CCAS et la complémentaire s'effectuant a posteriori.

### > Quels ont été les moments clés en 2005 ?

Je retiendrai les suivants :

- La Réforme de l'assurance maladie, avec notamment la mise en œuvre de la contribution forfaitaire du 1 €, la désignation du médecin traitant et le parcours de soins coordonné a nécessité des évolutions considérables de notre système informatique qui ont été réalisées, je tiens à le souligner, dans les délais impartis.
- Les délibérations de la Commission d'action sociale et prévention et le développement de partenariats ont permis une meilleure prise en compte des besoins des personnes en situation de dépendance, une sécurisation dans le cas du maintien à domicile des personnes âgées et le lancement d'une étude pour la mise en œuvre, en 2006, d'une plate-forme téléphonique. Du côté de la prévention, ce sont les enfants qui ont pu bénéficier d'une campagne de prévention bucco-dentaire.
- La création du congé spécial d'ordre médical (CSOM), un congé qui n'existe nulle part ailleurs et qui permet à une personne atteinte d'une maladie évolutive d'être maintenue dans son emploi et de demeurer dans le monde des « bien portants » par une activité salariée adaptée.

### > De quoi êtes-vous le plus fière ?

Je suis très fière des bons résultats économiques de notre régime. Encore une fois, en 2005, les dépenses de la CCAS sont contenues dans la limite de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par le Parlement. Ces bons résultats montrent que notre système de soins, malgré sa facilité d'accès, n'est pas de nature à entraîner une surconsommation médicale, il est plutôt à l'origine de comportements vertueux. Nous devons rester vigilants afin de maintenir ces bons résultats qui font la légitimité de notre régime.

### > Quels sont les principaux enjeux pour l'avenir ?

Pour les années à venir, nous allons devoir faire face à de nombreuses évolutions réglementaires et être capables d'adapter nos systèmes informatiques sans engager des coûts démesurés par rapport à la taille de notre régime.

Par ailleurs, du fait de l'allongement de la durée de vie, nous allons voir naître des besoins nouveaux pour prolonger le maintien à domicile et je compte sur la créativité de la Commission action sociale et prévention pour prendre en considération la population vieillissante. Quant au maintien du bon fonctionnement de la Caisse, il faudra être très inventif afin de multiplier les simplifications qui s'ouvrent à nous. Prenons un exemple : aujourd'hui, les feuilles de soins sont traitées par télétransmission. Demain, j'espère que nous pourrons compter sur la télétransmission des arrêts maladie ; nous avons un premier projet pour télétransmettre les arrêts de travail prescrits par nos centres de soins. Ils représentent 15% des actes enregistrés par la CCAS ; leur dématérialisation permettra de dégager des ressources pour développer la gestion du risque.

Notre régime est sur la bonne voie et je suis heureuse de tout ce qui a été réalisé cette année en faveur d'une qualité de service toujours plus grande. Il ne faut pas pour autant relâcher l'effort. Nos assurés étant très exigeants, il est nécessaire de l'être vis-à-vis de nous-mêmes. Performance et économie sont les principaux enjeux que je retiendrai pour la pérennité de la CCAS.

Instituée par le décret n° 2004-174 du 23 février 2004, la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la Ratp est chargée de gérer le régime spécial d'assurance maladie de la Ratp. C'est un régime « de base », obligatoire : les agents sous statut et les anciens agents du cadre permanent retraités y sont obligatoirement affiliés.

Ce régime couvre les risques suivants : maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, décès, invalidité.

La CCAS gère deux types de prestations : « en nature » (prise en charge des frais de soins) et « en espèces » (maintien du salaire en cas d'arrêt de travail pour raison de santé).

#### CHIFFRES CLÉS 2005 :

---

104 273 ressortissants,  
27 500 personnes accueillies,  
39 800 appels téléphoniques reçus,  
1,5 million de feuilles de soins électroniques traitées,  
800 000 feuilles de soins papier traitées,  
2 185 290 plis expédiés,  
6 264 déclarations d'accident du travail traitées,  
148 déclarations de maladie professionnelle traitées,  
1 990 euros : dépense moyenne par bénéficiaire,  
13,079 millions d'euros : coût de gestion du risque maladie,  
148 agents travaillant à la CCAS.

### 2.1 LES RESSORTISSANTS DE LA CCAS

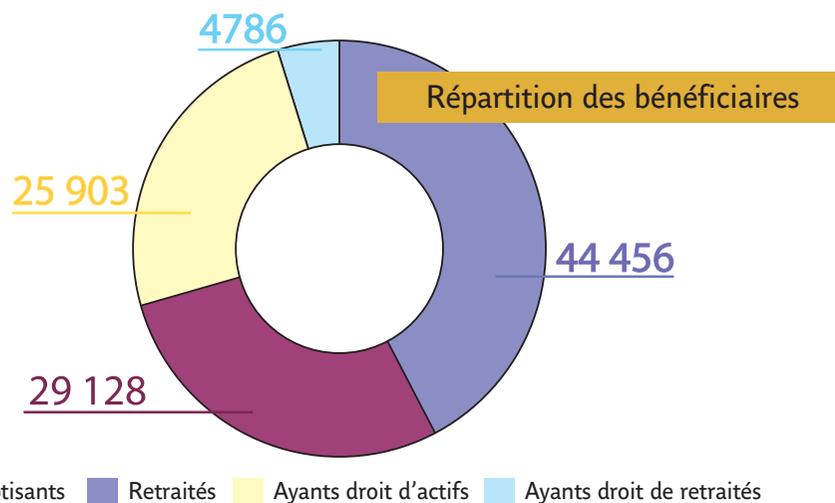
La nouvelle caisse accueille depuis l'année 2004 les agents actifs de la Ratp, qui deviennent ainsi de nouveaux affiliés de la CCAS.

Le nombre de ressortissants de la Caisse est passé à 104 273 en 2005, soit 133 affiliés de plus par rapport à l'année 2004.

La CCAS compte parmi ses bénéficiaires 44 456 agents actifs et 29 128 retraités en 2005. Les ayants droit d'actifs et de retraités représentent 30 689 personnes, soit 221 affiliés de moins que l'année dernière.

#### > Répartition de la population couverte par catégorie :

Les retraités et les ayants droit d'actifs et de retraités composent plus de 57% de la population couverte par la CCAS.



Sur une année, la population couverte par la CCAS a augmenté de seulement 0,1%. La décomposition de ce taux d'évolution par catégorie de population présente une évolution très modérée des ressortissants actifs sur une année, avec 0,1% d'augmentation.

Par ailleurs, nous constatons que le groupe des retraités progresse de manière plus importante avec une évolution de près de 1% sur 2005 contre 0,7% l'année dernière. Cette croissance s'explique par l'augmentation du nombre de départs en retraite en 2005.

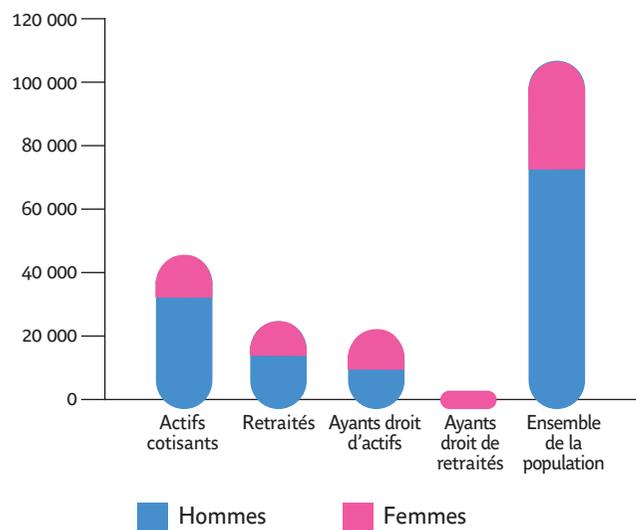
A l'inverse, le nombre d'ayants droit d'actifs et de retraités diminue de 0,7% en un an. Cette érosion des effectifs touche principalement les ayants droit d'actifs qui représentent 25 903 individus sur 2005, soit 249 affiliés de moins qu'en 2004.

Nous pouvons également ajouter que les enfants d'actifs et de retraités représentent environ 82% de la population totale des ayants droit, les conjoints d'actifs et de retraités complètent le reste.



### > Répartition de la population couverte par sexe :

La population couverte par la CCAS est constituée pour environ 68% par des hommes et pour 32% par des femmes.



	2001	2002	2003	2004	2005
Actifs cotisants	42 783	43 821	43 974	44 376	44 456
Retraités	28 586	28 437	28 666	28 854	29 128
Ayants droit d'actifs	26 554	26 468	26 164	26 152	25 903
Ayants droit de retraités	4 799	4 680	4 669	4 758	4 786
<b>Total</b>	<b>102 722</b>	<b>103 406</b>	<b>103 473</b>	<b>104 140</b>	<b>104 273</b>

	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Actifs cotisants	35 800	8 656	44 456	80,5%	19,5%
Retraités	22 011	7 117	29 128	75,6%	24,4%
Ayants droit d'actifs	12 140	13 763	25 903	46,9%	53,1%
Ayants droit de retraités	844	3 942	4 786	17,6%	82,4%
<b>Ensemble de la population</b>	<b>70 794</b>	<b>33 479</b>	<b>104 273</b>	<b>67,9%</b>	<b>32,1%</b>



La proportion d'hommes reste encore très importante chez les actifs et les retraités avec respectivement 80,5% et 75,6% d'hommes en 2005, malgré une population féminine en légère augmentation dans les métiers de l'exploitation.

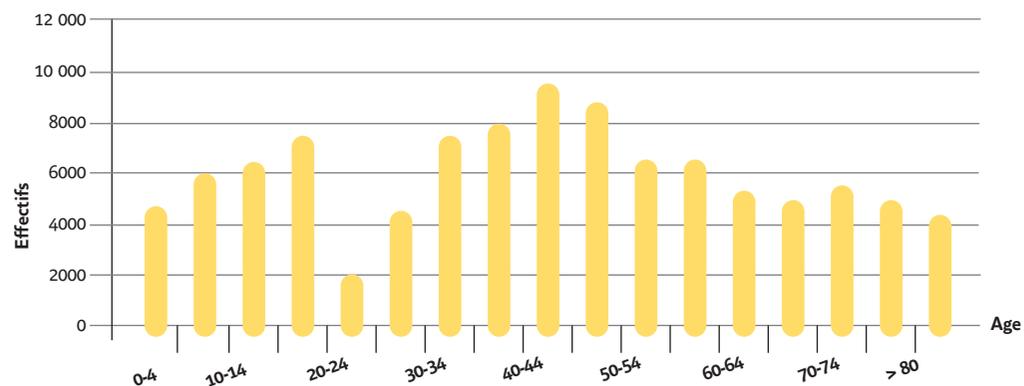
A l'inverse, les ayants droit d'actifs et de retraités regroupent 58% de femmes et 42% d'hommes. La part des femmes est plus importante lorsque nous tenons compte uniquement des ayants droit de retraités avec un taux à 82%.

Par ailleurs, parmi les ayants droit couverts par la CCAS, les ressortissantes représentent près de 98,5% des conjoints des actifs et des retraités. Cette forte représentation féminine s'explique par l'importance de la population masculine parmi les actifs et les retraités.

### > Répartition de la population couverte par tranche d'âge :

La tranche d'âge des 40-44 ans est majoritaire avec 9 681 ressortissants, alors que les 20-24 ans sont les moins représentés avec seulement 1 820 individus affiliés.

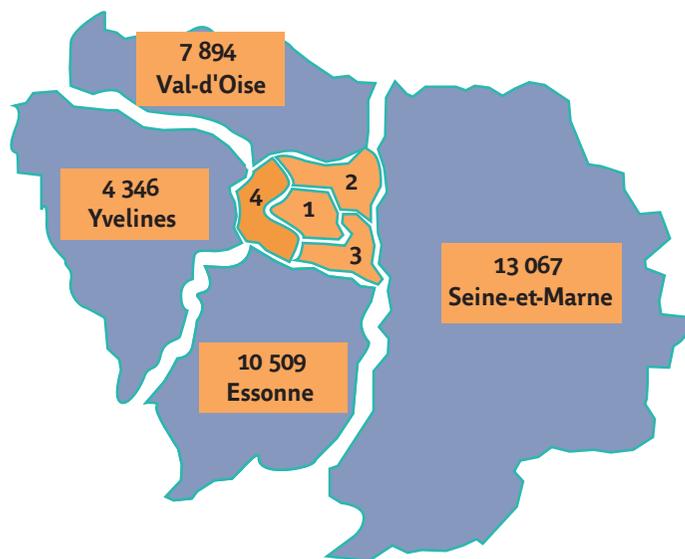
La moitié de la population couverte par la CCAS se situe dans la tranche d'âge des 25-59 ans. Les plus de 60 ans regroupent quant à eux 25 267 ressortissants.





> Répartition géographique de la population couverte :

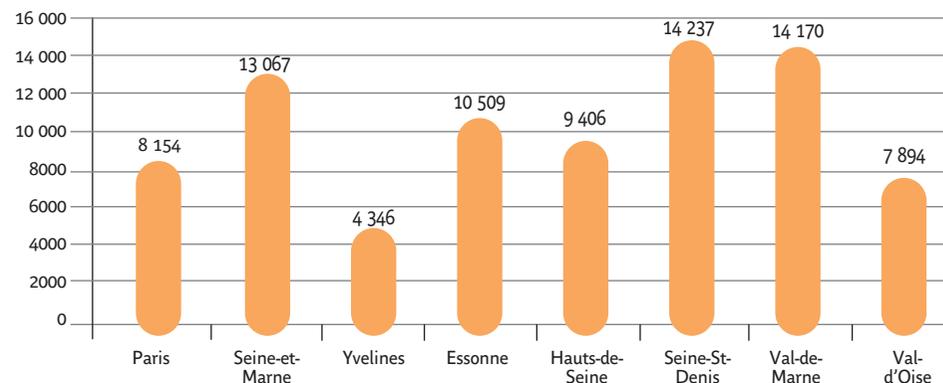
Répartition des ressortissants en Ile-de-France



- 1 - Paris : 8 154
- 2 - Seine-Saint-Denis : 14 237
- 3 - Val-de-Marne : 14 170
- 4 - Hauts-de-Seine : 9 406

81 783 de nos ressortissants vivent en Ile-de-France, soit 78,4% de l'ensemble de la population couverte. Comme l'année dernière, les départements les plus représentés sont la Seine-Saint-Denis avec 14 237 ressortissants, le Val-de-Marne avec 14 170 ressortissants et la Seine-et-Marne avec 13 067 assurés.

