

Le MAG

N° 14

ASP
mutuelle
santé BTP

Octobre 2016

PMM ACTUS SOCIALES

MUTUELLE RESPONSABLE
ET DURABLE



**DOSSIER
SANTÉ**
La santé
au travail


bloctel
.gouv.fr

INFO PRATIQUE

Bloctel :
la liste
d'opposition
au démarchage
téléphonique


Association Diversité et Proximité Mutualiste
FEDERER AUTREMENT



Chers adhérents,
Le 25 mai dernier, vous avez pu élire les délégués qui vous représentent dans notre système de gouvernance.

Je tenais tout particulièrement à remercier ces personnes pour leur implication dans la vie de la Mutuelle.

Cette Assemblée a aussi donné un nouvel élan pour la Mutuelle. En modifiant symboliquement le nom de notre structure qui devient aujourd'hui la « Mutuelle du Bâtiment et des Travaux Publics de Normandie », c'est vers une nouvelle dynamique régionale que nous tournons.

A l'instar d'autres organismes de la fédération ADPM, nous avons été sollicités et avons répondu favorablement à la demande de communes qui ont souhaité mettre en place des régimes de complémentaire santé solidaires et accessibles à l'ensemble de leurs administrés. Vous pouvez d'ores et déjà prendre connaissance de l'ensemble de toutes nos nouvelles offres et nouveaux services sur notre site internet qui vient d'être refondu et dont les spécificités vous sont présentées dans ce numéro ainsi que sur notre page Facebook désormais à votre disposition.

En dernier lieu, je voudrais m'arrêter quelques instants sur l'actualité qui entoure la complémentaire santé, qui comme tous les ans est assez riche en cette période de rentrée.

Même si nous sommes toujours dans l'attente du décret « seniors », la Mutuelle reste opposée à ce type d'encadrement et de sectorisation des catégories d'assurés, et nous souhaitons rester vigilant sur l'évolution des dépenses de santé.

La prochaine revalorisation des consultations passant de 23 à 25 € courant 2017 aura un impact fort sur les remboursements des organismes complémentaires estimés à plus de 160 millions d'euros à ce jour.

Bien que banalisées et souvent noyées dans l'information malheureusement très lourde de ces derniers mois, l'ensemble de toutes ces mesures, qui sont apparues régulièrement, n'est pas sans conséquences pour les adhérents. A cet effet l'ensemble du conseil d'administration et les équipes de la Mutuelle s'emploient au mieux pour protéger et favoriser votre accès aux soins dans l'esprit mutualiste qui nous anime.

03

INFOS MUTUELLE

DOSSIER SANTÉ



04

05

LA SANTÉ AU TRAVAIL

06

07

PMM

LA MUTUELLE DURABLE ET RESPONSABLE !

08

INFOS PRATIQUES

BLOCTEL : A NOUVELLE LISTE D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE.

09

BRÈVES SANTÉ :

- MAL DE DOS : MISE EN GARDE CONTRE DES ANTIDOULEURS INEFFICACES ET DANGEREUX
- TRAITEMENT DE LA DMLA : LE PRIX DE L'AVASTIN MULTIPLIÉ PAR 10
- POUSSETTE, VOITURE, TABLETTE... : LA SÉDENTARITÉ DES ENFANTS INQUIÈTE LES CARDIOLOGUES
- DES MÉDICAMENTS ANTI BRÛLURES D'ESTOMAC DANGEREUX POUR LES REINS

10

A SAVOIR !

- L'ASPBTP AMÉLIORE SA QUALITÉ DE SERVICE
- LE DIABÈTE

11

ASPBTP PRÉVENTION

- CAMPAGNE VACCINATION
- VITAMINES

ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS 2016

QU'EST-CE QU'UN DÉLÉGUÉ ? QUEL EST SON RÔLE ?

Il est adhérent de sa mutuelle et défend les intérêts de l'ensemble des membres. Le délégué est le porte-parole des adhérents. Son mandat est de 6 ans et il est sollicité au moins une fois dans l'année lors de l'Assemblée Générale.

L'ASPBTP a procédé aux élections de ses délégués, le 25 mai 2016. Pour cette élection, 12 850 électeurs inscrits et 1 170 réponses reçues de nos adhérents.

Pour toute demande de contact avec un délégué, n'hésitez pas à vous rapprocher de votre mutuelle.

Merci pour votre mobilisation !

LISTE DES 22 DÉLÉGUÉS ÉLUS

Monsieur **Michel BOUILLARD** à Caen - Madame **Yvette JABOT** à Caen - Monsieur **Marcel RENARD** à Fleury/Orne - Monsieur **Pascal BOUE** à aunay/Odon - Madame **Christiane DUGAST** à Bayeux - Monsieur **Jacky GEFFROY** à Subles - Madame **Nathalie GOSSET** à Saint andré/Orne - Monsieur **Thierry HONNIBAL** à Falaise - Monsieur **Roland PHANUEL** à Tournebu - Monsieur **Michel PHILIPPE** à Bieville-Quetieville - Monsieur **Alain RICHARD** à Amblie - Monsieur **André AUBERT** à Periers - Madame **Françoise LECORDIER** à Marigny le Lozon - Madame **Noëlle MARTIN LEPREVOST** à Baneville-Carteret - Monsieur **Bruno ZANELLO** à Tessy/Vire - Monsieur **Alain MARTIN** à la Glacerie - Monsieur **Florent ESNAULT** à Saint Mard-de-Reno - Monsieur **Jean FONTAINE** à Argentan - Monsieur **Guy LECARPENTIER** à Flers - Monsieur **Jean-Marc GAILLARD** à Brains - Monsieur **Vincent QUEVILLY** à Ouville l'Abbaye - Monsieur **Serge DANDEVILLE** à Narbonne.

