



## 09 RAPPORT D'ACTIVITÉ











# du Conseil d'administration



e renouvellement du Conseil d'administration de la CCAS, le 29 janvier 2009, a constitué le temps fort du début d'année. Cette instance paritaire où les administrateurs représentent, et la direction de la RATP, et les agents ressortissants actifs et retraités, ainsi que l'ensemble des organisations syndicales, doit être un lieu de dialogue où chacun doit faire entendre sa voix pour maintenir et développer le nouveau contrat social de l'entreprise.

Tout au long de l'année, l'engagement de l'ensemble des administrateurs a permis la réalisation d'un travail de qualité, en particulier dans le cadre des commissions spécialisées du Conseil. Ce travail approfondi participe au dynamisme et à la vitalité de notre régime et conforte le caractère intégré de notre protection sociale au sein de l'entreprise.

A cet égard, il convient de relever les actions réalisées dans le domaine de l'action sociale et de la prévention, notamment en faveur des agents actifs grâce au développement d'un partenariat avec l'Espace santé. La politique de prévention constitue en effet un axe prioritaire pour la Caisse tout comme l'accompagnement des personnes touchées par la maladie ou la dépendance.

Pour accomplir l'ensemble de ses missions, la Caisse a pu s'appuyer sur le savoir faire de ses équipes et sur ses méthodes de gestion rigoureuses et efficaces. La réactivité à traiter les décomptes des assurés en témoigne.

Je tiens particulièrement à souligner la réussite de l'étape 1 du projet de Modernisation Informatique de l'Assurance Maladie et Infogérance (MIAMI), qui s'est concrétisée en septembre 2009. La réalisation de l'étape 2, programmée à la fin de l'année 2010, sera une condition essentielle de la pérennité de notre régime qui pourra compter sur un système informatique performant.

Etre au service de tous les ressortissants, agents en activité, pensionnés, ayants droit, reste l'objectif premier qui anime quotidiennement le personnel de la CCAS. Qu'il en soit ici remercié.







# Le Directeur de la CCAS



epuis le 3 mars 2008, la CCAS est engagée, au travers d'un partenariat fort avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA), dans un processus de Modernisation de l'Informatique de l'Assurance Maladie et Infogérance (MIAMI).

Ce projet majeur a pour finalités de faciliter, non seulement la mise en œuvre des évolutions réglementaires qui incombent à notre régime, mais aussi d'améliorer notre performance par la réduction des coûts liés au système d'information et de rendre plus efficaces les processus. Il a mobilisé cette année l'ensemble des collaborateurs de la Caisse.

Depuis septembre 2009, la gestion des données des assurés, la gestion des cartes Vitale et le suivi du numéro d'identification des ressortissants (RNIAM) sont portés par le nouveau système d'information AGORA.

L'année 2010 sera pour l'ensemble des équipes une année charnière qui doit nous permettre de mettre en service, en fin d'année, les outils pour la gestion des prestations en nature et en espèces, la médecine conseil, la comptabilité de la Caisse, l'action sociale et la prévention, ainsi qu'un nouvel outil pour la gestion de relations avec les assurés et les professionnels de santé.

La réussite de ce projet est le résultat de l'engagement de tous, aussi bien ceux qui œuvrent chaque jour pour maintenir la qualité de service à nos assurés, que ceux qui travaillent directement sur le projet.

Après avoir obtenu, dès la première année, la certification de ses comptes en 2008, la CCAS s'est appliquée cette année encore à maintenir ce haut niveau de qualité en matière comptable. Dans le même esprit, nous avons poursuivi nos efforts quant au contrôle des prestations servies, notamment en ce qui concerne les prestations en espèces liées au maintien du salaire en cas de maladie (dans le cadre du Statut du Personnel).

Nous avons tenu à vous présenter dans ce rapport les premiers résultats de la mise en place des deux dispositifs que sont la "consultation nombreux arrêts" et le "suivi médical encadré".

Si les impacts en terme de nombre de jours d'arrêts de travail et de dépenses sont certains, il apparaît que ces dispositifs doivent être améliorés afin de mieux prendre en compte certaines situations individuelles complexes qui demandent un accompagnement personnalisé.

Nous allons donc mettre à profit en 2010 ce premier retour d'expérience, afin de rechercher les meilleures solutions répondant à ces situations.

Je tiens à remercier l'ensemble du personnel de la Caisse, qui s'engage au quotidien dans le service aux assurés, avec professionnalisme et rigueur.







#### Elle est régie par :

- le décret n° 2004-174 du 23 février 2004,
- le Statut du Personnel,
- le Règlement Intérieur (RI) de la CCAS

#### Elle a pour missions:

- De servir les prestations prévues au Règlement Intérieur.
- De garantir l'application rigoureuse de la réglementation applicable aux régimes d'assurance maladie (Loi de Financement de la Sécurité Sociale en particulier (LFSS)).
- D'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 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.
- De garantir l'accès aux voies de recours (conciliation, recours amiable), auxquelles les assurés peuvent prétendre face aux décisions de la Caisse.
- D'informer les assurés sur leurs droits, de les accueillir dans les meilleures conditions, les conseiller et les soutenir dans les démarches à accomplir.
- De 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.









## Les Ressortissants

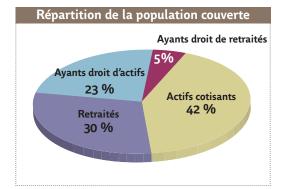
#### Le nombre des ressortissants de la Caisse est de 104 721 en 2009

Les bénéficiaires de la CCAS se répartissent comme suit :

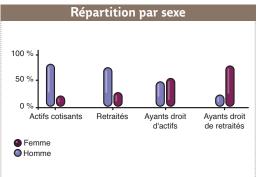
Actifs		43 964		44 563
Retraités	60	31 647	80	31 441
Ayants droit d'actifs	200	23 959	20(	24 007
Ayants droit de retraités		5 151		5 147

## > Une population stable dans sa composition et sa répartition géographique

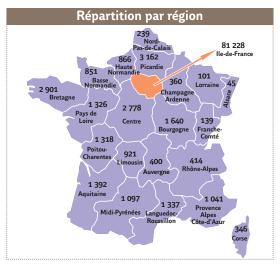
 La structure de la population couverte reste stable.
 Les pourcentages de chaque catégorie de ressortissants sont inchangés par rapport à 2008.



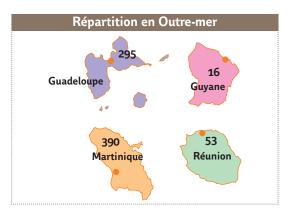
• La répartition par sexe de la population des ressortissants est caractérisée par une forte proportion masculine parmi les actifs (69 %), tandis qu'elle est en très large majorité féminine chez les ayants droit de retraités (>80 %).



• Francilienne à plus de 75 % chez les actifs, la population des retraités est quant à elle répartie sur tout le territoire national avec une prédilection pour les régions littorales et celles limitrophes de l'Ile-de-France.



- La moyenne d'âge des assurés de la CCAS est de 42 ans, toutes catégories confondues, un quart d'entre eux ayant moins de 24 ans et un autre quart ayant plus de 60 ans. Au plan national, les ressortissants de la CCAS représentent 0,2 % de la population couverte par l'assurance maladie, ce qui fait de notre régime l'un des plus petits.
- Les départements d'Outre-Mer regroupent 751 ressortissants, soit une personne de moins qu'en 2008. La majorité des affiliés se situe en Martinique avec 390 personnes et en Guadeloupe avec 295 individus. La Guyane Française est le Département d'Outre-Mer le plus petit avec ses 16 ressortissants.







**PRESIDENT** 

SECRETARIAT DU CA DE LA CCAS Placées sous
la responsabilité
du directeur de la CCAS,

5 entités
contribuent
à la réalisation des
missions de la
Caisse

## INGENIERIE ACTION SOCIALE ET PREVENTION

DIRECTEUR

#### PRESTATIONS EN NATURE, ACTION SOCIALE ET PREVENTION

- Le pôle Production effectue le remboursement des prestations en nature aux affiliés et aux professionnels de santé.
- Le pôle Service et Prestations traite en temps réel, au travers de sa plateforme téléphonique et de son accueil physique, les besoins en terme de conseils et d'assistance, et apporte des réponses aux réclamations.
- Il traite aussi le courrier.

Par ailleurs, l'action sociale propose une aide personnalisée à ceux qui doivent faire face aux conséquences d'une difficulté de santé, d'un handicap ou encore d'une perte d'autonomie.

Les demandes d'aide financière sont traitées en commission des Secours.

#### MEDECINE CONSEIL

#### Elle est chargée :

- du suivi médical des assurés bénéficiaires de l'assurance maladie, maternité, invalidité et Accidents du Travail, de trajet et Maladies Professionnelles,
- du suivi de l'activité des professionnels de santé,
- de l'instruction des contestations médicales générées par les décisions qui découlent de son activité.

Ce travail est réalisé avec la contribution de huit médecins-conseils, un dentisteconseil et un stomatologue-conseil, secondés par une équipe administrative.

#### PRESTATIONS EN ESPECES

#### Elle est chargée:

- du paiement des indemnités journalières des anciens agents sous statut durant la période de maintien des droits aux prestations en espèces,
- de l'instruction des déclarations d'Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (AT/MP) et du paiement des rentes AT/MP,
- de l'indemnisation relative à l'assurance maternité et à l'assurance invalidité,
- des contrôles de nature administrative et médicale sur ces prestations.

#### AFFAIRES JURIDIQUES

#### Elle est chargée :

- de la veille juridique pour anticiper sur les réformes ou textes à venir ayant un impact sur le Règlement Intérieur et plus largement sur les prestations versées aux assurés,
- du respect des dispositions du Statut du Personnel et du Règlement Intérieur,
- de l'organisation des séances du Conseil d'administration,
- du secrétariat de la Commission de Recours Amiable du risque AT/MP et de la Commission de Recours Amiable du risque Maladie-Maternité, ainsi que de l'exécution des décisions,
- de représenter la Caisse devant les juridictions du contentieux général et technique de la sécurité sociale avec possibilité de subdéléguer.

#### COMPTABILITE

Elle gère les activités financières et comptables de la CCAS, le contrôle des prestations, l'élaboration et le suivi du budget de la Caisse ainsi que l'établissement des résultats comptables, dans la norme du Plan de Compte Unique des Organismes de Sécurité Sociale.

Elle élabore des situations comptables pour le Conseil d'administration de la CCAS et la Commission économique et stratégique du Conseil d'administration de la RATP.







# de l'année 2009

#### > Le renouvellement du Conseil d'administration

Le 29 janvier 2009, le Conseil d'administration de la CCAS a été renouvelé (à partir des résultats de l'élection aux Comités D'établissement Economique et Professionnel (CDEP) du 5 décembre 2006) pour un mandat de quatre ans.

Les sièges sont répartis comme suit :

	Titulaires	Suppléants
CFDT	3	2
CFTC	2	1
CFE-CGC	2	1
CGT	7	6
FO	3	2
Indépendants	3	2
SUD	2	1
UNSA-RATP	4	3
TOTAL	26	18

Aux 26 administrateurs titulaires, il convient d'ajouter les 2 administrateurs retraités élus le 15 janvier 2009, soit un total de 28 administrateurs représentant les affiliés.



#### > Le protocole d'accord amiante RATP

Depuis le 2 octobre 2006, date de la signature du protocole d'accord négocié par la RATP et les organisations syndicales, des réunions ont été organisées par la CCAS pour présenter aux victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante - déjà indemnisées par la Caisse dans le cadre légal - l'indemnisation prévue par le protocole amiante selon le taux d'incapacité et l'âge de la victime à la date du diagnostic. Au cours des 26 réunions (2006-2009), 173 propositions ont été faites aux assurés ou ayant droit. Après une importante activité liée à la mise en place du dispositif, le ralentissement prévisible qui s'était amorcé fin 2007, s'est poursuivi en 2008 et 2009. Il est à noter qu'un seul bénéficiaire (ayant droit d'un assuré) a renoncé à l'indemnisation proposée.

	Nombre de propositions	Nombre de séances	Indemnisations versées par la RATP
2009	24	5	472 000 €
2008	29	5	4 197 000 €

Les réunions prévues par le protocole sont organisées, dès que le taux d'Indemnités Permanentes Partielles (IPP) proposé par le Comité Médical d'Expertise a été soumis à la Commission des Rentes AT/MP pour être notifié aux victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante.

A l'occasion des séances, les bénéficiaires ont exprimé leur satisfaction de recevoir ce complément d'indemnisation de leur rente et, tout particulièrement, l'engagement de la RATP à prendre en compte la modification éventuelle de leur état de santé.

En effet, en pareil cas, la Caisse procède à une nouvelle évaluation des droits à réparation et notifie le nouveau taux d'IPP à la victime, ce qui lui permettra de recevoir directement, sans nouvelle démarche de sa part, la majoration de l'indemnisation prévue par le protocole amiante pour le nouveau taux fixé.



## Les temps forts de l'année 2009



#### La Modernitation de l'Informatique de l'Assurance Maladie et Infogérance (MIAMI)

Depuis 2008, la Caisse est engagée dans un projet majeur de modernisation de son système informatique : le projet MIAMI.

#### Quels sont les enjeux de ce projet?

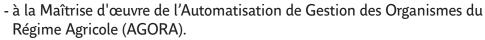
- Garantir la pérennité du régime spécial.
- Faciliter la mise en œuvre des évolutions réglementaires qui incombent à notre régime.
- Améliorer la performance par la réduction des coûts liés au système d'information et rendre plus efficaces les processus.
- Saisir de nouvelles opportunités :
- évolution des pratiques métiers (dématérialisation, automatisation des processus),
- nouvelles technologies (Internet et Extranet),
- nouvelles ergonomies des outils.

Pour répondre à ces enjeux, la solution retenue est l'établissement d'un partenariat informatique avec un régime obligatoire de sécurité sociale. Après consultation de trois organismes, la Mutualité Sociale Agricole (2ème régime de sécurité sociale en France) a été retenue le 11 décembre 2007 et une convention de partenariat a été signée le 3 mars 2008, pour une durée de 8 ans.

#### En quoi consiste ce partenariat?

Il consiste avant tout à l'adhésion de la RATP aux instances décisionnelles :

 à la Maîtrise d'ouvrage dans l'Association pour la Réalisation de la Maîtrise d'Ouvrage Nationale Informatique du régime Agricole (ARMONIA),



Il consiste par ailleurs à la réalisation et à la mise à disposition d'un système couvrant l'ensemble du périmètre fonctionnel validé par la RATP (fonctionnalités communes et fonctionnalités propres au régime RATP). Enfin, le partenariat couvre l'exploitation et la maintenance du système réalisé.

#### Quel est le périmètre du projet ?

Il comprend deux étapes de déploiement :

Etape 1: gestion des données des assurés, carte Vitale et suivi du Numéro d'Identification des Ressortissants (RNIAM), en œuvre depuis septembre 2009.

Etape 2: gestion des prestations en nature et en espèces (Indemnités Journalières et invalidité), de la médecine conseil, de la comptabilité, de l'action sociale et de la prévention, des relations avec les assurés et les professionnels de santé, prévue en décembre 2010.

#### Quel est le coût de l'opération?

- Prix des développements informatiques pour la mise en place du nouveau système d'information = 3 869 100 €.

- Contribution financière forfaitaire annuelle :

Etape 1:516 000 €

(maintenance 366 000 € + infogérance 150 000 €)

Etape 2:1032000€

(maintenance 732 000 € + infogérance 300 000 €).





### Les temps forts de l'année 2009



Ce projet doit permettre une évolution des processus liés aux activités de la CCAS, et constituer une opportunité pour :

- la montée en compétence des collaborateurs (décompteurs, conseillers Action Sociale et Prévention, comptables,...),
- l'amélioration de l'efficience des processus avec la disparition de tâches improductives (re-saisies, doubles saisies),
- l'optimisation de l'image et de la qualité de service de la CCAS (site Internet pour tous),
- la diminution des coûts de fonctionnement (matières, collecte des ordonnances).

#### > La certification des comptes

Après avoir obtenu, dès la première année, la certification de ses comptes 2008 dans le cadre de la certification des comptes des régimes obligatoires de sécurité sociale, l'entité Comptabilité a porté ses efforts tout au long de l'année 2009 sur le maintien de la qualité de la production comptable, ainsi que sur les chiffrages de dossiers relatifs aux recours contre tiers. Elle a par conséquent contribué à la récupération, auprès de tiers mis en cause, de sommes engagées pour les soins de nos assurés, et participé de ce fait à la bonne gestion, régulièrement saluée, de notre Caisse.

#### > Le contrôle des prestations en espèces

La Caisse sert des prestations en espèces aux agents en activité, conformément au Règlement Intérieur et au Statut du personnel. Ces dispositions prévoient notamment :

- une protection dès le 1er jour d'embauche,
- aucun délai de carence,
- une indemnisation dans la limite de 365 jours consécutifs,
- au-delà, si l'assuré reste atteint d'une affection grave et caractérisée dont la guérison ou la consolidation peut être envisagée médicalement,

- une indemnisation à demi-salaire (ou deux tiers si l'assuré a au moins trois enfants à charge),
- pour certaines affections, une indemnisation de maladie de longue durée à plein salaire durant 3 ans, et à demi-salaire pendant 2 ans.

Ces mesures statutaires ne prévoient pas la situation des agents atteints d'affections fonctionnelles et motrices affectant leur capacité de travail, qui peuvent cependant, de manière variable, exercer une activité professionnelle. Aussi elles ont été complétées en 2005 par une nouvelle prestation dénommée le Congé Spécial d'Ordre Médical (CSOM). Ce congé favorise la reprise d'activité et le maintien dans l'emploi.

Les dépenses relatives aux prestations en espèces représentent 17,86 % de l'ensemble des dépenses de la CCAS.

Afin de garantir la pérennité de ces dispositions protectrices, il appartient à la Caisse de s'assurer que les prestations versées sont justifiées. A ce titre et conformément aux dispositions légales, des procédures de suivi ont été mise en œuvre : la Consultation Nombreux Arrêts (CNA) et le Suivi Médical Encadré (SME).

Dans le cadre de la CNA, un assuré présentant plus de 7 avis d'arrêt de travail sur 12 mois peut être convoqué pour une consultation avec un médecin-conseil. Il est demandé à l'assuré de se présenter lors de cette consultation avec tous les éléments médicaux justifiant ses arrêts de travail sur les 12 derniers mois.

A l'issue de cette consultation, le médecin-conseil peut :

- Soit estimer que l'état de santé de l'assuré nécessite une suspension immédiate de toute convocation de cet assuré pour une période fixée.
- Soit rendre un avis visant à orienter cet assuré vers d'autres dispositifs tels que le CSOM ou le Temps Partiel pour motif Thérapeutique (TPT).







## Les temps forts de l'année 2009

- Soit estimer que les arrêts de travail de l'assuré nécessitent un suivi personnalisé pour une période donnée. Alors, le médecin-conseil informe l'assuré qu'il devra désormais se présenter à chacun de ses arrêts de travail pour une consultation en Médecine conseil.

Au 31 décembre 2009, 1 912 assurés ont été convoqués en Médecine conseil pour une CNA.

Parmi les assurés convoqués:

- 329, soit 17,20 %, n'ont pas eu d'arrêt de travail pendant 12 mois,
- 426, soit 22,30 %, ne se sont pas présentés lors de leur 1<sup>er</sup> arrêt de travail et ont connu une procédure de suspension d'indemnisation,
- 608, soit 31,80 %, ont eu confirmation par le médecin-conseil d'une pathologie avérée, justifiant leurs arrêts,
- 549, soit 28,70 %, sont entrés, suite à avis médical, dans le dispositif du SME.

Depuis la mise en place du SME en 2008, 306 assurés sont sortis du dispositif. Il est donc aujourd'hui possible de dresser un premier bilan instructif:

- Avant le SME, les 306 assurés avaient en moyenne 13,3 arrêts de travail et 91,1 jours d'arrêts sur 12 mois.
- Pendant le SME, les 306 assurés ont eu en moyenne 6,3 arrêts de travail et 49,3 jours d'arrêts sur 12 mois.
- De plus, pendant le SME, 38 agents, soit 12,42 %, n'ont eu aucun arrêt de travail.

Il ressort de ce bilan que la mise en place de ces deux dispositifs se traduit par une diminution significative du nombre d'arrêts de travail et du nombre de jours pris en charge par la CCAS (soit, pour la population étudiée, 2 137 arrêts de travail et 12 810 jours d'arrêts de travail).

Evolution des dépenses des prestations en espèces 2004-2009								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Maladie	49 671	52 252	54 084	56 397	54 183	53 694		
AT/MP	7 416	7 892	9 000	9 338	8 638	9 473		
Total	57 086	60 144	63 085	65 735	62 821	63 166		

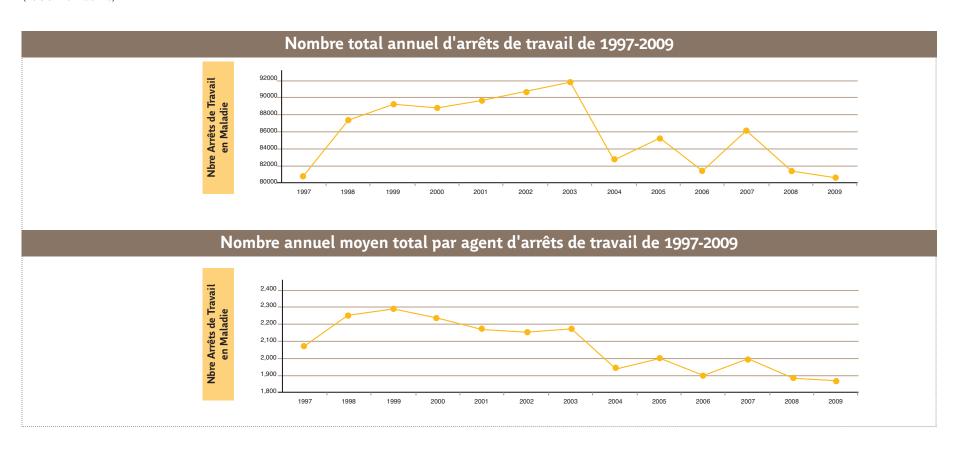






Evolution du nombre des arrêts de travail entre 1997 et 2009													
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre total d'arrêts de travail	80 521	87 232	89 202	88 810	89 684	90 833	91 776	82 755	85 224	81 692	85 924	81 289	80 416
Nombre d'arrêts de travail en moyenne par agent	2,085	2,255	2,299	2,233	2,181	2,163	2,168	1,946	1,998	1,902	1,994	1,895	1,881

(Hors CLD et Maternité)









## Quelques points de repères

- 2004, date de mise en place de la CCAS élargie aux agents actifs.
- Près de 2 000 agents ont rencontré un médecin-conseil dans le cadre de la CNA.
- Nous contrôlons près de 9 % des arrêts de travail (7240 contrôles en 2009).
- Plus globalement, les dépenses d'indemnités journalières du régime général de la Sécurité sociale (salariés) ont augmenté en 2009 (+ 6 %), alors que celles de la CCAS ont diminué (- 0,90 %).

### Part du maintien du salaire dans l'ensemble des prestations maladie

Part du maintien du salaire dans l'ensemble des prestations maladie					
	2008	2009			
Prestations légales	237 028	244 884			
Autres prestations	2 058	1 851			
Prestations en espèces	54 317	53 823			
dont maintien du salaire	54 183	53 694			
Total prestations	293 403	300 558			
Pourcentage du maintien du salaire sur l'ensemble des prestations	18,47 %	17,86 %			

#### > Les campagnes de prévention

Parmi les campagnes de prévention réalisées auprès des agents en activité dans leur attachement, la CCAS a une nouvelle fois mis plus particulièrement l'accent sur :

#### - La prévention bucco-dentaire

En 2009, six sites (représentant un effectif de 2 158 agents) se sont portés candidats pour recevoir la campagne de prévention bucco-dentaire, au travers de dépistages, de questionnaires, d'une exposition :

- Nombre de visiteurs de l'exposition : 418, soit 19,4 %.
- Nombre de dépistages effectués : 267, soit 12,4 %.
- Nombre de questionnaires complétés (avec dépistage): 257.
- Nombre de questionnaires complétés (sans dépistage): 27.

#### - La prévention anti-tabac

Particulièrement concernée par la question du tabagisme du fait de son activité et de ses locaux souterrains, la Ligne 12 s'est s'impliquée dans cette campagne de prévention. Quinze ateliers, répartis sur trois pôles et deux terminus, ont été réalisés.

La campagne a remporté un vif succès, avec un taux de participation de 67 %. Notons que 42 % des agents ont souhaité effectuer le test de monoxyde de carbone.









#### > Les publications

Comme chaque année, la CCAS est soucieuse d'informer au mieux ses assurés. Les parutions, ci-dessous, en témoignent.







# Le Suivi des indicateurs ....

#### SUIVI DES PRESTATIONS MALADIE

	Cumul Fin décembre 2009	Cumul Fin décembre 2008	Variation 2009/2008
DÉCOMPTES D'ASSURANCE MALADIE			
A - Nombre total de décomptes (y compris générés)	4 176 743	4 017 747	4,0 %
B - Nombre total de décomptes (hors générés) dont :	2 346 336	2 355 183	-0,4 %
Nombre de décomptes manuels	592 592	637 126	-7,0 %
Nombre de décomptes électroniques	1 753 744	1 718 057	2,1 %
DÉLAI MOYEN DE TRAITEMENT DES FEUILLES DE SOINS MALADIE AUX ASSURÉS ET AUX PROFESSION	NNELS (EN JOURS)		
Pourcentage de Feuilles de Soins Electroniques/ensemble des décomptes (hors générés)	74,74 %	72,90 %	
Délais moyens de règlements assurés et professionnels	5,42	4,60	
Pourcentage de dossiers remboursés en moins de 5 jours	50,42 %	78,56 %	
Efficacité du traitement des appels téléphoniques, des ressortissants, des profession	NELS DE SANTÉ, DES ÉTAI	BLISSEMENTS DE SOINS	
Nombre de connexions automatiques traitées directement par le serveur (ARGOS, AMEL et CODA)	28 635	25 913	10,5 %
Nombre total d'appels téléphoniques reçus par le Serveur Vocal Interactif (SVI) sur 24h	209 268	211 897	-1,2 %
Nombre d'appels destinés aux conseillers (A)	83 905	68 251	22,9 %
Nombre d'appels ayant abouti (B)	70 346	57 560	22,2 %
Pourcentage d'appels aboutis (B/A)	83,84 %	84,34 %	
Nombre de personnes reçues à l'accueil physique	16 149	13 865	16,5 %







#### SUIVI DES PRESTATIONS MALADIE

	CUMUL FIN DÉCEMBRE 2009	Cumul Fin décembre 2008	Variation 2009/2008
Taux de contrôle a priori des décomptes manuels	9,30 %	18,50 %	
Taux d'anomalies sur les décomptes manuels contrôlés a priori	22,40 %	13,00 %	
Taux de contrôle a posteriori des décomptes manuels	10,30 %	18,10 %	
Taux d'anomalies sur les décomptes manuels contrôlés a posteriori	3,40 %	2,20 %	
Nombre d'actes d'arrêts de travail	82 526	84 821	-2,70 %
Taux de contrôle par rapport au nombre d'actes d'arrêts de travail	8,89 %	7,88 %	
Taux de contrôle enquêteurs	4,76 %	4,89 %	
Taux de contrôle médecins	4,13 %	2,99 %	
Nombre d'agents en arrêt maladie de plus de 90 jours sur la période	599	622	-3,70 %
Nombre de dossiers de CSOM examinés	240	101	137,60 %
Nombre de dossiers de CSOM accordés	212	78	171,80 %
Nombre de reprise de travail en temps partiel thérapeutique	764	913	-16,30 %
Nombre de bordereaux d'anomalies restant à régulariser, dont :	110	807	
• Nombre de bordereaux d'anomalies restant à régulariser au titre de 2009	110	807	
<ul> <li>Nombre de bordereaux d'anomalies non régularisés au titre de l'année 2008</li> </ul>	7	0	
Taux de non régularisation des anomalies :			
• Pourcentage décomptes contrôlés au titre de l'année en cours présentant			
des anomalies et non régularisés	4,10 %	5,30 %	
<ul> <li>Pourcentage décomptes contrôlés au titre de l'année 2008 présentant</li> </ul>			
des anomalies et non régularisés	1,60 %	0,0 %	





#### TRAITEMENT DES DOSSIERS AT et MP

	Cumul Fin décembre 2009	Cumul Fin décembre 2008	Variation 2009/2008			
Nombre de déclarations AT / MP						
Nombre total de déclarations Accidents de Travail (AT)	4 406	4 546	-3,1 %			
Nombre total de déclarations Accidents de Trajet (AJ)	1 121	1 132	-1,0 %			
Nombre total de déclarations Maladies Professionnelles (MP)	134	127	5,5 %			
A - Total declarations AT/MP	5 661	5 805	-2,5 %			
Traitement des dossiers AT et MP						
Pourcentage dossiers AT/AJ traités à plus de 30 jours	100 %	100 %				
Pourcentage dossiers MP traités à plus de 3 mois (hors prolongation légale)	100 %	100 %				
DÉLAI INITIAL POUR INSTRUIRE :						
<ul> <li>Délai moyen d'instruction d'une déclaration AT/AJ (en jours)</li> <li>(dossiers traités pendant délai initial)</li> </ul>	17	18				
<ul> <li>Délai moyen d'instruction d'une déclaration MP (en jours)</li> <li>(dossiers traités pendant délai initial)</li> </ul>	79	75				

#### TRAITEMENT DES DOSSIERS ALD

	Cumul Fin décembre 2009	Cumul Fin décembre 2008	Variation 2009/2008
Délai moyen de traitement des dossiers ALD			
Nombre total de dossiers traités	3 558	3 856	
Délai moyen de traitement d'un dossier ALD en jours ouvrables	11,99	13,15	







# L'évolution des dépenses... et les résultats

#### > L'évolution des dépenses d'assurance maladie-maternité

Bien que le régime spécial de la RATP ne soit pas totalement comparable au régime général (populations très différentes en volume et en type), relevons quelques chiffres qui traduisent sa bonne gestion.

#### Dépense moyenne annuelle par bénéficiaire

Cet indicateur est calculé de manière à ramener notre régime dans les règles du régime général, c'est-à-dire qu'il ne prend en compte que la part régime obligatoire des dépenses remboursées aux ressortissants de la CCAS. Ce ratio tend à démontrer que la population couverte par la Caisse est moins consommatrice de soins de santé que celle qui relève du régime général. Nous pouvons le justifier par la qualité du parcours de soins offert dans le réseau de soins RATP, ce qui permet une maîtrise médicale des dépenses de santé.

	2006	2007	2008	2009
Régime général	2 120 €	2 190 €	2 244 €	2 345 €*
Régime RATP	2 040 €	2 094 €	2 152 €	2 225€
Ratio régime RATP/ régime général	0,96	0,96	0,96	0,95

<sup>\*</sup> estimation sur la base des résultats à fin octobre

#### Evolution des dépenses d'assurance maladie-maternité

L'analyse de la progression des dépenses de santé sur les sept dernières années (2003-2009) confirme leur maîtrise dans le régime RATP.

Celles-ci sont légèrement en deçà de l'ONDAM (Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie), et très inférieures à la progression du régime général.

	ONDAM	RATP	Régime général
2003	Base 100	Basse 100	Base 100
2004	104,40	103,92	104,80
2005	107,74	107,98	109,68
2006	110,65	108,90	113,21
2007	113,75	113,21	117,85
2008	116,94	116,72	121,39
2009	120,80	120,57	126,73
Evolution 2009/2003	20,80 %	20,57 %	26,73 %

#### • Couverture des coûts de fonctionnement de la CCAS

La réfaction accordée par la CNAMTS à la CCAS pour couvrir les coûts de gestion du régime voit son taux diminuer chaque année. Il s'établit à 4,23 % en 2009 contre 4,51 % en 2008.

Cette réfaction ne couvre que partiellement les coûts de fonctionnement de la CCAS et de l'Espace santé.

Les efforts de productivité réalisés permettent d'éviter que ce taux de couverture ne se dégrade, malgré les surcoûts temporaires engendrés par le projet MIAMI. Il passe à 90,5 % en 2009, contre 93 % en 2008.





## Les perspectives pour 2010

#### > MIAMI: étape 2

Outre la réduction importante des charges de suivi et de pilotage, les ressortissants verront une nette amélioration de la qualité de service grâce à une meilleure performance et à plus de fiabilité du nouveau système d'information. La seconde étape, prévue pour la fin 2010, permettra de traiter avec ce nouvel outil l'ensemble des prestations de la CCAS: prestations en espèces, médecine conseil, comptabilité, relations avec les ressortissants et les professionnels de santé.

#### > Création du site Internet de la CCAS

Alors que les agents en activité peuvent accéder aux services en ligne de la CCAS (comme la consultation de leurs décomptes), via urban web, l'Intranet de la RATP, les assurés retraités ont été jusqu'à présent privés de ces services.

Dans le cadre de la refonte du système informatique (MIAMI), un site Internet accessible à tous sera en construction durant l'année 2010. En 2011, tous les assurés auront accès aux télé services de la CCAS, à des services innovants, à une information permanente sur l'offre de soins de l'Espace santé, sur la prévention et l'action sociale, et autres actualités.

# > Modernisation de la procédure de notification des décisions concernant les prestations en espèces

Actuellement, la CCAS notifie ses décisions aux agents et aux attachements, ces derniers ayant à charge de modifier le pointage des agents. Cette procédure a atteint certaines limites:

- manque de fiabilité dans la réception des décisions,
- application non garantie (20 % des décisions prises par la CCAS ne sont pas appliquées),
- délais de traitement non homogènes et source de discrimination entre les assurés,
- traitement et frais de correspondance importants.