La région Ile-de-France compte 148 ressortissants de moins que l'an dernier.





## UNE CAISSE AU SERVICE DE SES RESSORTISSANTS

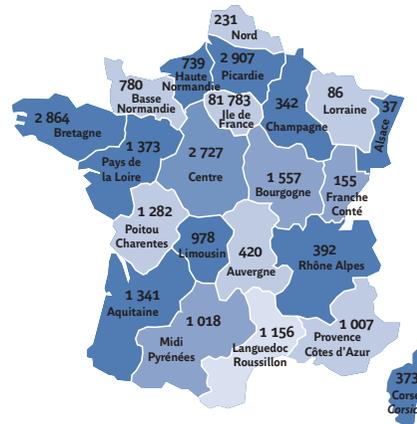
Au vu de la carte de France, la répartition des affiliés est très inégale selon les régions. Ainsi, sur 2005, la Bretagne avec 2 864 individus, le Centre avec 2 727 personnes et la Picardie avec 2 907 ressortissants constituent les régions les plus représentées.

A l'opposé, l'Alsace, la Lorraine ainsi que la Franche-Comté sont les régions les moins représentées avec respectivement 37, 86 et 155 ressortissants.

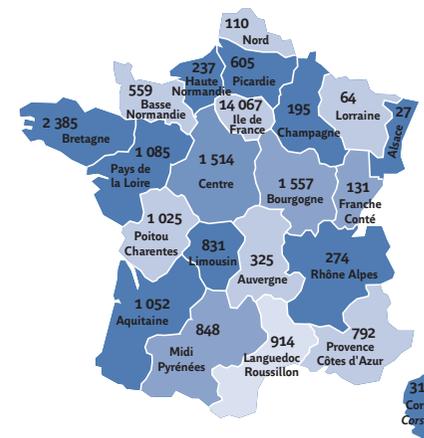
Par ailleurs, la Caisse compte 725 ressortissants dans les DOM-TOM, soit 38 personnes supplémentaires sur une année.

La majorité des individus issus des DOM-TOM réside en Martinique (390 ressortissants).

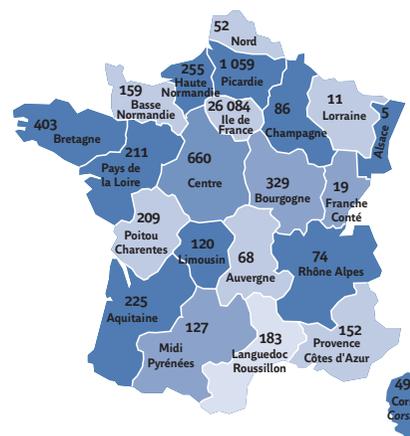
### Répartition des ressortissants par région



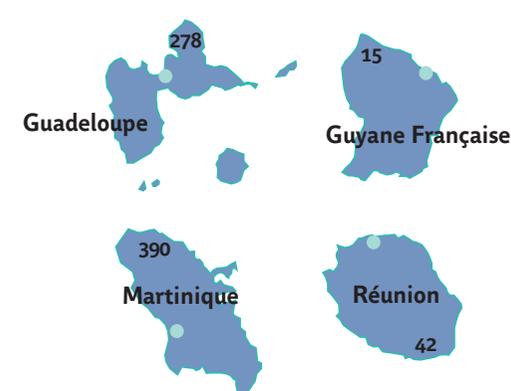
### Répartition des retraités par région



### Répartition des ayants droit par région



### Répartition des ressortissants dans les Départements d'Outre Mer





### > Part du régime spécial Ratp au niveau national

Au niveau national, les ressortissants de la CCAS représentent environ 0,2% de la population couverte au titre de l'assurance maladie (identique à 2004), ce qui fait de la CCAS l'un des plus petits régimes d'assurance maladie de France par la population couverte. Pour information, la SNCF compte 598 053 ressortissants et la Banque de France 41 029 ressortissants.

REGIMES	Ensemble des bénéficiaires d'assurance MALADIE	%
<b>RÉGIME DE SALARIÉS</b>		
Régime général	49 476 045	84,9%
Salariés agricoles	1 906 665	3,3%
Fonctionnaires militaires	913 987	1,6%
Mines	238 699	0,4%
SNCF	598 053	1,0%
Ratp	104 273	0,2%
Marins	121 561	0,2%
CRPCEN (clercs de notaire)	102 715	0,2%
Banque de France	41 029	0,1%
<b>TOTAL RÉGIME DE SALARIÉS</b>	<b>53 503 027</b>	<b>91,8%</b>
<b>RÉGIME DE NON SALARIÉS</b>		
BAPSA (exploitants agricoles)	2 035 692	3,5%
CANAM (professions indépendantes)	2 746 337	4,7%
<b>TOTAL RÉGIME DE NON SALARIÉS</b>	<b>4 782 029</b>	<b>8,2%</b>
<b>ENSEMBLE</b>	<b>58 285 056</b>	<b>100,0%</b>

### 2.2 L'ORGANISATION DES SERVICES DE LA CCAS

Après une année 2004 marquée par des changements institutionnels et une réorganisation complète, les faits marquants pour 2005 illustrent les objectifs que s'est fixés la nouvelle CCAS : offrir aux ressortissants un service toujours plus fiable, plus facile, plus attentionné. La qualité du service offert aux assurés avait en effet marqué un net progrès en 2004 : raccourcissement des délais de remboursement, amélioration de la qualité de l'accueil téléphonique et physique, respect de tous les délais légaux en terme de reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles... En 2005, la CCAS a consolidé ces bons résultats.

#### Les différentes missions de la Caisse :

- Servir les prestations prévues au Règlement Intérieur de la Caisse,
- Garantir l'application rigoureuse de la réglementation applicable aux régimes d'assurance maladie (Loi de Financement de la Sécurité Sociale en particulier),
- Assurer le service des prestations légales, complémentaires et supplémentaires, ainsi que celui des prestations relatives à l'action sociale et la prévention, conformément aux dispositions du Règlement Intérieur de la CCAS,
- Veiller au bon fonctionnement du Conseil d'administration de la Caisse : depuis la tenue des séances du Conseil jusqu'à la mise en œuvre de ses décisions,
- Garantir l'accès aux voies de recours (conciliation, recours amiable), auxquelles les assurés peuvent prétendre face aux décisions de la Caisse,
- Informer les ressortissants de la CCAS sur leurs droits, les accueillir dans les meilleures conditions, les conseiller et les soutenir dans les démarches à accomplir,



## UNE CAISSE AU SERVICE DE SES RESSORTISSANTS

- Produire les comptes, et mettre en place toutes les procédures requises pour une gestion saine et performante du régime, de nature à en assurer la pérennité.

Placées sous la responsabilité du directeur de la Caisse, cinq entités contribuent aux performances de la nouvelle CCAS :

### > L'entité Réglementation, secrétariat du CA

Le secrétaire du Conseil d'administration de la Caisse assume la responsabilité de cette entité, investie de deux missions :

#### *Le pôle Réglementation*

- Assure une veille juridique pour anticiper sur les réformes ou textes à venir, ayant un impact sur le Règlement Intérieur de la Caisse, et plus largement sur les prestations versées aux assurés.
- Garantit la mise en œuvre de toutes les dispositions légales ou réglementaires qui s'imposent au régime spécial (notamment dans le cadre de la LFSS, votée chaque année par le Parlement).

L'année 2005 a été marquée par la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie, liée à la Loi du 13 août 2004 (cf. page 28).

#### *Le secrétariat du Conseil d'administration de la CCAS*

- Prépare les séances et en assure le suivi : réponses aux questions, application des délibérations, rédaction du Procès verbal.
- Veille au respect des dispositions des Statuts et du Règlement Intérieur de la Caisse, procède à leur éventuelle mise à jour, s'assure de leur validation par le Conseil d'administration de la Ratp et les ministères compétents.

En 2005, le secrétariat du CA a organisé en tout début d'année les élections des représentants des retraités au Conseil d'administration ; puis il a organisé les dix séances de l'année.

### > L'entité Prestations en nature et action sociale et prévention

L'entité distingue la fonction décompte proprement dite, qui est le cœur du métier, des activités de service telles que le courrier, le conseil ou l'accueil.

Cette distinction est également constatée dans les structures identiques à la nôtre.

#### *Le pôle Production*

Celui-ci est composé d'une quarantaine d'agents, répartis en cellules techniques spécialisées, chacune étant compétente pour suivre les facturations d'une catégorie de professionnels de santé.

Les agents décompteurs sont polyvalents et liquident indifféremment les prestations :

- des retraités, ayants droit et agents en activité,
- les feuilles de soins d'assurance maladie ou d'accident du travail.

#### L'année 2005 a été marquée par :

- la consolidation des acquis obtenus en 2004 en matière d'instance et de délai de remboursement,
- la stagnation du nombre de feuilles de soins électroniques,
- la mise en place des mesures techniques liées à la réforme de l'assurance maladie.

#### Quelques chiffres :

- 2/3 des feuilles de soins sont des feuilles de soins électroniques,
- 2.285 millions de feuilles de soins ont été reçues et traitées.



### **Le pôle Service**

Il est composé d'une vingtaine d'agents, c'est l'interlocuteur unique des ressortissants de la Caisse. A ce titre, il traite en temps réel à travers sa plate-forme téléphonique et son accueil physique, les besoins en terme de conseils et d'assistance et apporte des réponses aux réclamations.

#### **Quelques chiffres :**

- le pôle a accueilli 27 500 visiteurs en 2005,
- il a répondu à 39 800 appels téléphoniques,
- il a effectué 5 332 opérations liées à des ouvertures de droits,
- il a établi 14 850 attestations diverses,
- il a traité 9 927 réclamations.

### **Le pôle Courrier**

Neuf agents assurent l'édition des décomptes, l'archivage des pièces et le transfert du courrier.

#### **A ce titre, en 2005 :**

- 508 176 lettres ont été reçues et triées,
- 1 472 502 plis ont été expédiés par la poste et 712 788 par le courrier intérieur,
- 19 tonnes de documents ont été archivés,
- Les frais d'affranchissement se sont élevés à 719 816 euros.

### **Le pôle Action Sociale et Prévention**

Son rôle est de guider les assurés qui doivent faire face aux conséquences d'une difficulté de santé, d'un handicap ou encore d'une perte d'autonomie mais aussi d'engager des actions qui visent à les prévenir.

#### ■ Les secours

Ils permettent l'attribution d'aides financières, sous certaines conditions, dès lors que des dépenses de santé non remboursables déséquilibrent le budget familial.

#### ■ Les prestations supplémentaires

Elles ont vocation à prendre en charge des dépenses de santé non remboursables en prestations légales ou la part restant à la charge de l'assuré après intervention du RO (Régime Obligatoire) et du RC (Régime Complémentaire). Cette année, 20 679 euros ont été consacrés aux prestations supplémentaires.

#### ■ L'aide aux personnes âgées dépendantes

La participation de la Caisse prend la forme de titres emploi service (TES) dont le nombre est fonction du degré d'autonomie. Cette année 1112 personnes ont bénéficié de ces TES pour un volume financier de 1 409 912 euros.

#### ■ Les prestations d'action sociale

- *Le dispositif d'incitation à la souscription d'une complémentaire santé* comprend deux types de prestations :
  - L'incitation et l'aide au paiement d'une complémentaire santé pour les assurés qui ne bénéficient pas du renouvellement de leur CMU-C ou qui se voient refuser celle-ci du fait d'un léger dépassement du barème.
  - L'aide exceptionnelle et temporaire à la prise en charge de la cotisation mutuelle des agents a bénéficié à 14 agents pour un montant de 4 102 euros.



- *L'aide au foyer :*

Cette prestation apporte un soutien financier aux familles devant faire appel à une travailleuse familiale ou à une aide ménagère pour des raisons sociales ou médicales. 34 bénéficiaires ont bénéficié de cette aide pour un montant de 17 000 euros.

- *Les chèques « cadeau » de fin d'année :*

Cette prestation est destinée à marquer la solidarité de la Caisse à l'égard de ses ressortissants les plus modestes. Les personnes concernées sont des bénéficiaires du fonds national de solidarité, de la CMU et du ticket modérateur au titre des prestations supplémentaires. A ce titre, en 2005, 80 bénéficiaires se sont vus attribuer ces chèques, pour un montant total de 8 000 euros.

- *L'accueil des enfants handicapés en séjour de vacances :*

Grâce à une convention signée avec la fondation « Les enfants du métro » et le CRE de la Ratp, la CCAS contribue au surcoût occasionné par l'adaptation de séjours organisés par ces organismes. Ce sont neuf enfants qui ont pu en bénéficier en 2005, pour un montant total de 4 280 euros.

- *L'aide en relation avec un décès :*

Elle s'est élevée à 97 271 euros pour aider quinze familles dans la difficulté.

### > **L'entité Accidents du Travail – Maladies Professionnelles**

L'année 2005 a été marquée en premier lieu par le succès de la mise en service de l'application « AVENIR » qui a modifié en profondeur l'activité des agents de la CCAS en charge des AT/MP (cf. page 34). La multitude de fonctionnalités améliore considérablement la réalisation du service tant du point de vue de l'utilisateur que de l'assuré.

Le bilan d'activité 2005 est donc fortement imprégné par cette réussite.

#### **Le pôle Réglementation AT/MP et Contentieux :**

- *Activité du bureau des enquêtes :*

L'un des fondamentaux de l'activité de l'entité demeure la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles. Le 11 avril 2005 est la date à laquelle l'application « AVENIR » a vu le jour dans d'excellentes conditions.

Pendant trois mois, l'application a fonctionné en mode manuel pour ce qui concerne les déclarations d'AT/MP.

Or, le 1<sup>er</sup> juillet 2005, l'interface entre l'application « ACCILINE » et l'application « AVENIR » a été activée de sorte que le délai de transmission des déclarations d'AT/MP (habituellement de trois à cinq semaines) a considérablement chuté avec une durée moyenne inférieure aux 48 heures réglementaires.

Seul le département MRF a bénéficié jusqu'à la fin de l'année 2005 d'une dérogation en raison de problèmes informatiques. L'ensemble des dossiers soumis à la CCAS a donné lieu à notification avec en préalable une information systématique des assurés sur le suivi du dossier (avis de réception, demande de documents, etc.).



Le tableau ci-dessous retrace l'activité de la Caisse du point de vue de la reconnaissance des AT et des MP.

### Accidents du Travail et Maladies Professionnelles : déclarations et reconnaissances

Total des Déclarations d'Accident du Travail reçues 2005 :  
6258 (5193 Accidents du Travail et 1065 Accident de Trajet) pour 4061 Accidents  
du Travail reconnus (3362 Accidents du Travail et 679 Accidents de Trajet).

Total des Déclarations de Maladies Professionnelles reçues 2005 :  
148 pour 53 maladies reconnues et 70 rejets.

On peut noter une légère augmentation du nombre de déclarations de maladie professionnelle et dans le même temps un nombre de rejets plus conséquent lié notamment à l'absence de pathologie telle que décrite dans les tableaux concernés.

- Activité procédure amiable et contentieuse

On avait déjà observé la pertinence que constituait le regroupement du "contentieux" de la Caisse au sein de l'entité AT/MP, l'année 2005 l'a confirmé. En effet, une première observation s'impose sur la stabilisation de la tenue des CRA avec un nombre de dossiers traités de 275 (150 nouveaux dossiers ayant été enregistrés en CRA AT/MP), le reste étant constitué de dossiers plus anciens faisant l'objet pour la plupart de sursis à statuer.

### Commissions de recours amiable (CRA)

CRA AT/MP 2004	9 CRA	211 dossiers
CRA AT/MP 2005	12 CRA	275 dossiers
CRA Maladie 2004	6 CRA	74 dossiers
CRA Maladie 2005	11 CRA	106 dossiers

Sur l'ensemble des dossiers, seuls cinq (trois au titre des AT/MP et deux au titre de la maladie) ont été renvoyés devant le Conseil d'administration de la CCAS, ce qui démontre le professionnalisme qui entoure le fonctionnement des commissions. Pour les dossiers qui ont été proposés à l'attention du CA de la CCAS, ils ont concerné pour deux d'entre eux un problème réglementaire tranché par la Cour de cassation. Pour la sphère contentieuse, on relève également une relative stabilité avec une baisse tendancielle du nombre de recours, notamment pour le contentieux technique devant le Tribunal du Contentieux et de l'Incapacité (TCI)<sup>1</sup>.

TCI
29 recours reçus en 2004
21 AT
3 INVALIDITE
5 MP

TCI
37 recours reçus en 2005
34 AT
1 INVALIDITE
2 MP

(1) En effet, le bureau des indemnisations a permis que soient rendues plus de 1000 décisions, soit une augmentation de 35% de l'activité par rapport à l'année passée (cf. Activité du bureau des indemnisations - page 16)



Enfin, en ce qui concerne l'activité liée au contentieux général, seulement 20 dossiers ont été portés devant les tribunaux sur un ensemble de plus de 10 000 décisions émanant de l'entité AT/MP (administrative et médicale hors Incapacité Permanente Partielle (IPP)) – Pour mémoire environ 40 dossiers en 2004 –. La tendance est donc confirmée sur la qualité des prestations rendues par la CCAS, mais également sur l'action d'information et de conseil déclinés à l'occasion du service (y compris en médecine conseil) évitant la mise en œuvre de procédures sur la base d'une incompréhension.

### ***Le pôle Médical***

- **Activité du bureau de l'espace médical**

Sur le fond des décisions notifiées, compte tenu de l'accroissement du nombre de décisions rendues en 2005, il n'est pas apparu non plus d'envolée des contestations dans le cadre d'expertise L141.

Sur l'année, 114 dossiers d'expertises ont été lancés sur un total d'environ 4000 décisions dont, au 31 décembre 2005, seuls 7 avis d'expert ont infirmé la décision de la CCAS. Ce résultat démontre à nouveau la qualité des prestations réalisées par les médecins conseil de la CCAS.

Au plan quantitatif, le stock d'expertises a été totalement résorbé conformément à l'engagement pris par la CCAS.

Des objectifs tenant à la qualité de l'accueil ont été institués sur l'activité de médecine conseil. Seules quelques réclamations écrites ont été portées à la connaissance de la CCAS, ce qui au regard des milliers de décisions notifiées par la CCAS de la Ratp reste négligeable.

Pour autant, ces objectifs sont reportés et amplifiés en 2006 auprès de l'ensemble des agents en relation avec les assurés, notamment par la

mise en œuvre d'une charte inscrite dans les objectifs 2006 reprenant leurs droits et devoirs.

- **Activité du bureau des indemnisations**

Le traitement de la nouvelle législation sur les accidents successifs a permis de traiter la totalité des cas recensés dans l'application « AVENIR ». Ces dispositions favorables ont recueilli l'agrément de l'ensemble des bénéficiaires. Par ailleurs, par la qualité de leur prestation et leur implication, les membres du bureau des indemnisations ont rétabli un fonctionnement normal avec un traitement des dossiers nouveaux dans les conditions fixées par le Règlement Intérieur de la CCAS. Plus de 1000 décisions ont été notifiées par la CCAS AT/MP sur l'année 2005.

Compte tenu de ces résultats, la politique de révision va pouvoir être amplifiée en 2006 avec le lancement d'un processus de révision d'un nombre de dossiers équivalent à la moitié des nouveaux dossiers actifs de l'année.



### > L'entité Contrôle Médical et Prestations en Espèces

L'entité est composée de deux pôles :

- Un pôle Contrôle Médical
- Un pôle Prestations en Espèces

#### **Le pôle Contrôle Médical**

Les missions du pôle Contrôle Médical assurées par les praticiens conseil (cinq médecins et deux dentistes), les secrétaires médicaux (dix personnes) et une équipe de traitement du courrier et de saisie des arrêts de travail, s'organisent conformément au Règlement Intérieur de la Caisse.

#### **Pour tous les affiliés, le pôle :**

- Réceptionne et trie le courrier (102 000 plis en 2005) comprenant les avis d'arrêt de travail,
- Assure le suivi médical des assurés,
- Rend des avis quant au bénéfice de certaines prestations dont le service est subordonné à la procédure d'entente préalable,
- Procède à l'examen des demandes d'exonération du ticket modérateur pour les affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse,
- Participe activement à la détermination et à la réalisation des actions de gestion du risque et de prévention de la Caisse,
- Constate les abus en matière de soins, de prescriptions, d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations,
- Analyse sur le plan médical, l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux assurés de la Caisse,

- Détermine, dans le cadre du Comité Médical d'Expertise, les droits des assurés en matière d'assurance invalidité,
- Participe au recueil des informations nécessaires au travail de la Caisse dans l'engagement des procédures contre tiers,
- Assure la coordination du suivi post-professionnel des assurés ayant été exposés à l'amiante,
- Donne des avis techniques sur les dossiers de secours,
- Participe à la Commission d'action sociale et prévention sur les actions envisagées,
- Met en œuvre la procédure d'expertise médicale dès qu'il a connaissance d'une contestation portant sur une décision à caractère médical,
- Emet un avis dès qu'il est sollicité par le Directeur ou son représentant, dans le cadre de la conciliation ou pour le service des prestations supplémentaires et d'action sociale.

#### **Pour les agents en activité, le pôle :**

- Assure la saisie des avis d'arrêts de travail et l'analyse des anomalies détectées à l'occasion du rapprochement avec le pointage administratif (99 972 en 2005),
- Assure le suivi médical des agents en arrêt de travail,
- Détermine, dans le cadre des Commission médicale et Commission médicale d'appel, les droits des agents en matière de congé maladie, conformément aux dispositions du Règlement Intérieur et du Statut du Personnel,



- Etudie depuis avril 2005, les demandes de Congé spécial d'ordre médical (164 du 6 avril au 31 décembre 2005), conformément au protocole d'accord signé par les organisations syndicales,
- Accorde des reprises de travail en Temps Partiel Thérapeutique (97 en 2003, 179 en 2004 et 159 en 2005).

#### Deux moments importants ont marqué l'année 2005 :

- En février 2005, l'activité de saisie des avis d'arrêts de travail maladie et AT a été rattachée au pôle Contrôle Médical, tout en continuant d'assurer le respect du secret médical, de permettre une prise en compte de l'ensemble des données médico-administratives. Ceci a notamment permis de supprimer des tâches fastidieuses telles que la séparation des volets 1 et 2 à l'ouverture du courrier médical (près de 102 000 plis) et le double archivage de ces volets.
- Depuis avril 2005, le droit à Congé de longue durée (article 84 du Statut du Personnel) est ouvert à un plus grand nombre de pathologies. Ce congé est accordé et renouvelé par la Commission médicale.

#### Le pôle Prestations en Espèces

Conformément aux dispositions du Règlement Intérieur et du Statut du Personnel, le pôle Prestations en Espèces garantit aux assurés de la Caisse, le service des prestations en espèces, à savoir l'indemnisation des périodes d'incapacité de travail, tant en matière d'assurance maladie qu'en matière d'assurance maternité, et le versement des indemnités journalières des ex-agents en maintien de droits.

- Communication  
En 2005, le livret d'information « Dispositions en cas d'arrêts de travail » a fait l'objet d'une distribution papier pour les agents n'ayant pas de connexion Intranet et par mail pour les autres. Ce document actualisé a permis d'informer l'ensemble du personnel des nouvelles dispositions, notamment celle concernant le médecin traitant.
- Paiement des indemnités journalières pour les ex-agents Ratp  
En 2005, l'activité « versement des indemnités journalières maladie aux personnes bénéficiant du maintien des droits aux prestations en espèces pendant une durée de un an » a augmenté de 60%, du fait de l'accroissement du nombre de départs d'agents de la Ratp bénéficiant du maintien de droits, conformément au code de la sécurité sociale.
- Dans le cadre de ses missions, le pôle diligente les contrôles de caisse au domicile des agents par la visite d'un enquêteur, ou d'un médecin seul habilité à procéder à un examen médical.
- *Contrôle à domicile*  
Les missions de contrôle à domicile par des enquêteurs ou par des médecins, se sont poursuivies en 2005 sur les mêmes bases qu'en 2004.  
Les divers dispositifs constituant la politique de contrôle des arrêts de travail sont à rapprocher de la diminution (- 20%) du nombre d'actes par rapport à 2003.



- *Les prestations en espèces : des droits et des devoirs*

Si la Caisse garantit aux agents en activité un maintien de salaire, dès le premier jour de l'incapacité de travail, elle se doit, en retour, de contrôler le bien-fondé des prestations versées.

L'organisation des contrôles à domicile a permis d'atteindre un taux de contrôle de 7,18% (7,30% en 2004) représentant 6394 contrôles (6913 en 2004) pour un nombre d'avis d'arrêts de travail maladie en forte diminution : -20,6% par rapport à l'année 2003 (107 328 arrêts en 2003, pour 89 014 en 2005).

- Le Pôle établit les diverses notifications relatives à ses décisions tout en garantissant la mise en œuvre des voies de recours inscrites dans le Règlement Intérieur.

- *Correspondances avec les assurés*

En 2005, dans le cadre de la gestion des arrêts de travail, le pôle Prestations en espèces a traité plus de 15000 litiges avec les assurés (tous problèmes confondus) se traduisant par 5780 décisions de caisse dont 2760 courriers de rappel de la réglementation en vigueur et 3020 courriers de suppression d'indemnités correspondant à environ 50 équivalent/agents temps plein (10000 jours).

- *Les voies de recours*

L'ensemble des notifications émises par le pôle Prestations en espèces de la CCAS propose des voies de recours de plusieurs niveaux :

La conciliation, voie de recours particulière intégrée au Règlement Intérieur de la Caisse, permet depuis 2004 d'apprécier collégialement les situations des agents en infraction avec la réglementation.

Cette méthode est gage d'une bonne application de la réglementation définie dans le Règlement Intérieur de la CCAS ;

La Commission de recours amiable permet aux assurés de contester, dans les deux mois, toutes décisions prises par la CCAS.

- Le pôle s'assure, par des audits internes, de l'application de ses décisions par les divers interlocuteurs des ressources humaines des départements.  
Application des décisions de Caisse :  
Deux audits internes réalisés par le pôle Prestations en espèces ont permis de mieux suivre l'application des décisions de la CCAS dans le cas de non respect de la réglementation.  
En effet, le taux d'application est passé de 66% début 2004 à 78% en fin d'année pour évoluer jusqu'à 88% début 2005.
- Relations avec l'employeur Ratp  
Dans la continuité des relations avec l'employeur Ratp, des réunions ont été organisées pour des personnels en charge des ressources humaines dans sept unités. Plus de 200 personnes ont ainsi bénéficié d'une information personnalisée.
- Le pôle met en œuvre les nouvelles procédures conformément aux nouvelles dispositions adoptées par le Conseil d'administration de la Caisse.
- Le pôle sollicite l'avis des médecins conseil dans le cadre du suivi médico-administratif des dossiers des agents (ex : nombreux arrêts).



### > L'entité Comptabilité

Le responsable de l'entité Comptabilité assure les activités financières et comptables de la CCAS, et le contrôle des prestations. A ce titre, il est en charge de la détermination des prévisions de dépenses et de l'établissement des résultats comptables, dans la norme du Plan de Compte Unique des Organismes de Sécurité Sociale.

#### L'entité effectue :

- la mise en paiement et la comptabilisation de toutes les prestations maladie et AT/MP,
- le paiement et le suivi du Budget Global et des dépenses assimilées,
- le paiement et le suivi des Caisses centralisatrices de paiement,
- les règlements des Indemnités Journalières,
- les règlements des factures d'experts et d'avocats,
- le paiement du transfert financier à la Mutuelle.