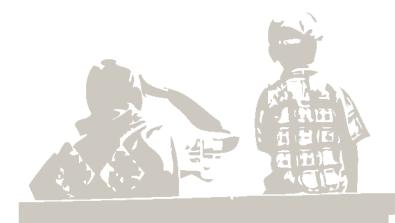
Il a par conséquent été décidé de modifier la procédure de notification des décisions en matière d'arrêt de travail (AT/MP et MP), avec pour objectifs :

- De garantir l'application du Règlement Intérieur (et donc du Statut du Personnel).
- D'assurer un traitement rapide et équitable entre tous les agents.
- De fiabiliser les procédures.
- De réduire les coûts (celui des prestations et celui du fonctionnement). La solution retenue consiste en la mise en œuvre d'une interface entre l'application informatique de la Caisse "INDISPO" et l'application informatique Ressources Humaines de l'entreprise "RHAPSODIE".

La mise en place de cette interface va avoir pour conséquences en 2010 :

- la suppression des notifications papier pour les attachements (à l'exception des décisions en matière d'Accident du Travail et de Maladie Professionnelle relatives à la reconnaissance ou non, en matière de Temps Partiel pour motif Thérapeutique et de Congé Spécial d'Ordre Médical),
- la mise en place d'échanges automatisés dès janvier 2010.

Cette nouvelle procédure permettra à la Caisse de fiabiliser le versement des prestations en espèces, de baisser ses coûts de fonctionnement par la suppression des courriers papier (pour information, 15 000 décisions notifiées en 2009).









## Les perspectives pour 2010

#### > Création d'une nouvelle entité pour l'action sociale et la prévention au service des assurés

Depuis 2005, le Conseil d'administration, et plus spécifiquement sa commission Action Sociale et Prévention (ASP), a mené une politique volontariste à destination des affiliés de la CCAS.

Avec la création de plus de 35 prestations nouvelles depuis 4 ans et la mise en place d'une mission d'ingénierie Action Sociale et Prévention directement rattachée au directeur, la Caisse a su faire preuve d'innovation et s'est placée à l'avant-garde des organismes de protection sociale dans ces deux domaines.

Jusqu'alors intégré à l'entité Prestations en nature, l'ensemble des activités liées à l'action sociale et à la prévention va être transféré dans une entité qui verra le jour en février 2010.

Cette entité, dénommée "Action Sociale et Prévention", aura en charge la mise en œuvre, à destination des assurés, de l'ensemble des prestations actuelles et à venir. Outre l'attention portée aux assurés, la nouvelle équipe aura pour mission de renforcer l'individualisation du traitement des demandes, de revoir les procédures permettant ainsi plus de réactivité et une plus grande performance. Les conseillers seront également chargés de mieux faire connaître les prestations, par leur participation à des actions de communication, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'entreprise.

#### > Promouvoir la prévention

Le domaine de la prévention s'exerce à travers deux types d'action qui seront largement développées :

- les journées mondiales et les campagnes nationales (journée mondiale du diabète, du SIDA, de l'audition, dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, prévention bucco-dentaire infantile M'T dents, etc.),

- les actions spécifiques de la Caisse (programmes d'incitation au sevrage tabagique des agents, prévention bucco-dentaire en faveur des salariés et des personnes âgées, prévention gynécologique, prévention du cancer de la prostate, dépistage des troubles mnésiques, bilan de prévention à l'autonomie des personnes handicapées ou âgées, différentes surveillances post-professionnelles des agents exposés à des risques cancérogènes, prévention du risque routier en 2 roues chez les jeunes de 16-25 ans, etc.).

Plusieurs thèmes seront réalisés en transversalité, comme c'est déjà le cas pour la prévention bucco-dentaire effectuée en partenariat avec l'Espace santé, l'unité MRB/VA, la cellule épidémiologique de la RATP, la MPGR et les sites d'accueil.

Par ailleurs, les divers outils de communication diffuseront les actions de prévention à travers des articles dans le journal de la CCAS, *RESPIRE* (le REgime SPécial Informe ses Ressortissants), le mensuel de la RATP, *urban mag*, le magazine du CRE, *Fréquence*.

D'autres supports seront utilisés comme des affiches, des brochures, des messages sur des thèmes de santé publique dans les accueils médico-sociaux de la CCAS et de l'Espace santé, ainsi que sur urban web.





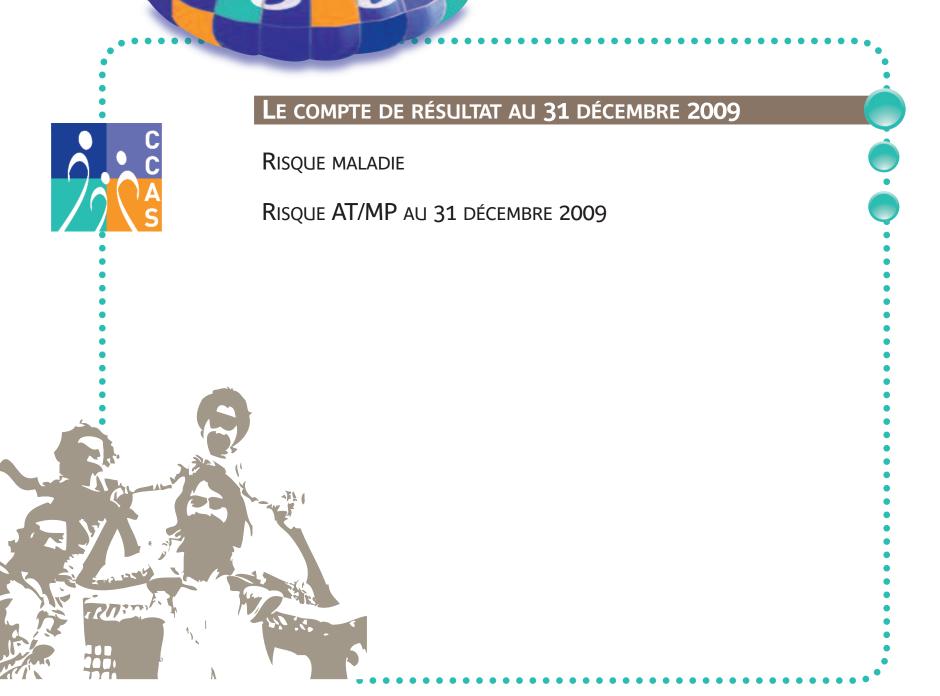


### Les Chiffres clés

- 104 721 ressortissants
- 16 149 personnes accueillies
- 83 905 appels reçus par les conseillers à l'accueil téléphonique
- 4 353 opérations liées aux ouvertures de droit
- 2 199 réclamations traitées au service Actions QUalité Assurés (AQUA)
- 23 441 interventions pour des cartes Vitale, dont 16 051 par urban web et 2 711 par le Serveur Vocal Interactif (SVI)
- 4 577 demandes de déclarations de médecin traitant éditées, dont 3 888 à partir de urban web
- 539 667 lettres reçues et triées
- 1 241 880 plis expédiés par voie postale
- 531 886 € en frais d'affranchissement
- 471 333 plis expédiés par voie interne
- 1 753 744 feuilles de soins électroniques traitées
- 592 592 feuilles de soins papier traitées
- 4 397 déclarations d'accident du travail traitées
- 1 121 déclarations d'accident de trajet traitées
- 138 déclarations de maladie professionnelle traitées
- 2 225 € de dépense moyenne annuelle par bénéficiaire
- 13 777 378 €, coût de gestion du risque Maladie de la Caisse













# COMPTE DE RÉSULTAT

### Risque Maladie au 31/12/2009

CHARGES	Réalisations fin déc 2008	Budget 2009	Réalisations fin déc 2009	Evolution 2009/2008	% budget	PRODUITS	Réalisations fin déc 2008	Budget 2009	Réalisations fin déc 2009	Evolution 2009/2008
Prestat légales compensées par bilatérale	236 764	241 706	244 818	3,4%	101,29%	Compensation bilatérale -	227 127	228 457	234 155	3,1%
Prestations légales hors budget global	134 798	141 506	136 320	1,1%	96,3%	remboursement des prestations	22/ 12/	220 457	234 133	-
Ayants-droit et retraités	90 505	91 000	91 819	1,5%	100,9%	Remboursement des prestations légales CCAS	219 690	219 305	226 591	3,1%
Agents actifs	44 293	50 506	44 501	0,5%	88,1%	Remboursement des prestations légales	7 437	9 152	7 564	1,7%
<ul> <li>Remboursement par la CCAS</li> </ul>	33 215	37 000	33 156	-0,2%	89,6%	servies par l'Espace santé	7 437	7 132	7 304	1,770
<ul> <li>Prestations servies par l'Espace santé</li> </ul>	11 078	13 506	11 345	2,4%	84,0%					
Budget global et dépenses assimilées	101 966	100 200	108 498	6,4%	108,3%	Remboursement des prestations CMU	44	50	55	
Prestations CMU (hors bilatérale)	119	95	67	-43,7%	70,5%					
Dotations au fonds CMU	145	92	0				_			
Autres prestations	2 057	3 059	1 850	-10,1%	60,48%	Prestations Espace santé refacturées	1 807	1 710	1 939	7,3%
Aide aux personnes âgées dépendantes	1 048	1 828	973	-7,2%	53,2%	Refacturation AT	62	70	64	
Prestations action sociale	40	54	43	7,5%	79,6%	Refacturation médecine du travail	467	320	398	
Prestations supplémentaires	494	453	28	-94,3%	6,2%	Prothèses dentaires	1278	1 320	1477	
Secours	80	240	108	35,0%	45,0%					
Prévention (y compris Espace santé)	320	384	602	88,1%	156,8%	Ticket modérateur retraités	234	200	245	4,7%
Capital décès	75	100	96	28,0%	96,0%					
Compensation bilatérale	266 231	279 431	281 192	5,6%	100,63%					
Cotisation brute CNAM	266 231	279 431	281 192							
						Recouvrement sur tiers	782	1 000	1 075	37,5%
Book of the control o		=0.400		0.00/	00.000/	Recouvrement - Prestations en nature			6.0	
Prestations en espèces	54 464	58 108	53 996	-0,9%	92,92%		409	500	648	
Maintien du salaire agents actifs	54 183	57 788	53 694	-0,9%		Recouvrement - Maintien du salaire	299	400	354	
Indemnités journalières	134	200	129	-3,7%		Recouvrement - indemnités forfaitaires	74	100	73	
Pensions d'invalidité	147	120	173	17,7%						
Participation du régime	2 059	2 000	754	-63,4%	37,70%	Ressources du régime	115 584	118 333	116 089	0,4%
Compensation généralisée maladie	1 000	1 000	-322			Remboursement ACOSS CSG	102 150	103 682	106 387	4,1%
Financement sécurité sociale étudiant	1 059	1 000	1 076			Réfaction compensation bilatérale	12 459	13 081	10 252	-17,7%
Autres charges	2 305	2 850	1 944	-15,7%	68,21%	Contribution de la CNSA	804	1 570	-766	
Indemnité décès	1 308	1 800	1 034	-13,770	00,2170	Cotisations CCAS	171	1 3/0	216	
Conseil de prévoyance	997	1 050	910			Cotisations CCA3	1/1	0	210	
• •	997	1 050	910							
Coût de fonctionnement CCAS (dont										
personnes âgées dépendantes) hors SIAM	13 885	14 771	13 753	-1,0%	93,11%					
Frais de personnel	9 360	9 940	9 692	3,5%	97,5%					
Matières et fournitures	137	143	113	-17,5%	79,0%					
Autres charges externes	1 596	1 604	1 517	-4,9%	94,6%					
Dotation aux amortissements	1 566	1 800	1 186	-24,3%	65,9%					
Coût des locaux	1 223	1 284	1 155	-5,6%	90,0%					
Charges exceptionnelles	3	0	90							
SIAM	313	1 248	153	ns						
Coût de fonctionnement CCAS y compris SIAM	14 198	16 019	13 906	-2,1%						
Coût de fonctionnement de l'Espace santé	3 577	3 805	3 640	1,8%		Contribution transporteur RATP (dont personnes âgées dépendantes)	243 342	257 415	259 851	6,8%
Frais de personnel	552	487	541	-2,0%	111,1%			_3, 4-3	_5, 551	,,,,,,
Matières et fournitures	380	319	311	-18,2%	97,5%					
Autres charges externes	331	484	333	0,6%	68,8%	Produits exceptionnels	1		0	
Dotation aux amortissements	319	420	376	17,9%	89,5%		1			
Coût des locaux	1 995	2 095	2 079	4,2%	99,2%					
		- 33		,,,,,,	22,					
Résultat	7 152		11 187							
Total Charges	588 921	607 165	613 354	4,1%	101,0%	Total Produits	588 921	607 165	613 354	103,1%







# TAT CONTRACTOR OF TAX

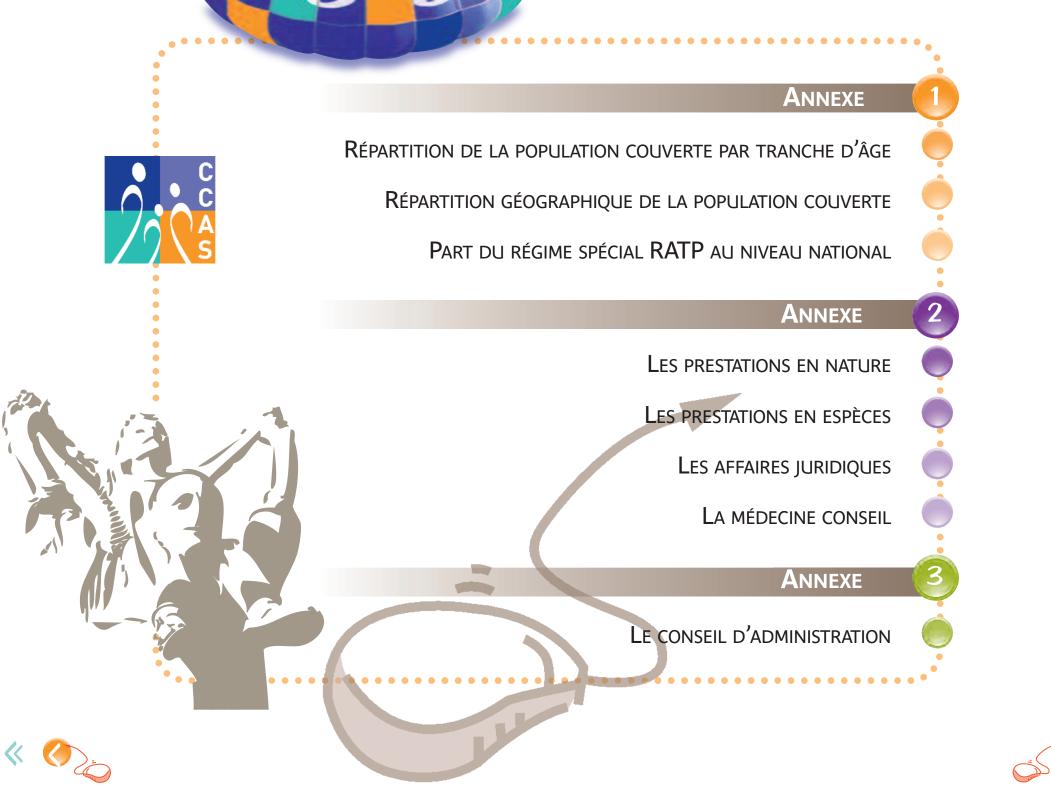
### Risque AT/MP au 31/12/2009

CHARGES	Réalisations fin déc 2008	Budget 2009	Réalisations fin déc 2009	Evolution 2009/2008	% budget	PRODUITS	Réalisations fin déc 2008	Budget 2009	Réalisations fin déc 2009	Evolution 2009/2008	% budget
Prestations légales en nature	1 411	2 250	1 451	2,8%	64,49%						
Prestations en nature payées par la CCAS	1 160	1 340	1 168	_,	87,16%						
Prestations servies par l'Espace santé	62	70	64		91,43%						
Budget global et dépenses assimilées	189	840	219		26,07%						
Autres prestations légales	10 942	12 005	11 402	4,2%	94,98%	Recouvrement sur tiers	2 287	1 680	2 795	22,2%	166,37%
Arrérages de rentes	10 935	12 000	11 398		94,98%	Prestations en nature	635	300	487		162,33%
Frais d'obsèques (part Sécurité Sociale)	7	5	4		80,00%	Rentes	327	290	825		284,48%
						Indemnité forfaitaire	112	90	90		100,00%
Autres prestations	23	50	16	-30,4%	1	Maintien du salaire	1 213	1 000	1 393		139,30%
Prestations supplémentaires	23	20	15		75,00%						
Secours	0	30	1		3,33%						
						Produits exceptionnels	0	0	0	NS	0
Prestations en espèces	8 653	9 867	9 482	9,6%	94,98%						
Participation du régime	634	648	657	3,6%	101,39%						
Cotisations fonds assurance AT	634	648	657	5,1	101,39%						
Autres charges	161	163	145	-9,9%	88,96%	Contribution transporteur RATP	25 763	26 561	26 797	4,0%	100,89%
"	1	_		-5,570	180,00%	Contribution transported NATI	23 703	20 301	20 / 9/	4,070	100,0970
Frais d'obsèques (part RATP) Conseil de Prévoyance	12 149	5 158	136		86,08%						
Conseil de Prevoyance	149	150	136		00,00%						
Coût de fonctionnement CCAS	3 208	3 258	3 535	10,2%	108,50%						
Frais de personnel	2 385	2 644	2 518		95,23%						
Matières et fournitures	12	27	14		51,85%						
Autres charges externes	449	215	556		258,60%						
Dotation aux amortissements	103	100	107		107,00%	mr. In .					
Coût des locaux	259	272	340		125,00%	Résultat					
Charges exceptionnelles	0	0	0								
Résultat	3 202		2 920								
Total Charges	28 050	28 241	29 592	5,5%	104,78%	Total Produits	28 050	28 241	29 592	5,5%	104,78%



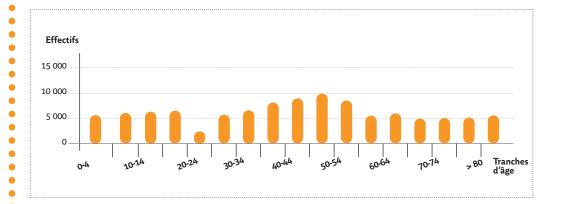






#### Répartition de la population couverte par tranche d'âge

Un premier quart de la population a moins de 24 ans, un second plus de 60 ans et un troisième entre 35 et 50 ans.

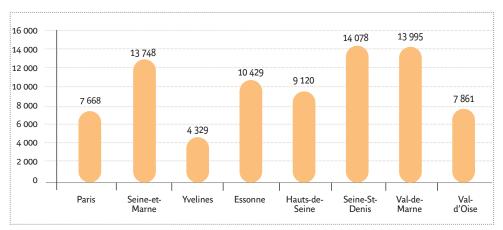


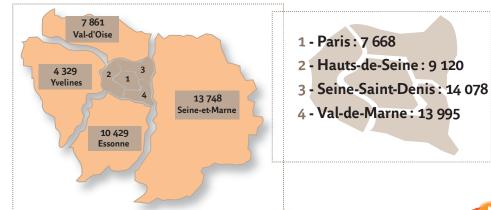


#### Répartition géographique de la population couverte

#### > En Ile-de-France (IDF)

La région Ile-de-France compte 81 228 ressortissants de la CCAS, soit 77,6 % de la population couverte. Les affiliés vivent en grande majorité dans les départements de Seine Saint-Denis, du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne. A l'inverse, les départements les moins bien représentés en Ile-de-France restent les Yvelines et le Val-d'Oise. La région Ile-de-France compte 568 ressortissants de moins qu'en 2008, traduction de la diminution du nombre d'assurés actifs.







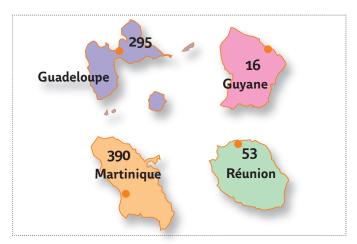
#### > En France

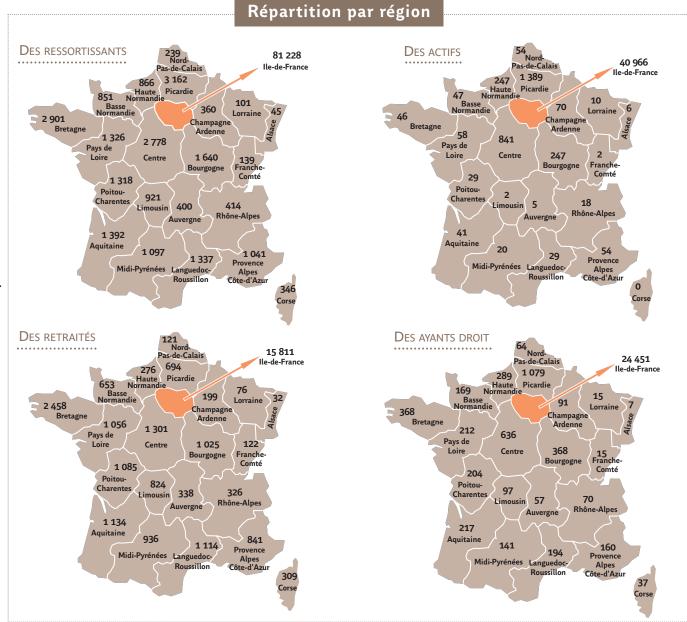
Comme nous pouvons le constater sur les cartes, la répartition des affiliés reste très inégale selon les régions. Ainsi, hors Ile-de-France, les régions les plus représentées restent la Picardie avec 3 162 individus, la Bretagne avec 2 901 personnes et le Centre avec 2 778 ressortissants.

A l'inverse, les régions les moins peuplées restent l'Alsace avec 45 individus, la Lorraine avec 101 ressortissants et la Franche-Comté avec 139 personnes.

#### > En Outre-mer

Les départements d'Outre-Mer regroupent 751 ressortissants, soit une personne de moins qu'en 2008. La majorité des affiliés se situe en Martinique avec 390 personnes et en Guadeloupe avec 295 individus. La Guyane Française est le Département d'Outre-Mer le moins représenté avec ses 16 ressortissants.









### Part du régime spécial RATP au niveau national

La CCAS de la RATP constitue l'un des plus petits régimes d'assurance maladie au plan national, puisqu'elle représente par le nombre de ses ressortissants seulement 0,2 % environ de la population couverte en France et Outre-Mer.

Hormis le régime général, qui représente 85 % des bénéficiaires d'assurance maladie, le Régime Social des Indépendants (RSI) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) sont les régimes d'assurance maladie regroupant la majorité des ressortissants.



Régimes	Ensemble des bénéficiaires d'une assurance Maladie	%
Régime général	51 288 526	85,6 %
Salariés agricoles	1 849 739	3,1 %
Fonctionnaires militaires	856 613	1,4 %
Mines	193 033	0,3 %
SNCF	566 347	0,9 %
RATP*	104 721	0,2 %
Marins	102 464	0,2 %
CRPCEN	116 073	0,2 %
TOTAL salariés	55 077 516	91,9 %
BAPSA	1 788 959	3,0 %
CANAM	3 052 428	5,1%
TOTAL non salariés	4 841 387	8,1 %
ENSEMBLE	59 918 903	100,0 %

<sup>\*</sup> Source : commission de compensation novembre 2009



#### Les prestations en nature

En 2009, l'entité a traité 592 592 feuilles de soins papier et 1 753 744 feuilles de soins électroniques. L'enjeu de maintenir une qualité de service aux assurés, dont le niveau a été fixé à 5 jours de délai de remboursement des feuilles de soins qui lui sont soumises, a encore une fois été atteint. Les conseillers ont reçu 83 905 appels téléphoniques et accueilli 16 149 personnes. Ils ont répondu en temps réel à des questions sur :

- la gestion du contrat (ouverture de droits, immatriculation, carte Vitale,...), informations sur les remboursements,
- l'action sociale et la prévention,
- la gestion administrative des affaires médicales.

Par ailleurs, le service a reçu et trié 539 667 lettres, expédié 1 241 880 plis par voie postale, 471 333 plis par voie interne, et répondu à 2 199 réclamations.

#### Les prestations en espèces

#### > Les arrêts de travail

Le nombre d'avis d'arrêts de travail maladie reçus, soit 82 526, a diminué de 11,90 % en 2 ans, et de 23,10 % depuis 2003. Avec 80 416 arrêts de travail indemnisés, soit 1,88 arrêt par agent, le nombre d'arrêts de travail est inférieur à 1997 (80 521) alors que les effectifs de l'époque étaient inférieurs de 10 %, avec 38 622 agents en 1997 au lieu de 42 906 en 2009 (base effectifs moyens payés).

Nous constatons également :

- une diminution du nombre de jours d'arrêt en maladie sur les 12 derniers mois (449 417 jours au lieu de 484 960 en 2003), soit -7,3 %,
- une diminution substantielle du montant des prestations en espèces versées aux agents, 490 000 €, soit -0,9 %.

#### > Les contrôles à domicile

Le nombre de contrôles de Caisse par enquêteur ou par médecin contrôleur a légèrement augmenté (+638), soit +9,60 %. Cette augmentation est due en totalité au nombre de contrôles par médecin qui a augmenté de 871, soit +35,20 %.

	2007		20	08	2009		
Nombre d'actes maladie	92 682	-	84 821	-	82 526	-	
Nombre de contrôles enquêteurs	4 980	5,37 %	4 133	4,87 %	3 900	4,73 %	
Nombre de contrôles médecins	2 308	2,49 %	2 469	2,91 %	3 340	4,05 %	
Total des contrôles	7 288	7,86 %	6 602	7,78 %	7 240	8,77 %	

#### > Les décisions de la Caisse

L'activité du contrôle des arrêts de travail génère une correspondance très importante avec les assurés, et le nombre de courriers adressés par la Caisse demeure élevé:

15 830 notifications ont été adressées aux agents, soit une augmentation de 42 % par rapport à 2007 et de 14,7 % par rapport à 2008.

Le bilan de cette correspondance se traduit par :

- 2 236 courriers de rappels de la réglementation,
- 4 096 notifications de décisions aux assurés (soit environ 16 000 jours non pris en charge par la Caisse).







#### > Les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles (AT/MP)

En 2009, l'espace AT/MP a reçu 5 656 déclarations adressées par l'employeur ou directement par les assurés. Les enquêtes nécessaires ont été menées dans le respect du principe du contradictoire et dans le respect des délais légaux.

Parmi les 5 656 déclarations d'Accident du Travail (AT) reçues (-150 par rapport à 2008), il y avait 4 397 déclarations d'Accident du Travail, 1 121 déclarations d'accident de trajet et 138 déclarations de Maladie Professionnelle (MP).

AT/MP 2009											
	Déclarés	Reconnues	En cours								
Accidents du travail	4 397	2 706	186								
Accidents de trajet	1 121	685	71								
Maladies professionnelles	138	27	56								
Total AT/MP	5 656	3 418	313								

Au regard des nouvelles dispositions en cas d'Accident du Travail qui ne permettent plus à la Caisse de refuser un AT pour absence de Certificat Médical Initial, le nombre de déclarations donnant lieu à une décision de refus devrait diminuer en 2010. Ces dossiers seront classés automatiquement au bout de deux ans.

Concernant les Maladies Professionnelles, on compte une hausse de 7,80 % quant au nombre de déclarations reçues (138 contre 128 en 2008).

Les déclarations de Maladie Professionnelle reçues en 2009 concernent :

- les tableaux 301 (A,B,C,D) pour 23 MP,
- les tableaux 57<sup>2</sup> (A,B,C) pour 79 MP,
- le tableau 973 pour 11 MP,
- le tableau 984 pour 4 MP,
- les tableaux 42, 66, 69, 71 et 79 (A, B, C) pour 8 MP,
- hors tableaux pour 13 MP.

#### > L'indemnisation

Les accidents du travail, lorsqu'ils sont consolidés, peuvent se voir attribuer une indemnité en capital ou une rente. Les agents réformés médicalement peuvent quant à eux bénéficier d'un complément d'invalidité après avis médical. L'ensemble de ces dossiers relève de deux commissions :

- la commission des rentes AT/MP.
- la commission Invalidité.

En 2009, 616 dossiers ont été traités et 5 000 rentes ont été payées mensuellement ou trimestriellement.







<sup>(1)</sup> Tableaux 30 : Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante

<sup>(2)</sup> Tableaux 57: Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

<sup>(3)</sup> Tableau 97 : Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier

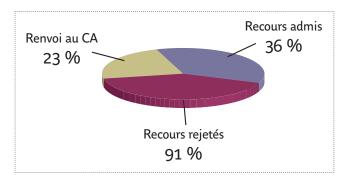
<sup>(4)</sup> Tableau 98 : Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes

#### Les affaires juridiques

#### > Commission de Recours Amiable

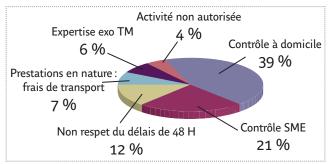
CRA 2009	AT/MP	Maladie	Total
Séances	13	10	23
Recours reçus	329	221	550
Classés avant CRA	109	31	140
Recours examinés	206	89	295
Admis	58	22	80
Rejets	44	47	91
Renvoi au CA	41	11	52
Total décisions	143	80	223

#### > Répartition des 223 avis rendus par la CRA



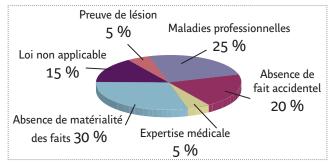
Notons que l'organisation de séances de CRA supplémentaires, au cours du second semestre, a permis de traiter l'augmentation des recours Maladie et de réduire l'instance des recours AT/MP. Le secrétariat de la CRA a ainsi pu instruire 14 % de recours supplémentaires par rapport à l'année précédente.

# > Pourcentage de dossiers examinés par la CRA Maladie, par type de litige



Les administrateurs de la CRA du risque Maladie ont examiné principalement des recours (60 % des litiges) relatifs à des refus d'indemnisation pour absence au contrôle de la Caisse, soit au cabinet du médecin-conseil, soit à domicile, le versement des prestations en espèces étant subordonné au respect par l'assuré malade de ses obligations pendant un arrêt de travail.

# > Pourcentage de dossiers examinés par la CRA AT/MP, par type de litige



La moitié des litiges AT/MP soumis à la CRA porte sur l'absence de fait accidentel (événement imprévisible et précis dans le temps et l'espace à l'origine de la lésion) ou sur l'absence de matérialité (lorsque la preuve des faits n'est pas rapportée, notamment en accident de trajet).







Le quart des réclamations concerne les Maladies Professionnelles, dont la majorité pour un réexamen après une enquête complémentaire précédemment ordonnée en CRA.

#### > Le contentieux de la sécurité sociale à la CCAS

L'espace CRA/Contentieux de la Caisse a tenu 76 audiences devant différents tribunaux des affaires de sécurité sociale et de Cours d'Appel. Elle a obtenu dans 80 % des affaires la confirmation des décisions prises par la CCAS de la RATP.

Les chargés d'affaires juridiques ont instruit 47 dossiers devant les juridictions du contentieux général :

- 13 dossiers devant les juridictions du contentieux technique (Tribunal du Contentieux de l'Incapacité et Cour Nationale),
- 26 recours devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS),
- 8 recours devant la Cour d'Appel (CA).

On constate une stabilisation du nombre de recours des assurés par rapport à 2008, qui passe de 23 à 26 recours pour le TASS, et de 10 à 8 devant la Cour d'Appel.

Compte tenu des délais de procédure et d'audience des affaires devant les juridictions, les décisions rendues concernent des recours formés pour la plupart avant 2008. Les 48 décisions rendues par ces juridictions au cours de l'année 2009 se répartissent comme suit :

- 24 jugements par les tribunaux des affaires de sécurité sociale,
- 13 jugements par les tribunaux du contentieux de l'incapacité,
- 6 arrêts par la Cour d'Appel
- 4 arrêts par la CNITAAT
- 1 avis par la Cour de Cassation.

L'activité de l'espace CRA/Contentieux a été particulièrement dense, puisque l'activité contentieuse a progressé à elle seule de 49 % en un an (76 audiences contre 51 en 2008).

	Analyse du contentieux général de la sécurité sociale à la CCAS												
	TASS	2008	2009	VARIATION 2008/2009	:	2008	2009	Variation 2008/2009	:	2008	2009	:	<b>DÉCISIONS</b> TIEUX GÉNÉRAL
RECOURS REÇUS DANS L'ANNÉE	Recours	23	26		APPELS	10	8		Pourvoi en	1		6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	
AUDIENCES ASSURÉES	FORMÉS	43	63	(+46 %)	INTERJETÉS	8	13	(+87 %)	CASSATION		9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
DÉCISIONS RENDUES		26	24	(+7%)		3	6			1	1	31	100 %
CONFIRMATION DÉCISION CCAS		8	13	54 %		1	4	67 %			0	17	55 %
RADIATION/DÉSISTEMENT		2	6	25 %			1	17 %		1	0	7	23 %
INFIRMATION DÉCISION CCAS		6	3	13 %			1	17 %			0	4	13 %
Jugement en attente		10	2	8 %		2	0	0 %		1	0	2	6 %





Analyse du contentieux technique de la sécurité sociale à la CCAS											
	TCI : TRIBUNAL D DE L'INCA		EUX	CNITAAT : CO L'INCAPACITÉ ET DE L'ASS		ICATION	Total décisions Contentieux technique				
TCI		2008	2009	CNITAAT	2008	2009					
ΑT		29	8	APPEL RATP	1	5	13				
MP		3	3			1	4				
Inv	ALIDITÉ	3	2	APPEL ASSURÉ	2	2	4				
NOM	ibre d'audiences	D'AUDIENCES NC					22				
	OURS TRAITÉS IS L'ANNÉE	35	13		3	8	21				
•••••	CONFIRMATION TAUX	11	7		0	4	11				
<b>S</b> :	MODIFICATION TAUX	7	5		0		5				
<b>DÉCISIONS:</b>	SURSIS	6	1				1				
DÉCI	DÉSISTEMENT	2	0				0				
	EN ATTENTE	11	0				0				
RECOURS TRAITÉS DANS L'ANNÉE		35	13		3	4	21				
DÉCISIONS RENDUES		24	13			4	21				

Les 13 recours formés par les assurés devant le TCI portent principalement sur l'indemnisation de séquelles fonctionnelles dans le cadre d'Accidents de Travail et de Maladies Professionnelles, soit 3 fois moins qu'en 2008.