#### Dans le cadre des activités de l'entité, figurent aussi la gestion et la comptabilisation :

- des créances des Professionnels de santé, établissements, pharmacies et assurés,
- des remises en paiement,
- des recours contre tiers.

L'entité Comptabilité réalise les situations comptables pour le Conseil d'administration de la CCAS et la Commission économique du Conseil d'administration de la Ratp.

Le pôle des contrôleurs a réalisé le contrôle a posteriori de 8,5% des feuilles de soins papier traitées par la CCAS.

Les éléments statistiques et comptables élaborés par l'entité Comptabilité permettent de déterminer les coûts moyens par assuré, et le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie du régime.

### 3.1 LA MISE EN PLACE DU NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION, EN JANVIER 2005

La phase transitoire instaurée par le décret du 23 février 2004 a pris fin le 25 janvier 2005, avec la mise en place du nouveau Conseil d'administration.

**Les objectifs de cette nouvelle régulation sociale étaient les suivants :**

- instaurer un véritable paritarisme, le nombre de voix dont disposent les administrateurs représentant les assurés étant égal à celui dont disposent les administrateurs représentant la direction ;
- assurer une large représentation en permettant à toutes les organisations syndicales représentatives au sein de la Ratp de siéger au Conseil ;
- respecter la représentativité effective des organisations syndicales, en s'appuyant sur les derniers résultats des élections professionnelles ;
- garder l'élection directe des administrateurs retraités.

L'élection des membres administrateurs retraités est effectuée au scrutin proportionnel suivant la règle de la plus forte moyenne.

Les retraités ont élu leurs deux représentants à l'occasion du scrutin qui s'est tenu le 13 janvier 2005.

La durée du mandat d'administrateur est de quatre ans ; ce mandat est renouvelable.

#### La nouvelle CCAS est gérée par un Conseil d'administration paritaire comprenant :

- le président directeur général de la Ratp, ou son représentant en tant que Président de la Caisse ;
- 19 membres administrateurs représentant la Ratp, disposant d'un nombre de voix équivalent à celui des administrateurs représentant les assurés ;
- 28 membres administrateurs représentant les assurés.

Les membres administrateurs représentant les affiliés sont désignés de la façon suivante :

- 10 membres administrateurs agents actifs répartis proportionnellement aux résultats de la dernière élection des représentants du personnel aux comités d'établissement (CDEP).
- 2 membres administrateurs désignés par chaque organisation syndicale représentative au niveau de l'entreprise, dont au moins un agent actif.
- 2 membres administrateurs élus par les anciens agents retraités, dans le cadre d'une élection organisée tous les quatre ans par la Caisse.



### > Les membres du Conseil d'administration en 2005 (composition au 31 décembre 2005)

#### En tant que administrateurs représentant la Ratp :

Alain Henrion, Président du Conseil d'administration	
Maryse Aubry	Michel Larmonier
Rozenn Boedec-Chapelain	Jean-Luc Le Pabic
Didier Decombe	Corinne Maillard-Duperrier
Gérard Foissin	Thierry Misrahi
Patrick Furlan	Serge Reynaud
Isabelle Galassi	Luc Roumazeille
Claudine Grimaud	Antonio Scuotto
Patrick Hubert	Patrick Speller
Maurice Jarlier	Pascale Valette
Françoise Juhel	

#### En tant que administrateurs titulaires représentant les affiliés :

Eric Backouche, Union nationale des syndicats autonomes  
Germain Barclais, Fédération des syndicats indépendants du groupe Ratp  
Yvon Bellassée, CGT – Syndicat général  
Robert Bernasconi, Syndicat SUD de la Ratp  
Michel Bleuse, Syndicat CFE-CGC  
Christian Boulifard, Syndicat Force ouvrière  
Muriel Blouet, Syndicat SUD de la Ratp  
Michel Cadosch, Union nationale des syndicats autonomes  
Jean-Pierre Canceil, élu retraité (liste CGT)  
Bernard Capron, CGT – Syndicat général  
Patrick Colin, Syndicat Force ouvrière  
Bernard Coudert, Syndicat Force ouvrière  
Daniel Couvé, Union nationale des syndicats autonomes  
Christian Derouet, Union nationale des syndicats autonomes  
Philippe Domergue, CGT – Syndicat général  
Olivier Galle, Fédération des syndicats indépendants du groupe Ratp  
Brigitte Goch-Bauer, CGT – Syndicat général

Marc Griffoul, Syndicat CFDT  
Gislaine Mainge, Syndicat SUD de la Ratp  
Jean-Claude Michelet, élu retraité (liste d'entente UNSA, FO, CFE-CGC, CFTC)  
Jean-Marc Nibert, CGT – Syndicat général  
Joël Oger, Syndicat CFDT  
Jean-Jacques Parietti, Syndicat CFTC  
Philippe Rameix, Syndicat CFTC  
Jacques Tournois, Syndicat CFDT  
Jean Trécourt, Syndicat CFE-CGC  
Cyril Trillaud, CGT – Syndicat général  
Claudine Vincent, Fédération des syndicats indépendants du groupe Ratp

#### En tant que administrateurs suppléants représentant les affiliés :

Patrick Bonvarlet, CGT – Syndicat général  
Frédéric Bourguignon, Fédération des syndicats indépendants du groupe Ratp  
Christian Bridoux, Syndicat CFTC  
Michelle Cointrel, Union nationale des syndicats autonomes  
Manuel Dacosta, Union nationale des syndicats autonomes  
Luc Daumont-Leroux, Syndicat CFDT  
Jean-Christophe Delprat, Syndicat SUD de la Ratp  
Gérard Jouan, CGT – Syndicat général  
Jacques Legay, Union nationale des syndicats autonomes  
Jean-Jacques Lhoumaud, Syndicat Force ouvrière  
Pierre Loss, CGT – Syndicat général  
Eric Malmaison, Syndicat CFDT  
Michel Nilles, Syndicat Force ouvrière  
Valérie Petita, Fédération des syndicats indépendants du groupe Ratp  
Francis Scotto d'Aniello, Syndicat CFE-CGC  
Martine Testa, Syndicat SUD de la Ratp  
Claude Voisin, CGT – Syndicat général  
Camal Yala, CGT – Syndicat général

#### En tant que représentants du CRE (à titre consultatif) :

Jean Bassoulet  
Serge Médard

**Ont été remplacés en cours d'année :**

Dominique Auchabie, Fédération des syndicats indépendants du groupe Ratp (suppléant)  
 Ludovic Butel, Syndicat SUD de la Ratp (titulaire)  
 Patrick Monier, Syndicat SUD de la Ratp (suppléant)  
 Bertrand Dumont, Syndicat SUD de la Ratp (titulaire)  
 Manuel Mendès, Syndicat SUD de la Ratp (titulaire)  
 Catherine Mongin, représentant la Ratp  
 Alain Mouasseh, Syndicat SUD de la Ratp (titulaire)  
 Marie-Christine Raoult, représentant la Ratp

**3.2 LE FONCTIONNEMENT ET LES MISSIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Le Conseil d'administration de la Caisse tient une réunion ordinaire chaque mois, à l'exception des mois de juillet et août. Assistent à ces séances, à titre consultatif : le Directeur de la Caisse et le Responsable de la comptabilité de la Caisse ou leurs représentants ; le secrétaire du Conseil ou son représentant ; deux représentants du CRE.

**Le Conseil d'administration de la Caisse a notamment pour missions :**

- d'élaborer les statuts et le Règlement Intérieur de la Caisse ;
- d'élaborer les modifications qui lui semblent devoir être apportées aux statuts et au Règlement Intérieur de la Caisse ;
- de donner son avis sur la désignation du Directeur de la Caisse et du Responsable de la comptabilité ;
- de contrôler le Directeur de la Caisse et le Responsable de la comptabilité en ce qui concerne la liquidation, l'ordonnancement et le paiement des prestations prévues par le Règlement Intérieur ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ;
- de statuer sur les recours amiables formés par les affiliés à l'occasion de l'attribution des prestations prévues par le Règlement Intérieur, ainsi que sur les demandes de secours ;
- de statuer sur la mise en place des actions de prévention et d'action sociale ;
- d'examiner au moins une fois par trimestre la situation des comptes de la Caisse arrêtés au dernier jour du trimestre précédent ;
- de préparer le budget annuel qui comprend notamment le budget de fonctionnement de la Caisse et de donner son avis sur les dossiers de demandes d'investissement présentés par le Directeur de la Caisse ;
- d'établir les comptes ;
- d'établir un rapport annuel sur le fonctionnement de la Caisse ;
- de statuer sur la modification de l'implantation géographique des centres de médecine de soin ;
- de statuer sur l'ouverture ou la fermeture de disciplines médicales, ainsi que sur les évolutions significatives de l'offre au sein de l'Espace Santé.

## 3.3 LE RÔLE ET LA COMPOSITION DES COMMISSIONS

Lors de la séance d'inauguration du 25 janvier 2005, le Conseil d'administration a procédé à l'élection des membres des commissions :

**La Commission de contrôle financier**

Elle est chargée de vérifier la comptabilité de la Caisse et de donner un avis sur l'établissement du budget et des comptes, et notamment sur le budget de fonctionnement de la Caisse. La commission émet également un avis sur les dossiers de demandes d'investissement relatifs à l'activité de la Caisse. Elle s'est réunie 2 fois au cours de l'année 2005.

Direction		Affiliés	
Titulaires	Suppléants	Titulaires	Suppléants
<b>Président Alain Henrion</b>	Michel Larmonier	Jean Trécourt	Joël Oger
Maurice Jarlier	Didier Decombe	Philippe Rameix	Claudine Vincent
Jean-Luc Le Pabic	Thierry Misrahi	Jean-Marc Nibert	Jean-Pierre Canceil

**La Commission chargée d'examiner et de statuer par délégation du Conseil d'administration de la Caisse sur les demandes de secours**

Elle statue anonymement sur l'attribution d'aides financières dès lors que des dépenses de santé non remboursables déséquilibrent le budget familial. Cette année la commission s'est réunie 11 fois et a traité 112 dossiers ; 91 avis favorables ont été émis dont 27 partiellement. Toutes les décisions ont été prises à l'unanimité des administrateurs. Le montant des secours accordés s'est élevé à 78 958 euros.

Direction		Affiliés	
Titulaires	Suppléants	Titulaires	Suppléants
Isabelle Galassi	Pascale Valette	<b>Président Michel Cadosch</b>	Christian Derouet
Françoise Juhel	Serge Reynaud	Jacques Tournois	Patrick Colin
Claudine Grimaud	Maryse Aubry	Cyril Trillaud	Claude Voisin

**La Commission chargée de proposer au Conseil d'administration de la Caisse les actions à mener dans le cadre de la politique d'action sociale et de prévention de la CCAS**

Cette commission s'est réunie 7 fois au cours de cette année. Ses travaux permettront la mise en place en 2006 d'un certain nombre de prestations générant de fortes avancées en matière de protection sociale (cf. page 31).

Direction		Affiliés	
Titulaires	Suppléants	Titulaires	Suppléants
Tony Scutto	Françoise Juhel	<b>Président Bernard Coudert</b>	Marc Griffoul
Michel Larmonier	Claudine Grimaud	Brigitte Goch Bauer	Yvon Bellassée
Maryse Aubry	Corinne Maillard-Duperrier	Daniel Couvé	Éric Backouche

**La Commission de recours amiable du risque maladie-maternité**

Elle est chargée de statuer par délégation du Conseil d'administration de la Caisse, sur les réclamations formées par les assurés à l'occasion de l'attribution des prestations prévues par le Règlement Intérieur.

Elle s'est réunie 11 fois et a traité 106 recours en 2005.

Direction		Affiliés	
Titulaires	Suppléants	Titulaires	Suppléants
<b>Président</b> <b>Gérard Foissin</b>	Luc Roumazeille	Olivier Galle	Michel Cadosch
Rozenn Boedec-Chapelain	Patrick Speller	Membre du Conseil de prévoyance	
Patrick Furlan	Jean-Luc le Pabic	Membre du Conseil de prévoyance	

**La Commission de recours amiable du risque accidents du travail et maladies professionnelles**

Elle est chargée de statuer par délégation du Conseil d'administration de la Caisse, sur les réclamations formées par les assurés à l'occasion de l'attribution des prestations prévues par le Règlement Intérieur.

Elle s'est réunie 12 fois et a traité 275 dossiers en 2005.

Direction		Affiliés
Titulaires	Suppléants	Titulaires
<b>Président</b> <b>Luc Roumazeille</b>	Gérard Foissin	Membre du Conseil de prévoyance
Jean-Luc le Pabic	Antonio Scuotto	Membre du Conseil de prévoyance
Pascale Valette	Rozenn Boedec-Chapelain	Membre du Conseil de prévoyance

**La Commission d'invalidité**

Elle est chargée de se prononcer, après avis du comité médical d'expertise, sur les demandes de prestations en matière d'invalidité des assurés, elle statue par délégation du Conseil d'administration de la Caisse. Elle s'est réunie 4 fois et a traité 40 demandes en 2005.

Direction		Affiliés
Titulaires	Suppléants	Titulaires
<b>Président</b> <b>Patrick Speller</b>	Isabelle Galassi	Membre du Conseil de prévoyance
Didier Decombe	Michel Larmonier	Membre du Conseil de prévoyance
Corinne Maillard-Duperrier	Patrick Furlan	Membre du Conseil de prévoyance

**La Commission des rentes accidents du travail**

Elle est chargée de se prononcer, après avis du comité médical d'expertise, sur le droit de la victime ou de ses ayants droit à une rente accidents du travail et sur le montant de celle-ci, elle statue par délégation du Conseil d'administration. Elle s'est réunie 18 fois et a traité 819 dossiers en 2005.

Direction		Affiliés
Titulaires	Suppléants	Titulaires
<b>Président</b> <b>Patrick Speller</b>	Serge Reynaud	Membre du Conseil de prévoyance
Patrick Hubert	Maryse Aubry	Membre du Conseil de prévoyance
Thierry Misrahi	Maurice Jarlier	Membre du Conseil de prévoyance

A ces sept commissions présidées chacune par un administrateur de la Caisse, s'ajoutent les deux commissions présidées par un médecin du Conseil de prévoyance et dont les missions sont fixées par le Statut du Personnel :

**La Commission médicale (article 94 du Statut)**

Elle s'est réunie 64 fois et a rendu 2439 avis en 2005.

**La Commission médicale d'appel (article 95 du Statut)**

Elle s'est réunie 6 fois et a rendu 8 décisions en 2005.

#### 4.1 LA MISE EN ŒUVRE DU CONGÉ SPÉCIAL D'ORDRE MEDICAL (CSOM)

Le Protocole d'accord sur l'attribution d'un congé spécial d'ordre médical aux agents atteints d'affections fonctionnelles et motrices affectant leur capacité de travail a été élaboré en 2004 et signé par toutes les organisations syndicales de la Ratp début 2005.

L'objet de ce protocole est de créer un dispositif qui réponde à la fois aux besoins de l'agent, qui souhaite continuer à travailler malgré la maladie, et aux nécessités de mission de service public.

Le CSOM a été mis en place par la CCAS en avril 2005, date des premières consultations médicales. Après cette première année d'application, le bilan chiffré montre que ce congé spécial correspond à un réel besoin. 164 dossiers ont été examinés entre le 6 avril et le 31 décembre 2005 :

→ 108 CSOM ont été accordés (soit 66% des demandes)

→ 56 demandes ont été refusées.

Nombre de CSOM accordés	Taux d'incapacité fixé par les médecins %	% des CSOM accordés
16	10	15
8	15	7
25	20	23
11	25	10
12	30	11
4	35	4
4	40	4
3	45	3
21	50	19
4	60	4
108	-	100

Au 31 décembre 2005, la CCAS a reçu 25 demandes d'avis d'un expert, dont :

- 12 contestent un refus d'attribution de CSOM ;
- 13 contestent le taux fixé par les médecins conseil, pour le CSOM accordé.

Ces 25 demandes ont été lancées et ont donné lieu à 14 rapports (11 demandes étaient encore en cours fin décembre), dont :

- 11 confirment la décision de la Caisse – sur avis des médecins conseil –, à savoir : 8 refus maintenus et 3 taux maintenus.
- 3 ne confirment pas la décision des médecins conseil, à savoir 3 taux ont été augmentés (de 0 à 10% ; de 15 à 25% ; de 20 à 30%).

Le nombre de demandes reçues et le nombre de CSOM attribués confirment que ce dispositif était attendu et a atteint son objectif : permettre aux agents de disposer du temps nécessaire pour se soigner sans avoir à multiplier les arrêts maladie, se mettre à temps partiel ou puiser sur leurs jours de congé.

Une commission de respect de l'accord d'application du protocole est programmée début 2006.

## 4.2 LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI RELATIVE À LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

Le régime spécial Ratp est soumis à toute loi portant réforme de l'assurance maladie entrant dans le cadre du financement de la sécurité sociale. Aussi, la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie a été mise en place par la CCAS, lorsque les décrets d'application sont parus, soit courant 2005.

## Réforme de l'assurance maladie : les principales dates

<b>13 AOÛT 2004</b>	Promulgation de la loi de réforme de l'assurance maladie.
<b>1<sup>er</sup> JANVIER 2005</b>	Mise en place de la participation forfaitaire de 1 euro.
<b>AVRIL 2005</b>	Chaque assuré de la CCAS reçoit un formulaire de choix de médecin traitant.
<b>1<sup>er</sup> JUILLET 2005</b>	Le parcours de soins coordonné se met en place. Une nouvelle feuille de soins (adaptée au suivi médical coordonné par le médecin traitant) remplace l'ancienne.
<b>DÉCEMBRE 2005</b>	Plus de 53 000 assurés de la CCAS ont un médecin traitant déclaré.
<b>1<sup>er</sup> JANVIER 2006</b>	Le parcours de soins coordonné est complet : les remboursements modulés entrent en application.

Les principales dispositions de la réforme, dont les textes d'application ont permis la mise en œuvre en 2005 :

## &gt; Le médecin traitant

- Chaque assuré de 16 ans ou plus est invité à déclarer un médecin traitant auprès de sa caisse d'assurance maladie ; en choisissant de désigner un médecin traitant et en le consultant en priorité, le patient bénéficiera d'une prise en charge de ses frais de soins inchangée ;
  - En revanche, en cas de non respect du parcours de soins coordonné, le patient s'exposera à deux types de pénalités financières (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006) : majoration du ticket modérateur, et possibilité pour les médecins spécialistes (secteur 1) de facturer un dépassement d'honoraires.
- Ainsi, dès le mois d'avril 2005, la CCAS a adressé à chacun de ses ressortissants de 16 ans et plus un formulaire de déclaration de médecin traitant, soit plus de 84 000 exemplaires expédiés. Puis, à compter de l'été, des formulaires ont été adressés chaque mois aux nouveaux embauchés et aux ayants droit atteignant l'âge de 16 ans. Au 31 décembre 2005, près de 63% des assurés concernés avaient un médecin traitant déclaré. Ce taux monte à plus de 87% chez les retraités.

## Assurés ayant un médecin traitant déclaré au 31 décembre 2005

	Assurés CCAS de 16 ans et plus	Assurés ayant déclaré un médecin traitant	%
Retraités	29079	25394	87,32
Actifs	44492	20999	47,19
Ayants droit	11688	6958	59,53
<b>Total</b>	<b>85259</b>	<b>53351</b>	<b>62,57</b>

### > Montée en puissance des déclarations médecin traitant

#### RÉCAPITULATIF FORMULAIRES MT ANNÉE 2005

MOIS	NOMBRE DE FORMULAIRES ENVOYÉS		NOMBRE DE FORMULAIRES SAISIS	
		TOTAL CUMULÉ	TOTAL	TOTAL CUMULÉ
AVRIL	84 775	84 775	40	40
MAI	–	84 775	15 542	15 582
JUIN	–	84 775	19 932	35 514
JUILLET	238	85 013	9 933	45 447
AOÛT	368	85 381	3 594	49 041
SEPTEMBRE	314	85 695	1 776	50 817
OCTOBRE	417	86 166	1 620	52 437
NOVEMBRE	313	86 479	1 235	53 672
DECEMBRE	304	86 783	1 450	55 122 <sup>(2)</sup>

(2) Le nombre de formulaires saisis est supérieur au nombre de patients recensés qui, au 31 décembre 2005, ont un médecin traitant déclaré. En effet, certains assurés ont pu changer de médecin traitant en cours d'année, et donc établir plusieurs déclarations. D'autres, qui avaient déclaré un médecin traitant, ont quitté le régime (décès, démissions...) avant fin décembre 2005.  
 (3) Sauf exceptions listées à l'article L162-4-4 du code de la Sécurité sociale

### > L'indemnisation des prolongations d'arrêt de travail

Lorsqu'un arrêt de travail doit être prolongé, sa prolongation ne peut être prescrite que par le médecin qui a prescrit l'arrêt initial ou par le médecin traitant<sup>(3)</sup>. Si cette règle n'est pas respectée, sans justification par le patient d'une impossibilité de consulter les médecins précités, l'arrêt de travail ne sera pas indemnisé.

### > La rémunération des médecins assurant le suivi des patients en ALD

Une rémunération annuelle de 40 euros (par malade) est prévue pour les médecins traitants assurant le suivi de patients atteints d'une affection de longue durée exonérante. Le médecin traitant est chargé de rédiger le « protocole de soins » en concertation avec le ou les médecins correspondants qui interviennent dans la prise en charge. A fin décembre 2005, la CCAS avait versé cette rémunération à 4726 médecins traitants.

### > Une contribution forfaitaire fixée à 1 euro

Elle est instaurée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour chaque acte médical, de radiologie ou de biologie, pour les assurés de plus de 18 ans, avec un plafond annuel (50 euros) et un plafond journalier (maximum 1 euro par jour et par professionnel). Cette participation concerne les actes effectués par tous les médecins, y compris ceux des centres de soins Ratp et les médecins agréés.

A fin décembre 2005, 682 240 participations forfaitaires avaient été générées pour le régime Ratp.

### > Le conciliateur

La loi d'août 2004 prévoit que chaque caisse d'assurance maladie doit désigner un conciliateur, chargé de faciliter la compréhension réciproque et les relations avec les usagers, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie.

Le conciliateur intervient tout spécialement, dans le cadre du parcours de soins coordonné, soit lorsque le patient ne parvient pas à désigner un médecin traitant, soit lorsqu'il n'obtient pas de rendez-vous chez un médecin correspondant dans les délais jugés compatibles avec ses besoins. Le Conseil d'administration de la CCAS a procédé à la désignation de son conciliateur lors de la séance du 23 septembre 2005. Pour l'année 2005, le conciliateur a été saisi de 15 dossiers.

#### > L'aide à la souscription d'une complémentaire santé

Les personnes dont les ressources ne dépassent pas de plus de 15% les plafonds requis pour bénéficier de la CMU-complémentaire ont droit à une aide financière destinée à leur faciliter la souscription d'une couverture maladie complémentaire. Les caisses d'assurance maladie sont chargées d'instruire les dossiers de demande. Pour 2005, la CCAS a délivré 6 attestations.

#### Le régime spécial de la Ratp et la loi d'août 2004 :

*Lors de sa séance du 18 février 2005, le Conseil d'administration de la CCAS a voté des aménagements dans le régime Ratp visant à préserver les particularités du régime spécial, tout en respectant scrupuleusement les dispositions fixées par la loi. Principales mesures votées par les administrateurs :*

**Désignation du médecin traitant :** les médecins agréés, les médecins généralistes et spécialistes de l'Espace Santé peuvent être désignés comme médecin traitant.

**Indemnisation des prolongations d'arrêt de travail :** si l'assuré n'apporte pas la preuve de l'impossibilité de consulter l'un des médecins habilités à établir la prolongation, un rappel des règles lui sera fait la première fois, une journée d'indemnisation sera retenue la seconde fois, l'ensemble de la prolongation ne sera pas indemnisé la troisième fois.

**Parcours de soins coordonné :** Les agents en activité peuvent continuer à consulter tous les médecins de l'Espace Santé (généralistes et spécialistes) et les médecins agréés dans les mêmes conditions qu'avant la réforme : accès et prise en charge inchangés. Les agents retraités peuvent continuer à consulter tous les médecins de l'Espace Santé (généralistes et spécialistes) dans les mêmes conditions qu'avant la réforme : accès et prise en charge inchangés.

**Participation forfaitaire de 1 euro :** la participation forfaitaire ne peut être récupérée sur les prestations d'action sociale et de prévention (secours, aide au foyer, prestations supplémentaires de transport, prestations supplémentaires AT/MP et prévention).

### 4.3 LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE ET DE PRÉVENTION

Si l'année 2004 a été marquée par la mise en place des prestations d'action sociale et de prévention inscrites au nouveau Règlement Intérieur de la CCAS, l'année 2005 a quant à elle été résolument tournée vers le développement de partenariats ambitieux et l'élaboration de nouvelles politiques qui seront mises en œuvre en 2006.

Pour ce faire, le pôle Action sociale et prévention a travaillé en étroite collaboration avec la Commission action sociale et prévention et la Commission des secours. Ainsi, ces instances ont mandaté des administrateurs pour participer à des groupes de travail paritaires constitués à la fois d'administrateurs représentant les assurés et la Ratp mais aussi, en soutien technique, de personnels de la Caisse.

#### > Le groupe « secours »

Dans le contexte mouvant de la réforme de l'assurance maladie et du fait de la parution de la loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, ce groupe s'est vu confier la mission d'élaborer une proposition de « philosophie » commune à l'ensemble des administrateurs dans leur façon d'appréhender les demandes de secours sans pour autant définir des critères qui présenteraient le risque d'exclure des situations parfois complexes. Cette proposition a été retenue à l'unanimité par la Commission et a permis au pôle Action sociale et prévention d'adapter les imprimés de demande ainsi que les modalités d'instruction. Ainsi, deux nouveaux imprimés ont vu le jour :

« Demande de financement d'aides techniques destinées à améliorer l'autonomie » et « Demande d'aide financière ». Le groupe s'est réuni à quatre reprises, de mars à juin.

#### > Le groupe « Prévention bucco-dentaire »

Ce groupe a été mandaté afin d'élaborer un projet de prévention bucco-dentaire à destination des enfants assurés à la CCAS et des agents en activité. Le projet poursuit deux objectifs : d'une part, encourager les enfants à effectuer au moins une fois par an un bilan dentaire, d'autre part à sensibiliser les agents à l'hygiène bucco-dentaire et à l'intérêt d'un suivi régulier pour eux-mêmes. Ce projet s'adresse également aux agents en qualité de parents potentiels, afin de les sensibiliser à la prévention précoce et les inviter à inciter leurs enfants à participer aux actions de prévention bucco-dentaire proposées par la CCAS.

Une coopération avec l'Espace Santé s'est mise en place dès le mois de septembre et ce projet a fait l'objet d'une communication lors du premier Conseil de la prévention de la Ratp. L'élaboration de ce programme de prévention a nécessité neuf réunions de travail, de mars à décembre 2005. Il devrait se mettre en place dès le mois de mars 2006 pour la partie réalisée dans l'entreprise, et dès le second trimestre pour celle concernant les enfants.

#### > Le groupe « Autonomie & dépendance »

Ce groupe a été mandaté pour proposer à la Commission action sociale et prévention toutes améliorations des prestations actuellement destinées au maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes. Pour ce faire, le groupe a souhaité mener une enquête visant à mieux identifier leurs besoins et a veillé à compléter les aides proposées par le plan BORLOO, notamment la création de l'agence nationale des services à la personne et du chèque emploi service universel.

Le groupe a ainsi élaboré une nouvelle politique comprenant un panier de services beaucoup plus large, grâce à des partenariats extérieurs et un nouveau barème d'attribution des prestations qui devrait être mis en œuvre courant 2006 si le Conseil d'administration de la Caisse le valide. Ce projet a pu voir le jour grâce au travail du groupe de février à juin 2005 (cinq réunions).