#### > L'activité Recours Contre Tiers (RCT)

L'exercice d'un tel recours permet aux caisses d'engager une procédure de recouvrement des prestations sociales versées à leurs assurés, à la suite d'un accident corporel impliquant un tiers responsable, en faisant supporter les dépenses engagées à l'assureur du tiers en cause.

En 2009, la CCAS a poursuivi sa campagne d'information à destination de ses ressortissants afin qu'ils demeurent attentifs à la nécessité de lui signaler tout accident mettant en cause un tiers identifié. Ainsi, 105 signalements (68 agents en activité, 26 retraités, 11 ayants droit) sont parvenus à la Caisse, pour 34 accidents de travail/trajet et 11 hors service.

La diminution de 52 %, par rapport à 2008, des signalements spontanés à la Caisse, s'est accompagnée dans le même temps d'une plus fréquente indication de l'existence de tiers en cause sur les feuilles de soins transmises par les assurés.

La CCAS de la RATP a pu recouvrir 1 134 976 € au titre du recours contre tiers.







#### La Médecine conseil

#### > Gestion des arrêts de travail

La gestion des arrêts de travail constitue le premier maillon de l'activité de la Médecine conseil. 94 550 arrêts de travail ont ainsi été analysés pour traitement :

- 79 868 actes au titre de la maladie,
- 14 662 actes au titre des accidents du travail.

#### > Activité Accident du Travail/Maladie Professionnelle

Dans le même esprit que le secteur maladie, ce secteur d'activité assure la gestion de l'ensemble des dossiers médicaux des assurés victimes d'Accidents du Travail ou de Maladies Professionnelles:

- 4 764 décisions ont été rendues sur les documents médicaux relatifs aux phases de reconnaissance de l'AT et de la rechute.
- 4 050 consultations ont été réalisées par les médecins-conseils.
- 568 dossiers ont été traités dans les consultations IPP de médecine conseil.
- 450 dossiers ont été portés à la connaissance du comité médical d'expertise

#### > La commission médicale

Elle constitue l'une des bases de l'activité de la Médecine conseil. Rappelons que cette commission statue obligatoirement, en présence des assurés, dans les cas suivants :

- prolongation des arrêts maladie de plus de trois mois,
- attribution des congés de maladie prévus aux articles 83 et 84 du Statut du Personnel,
- réforme des agents inaptes à leur emploi statutaire, qui en font la demande.
- mise en disponibilité pour raison médicale prévue à l'article 86.

La commission s'est réunie 59 fois.

1 442 dossiers ont été traités.

13 agents seulement ont fait appel des décisions devant la commission médicale d'appel.

#### > Gestion du Congé Spécial d'Ordre Médical (CSOM)

Un dispositif répond, en terme de reconnaissance sociale et professionnelle, aux attentes d'agents fragilisés par une affection médicale très souvent lourde et contraignante.

Le CSOM est défini comme une autorisation d'absence avec solde permettant de concilier activité professionnelle et traitement médical. Sur 270 CSOM attribués, soit une augmentation de 28 % par rapport à 2008, 211 dossiers 2008 ont été renouvelés et 59 nouveaux dossiers attribués.

Ré	Répartition des taux d'incapacité											
Catégorie A	Nombre	Catégorie B	Nombre									
10 %	63	35 %	10									
15 %	29	40 %	13									
20 %	41	45 %	2									
25 %	18	50 %	15									
30 %	17	60 %	3									
TOTAL	168 (80 %)	TOTAL	43 (20 %)									

#### Temps Partiel pour motif Thérapeutique (TPT)

L'objectif est de favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré pour une reprise d'activité progressive.

Ainsi, 898 TPT ont été attribués à la reprise d'une activité, sur avis des médecins-conseils, pour une durée moyenne de 3 mois et 27 jours.





#### > Gestion de l'Affection de Longue Durée (ALD)

Il s'agit du traitement des demandes de reconnaissance et de prise en charge des Affections de Longue Durée :

- 3 558 dossiers traités, dont 1 673 nouvelles exonérations,
- 18 983 ressortissants représentent l'encours des bénéficiaires du dispositif au 31 décembre 2009.

#### > Les ententes préalables

Il s'agit des demandes liées à la maladie (transports, actes infirmiers, orthodontie, actes de biologie, prolongation de placements, etc.) qui nécessitent l'accord préalable d'un médecin-conseil.

Sur 29 448 demandes traitées, 25 929 demandes concernent la maladie et 3 519 demandes concernent l'activité dentaire. Pour ce deuxième type de demandes, il s'agit d'ententes préalables d'orthodontie dento-faciale ou pré chirurgicale, voire de demandes de remboursement de soins réalisés à l'étranger.

#### > L'activité expertale

Cette structure traite de l'ensemble des dossiers de procédures d'expertise diligentées à l'initiative de la CCAS, ou à la demande des assurés, en cas de contestation des décisions à dimension médicale de la Caisse, pour les risques maladie et AT/MP.

Sur 177 dossiers d'expertise diligentés, il y a 122 dossiers AT/MP et 55 dossiers maladie.

#### > Les consultations dites "nombreux arrêts" (CNA)

Dans le cadre de ces consultations et depuis la mise en place du dispositif, les médecins-conseils ont assuré 2 110 consultations pour 1 912 agents dont la CCAS souhaitait évaluer la situation médicale.

#### > Le Comité de Lutte AntiFraude (CLAF)

Ce comité a été créé en 2008 par la CCAS afin de structurer et d'harmoniser le traitement des réclamations et des signalements relatifs aux pratiques déviantes de certains assurés et professionnels de santé.

Bilan 2009	Nombre de dossiers	Dossiers classés Sans suite	Dossiers en cours d'instruction		PROCÉDURE ORDINALE OU JUDICIAIRE
Réclamation assuré	1	-	-	1	1
Signalements des prestations	22	4	13	4	1
Analyse de l'activité professionnelle	11	-	2	1	8







#### Le Conseil d'administration

### > Composition du Conseil d'administration à compter du 29 janvier 2009

Conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2004-174 du 23 février 2004, la Caisse est gérée par un Conseil d'administration paritaire dont la composition est la suivante :

- le Président Directeur Général de la RATP ou son représentant, Président,
- des membres administrateurs représentant la RATP,
- des membres administrateurs représentant les affiliés.

Les membres administrateurs représentant les affiliés (retraités et agents en activité) sont désignés comme suit :

- 10 membres administrateurs agents actifs répartis proportionnellement aux résultats de la dernière élection des représentants du personnel aux comités d'établissement (CDEP) suivant la règle de la plus forte moyenne. L'organisation syndicale qui dispose du ou des sièges ainsi attribués désigne un membre titulaire et un membre suppléant pour chaque siège.
- 2 membres administrateurs désignés par chaque organisation syndicale représentative au niveau de l'entreprise, dont au moins un agent actif. L'organisation syndicale désigne un suppléant pour un des deux membres administrateurs titulaires.
- 2 membres administrateurs élus par les anciens agents retraités, dans le cadre d'une élection organisée tous les quatre ans par la Caisse.

Répartition des 10 sièges à pourvoir (à partir des résultats de l'élection aux CDEP du 5 décembre 2006)					
	Voix	%	Nombre de sièges obtenus		
CFDT	2 813	9,72	1		
CFTC	673	2,33	0		
CFE-CGC	1 608	5,56	0		
CGT	10 671	36,89	5		
FO	2 530	8,75	1		
Indépendants	2 509	8,67	1		
SUD	1 940	6,71	0		
UNSA-RATP	6 110	21,12	2		

Pour chaque siège ainsi obtenu, l'organisation syndicale désigne un membre titulaire et un membre suppléant. Il est désigné deux membres administrateurs par organisation syndicale représentative au niveau de l'entreprise, dont un des deux membres avec suppléant.

Répartition des sièges pour les administrateurs représentant les affiliés					
	Administrateurs titulaires	Administrateurs suppléants			
CFDT	3	2			
CFTC	2	1			
CFE-CGC	2	1			
CGT	7	6			
FO	3	2			
Indépendants	3	2			
SUD	2	1			
UNSA-RATP	4	3			
Total	26	18			

Aux 26 administrateurs titulaires, il convient d'ajouter les 2 administrateurs retraités élus le 15 janvier 2009, soit un total de 28 administrateurs représentant les affiliés sociaux.

Ce Conseil comprend sept commissions qui se réunissent par délégation :

- Contrôle financier
- Secours
- Action sociale et prévention
- Recours amiable du risque maladie-maternité
- Recours amiable du risque AT/MP
- Invalidité
- Rentes AT/MP







#### > Membres du Conseil d'administration au 31 décembre 2009

#### Présidente du Conseil d'administration

• Annick Helleux, Présidente de la commission de contrôle financier

#### Membres administrateurs titulaires représentant la RATP

- Laurence Baudouin
- Catherine Brunet
- Geneviève Charpentier
- Maryvonne Daniel (2 voix)
- Anné-Sophie Duchène
- Gérard Foissin, Président de la commission de recours amiable du risque maladie-maternité
- Patrick Furlan, Président de la commission Invalidité
- Valérie Gaidot
- Elvna Herminie
- Maurice Jarlier
- Jacqueline Jury
- Pascale Klutsch
- Christine Le Borgne
- Pascal Lucien
- Véronique Lumia
- Jean-Jacques Marchand
- Céline Marquis
- Marie-Christine Raoult
- Luc Roumazeille (3 voix), Président de la commission de recours amiable du risque AT/MP
- Josiane Sommacal
- Patrick Speller (2 voix), Président de la commission des rentes AT/MP

#### Membres administrateurs titulaires représentant les affiliés

#### Pour la CFDT:

- Eric Malmaison (suppléant Pascal Journaux)
- Joël Oger (suppléant Aline Leguédé)
- Jean-François Guegan

#### Pour la CFTC:

- Christian Bridoux (suppléant Jean-Michel Godart)
- Valérie Dadou

#### Pour la CFE-CGC:

- Gilles Canteloup (suppléant Roger Grégoire)
- Jean Trécourt

#### Pour la CGT:

- Brigitte Goch-Bauer (suppléant Jean-Marc Cuiba)
- Claude Voisin (suppléant Claudé Sadou)
- Yvon Bellassée (suppléant Frédéric Le Goff)
- Gérard Jouan (suppléant Eric Fouquet)
- Ghislain Rousset (suppléant Jean-Claude Pamphile)
- Camal Yala (suppléant Jean-Christophe Turlure)
- Thierry Tissier

#### Pour la FO:

- Jean-Jacques Lhoumaud (suppléant Philippe Navet) Président de la commission action sociale et prévention
- Patrick Colin (suppléant Robert Canehan)
- Christian Boulifard

#### Pour les INDÉPENDANTS:

- Germain Barclais (suppléant Valérie Petitta)
- Olivier Galle (suppléant Frédéric Bourguignon)
- Dominique Auchabie

#### Pour SUD:

- Jean-Christophe Delprat (suppléant Manuel Mendès)
- Gilles Régnier

#### Pour l'UNSA:

- Michel Cadosch (suppléant Jacques Legay) Président de la commission des secours
- Eric Backouche (suppléant Daniel Rosbif)
- Manuel Dacosta (suppléant Claude Langlois)
- Stéphane Sardano
- Michèle Kauffmann Retraité CGT
- Jacques Bidard Retraité LISTE D'ENTENTE

#### Membres représentant le Comité Régie d'Entreprise siégeant à titre consultatif

- Serge Medard
- Bruno Ponts

#### > Ont été remplacés en cours d'année :

- Réda Benrerbia, représentant le CRE
- Francis Baudoin, représentant la RATP
- Isabelle Porro, représentant la RATP
- Christophe Renaud, représentant la RATP
- Pascale Valette, représentant la RATP
- Luc Daumont-Leroux, CFDT (titulaire)
- Martine Testa, CFTC (titulaire)
- Jean-Pierre Plault, CFTC (titulaire)
- Francis Scotto d'Ániello, CFE-CGC (titulaire)
- Daniel Bréard, CFE-CGC (suppléant)
- Bernard Capron, CGT Syndicat général (titulaire)
- Patrick Bonvarlet, CGT Syndicat général (titulaire)
- Sabine Alexis, CGT Syndicat général (suppléante)
   Richard Schneiter, CGT Syndicat général (titulaire)
- Stéphane Zingale, UNSA (titulaire)
- · Philippe Binante, UNSA (suppléant)
- Christian Dérouet, UNSA (suppléant)



### LEXIQUE



ALD Affection de Longue Durée

AQUA Actions QUalité Assurés

ASP Action Sociale et Prévention

ACCIDENT ACCIDENT AT ACCIDENT AT ACCIDENT ACCIDE

AT/MP Accidents du Travail et Maladies Professionnelles

CA Cour d'Appel

CDEP Comité D'établissement Economique et Professionnel

CLAF Comité de Lutte Anti-Fraude

Cour Nationale

CNA Consultations Nombreux Arrêts

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

COUR Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents de Travail

CRA Commission de Recours Amiable

CRE Comité Régie d'Entreprise

CSOM Congé Spécial d'Ordre Médical

IPP Indemnités Permanentes Partielles

Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MIAMI Modernisation de l'Informatique de l'Assurance Maladie et Infogérance

MP Maladie Professionnelle

MSA Mutualité Sociale Agricole

ONDAM Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie

**Recours Contre Tiers** 

RESPIRE le REgime SPécial Informe ses REssortissants

RI Règlement Intérieur

RH Ressources humaines

Répertoire National Interrégimes des bénéficiaires de l'Assurance Maladie

Régime Social des Indépendants

SME Suivi Médical Encadré

Serveur Vocal Interactif

TASS Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

Tribunal du Contentieux et de l'Incapacité

Temps Partiel pour motif Thérapeutique



Responsable de la publication : Isabelle Caroff
Responsable de la rédaction : Geneviève Charpentier

#### Ont contribué à la réalisation de ce rapport :

Christian Baboux, Philipp Bourlès, Evelyne Caillarec, Philippe Costa, Jean-Louis Glomot, Valérie Gout, Hélène Hubau, Janick Le Henaff-Sanna, Jacques Martina, Christine Merckaert, Maryline Vinet.

Conception et réalisation : Pralon Graphic

Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la RATP

CH34 LAC CG01 30 rue Championnet 75887 Paris Cedex 18

Tél.: 01 58 76 03 34

courriel: contact@ccas-ratp.fr



# Dispositions en cas d'arrêt de travail



Mise à jour septembre 2009











# Quelles démarches à effectuer auprès de votre attachement ?

(IG 505 A du 16 mai 2005)

#### Prévenir votre attachement

A chaque arrêt de travail, sauf cas de force majeure, vous êtes tenu d'informer impérativement votre responsable hiérarchique direct ou votre attachement :



- >>> de votre indisponibilité, dès que possible et au plus tard avant l'heure de votre prise ou de votre reprise de service,
- >> de la durée prévue de votre arrêt et de la date de reprise de service dès que vous en avez connaissance,
- >> des heures de sortie prescrites sur votre arrêt de travail,
- >>> de la prolongation d'arrêt si vous ne pouvez pas reprendre le travail à la date prévue,
- >> lorsque des heures de sortie allongées ou une période de repos dans un lieu différent de votre lieu de résidence habituel ("accord campagne") vous ont été attribuées par votre médecin et validées par la Médecine conseil de la CCAS.

#### Communiquer à la demande de votre attachement

Vous devez communiquer à votre attachement l'ensemble des éléments constituant votre adresse (n° de bâtiment ou d'immeuble, n° d'escalier et de porte, code d'accès, nom de la personne qui vous héberge, etc...). Le cas échéant, il est nécessaire de communiquer l'ensemble des particularités connues pour accéder à votre domicile (porte fermée à clef avec absence de code d'accès et d'interphone, interphone ou sonnette hors service, etc...).







#### Document à présenter

- >>> Vous devez présenter le volet n°3 de votre avis d'arrêt de travail à votre responsable hiérarchique direct ou à votre attachement, lors de la reprise de votre service. Celui-ci fera alors une copie du document et vous rendra l'original.
- >> Vous êtes invité à conserver ce document pendant une durée d'au moins 2 ans.

## Arrêt de travail d'au moins 21 jours pour cause de maladie ou d'au moins 8 jours pour cause d'accident du travail

Une visite en médecine du travail est obligatoire lors de votre reprise, pour tout arrêt de travail d'une durée d'au moins 21 jours, dans le cadre d'une maladie, ou d'au moins 8 jours, dans le cadre d'un accident du travail.

#### Arrêt de travail pendant les congés

En cas de maladie justifiée par un avis d'arrêt de travail pendant vos congés, vous serez pointé en congé de maladie pour les jours correspondant à cet arrêt.

Selon le cas, vous pouvez reprendre, soit à la date initialement prévue pour la fin de ces congés, soit à la date de reprise indiquée sur votre avis d'arrêt de travail.

Si l'arrêt de travail d'au moins 21 jours intervient pendant vos congés, la visite de reprise est organisée à votre retour.



#### **ATTENTION:**

le non respect des dispositions fixées pages 2 et 3 (IG 505 A), peut entraîner une mesure disciplinaire.



### Quelles démarches à effectuer auprès de la CCAS?

#### Faire constater votre incapacité de travail

Si vous êtes dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre votre travail, vous faites constater, sauf cas de force majeure, cette incapacité par un médecin dans un délai de 16 heures. La période d'arrêt de travail ne prend effet qu'au jour de la constatation de l'incapacité de travail. L'avis d'arrêt de travail ou la prolongation d'arrêt, établi à l'aide de l'imprimé CERFA "Avis d'arrêt de travail", comprend 3 volets. Ces volets sont complétés et signés par le médecin ayant constaté l'incapacité de travail.

V<u>ous ne devez en aucun cas surcharger</u>, compléter ou corriger les informations mentionnées par votre médecin dans la partie qui lui est réservée "les renseignements médicaux".

#### Transmettre votre avis d'arrêt de travail à la CCAS

- >> Si l'avis d'arrêt de travail est prescrit par un *médecin agréé*, vous adressez dans les 48 heures (le cachet de La Poste faisant foi) à la CCAS, les volets CERFA n°1 et 2 de "l'avis d'arrêt de travail", à l'aide de l'enveloppe T remise par votre médecin agréé.
- >>> Si l'avis d'arrêt de travail est prescrit par un *médecin de l'Espace santé de la RATP*, les volets n°1 et 2 de votre avis
  d'arrêt de travail sont adressés à la CCAS par l'Espace santé, sous pli
  fermé dans les 48 heures.
- >>> Si l'avis d'arrêt de travail est prescrit par un *médecin en dehors du réseau de soins RATP*, vous adressez à la CCAS les volets CERFA n°1 et 2 de "l'avis d'arrêt de travail" dans les 48 heures à compter de la date d'interruption de votre travail (le cachet de La Poste faisant foi).

Ces dispositions sont applicables en cas d'arrêt de travail (y compris pendant une période de congés) dans tous les départements français (métropolitains et d'Outre-Mer).





#### En cas d'hospitalisation

Un bulletin de situation (délivré par l'hôpital ou la clinique sur votre demande) est à envoyer, sauf cas de force majeure, à la Médecine conseil de la CCAS dès votre admission, et tous les quinze jours pour une hospitalisation de longue durée.

En cas d'arrêt de travail, pendant une période de congés, hors départements métropolitains et d'Outre-Mer, il convient de respecter les dispositions suivantes :

• Quelle que soit la durée de votre arrêt de travail :

Vous devez transmettre à la Médecine conseil de la CCAS, dans les plus brefs délais, l'arrêt de travail ou l'avis d'hospitalisation, accompagné de toutes les informations médicales (prescriptions, courriers du médecin,...).

- Si votre arrêt de travail couvre une période au-delà de votre durée de congés accordée :
- >> Vous êtes tenu de revenir sur votre lieu de résidence habituel dès l'expiration du congé, sauf cas de force majeure et compte tenu des contraintes liées à l'organisation technique du voyage.
- >> Dès votre retour, vous êtes tenu de consulter un médecin afin de faire constater votre incapacité de travail.

La validation de votre arrêt de travail afférent à la période de congés en cause est soumise à l'accord de la Commission médicale.





#### En cas de prolongation de votre arrêt de travail

- Vous serez indemnisé si la prolongation d'arrêt de travail a été prescrite :
- >> par le médecin prescripteur de votre arrêt initial,
- >> par votre médecin traitant.
- Vous serez de même indemnisé si votre prolongation a été prescrite :
- >>> par un médecin spécialiste consulté à la demande de votre médecin traitant,
- >>> par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de votre arrêt initial,
- >> par le médecin remplaçant votre médecin traitant,
- >> à l'occasion d'une hospitalisation.

Votre médecin indique alors, sous votre responsabilité, sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de votre arrêt initial ou votre médecin traitant.

En dehors des cas mentionnés, ci-dessus, lorsque la prolongation de votre arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur de votre arrêt initial ou votre médecin traitant, vous devez justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cette prolongation. Vous devez apporter la preuve par tous moyens, à la demande de la CCAS.

#### • Si vous n'apportez pas la preuve de l'impossibilité :

- >>> La 1ère fois, la CCAS vous rappelle les règles applicables en matière de prolongation d'arrêt de travail. Aucune retenue n'est effectuée sur votre indemnisation.
- >> La 2<sup>ème</sup> fois, la CCAS retient une journée sur l'indemnisation de la prolongation.
- >>> En cas de récidive, la prolongation de votre arrêt de travail ne sera plus indemnisée.



#### Lieu et horaires de repos :

#### • Pendant la période d'incapacité de travail :

>> Vous ne devez pas quitter le lieu de résidence indiqué sur votre avis d'arrêt de travail ou à défaut votre lieu de résidence habituel (adresse déclarée à votre attachement lors de l'admission ou à l'aide de la déclaration de changement), sans autorisation préalable de la CCAS.



- >> Vous êtes tenu de respecter la prescription de votre médecin quant aux sorties autorisées :
  - o soit les sorties ne sont pas autorisées,
  - soit les sorties sont autorisées : dans ce cas, vous devez rester présent à votre domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h.

Toutefois, si vous êtes amené à vous absenter en dehors des heures de sortie autorisées (pour suivre par exemple un traitement en cours), il est nécessaire d'en informer la CCAS par téléphone.

#### **ATTENTION:**

- Si le médecin n'a coché aucune case, les sorties ne sont pas autorisées.
- Certaines prescriptions nécessitent l'autorisation préalable de la CCAS: Exceptionnellement votre médecin a prescrit sur votre avis d'arrêt de travail et dans un but thérapeutique:
- >> une période de repos dans un lieu de résidence différent de votre lieu de résidence habituel ("accord campagne"),
- >> et/ou des heures de sortie autorisées sans restriction d'horaire.

  Dans les deux cas, la prescription doit être justifiée médicalement par votre médecin sur l'avis d'arrêt de travail et l'autorisation préalable de la CCAS est obligatoire. Vous devez solliciter l'avis de la Médecine conseil de la CCAS, la décision vous est rendue dans un délai maximum de 4 jours à compter de la date de réception de la demande. Si la Caisse ne vous a pas répondu dans le délai de 4 jours, la demande est acceptée.



#### Contrôles de l'arrêt de travail par la CCAS :

#### • Les contrôles à domicile

Pendant la période d'arrêt de travail, il se peut que vous receviez la visite à votre domicile d'un enquêteur ou, le cas échéant, d'un médecin, seul habilité à procéder, s'il l'estime nécessaire, à un examen médical.

A partir des informations recueillies par votre attachement ou celles indiquées sur votre avis d'arrêt de travail, l'enquêteur ou le médecin met tout en œuvre pour se rendre sur le lieu de visite.



Les visites de contrôle sont effectuées entre 8 heures et 20 heures, c'est-àdire, y compris pendant les heures de sortie autorisées. Si vous êtes présent à votre domicile à ce moment-là, vous devez vous soumettre à ce contrôle. Vous devez demander au visiteur (médecin ou enquêteur) de décliner son identité et de présenter sa carte d'accréditation.

Dans le cas où l'enquêteur, ou le médecin, n'a pu vous rencontrer à votre domicile, il dépose un avis de passage\*.

A l'issue du contrôle, il vous est remis un document attestant de la visite. Si le contrôle est effectué avant l'expiration du délai de 16 heures et que vous n'avez pas encore vu votre médecin, ce contrôle n'aura pas de conséquence.

#### • Les contrôles à la CCAS

Vous pouvez également être convoqué par la CCAS :

- >> lors d'une consultation effectuée par un médecin conseil,
- >> lors d'une convocation des services administratifs.

Conformément à l'article 88 du Statut du Personnel, vous êtes tenu de vous soumettre aux contrôles et visites de la CCAS.

#### • Les Avis Techniques Impossibles (ATI)

Si vous êtes convoqué chez un médecin conseil de la CCAS et si vous ne vous présentez pas au rendez-vous, le médecin conseil se trouve dans l'impossibilité de rendre un avis sur votre dossier médical. On parle alors "d'Avis Technique Impossible".

<sup>\*</sup> Sauf si votre boîte à lettres est inaccessible.



La CCAS peut décider d'interrompre ou de supprimer les prestations en espèces (maintien du salaire en cas d'arrêt de travail), tant que vous ne vous serez pas présenté à la CCAS afin de régulariser votre situation. Les prestations en espèces ne seront rétablies qu'à compter du jour où vous vous serez présenté à la CCAS pour être reçu par un médecin conseil, et si celui-ci émet un avis favorable.

Toutefois, si vous êtes dans l'incapacité médicale de vous déplacer le jour de la convocation :

- >> d'une part, vous prévenez la CCAS au plus tard le jour du rendez-vous,
- >>> d'autre part, vous produisez un justificatif médical de votre médecin traitant, qui sera soumis au médecin conseil de la CCAS, seul habilité à décider si votre incapacité médicale de vous déplacer était bien établie\*.

#### • Les Consultations Nombreux Arrêts (CNA)

Si vous êtes bénéficiaire d'un nombre d'arrêts de travail très conséquent, il se peut que vous soyez convoqué chez un médecin conseil de la CCAS pour un examen complet de votre situation médicale. A l'issue de cette consultation, le médecin conseil peut décider de vous placer en Suivi Médical Encadré (SME) pour une durée de 6 à 24 mois\*\*.



Dans ce cadre, à chaque arrêt de travail (pour maladie ou Accident du Travail), vous devez obligatoirement vous présenter à la Médecine conseil de la CCAS, sans rendez-vous, le premier jour ouvré\*\*\* suivant la date de votre arrêt de travail, pour être reçu par un médecin conseil (aux horaires fixés dans la notification).

Toutefois, si vous êtes dans l'incapacité médicale de vous déplacer :

- >> d'une part, vous prévenez la CCAS au plus tard le jour où vous auriez dû vous présenter à la Médecine conseil,
- >>> d'autre part, vous produisez un justificatif médical de votre médecin traitant, qui sera soumis au médecin conseil de la CCAS, seul habilité à décider si votre incapacité médicale de vous déplacer était bien établie\*.

<sup>\*\*\*</sup> C'est-à-dire hors samedis, dimanches et jours fériés.





<sup>\*</sup> Dans le cas contraire, vous relevez d'un Avis Technique Impossible (ATI).

<sup>\*\*</sup> Durant cette période, le médecin conseil a la possibilité de suspendre ce SME si l'évolution de votre situation médicale le justifie.

### Conséquence de l'inobservation de ces dispositions

Conformément à l'article 52 du Règlement Intérieur de la CCAS, l'inobservation des dispositions énoncées pages 4 à 9 peut entraîner la suspension ou la suppression du bénéfice des prestations en espèces (maintien du salaire).

# Conséquences des contrôles effectués par la CCAS - conciliation

- Vous êtes dans l'une de ces cinq situations suivantes :
- >> Votre arrêt de travail est médicalement justifié, il se poursuit alors jusqu'à la date indiquée sur l'avis prescrit par votre médecin.
- >>> Vous êtes absent lors du contrôle, la CCAS notifie par courrier le résultat de la visite. Vous disposez alors de 15 jours pour faire parvenir, par courrier, à la CCAS les raisons (accompagnées de tout document que vous jugerez nécessaire) de votre absence. Les éléments médicaux transmis par vous sont soumis au médecin conseil de la CCAS.

Pendant la période de conciliation il n'y a pas d'impact sur votre rémunération, les prestations en espèces vous sont servies.

>>> Votre arrêt de travail n'est plus médicalement justifié, la CCAS vous notifie par courrier la décision. A compter du service du lendemain du contrôle ou de la date fixée après avis du médecin conseil, l'arrêt de travail n'est plus indemnisé. Votre attachement est informé, par la CCAS, de la décision prise.

Vous pouvez contester la décision prise et demander le bénéfice d'une expertise médicale par courrier adressé à la CCAS, dans un délai de 1 mois à compter de la date de notification de la décision.

Si toutefois vous décidez de poursuivre votre arrêt de travail jusqu'à la date prévue, vous ne serez pas indemnisé.

Avant la mise en œuvre de l'expertise, il pourra vous être proposé une consultation en Médecine conseil afin d'apprécier votre situation médicale. Lorsque vous reprenez votre service, vous devez en informer au préalable votre attachement.



>> Vous refusez de vous soumettre au contrôle ou à l'examen médical, la CCAS notifie par courrier sa décision. Vous disposez alors de 15 jours pour faire parvenir, par courrier, à la CCAS les raisons (accompagnées de tout document que vous jugerez nécessaire) de ce refus.

Les éléments médicaux transmis par vous sont soumis au médecin conseil de la CCAS. Pendant cette période de conciliation, il n'y a pas d'impact sur votre rémunération, les prestations en espèces vous sont servies.

>> Les informations concernant votre adresse (lieu de résidence, code d'accès, téléphone, particularité d'accès, ...) n'ont pas permis le contrôle, la CCAS notifie par courrier le résultat de la visite. Vous disposez alors de 15 jours pour faire parvenir, par courrier, à la CCAS vos observations (accompagnées de tout document que vous jugerez nécessaire).

Pendant cette période de conciliation il n'y a pas d'impact sur votre rémunération et les prestations en espèces vous sont servies.

#### Voies de recours légales

A l'issue de la période de conciliation, si la décision initiale est maintenue, son application est entreprise et vous pouvez saisir la Commission de recours amiable.

La Commission statue dans un délai de 1 mois à compter de votre demande.



#### **ATTENTION:**

à partir de 2010, la modernisation du système informatique impose de changer la procédure : les avis d'arrêt de travail ne sont plus réclamés. Par conséquent, seuls les avis reçus par la CCAS sont indemnisés.

#### Vos contacts:

#### CCAS de la RATP

CH34 LAC CG01 30, rue Championnet 75887 Paris Cedex 18



#### courriel:

contact@ccas-ratp.fr

#### ET AUSSI:

Envoi des avis d'arrêt de travail, volets 1 et 2 ou envoi du bulletin de situation

**Prise de rendez-vous** pour un avis de la Médecine conseil de la CCAS sur une prescription dans un but thérapeutique :

- · hors du lieu de résidence,
- heures de sortie libres.

Signalement d'une sortie exceptionnelle du lieu de résidence en dehors des heures de sortie autorisées.

Signalement de l'impossibilité d'honorer une convocation en Médecine conseil.

Médecine conseil
M. le Médecin conseil
CH34 LAC CG 01
30 rue Championnet
75887 Paris cedex 18

Tél.:

01 58 76 03 34





# Les frais de transport



Mise à jour septembre 2009











### Vous avez besoin d'un transport pour rentrer chez vous après une opération pour des soins loin de votre domicile ?

La CCAS de la RATP
peut prendre en charge vos frais de transport,
sous certaines conditions.

#### Comment en bénéficier ?

#### Le transport est prescrit par un médecin et :

- >> lié à une hospitalisation (entrée et sortie) complète, partielle ou ambulatoire,
- >>> lié à des soins, ou des traitements en rapport avec une affection de longue durée,
- >> lié à des soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- >>> lié à la nécessité d'être impérativement allongé ou sous surveillance constante.
- >> de longue distance (plus de 150 km aller),
- >> en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois, pour un même traitement).

#### Vous êtes convoqué(e) par :

- >> le service du contrôle médical de la CCAS,
- >> un expert médical pour une expertise mise en œuvre par la CCAS.

Vous vous rendez à une consultation médicale d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage.



#### Vous accompagnez:

- >> un enfant de moins de 16 ans,
- >> toute autre personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'un tiers.

Dans tous ces cas, les frais de transport sont pris en charge. Le médecin doit le préciser sur la prescription.

En dehors de ces situations particulières, les transports ne sont pas pris en charge même s'ils sont prescrits par un médecin. Il est dans ce cas possible de bénéficier de prestations supplémentaires facultatives (voir p. 6).