#### > Mieux connaître nos seniors pour adapter nos prestations

Comme tous les autres régimes de protection sociale, la Ratp est confrontée au phénomène de vieillissement de sa population et à son corollaire, l'augmentation des besoins en relation avec une dépendance. C'est pourquoi, la Caisse et, singulièrement, la Commission action sociale et prévention ont souhaité se pencher sur la politique d'action sociale actuellement dispensée en faveur du maintien à domicile des assurés âgés et dépendants.

Il s'agit d'améliorer les prestations mais aussi de les adapter davantage aux différents contextes sociaux de nos seniors.

Dans cette perspective, la Caisse a adressé à l'ensemble de ses pensionnés, âgés de 60 ans et plus, un courrier accompagné d'un bref questionnaire et d'une grille d'évaluation de l'autonomie.

35 850 questionnaires ont ainsi été adressés en juin 2005 et 3 466 personnes ont répondu, soit environ 10%.

Cette démarche a rencontré un intérêt certain auprès de nos seniors dans la mesure où le taux de réponses aux enquêtes avoisine en général 5% à 7%. Néanmoins, le nombre important de réponses non exploitables (39%) témoigne de la difficulté à communiquer à distance avec une population âgée, et ce, d'autant plus lorsqu'il s'agit de personnes en perte d'autonomie.

Cependant, cette enquête nous a appris notamment que les pensionnés de la Ratp, déclarant être confrontés à une dépendance, constituent une population relativement comparable à celle des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à celle des bénéficiaires de l'aide ménagère de la Caisse nationale à l'assurance vieillesse (CNAV) du point de vue de la répartition par sexe, de la courbe des âges et des niveaux de dépendance. En revanche, nos assurés sont plus jeunes (69% sont âgés de 75 ans et plus contre 85% pour les bénéficiaires de l'APA). Ils vivent davantage à leur domicile puisque 85% y résident contre seulement 59% de la population APA. Par ailleurs, cette enquête a permis de construire un barème d'attribution des prestations plus équitable puisqu'il croise à la fois le degré de perte d'autonomie et le niveau de ressources du foyer. Ce barème sera mis en œuvre au cours de l'année 2006.

Développer les partenariats pour s'adjoindre des nouvelles compétences :

Sous l'impulsion des présidents des Commissions secours et action sociale et prévention, et avec l'accord du Conseil d'administration de la CCAS, de nouveaux partenariats ont pu voir le jour afin d'enrichir notre politique d'action sociale en faveur des personnes âgées et/ou handicapées.

- L'aménagement du logement en fonction du handicap

Le Mouvement PACT ARIM, premier réseau national associatif de l'amélioration et de l'adaptation de l'habitat, mobilise ses compétences et ses équipes pour répondre aux besoins exprimés notamment par les personnes âgées ou handicapées. Il apporte une expertise et un savoir-faire afin de les aider à opérer les choix les plus judicieux en fonction du bâti, de leur perte d'autonomie, de leur situation personnelle, sociale et financière. Il assure le suivi du chantier et la

bonne réalisation des travaux jusqu'à la réception de ce chantier. Il conseille et assiste les personnes dans la recherche d'aides financières susceptibles d'être accordées à nos ressortissants selon la réglementation en vigueur.

- L'adaptation du véhicule des personnes à mobilité réduite  
La Société Gruau (carrossier) et son partenaire, la Société Pimas (équipementier), sont des spécialistes de l'adaptation de véhicules aux différents handicaps qui pourraient compromettre la poursuite de la conduite automobile d'une personne dont l'autonomie est réduite. Ces partenaires assureront gratuitement le conseil personnalisé, les démonstrations, les déplacements du conseiller, le devis et accorderont une réduction de 15% du prix total TTC de l'adaptation. Par ailleurs, ils garantissent l'homologation des aménagements effectués conformément à la réglementation nationale et européenne.

- La sécurisation du maintien à domicile  
Issue du mouvement de l'économie sociale, l'Association Equinoxe a pour but l'assistance et le maintien à domicile des personnes âgées, seules, malades et/ou handicapées. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de prévention et d'accompagnement du vieillissement à travers une écoute, un dialogue et un suivi des personnes en difficulté. L'originalité d'Equinoxe repose sur la constitution et l'animation, notamment par un réseau de bénévoles, d'un comité de voisinage chargé de maintenir les relations sociales et d'intervenir en cas de besoin. Cette assistance est assurée 24 heures/24 heures et 7 jours/7jours. L'écoute conviviale proposée par Equinoxe est basée sur une bonne connaissance de l'abonné, de son environnement social et de son mode de vie de façon à assurer une réponse personnalisée.

Une plate-forme services dédiée aux pensionnés pour être davantage à leur écoute.

Les conseillers du pôle Action sociale et prévention sont confrontés à la difficulté à trouver une réponse adaptée aux nombreuses demandes d'information ou de conseil de nos retraités, que ce soit dans le domaine médico-social, législatif ou encore associatif.

En effet, cela constitue un vrai gageur compte tenu de la dispersion géographique de nos ressortissants et du caractère nécessairement « proximal » de la réponse.

Or, notre organisation est centralisée et située à Paris.

Si nos nombreux échanges téléphoniques permettent de pallier – dans bien des cas – l'éloignement, il n'en reste pas moins qu'il est difficile d'avoir à distance une connaissance fine du terrain pour pouvoir apporter la réponse localement la plus adaptée.

C'est pourquoi, la Commission action sociale et prévention a souhaité mettre en place un réseau d'écoute, d'information et de conseil ayant pour objectif l'accompagnement des personnes dans leur maintien à domicile et dans la recherche, si nécessaire, d'un lieu de vie ou d'hébergement le plus adapté quand il n'existe pas d'autre alternative.

Dans cette perspective, la CCAS a élaboré le cahier des charges du projet et a recherché un organisme susceptible d'intervenir dans le prolongement et en complémentarité avec le pôle Action sociale et prévention.

#### 4.4 LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU LOGICIEL DE GESTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL "AVENIR"

Cette nouvelle application mise en service le 11 avril 2005, à la création de laquelle ont abondamment participé les utilisateurs, leur permet de réaliser leur activité en production tout en ayant accès aux informations des autres bureaux en consultation afin de partager la vision globale de chaque dossier. Ainsi, un assuré, à l'occasion d'une communication téléphonique, peut être renseigné sur toute question portant sur son dossier quand bien même son interlocuteur n'est pas en charge de son domaine.

Cette application fonctionne avec des alarmes permettant à tout instant une gestion efficace des délais de procédure.

Enfin, quel que soit le point d'entrée (une déclaration, une réclamation, une notification...), l'assuré et son attachement sont systématiquement informés, tant de l'enregistrement des demandes que du suivi de la procédure, et ce, de façon automatisée.

##### *Des progrès sensibles dans tous les domaines d'activité*

##### > Reconnaissance des AT/MP

La reconnaissance des AT/MP est désormais dématérialisée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005, d'où un délai de réception des déclarations d'AT/MP désormais inférieur aux 48 heures réglementaires.

Quelques ajustements ont été nécessaires lors de la période estivale mais l'interface entre les applications « ACCILINE » et « AVENIR » démontre sa pleine efficacité. La réduction considérable des délais de traitement a permis d'éradiquer les dysfonctionnements qui touchaient au règlement des prestations en nature.

##### > Suivi des expertises

La gestion informatisée des expertises a permis non seulement de rattraper le retard accumulé lors de la gestion manuelle passée mais également de traiter informatiquement les protocoles d'expertises.

##### > Gestion du contentieux

Toutes les procédures de pré-contentieux et de contentieux de la CCAS sont désormais rattachées à la nouvelle application et le département juridique de la Ratp peut consulter en temps réel l'ensemble des informations nécessaires à la mise en œuvre des recours contre tiers. En outre, la gestion de tous les recours en Commission de recours amiable maladie et AT/MP est assurée dans les 30 jours de son enregistrement.

##### > Gestion de l'espace médical

Le Secrétariat Médical Spécialisé assure la gestion des plannings de rendez-vous en permettant la prise en compte de la disponibilité des assurés, des contraintes d'exploitation mais également des contraintes liées à l'exécution du service.

Le suivi médical est exercé autant que de besoin pour l'ensemble des actes médicaux répertoriés. Enfin, le suivi des arrêts de travail intègre la notion de médecin traitant et chaque décision apparaît dans un historique consultable directement dans « AVENIR ». Enfin, la gestion des dossiers d'IPP, de CME, et de CRAT est assurée dans le cadre de cette nouvelle application qui a donné toute satisfaction, tant aux utilisateurs qu'aux membres des commissions qui les composent.



### > Indemnisation définitive

L'originalité de cette application consiste notamment dans la possibilité de réaliser des simulations de rentes. Ainsi, les situations tirées de l'application de la législation récente sur les accidents successifs sont traitées au fil de l'eau dès qu'une indemnisation nouvelle est décidée par la Commission des rentes. Il est à noter qu'aucune rupture n'a été constatée quant au paiement des rentes et Indemnités en Capital (IC) et que désormais le versement de provisions est réalisable sans délai et ce, quel que soit l'état de liquidation des dossiers.

### > Les statistiques

Les nouvelles requêtes obtenues à partir de cette application ont permis de fiabiliser les informations statistiques du bilan social de la Ratp réalisé désormais par l'employeur. L'objectif tenant à l'identité des informations entre l'employeur et l'assureur sera atteint dès l'année 2005.

### 4.5 LA NOUVELLE IDENTITE VISUELLE DE LA CCAS ET LES ACTIONS DE COMMUNICATION

---

L'année 2005 fut essentiellement marquée par la mise en œuvre d'une identité visuelle dédiée, qui depuis avril de cette même année a été déclinée et généralisée à l'ensemble de nos correspondances et supports de communication.

Cette identité visuelle dédiée a été construite pour répondre à deux finalités :

- Dissocier la fonction assureur (CCAS) de la fonction employeur (Ressources Humaines), pour clarifier les rôles de chacun.
- Faciliter la reconnaissance et la lisibilité par le ressortissant des communications émanant de l'assureur.

Les composants symboliques de l'identité visuelle se veulent fédérateurs et significatifs des valeurs et de la politique générale du régime spécial.

Ils expriment le mouvement, le dynamisme, la famille, la rigueur, et ils rappellent l'appartenance de la CCAS à l'entreprise.

L'identité visuelle constitue ainsi le socle de la politique de communication de la CCAS.

La construction d'une véritable politique de communication à volonté pérenne nécessite également la mise en œuvre d'actions cohérentes, qui permettront à la CCAS de construire son discours et son image au fil du temps. Notre volonté est de nous centrer sur des actions rationalisées, déclinées sur des supports peu nombreux, mais utilisés de manière optimale et cohérente.



C'est pourquoi, il existe principalement deux types de support de communication :

- Le magazine *Respire* avec une périodicité semestrielle est adressé via deux médias aux ressortissants :
  - l'Intranet pour les agents en activité (cadres et maîtrises),
  - le courrier : l'envoi interne pour les opérateurs, l'envoi postal pour les retraités
- Les livrets réglementaires :
  - « Dispositions spécifiques aux accidents du travail » édités en mars 2005,
  - « Dispositions en cas d'arrêt de travail », mis à jour en mai 2005,
  - « L'aide au foyer » édité en mai 2004.

L'année 2005 fut l'année de construction d'une véritable politique de communication spécifique qu'il nous faudra consolider.

### 4.6 LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT CCAS - MUTUELLE Ratp

En 2005, le renforcement du partenariat entre la CCAS et la Mutuelle s'est concrétisé par davantage d'accueil commun dans les locaux de la CCAS à Championnet.

En effet, trois jours par semaine (lundi – mardi – mercredi), des conseillers CCAS et Mutuelle répondent aux questions de nos assurés. Nul doute que ce partenariat sera renforcé en 2006 dans nos accueils physiques mais également téléphoniques.

## 5.1 LE POINT DE VUE DES RESSORTISSANTS

## &gt; Les agents actifs

**CAROLINE COURRIER,**  
agent de contrôle

“ Etre bien informé de ses droits et de ses devoirs, c'est rassurant ”

La CCAS ? C'est de mieux en mieux. D'ailleurs, je n'ai jamais eu de souci avec la Caisse. En revanche, il faudrait enrichir le magazine Respire en informations.

**DIDIER CAGNANT,**  
mécanicien d'entretien

“ Les délais ont été considérablement réduits ”

Je suis délégué mutuelle, je viens tous les jeudi pour régler des dossiers de mes collègues. Je sais qu'il y a une permanence mutuelle à d'autres jours de la semaine, mais il a été décidé que l'on viendrait le jeudi. Aujourd'hui, tout est plus rapide, la résolution des problèmes à l'espace accueil, le remboursement.

## &gt; Les retraités

**MARCEL GUYADER,**  
agent maintenance bâtiment

“ Obtenir des réponses précises à mes questions ”

L'accueil est plus convivial et plus confidentiel qu'avant, grâce à la petite cloison qui sépare les deux bureaux (CCAS/Mutuelle).

On est bien renseigné par la CCAS, notamment grâce au magazine Respire qui donne des informations importantes et nécessaires.

Je pense qu'il faudrait augmenter sa périodicité.

Par ailleurs, les temps de remboursement sont beaucoup plus rapides. S'agissant de la Mutuelle, je trouve que l'information doit encore s'améliorer.

**MARCEL LAROUSSINIE,**  
machiniste

“ Préserver les spécificités de notre Caisse et de notre régime ”

Les modalités changent souvent. J'aimais bien le précédent dispositif d'accueil avec son comptoir, mais j'avoue que l'on attend moins aujourd'hui, et les remboursements sont plus rapides.

Le magazine Respire est un bon support de communication, mais il faudrait le simplifier davantage pour faciliter la compréhension de certaines informations.

La CCAS est une bonne maison. Ne la cassons pas.