#### Quel mode de transport utiliser?

Le médecin choisit le mode de transport le mieux adapté à votre état de santé et à votre niveau d'autonomie :

- >>> le véhicule personnel ou les transports en commun (bus, métro, train, bateau ou avion de ligne...) : si vous n'avez pas besoin d'assistance particulière, et que vous pouvez vous déplacer par vos propres moyens,
- >>> le taxi conventionné ou le Véhicule Sanitaire Léger (VSL) : si vous devez être assis et/ou accompagné d'un personnel qualifié pour accomplir les formalités administratives,
- >>> l'ambulance : si vous devez être allongé et/ou sous surveillance constante,
- >> les associations de transports assis professionnalisés agréées par la CCAS : Réseau Age d'Or service et Amélior'Age.

La prescription médicale doit toujours être faite **avant** le transport, sauf en cas d'urgence, ou si vous êtes convoqué(e) par un établissement de santé (votre convocation est alors considérée comme une prescription médicale, et le mode de transport y est indiqué).

Il faut respecter le mode de transport indiqué sur votre prescription médicale.



#### Pour le transport en taxi conventionné :

- >>> Si votre médecin traitant vous prescrit un transport en taxi pour l'un des motifs pris en charge par l'assurance maladie, vous devrez faire appel à un taxi conventionné « sécurité sociale » pour bénéficier d'une prise en charge de la CCAS.
- >> Ces taxis sont reconnaissables au logo figurant au niveau de la vitre arrière latérale droite du véhicule.
- >>> Pour connaître les taxis conventionnés de votre ville ou proches de votre domicile, contactez la CCAS.



#### Comment être remboursé(e)?

Vos frais de transport peuvent être pris en charge dans le cadre d'une prescription médicale.

#### Le remboursement

Vos frais de transport sont remboursés à 65 % en règle générale, selon les tarifs de la Sécurité sociale. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où vous vous trouvez et la structure de soins la plus proche.





Dans certains cas (accident du travail, maladie professionnelle, transport en lien avec une affection de longue durée, etc.), les frais de transport sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs en vigueur.

#### Les démarches

Si vous utilisez votre véhicule ou les transports en commun, vous adressez à votre caisse d'assurance maladie :

- >> la prescription médicale de transport,
- >>> les justificatifs de dépenses (billets de bus, de train,...),
- >>> le formulaire « État de frais pour vos transports en véhicule personnel et transports en commun » rempli par vos soins.

Si vous utilisez un taxi conventionné, un VSL ou une ambulance, vous adressez à votre caisse :

- >> la prescription médicale de transport, complétée par le transporteur sanitaire (VSL ou ambulance) ou le taxi conventionné,
- >> la facture de transport,
- >> si nécessaire, le formulaire de demande d'entente préalable.

#### L'entente préalable

Elle est obligatoire pour :

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

La Caisse ne vous a pas répondu... passé un délai de 15 jours (à partir de la date d'envoi de la demande d'entente préalable), cela est considéré comme un accord de sa part.

En cas de refus, la Caisse vous informe par courrier. Vous pouvez contester cette décision.

En cas d'urgence certifiée par votre médecin, l'entente préalable délivrée par votre Caisse n'est pas nécessaire.



# Comment bénéficier de prestations supplémentaires facultatives ?

Si votre médecin vous a prescrit un transport non remboursable au titre des "prestations légales", vous pouvez solliciter le pôle "Action Sociale et Prévention" de la CCAS pour un remboursement au titre des "prestations supplémentaires facultatives".

■ Un exemple: Vous venez de vous fouler la cheville à votre domicile. Le médecin qui vient vous examiner vous prescrit un transport à l'hôpital, sans hospitalisation, pour réaliser une radiographie. Dans ce cas, vous ne serez pas remboursé(e) dans le cadre des "prestations légales". Vous pourrez néanmoins solliciter le pôle "Action Sociale et Prévention" pour faire une demande de remboursement au titre des prestations supplémentaires facultatives.









#### Les conditions

La CCAS attribue de manière individuelle, après examen de votre situation sociale et sous conditions de ressources, les prestations supplémentaires suivantes :

- >>> participation aux frais de transport, engagés par l'assuré(e) ou ses ayants droit devant subir un traitement sans hospitalisation ou un examen médical (sous réserve de la justification médicale du traitement ou de l'examen),
- >>> participation dans les mêmes conditions aux frais de transport en commun de la personne accompagnant le malade, lorsque celui-ci ne peut se déplacer sans l'assistance d'un tiers, en raison de son jeune âge (moins de 18 ans).

#### Les pièces à fournir à la CCAS

Pour demander la prise en charge en prestations supplémentaires, vous devez adresser à la CCAS :

- >> un courrier exposant vos arguments,
- >>> la décision de refus de prise en charge en prestations légales,
- >>> l'original de la prescription médicale de transport,
- >> la facture originale acquittée,
- >> la copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que ceux des autres membres de votre foyer.



#### Vos contacts:



CH34 LAC CG01 30, rue Championnet 75887 Paris Cedex 18

courriel: contact@ccas-ratp.fr

Tél.: 01 58 76 03 34

ET AUSSI:

Réseau âge d'Or Services

 ${\sf Site: www.agedorservices.com}$ 

Tél.: 03 25 82 86 04

Amlior'Âge

Site : www.ameliorage.com

courriel: contact@ameliorage.com

Tél.: **01 64 790 790** 







# L'assurance maternité



Mise à jour septembre 2009











# Lorsque vous êtes enceinte, vous pouvez bénéficier de l'assurance maternité en tant que :

assurée sociale

OIJ

ayant droit d'un assuré au titre de conjointe,
 de concubine, de bénéficiaire du PActe Civil de Solidarité (PACS),
 d'enfant à charge, de personne vivant avec l'assuré
 depuis au moins un an et à sa charge effective et totale.

#### Quelles sont les démarches à effectuer ?

- >>> Vous devez déclarer votre état avant la fin du 3ème mois.

  Pour cela, vous adressez à la CCAS de la RATP l'imprimé « premier examen prénatal » établi par votre médecin ou votre sage-femme (le volet 3 rose) et à votre caisse d'allocations familiales (les volets 1 et 2).
- >>> La CCAS vous adresse en retour un guide pratique, accompagné d'un calendrier personnalisé précisant les dates des examens médicaux et la période durant laquelle les soins sont pris en charge à 100 % au titre de la maternité. Les agents en activité reçoivent également un document intitulé"congé de maternité provisoire".

#### Quelle est votre prise charge?

- >>> Du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> mois, les soins sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie au taux habituel. Les soins prénataux obligatoires sont quant à eux pris en charge au titre de l'assurance maternité. Durant cette période, d'autres actes peuvent être pris en charge au titre de l'assurance maternité (voir le paragraphe "Avant l'accouchement"). Les échographies effectuées pendant cette période sont prises en charge à 70 %.
- >>> Du 6ème mois jusqu'au 12ème jour après l'accouchement, tous les frais médicaux remboursables sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité, quels qu'ils soient.
- >> Vous devez respecter les règles du parcours de soins coordonné.
- >>> Vous êtes exonérée de la participation forfaitaire de 1€ et de la franchise médicale sur les médicaments, actes paramédicaux et les transports sanitaires, pour les seuls actes pris en charge au titre de l'assurance maternité.



# Quels sont les soins ou examens pris en charge au titre de la maternité ?

#### Avant l'accouchement

- >> 7 examens médicaux obligatoires effectués par un médecin ou une sage-femme
  - ∘ Le 1er examen doit être effectué avant la fin du 3ème mois.
  - Les 6 examens suivants sont réalisés mensuellement à partir du 4<sup>ème</sup> mois, jusqu'à la date de l'accouchement.
- >> 3 échographies
  - Une échographie par trimestre.
    - En cas de pathologique vous concernant directement ou concernant votre futur enfant, d'autres échographies peuvent être prises en charge, sous réserve de l'accord préalable de la Médecine conseil de la CCAS.
- >> 8 séances de préparation à l'accouchement (facultatif)
  - Elles sont prises en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité si elles sont réalisées par un médecin ou une sage-femme.
- >> Autres examens
  - o Dosage de la glycémie.
  - o Dépistage de la rubéole, de la toxoplasmose, de l'hépatite B, la syphilis, test HIV.
  - Recherche éventuelle de maladies génétiques (amniocentèse et caryotype fœtal), sous réserve de l'accord préalable de la Médecine conseil de la CCAS.

#### Pendant l'accouchement

- >> Les honoraires d'accouchement et les frais de séjour.
- >> La péridurale.

#### Après l'accouchement

- >>> Surveillance de la mère
  - Un examen médical obligatoire de la mère est effectué dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.
  - o Des soins à domicile.
    - Si vous sortez de la maternité 3 à 5 jours après la naissance de votre enfant, votre médecin peut vous prescrire des soins médicaux à domicile. Ils sont pris en charge au titre de l'assurance maternité pendant les 12 jours qui suivent votre accouchement. Si nécessaire, la prise en charge sera ensuite relayée au titre de l'assurance maladie.
  - Les séances de rééducation périnéale (sous réserve de l'accord préalable de la Médecine conseil de la CCAS).



- >> Surveillance de l'enfant
  - Un dépistage des maladies d'origine génétique est effectué sur l'enfant lors du séjour à la maternité.
  - o 9 examens au cours de sa 1ère année.
  - o 3 examens au cours de sa 2ème année.
  - o 1 examen semestriel au cours des 4 années suivantes.

### Quelle est la durée du congé maternité des agents en activité ?

- >> La durée légale est fixée par le Code du travail : elle va de 16 semaines minimum à 48 semaines maximum. Le congé maternité varie en fonction du nombre d'enfants à charge ou déclarés viables de l'assurée, et du nombre d'enfants attendus.
- >>> Report d'une partie du congé prénatal : l'avis favorable du professionnel de santé qui vous suit pendant cette période est dans ce cas obligatoire.

  Cette réduction ne peut dépasser 3 semaines. Vous devez adresser à la CCAS votre demande écrite, accompagnée du certificat médical du professionnel de santé qui vous suit. Ce report aura pour bénéfic d'un conséquence une augmentation de la durée de votre congé maternité.

>>> En cas d'arrêt de travail durant la période de report de votre congé prénatal (congé thérapeutique) : le report est annulé, et la période de congé maternité commencera le 1<sup>er</sup> jour de votre arrêt de travail (la durée de votre congé postnatal est réduite d'autant).

>>> En cas de congé exceptionnel pour pathologie liée à l'exposition au diéthylstilbestrol in utéro : cette disposition ne s'applique pas.

>>> Le congé maternité est composé d'un congé prénatal et d'un congé postnatal.

#### Vous pouvez bénéficier d'un congé thérapeutique de 2 semaines avant le début du congé prénatal.

#### Durée du congé maternité

Nombre d'enfants attendus	Nombre d'enfants déjà à charge ou nés viables	Durée du congé <b>prénatal</b>	Durée du congé postnatal
1	0 ou 1	6 semaines	10 semaines
1	2 ou +	8 semaines	18 semaines
2		12 semaines	22 semaines
Naissances multiples ( 3 et +)		24 semaines	22 semaines



#### Congé pathologique

En cas d'état pathologique, un congé supplémentaire peut vous être prescrit par votre médecin. Il s'agit du congé pathologique. Sa durée est de 2 semaines maximum.

Le congé pathologique doit alors précéder le congé prénatal et ne peut être reporté sur le congé postnatal.

#### Accouchement prématuré

- Si vous accouchez moins de 6 semaines avant la date présumée, votre congé postnatal est prolongé du nombre de jours de congé prénatal non pris. La durée totale du congé maternité est identique.
- Si vous accouchez plus de 6 semaines avant la date présumée, et que votre enfant est hospitalisé, votre congé maternité est augmenté du nombre de jours entre la date de naissance de votre enfant et la date de votre repos prénatal préalablement prévu. Pour en bénéficier, vous adressez à la CCAS le bulletin d'hospitalisation de votre enfant.

#### Accouchement tardif

Votre congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de votre accouchement. La durée de votre congé postnatal reste la même. Pour en bénéficier, vous envoyez à la CCAS le certificat d'accouchement.

#### Hospitalisation de l'enfant

Si votre enfant reste hospitalisé au-delà de la 6ème semaine suivant sa naissance, vous pouvez reprendre votre travail et reporter tout ou partie du reliquat de votre congé postnatal à la date de fin d'hospitalisation de votre enfant. Pour en bénéficier, vous faites parvenir à la CCAS le bulletin d'hospitalisation de votre enfant.

#### Femmes enceintes ayant été exposées au Distilbène « in utero »

Vous pouvez bénéficier d'un congé maternité dès la déclaration de votre état à la CCAS. Pour cela votre médecin, spécialiste en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, prescrit un arrêt de travail au titre d'une pathologie liée à l'exposition au distilbène in utero.

#### En cas de fausse couche après déclaration à la Caisse

- Après moins de 22 semaines d'aménorrhée, vous pouvez bénéficier d'un arrêt maladie pour la durée prescrite par votre médecin.
- Après plus de 22 semaines d'aménorrhée, vous bénéficiez d'un congé maternité pour la durée du repos observé.



# Comment obtenir les indemnités journalières (maintien du salaire) pendant votre congé maternité ?

- >> Vous n'avez aucune formalité à accomplir.
- >>> La seule condition pour bénéficier des indemnités journalières est de respecter un arrêt de travail minimal de 8 semaines pendant le congès maternité (les 2 semaines de repos pathologique ne sont pas prises en compte pour atteindre ce minimum).

### Quel est le montant des indemnités journalières ?

>>> L'Indemnité Journalière (IJ) maternité est égale au gain journalier de base, sur la moyenne des salaires nets des 3 mois qui précèdent le congé prénatal (dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale ; en 2009 = 2 859€). Ce sont les salaires soumis à cotisations, auxquels sont retirés les cotisations salariales obligatoires (légales et conventionnelles) + la CSG. Il n'y a pas de délai de carence. Les IJ sont versées tous les 14 jours. Les IJ maternité sont soumises à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux.

#### Vous êtes ex-agent RATP sans emploi

>>> Vous percevez ou avez perçu au cours des 12 derniers mois des indemnités chômage : les IJ sont alors calculées sur la moyenne des salaires des 3 derniers mois qui précèdent la date d'effet de la rupture de votre contrat de travail selon les mêmes modalités citées précédemment.

Pour en bénéficier, vous adressez à la CCAS :

- o la notification de décision de l'asssurance chômage,
- o le relevé complet des indemnités chômage ou les avis de paiement.

### Quelles sont les autres démarches à ne pas oublier?

- >>> Après la naissance de votre enfant, vous en informez la CCAS afin de permettre la prise en charge du nouveau-né. Pour cela, vous envoyez :
  - o une copie du livet de famille ou un extrait d'acte de naissance (qui sert également au versement des indemnités journalières du congé postnatal),
  - une demande de prise en charge de votre enfant (rattachement) par le régime spécial RATP (CCAS).
- >> Votre carte Vitale doit être mise à jour :
  - o après la déclaration de votre état (pour votre prise en charge à 100%),
  - o après la naissance de votre enfant (pour sa prise en charge).



# Le congé paternité

## Quelles sont les démarches à effectuer pour bénéficier d'un congé paternité?

- >> Ce congé est accordé à tout père assuré social.
- >>> Il doit informer son employeur par lettre recommandée avec avis de réception de la date et de la durée de son congé, et ce, 1 mois au minimum avant la date choisie de ce congé.
- >>> Ce congé doit être pris dans un délai de 4 mois à compter de la naissance de l'enfant.
- >> Il est de 11 jours calendaires consécutifs ou de 18 jours calendaires pour une naissance multiple.
- >>> A ce congé, s'ajoutent les 3 jours auxquels tout père a droit à la naissance de son enfant.

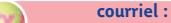




#### **Vos contacts:**

### CCAS de la RATP

CH34 LAC CG01 30, rue Championnet 75887 Paris Cedex 18



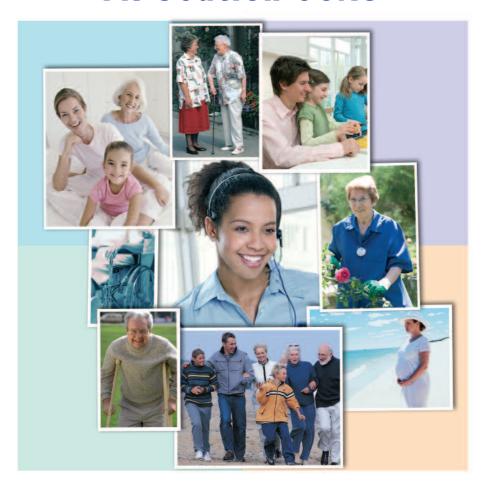
contact@ccas-ratp.fr

Tél.: 01 58 76 03 34





### Fil Soutien CCAS



Des solutions pour faciliter votre vie quotidienne

Tél. 0810 000 956

(Tarif d'une communication locale)











# Votre service d'accompagnement personnalisé

**Fil Soutien CCAS** est à votre écoute pour vous informer, vous conseiller et vous accompagner pour faire face à une perte d'autonomie temporaire ou durable quelque soit votre âge :

- Quelles sont les aides ou les financements possibles ?
- A qui s'adresser ? Quelles démarches suivre ?
- Comment constituer un dossier ? (demande de prestation sociale telle que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'aide à domicile, l'aide médicale, etc.). A qui l'adresser ?
- Quels sont les établissements (spécialisés, temporaires...) susceptibles d'accueillir la personne en perte d'autonomie?

Quelles que soient vos questions, n'hésitez pas à contacter **Fil Soutien CCAS**, qui est à votre écoute et vous apporte aide et conseils en toutes circonstances.

A tout moment, **Fil Soutien CCAS** recherche et vous met en relation avec des professionnels intervenant à domicile dans différents domaines, par exemple :

- Aide ménagère, auxiliaire de vie
- Garde des petits-enfants
- Garde d'animaux
- Accompagnateur dans les déplacements
- Livraison (médicaments, courses ou repas)
- Téléassistance (Equinoxe)
- Professionnels paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapeute, etc.)
- Adaptation de votre logement et/ou de votre véhicule.

**Fil Soutien CCAS** vous précise également quels sont les organismes ayant mis en ouvre des conventions avec la CCAS RATP, dans le cadre notamment des prestations « Aide au Foyer », téléassistance, adaptation de véhicule...







# Vos programmes de prévention pour améliorer votre qualité de vie

#### **■** Le bilan prévention autonomie

Ce bilan permet d'identifier vos difficultés au quotidien (entretien du domicile, préparation des repas, etc.) afin de vous proposer des améliorations favorisant votre maintien à domicile. De plus, **Fil Soutien CCAS**, vous indique les financements possibles, vous aide dans la constitution de votre dossier et vous accompagne pendant l'aménagement de votre domicile.

Ce service est réalisé en collaboration avec le Pôle Action Sociale et Prévention, le Point Habitat éventuellement et les structures ayant une convention de partenariat avec la CCAS RATP (PACT ARIM, Gruau et Pimas ...).

#### ■ Le bilan prévention mémoire

Développé en collaboration avec la Fondation Nationale de Gérontologie et un conseil scientifique indépendant, ce service permet de déceler les problèmes liés à la mémoire grâce à une évaluation médico-psychosociale.

En cas de repérage de troubles, **Fil Soutien CCAS** vous informe sur les actions à mener et vous oriente vers votre médecin traitant afin que vous soyez inscrit dans un parcours de soins spécifique. **Fil Soutien CCAS** vous assure un accompagnement pour vous et vos proches.

Si aucun trouble objectif de la mémoire n'est repéré, **Fil Soutien CCAS** vous informe sur les bonnes pratiques à suivre (nutrition, activité physique, sommeil, hygiène de vie...) afin de conserver un bon confort cognitif.

#### ■ La prévention et l'accompagnement de l'incontinence

**Fil Soutien CCAS** répond à vos questions sur l'incontinence, les traitements possibles, vous délivre des conseils et vous aide dans vos démarches (recherche d'un médecin spécialiste ou de professionnels de santé...).

**Fil Soutien CCAS** vous indique également comment acquérir des matériels jetables à un tarif préférentiel et vous informe sur l'aide au financement des frais d'incontinence proposée par la CCAS de la RATP.



#### Qu'est-ce-que Fil Soutien CCAS?

La CCAS de la RATP propose gratuitement à tous ses assurés le service Fil Soutien CCAS. C'est un service d'écoute, d'information et de conseil dédié aux questions relatives à la perte d'autonomie ponctuelle ou durable quelque soit l'âge de l'assuré.

L'équipe de Fil Soutien CCAS (composée de médecin gérontologue, psychologues cliniciens, assistantes sociales, et chargés d'assistance) intervient en complément et en coopération avec le pôle Action Sociale et Prévention de la CCAS.

#### Comment joindre l'équipe Fil Soutien CCAS ?

Fil Soutien CCAS est accessible au 0810 000 956 (prix d'une communication locale), du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30, pour les assurés domiciliés en France métropolitaine, en Corse et dans les Départements d'outre mer.

L'ensemble des prestations Fil Soutien CCAS s'inscrivent dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

Ces prestations sont fournies par Filassistance International dans le cadre d'une convention de partenariat avec la CCAS de la Ratp.

Filassistance International au titre de Fil Soutien CCAS est susceptible de collecter auprès de la CCAS des données personnelles à caractère administratif vous concernant dans le cadre de la gestion informatique de ses dossiers. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à la CCAS - Pôle Action Sociale et Prévention de la CCAS, 30 rue Championnet 75889 Paris cedex 18 ou à Filassistance International à l'adresse précisée ci-dessous.

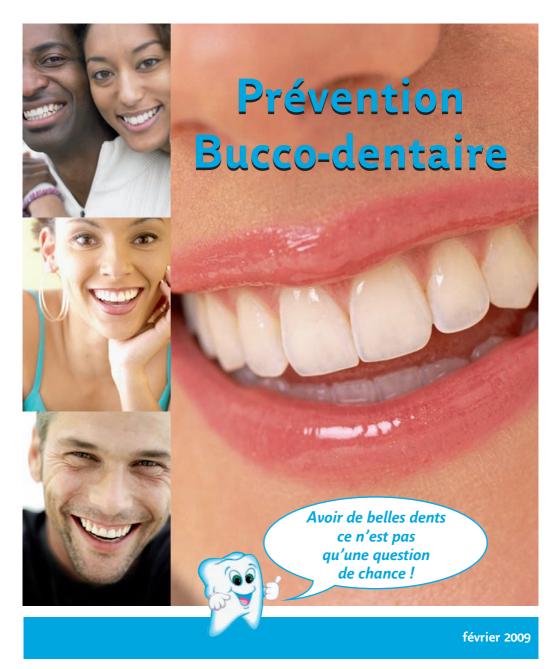
Filassistance International - SA au capital de 3 500 000 € entièrement libéré. Entreprise régle par le code des Assurances et immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689. Siège social : 108 bureaux de la colline – 92213 Saint-Cloud cedex.























### Cette plaquette a été spécialement réalisée pour vous !

Elle reprend l'essentiel des messages de prévention que vous avez pu lire ou entendre lors de votre participation à la campagne de prévention

Prenez le temps de la lire, n'hésitez pas à diffuser largement les renseignements.

Cette action se reconnaît à sa mascotte et à son message qui lui sont propres.



Avoir de belles dents ce n'est pas qu'une question de chance!

### Pour votre information:

Cette action de prévention bucco-dentaire à destination des salariés de la RATP a débuté en 2006.

Initiée par un praticien de la CCAS, proposée par la Commission ASP et décidée par le Conseil d'Administration de la CCAS, elle est aujourd'hui le fruit d'un partenariat réunissant :

- la CCAS l'ESPACE SANTÉ le groupe mutualiste RATP pour les intervenants.
- la CCAS la CELLULE d'ÉPIDÉMIOLOGIE pour l'étude épidémiologique.
- l'atelier MRB du site Michelet pour l'entretien et le remisage du bus dentaire.

N'hésitez pas à consulter sur ARGOS les résultats de l'étude épidémiologique réalisée au sein de l'entreprise.

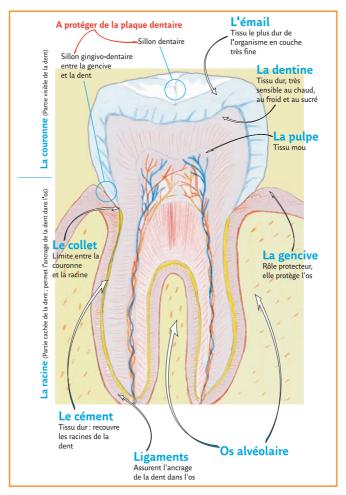


### LA STRUCTURE DE LA DENT

La couleur et la forme de la dent sont personnelles, c'est pourquoi le sourire est unique.

### La couleur de la dent

L'épaisseur et la couleur de la dentine, l'épaisseur et la transparence de l'émail, déterminent la couleur de la dent.



La pulpe comprend les nerfs et les vaisseaux sanguins.



### LA CARIE

### Troisième fléau mondial, selon l'OMS

### ► La plaque dentaire :

Partout où les poils de la brosse ne passent pas, une pellicule blanchâtre constituée de débris alimentaires et de bactéries se dépose sur la dent : la plaque dentaire. Elle contient des acides qui attaquent l'émail de la dent qui se déminéralise : c'est le début de la carie. A ce stade, la dent peut encore se reminéraliser (se réparer).

### Comment l'éviter :

- Enlever la plaque dentaire par une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.
- Mettre la dent au contact du fluor

### Le tartre :

Quand la plaque dentaire persiste trop longtemps à la surface des dents, elle se durcit en se calcifiant. d'où la formation de **tartre**.

Ce tartre blesse la gencive et provoque des saignements, soit spontanés, soit lors du brossage. Seul le détartrage l'éliminera.

### Les stades de la carie :

# STADE 1 Atteinte de l'émail STADE 2 Atteinte de l'émail + la dentine STADE 3 Atteinte de l'émail + la dentine + la pulpe

STADE 4
Atteinte de l'émail

+ la dentine

+ infection (si elle dépasse la racine =

ahcès)

+ la pulpe nécrosée

Pas de sensibilité

Sensibilité : au chaud, au froid, au sucre et à l'acide

> Sensibilité pulsatile ou rage de dent

Sensibilité à la pression quand on mord

### Ce qu'il faut retenir :

- Un brossage efficace après chaque repas permettra l'élimination de la plaque dentaire et évitera l'apparition de caries.
- Ne pas sucer la tétine ou la cuillère avant de la donner à votre enfant afin d'éviter de le contaminer.





### LA MALADIE PARODONTALE

# La maladie parodontale est responsable de la perte prématurée des dents.

### Évolution de la maladie :

Le tartre blesse le sillon gingival qui se creuse. Une poche apparaît, dans laquelle se multiplient des bactéries responsables de la maladie évoluant en trois stades successifs :

- Le premier stade se manifeste par un œdème aux abords du sillon gingivodentaire. C'est le début de la **gingivite**.
- Le second stade fait apparaître une mobilité due à la destruction des tissus de soutien de la dent, entraînant un déchaussement et une perte d'ancrage. C'est la parodontite.
- Le stade ultime est atteint quand la mobilité s'accentue jusqu'à la perte de la dent.



# Ce qu'il faut retenir :

 Un saignement gingival (spontané ou par brossage) est un signe d'inflammation: la gingivite

Il s'agit en général d'un état « réversible » par un détartrage et une bonne hygiène bucco-dentaire.

• Le déchaussement dentaire (stade suivant) est un signe de la maladie parodontale: la parodontite

Il s'agit d'un état « irréversible ».







### L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

### De quoi avons-nous besoin pour nous laver les dents?

### Les incontournables :

- Brosse à dents : petite tête, bords arrondis, poils souples en nylon, pas plus de 3-4 rangées de poils,
- Dentifrice, de préférence fluoré.

### Les accessoires complémentaires :

- Le fil dentaire.
- La brossette inter dentaire,
- Le jet dentaire ou l'appareil hydropulseur.

### Les zones à nettoyer :

- Toute la surface de la dent, même celle située dans l'espace entre deux dents,
- La zone de jonction entre la gencive et la dent,
- Le dos de la langue.

# Comment se brosser les dents :

- Les deux mâchoires se brossent séparément.
- La brosse est inclinée à 45° à cheval sur la dent et la gencive.
- Le mouvement se fait de la gencive vers la dent. c'est-à-dire :
  - du rouge vers le blanc,
  - deux à trois fois par jour,
  - après chaque repas,
  - pendant trois minutes.

### Astuces:

En cas d'impossibilité de brossage :

- se rincer la bouche à l'eau,
- · mâcher du chewing-gum sans sucre.





### L'ALIMENTATION

Les substances acides contenues dans la plaque dentaire ou naturellement dans certains aliments provoquent des **déminéralisations** de l'émail.

On dit qu'elles sont cariogènes. Certaines le sont davantage que d'autres.

	Les aliments cariogènes				
•	lait, thé, café	cacahuètes fromage	gomme sans sucre, produits à base de sucre de substitution		
	lait chocolaté	chips pommes	pain beurré biscuits secs gomme sucrée réglisse, chocolat		
	boissons gazeuses	bananes céréales	gâteau à la crème biscuits fourrés bonbons gélifiés		
	jus de fruits	raisins céréales sucrées	pain complet biscuits sucrés gâteaux		
	confiseries	tarte aux pommes	bonbons durs gâteau de savoie		
(+)	sodas	gomme fruitée	sucettes		

### Précautions importantes à prendre!

- Avoir une alimentation équilibrée.
- Eviter les aliments qui collent aux dents.
- Pas plus de 5 prises alimentaires par jour :
   Petit déjeuner collation déjeuner collation dîner

La salive jouant un rôle important dans la reminéralisation de l'émail et la diminution de l'activité acide des aliments, il est nécessaire que celle-ci ait un temps de contact suffisant avec les dents (au moins trois heures).

### Ce qu'il faut retenir :

- Préférer l'eau à toute autre boisson.
- Utiliser une paille pour boire jus de fruits ou sodas et éviter le contact direct sur les dents.
- Terminer tout repas ou boisson sucrée par un verre d'eau.







### LES ONZE BONS RÉFLEXES

- 1 Trois fois par jour minimum, et après chaque prise alimentaire, les dents et le dos de la langue tu te brosseras.
- Une bonne technique adaptée à tes dents, tu utiliseras.
- 3 Par le fil dentaire ou le jet dentaire, le brossage tu complèteras.
- 4 Une brosse à dents avec une petite tête et des poils souples, en nylon, tu préfèreras.
- 5 Tous les trois mois, de brosse à dents, tu changeras.
- 6 Une alimentation équilibrée pour toi et ta famille, tu rechercheras.
- Sur l'hygiène dentaire de ta famille, tu veilleras.
- 8 A la protection des sillons des dents de tes enfants tu seras vigilant.
- Jamais de biberon d'eau sucrée ou de lait, la nuit, dans le lit de bébé, tu laisseras.
- Sucer la tétine ou la cuillère de ton enfant avant de la lui donner, ce réflexe tu éviteras.
- Une fois par an, minimum, le dentiste, tu consulteras. Mais en cas de plaie persistante et inexpliquée, tu n'attendras pas.

Et n'oubliez pas :

Avoir de belles dents ce n'est pas qu'une question de chance!

CCAS de la RATP Unité protection et prestations sociales CH34 LAC CG01

30 rue Championnet - 75887 Paris cedex 18















### L'incontinence n'est plus un tabou et encore moins une fatalité.

# Osez en parler!

Votre médecin traitant est là pour répondre à toutes vos questions et pour vous accompagner vers les solutions les mieux adaptées à votre situation.

La CCAS, soucieuse d'être également à vos côtés, vous propose de bénéficier d'informations, de conseils et de tarifs privilégiés pour l'achat de protections personnelles contre l'incontinence. Grâce à un partenariat noué avec les sociétés « Ontex » et « Cap Vital Santé » ainsi qu'à l'écoute attentive de notre service « Fil Seniors CCAS », vous bénéficierez de conseils personnalisés.













### Quel est votre interlocuteur selon la question que vous vous posez?



Vous souhaitez une information générale sur l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charge publiques ? Un médecin ou un kinésithérapeute spécialisé, exerce-t-il à proximité de chez vous ?

L'équipe pluridisciplinaire de Fil Seniors CCAS composée de médecins, assistantes sociales, psychologues et de conseillers spécialisés est à votre écoute :

> Fil Seniors CCAS - Tél.: 0 810 000 956 (coût d'un appel local)



Vous souhaitez des conseils sur le matériel adapté à votre situation personnelle, des conseils d'utilisation, bénéficier des tarifs privilégiés pour l'achat de vos protections, d'une livraison à domicile discrète?

Les 16 conseillers techniques spécialisés de Cap Vital Santé et son réseau de 234 points répartis sur tout le territoire (Dom/Tom compris) sont à votre disposition :

> Cap Vital Santé - Tél.: 0 825 888 808 (0,15€/minute)



Le coût du votre matériel d'incontinence pèse lourd dans votre budget et vous vous demandez s'il existe une possibilité d'aide financière?

Les conseillers spécialisés « Action Sociale et Prévention » de la CCAS sont à votre écoute :

> CCAS - Tél.: 01 58 76 03 34 courriel: contact@ccas-ratp.fr











# RESPIRE

Le journal de la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales

N° 12 - avril 2009





**Edito**Jean-Pierre BARATTA,
Directeur de la CCAS

L'année 2009 a été inaugurée par l'installation du nouveau Conseil d'administration de la CCAS, pour un mandat de quatre ans, installation précédée du vote par correspondance pour les deux Administrateurs représentant les retraités à ce Conseil.

Depuis la mise en place de la nouvelle CCAS et ses moyens de communication, vous avez bénéficié, à travers le journal *RESPIRE*, de nombreuses informations qui vous ont permis de développer vos connaissances en matière de protection sociale et de mieux apprécier les actions réalisées par votre Caisse.

Aussi, après avoir consacré le dossier du précédent numéro aux nombreux partenaires de l'action sociale, ce nouveau dossier dresse le bilan des actions de prévention mises en œuvre par votre Caisse depuis plusieurs années. Il décrit tous les programmes élaborés à votre attention, qu'il s'agisse de prévention gynécologique, de prévention buccodentaire, de prévention contre le tabagisme ou encore de dépistage d'un cancer.

D'autres sujets vous intéresseront bien sûr tels que le blanchiment des dents, l'incontinence urinaire ou encore les nouveaux praticiens de l'Espace santé. Ces sujets traduisent notre souci de toujours mieux vous informer.

C'est pourquoi, à la veille de mon départ vers d'autres horizons au sein de la RATP, j'espère que ces années passées à travailler au profit d'une qualité de service toujours améliorée, grâce à des ressources et des compétences indéniables, vous auront satisfaits.

### **3** ACTUALITÉS

- Mise en place du nouveau Conseil d'administration
- Une carte postale de... MIAMI
- Les Compagnons du voyage

### 6 DOSSIER

- **Etre en bonne santé est le souhait de chacun et l'affaire de tous : soyons acteurs de notre santé!** 
  - 11 PORTRAIT
- L'acheteur médical
- 12 INFORMATIONS DE LA MÉDECINE CONSEIL
- Le blanchiment des dents

### 14 BRÈVES

- L'incontinence
- Fil santé jeunes
- Le transport en taxi : bon à savoir
- Quoi de neuf à l'Espace santé?
- De nouveaux praticiens à l'Espace santé

RESPIRE



Edité par la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales

Responsable de publication : Jean-Pierre Baratta Responsable de rédaction : Geneviève Charpentier

> Ont contribué à ce numéro : Philipp Bourlès, Lydie Bussolotto, Evelyne Caillarec, Muriel Constans, Chantal Couprie, Catherine Gisquet, Janick Le Henaff-Sanna, Brigitte Heudelot-Cristal, Docteur Dominique Mane-Vallette, Anny Mantovan, Maryline Vinet.

Conception et réalisation : Pralon Graphic





## Actualités

# MISE EN PLACE DU NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2009-2012 CCAS DE LA RATP



### La 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,
- des 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 assurés sont désignés comme suit :

- 10 membres administrateurs agents actifs répartis proportionnellement aux résultats de la dernière élection des représentants du personnel aux Comités d'Etablissement Economique et Professionnel (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.

Chaque administrateur représentant les affiliés dispose d'une voix.

Le Conseil d'administration de la CCAS, mis en place en janvier 2005, a achevé son mandat à la fin de l'année 2008. Au cours de ces quatre années, les administrateurs ont décidé la création de nombreuses prestations d'action sociale et le développement d'actions de prévention répondant aux besoins des salariés, des retraités et de leur famille.

L'année 2009 a été inaugurée le 15 janvier par le scrutin du vote par correspondance pour les deux administrateurs représentant les retraités. Vous avez été 62 % à participer à ce vote. Il a été suivi, le 29 janvier, de l'installation du nouveau Conseil d'administration pour un mandat de quatre ans (cf. trombinoscope en milieu de journal).

# Au cours de cette séance, les administrateurs ont élu les présidents de chacune des sept commissions rattachées au Conseil, qui sont :

- la commission de contrôle financier,
- la commission des secours,
- la commission action sociale et prévention,
- la commission de recours amiable du risque maladie-maternité,
- la commission de recours amiable du risque accident du travail et maladies professionnelles,
- la commission d'invalidité
- la commission des rentes





# UNE CARTE POSTALE DE... MIAMI

Modernisation de l'Informatique de l'Assurance Maladie et Infogérance

Après vous avoir annoncé en septembre dernier que la RATP renouvelait le système informatique de la CCAS, il nous semblait important de vous donner quelques nouvelles du projet « MIAMI ».

Les travaux ont débuté au printemps 2008 et s'achèveront fin 2010. Ce vaste projet se découpe en deux grandes étapes, dont la première concerne la gestion de la carte Vitale qui sera traitée dans le nouvel outil informatique dès septembre 2009.

# Pourquoi plusieurs mois de travail sont-ils nécessaires pour gérer la carte Vitale dans ce nouvel outil?

Les informations qui sont enregistrées dans votre carte Vitale sont issues du système informatique de la CCAS. Dans la mesure où celui-ci change, il faut transférer ces données de l'ancien vers le nouveau système.



# Une fois ce transfert effectué, il faut vérifier l'intégrité et l'exhaustivité des données :

- Sont-elles exactes et complètes ?
- Ont-elles toutes été bien reçues ?

Si des anomalies sont constatées, elles sont traitées et le transfert est renouvelé autant de fois que nécessaire. Lorsque toutes les données sont rapatriées, il faut ensuite s'assurer que leur traitement dans le nouvel outil est satisfaisant. Pour ce faire, plusieurs tests sont effectués par l'équipe Projet afin de vérifier le « comportement » des données lors des traitements et le bon fonctionnement de ces derniers, comme par exemple l'ouverture de droits pour la naissance d'un enfant.

Les anomalies détectées sont, là encore, corrigées et les traitements sont de nouveau mis à l'épreuve. Le volume de données et la multiplicité des tests représentent une charge de travail importante puisque la CCAS compte 105 158 ressortissants (au 31 décembre 2008) et que les traitements liés à la gestion des droits et à la carte Vitale sont nombreux.

A noter qu'en dehors des informations qui figurent aujourd'hui dans votre carte Vitale, l'utilisation du nouvel outil permettra d'y ajouter, entre autres, le nom de votre médecin traitant. Nous ne manquerons pas de vous envoyer d'autres « cartes postales de MIAMI » lors des prochains temps forts du projet.

# COMPAGNONS















34 rue Championnet LAC CG25 - 75018 Paris © 01 58 76 08 33 Fax : 01 58 76 08 13 www.compagnons.com

### **DU VOYAGE**

Votre enfant souhaite rendre visite à sa grand-mère en région ? Votre enfant présente un handicap, et vous rencontrez des

difficultés de transport en commun pour l'accompagner dans un centre médical ou dans son établissement scolaire ? Vous avez vous-même des difficultés à vous déplacer seul(e) sur certains trajets ?

Les Compagnons du voyage aident au déplacement, sécurisent le trajet, familiarisent l'enfant avec l'univers des transports en commun et contribuent à l'acquisition de son autonomie.

### Quelle est l'origine de l'association ?

Sensibles aux difficultés rencontrées par les usagers pour accompagner en transports en commun leurs enfants handicapés dans des centres médicaux spécialisés, la RATP et la SNCF créent en 1993 une association Loi de 1901: Les Compagnons du voyage. L'association bénéficie de l'agrément Qualité, délivré par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle de Paris (DDTEF), nécessaire pour travailler auprès d'un public qualifié de fragile par le législateur (jeunes enfants, personnes en situation de handicap ou personnes âgées). En outre, sa spécificité est d'assurer une offre globale de services, notamment grâce à un partenariat avec ADHAP Services qui propose de l'aide à domicile.

### Comment fonctionne l'association?

La structure, actuellement dirigée par Chantal Couprie, déléguée générale, est composée de quatre-vingtcinq salariés sillonnant les lignes régionales Ile-de-France et nationales. Cette association est gérée par un Conseil d'administration composé à parité de quatre dirigeants RATP et de quatre dirigeants SNCF. La direction opérationnelle est quant à elle composée de dix salariés hébergés depuis janvier 2008 sur le site de Championnet. Le personnel, recruté pour sa sensibilité à l'univers du handicap et du service à la personne, ses qualités humaines, bénéficie de formations telles que l'apprentissage de premier niveau du langage des signes, une sensibilisation à la maladie d'Alzheimer, au guidage des mal voyants ou non voyants. Tout le personnel est détenteur du brevet de secourisme. Toutefois, il n'intervient pas dans le domaine médical.

### Quel est le portefeuille clients actuel?

L'association travaille avec des clients de divers profils :

• 60 % de centres spécialisés (institut national de jeunes aveugles, de jeunes sourds).

Les sollicitations les plus demandées en Ile-de-France correspondent aux entrées et sorties d'école.

- 35 % de Conseils généraux et services d'aide sociale à l'enfance (enfants retirés de leur foyer, confiés à des familles d'accueil, accompagnés à l'école, chez le juge,...).
- 5 % de particuliers (adultes, personnes âgées, enfants).

Il est à noter deux avantages substantiels en faveur des particuliers :

- Le règlement de la prestation par des Chèques Emploi Service Universel (CESU) pré-financés.
- La déduction jusqu'à 50 % des frais engagés du montant des impôts.

Actuellement, l'association développe des contacts avec des foyers résidences, des caisses de retraite, afin de proposer des services auprès des seniors.

Les Compagnons du voyage mettent tout en œuvre pour rendre, ponctuellement ou régulièrement, la vie en ville plus facile à toute personne ayant besoin d'assistance dans ses déplacements. Qu'il s'agisse d'un trajet quotidien ou occasionnel à Paris, en région, voire à l'étranger, les Compagnons du voyage sont à votre service 7jours/7. Que vous soyez un particulier ou une collectivité, une caisse de retraite, une entreprise,..., les Compagnons du voyage s'adaptent à vos besoins.

Vous êtes Utilisateur de Fauteuil Roulant (UFR), www.infomobi.com vous renseigne sur la disponibilité des escaliers mécaniques ou des ascenseurs publics.
Tél.: 0 810 646 464



# ÊTRE EN BONNE SANTÉ EST LE SOUHAIT DE CHACUN ET L'AFFAIRE DE TOUS :

### Sovons acteurs de notre santé!

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état complet de bien-être physique, mental, social et, non pas simplement, l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Répartition des	actions			
Vaccinations	13,5 %			
Bilan de Santé	10 %			
Prévention Diabète 0,5 %				
Risque Amiante	2 %			
Dépistage Cancer	s <b>5%</b>			
Prévention Gynécologique	26 %			
Prévention Bucco Dentaire	8 %			
Prévention Tabac	35 %			

La santé est envisagée dans sa globalité comme un capital dont nous devons prendre soin dès notre plus jeune âge et tout au long de notre vie. A la fois responsabilité individuelle et collective, ces deux aspects ne s'opposent pas mais, au contraire, sont complémentaires.

Dans cet esprit, la CCAS a conçu des programmes de prévention proposés sous forme individuelle ou collective dans des domaines aussi divers que le dépistage des cancers, la prévention bucco-dentaire, les bilans de santé, l'incitation au sevrage tabagique, etc. Toutes ces actions ont pour but de vous informer, de vous inciter à un suivi régulier ou encore de dépister le plus précocement possible un problème de santé.

En 2008, un budget de 281 168,33 € a été consacré aux actions de prévention.

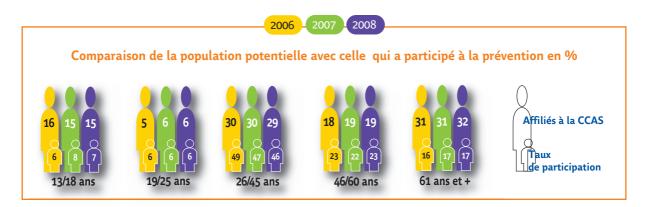


### ← LA PRÉVENTION GYNÉCOLOGIQUE

Cette action encourage les femmes à adopter un suivi gynécologique régulier et au moins une fois par an.

Chaque année, la CCAS adresse à quelques 26 500 femmes âgées de plus de 13 ans une prise en charge pour un dépassement d'honoraires de 15 €/an associé à une consultation, ainsi gu'une brochure d'information sur la santé des femmes. Ces deux dernières années, près de 17 % des femmes invitées y ont répondu favorablement.

C'est un vif succès auprès des femmes âgées de 26 à 45 ans puisque 47 % d'entre elles ont répondu au message de prévention, et auprès des femmes âgées de 46 à 60 ans mais de façon moins marquée, avec 23 %. Il est à noter une participation constante des femmes âgées de 19 à 25 ans depuis trois ans. En revanche, la faible participation des très jeunes femmes âgées de 13 à 18 ans ou des femmes âgées de plus de 61 ans témoigne d'un intérêt moindre pour le message de prévention.











L'objectif étant d'inciter la femme à un suivi régulier, le nombre de femmes n'ayant pas consulté au cours des 36 derniers mois devrait alors diminuer au fil du temps si ce programme est efficace.

On constate effectivement que la régularité d'un suivi gynécologique est de plus en plus inscrite dans les pratiques habituelles, en particulier chez les jeunes femmes âgées de 13 à 25 ans.



### LA CAMPAGNE DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE

### Ce programme s'adresse simultanément aux agents de la RATP et à leurs enfants.

En effet, les actions de prévention en direction de vos enfants ne peuvent avoir de succès que si vous êtes vous-même sensibilisé. C'est pourquoi, la prévention bucco-dentaire a pour objectifs de:

- Rappeler l'importance de l'hygiène buccodentaire.
- Informer sur les prises en charge des frais liés aux soins.
- Effectuer des dépistages bucco-dentaires et décrire votre état de santé bucco-dentaire.
- Inciter vos enfants à un suivi bucco-dentaire régulier dès l'âge de 6 ans.

### La prévention en direction des adultes au sein de l'entreprise

Cette campagne est menée conjointement par la CCAS, l'Espace santé, la Cellule d'épidémiologie et l'unité MRB/VA de la RATP. Cette dernière assure toute la logistique de l'unité mobile dentaire.

### Elle se déroule en trois temps :

- · une exposition itinérante,
- · des dépistages réalisés à bord d'une unité mobile dentaire,
- une étude épidémiologique.

### Pour chaque journée, l'intervention nécessite la participation de :

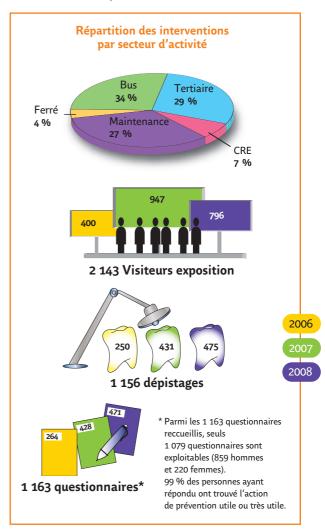
- un chirugien dentiste,
- une assistante dentaire,
- deux animateurs de prévention de formation non médicale.

Des panneaux explicatifs ainsi que du matériel pédagogique sont présentés et mis à la disposition des agents. Au fin d'étude épidémiologique, un questionnaire d'enquête anonyme est proposé à chaque agent dans le but de recueillir sa perception quant à son état de santé dentaire et quant à ses connaissances en matière de bonnes pratiques.



Avoir de belles dents ce n'est pas qu'une question de chance!

L'intervention a été réalisée pendant 56 jours sur 19 sites de travail de la RATP au cours des trois dernières années, de 2006 à 2008.



### Les résultats de l'étude épidémiologique

Les femmes ont rapporté plus souvent que les hommes avoir un problème de sensibilité des dents ou des gencives au froid, au chaud ou aux aliments sucrés (43 % contre 20 %). Elles ont aussi déclaré avoir plus souvent que les hommes un suivi dentaire régulier (65 % contre 50 %) et se brosser les dents au minimum 2 fois par jour (77 % contre 62 %).





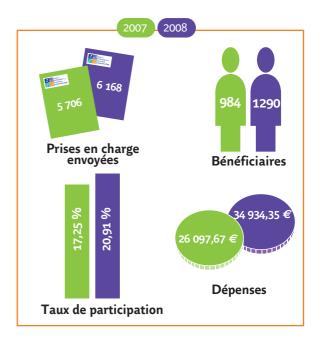
Perception par le salarié de son état de santé dentaire et de ses gencives

Il n'y a pas de différence selon les catégories professionnelles, ni entre hommes et femmes, quant à la perception de leur état dentaire, 55 % le considérant comme bon. En revanche, lorsqu'il y a une mauvaise perception, celle-ci est liée à l'âge. Les plus âgés le considèrent en moins bon état. Par ailleurs, les ex-fumeurs et fumeurs ont une moins bonne perception de l'état de santé de leurs dents et de leurs gencives comparés aux non fumeurs, à âge et sexe égaux.

- Les praticiens évaluent lors de l'examen clinique un net besoin d'améliorer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire
  - Les fumeurs ont davantage besoin d'améliorer leurs pratiques d'hygiène bucco-dentaire comparés aux non fumeurs, à âge et sexe égaux. En revanche, le besoin d'améliorer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire des exfumeurs ne diffère pas de celui des nonfumeurs.
  - Les employés et les ouvriers ont davantage besoin d'améliorer leurs pratiques d'hygiène bucco-dentaire comparés aux cadres, à âge et sexe égaux. Toutefois, les ouvriers sont plus souvent fumeurs, consultent moins régulièrement un dentiste ou le font le plus souvent en cas d'urgence.
- Les salariés ne consultant pas régulièrement un dentiste, ou le consultant en cas d'urgence, ont davantage besoin d'améliorer leurs pratiques d'hygiène bucco-dentaire comparés à ceux consultant de façon régulière ou en dehors de situation d'urgence, à âge, sexe et catégories socioprofessionnelles égaux.

# La prévention bucco-dentaire en direction de vos enfants

Depuis janvier 2007, votre Caisse propose des rendez-vous de prévention tous les 3 ans aux enfants âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans car ce sont les âges les plus exposés aux caries. Il s'agit d'aider vos enfants à acquérir les bons réflexes, le plus tôt possible. Pour ce faire, la CCAS adresse, un mois avant la date anniversaire de votre enfant, une prise en charge pour un examen bucco-dentaire complet et, en cas de besoin, des conseils d'hygiène personnalisés, ainsi qu'un bilan orthodontique. Ces examens sont pris en charge à 100 % par la CCAS.





Depuis janvier 2008, la CCAS adopte les outils de communication nationaux « M'T dents » afin de communiquer avec ses assurés, et bénéficie ainsi de l'impact des spots diffusés massivement sur les chaînes hertziennes, le câble, les radios ayant pour cible les jeunes.





### L'INCITATION AU SEVRAGE TABAGIQUE AU SEIN DE L'ENTREPRISE

On estime que 60 000 personnes meurent chaque année du tabagisme en France, un cancer sur trois étant dû à la consommation de tabac.

Le plus connu est le cancer du poumon, dont 90 % des cas sont liés au tabagisme actif et 5 % au tabagisme passif. Cependant, de nombreuses autres pathologies sont imputables directement ou

indirectement au tabac telles que des maladies cardiovasculaires, respiratoires... Or, il est difficile de s'arrêter de fumer. Face à un tel fléau, la Caisse a décidé d'apporter son soutien aux départements



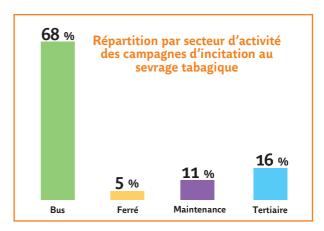


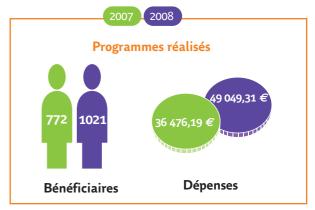
ou unités qui souhaitent s'engager dans une action d'incitation au sevrage tabagique. Ainsi, la CCAS finance des programmes réalisés sur les lieux de travail, en partenariat avec l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFPT). Ces interventions prévoient notamment des expositions sur site, des journées d'information et de sensibilisation, des tests permettant de mesurer le niveau d'intoxication réalisés par des tabacologues et l'accueil des fumeurs par groupe ou individuellement

Depuis 2005, 19 sites de travail ont bénéficié de ces programmes, soit une population de 9 188 personnes. Parmi celles-ci, 28 % ont participé à l'enquête sur la perception du tabagisme sur le lieu de travail. 2 230 agents ont pu bénéficier de conseils personnalisés et ont participé aux actions de sensibilisation. Au cours de ces actions, 745 mesures du niveau d'intoxication au monoxyde de carbone ont été réalisées.

afin d'initier le sevrage des volontaires.

Depuis février 2007, votre Caisse rembourse les traitements par substituts nicotiniques prescrits et achetés en pharmacie (patch, gomme, pastille, inhalateur...) jusqu'à 50€/an à tous ses affiliés.





# LE SUIVI POST PROFESSIONNEL DU RISQUE AMIANTE

Tout salarié, lorsqu'il quitte l'entreprise, se voit délivrer une attestation d'exposition s'il a été exposé à l'inhalation de fibres d'amiante au cours de sa vie professionnelle, que l'exposition se soit produite à la RATP ou chez un précédent employeur.

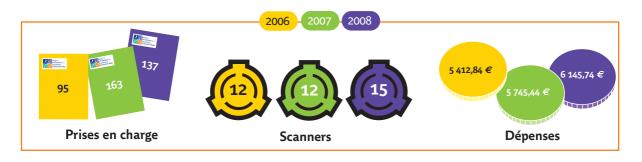
Cette attestation est établie par la RATP pour les données d'exposition, puis complétée par le médecin du travail pour les données de surveillance professionnelle médicale.

La CCAS délivre, sur présentation de la fiche d'exposition, des prises en charge totales permettant une surveillance médicale tous



les deux ans (consultation, radiographie des poumons et examen du souffle).

D'autres examens complémentaires, tel qu'un scanner, peuvent être pris en charge en cas de nécessité s'ils sont prescrits par un médecin, avec l'accord du service médical de la Caisse.





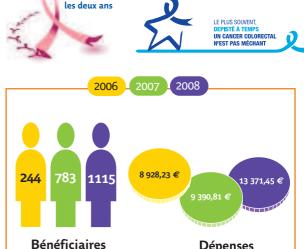


### **BILAN DES DÉPISTAGES DES CANCERS**

Ces dépistages visent à détecter le plus précocement les cancers du sein et du colon chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, car ils constituent les principales causes de mortalité par cancer.

Fiables, rapides et gratuits, ces dépistages sont proposés tous les 2 ans.

Pour cela, votre Caisse a passé des conventions avec des organismes départementaux habilités à organiser ce dépistage sur l'ensemble du territoire national. Ces organismes vous adressent régulièrement une invitation pour le compte de la CCAS.



Dépistage organisé du cancer du sein

dès 50 ans, c'est tous

### (→>) BILAN DES EXAMENS DE SANTÉ

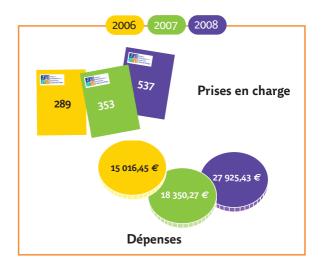
Ces bilans sont totalement pris en charge par la CCAS, avec dispense d'avance de frais s'ils sont réalisés dans un centre agréé ou dans un centre de l'Espace santé de la RATP.

Le bilan de santé se déroule en deux temps :

- Des examens de base vous sont proposés, puis un questionnaire médical vous est remis. Il permet au médecin qui coordonne votre bilan de déterminer les examens complémentaires en fonction de votre âge, de votre sexe, de vos antécédents et de vos facteurs de risque.
- Votre entretien avec le médecin lui permet d'identifier les risques de pathologie, de commenter vos résultats et d'établir avec vous, si nécessaire, un « plan santé ».

Une copie des résultats du bilan est envoyée à votre médecin traitant ou à tout autre médecin agréé et désigné par vous.

Dépenses







### BILAN DES CAMPAGNES DE VACCINATION

La vaccination est l'un des plus grands succès des politiques de santé publique.

Des millions de vies ont pu être sauvées grâce à ce geste de prévention. La vaccination est

donc efficace contre de nombreuses maladies infectieuses. Le calendrier vaccinal regroupe toutes les vaccinations recommandées par le ministère de la Santé à chaque individu, en fonction de son âge, et tout au long de sa vie. Parmi les vaccinations généralisées, certaines sont obligatoires, d'autres sont recommandées telles que la vaccination contre la grippe, et contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR).







Nom:: Constans

Prénom: Muriel

Métier: Acheteur médical

Après avoir obtenu un Diplôme
Universitaire de Technologie (DUT)
en génie-chimie, Muriel Constans
opte pour le métier de manipulatrice
de radiologie qu'elle pratique durant
six ans dans le secteur privé, avant

d'être recrutée à la RATP en 1996.

Elle y exerce ce même métier jusqu'en 2003. Avec la ferme volonté de mieux connaître l'entreprise grâce aux opportunités qui lui sont offertes, elle s'inscrit à des cours du soir à Van Dyck. Puis, elle demande une mobilité, qui lui est proposée au sein de l'Espace santé. Muriel Constans commence par effectuer une mission de maîtrise d'ouvrage en vue de la restructuration des centres de médecine de soins, dont le centre médical de La Défense, ainsi que la mise en place du schéma directeur de l'Espace santé 2003-2006. C'est en 2006 que la responsable de l'Espace santé, Anny Mantovan, lui propose le poste d'acheteur médical.

### CONDITIONS

Le métier d'acheteur médical est unique à la RATP, ce qui nécessite une formation interne de plusieurs jours au département Achats (HAL), mais avant tout une formation sur le terrain. En effet, l'acheteur médical prospecte les fournisseurs, négocie les tarifs, évalue les besoins de la médecine de soins (Espace santé) et de la médecine du travail.

### **AU QUOTIDIEN**

Muriel Constans réalise des appels d'offre sur les gros achats et les investissements, établit les dossiers d'opportunité en collaboration avec les utilisateurs, renégocie tous les ans les tarifs des approvisionnements du consommable dans l'ensemble des centres médicaux. Elle se déplace pour rencontrer les fournisseurs, assister à la démonstration de matériels et de différents produits. Elle réceptionne et fait installer le matériel en appliquant toute la réglementation en vigueur dans les six centres médicaux de l'Espace santé (exemples : mise en place d'un cabinet dentaire, d'une stérilisation centralisée avec la procédure de décontamination). Elle est chargée du suivi qualité des produits, des quelques quatre-vingts fournisseurs et de l'ensemble des contrats de maintenance (une trentaine) de l'Espace santé. Elle est prescripteur pour tous les marchés transversaux à l'entreprise mis en place par le département HAL, comme le ramassage des Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI) ou encore le marché des boîtes de secours. Elle suit l'évolution des risques professionnels, la réglementation et son application, répertorie les produits toxiques.

### **UN METIER EXIGEANT**

Le métier d'acheteur médical est un poste particulièrement diversifié. Son activité quotidienne est très riche, les contacts internes et externes sont nombreux et la charge de travail soutenue. L'acheteur médical permet à l'ensemble des centres médicaux de s'approvisionner et de maintenir l'équipement à un bon niveau technologique.

Muriel Constans est avant tout soucieuse d'ajuster les demandes du personnel médical, paramédical, afin d'acheter les meilleurs produits et équipements en parfaite adéquation avec le besoin, dans le souci permanent de maîtriser les coûts.

Ce poste nécessite à la fois des connaissances techniques médicales et un excellent relationnel et c'est, selon Muriel, ce qui rend ce poste passionnant.





### LE BLANCHIMENT DENTAIRE

« Blanchiment dentaire » est une expression à ajuster. La couleur de la dent est définie génétiquement. On ne blanchit pas une dent, on l'éclaircit pour retrouver éventuellement sa teinte originelle.

# Deux techniques d'éclaircissement sont possibles :

- externe, au contact de l'émail, pour les dents vivantes, (objet de cet article),
- interne, à l'intérieur de la dent pour les dents dévitalisées.

Il ne s'agit pas de simples procédures cosmétiques mais bien de techniques esthétiques relevant de l'art dentaire et nécessitant les compétences d'un praticien, qui ne s'engagera qu'après examen clinique préalable.

### Intérêt de l'examen clinique préalable

Cet examen permet d'apprécier l'état de santé en général et l'état bucco-dentaire (dentaire et gingival), de prescrire si nécessaire des examens complémentaires (radiographie panoramique,...), d'évaluer la demande du patient, les causes de colorations, les habitudes alimentaires, la recherche de tabagisme, d'envisager le traitement le plus approprié, d'informer le patient sur les contraintes et/ou les risques encourus et les chances de succès.

### Deux types de colorations sur dents vivantes

- Colorations internes à dominante grise ou gris bleu, en plaques ou stries, liées par exemple à l'absorption massive de certains antibiotiques (Tétracyclines) ou à un excès de fluor (Fluoroses). Ces colorations sont difficiles à réduire.
- · Colorations externes à dominante jaune,



dues à des dépôts incrustés en profondeur dans l'émail et teintés par des facteurs colorants tels que café, thé, tabac, épices, tanin, suppléments à base de fer, ou au vieillissement physiologique des dents. Les traitements par éclaircissement donnent des résultats en général très positifs.

### Principe de l'éclaircissement dentaire

Ces produits d'éclaircissement dentaire contiennent tous un agent de « blanchiment » : le peroxyde d'hydrogène ou le peroxyde de carbamide (à base de peroxyde d'hydrogène et d'urée). Celui-ci pénètre dans la dent et va réagir avec les pigments organiques responsables des colorations de la dent. Si le pouvoir éclaircissant, le pouvoir irritant pour les muqueuses (buccales, digestives) tout comme le risque d'altération morphologique de l'émail augmentent avec la teneur en peroxyde d'hydrogène, il n'a pas d'action sur la céramique ou l'or dentaire, mais peut endommager les obturations à base de résine, de ciments et d'amalgames dentaires.

### Différents produits d'éclaircissement

Selon la teneur en peroxyde, on trouve :

- entre 0,1 % et 6 % : les produits d'hygiène bucco-dentaire en vente libre tels que dentifrices, gels à appliquer au pinceau, bandelettes,
- de 16 % à 22 % : les kits de blanchiment remis par le praticien pour un traitement à domicile avec suivi du professionnel (traitement ambulatoire),
- de 33 à 37 % : le traitement appliqué directement au fauteuil par le praticien.

### Les deux types de traitement

Dans les deux cas, plusieurs séances sont nécessaires : informations générales du patient, examen clinique, réalisation des gouttières et conseils d'usage, suivi du traitement, évaluation de la motivation et de la progression de l'éclaircissement.

• Le traitement ambulatoire dure une quinzaine de jours environ, par arcade. Le chirurgien-dentiste remet au patient une trousse contenant du peroxyde de carbamide à 16 %, voire 22 %, sous forme de gel dans







une seringue. Le patient dépose quelques gouttes de gel dans les gouttières et porte l'ensemble selon les indications du praticien.

• Le traitement au fauteuil beaucoup plus rapide (environ une heure par arcade) implique d'« activer » le produit d'éclaircissement, lui-même plus concentré (peroxyde d'hydrogène à 35 %). Le risque de sensibilité est accru.

Une séance au fauteuil équivaut à une semaine de traitement ambulatoire.



### Contraintes

Confection de gouttières à réservoir, individuelles et bien adaptées : un joint d'étanchéité doit protéger la gencive de tout débordement de peroxyde.

Consignes à respecter scrupuleusement :

• Avant de commencer le

traitement, faire un détartrage.

- Pendant le traitement :
- Nécessité d'avoir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.
- Il est fortement déconseillé :
  - d'absorber des boissons colorantes (café, thé, vins rouges) ou acides (jus de fruits, sodas,...), des viandes en sauce, en particulier à base de curry,
  - de fumer,
  - d'utiliser du rouge à lèvres.

### Avantages

Lorsque les indications sont bien posées (par un professionnel), les résultats obtenus avec un protocole relativement simple sont bons (un éclaircissement de deux ou trois teintes visibles à l'œil). Ceux-ci sont stables environ cinq ans, sous certaines conditions : arrêt du tabac, alimentation surveillée, bonne hygiène bucco-dentaire. Passé

ce délai, il peut être nécessaire de refaire un traitement court d'environ une semaine.

### ■ Inconvénients mineurs et temporaires

Il y a un risque de sensibilité accrue au chaud et au froid dans 20 % des cas et durant deux à douze heures, dû à une petite inflammation de la pulpe. Il y a un risque de sensation de brûlures liées à une irritation de la muqueuse buccale, pouvant être ressenties lorsque la gouttière n'est pas parfaitement ajustée et l'excédent de gel non correctement enlevé. Il faut en informer le praticien qui conseillera utilement le patient. Ces inconvénients cessent en général avec l'arrêt provisoire.

### ■ Contre indications

Le traitement est déconseillé chez :

- l'enfant,
- le jeune de moins de 16 ans (car l'organe dentaire n'est pas encore complètement mature),
- la femme enceinte,
- les diabétiques,
- les cas d'allergie,
- toute personne présentant des problèmes dentaires importants (gingivite, dents déchaussées, dents cariées, obturations non étanches) ou de fortes colorations en bandes et très colorées.

Les colorations dues aux fluoroses sont résistantes à tout traitement.

### ■ Vers une réglementation européenne

La Direction Générale « Santé et protection des consommateurs » de la Commission européenne tente d'évaluer les produits de blanchiment et leur innocuité. Si celle-ci est garantie pour des concentrations jusqu'à 0,1 %, elle ne l'est plus au-delà car les risques d'effets nocifs potentiels pour la bouche n'ont pas encore été suffisamment explorés. On estime qu'un utilisateur de produit de blanchiment des dents avale jusqu'à 25 % du peroxyde appliqué.



Si les propriétés du peroxyde d'hydrogène en font une molécule de choix pour l'éclaircissement dentaire, son utilisation soulève encore certaines questions quant à ses effets indésirables.

N'oubliez pas que le traitement porte sur des dents vivantes!

Seul un protocole technique assuré par un chirurgien-dentiste peut en garantir la qualité.