## 5.2 LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

**DR CHRISTOPHE DUMON,  
médecin conseil de la CCAS**

“ Développer la gestion du risque ”

*Pour répondre à l'engagement prévu dans l'accord cadre sur la politique de santé, l'année 2005 a été marquée par la mise en place du Conseil de prévention, chargé d'éclairer l'entreprise et la CCAS sur les politiques de prévention. Il se réunit deux fois par an, il est par ailleurs composé de deux commissions : la santé publique, la santé au travail. Des actions spécifiques à la CCAS ont par conséquent été mises en œuvre, comme la campagne de prévention bucco-dentaire chez les enfants, ou l'enquête sur la nutrition qui a pour objectif d'apporter des améliorations dans la gestion alimentaire des assurés afin de diminuer les risques de maladie et de traitement. Ce nouveau dispositif m'a permis d'apporter une réflexion sur ces actions de prévention et de donner un avis d'expert médical sur les incidences et les priorités pour l'avenir.*

*L'année 2005 est aussi celle du projet de rapprochement entre AT/MP et Maladie par des réunions de réflexion avec entre autres les responsables administratifs, les secrétaires médicaux, les médecins conseil afin de trouver les meilleurs moyens d'assurer un bon service aux agents, comme par exemple celui d'étudier dans des délais plus courts les difficultés au plan médical, médico-social ou professionnel d'un ressortissant en arrêt de travail. C'est la réalisation au sein de la CCAS du parcours de soins tel qu'il a été défini au plan national. C'est celle de nouveaux protocoles de soins sur mesure pour l'ALD. C'est la mise en place à la CCAS du Congé spécial d'ordre médical (CSOM). Le médecin conseil de la CCAS/Ratp est, dans l'intérêt des agents, un acteur majeur des évolutions dans le domaine de la prévention et de la gestion du risque en matière de sécurité sociale.*

**PHILIPPE CHEVANCE,  
conseiller de la CCAS**

“ *Accueillir les assurés de façon fiable, facile et attentionnée* ”

*Auparavant, il y avait un comptoir qui empêchait toute confidentialité pour les cas particuliers, et le conseiller devait répondre à la fois au téléphone et à la personne sur place. Ce comptoir a été remplacé par deux bureaux, placés côte à côte et séparés par un petit paravent, l'un pour la CCAS, l'autre pour la Mutuelle. La présence de la Mutuelle facilite la résolution de problèmes et permet au ressortissant de consulter la Caisse et la Mutuelle au même endroit. De plus, il y a moins de bruit et la mise en place d'un fond musical est agréable. Toutefois, on pourrait bien sûr encore optimiser les conditions dans lesquelles sont accueillis les assurés : l'isolation phonique pourrait s'améliorer, la zone d'attente être plus clairement définie, etc. Il nous reste encore des marges de progrès !*

*Auparavant, un seul conseiller était installé derrière le comptoir pour accueillir les assurés et répondre en même temps au téléphone. Aujourd'hui, on a séparé ces deux fonctions (accueil physique et accueil téléphonique). Malgré la recrudescence d'appels téléphoniques en 2005 sur la question du 1 €, les assurés confirment la qualité d'accueil. Mais la boîte vocale a fini par être saturée et a engendré un important dysfonctionnement dans la gestion des appels. On attend donc beaucoup du nouveau serveur téléphonique qui sera mis en place en 2006 pour réduire l'attente des assurés et répondre au mieux à leurs questions.*

*La nouvelle CCAS aux compétences élargies a apporté de nettes améliorations, aussi bien vis-à-vis de nos interlocuteurs que de nos conditions de travail. Bien entendu, on peut imaginer encore d'autres évolutions pour assurer un service encore plus rapide et plus efficace, en commençant par un accueil physique plus isolé, en particulier pour les sourds, les personnes handicapées, les personnes complexées par une maladie grave, et par un accueil téléphonique facilité par un casque, non pas à une mais à deux entrées. Un conseiller formé au langage des signes serait un plus.*

*J'ajouterai un mot sur le magazine Respire : c'est un bon outil de communication, en particulier pour les personnes éloignées et les retraités.*

**YVES BAILLETTE,**  
responsable du pôle Espace Santé de Championnet

“ Pouvoir soigner les patients dans les meilleures conditions ”

*La création de la nouvelle CCAS a donné lieu à des changements notables.*

*Les documents administratifs sont désormais identiques à ceux du régime général. L'ouverture de l'Espace Santé aux retraités à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et aux contractuels à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2004 a nécessité de nouveaux dispositifs, comme la gestion monétaire du ticket modérateur ou l'augmentation de l'offre de soins. Les conditions d'accueil sont mieux adaptées et le seront davantage avec des salles d'attente plus aérées tout en préservant la confidentialité.*

*La gestion informatisée de l'Espace Santé est elle aussi en cours d'amélioration, et il serait ici souhaitable de faire connaître au patient, autre que le retraité non mutualiste, le coût réel des soins qui lui sont dispensés afin de mieux le responsabiliser. A terme, son dossier sur papier fera place au traitement administratif sur le logiciel « Médar » pour la médecine générale et les spécialités, et sur le logiciel « Galaxie » pour les soins dentaires. A Championnet, la prise de rendez-vous se fait sous vingt-quatre heures pour la médecine générale et la chirurgie, de une à trois semaines pour les spécialités. Le problème se pose pour les soins dentaires car la prise de rendez-vous se fait d'un trimestre à l'autre. C'est pourquoi, un projet d'ouverture d'un troisième cabinet dentaire est actuellement à l'étude.*

*On a par ailleurs remarqué que la consultation n'était pas toujours honorée par le ressortissant, d'où un taux d'absentéisme élevé.*

*Pour y remédier, un logiciel permet d'imprimer chaque jour des lettres qui sont envoyées aux intéressés afin de leur rappeler la date du rendez-vous prévue quinze jours plus tard.*

*L'Espace Santé publie un journal, L'Orchidée, à raison de deux à trois titres par an, à destination du personnel et mis à disposition des patients. Le magazine Respire de la CCAS est aussi un bon outil de communication, mais j'avoue qu'il est plus facile de le consulter sous format papier que sur Argos !*

*Enfin, je tiens à souligner un rapprochement des compétences et un effort de concertation entre la Caisse et les centres médicaux de l'Espace Santé. C'est une réalité récente qu'il faut encourager.*

## 6.1 L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Les dépenses moyennes par bénéficiaire du régime spécial d'assurance maladie de la Ratp ont été déterminées en prenant en compte les prestations remboursées par la CCAS ainsi que le coût des prestations effectuées par l'Espace Santé, c'est-à-dire le coût du personnel médical et paramédical ainsi que les fournitures et matériels médicaux nécessaires à cette activité.

Par ailleurs, afin de réaliser une comparaison pertinente avec le régime général, les avantages particuliers du régime ont été isolés afin de placer le régime spécial Ratp dans les mêmes conditions que le régime général. Il s'agit du coût du ticket modérateur à la charge du régime spécial Ratp accordé dans le cadre de la gratuité des soins aux agents actifs.

## &gt; Dépense moyenne par bénéficiaire

En 2005, la dépense moyenne par bénéficiaire du régime spécial est estimée à 1 990 euros contre 2 060 euros pour le régime général, soit un ratio favorable pour le régime spécial de 0,98. La dépense moyenne par bénéficiaire du régime s'appuie sur les dépenses de prestations en nature d'après la date de soins. Ainsi, les dépenses des prestations en nature effectuées en 2006 au titre de soins réalisés en 2005 n'étant pas encore connus, nous avons dû déterminer une charge à payer afin de se placer sous les mêmes conditions que le régime général.

En euros	2003	2004	2005
Régime général	1 899,8	1969,2	<b>2060,0</b>
Régime spécial	1 900,2	1931,2	<b>1990,0</b>
<b>Ratio RS / RG</b>	<b>1,00</b>	<b>0,98</b>	<b>0,97</b>

## &gt; Evolution des dépenses

De la même façon que pour l'indicateur précédent, les résultats du tableau ci-dessous sont en droits constatés, c'est-à-dire qu'ils tiennent compte des prestations afférentes à l'exercice considéré, que celles-ci soient remboursées au cours de l'exercice ou dans les exercices suivants. L'évolution réelle des dépenses du régime spécial Ratp intègre les prestations en nature remboursées par la CCAS, les prestations de l'Espace Santé ainsi que le budget global et les dépenses assimilées.

En %	2003	2004	2005
Taux de l'ONDAM	5,50 %	4,40 %	<b>3,20 %</b>
Régime général	6,70 %	4,70 %	<b>3,70 %</b>
Régime spécial	4,76 %	4,26 %	<b>3,21 %</b>

Le ralentissement de l'évolution des dépenses d'assurance maladie du régime général constaté sur l'année 2004 avec un taux de 4,70% devrait se confirmer en 2005 avec une évolution prévisionnelle à 3,70%. Néanmoins, ce résultat reste, comme pour les années précédentes, supérieur au taux de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) affiché pour 2005, soit 3,20%. Ce dépassement ne concerne pas les dépenses de remboursement de soins de ville dont le résultat est inférieur à l'objectif fixé, mais davantage les dépenses des hôpitaux et des cliniques qui ont largement augmenté.

La mise en place de la réforme d'assurance maladie au cours de l'année a certainement contribué à maîtriser l'évolution des dépenses d'assurance maladie, mais son efficacité ne sera réellement jugée qu'à partir de l'année 2006.

Concernant le régime spécial de la Ratp, il est estimé une évolution des dépenses d'assurance maladie de 3,21% pour 2005 contre 4,26% en 2004 pour un taux de l'ONDAM respectivement de 3,20% et de 4,40%. Depuis plusieurs années nous constatons que les dépenses d'assurance maladie du régime spécial Ratp évoluent de manière beaucoup moins rapide que celles du régime général.

Ces résultats démontrent que la population de la CCAS n'est pas plus consommatrice de soins de santé malgré la gratuité des soins accordée aux agents actifs et la présence des centres de soins Ratp.

Nous pouvons en déduire que la qualité du parcours de soins offert dans le réseau de soins Ratp permet notamment une maîtrise médicale des dépenses de santé.

Ces résultats favorables prouvent également que la CCAS continue de mener un grand nombre d'actions dans plusieurs domaines comme la gestion du risque, l'information aux ressortissants et le suivi des patients, traduisant ainsi une gestion saine et réaliste de la mission confiée à notre régime.

#### > Les coûts de fonctionnement du risque maladie / montant de la réfaction

En euros	2004	2005
Coûts de gestion du risque maladie	12 904 513	<b>13 078 744</b>
Réfections globales risque maladie	12 442 815	<b>12 175 235</b>
Ratio de couverture	1,04	<b>1,07</b>

Les coûts de fonctionnement du risque maladie, rapportés à l'ensemble des réfections accordées dans le cadre de la compensation bilatérale maladie, font apparaître un ratio défavorable de 1,07 pour le régime spécial pour un objectif fixé à 1,00. Le rapport se dégrade donc de trois points sur une année.

La principale raison réside dans la diminution du taux de réfaction accordé. Ce dernier passe de 5,6104% à 5,3034% sur une année compte tenu des gains de productivité qui ont été réalisés par le régime général. Les trois dernières années ont vu le taux de réfaction diminuer régulièrement, passant de 6,0007% à 5,3034% aujourd'hui.

Notre régime spécial doit par conséquent continuer d'améliorer sa productivité pour permettre la couverture de ses charges de fonctionnement et devenir ainsi aussi efficace que le régime général. Ainsi, malgré la réalisation de gains de productivité réalisés sur de nombreux postes, les coûts de fonctionnement du risque maladie de la Caisse ont augmenté de 1,3% entre 2004 et 2005.

Le tableau suivant nous présente la répartition des charges de fonctionnement de la CCAS pour le risque maladie en 2004 et en 2005 :

En K€	2004	2005	Evolution 2005/2004
<b>Coûts de fonctionnement de la CCAS du risque maladie dont :</b>	<b>12 904</b>	<b>13 078</b>	<b>+1,3 %</b>
Frais de personnel	9 244	8 627	- 6,7 %
MACE	1 597	1 464	- 8,3 %
Dotations aux amortissements	512	1 435	+ 180 %
Coût des locaux	1 552	1 552	+ 0,0 %

Malgré la démarche de performance, le respect des budgets de MACE et des effectifs, le ratio Coût de fonctionnement de l'assurance maladie/réfaction s'établit à 1,07 alors que l'objectif était de 1.

Les amortissements sont supérieurs à la prévision : les nombreuses évolutions liées à la réforme de l'assurance maladie en sont la cause. Le regroupement des décomptes a été opérationnel seulement en novembre, l'effet est donc reporté sur 2006. Enfin, le taux de réfaction pour l'année 2005 a diminué de 0,3%, ce qui prouve que les performances du régime général s'améliorent. Nous devons donc rester vigilants pour maîtriser nos coûts de fonctionnement.



### 6.2 LES DÉLAIS DE TRAITEMENT DES DÉCLARATIONS D'AT-MP

---

Comme en 2004, les délais légaux de traitement ont été respectés :

- Déclarations d'accident du travail traitées dans un délai maximum de 30 jours ;
- Déclarations de maladie professionnelle traitée dans un délai maximum de 3 mois.

La Caisse a pu consolider ces bons résultats grâce à l'implication de l'ensemble des collaborateurs et à la mise en place du nouveau logiciel « AVENIR » (cf. page 34), alors même que le nombre de déclarations reçues a augmenté cette année (+ 10,8% pour les AT ; + 7,2% pour les MP).

### 6.3 LE DÉLAI DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE

---

Les délais de règlements sont courts et constants, en progression par rapport à 2004.

Cette consolidation est le fruit d'une gestion prévisionnelle des effectifs rigoureuse et d'une bonne réactivité des équipes face aux mutations technologiques liées à la réforme de l'assurance maladie.

Les délais moyens de traitements à réception ont été de :

- 1 jour ouvrable pour les feuilles de soins électroniques,
- 2.1 jours ouvrables pour les feuilles de soins papier.

Ces délais sont toujours restés inférieurs à 5 jours.

### 6.4 LE TAUX DE RÉALISATION DU BUDGET D'ACTION SOCIALE ET DE PRÉVENTION

---

L'ensemble des actions menées en 2005 (cf. page 31) a occasionné pour la Caisse une dépense de 2 177 342 euros au titre de la politique action sociale et prévention, soit 78% du budget initialement affecté (2 800 000 euros).