**Brèves** 

### FIL SANTÉ JEUNES CHANGE DE NUMÉRO

Composez désormais le 3224 ou le 0 800 235 236

Accessible 7 jours/7, de 8 h à 24 h, Fil Santé Jeunes permet de s'entretenir avec un adulte compétent, une personne de confiance en mesure d'apporter des réponses à tout besoin d'écoute, d'informations, de conseil et d'orientation, dans une expression libre, confidentielle et dans le respect de l'anonymat. Il est ouvert en premier lieu aux jeunes mais aussi à toute autre personne, qu'elle soit ou non parent. Cette plate-forme téléphonique, spécialement dédiée à la santé des jeunes, traite en moyenne 300 000 appels par an. Son site Internet a reçu environ un million de visites en 2007. Les modalités d'expérimentation de la gratuité de l'accès de ce numéro vert aux téléphones portables sont en cours d'organisation. Pour en savoir plus :

www.filsantejeunes.com



### TRANSPORT EN TAXI : BON À SAVOIR

A compter du 1<sup>er</sup> avril 2009, si votre médecin traitant vous prescrit un transport en taxi pour l'un des motifs pris en charge par l'assurance maladie (cf. *RESPIRE* n°7, septembre 2007) vous devrez faire appel à un taxi conventionné « sécurité sociale » pour bénéficier d'une prise en charge de la CCAS.

Ces taxis sont reconnaissables au logo figurant au niveau de la vitre arrière latérale droite du véhicule.



Pour connaître les taxis conventionnés de votre ville ou proches de votre domicile, contactez la CCAS :

courriel : contact@ccas-ratp.fr

Tél.: 01 58 76 03 34

### L'INCONTINENCE

n'est plus un tabou et encore moins une fatalité: Osez en parler!

Alors qu'en France, on estime à 3,5 millions le nombre de personnes concernées par l'incontinence, ce dysfonctionnement reste encore trop souvent non pris en charge. Votre médecin traitant est là pour répondre à toutes vos questions et pour vous accompagner vers les solutions les plus adaptées à votre situation.

La CCAS, toujours soucieuse d'être également à vos côtés, vous propose de bénéficier d'information, de conseils personnalisés et de tarifs privilégiés pour l'achat de protections personnelles contre l'incontinence. Grâce à un partenariat noué avec les sociétés « Ontex » et « Cap Vital Santé » ainsi qu'à l'écoute attentive de notre service « Fil Seniors CCAS », vous pouvez bénéficier de conseils personnalisés.

# Quel est votre interlocuteur selon la question que vous vous posez ?

Vous souhaitez une information générale sur l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charge publiques ? Vous souhaitez savoir si un médecin ou un kinésithérapeute spécialisé, exerce à proximité de chez vous ?

L'équipe pluridisciplinaire de Fil Seniors CCAS, composée de médecins, assistantes sociales, psychologues et conseillers spécialisés, est à votre écoute :

Fil Seniors CCAS - Tél. : 0 810 000 956 (coût d'un appel local).

Vous souhaitez des conseils sur le matériel adapté à votre situation personnelle, des conseils d'utilisation, bénéficier de tarifs privilégiés pour l'achat de vos protections, d'une livraison à domicile discrète ?

Les 16 conseillers techniques de la société ONTEX et les 234 points de vente du réseau Cap Vital Santé sont à votre disposition :

Cap Vital Santé - Tél. : 0 825 888 808 (0,15€/minute).

Vous vous demandez s'il existe une possibilité d'aide financière car le coût de votre matériel d'incontinence pèse lourd dans votre budget ?

Les conseillers spécialisés « Action Sociale et Prévention » de la CCAS sont à votre écoute : courriel : contact@ccas-ratp.fr - Tél. : 01 58 76 03 34.

La CCAS est la première Caisse en France à proposer à la fois des conseils personnalisés, des produits à un tarif préférentiel et des aides financières.





QUOI DE NEUF À L'ESPACE SANTÉ ?

L'Espace santé renouvelle son matériel et ses équipements médicaux régulièrement afin de conserver une technologie de pointe. En 2008, plusieurs équipements ont été acquis ou renouvelés



L'installation d'un nouveau cabinet d'ophtalmologie au centre médical de Lachambeaudie permet de réduire les délais de rendez-vous qui sont de 15 à 21 jours, délais très favorables en comparaison des ophtalmologues de ville qui sont de 3 à 6 mois.

La traçabilité informatique des cycles de stérilisation des autoclaves des Centres de médecine de soins de Val de Fontenay et de La Défense permet de vérifier la conformité du cycle de stérilisation. Pour ce faire, des tests sont réalisés quotidiennement avant la mise en charge des instruments. Dans le cadre du développement durable, cette traçabilité informatique remplace, via une clé USB, le support papier et les problèmes de stockage que cela induit.

L'automate de biochimie clinique au laboratoire d'analyses médicales remplace celui qui avait été acheté en 1996. Cet automate de nouvelle génération Olympus est entièrement robotisé pour une grande efficacité alliée à une facilité d'utilisation et à une fiabilité exceptionnelles. Il permet de réaliser 80 analyses simultanées et d'intégrer en cours de traitement des analyses urgentes. Par ailleurs, sa conception sécurise le fonctionnement grâce à un capot de fermeture, qui supprime ainsi tous risques pour le laborantin. Tous les effluents de l'automate sont récupérés automatiquement puis collectés et incinérés, ce qui est un atout dans le cadre du développement durable (analyse des taux de cholestérol, triglycérides, urée, fer, calcium, etc.)





Un fauteuil dentaire PLANMECA au centre médical de Championnet remplace le fauteuil existant, le renouvellement étant réalisé tous les 10 ans, pour un fonctionnement sans coût de maintenance excessif. Ce fauteuil intègre le système automatisé de décontamination de tous les circuits, y compris le crachoir. Il comprend également un récupérateur d'amalgame dentaire dans le cadre du développement durable.

Un panoramique dentaire numérisé PLANMECA de dernière génération au service d'imagerie médicale du centre médical de Championnet offre, à la plus grande satisfaction des chirurgiens-dentistes prescripteurs, une qualité d'image exceptionnelle.

Un nasofibroscope renouvelé pour les consultations d'ORL du centre médical de Championnet offre quant à lui une taille et résolution d'images supérieures, ainsi qu'une luminosité accrue.

Parallèlement à l'équipement médical

Une nouvelle application informatique pour le laboratoire d'analyses médicales est intégrée dans la gestion informatisée de l'Espace santé.

Un serveur vocal interactif en réseau, installé le 26 mai 2008, permet de recevoir en moyenne 4 000 appels par semaine pour les prises de rendez-vous, grâce à son numéro unique.

Une patientèle en augmentation de 4 % par rapport à 2007 a ainsi bénéficié de ces nouveaux équipements.



### DE NOUVEAUX PRATICIENS à L'ESPACE SANTÉ



Le Docteur Fabien Varnoux, mésothérapeute, est titulaire depuis le 1er janvier 2009 au centre médical de Lachambeaudie.



Le Docteur Danièle Bolzer-Milcent, dentiste, est titulaire depuis le 20 février 2009 au centre médical de Val de Fontenay.



Madame Féva Sadli, directrice adjointe de laboratoire, a pris ses fonctions le 5 janvier 2009.



Le Docteur Catherine Perves-Kechemair, endocrinologue, est titulaire depuis le 1er mars 2009 au centre médical de Lachambeaudie.

### A noter, les départs des :

- Docteur Gérard Seguin, radiologue, au 31/12/2008,
- Docteur Sylvie Couchoud, directrice du Laboratoire, au 31/12/2008.
- Docteur Anne-Sophie Horreard, psychiatre, au 31/12/2008,
- Docteur Anne-Marie Lazartigues, psychiatre, au 1/03/2009.

### Et aussi:

Une nouvelle consultation en dermatologie, le mardi de 13h30 à 16h30, au centre médical de Val de Fontenay, avec le Docteur Bénédicte Fabre, médecin spécialiste en dermatologie et vénérologie.

### Information santé







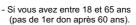
Les prochaines collectes de sang organisées par l'Espace santé, en collaboration avec l'Etablissement Français du Sang (EFS), se tiendront de 9h à 15h:

- Jeudi 4 juin 2009 : Championnet Salles Clignancourt et Jules Joffrin
- Mardi 16 juin 2009 : Maison de la RATP Salle 7
- Jeudi 18 juin 2009 : Val de Fontenay *Immeuble Périastre – Salle polyvalente*

www.dondusang.net



### Vous pouvez donner votre sang:



Si vous pesez plus de 50 kg.Si votre dernier don de sang date de plus de 8 semaines (ou de plus de 4 semaines pour le don de plaquettes).

Si vous êtes concerné(e) par un des points suivants, nous vous demandons de bien vouloir différer votre don :

- Voyage ou séjour depuis moins de 4 mois dans une zone ou sévit le paludism
- Accouchement depuis moins de 6 mois.
- Prise d'antibiotiques au cours des 15 derniers jours.
- Soins dentaires :
  - Détartrage au cours des 7 derniers jours. - Extraction au cours des 7 derniers jours.
- Piercing ou tatouage depuis moins de 4 mois
- Nouveau partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois sans usage de préservatif.

Par précaution, vous ne pouvez pas offrir votre sang si vous :

- Avez été transfusé.
- Avez séjourné entre 1980 et 1996, plus d'un an. cumulé, dans les lles Britanniqu
- Avez utilisé, dans le passé, de la drogue par voie intra-veineuse.

Si vous pesez entre 45 et 50 kilos, vous pouvez contacter l'un de nos sites pour réaliser d'autres types de don.

Se munir d'une pièce d'identité



CH34 LAC CG01 30, rue Championnet 75887 Paris Cedex 18









# RESPIRE

Le journal de la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales

N° 13 - septembre 2009



### actualités

Contrôles des arrêts de travail effectués par la CCAS



### dossier

Dépistage du cancer de la prostate



### brèves

La Commission des secours de la CCAS







### sommaire

Vous êtes nombreux à nous interroger sur les dispositifs de contrôles des arrêts de travail, CNA, SME,... autant de sigles qui peuvent vous paraître obscurs, actuellement en vigueur à la CCAS.

Vos questions tout à fait légitimes nous amènent, dans ce nouveau numéro de votre journal RESPIRE, à vous proposer un point complet sur ces dispositifs: Quels contrôles? Quand? Qui décide? Quelles sont les conséquences en matière d'indemnisation? Je forme le souhait que cet article répondra à votre attente.

Vous trouverez également dans ce numéro le récit d'une belle aventure, celle du partenariat entre l'Espace santé, la Fondation RATP et l'association Echange Solidarité, témoignage de l'engagement solidaire de femmes et d'hommes vers un même idéal.



**Isabelle Caroff,**Directeur de la CCAS

### 3 actualités

- Contrôles des arrêts de travail effectués par la CCAS
- Rendez-vous annulé = place libérée : un enjeu Qualité
- Le Comité de Lutte Anti-Fraude (CLAF)
- L'Espace Santé au cœur de l'aventure « Madagascar 2008 »

### 8 dossier

Dépistage du cancer de la prostate

### II portrait

Le chargé d'affaires juridiques

# informations de la médecine conseil

Que signifie, en Médecine conseil, une décision de reprise ?

### IB brėves

- La Commission des secours de la CCAS: une instance à saisir sans hésiter en cas de besoin
- Délégation de tâche : vous êtes concerné(e)
- Un nouveau praticien à l'Espace santé



[Connaissez-vous bien votre Caisse ?]



Edité par la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales



Responsable de publication : Isabelle Caroff Responsable de rédaction : Geneviève Charpentier

Ont contribué à ce numéro :

Christine Argelier, Christian Baboux, Brigitte Bocquet-Garnier, Evelyne Caillarec, Catherine Gisquet, Jean-Louis Glomot, Sylvain Halison, Janick Le Henaff-Sanna, Docteur Jean Lafortune, Anny Mantovan, Docteur Jean-Luc Pouch, Docteur Marie-Cécile de Roovere, Maryline Vinet.











# CONTRÔLES DES ARRÊTS DE TRAVAIL EFFECTUÉS PAR LA CCAS

Un salarié en arrêt de travail perçoit, sous certaines conditions, des prestations en espèces de sa caisse d'assurance maladie. Celle-ci dispose légalement de la faculté de vérifier que les arrêts prescrits ne sont pas abusifs.

Les contrôles effectués par la CCAS auprès des assurés et des praticiens trouvent leur origine dans les articles 50, 51 et 52 du Règlement Intérieur de la Caisse, mais également dans les dispositions du Code de la sécurité sociale relatives aux missions de contrôles des caisses.

Dans le respect de cette réglementation, il appartient à la direction de la CCAS d'organiser les modalités des contrôles

Les services de la Caisse peuvent ainsi décider de convoquer un assuré, notamment :

- par courrier simple, recommandé ou remis en mains propres,
- pendant ou en dehors d'une période d'arrêt de travail.
- à une heure fixe ou sur une plage horaire laissée au choix de l'assuré,
- à l'occasion d'un arrêt de travail particulier ou bien à chacun de ses arrêts de travail sur une période donnée.

Trois types de contrôle sont possibles :

- le contrôle médical à domicile,
- le contrôle administratif à domicile,
- le contrôle médical ou administratif à la CCAS.

Tous ces contrôles relèvent exclusivement de la responsabilité de la CCAS en tant qu'assureur social. Aucun contrôle n'est diligenté par l'employeur RATP.

Par ailleurs, la CCAS a mis en place une procédure de « contrôle nombreux arrêts » afin d'améliorer le suivi des assurés non connus jusqu'alors par le service de la médecine conseil.

### Le processus se décompose en deux étapes :

- 1. La CCAS identifie les assurés qui correspondent au profil défini. Actuellement, ce profil est de 7 avis d'arrêts de travail sur 12 mois glissants. Ces assurés reçoivent un courrier leur demandant de se présenter à la CCAS lors de leur prochaine prescription d'avis d'arrêt de travail, afin de bénéficier d'une consultation avec un médecinconseil pour faire le point sur leur situation médicale. C'est la Consultation Nombreux Arrêts (CNA).
- 2. Lorsque l'assuré rencontre le médecin-conseil, ce dernier peut, soit constater qu'il souffre d'une pathologie avérée qui justifie les nombreux arrêts de travail, soit décider la mise en place d'un Suivi Médical Encadré (SME) pour une durée déterminée. Durant cette période, l'assuré devra se présenter chez le médecin-conseil le premier jour ouvré suivant la prescription d'arrêt de travail. Le médecin-conseil est alors seul habilité à valider l'arrêt de travail.

Depuis la mise en place, fin 2007, de ces « contrôles nombreux arrêts » :

- 1474 assurés ont été convoqués et 792 assurés se sont présentés pour être reçus par un médecinconseil de la CCAS.
- 423 d'entre eux se sont vus attribuer un « Suivi Médical Encadré » prescrit par un médecinconseil.

Toutes les notifications de SME font donc suite à un avis rendu par un médecin. Il ne s'agit en aucun cas d'une décision administrative.

Situation des CNA au 31 mai 2009	
Nombre de convocations CNA	1474
Aucun arrêt de travail depuis l'envoi de la convocation	357
Absence de présentation à la convocation de la CCAS	325*
Pathologie avérée identifiée par le médecin-conseil	369
Mise en place d'un SME	423





# RENDEZ-VOUS ANNULÉ = PLACE LIBÉRÉE :

### **UN ENJEU QUALITÉ**

Depuis plusieurs années maintenant, l'Espace santé s'est engagé dans la lutte contre l'absentéisme aux consultations. A l'origine de cette action, un constat simple : trop de patients ne préviennent pas quand ils ne peuvent honorer leur rendez-vous.

Dans ces circonstances, l'organisation des consultations est fortement perturbée :

- gestion des plannings difficile,
- allongement des délais de rendez-vous,
- impact économique.

Il est par conséquent devenu indispensable de développer des solutions, afin de résoudre ces différentes problématiques.

Dans le cadre de sa démarche de certification ISO-9001, l'Espace santé a inscrit cet engagement de lutte contre l'absence aux consultations dans sa Charte Qualité, affichant ainsi clairement son objectif d'amélioration.

Plusieurs solutions ont été mises en œuvre pour fidéliser, relancer ou rappeler aux patients leurs engagements:

- Utilisation de l'application de gestion informatisée de l'Espace santé avec l'envoi « automatisé » d'une lettre de rappel pour les rendez-vous pris depuis 2 mois.
- Envoi d'une lettre au patient qui n'a pas prévenu de son absence. Ce courrier a d'ailleurs évolué au fil du temps selon les remarques et suggestions des patients, pour devenir plus informatif et pédagogique.
- Création d'une adresse de messagerie dédiée à l'annulation des rendez-vous.

### Pour mémoire :

- adresse interne:
- gis-annulation-rdv-espace sante
- adresse externe: annulation-rdv-sante@ratp.fr
- Mise en service d'un serveur vocal interactif en réseau et du numéro unique (8 33 33) pour mieux joindre l'Espace santé et ainsi annuler plus facilement son rendez-vous.
- Campagne d'information et de sensibilisation des patients par affichage dans les centres médicaux « Rendez-vous annulé = Place libérée »
- Information soutenue de tous les patients sur l'annulation des rendez-vous planifiés dans une même spécialité (dentaire, acupuncture, etc.)

Toutes ces mesures, globales à l'ensemble des centres de médecine de soins, ont été complétées par des initiatives locales visant à faire diminuer encore plus sensiblement l'absentéisme, notamment aux consultations dentaires, sujet particulièrement sensible en raison des délais de rendez-vous encore insatisfaisants.

Ainsi, grâce au rappel téléphonique initié en 2008 par les équipes paramédicales, le taux d'absentéisme en dentaire est passé de **12,50 %** à **10,46 %**. Le résultat est prometteur !

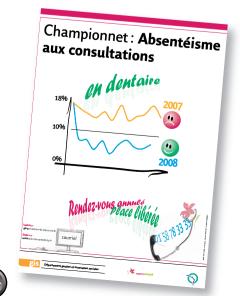
L'exemple le plus encourageant figure au centre médical de Championnet où l'absentéisme en dentaire est passé de **15,66** % en 2007 à **8,04** % en 2008.

Aujourd'hui, le constat est plus que satisfaisant : le taux d'absentéisme à l'Espace santé, qui atteignait plus de 12 % en 2005, est passé à :

- 8,95 % en 2006
- 8,83 % en 2007
- 8,13 % en 2008

En tout état de cause, toutes ces actions d'amélioration ont donné ces résultats grâce à votre collaboration et à votre implication, que vous soyez agent actif ou retraité, car vous avez été sensible à notre démarche et avez adhéré au but poursuivi.

Si aujourd'hui il devient de plus en plus difficile d'aller en deçà de ce résultat, il est nécessaire de maintenir le cap, sans oublier que l'objectif principal de l'Espace santé est de vous satisfaire pleinement.

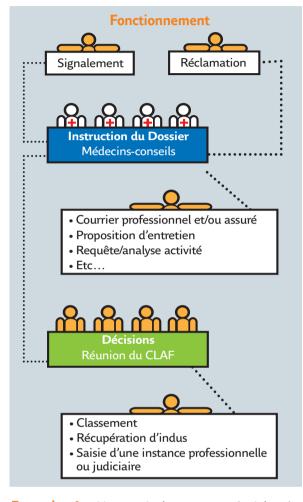






## LE COMITE DE LUTTE ANTI-FRAUDE (CLAF)

Le 21 février 2008, a été mis en place, au sein de la CCAS de la RATP, un Comité de Lutte Anti-Fraude (CLAF), afin de structurer et d'harmoniser le traitement des réclamations et des signalements.



### Les missions du CLAF

- Étudier les réclamations des assurés.
- Étudier l'activité des professionnels de santé pour lesquels on suspecte une pratique déviante.
- Étudier les signalements émanant des divers services de la Caisse.

### La composition du CLAF

- Le directeur de la CCAS.
- Deux représentants de l'entité Comptabilité,
- Trois représentants de l'entité Prestations en nature (remboursements),
- Un représentant de l'entité Affaires juridiques,
- Un représentant administratif de l'entité Médecine conseil.
- Deux médecins-conseils.

Bilan au 31-12-2008 (après 10 mois de fonctionnement)						
	Réclamation assuré	Signalement des prestations	Analyse activité professionnelle			
Nombre de dossiers	17	24	4			
Classés sans suite	5	5				
En cours d'instruction	8	11	1			
Récupération d'indus	3	6	1			
Procédure ordinale* ou judiciaire	1	2	2			

\* Conseil de l'Ordre

**Exemple n°1:** Un assuré adresse un courrier à la suite d'une facturation de dépassements d'honoraires pour une radiographie de la cheville, par un praticien conventionné en secteur 1. Après étude du dossier, il a été constaté des dépassements systématiques non justifiés.

Le CLAF a pris la décision d'engager une procédure disciplinaire devant l'ordre des médecins.

Exemple n°2: Un assuré retraité en région signale la facturation de médicaments non délivrés par sa pharmacie. Après instruction du dossier, il est procédé à la récupération d'indus auprès de ladite pharmacie.

**Exemple n°3 :** Le service des remboursements signale la facturation de huit soins infirmiers avec déplacements quotidiens pour une assurée retraitée. Après instruction du dossier, il est constaté que la patiente était en fin de vie : il s'agissait de soins palliatifs de courte durée évitant une hospitalisation coûteuse. Le dossier a été classé sans suite.

Exemple n°4: Le service des remboursements signale la facturation de visites à domicile pluri mensuelles pour un même assuré en activité. Un entretien au contrôle médical a eu lieu avec les autres assurés de la CCAS ayant consulté ce médecin. Il a été constaté des anomalies de cotation des visites à domicile, non conformes à la nomenclature des actes professionnels ayant permis un meilleur remboursement de la majoration de déplacement, pour des visites à domicile non médicalement justifiées. Une procédure ordinale a été engagée à l'encontre du praticien et les assurés ont été informés que les visites à domicile facturées, non justifiées, seront remboursées selon les règles de sécurité sociale, les indemnités de déplacement restant à leur charge.

Le CLAF permet de contrôler l'activité des professionnels de santé (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) et de mettre en évidence des pratiques déviantes. Après instruction des dossiers, la Caisse peut procéder à la récupération d'indus et/ou à la poursuite devant une juridiction (professionnelle et/ou pénale) de l'auteur d'actions fautives.

Le bilan des premiers mois d'activité du CLAF a démontré son utilité.

Il est à noter que par cette action, la CCAS peut également avoir une action pédagogique préventive auprès des professionnels de santé.







# L'ESPACE SANTÉ AU CŒUR DE L'AVENTURE « MADAGASCAR 2008 »

Il y a de cela plusieurs mois, l'association Echange solidarité a mandaté l'un de ses membres pour démarcher l'Espace santé. Il s'agissait en premier lieu d'une approche timide pour « voir ce qu'il était possible d'envisager » ensemble, dans le cadre d'une mission solidaire vers Madagascar, programmée au mois de novembre 2008.

Née de l'initiative d'un agent de l'entreprise, le projet a mobilisé les membres de l'association *Echange Solidarité*, une Œuvre à Personnalité Civile du Comité Régie Entreprise (CRE). Les objectifs en ont alors été décidés en coordination avec les correspondants locaux. Il s'agissait d'une action de solidarité répondant à une logique de codéveloppement. Le projet comprenait des interventions dans un quartier de la capitale pour la formation de jeunes étudiants défavorisés, et également en brousse pour les besoins vitaux des populations locales.

Ce projet réclamait des moyens tels, qu'il était nécessaire de fédérer des énergies au-delà des seuls membres de l'association, lesquels se mobilisaient de leur côté pour assurer une partie de l'autofinancement au travers d'initiatives visant à collecter des fonds. Un contact fut donc pris avec Catherine Gisquet, chargée de communication, qui en informa aussitôt Anny Mantovan responsable de l'Espace santé.

Le projet « Opération Madagascar 2008 » a été accueilli très favorablement, et la demande de soutien formulée par l'association Echange solidarité a été très vite traduite en décisions concrètes et opérationnelles. Cet appui a permis de réunir non seulement des médicaments et du matériel de soins dentaires, mais aussi un Vidal (ouvrage de référence) et... un microscope électronique remis aux interlocuteurs médicaux locaux, après avoir été soumis à un contrôle



métrologique pour une utilisation immédiate sur le terrain. L'appui de l'Espace santé est allé au-delà de ces dons, grâce notamment à des conseils et des orientations sur l'utilisation du matériel sanitaire, destiné à la propre protection des voyageurs de l'association dans leur périple de trois semaines dans la brousse de Madagascar.

L'opération Madagascar 2008 a été de ce point de vue une véritable aventure : deux journées de route, une journée et demie de pirogue et 14 km de marche avant d'atteindre le village où le camp de base a été établi. Il a fallu ensuite rejoindre les deux autres villages concernés par l'opération, situés à 5 km, dans les collines escarpées. Les organismes ont été soumis à rude épreuve : chaleur, troubles digestifs, efforts physiques. Et quand la pluie tropicale s'est mise à tomber, toujours à verse, les pistes devenues glissantes ont rendu la traversée des collines hasardeuses. Il n'y avait sur place ni électricité, ni eau courante et bien entendu pas de réseau téléphonique. L'équipe a dormi sous des tentes. Mais malgré toutes ces contraintes, l'enthousiasme et la bonne humeur ont régné au sein de l'équipe. Les phases préparatoires du projet ont permis de faire édifier, avant l'arrivée du groupe, en partenariat avec







l'association Razanamanga déjà implantée sur place, des constructions en dur. L'utilisation d'un petit groupe électrogène a permis de bénéficier, le soir, de quelques heures d'électricité, et, sur les indications de plusieurs villageois (étonnamment bien équipés en téléphonie mobile), d'un point situé sur une colline pour l'utilisation des téléphones portables. Enfin, il faut bien ajouter que toutes les mesures ont été prises pour assurer le maximum de sécurité aux membres de l'expédition, puisque l'Ambassade de France était informée du détail de l'opération et que, suprême précaution, une évacuation d'urgence par hélicoptère était prévue en cas d'extrême nécessité.

L'expédition « Opération Madagascar 2008 » de l'association Echange Solidarité a été exemplaire à plus d'un titre. Rassemblant vingt-deux agents de la RATP et du personnel du Comité Régie d'Entreprise (CRE), des opérateurs, des agents de l'encadrement issus des départements les plus divers de l'entreprise (exploitation, maintenance, services fonctionnels), des retraités, cette expédition a aussi uni dans le même engagement la Fondation RATP, le CRE, la Mutuelle, et l'entreprise au travers de l'implication de l'Espace santé du département Gestion et innovation sociales (GIS).

A l'issue du projet, le bilan est édifiant: en brousse, trois puits ont été creusés et équipés de pompes, deux fontaines ont été construites et alimentées par captation d'une source, deux écoles et deux collèges ont été dotés en matériels et en livres scolaires, le dispensaire de campagne a été réapprovisionné en médicaments, un jardin potager a été aménagé, des associations de femmes des villages ont bénéficié financement pour des cours de couture et, de plus, un abri pour les temps de cyclone a été réalisé. Grâce à une action menée parallèlement sur la capitale, un petit centre informatique, destiné aux jeunes des quartiers, a également été créé. Des soins dentaires ont de même été prodigués avec l'aide d'un dentiste recruté dans la ville de Mananjary, dentiste qui aura partagé toute l'aventure et toutes les contraintes aux côtés des membres de l'association. Près de 150 personnes ont ainsi été soignées grâce notamment au matériel fourni par l'Espace santé et aux médicaments collectés, faut-il le souligner, auprès de son personnel!

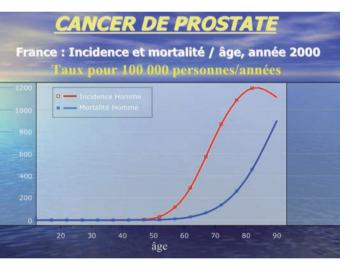


### DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Si les autorités de tutelle ont institué et organisé le dépistage de masse du cancer du sein et du cancer du côlon, il n'en est pas de même du cancer de la prostate pour lequel aucun dépistage de masse n'a été mis en place à ce jour (mai 2009). Les médias se sont largement répandus en opinions divergentes selon l'angle par lequel le problème est abordé, qu'il s'agisse de l'économiste, de l'épidémiologiste, du médecin référent ou de l'urologue.

Depuis 2002, les conférences de Consensus ont conduit les urologues, sous l'égide de l'Association Française d'Urologie, à conseiller un dépistage individuel sur demande du patient ou de son médecin. Cette attitude reposait sur les données épidémiologiques et les études de dépistage publiées et rappelées ici. Dès la mise en place du plan cancer par le Président Jacques Chirac, il a été prévu, dès 2007, l'évaluation du dépistage du cancer de la prostate dans certains départements. Le Tarn et l'Hérault ont été choisis.

### Rappel épidémiologique



Il s'agit du cancer le plus fréquent chez l'homme. Il est responsable de 10 000 décès par an. On détecte aujourd'hui plus de 60 000 nouveaux cas de cancer de la prostate par an et un français sur six sera intéressé par cette pathologie.

C'est à partir de 50 ans que le risque de cancer augmente et les courbes d'incidence du cancer de la prostate et de mortalité sont parallèles, avec une croissance rapide jusqu'à 80 ans.

Son incidence est en très forte augmentation par les effets combinés du vieillissement de la population, de l'amélioration des moyens diagnostic et de la diffusion du pré-dépistage par le PSA.

Par ailleurs, la comparaison des courbes d'incidence par âge de 2005 avec des données antérieures révèle un recul du pic d'incidence d'une dizaine d'années, témoignant d'un rajeunissement de l'âge diagnostic.

La mortalité par cancer de la prostate a faiblement augmenté jusqu'en 1990 et diminué ensuite. Cette diminution plus importante entre 2000 et 2005 est en rapport avec l'amélioration des prises en charge, tant des formes localisées que des formes évoluées qui ont bénéficié des progrès de l'hormonothérapie et de la chimiothérapie.

La survie observée est de 88 % à 1 an et de 57 % à 5 ans. Entre les cas diagnostiqués à la fin des années 1980 et ceux de la fin des années 1990, la survie s'est nettement améliorée (73 % à 5 ans en 1989-1991 contre 83 % en 1995-1997). Cette amélioration, qui va de pair avec une augmentation majeure de l'incidence, est en très grande partie due au mode diagnostic et au traitement curatif des cas moins évolués et de meilleur pronostic.

Mais le cancer de la prostate n'est pas l'apanage de l'homme âgé. Chez le patient jeune, il revêt parfois une forme agressive qui nécessite un traitement rapide. Or, c'est lorsque le cancer est muet, asymptomatique, pris précocement que l'on a 95 % de chances de guérison, d'où l'intérêt du dépistage.

### Facteurs de risques et protecteurs

Les facteurs de risque sont mal connus ; seul le facteur héréditaire paraît jouer un rôle important. Lorsqu'un père a eu un cancer de la prostate, le risque du fils est multiplié par deux. Ce cancer n'est héréditaire que dans 10 % des cas, dans des familles ayant eu au moins trois cas (ou deux cas à moins de 55 ans).

L'incidence varie aussi en fonction des zones géographiques. Elle est élevée en Amérique du Nord, dans les Antilles et en Europe, et est beaucoup plus faible en Asie. Facteurs ethniques: le taux d'incidence en Californie est de 40/100 000 chez les blancs et de 100/100 000 chez les noirs. Les facteurs alimentaires et environnementaux pourraient expliquer ces variations d'incidence géographiques.

Les lycopènes contenus dans les tomates seraient un facteur protecteur par leur action anti-oxydante. Il en est de même pour les vitamines relevant des isoflavones, phytoestrogènes, sélénium. Leur rôle doit être précisé par de nouvelles études.

### Dépistage en France

Depuis 2002 et jusqu'à ce jour, l'Association Française d'Urologie est la principale Société Savante d'urologie





regroupant plus de 95 % des urologues exerçant en France. Elle réaffirme son attachement au dépistage individuel sur demande du patient ou proposition de son médecin. Le dépistage ne concerne que les hommes entre 50 et 75 ans et ayant une espérance de vie supérieure à 10 ans. L'âge de 45 ans peut être un seuil d'alerte lorsqu'il existe des antécédents familiaux de cancer de la prostate, dans certaines ethnies ou chez les transplantés.

Les moyens du dépistage sont un dosage du PSA total (dosage de la somme du PSA libre et de la fraction du PSA lié aux protéines du sérum) annuel associé à un toucher rectal. Les biopsies prostatiques sont indiquées dès qu'il existe une anomalie au toucher rectal, que le PSA total est supérieur à 4 ng/ml ou que la vélocité du PSA est supérieure à 0,75 ng/ml/an.

### Buts et movens

Le dépistage individuel a pour objectif premier de baisser la mortalité spécifique par cancer de la prostate. Pour ce faire, il est recommandé:

- D'informer le patient de la présence de cellules néoplasiques dans sa prostate.
- De diagnostiquer des cancers localisés, donc curables.
- D'instaurer une surveillance active pour les cancers localisés qualifiés de peu agressifs.
- D'appliquer un traitement curateur aux cancers agressifs: chirurgie, radiothérapie ou brachythérapie. Et d'informer les patients de leur morbidité.

### Les outils du dépistage

Les deux outils du dépistage sont, d'une part le dosage sanguin du PSA, d'autre part l'examen clinique par le toucher rectal.

A chaque âge, on reconnaît une valeur d'alerte du PSA. Au titre du dépistage, c'est le PSA total qui doit être dosé. Le PSA libre (dosage excluant la fraction liée aux protéines dans le sérum) ne doit pas être fait en première intention. Le terme de vélocité du PSA désigne la rapidité de progression du marqueur. On reconnaît actuellement qu'une progression de plus de 0,75 ng/ml/an est très évocatrice du cancer de la prostate. Ces normes sont revues aux Etats-Unis et on parle aujourd'hui de 0,50 ng/ml/an de croissance annuelle pour réaliser des biopsies prostatiques.

Une fois le diagnostic de cancer localisé fait, la décision thérapeutique est collégiale, intervenir urologues, oncologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes, radiologues et, en fonction du potentiel d'agressivité attribué à la tumeur dont un élément est la différentiation tumorale (échelle de Gleason), on décidera d'une abstention thérapeutique sous surveillance rapprochée, ou d'un traitement curateur chirurgical ou radiothérapique.