Le budget réalisé en 2005 est en augmentation de 4% par rapport au budget dépensé en 2004.

## 7.1 POURSUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

### > Le parcours de soins coordonné entre en vigueur

Le parcours de soins coordonné devient effectif à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006 : en cas de non respect du parcours de soins, les assurés s'exposent désormais à deux types de pénalités : majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires (spécialistes conventionnés de secteur 1) restant à la charge du patient.

La CCAS met en œuvre ces nouvelles modalités en veillant à informer parfaitement les assurés : début 2006, un dossier spécial du journal *Respire* sera consacré au parcours de soins ; le relevé de remboursement de soins sera adapté au parcours de soins, une notice explicative sera jointe à ce relevé. Par ailleurs, les conseillers chargés d'accueillir les ressortissants ont reçu toute la formation nécessaire pour orienter au mieux les assurés et leur permettre de continuer à bénéficier d'une prise en charge optimale.

### > La prise en charge des ALD

Un nouveau formulaire de prise en charge a été créé par l'assurance maladie. Ce document devrait améliorer l'information des patients, qui pourront désormais conserver un volet du protocole de soins établi par leur médecin traitant. Ainsi, ils auront une connaissance précise des soins et des traitements pris en charge à 100% par l'assurance maladie, qu'ils pourront dissocier des autres soins pris en charge aux taux habituels.

Toujours dans l'idée de renforcer l'information dispensée aux assurés, la Caisse prépare une brochure d'information sur le sujet de la prise en charge des ALD.

### > Préparer les dispositifs qui devront être opérationnels en 2007

Deux éléments clef de la réforme d'août 2004 devraient voir le jour en 2007, et nécessiteront certainement des développements informatiques dès 2006 :

- le « **DMP** », dossier médical personnel. Mémoire informatique des consultations, examens et traitements réalisés pour l'assuré, il sera tenu et géré par le médecin traitant, et pourra être consulté par les autres professionnels de santé, avec l'accord du patient, dans le respect du secret médical.
- La **nouvelle carte Vitale**, intégrant la photo de l'assuré. Elle est destinée à devenir la clef d'accès au DMP.



### 7.2 CONSOLIDER LA POLITIQUE D'ACTION SOCIALE ET DE PREVENTION

---

Pour définir sa politique de prévention, la CCAS s'appuie sur un certain nombre de textes (Règlement Intérieur, code de la sécurité sociale), mais c'est surtout par le dynamisme et le travail des administrateurs de la Commission « ASP » que les actions de prévention prennent tout leur sens.

Ces actions se déclinent sous la forme de prestations ou d'actions collectives.

- Le dépistage des cancers,
- La surveillance post-professionnelle amiante,
- La prévention gynécologique,
- La prévention bucco dentaire,
- L'incitation au sevrage tabagique,
- Les campagnes de vaccination,
- Les examens de santé,
- La prévention en direction des personnes diabétiques.

### 7.3 ENGAGER UNE DÉMARCHE DE CERTIFICATION DE TOUTES LES ACTIVITES

---

Dès la création de la nouvelle CCAS en 2004, une réflexion est initialisée sur une certification de certains secteurs de la Caisse à travers la mise en place de normes de qualité dans plusieurs entités afin d'offrir à nos assurés un service répondant à leurs attentes et à leurs besoins. L'année 2005 constitue celle du déclenchement définitif de la démarche. En effet, le département GIS auquel est rattachée la CCAS décide de faire certifier pour fin 2007 et selon la norme Qualicert l'ensemble de ses entités qui n'ont pas encore effectué cette démarche.

Différents acteurs participent à l'élaboration de ce processus.

Au niveau du Département, un comité de pilotage a pour rôle de définir les orientations et valider les travaux réalisés par le réseau qualité qui lui est en charge de la mise en œuvre. Cette organisation est bien entendu dupliquée au niveau de la CCAS, le pilotage de la mise en œuvre étant confié à la cellule communication et qualité. La Direction Générale à la Qualité et l'organisme certificateur sont présents en terme de soutien méthodologique.

Douze engagements transversaux, aussi bien sur l'accueil physique et téléphonique, le courrier, les réclamations, etc. seront définis en juin 2006 pour un aboutissement fin 2006.

En parallèle, des engagements métiers devront être définis pour intégrer les spécificités de chaque entité. Pour ce faire, la CCAS, en collaboration avec le département CML, réalisera dans la mesure du possible une enquête « attentes » auprès de nos assurés afin de déterminer notre politique Qualité ainsi que les normes de service offert.

Cette démarche certification en terme de service est une première pour un régime obligatoire d'assurance maladie, les autres régimes se certifiant en normes ISO 9000, et démontre la volonté de la CCAS d'écouter ses assurés et de leur rendre un service attentionné.



### 7.4 CREER UNE MEDECINE CONSEIL DE CAISSE, UNIQUE

---

Un groupe de travail sur le rapprochement des médecines conseil (AT/MP et maladie) a entrepris ses travaux dans le courant de l'année 2005 pour aboutir début 2006 à la création d'une structure unique de médecine-conseil. Ce groupe de travail réunissant l'ensemble des parties intéressées (médecins, secrétaires, personnel administratif) a réalisé ses travaux dans le meilleur état d'esprit permettant ainsi d'envisager, à l'horizon début 2006, la réalisation de prestations de qualité au service des assurés. Il est à noter la rédaction de modes opératoires et référentiels qui définissent de manière précise le rôle et la compétence de chaque intervenant. Une politique de caisse sera clairement affichée et chacun, dans le cadre de ses objectifs, pourra y contribuer avec l'idée de l'atteinte d'un « **résultat** ».

### 7.5 CONSOLIDER LA POLITIQUE DE COMMUNICATION

---

L'année 2006 devrait renforcer et stabiliser la politique de communication de la CCAS.

Les grandes orientations de l'année sont :

- L'évolution de la publication *Respire*, qui se concrétisera par :
  - L'augmentation de la périodicité de celui-ci, en proposant aux ressortissants trois parutions par an au lieu des deux antérieures,
  - L'optimisation de la maquette,
  - Une amélioration des modes et canaux de distribution du journal.
  
- La parution de nouveaux livrets réglementaires concernant :
  - L'action sociale et la prévention,
  - La prise en charge des frais de transport,

- Les cures thermales,
- Les prestations en nature,
- Etc.

L'ensemble des livrets réglementaires formera le guide pratique de l'assurance maladie.

- La parution d'un livret dédié aux jeunes entrants, apportant une information concise et généraliste sur le régime spécial.

### 7.6 RENFORCER LA QUALITE DE L'ACCUEIL OFFERT AUX ASSURES

---

2006 verra le renouvellement du serveur vocal, si souvent décrié. Ainsi, depuis environ un an nous travaillons avec les équipes du département SIT afin de mettre en œuvre ce nouveau serveur qui permettra de piloter les files d'attente et de réduire l'incertitude pour nos assurés. Nous espérons ainsi répondre à environ 90% des 150 appels reçus chaque jour.

Nos équipes travaillent également sur des produits multimédia favorisant le renseignement et le traitement des réclamations des assurés, mais aussi sur la possibilité de consulter ses remboursements à partir d'un poste informatique et de se procurer un certain nombre de pièces administratives (attestation carte Vitale, carte européenne d'assurance maladie...).

Compte de résultat du risque maladie au 31/12/2005

## CHARGES (en euros)

> PRESTATIONS LEGALES	210 333 959,81
Agents : remboursements CCAS	27 423 422,26
Agents : espace santé	11 008 061,51
Ayants droit et retraités	83 669 333,64
Budget global	77 914 972,22
Dépenses assimilées au Budget global	10 230 302,77
Prestations CMU	87 867,41
> AUTRES PRESTATIONS	2 240 932,10
Aides aux personnes dépendantes	1 539 756,39
Prestations de l'action sociale	32 733,18
Prestations supplémentaires	407 618,85
Secours	30 255,56
Prévention	133 296,67
Capital décès	97 271,45

---

**COMPTE DE BRANCHE** 212 574 891,91

> COTISATIONS CNAM	229 574 142,49
Cotisations des agents actifs	133 773 668,20
Cotisations des retraités	18 979 951,94
Complément de cotisations CNAM	76 820 522,35
> PART DU REGIME SPECIAL	59 256 006,91
Maintien du salaire aux agents actifs	52 252 002,28
Indemnités journalières (agents démissionnaires)	138 976,49
Ticket modérateur (transfert financier MPGR)	5 329 579,18
Indemnités de décès	1 535 448,96

> PARTICIPATION DU REGIME	2 165 823,00
Compensation généralisée maladie	1 201 050,00
Financement sécurité sociale étudiant	964 773,00

> CONSEIL DE PREVOYANCE	824 490,69
-------------------------	------------

---

**COMPTE DU REGIME SPECIAL** 291 820 463,09

> COUT DE FONCTIONNEMENT ESPACE SANTE	4 776 323,64
> COUT DE FONCTIONNEMENT CCAS	13 142 179,93

---

**COMPTE DE GESTION** 17 918 503,57

---

résultat du régime spécial 1 974 407,17

**TOTAL GENERAL** 524 288 265,74

## PRODUITS (en euros)

> RESSOURCES DES PRESTATIONS LEGALES	207 998 218,93
Remboursements CNAM des prestations légales	207 349 726,89
Recouvrement sur tiers	623 492,04
Remboursements des prestations CMU	25 000,00
> PRESTATIONS DE L'ESPACE SANTE	484 068,53
Aux accidents du travail	88 627,34
A la médecine de travail	395 441,19
> PROTHESES DENTAIRES	795 925,01
> TICKET MODERATEUR AGENTS RETRAITES	90 428,05
> REFACTION POUR ACTION SOCIALE	1 183 919,76
Action sociale	743 685,51
Prévention	440 234,25

> FINANCEMENT DES PERSONNES DEPENDANTES	1 529 036,39
---	--------------

---

**COMPTE DE BRANCHE** 212 081 596,67

> COTISATIONS	301 484 688,94
Cotisations sociales RATP maladie	192 243 951,55
Cotisations CCAS agents actifs	50 292,07
Cotisations CCAS agents pensionnés	69 171,14
Complément de cotisation	16 927 863,29
Remboursement de la CSG	91 623 887,00
Contribution CNSA	569 523,89

> RECOUVREMENT SUR TIERS	340 600,10
Recouvrement sur tiers - maintien du salaire	340 600,10

---

**COMPTE DU REGIME SPECIAL** 301 825 289,04

> REFACTION SUR COTISATIONS POUR LE FONCTIONNEMENT	10 310 446,89
> INDEMNITE FORFAITAIRE (recours contre tiers)	61 477,57
> PRODUITS EXCEPTIONNELS	9 455,57

---

**COMPTE DE GESTION** 10 381 380,03

**TOTAL GENERAL** 524 288 265,74



## COMPTE DE RÉSULTAT

Compte de résultat du risque accident du travail au 31/12/2005

### CHARGES (en euros)

> PRESTATIONS LEGALES	1 392 855,56
Prestations en nature	1 067 192,85
Prestations servies par l'Espace Santé	88 627,34
Budget global	250 508,81
Dépenses assimilées au Budget global	-13 473,44
> AUTRES PRESTATIONS LEGALES	10 098 861,70
Arrérages de rentes	10 096 385,70
Frais d'obsèques (part SS)	2 476,00
> AUTRES PRESTATIONS	16 770,43
Prestations supplémentaires	4 582,75
Secours	12 187,68

---

**COMPTE DE BRANCHE** 11 508 487,69

---

> PRESTATIONS EN ESPECES	7 916 111,73
Maintien du salaire	7 891 960,39
Indemnités journalières	24 151,34
> PARTICIPATION DU REGIME	560 082,25
Cotisations au fonds AT	560 082,25
> AUTRES CHARGES	6 262,89
Frais d'obsèques ( part RATP )	6 262,89
> CONSEIL DE PREVOYANCE	123 208,60

---

**COMPTE DU REGIME SPECIAL** 8 605 665,47

---

> COUT DE FONCTIONNEMENT CCAS	3 522 912,71
-------------------------------	--------------

---

**COMPTE DE GESTION** 3 522 912,71

---

résultat du régime spécial 1 498 426,93

**TOTAL GENERAL** 25 135 492,80

### PRODUITS (en euros)

> RECOUVREMENT SUR TIERS	1 054 492,04
Prestations en nature	387 270,91
Rentes	667 221,13

---

**COMPTE DE BRANCHE** 1 054 492,04

---

> CONTRIBUTION TRANSPORTEUR RATP	22 624 810,46
> RECOUVREMENT SUR TIERS (maintien du salaire)	1 351 024,58

---

**COMPTE DU REGIME SPECIAL** 23 975 835,04

---

> INDEMNITE FORFAITAIRE (recouvrement sur tiers )	100 005,83
Produits exceptionnels	5 159,89

---

**COMPTE DE GESTION** 105 165,72

---

**TOTAL GENERAL** 25 135 492,80

ASP	Action Sociale et Prévention
AT-MP	Accidents du Travail et Maladies Professionnelles
AJ	Accidents de trajet
CRA	Commission de Recours Amiable
CRE	Comité Régie d'Entreprise
CSOM	Congé Spécial d'Ordre Médical
DMP	Dossier Médical Personnel
FSE	Feuilles de Soins Électroniques
IC	Indemnités au Capital
IPP	Indemnités Permanentes Partielles
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MPGR	Mutuelle du Personnel de la Ratp
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PE	Prestations en Espèces (versées en cas d'arrêt de travail pour permettre un maintien du salaire)
PN	Prestations en Nature (frais de soins)
Ressortissants / assurés	Ce sont les personnes affiliées à la CCAS pour les risques couverts par la Caisse.



 **RETOUR SOMMAIRE**

**Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la Ratp**

LAC CG 52

34, rue Championnet

75889 Paris Cedex 18

Tél.: 01 58 76 03 34

Courriel : [ccas-service@ratp.fr](mailto:ccas-service@ratp.fr)