Le nouveau concept de surveillance active du Ca P

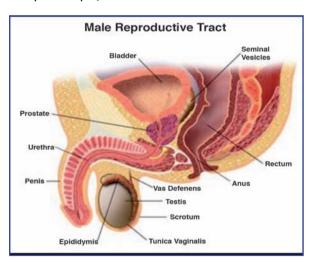
(cancer de la prostate) repose sur la détection des cancers latents, à très faible risque de progression, dont la surveillance permettra de conforter cette attitude, ou au contraire de décider de la nécessité de traitement actif en fonction de l'évolution de la tumeur dans le temps.

La définition du Ca P latent est celle d'un cancer de score de Gleason (grade de différentiation de la tumeur prostatique) < 6 et de volume < 0,5 cm3 tel que mesuré sur une pièce de prostatectomie totale. Pour être éligible à une « surveillance active », il convient de répondre à des critères extrêmement précis et stables dans le temps; la moindre dérive étant considérée comme significative de progression, fait interrompre la surveillance active et proposer un traitement currateur immédiat.

### Les traitements curateurs

Les trois principaux traitements curateurs sont :

- la chirurgie radicale,
- la radiothérapie,
- la brachythérapie (irradiation par des grains radioactifs (radium) introduits dans le volume prostatique).



Il s'agit d'une chirurgie large, qui enlève la totalité de la prostate avec les vésicules séminales l'atmosphère ganglionnaire péri prostatique, avec un risque non encore parfaitement maîtrisé de lésion des nerfs érecteurs. En ce qui concerne la radiothérapie ou la brachythérapie, bien que d'énormes progrès soient faits, tant du point du vue chirurgical que radiothérapique, il persiste un certain risque d'irradiation des organes voisins à type de rectite irritative et de cystite temporaire comme vous le rappelle la planche anatomique.

### Les études de dépistage connues et répertoriées

L'attitude de dépistage individuel du cancer de la prostate suivie par la communauté des urologues repose sur l'analyse des publications des études de dépistage.







Plusieurs études de dépistage ont observé une baisse de la mortalité spécifique :

- Au Tyrol, un programme de dépistage de tous les hommes de 45 à 75 ans, sur la base du volontariat, a été mis en place entre 1993 et 1999 par un dosage de PSA annuel gratuit. 76 000 hommes ont été inclus, soit les 2/3 de la population masculine. L'indication des biopsies prostatiques dépendait des valeurs de PSA en fonction de l'âge. Les auteurs (BARTSCH) ont montré une baisse de la mortalité spécifique de façon significative et ont mis en évidence une migration de stade; les cancers détectés étaient des lésions plus fréquemment localisées et donc accessibles à un traitement curatif.
- La deuxième expérience de dépistage est celle du comté d'OLMSTED à New York, dans l'entourage de la Mayoclinic. Il ne s'agit pas d'une étude de dépistage systématique, mais d'une étude rétrospective depuis l'utilisation massive du dosage de PSA à partir de 1992. Roberts a montré une baisse de la mortalité spécifique par cancer de la prostate de 22 % entre la période 1980-1984 et 1993-1997. Cette étude a été menée grâce à une revue exhaustive des certificats de décès. Il a été noté une diminution de l'âge au diagnostic et une augmentation du pourcentage de cancer de la prostate localisé.

Ces premières études n'étant pas randomisées, c'est-à-dire en double aveugle, elles n'ont pas été prises en compte par les pouvoirs publics.

### Les études randomisées

La première étude randomisée de dépistage a été menée par l'équipe du Professeur LA BRIE au Québec et a été commencée en 1988, en incluant 46 000 patients entre 45 et 79 ans. Les biopsies prostatiques n'étaient effectuées que pour des PSA supérieurs à 3 ng/ml. Les auteurs rapportent 74 décès dans le groupe contrôle de 14 000 patients et seulement 10 décès dans le groupe dépisté sur 7 000 patients, soit une baisse de mortalité de 62 % dans le groupe dépisté, 75 % des cancers diagnostiqués sont au stade localisé.

Deux études randomisées, européenne et américaine, ont été initiées il y a 10 ans sur un très grand nombre de patients :

 En Europe, il s'agit de l'étude ERSPC (European Randomized for Screening Prostate Cancer) intéressant la Belgique, la Finlande, la France, l'Italie, les Pays Bas, l'Espagne, la Suède et la Suisse, qui a inclus près de 200 000 hommes de 50 à 74 ans, avec un dosage de PSA tous les deux ans et des biopsies de prostate pour les PSA supérieurs à 3 ng/ml.

Les premiers résultats montrent une augmentation du nombre de cancers de la prostate diagnostiqués dans le groupe dépisté, 75 % de ces cancers étant localisés, et susceptibles d'être guéris par un traitement curatif.

Par ailleurs, le nombre de cancers de la prostate vus au stade métastatique est très faible depuis la mise en place du dépistage par le PSA (0,6 %) alors qu'en l'absence de dépistage, 25 % des cancers diagnostiqués sont métastatiques. Les investigateurs de cette étude pensent montrer, fin 2008, une baisse de la mortalité spécifique de 25 %.

• Aux Etats-Unis, l'étude PLCO est multi centrique et multi variée. Elle intéresse la prostate, les poumons, le col utérin et le cancer de l'ovaire. Dix Etats américains sont concernés par le programme. La coordination est effectuée au National Cancer Institute et cette étude intéresse les hommes de 55 à 74 ans. 74 000 hommes volontaires sont concernés.

Les résultats de ces études sont aujourd'hui connus et publiés.

L'étude Européenne ERSPC apporte un résultat clair. Il existe une baisse de la mortalité par cancer de la prostate dès 9 ans de suivi après le dépistage d'hommes âgés de 55 à 69 ans, soit un bénéfice de 27 % au terme de suivi.

Le résultat de l'étude Américaine PCLO est moins éloquent, mais le recul est insuffisant et le mode d'inclusion des groupes peut être à l'origine de biais dans l'interprétation des résultats.

Ces résultats confirment le bien fondé des recommandations de l'Association Française d'Urologie en faveur du dépistage individuel du cancer de la prostate. En accord avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National du CAncer (INCA), l'Association Française d'Urologie considère que les résultats de l'étude ERSPC vont contribuer à la définition d'une nouvelle politique de santé publique concernant les recommandations de dépistage et de prise en charge du cancer de la prostate.

Ces deux organismes d'état travaillent à élargir les candidats du dépistage qui permettront une meilleure prise en charge du cancer de la prostate.







Nom:: Lasne

Prénom: Gilbert

Métier: Chargé

d'affaires juridiques Issu de l'école technique de la RATP, l'Ecole Mozart, Gilbert Lasne se consacre durant neuf années au métier de mécanicien d'entretien avant de réorienter sa carrière vers le travail social, de reprendre des études et devenir éducateur spécialisé.

Il dirige pendant douze ans l'association

La Bouée de la RATP, association spécialisée dans l'information et le soutien des salariés de l'entreprise confrontés aux risques toxicomaniaques. C'est en 2005 qu'il rejoint la CCAS de la RATP sur un poste de Conseiller Action sociale et prévention, avant de devenir, en 2008, chargé d'affaires juridiques.

#### **■ PROFIL**

Il est souhaitable d'avoir une formation en droit, une bonne connaissance du droit de la Sécurité Sociale, de ses enjeux, de l'organisation juridictionnelle, ainsi qu'une grande pratique du terrain.

#### ■ AU OUOTIDIEN

Le chargé d'affaires juridiques traite les réclamations d'assurés qui contestent des décisions de refus de prise en charge par la Caisse au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Il traite les dossiers en s'appuyant sur le Code de la Sécurité Sociale et le Règlement Intérieur de la Caisse, et instruit, en Commission de Recours Amiable, une trentaine de réclamations par mois. Cette commission paritaire, émanation du Conseil d'administration de la CCAS, examine le recours de l'assuré sur dossier. Toutefois, l'assuré peut se présenter devant la commission pour exposer ses arguments, ou être représenté par un membre du Conseil de Prévoyance. Il s'agit-là d'une particularité de notre régime spécial de sécurité sociale. Si sa réclamation est rejetée, l'assuré peut saisir le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) de son lieu de résidence pour que son affaire soit réexaminée. Dans ce cas, le chargé d'affaires juridiques rédige les observations et plaide le dossier devant la juridiction. Il dispose pour cela d'un mandat spécial de la CCAS. L'audience se déroule au tribunal composé d'un magistrat, de deux assesseurs, du greffier, en présence de l'assuré représenté ou assisté éventuellement par un avocat, et du chargé d'affaires juridiques qui assure la défense des intérêts de la Caisse. Une procédure similaire se déroule devant les Cours d'appel.

#### ■ UN METIER EXALTANT

Selon Gilbert Lasne, le métier de chargé d'affaires juridiques est passionnant de par la matière inépuisable et en constante évolution qui y est traitée et la diversité des échanges avec de nombreux interlocuteurs. C'est à ses yeux l'un des métiers les plus intéressants rencontrés à la CCAS. Gilbert a le sentiment d'exercer ses fonctions dans la continuité : auparavant il aidait les personnes en difficulté, aujourd'hui il apporte son soutien aux assurés. En effet, son objectif est de prôner avant tout la justice et l'équité. Par conséquent, défendre les intérêts de la Caisse, c'est aussi défendre les droits des assurés et leur régime de protection sociale. Sa vigilance et sa participation à la cohésion sociale de la population de l'entreprise sont grandes, car les décisions prises ont un impact sur la vie des assurés, qui sont aussi ses collègues, et sur leur famille. On comprendra mieux pourquoi Gilbert privilégie l'aspect qualitatif des dossiers, et pourquoi la CCAS prend le temps d'étudier au mieux chaque requête afin d'apprécier chaque cas avec discernement, dans le respect des textes qui s'imposent à elle.

L'Espace Commission de Recours Amiable/Contentieux est composé d'un responsable et de trois chargés d'affaires juridiques. En 2008, la Commission de Recours Amiable du risque Accidents du Travail et Maladies Professionnelle (CRA AT/MP) s'est réunie onze fois et a traité 175 dossiers. La Commission de Recours Amiable du risque Maladie-maternité s'est réunie huit fois et a examiné 46 recours.







# QUE SIGNIFIE, EN MÉDECINE CONSEIL, UNE DÉCISION DE REPRISE ?

# Que ce soit dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident du travail :

Si votre médecin traitant estime que votre état de santé nécessite un arrêt de travail :

- Cet arrêt entre en vigueur au jour de sa délivrance, c'est-à-dire à la date de la consultation.
- La prescription précise sa durée de validité, c'est-à-dire que l'arrêt est prescrit jusqu'au xx/xx/xxxx.

#### A cette date:

- Soit vous reprenez votre activité.
- Soit votre médecin traitant estime qu'il y a lieu de prolonger l'arrêt initial. Il vous prescrit un nouvel arrêt de travail.
- Soit votre médecin traitant vous prescrit une reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique qui sera alors soumise à l'avis du médecin-conseil.

## Quelle est la mission du médecin-conseil de la Caisse ?

Le médecin-conseil peut procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins qui vous sont dispensés.

Vous pouvez donc être convoqué(e) par la Médecine conseil de la CCAS, pendant la période d'arrêt de travail qui vous a été prescrite.

Vous devez vous présenter, muni de tous les documents médicaux nécessaires à l'examen de votre situation (radio, ordonnances, compte rendu opératoire, résultats d'analyses...).

#### A l'issue de cet examen:

 Le médecin-conseil estime que vous êtes en capacité d'exercer une activité.

La reprise de travail vous est notifiée :

- au terme de l'arrêt de travail en cours
- avant le terme de cet arrêt

Une notification de décision de reprise de travail vous sera remise en main propre à l'issue de la consultation. Votre employeur en sera avisé.

Vous devrez impérativement reprendre le travail à la date fixée par le médecin-conseil. En effet, les prestations en espèces versées en cas d'arrêt de travail (maintien du salaire au sens de l'article 128 du Statut du personnel) prennent fin le jour de la reprise.



En cas de contestation de cette décision, vous pouvez saisir la CCAS d'un recours qui relève d'une expertise médicale (art.L141 du Code de la sécurité sociale).

Un médecin expert indépendant de la CCAS sera alors désigné.

Il est à noter que le dépôt de cette contestation n'est pas suspensif de la décision de reprise.

Il est également à noter que les conclusions de l'expert s'imposeront à l'assuré comme à la Caisse, chargée de traduire cet avis sur le plan administratif.

 Le médecin-conseil statue sur la compatibilité de votre état de santé avec une reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique.

Il fixera la durée du temps de travail ainsi que la durée de la reprise à temps partiel au terme de laquelle vous serez en mesure d'exercer une activité à temps plein.

Une notification de la CCAS de « reprise de travail à temps partiel » vous sera alors remise en main propre à l'issue de la consultation et votre employeur en sera avisé. C'est avec l'employeur que vous procéderez à l'aménagement de votre temps de travail.



Pour toute question portant sur la durée ou l'enregistrement de vos arrêts et sur les décisions les concernant:

CCAS
Tél.: 01 58 76 03 34
courriel: contact@ccas-ratp.fr



#### LA COMMISSION DES SECOURS DE LA CCAS: UNE INSTANCE À SAISIR SANS HÉSITER EN CAS DE BESOIN

Vous êtes agent, pensionné, ayant droit affilié(e) à la CCAS? Vos dépenses de santé pèsent lourdement sur votre budget? Vous avez besoin d'un soutien momentané?

Votre Caisse peut remédier à vos difficultés.

#### Les modalités

La Commission est à votre disposition pour étudier toute demande d'aide financière liée à des frais de santé non remboursés par la CCAS ou par votre complémentaire santé, et causés par une maternité, une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle. Ces dépenses peuvent également être la conséquence d'une limitation de votre autonomie du fait d'un handicap ou de l'âge. Ces charges sont susceptibles d'entraîner une disproportion entre les ressources de votre foyer et les frais engagés, au point que votre budget présente un déséquilibre financier.

La demande est examinée anonymement par la Commission qui est chargée de trouver la solution la plus adaptée à votre situation. Pour cela, elle a besoin de mesurer au mieux l'impact de vos dépenses de santé sur votre budget et de réunir les éléments favorisant une décision la plus équitable possible.

#### Les prérogatives de la Commission

- Aide au financement des aides techniques favorisant l'autonomie
- Aide à l'aménagement du domicile ou du véhicule personnel
- Aide exceptionnelle et temporaire au paiement des cotisations MPGR pour les agents actifs
- Aide exceptionnelle et temporaire au paiement des cotisations d'une complémentaire santé pour les retraités
- Aide au financement des frais d'abonnement à une téléassistance
- Aide au financement des frais d'incontinence
- Aide aux frais d'obsèques du retraité
- Aide financière pour des dépenses de santé non remboursées par la CCAS et par une complémentaire santé.

#### Les pièces justificatives

- Imprimé de demande complété et signé par le demandeur
- Copie de la prescription médicale
- Devis ou facture originale acquittée ou copie de l'avis de remboursement de la CCAS
- Attestation de paiement de votre complémentaire santé, si ce n'est pas la Mutuelle du Personnel de la RATP
- Justificatifs de vos ressources et de vos charges
- Le cas échéant, document attestant de votre éventuel handicap ou d'une perte d'autonomie
- Eventuellement, les éléments médicaux sous pli fermé à l'attention du médecin-conseil.

#### Votre Caisse est à l'écoute

Les conseillers sont à votre disposition pour vous informer et vous guider sur les modalités de constitution de votre dossier comme sur l'opportunité de votre demande.

Il s'agit de mesurer au mieux l'impact de vos dépenses de santé sur votre budget et de réunir les éléments favorisant une décision la plus équitable possible, au regard de la situation à laquelle vous êtes confronté(e).

courriel: contact@ccas-ratp.fr



#### **DÉLÉGATION DE TÂCHE:**

La délégation de tâche contribue à améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité des prestations. Elle intervient dans le cadre d'un transfert de compétences d'activités médicales à des acteurs paramédicaux dans un dispositif strictement encadré par la loi : des tâches médicales peuvent ainsi être effectuées par des non-médecins.

#### Exemple de la délégation de tâche appliquée à l'ophtalmologie



C'est un exemple de coopération entre ophtalmologues et opticiens. Un décret du 13 avril 2007 autorise les opticiens-lunetiers à adapter, dans les trois ans, la prescription médicale des verres correcteurs dans le cadre d'un renouvellement, ceci sans le besoin d'une nouvelle ordonnance. La délégation de tâche sera possible, sauf mention contraire expresse portée sur l'ordonnance. Le texte définit les nouvelles compétences des opticiens (information du médecin prescripteur, réservé aux plus de 16 ans, port d'un badge signalant le titre professionnel, local spécial, interdiction de la publicité, lentilles de contact exclues, ...).

En pratique, la délégation de tâche permet à un assuré obligé de porter des lunettes équipées de verres correcteurs de ne pas attendre une nouvelle consultation d'ophtalmologie pour :

- Obtenir un renouvellement à l'identique chez son opticien (lunettes cassées ou perdues).
- Changer de verres si la correction est devenue insuffisante à condition que l'ophtalmologue n'ait pas mentionné son désaccord par écrit sur l'ordonnance. L'opticien pourra modifier le degré de correction des verres.

### UN NOUVEAU PRATICIEN À L'ESPACE SANTÉ



Le Docteur Bénédicte Fabre, médecin spécialiste en dermatologie et vénérologie, titulaire depuis le 31 mars 2009, assure une consultation le mardi après-midi au centre médical de Val de Fontenay.

#### **A NOTER** LES DÉPARTS DES:

- Docteur Minh-Huyen Nghiem-Buffet, ophtalmologue au centre médical de Championnet,
- Docteur Jean-Bernard Lenczner, radiologue au centre médical de Championnet,
- Docteur Alain de Ratuld, cardiologue au centre médical de Lachambeaudie.







#### **VOUS ÊTES CONCERNÉ(E)**



Vous devez présenter :

votre prescription médicale initiale datant de moins de 3 ans le jour où vous allez chez votre opticien.



Votre opticien a l'obligation d'informer votre médecin ou votre ophtalmologue de l'évolution de votre correction et chaque fois qu'elle est différente de celle inscrite dans l'ordonnance initiale.

Si votre opticien met en évidence un défaut de vision inconnu jusqu'alors (une presbytie par exemple), il ne pourra pas corriger votre vision. Vous devrez obtenir une nouvelle prescription de votre médecin ou de votre ophtalmologue établissant cette presbytie.



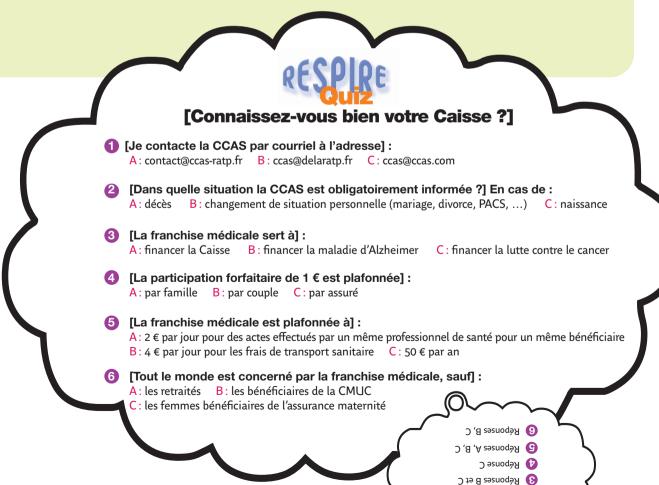
Vous avez au moins trois bonnes réponses :

vous êtes un lecteur attentif de RESPIRE et vous connaissez vos droits.

Dans tous les cas, vos lunettes seront remboursées selon les conditions habituelles.

Attention, le renouvellement de lunettes par un opticien ne concerne pas les ieunes de moins de 16 ans.

Nota Bene : La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009 a étendu cette délégation de tâche aux pédicures-podologues.



D , B , A səsnoqə A , B , C

A senods A

#### LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE VIENT À VOUS



Avoir de belles dents ce n'est pas qu'une question de chance!

- Lundi 21 et mardi 22 septembre 2009 : **CRE Bastille**
- Lundi 16 et mardi 17 novembre 2009: Centre de Belliard
- Mercredi 9 et jeudi 10 décembre 2009 : **CRE Charonne**

#### **Erratum**

Contrairement à ce qu'il a été indiqué dans le numéro précédent, le numéro de fax de l'association Les compagnons du voyage est 01 58 76 09 13

#### Information santé



#### D O N D U SANG







Les prochaines collectes de sang organisées par l'Espace santé, en collaboration avec l'Etablissement Français du Sang (EFS), se tiendront de 9h à 15h:

- Mardi 17 novembre 2009: Maison de la RATP Salle 7
  - Jeudi 19 novembre 2009: Championnet Salles Clignancourt et Jules Joffrin
- Mardi 24 novembre 2009 : Val de Fontenay Immeuble Périastre - Salle polyvalente

www.dondusang.net



#### Vous pouvez donner votre sang:

- Si vous avez entre 18 et 65 ans (pas de 1er don après 60 ans).
- Si vous pesez plus de 50 kg. Si votre dernier don de sang date de plus de 8 semaines (ou de plus de 4 semaines pour le don de plaquettes).

Si vous êtes concerné(e) par un des points suivants, nous vous demandons de bien vouloir différer votre don :

- Voyage ou séjour depuis moins de 4 mois dans une zone ou sévit le palud
- Accouchement depuis moins de 6 mois.Prise d'antibiotiques au cours des 15 derniers jours.
- Soins dentaires :
  - Détartrage au cours des 7 derniers jours.
  - Extraction au cours des 7 derniers jours.
- Piercing ou tatouage depuis moins de 4 mois.
- Nouveau partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois sans usage de préservatif.

Par précaution, vous ne pouvez pas offrir votre sang si

- Avez été transfusé.
- Avez séjourné entre 1980 et 1996, plus d'un an cumulé, dans les lles Brita
- Avez utilisé, dans le passé, de la drogue par voie

Si vous pesez entre 45 et 50 kilos, vous pouvez contacter l'un de nos sites pour réaliser d'autres types de don

Se munir d'une pièce d'identité



CH34 LAC CG01 30, rue Championnet 75887 Paris Cedex 18 courriel: contact@ccas-ratp.fr











# RESPIRE

Le journal de la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales

N° 14 - décembre 2009



#### actualités

Les frais de transport



#### dossier

Le Dossier Médical Informatisé: de la mémoire papier à la mémoire électronique

#### brèves

Mettez à jour votre carte Vitale







Au moment de la parution de ce nouveau numéro de votre journal *RESPIRE*, la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A - H1N1 aura débuté. Plusieurs d'entre vous auront déjà reçu les bons de vaccination leur permettant de se rendre dans le centre de vaccination le plus proche de chez eux.

Je tiens à rassurer l'ensemble des assurés en vous informant que la CCAS adresse régulièrement, à la demande du ministère de la Santé, l'ensemble des données rendant possible l'envoi progressif des bons de vaccination.

Ce nouveau numéro est également l'occasion de vous faire part de la réussite de la première étape du renouvellement de notre système informatique, qui doit nous permettre d'améliorer notamment notre service pour la carte Vitale.

A l'approche de cette nouvelle année, j'espère que nous avons en 2009 rempli notre objectif : vous informer.

L'ensemble du personnel de votre Caisse se joint à moi pour vous souhaiter une

excellente fin d'année, et vous présenter nos meilleurs vœux pour 2010.



**Isabelle Caroff,**Directeur de la CCAS

#### 3 actualités

- Une nouvelle carte postale de MIAMI
- Notification des décisions en matière de Prestations en Espèces: votre Caisse se modernise
- Les frais de transport
- L'iatrogénie médicamenteuse :

  Comment prévenir ce risque trop souvent ignoré ?

#### 7 dossier

Le Dossier Médical Informatisé : de la mémoire papier à la mémoire électronique

#### O portrait

Le manipulateur radio

# informations II de la médecine conseil

- La commission médicale : décryptage
- Le Suivi Médical Encadré (SME), la Convocation Nombreux Arrêts (CNA) et la Grippe H1N1

#### IZ brėves

- Dépassement d'honoraires : obligation d'informer le patient
- Le bilan de santé
- Mettez à jour votre carte Vitale
- Restez en forme, faites du port!



Connaissez - vous bien l'Espace santé ?



Edité par la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales



Responsable de publication : Isabelle Caroff Responsable de rédaction : Geneviève Charpentier

Ont contribué à ce numéro :

Christine Argelier, Christian Baboux, Philipp Bourlès, Lydie Bussolotto, Evelyne Caillarec, Alexandra Canaval, Catherine Gisquet, Brigitte Heudelot-Cristal, Docteur Eric Joussellin, Janick Le Henaff-Sanna, Emmanuel Lequien, Anny Mantovan, Maryline Vinet.











Modernisation de l'Informatique de l'Assurance Maladie et Infogérance

L'opération de renouvellement du système informatique de la CCAS, portée par le projet MIAMI prévoyait une mise en service d'une première étape en septembre 2009.

Cet objectif a été atteint: depuis le 28 septembre 2009, la gestion des ressortissants de la CCAS, de leurs droits et des cartes Vitale, s'effectue sur le nouvel outil.

Hormis la neutralisation des bornes destinées à la mise à jour des cartes Vitale durant le délai de 3 jours, nécessaire pour dérouler toutes les phases qui ont mené à la bascule de l'ancien vers le nouvel outil informatique, cette opération a été transparente pour les assurés. Elle n'a, par ailleurs, eu aucun impact sur les délais de traitement des demandes des ressortissants de la CCAS.

La seconde étape de ce projet, prévue pour décembre 2010, permettra, grâce à ce même outil, de traiter l'ensemble des prestations de la CCAS: prestations en nature, prestations en espèces, médecine-conseil, comptabilité, relations avec les ressortissants et les professionnels de santé...

# Les travaux qui concernent l'étape 2 ont débuté parallèlement à ceux de l'étape 1.

L'étape 2 se décompose en plusieurs phases : après avoir spécifié des besoins et édité des règles de gestion, l'outil doit être paramétré pour répondre aux spécificités de la Caisse. Sont ensuite élaborés des «scénarios de tests» qui permettent de vérifier que tous les besoins précédemment spécifiés sont couverts par l'outil et que les traitements associés fonctionnent correctement.

C'est dans cette phase que l'on nomme « recettage » que se situent les travaux actuellement menés dans le cadre l'étape 2 du projet.

#### ☑ FIABILITÉ ☑ ÉFFICACITÉ ☑ QUALITÉ ☑ SERVICE

Les acteurs qui participent à l'ensemble des travaux apportent leur expertise métier, dans leur domaine respectif, et contribuent à définir au mieux les exigences auxquelles doit satisfaire le nouvel outil, tant pour les agents de la CCAS qui l'utilisent au quotidien, que pour répondre aux obligations légales et de qualité de service exigée par la CCAS envers ses ressortissants.

# Notification des décisions en matière de Prestations en Espèces:

## VOTRE CAISSE SE MODERNISE

Tout d'abord un petit rappel de la réglementation en vigueur au régime spécial d'assurance maladie : Pour les agents statutaires, c'est la CCAS qui est seule compétente en matière de prestations en espèces, à savoir :

- le maintien du salaire au titre des articles 80 à 84 du Statut du personnel,
- l'attribution du Congé Spécial d'Ordre Médical (CSOM),
- l'attribution de temps partiel pour motif thérapeutique.

En pratique, la Caisse notifie à l'agent et au Responsable Ressources Humaines (RRH) de celui-ci ses décisions. L'attachement est alors chargé d'appliquer le pointage correspondant, afin d'assurer le paiement des prestations. Actuellement, la notification au RRH est faite par courrier.

# Cette procédure d'envoi et d'application des décisions nécessite d'être modernisée, et ce, pour plusieurs raisons:

- La traçabilité des décisions envoyées n'est pas toujours fiable.
- Les décisions de la Caisse ne sont pas toutes appliquées, ce qui entraîne un traitement inéquitable entre les assurés.
- L'envoi de courrier représente un coût non négligeable et ne correspond plus au principe de développement durable.

Pour toutes ces raisons, à compter du mois de janvier 2010, la CCAS et la RATP ont décidé d'interfacer leurs applications informatiques (INDISPO pour la CCAS et RHAPSODIE pour la RATP).

La mise en place d'échanges informatisés va permettre à la Caisse de notifier simplement et rapidement ses décisions aux attachements et de vérifier qu'elles sont bien appliquées pour l'ensemble des prestations en espèces.

La mise en œuvre de cette nouvelle procédure sera accompagnée d'une information aux acteurs RH concernés et d'une formation réservée aux assistants RH.





## LES FRAIS DE TRANSPORT

Vous avez besoin d'un transport pour rentrer chez vous après une opération, pour des soins loin de votre domicile ? La CCAS de la RATP peut prendre en charge vos frais de transport, sous certaines conditions.

#### Dans quels cas en bénéficier?

- Le transport est prescrit par un médecin et lié à une hospitalisation, à des soins en rapport avec une affection de longue durée, un accident du travail ou une maladie professionnelle, à la nécessité d'être impérativement allongé ou sous surveillance constante, à un parcours de plus de 150 km aller, à 4 transports minimum de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois et pour un même traitement.
- Vous êtes convoqué(e) par le service du contrôle médical de la CCAS ou par un expert médical pour une expertise mise en œuvre par la Caisse, et vous ne pouvez pas vous déplacer pour des raisons médicales.
- Vous vous rendez à une consultation médicale d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage.
- Vous accompagnez un enfant de moins de 16 ans ou toute autre personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'un tiers.

Dans tous ces cas, les frais de transport sont pris en charge. Le médecin doit le préciser sur la prescription. En dehors de ces situations particulières, les transports ne sont pas pris en charge, même s'ils sont prescrits par un médecin. Il est alors possible de bénéficier de prestations supplémentaires facultatives.

#### Quel mode de transport utiliser?

Le médecin choisit le mode de transport le mieux adapté à votre état de santé et à votre niveau d'autonomie:

 le véhicule personnel ou les transports en commun,

- le taxi conventionné ou le Véhicule Sanitaire Léger (VSL),
- l'ambulance,

 les associations de transports assis professionnalisés agréées par la CCAS (Réseau Age d'Or service et Amélior'Age).

La prescription médicale doit toujours être faite avant le transport, sauf en cas d'urgence, ou si vous êtes convoqué(e) par un établissement de santé (votre convocation est alors considérée comme une prescription médicale et le mode de transport y est indiqué). Il faut respecter le mode de transport indiqué sur votre prescription médicale.

#### Comment être remboursé(e)?

Vos frais de transport sont remboursés à 65 % en règle générale, selon les tarifs de la Sécurité Sociale. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où vous vous trouvez et la structure de soins la plus proche.

Dans certains cas (accident du travail, maladie professionnelle, transport en lien avec une affection de longue durée, etc.), les frais de transport sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs en vigueur.

# Comment bénéficier de prestations supplémentaires facultatives ?

Si votre médecin vous a prescrit un transport non remboursable au titre des "prestations légales", vous pouvez solliciter le service d'Action Sociale et Prévention de la CCAS pour un remboursement au titre des 'prestations supplémentaires facultatives".

Contact

CCAS de la RATP

Tél.: 01 587 60 334

courriel:
contact@ccas-ratp.fr

et aussi

Réseau âge d'Or Services

Site: www.agedorservices.com

Tél.: 03 25 82 86 04

Amlior'Âge

Site: www.ameliorage.com courriel: contact@ameliorage.com

Tél.: 01 64 790 790





# **IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE: COMMENT PRÉVENIR CE RISQUE TROP SOUVENT IGNORÉ?**

Le dictionnaire définit le mot "iatrogénie" comme "toute pathologie d'origine médicale". Cela correspond à l'ensemble des effets secondaires liés à l'intervention du médecin, soit dans ses actes diagnostiques, soit dans ses actes thérapeutiques.

C'est un sujet d'actualité dont l'ampleur fait l'objet d'interrogations régulières, sans que l'on dispose de données extrêmement précises à ce sujet.

C'est donc à partir d'études ciblées et d'extrapolations qu'a été évoqué le chiffre de 130 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès par an dus à l'effet indésirable d'un médicament. La population des plus de 65 ans, polymédiquée, est la plus concernée. Une Enquête Nationale sur les Effets Indésirables des Soins (ENEIS) a montré que la grande majorité des accidents médicamenteux recensés était évitable.

S'il existe une iatrogénie inévitable, liée à divers aléas imprévisibles et imparables, parmi lesquels les particularités pharmacologiques, il existe aussi une iatrogénie évitable due notamment à des imprudences de malades par automédication inappropriée ou par mauvaise observation des traitements prescrits. Cette iatrogénie théoriquement évitable pourrait représenter un tiers, voire la moitié des accidents thérapeutiques médicamenteux, d'où la nécessité de former et d'informer largement le public, les malades et les professionnels de santé. Prévenir ce risque, c'est définir les moyens de réduire l'iatrogénie qui recouvre non seulement l'intervention du médecin, mais aussi tout ce qui relève du domaine de l'action médicale (thérapeutique ou diagnostique), y compris, par extension, l'automédication.

Le médecin traitant reste le pivot de cette prévention car il dispose d'une vision globale de l'état de santé du patient. Son rôle est capital et, pour l'aider à prévenir ce risque, en plus d'une information ciblée de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'iatrogénie médicamenteuse, il dispose d'un questionnaire spécifique destiné aux patients. Ces derniers sont interrogés sur leur consommation de médicaments. Les réponses remises au médecin, à l'occasion d'une consultation, lui permettront d'apporter toutes les informations nécessaires à la prévention du risque iatrogénique.

#### Se poser les bonnes questions

- Respectez-vous scrupuleusement la prescription de votre médecin traitant et les conseils de votre pharmacien (dosage, rythme et horaire des prises de médicaments, durée du traitement)? Quelles sont vos plus grandes difficultés?
- **2** Est-ce que votre médecin traitant connaît tous les médicaments que vous prenez (y compris ceux que vous prenez sans ordonnance ou qui ont été prescrits par un autre médecin), ainsi que vos allergies? Pouvez-vous dresser la liste de tous les médicaments que vous prenez actuellement?
- 3 Vous arrive-t-il de prendre un médicament qu'un proche vous a conseillé?
- 4 Souhaitez-vous arrêter l'un de vos traitements?
- 5 Accepteriez-vous d'interrompre l'un de vos traitements, si votre médecin vous le recommandait?

Les réponses apportées révèlent la pratique courante de l'automédication, jugée anodine par ignorance de tous ses éventuels effets indésirables.





#### IATROGÉNIE ET AUTOMÉDICATION

L'automédication peut être en cause lors d'effets indésirables, même si l'incidence exacte est très difficile à cerner. Celle-ci recouvre essentiellement deux types de pratiques :

- L'automédication par les médicaments demandés directement au pharmacien. Elle est considérée comme peu dangereuse en raison des conseils du professionnel de santé.
- L'automédication improvisée par le recours aux médicaments contenus dans la «pharmacie familiale» ou par ceux recommandés par l'entourage, sans avis médical récent. Elle vous expose à de réels dangers. La «pharmacie familiale» contient le plus souvent des médicaments dangereux, périmés, retirés de leur emballage et sans notice, parfois en grande quantité, de surcroît souvent accessibles aux enfants.

La surveillance et le «nettoyage» de la «pharmacie familiale» sont une action salutaire. Des campagnes d'informations rappellent régulièrement les dangers de cette forme d'automédication totalement inappropriée.

# Quelles que soient leurs formes, les risques de l'automédication sont bien réels

Certains médicaments sont dangereux, même avec une notice habituellement de bonne qualité et même si ce danger reste rare. L'aspirine, les antalgiques dérivés des Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) notamment ne sont pas dénués de risques parfois graves. Ces médicaments sont exceptionnellement mortels (hémorragies digestives à l'aspirine et aux antalgiques dérivés de certains anti-inflammatoires). Les personnes s'automédiquent en général pour des symptômes qu'elles jugent bénins, souvent à raison, quelquefois à tort, en particulier lorsqu'elles prolongent l'automédication.

L'automédication concerne de même <u>les populations</u> à <u>risques</u> (personnes âgées, atteintes de polypathologies...), avec le danger d'interactions entre des traitements prescrits par le médecin et des traitements autoprescrits (surtout lorsque la marge entre les posologies efficaces et les posologies dangereuses est très faible).

#### latrogénie et inobservance des traitements

Certains accidents iatrogènes sont provoqués par l'inobservation ou la mauvaise observation des prescriptions médicales. Ainsi, l'arrêt par le malade d'un traitement indispensable (quelquefois pour un effet indésirable bénin) peut évidemment aggraver une maladie aiguë ou chronique (hypertension, diabète...). L'éducation des malades, surtout ceux porteurs d'affections chroniques, la sensibilisation du public au «bon usage du médicament», les dangers de l'automédication et ses limites sont des objectifs prioritaires de la campagne de prévention qu'il est impératif de réitérer. Il est en effet nécessaire de faire face à la croissance inéluctable des besoins médicaux liés au vieillissement et au progrès technique. L'innovation thérapeutique a donné naissance à de très nombreux médicaments. De nouveaux conditionnements contribuent à réduire le risque d'iatrogénie grâce à des emballages spécifiques, notamment pour la pédiatrie et les personnes âgées, qui préviennent les risques de surdosage intentionnel ou accidentel. Par exemple, pour éviter le risque de se tromper dans le dosage avec des comprimés sécables de 100mg pour faire deux fois 50mg, il existe aujourd'hui des conditionnements en 50mg.

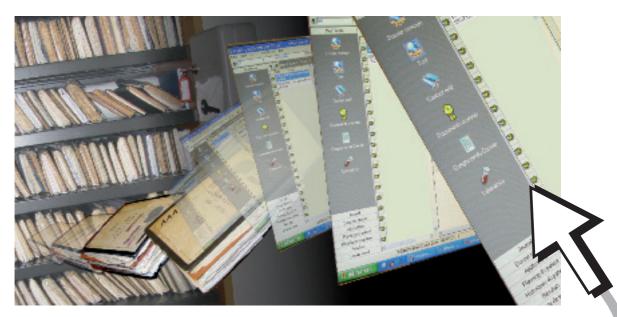
#### CE QU'IL FAUT RETENIR

- La prise de médicament n'est jamais anodine.
- Respectez la prescription médicale qui vous a été délivrée et n'hésitez pas, en cas de doute, à demander conseil à votre médecin, votre pharmacien ou à votre infirmière.
- Simplifiez la prise de votre traitement en utilisant un **pilulier**. Cette boîte dans laquelle vous disposez vos médicaments facilite le suivi du traitement, évite le surdosage ou le sous-dosage. Le pilulier permet de se déplacer avec son traitement.
- Pensez à vérifier régulièrement votre **armoire à pharmacie**, et rappelez-vous qu'elle ne sert qu'aux premiers soins ou bien à conserver les médicaments prescrits. Elle doit rester hors de la portée des enfants.
- Evitez de conserver des médicaments qui vous ont été prescrits pour une durée limitée. Ne les réutilisez pas sans avis médical.
- Vérifiez tous les six mois la date de validité des médicaments et rapportez les médicaments inutilisés ou périmés avec leur emballage d'origine à votre pharmacien, qui les fera recycler.





# LE DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ : DE LA MÉMOIRE PAPIER À LA MÉMOIRE ÉLECTRONIQUE



Depuis près de cinq années maintenant, le carnet médical de l'Espace santé a progressivement cédé sa place au Dossier Médical Informatisé (DMI).

Véritable outil de travail pour le praticien, le DMI permet le recueil des informations personnelles de santé tout au long du suivi médical d'un patient, assurant ainsi le partage et les échanges entre l'ensemble des médecins des centres de l'Espace santé.

Ce dossier informatisé, que l'on rencontre également dans diverses structures hospitalières, est une pièce maîtresse sur l'échiquier des nouvelles technologies et nouveaux matériels médicaux mis en œuvre à l'Espace santé, dans l'optique renouvelée de proposer un service de soins de qualité.

#### **UNE CONSULTATION AVEC LE DMI**

Lors de votre consultation, le praticien pourra saisir des informations de santé à deux niveaux :

- Dans le dossier commun, qui est accessible à l'ensemble des praticiens de l'Espace santé et qui renferme toutes les informations générales de santé:
  - les antécédents familiaux, chirurgicaux, médicaux, obstétricaux,
  - -les allergies et intolérances,
  - les affections actuelles et les traitements médicamenteux en cours,

- les vaccins,
- -les affections de longue durée,
- les habitudes de vie et facteurs de risques.
- Dans le dossier de consultation, où le praticien recueille les informations de santé liées au rendez-vous du jour (motif de consultation, éléments de l'examen clinique, acte réalisé, diagnostic). Ces différentes rubriques permettent la prescription de médicaments, d'examens complémentaires, d'établir comptes rendus, courriers et certificats.

Sa construction est commune à toutes les disciplines médicales, mais des adaptations ont été réalisées afin de répondre au mieux aux spécificités de chacune d'entre elles.



#### QUESTIONS ET RÉPONSES POUR TOUT SAVOIR SUR LE DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ

# Les agents actifs ou les retraités ont-ils un dossier médical informatisé personnel?

Oui, tous les agents de l'entreprise ainsi que les retraités qui consultent à l'Espace santé ont un dossier médical informatisé car le dossier se constitue au fur et à mesure des consultations. Le dossier du nouveau retraité est fusionné avec son dossier « actif » pour assurer la continuité du suivi médical.

En 2008, plus de 32 000 patients ont sollicité au moins une fois une consultation à l'Espace santé.

#### Que contient mon DMI?

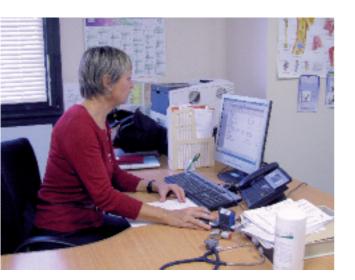
Le DMI a vocation à rassembler tous les éléments de votre parcours médical à l'Espace santé. Il contient donc toutes les informations que vous communiquez librement au médecin que vous consultez, chaque « auteur » étant identifié clairement.

Les courriers, résultats d'examens complémentaires réalisés en dehors de l'Espace santé sont scannés et intégrés dans votre DMI après avoir été validés par le praticien destinataire.

Les données issues des plateaux techniques de l'Espace santé (laboratoire d'analyses médicales, service d'imagerie médicale) sont, depuis cette année, transférées dans le DMI, complétant ainsi les informations qu'il contient.

#### Qui a accès à mon DMI?

Seuls les professionnels de santé de la médecine de soins y ont accès. Il n'y a aucun lien avec la médecine conseil ou le service de santé au travail, aucun lien avec des médecins extérieurs. Le personnel paramédical dispose de certaines



autorisations pour saisir les actes infirmiers et scanner les documents médicaux externes (résultats d'examens complémentaires réalisés hors Espace santé, courriers externes...) qui complètent le dossier du patient.

Chaque geste médical et paramédical est scrupuleusement enregistré et « signé » par son auteur.

Par ailleurs, le patient peut accéder à son dossier médical conformément à la Loi de 2002.

# Quel est l'impact du DMI sur la pratique médicale?

La mise en place d'un tel dispositif a sans aucun doute bouleversé les habitudes de quelques praticiens. Il leur a fallu s'adapter à ce nouvel outil, appréhender la logique du système, sans doute différente des logiciels utilisés pour leur activité extérieure, libérale ou hospitalière.



Mais son usage au quotidien le rend rapidement indispensable, et nombre de praticiens ne souhaiteraient pas revenir aux temps « anciens » du carnet médical papier. Le DMI est un véritable aide-mémoire : l'historique des consultations, des traitements et des examens prescrits améliore la qualité et la coordination des soins, évitant entre autres les prescriptions redondantes.







Le DMI permet de communiquer et d'échanger plus facilement avec les autres médecins de l'Espace santé : terminée la circulation des dossiers médicaux entre les différents centres et spécialités.

Et pour finir, plus besoin de cours de décryptage de hiéroglyphes pour lire les prescriptions médicales!

#### Qu'est devenu mon ancien carnet médical ?



Les informations les plus significatives du carnet médical et des dossiers de spécialités sont enregistrées dans votre dossier informatisé personnel. L'ensemble est par la suite archivé pendant 30 ans sur le site de Saint-Germain-en-Laye, mais reste disponible pour les praticiens de l'Espace santé s'il s'avère nécessaire de consulter les antériorités non saisies dans le DMI. Aujourd'hui, 732 mètres linéaires d'archives médicales occupent les rayonnages de Saint-Germain-en-Laye.

#### → Le DMI est-il sécurisé ?

La mise en place de la Gestion Informatisée de l'Espace santé et du DMI a reçu un avis favorable de la CNIL. Un affichage vous en informe dans toutes les salles d'attente, précisant les actions que vous devez entreprendre pour obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression d'informations personnelles, administratives ou médicales.

Chaque utilisateur de l'Espace santé est détenteur d'un mot de passe personnel et confidentiel ; les accès et les droits sont limités selon les profils.

#### Qu'en est-il de la confidentialité?

L'objectif du DMI est de faciliter la communication des informations médicales entre les professionnels de santé de l'Espace santé, tout en respectant la confidentialité sur laquelle est basée votre confiance.

3 niveaux de confidentialité sont disponibles :

- Le niveau de confidentialité élargi : tous les praticiens de l'Espace santé ont connaissance des informations saisies.
- Le niveau de confidentialité **restreint**: seuls les praticiens de la spécialité ont connaissance des informations saisies.
  - Le niveau de confidentialité maximal : seul le praticien qui saisit l'information peut y avoir accès.

Vous pouvez donc souhaiter masquer certaines données personnelles : ce droit au masquage étant réversible, vous pouvez changer d'avis. La liberté de chacun est ainsi préservée.

Dans ce contexte, le niveau de confidentialité du Dossier Médical Informatisé est supérieur à celui du dossier médical papier.

# Le chirurgien dentiste de l'Espace santé a-t-il accès au DMI?

Seuls les stomatologistes ont accès au DMI du fait de leur spécialité (interventions, extractions,...). Les chirurgiens dentistes disposent d'un Dossier Dentaire Informatisé (Galaxie) permettant la saisie des actes et soins effectués, l'exécution et le stockage des clichés numériques, la réalisation de devis dentaires, la prescription de médicaments et d'examens complémentaires.

#### En conclusion

Peu de structures de santé « multisites » disposent d'un tel outil. L'Espace santé peut s'enorgueillir d'avoir mis à disposition de ses professionnels de santé et de ses patients un DMI capable de recueillir l'intégralité des données de santé, dans le respect de la confidentialité et des obligations réglementaires. Le DMI améliore la démarche et la relation de soins, assure la continuité entre les différents épisodes de prise en charge et entre les différents acteurs de l'Espace santé.





Nom:: LEQUIEN

Prénom: Emmanuel

Métier: Manipulateur

radio

Titulaire d'un diplôme d'état,
Emmanuel Lequien entre dans la vie
active lors de son service militaire,
à l'hôpital militaire de Lille.
Il s'engage ensuite dans l'armée
comme Militaire Infirmier
Technicien des Hôpitaux des

Armées (MITHA), pendant cinq ans à Lille

et onze ans à l'hopital du Val de Grâce de Paris pour y exercer son métier. Après seize années de service, il prend sa retraire et postule à l'Espace santé de la RATP où il est recruté en 2007.

Manipulateur radio au sein d'une équipe, Emmanuel Lequien se voit confier plus particulièrement la gestion de l'activité du service d'imagerie médicale situé à Championnet. Par ailleurs, l'Espace santé ayant besoin d'une deuxième personne spécialisée en radioprotection, il est volontaire pour suivre une formation diplômante et faire partie du Personnel Compétent en Radioprotection (PCR). En effet, tout établissement qui dispose de services de rayonnement, comme les cabinets de radiologie et les cabinets dentaires, doit faire l'objet de vérifications sécuritaires. Ainsi, Emmanuel s'assure régulièrement que le personnel de l'Espace santé est bien formé à la radioprotection et que les locaux sont en conformité.

#### **■ PROFIL**

Le diplôme de manipulateur radio est délivré après trois années d'études, soit par le ministère de la Santé (diplôme d'état), soit par le ministère de l'Education Nationale (DTS en imagerie médicale). Ce diplôme a été créé en 1974. Avant cette date, la tâche revenait aux infirmiers qui bénéficiaient alors d'une formation complémentaire.

#### AU QUOTIDIEN

Ce métier relève d'une relation tripartite: le manipulateur effectue la radiographie, le radiologue interprète et donne ses conclusions, la secrétaire prépare le compte rendu. Une fois le cliché réalisé, Emmanuel Lequien traite l'image sur ordinateur, l'imprime et la remet au radiologue. Le traitement numérique est très important car, quand bien même le manipulateur radio n'est pas autorisé à faire de diagnostic, il tente d'en affiner l'image médicale de manière à aider le praticien à donner ses conclusions.

Le service d'imagerie médicale de l'Espace santé reçoit une soixantaine de patients par jour, d'où la nécessité d'apprécier les relations humaines, surtout quand le patient, parfois dans la détresse, compte beaucoup sur l'équipe de radiologie pour connaître l'origine de sa douleur.

Ce service est localisé sur deux sites: Lachambeaudie ouvert la journée, et Championnet ouvert en demi-journée. L'équipe est constituée d'un responsable et de 5 manipulateurs radio dont l'adjointe du responsable, d'un chef de service radiologue, de 12 radiologues titulaires à temps partiel et de 3 secrétaires médicales spécialisées en radiologie. A Championnet, ce sont les 3 secrétaires du centre médical qui assurent alternativement la fonction de secrétaire en radiologie.

#### **■ UN METIER MECONNU**

Passionné de nouvelles technologies, Emmanuel a le plaisir d'exercer une profession aux multiples facettes et en constante évolution. De plus, l'Espace santé est à ses yeux à la pointe en matière d'avancées technologiques. Toutefois, Emmanuel constate que la profession est méconnue. Il est vrai que les médias en parlent très rarement alors que l'on manque de techniciens en imagerie et radiologie thérapeutique en France. C'est pourquoi, il encourage tous ceux qui s'intéressent à la numérisation, apprécient le contact humain, ont une grande capacité d'écoute, à exercer ce métier.







# LA COMMISSION MÉDICALE : DÉCRYPTAGE



Vous êtes agent affilié à la CCAS, par conséquent vous bénéficiez, en cas d'arrêt de travail, des dispositions prévues par le règlement intérieur de la Caisse et par le Statut du personnel. Parmi ces dispositions, vous avez sans doute entendu parler de la «commission médicale», mais connaissez-vous exactement son rôle ?

La commission médicale est une instance de la CCAS composée de 3 membres :

- 1 médecin du Conseil de prévoyance (\*)
- 2 médecins-conseils de la CCAS.

Elle se réunit périodiquement en vue de donner un avis sur les cas particuliers, et obligatoirement sur :

- la prolongation des arrêts de maladie de plus de 3 mois,
- l'attribution des congés de maladie prévus aux articles 83 (affection grave et caractérisée) et 84 (dits congés de longue durée),
- la réforme des agents inaptes à leur emploi statutaire qui en font la demande,
- la mise en disponibilité pour raison médicale prévue à l'article 86.

La commission médicale, dont le rôle est indispensable pour l'attribution des prestations prévues par le Statut du personnel, peut donc être amenée à demander aux agents concernés de se présenter lors de la séance de la commission.

Cette convocation n'est pas facultative et vous êtes tenu(e) de vous y rendre, sauf si une raison médicale justifiée ne vous permet pas de vous déplacer.

(\*) Spécialement chargé de veiller à l'application des dispositions du Statut du personnel (Titre VI), le Conseil de prévoyance est exclusivement composé de représentants du personnel.



# LE SUIVI MÉDICAL ENCADRÉ (SME), LA CONVOCATION NOMBREUX ARRÊTS (CNA) ET LA GRIPPE A - H1N1

Les agents qui sont actuellement en SME ont l'obligation de se présenter à la Médecine conseil de la CCAS à chaque arrêt de travail.

Les agents qui sont en CNA et convoqués à leur premier arrêt de travail, doivent se présenter obligatoirement à la CCAS de la RATP, sans rendez-vous, le jour de la délivrance de leur prochain arrêt de travail ou prolongation d'arrêt de travail (*maladie ou accident de travail*), ou au plus tard le **premier jour ouvré** (hors samedis, dimanches et jours fériés) qui suit cette date, pour être reçu par un médecin-conseil.

Toutefois, dans le cadre de la période pré pandémique du virus grippal A - H1N1, nous leur demandons, en cas d'arrêt de travail pour les motifs suivants, de ne pas se déplacer pour venir à la CCAS : 

grippe A, 

état grippal,

grippe H1N1, syndrome grippal.

Supple Hills,

Cette dispense ne vaut que pour les motifs indiqués ci-dessus.

Les agents concernés par ces pathologies doivent envoyer à la CCAS <u>un certificat médical motivé</u> <u>et validé par leur médecin</u>, document indispensable permettant au médecin-conseil de valider leur arrêt de travail, le 1<sup>er</sup> jour de leur arrêt.

**Contact**: CCAS de la RATP – Entité Médecine conseil

Bâtiment G1 - bureau 197 - LAC CG01 CH34 - 30, rue Championnet - 75018 Paris





# **DÉPASSEMENT D'HONORAIRES:**

## OBLIGATION D'INFORMER LE PATIENT



d'honoraires inclus.

Depuis le 13 février 2009, date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 2 octobre 2008, les professionnels de santé sont tenus d'afficher, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires qu'ils pratiquent, ainsi que le tarif de remboursement par l'Assurance Maladie. L'information doit être accessible et compréhensible. Cependant, dans un souci de simplification de l'information destinée au patient, l'affichage du détail des actes et majorations n'est pas nécessaire. La mention du

montant final de l'acte suffit. En cas de dépassement d'honoraires, le professionnel est tenu de remettre à son patient une information écrite préalable dès lors que le montant des honoraires qu'il facture est égal ou supérieur à 70 €, dépassement

Cette nouvelle obligation, introduite par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008, est destinée à améliorer l'information des patients sur les compléments d'honoraires facturés par les professionnels de santé et éviter les dépassements abusifs.

Les médecins qui ne respectent pas cette obligation, peuvent faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé selon une procédure prévue par le code de la Sécurité Sociale. De plus, les médecins coutumiers des dépassements abusifs s'exposent à un durcissement des sanctions en cas de récidive constatée. Notons que les dépassements d'honoraires représentent aujourd'hui 2 milliards d'euros, et concernent en particulier trois spécialités: chirurgie, anesthésie, obstétrique.

On parle de dépassement d'honoraires lorsque les prix pratiqués sont supérieurs aux tarifs conventionnés fixés pour chaque acte médical par la Sécurité Sociale.

Par exemple, si un généraliste a fixé ses honoraires de consultation à 25 €, il pratique un dépassement d'honoraires de 3 € (25 € [ses honoraires] - 22 € [tarif de convention]). Le patient va payer 25 € au médecin et la Sécurité Sociale lui remboursera 14,40 € (70% de 22 € moins 1 € de participation forfaitaire).

Au final, le patient aura payé 10,60 € au titre du dépasse ment d'honoraires (7,6 € non pris en charge par la Sécurité Sociale et 3 € non remboursés).

Notons que certaines complémentaires santé remboursent les dépassements d'honoraires.

#### LE BILAN DE

#### Prenez en main votre

Vous souhaitez faire le point sur votre santé, apprendre à mieux la gérer, vous informer, connaître les actions de prévention adaptées à votre état de santé? La CCAS vous offre la possibilité de bénéficier régulièrement d'un examen médical préventif gratuit: Le bilan de santé.



## Connaissez-vous bien l'Espace santé?

Vous avez au moins trois bonnes réponses : vous êtes un lecteur attentif de RESPIRE et vous connaissez bien l'Espace santé.









## SANTÉ

#### capital santé, demandez votre bilan de santé!

Le bilan de santé est ouvert à tous les assurés de la CCAS de la RATP, actifs ou retraités et à leurs ayants droit. Votre bilan de santé est directement pris en charge par la Caisse, sans avance de frais de votre part s'il est réalisé dans un centre agréé par la CCAS (pensez à demander l'accord préalable de la Caisse) ou dans un centre médical de l'Espace santé de la RATP (l'Espace santé n'est pas ouvert aux ayants droit).

Le bilan de santé est adapté à chaque personne selon l'âge, le sexe, les facteurs de risques liés à l'environnement social et professionnel, les habitudes de vie. C'est aussi un moment d'échanges avec des professionnels de santé et, si nécessaire, un accompagnement dans la démarche d'accès aux soins et à la santé.

#### Comment se déroule votre bilan de santé?

#### L'exploration de l'état de santé

Des examens de base vous sont proposés, tels que analyse de sang et d'urine, mesure de la tension artérielle, du poids, de la taille et du rapport taille/hanches, si nécessaire un électrocardiogramme et une mesure de la capacité pulmonaire, des tests de la vue et de l'audition, un examen clinique de la peau et des seins, ou encore un frottis cervical, un test Hémocult, un examen dentaire,...

Un questionnaire médical vous est remis. Il permet au médecin qui coordonne votre bilan de santé, de déterminer les examens complémentaires en fonction de votre âge, de votre sexe, de vos antécédents et de vos facteurs de risque.

#### L'entretien avec le médecin

Il permet au médecin de dialoguer avec vous afin d'identifier les risques de santé, commenter vos résultats et établir, si besoin, un « plan santé ». A cette occasion, le médecin répondra à toutes vos questions.

#### Les résultats

Une copie des résultats du bilan de santé est envoyée à votre médecin traitant ou

à tout autre médecin que vous aurez désigné.

Alors, n'hésitez plus, contactez la CCAS pour demander votre bilan de santé!

Contact
CCAS de la RATP
Tél.: 01 587 60 334
courriel:
contact@ccas-ratp.fr

- 1 A la RATP, combien y a-t-il de médecines distinctes? A:4 B:3 C:2
- 2 Quel est le symbole de l'Espace santé?

A : la rose B : le caducée C : l'orchidée D : le stéthoscope

3 Je contacte l'Espace santé en composant le :

A: 01 58 78 33 33 B: 01 58 76 77 78 C: 01 58 33 33 33

4 Combien d'appels téléphoniques l'Espace santé reçoit-il par semaine en moyenne ?
A: 5 500 B: 3 500 C: 1 500 D: 500

5 La patientèle de l'Espace santé s'élève à: A: 40 000 B: 30 000 C: 20 000

6 Le nombre annuel de consultations s'élève à :

A: plus de 200 000 B: plus de 190 000 C: plus de 150 000

**7** Le nombre annuel de consultations des retraités est de :

A: 30 000 B: 20 000 C: 10 000

8 Les centres médicaux de l'Espace santé sont au nombre de :

A: 10 B: 6 C: 5

22 26.7 parients ont consuite au moins une rois à l'Espace sante. © Répois 21 203 consultations ont été réalisées en 2008. © Réponse B : en 2008, 21 392 consultations ont été réalisées au bénéfice des retraités, soit 17 % d'augmentation par rapport à 2007. ® Réponse B : 6

(Lachambeaudie, Championnet, Val de Fontenay, Denfert, La Défense, Lyon-Bercy)

Bképonse A : la médecine de soins (Espace santé), la médecine conseil, la médecine du travail, la médecine sécuritaire. Réponse C BRéponse B GRéponse B : en 2008, 32 267 patients ont consulté au moins une fois à l'Espace santé. GRéponse B :



## **METTEZ À JOUR** VOTRE CARTE VITALE

#### Un geste simple et un réflexe indispensable pour garantir une prise en charge efficace de vos dépenses de santé.

Votre carte Vitale contient toutes les informations nécessaires au remboursement rapide de vos soins (délai moyen de remboursement à la CCAS: moins de 5 jours).

#### Pourquoi mettre à jour votre carte Vitale ?

Tout changement de situation administrative d'un assuré n'entraîne pas l'envoi d'une nouvelle carte Vitale. Grâce à sa mémoire réinscriptible, la carte Vitale peut être mise à jour pour actualiser les informations qu'elle contient.

Vous devez mettre à jour votre carte Vitale, après avoir informé votre caisse d'assurance maladie de tout changement de situation personnelle ou professionnelle, d'un déménagement, ou lorsque votre Caisse vous y a invité à la suite d'un nouvel examen de vos droits :

■ En cas de changement de votre état civil ou de votre situation familiale (mariage, naissance, divorce). Un ou plusieurs ayants droit peuvent être ajoutés ou retirés. Pensez à envoyer vos pièces justificatives de changement à votre Caisse.

Après avoir reçu votre attestation de droits à la couverture maladie universelle complémentaire ou à son renouvellement.

■En cas de maternité, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur, une fois que votre caisse d'assurance maladie aura pris en compte la déclaration de votre état.

- En cas d'affection de longue durée, afin de bénéficier de l'exonération du ticket modé rateur lorsque vous avez recu votre attestation d'exonération.
- En cas de déménagement.



La carte Vitale doit être mise à jour chaque année afin de vous garantir:

- Une prise en charge conforme à vos droits à remboursement, et éviter ainsi les refus de paiement ou les demandes de remboursement d'un trop versé lorsque vous ne bénéficiez plus de droits particuliers (prise en charge pour longue maladie, couverture maladie universelle complémentaire...).
- L'assurance d'être utilisable, sans difficulté, sur tous les équipements des professionnels de santé.
- Un remboursement rapide, sans échange administratif complémentaire pour votre prise en charge.

#### Quand et comment mettre à jour votre carte Vitale?

Mettre à jour votre carte Vitale chaque année, à la date de votre choix, est un geste simple et rapide. Pour être certain de ne pas oublier de le faire, choisissez toujours la même période de

> l'année, par exemple lors de la rentrée scolaire ou à la date indiquée sur votre carte.

Vous pouvez mettre à jour votre

carte Vitale dans les bornes de







# RESTEZ EN FORME, FAITES DU SPORT!

#### Les bons conseils du Docteur Eric Joussellin, médecin du sport de l'Espace santé.

Le sport, qui est une pratique ancestrale, est avant tout une hygiène de vie qui doit être associée à une bonne hygiène alimentaire. Faire du sport c'est donc se dépenser le plus régulièrement possible tout en mangeant correctement : un petit-déjeuner complet, un vrai déjeuner, un dîner plus léger.

Selon le docteur Joussellin, il n'y a de sport idéal que celui que l'on a envie de pratiquer. Exercer une activité physique est un moyen d'être attentif à sa santé, ne serait-ce que pour ses effets bénéfiques à la fois cardiovasculaires, pulmonaires, artériels, bienfaits que l'on retrouve dans la vie courante. Mais attention aux addictions. Après l'engouement pour le footing, l'aérobic, la technologie a tenté de recréer des activités physiques qui ressemblent davantage à des jeux que l'on subit qu'à des sports accompagnés d'une démarche volontariste. Les salles de musculation, de fitness, le power plate. le vélo elliptique, la Wii représentent des sortes de gadget qui ne sont pas toujours très sains, et les blessures y sont fréquentes.

Contrairement aux idées reçues, tout le monde peut pratiquer un sport. C'est un excellent adjuvant pour lutter contre l'obésité, c'est un très bon médicament pour les personnes ayant subi une intervention chirurgicale cardiaque, ou ayant été atteintes d'une maladie grave. Le Docteur Joussellin conseille à quiconque de faire du sport. Les contre indications définitives sont exceptionnelles, les adaptations au handicap, aux pathologies sont possibles. Il suffit d'être bien suivi par le professionnel de santé. Il est en effet important de faire bouger ses muscles, ses artères, ses articulations, son rythme cardiaque. De plus, le sport est un outil de socialisation extraordinaire, et un excellent anxiolytique.

En France, à l'inverse des pays nordiques, la culture médicale du sport n'est pas plus développée que la culture sportive de l'éducation. Toutefois, son évolution est très significative, notamment à travers le sport de loisir et le sport libre. Aujourd'hui, 70 % d'hommes et 30 % de femmes ont une activité physique. Au plan national, les sports les plus



pratiqués sont le football (2 millions de licenciés), le tennis (1 million de licenciés), le rugby, le handball.

Parmi les 60 sports différents pratiqués à la RATP, la course à pied vient en première position, suivie de la pratique du vélo, du football, du tennis, de sports de combat. Au cours de la saison 2008-2009, le Docteur Joussellin a délivré 203 certificats médicaux de non contre-indication à la pratique du sport (et non pas « certificat d'aptitude au sport », terme employé par erreur). Il remarque une prise de conscience du sport dès la quarantaine, qui traduit une manière de vouloir retrouver son corps de jeunesse. C'est sans nul doute une bonne chose car, face au vieillissement inéluctable, à la baisse de ses capacités physiques, le sport a pour vertu de ralentir la décroissance.

Aussi, après ces bons conseils, n'hésitez plus... faites du sport!

#### **ESPACE SANTÉ**

#### A NOTER LES DÉPARTS DES:

- Docteur Sylvie Badens, ophtalmologue au centre médical de Lachambeaudie.
  - Docteur Sophie Dumay, psychiatre au centre médical de Lachambeaudie.
- Docteur Johanne Genty, chirurgien-dentiste au centre médical de Val de Fontenay.



# LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE VIENT À VOUS



Avoir de belles dents ce n'est pas qu'une question de chance!

> • Mercredi 9 et jeudi 10 décembre 2009 : **CRE Charonne**

**DON DU SANG** 



Les prochaines collectes de sang organisées par l'Espace santé, en collaboration avec l'Etablissement Français du Sang (EFS), se tiendront de 9h à 15h:

- Mardi 9 février 2010 : Maison de la RATP Salle 7
- Jeudi 11 février 2010 : Val de Fontenay Immeuble Périastre – Salle polyvalente
- Jeudi 18 février 2010 : Championnet Salle Clignancourt

Contact: Catherine Gisquet 01 587 84 702





#### Donnez votre sang et sauvez des vies :



#### Vous pouvez donner votre sang si :

- Vous avez entre 18 et 70 ans
- Vous pesez au minimum 50 kg
- Votre dernier don de sang date de 8 semaines minimum de plaquettes date de 4 semaines minimum de plasma date de 2 semaines minimum

#### Dans certaines situations, vous devrez attendre pour donner yotre sang :

- 1 semaine après des soins dentaines (détartrage, extraction) et
- 1 jour pour le soin d'une carie 1 semaine après le fin d'un traitement antibiotique
- 2 semaines minimum après une infection et/ou fièvre > 35°
   4 mois après un voyage dans un pays où savit le paludisme (malaria)
- 4 mais après une intervention chirurgicale
- 4 mais sprès un piercina ou tatouso
- 4 mais après un repport sexuel avec un nouveau partenaire sons
- 6 mais après un accouchement

#### Par précaution, vous ne pouvez pas donner votre sang si :

- Vous svec été transfusé(e)
   Vous svec séjourné entre 1980 et 1998, plus d'un an cumulé, dans les fles britanniques
- Vous utilisez ou avez utilisé de la drogue par voie intraveineuse

#### Informations pratiques:

- Pour un 1" don, yous munir d'une pièce d'identité.
- Nous vous recommandons de ne pas être à jeun avant un don.

Retrouvez toutes les informations sur le don de sang et sur les collectes sur www.dondusang.net.





CH34 LAC CG01 30, rue Championnet 75887 Paris Cedex 18 courriel: contact@ccas-ratp.fr