LES RÈGLES CONCERNANT LES DISPENSES D'ADHÉSION À UN CONTRAT COLLECTIF ÉVOLUENT

Depuis le 30 décembre 2015, un décret (n°2015-1883) vient de nouveau modifier les règles en matière de dispense d'adhésion à un contrat collectif de frais de santé. Jusqu'alors, pour pouvoir faire valoir une dispense d'adhésion, il fallait que celle-ci soit inscrite dans l'acte de mise en place. Désormais, il convient de distinguer 2 types de cas de dispenses :

- Ceux devant être prévus dans l'acte de mise en place
- Ceux dits de « plein droit »

Trois cas de dispenses restent à l'initiative de l'employeur, et doivent être expressément prévus dans l'acte juridique de mise en place pour pouvoir être invoqués par les salariés.

Il s'agit :

- CDD ou apprenti bénéficiaire d'un contrat d'une durée de moins de 12 mois,
 - Dispense d'affiliation permanente sur simple demande du salarié

Exemple : un salarié bénéficiant d'une mutuelle individuelle lors de son embauche dans une entreprise, pourra conserver sa garantie individuelle jusqu'à l'échéance principale de son contrat, même si ce cas n'est pas prévu dans la Décision Unilatérale de l'Employeur.

- CDD ou apprenti bénéficiaire d'un contrat d'une durée de plus de 12 mois,
 - Dispense d'affiliation permanente sous réserve de justifier d'une mutuelle souscrite par ailleurs
- Salarié à temps partiel ou apprenti dont la cotisation représente au moins 10% de la rémunération brute,
 - Dispense d'affiliation permanente sur simple demande du salarié.

Pour tous les autres cas de dispenses, et c'est la nouveauté du décret du 30 décembre 2015, ils sont dits « de plein droit ». En résumé, un salarié pouvant bénéficier d'une dispense d'affiliation « de plein droit » pourra s'en prévaloir auprès de son employeur, même si ce cas n'est pas prévu dans l'acte mettant en place le régime.

LE SITE DE L'ASPBTP FAIT PEAU NEUVE !

L'ASPBTP repense son site internet www.aspbtp.fr pour améliorer la navigation, la carté et l'accessibilité aux informations pour vous, adhérents. Plus optimisé, plus moderne, plus design, plus complet, le nouveau site internet a été conçu pour vous procurer un meilleur confort de navigation et mieux vous informer sur notre mutuelle et les renseignements utiles et pratiques.

Les évolutions :

- Accessible depuis tout support (ordinateur, tablette, smartphone...)
- Ajout de plusieurs rubriques :
 - "Nos réseaux" pour vous renseigner sur les centres mutualistes et le réseau Santéclair.
 - "A la une" pour vous informer sur les services et produits proposés.
 - "Actualités" pour vous rapporter des faits, évènements, nouveautés et informations utiles liées à la santé.

N'hésitez pas à nous contacter si besoin au 02 31 50 35 50
Excellente navigation !

LA SANTÉ AU TRAVAIL



L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé, dès 1946 comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."

En 1995, l'OMS précise que "l'objectif de la santé au travail est de promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions : prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail : les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé : placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques ; en somme, adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche."

EN FRANCE

La santé au travail en France a été organisée au lendemain de la seconde guerre mondiale, en même temps que la Sécurité sociale, avec la loi du 30 octobre 1946 qui crée en son sein la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles. Dès 1947, la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) finance l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS). Toute une organisation se développe pour assister les entreprises dans toujours plus de prévention.

En parallèle, la loi du 11 octobre 1946 fait du médecin du travail un acteur central de cette prévention des risques professionnels. En charge de conseiller l'entrepreneur, les salariés et leurs représentants sur les risques et les normes à respecter, il veille en permanence à l'adaptation du travail aux capacités des salariés.

LE SALARIÉ ET L'AT/MP

L'assurance AT/MP est à la charge exclusive des employeurs, aucune cotisation n'est prélevée aux salariés. Un AT/MP peut avoir des conséquences durant toute la vie d'une personne et nécessiter des soins, voire le versement d'une rente à vie.

Il est donc primordial pour le salarié touché de bien veiller à signaler tout accident de travail ou de trajet à l'employeur qui doit en faire la déclaration à la CPAM de rattachement.

Le dispositif de déclaration d'une maladie professionnelle est différent : il revient à la victime d'en faire directement la déclaration à la CPAM.

La CPAM prend en charge la réparation des accidents du travail, les soins, les indemnités journalières et les rentes éventuelles.

LA PRÉVENTION DANS L'ENTREPRISE

La prévention dans l'entreprise est de la responsabilité de l'employeur tant dans le respect des dispositifs physiques que réglementaires. Il désigne un salarié référent qui l'assiste dans cette mission.

L'évaluation et l'évolution des risques sont consignées dans un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Au sein de l'entreprise, le CSHCT (Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail) et les délégués du personnel ont une mission en prévention des risques professionnels. Le médecin du travail est membre de droit du CHSCT.

L'inspecteur du travail et le représentant de la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de santé au travail) sont obligatoirement invités aux réunions du CHSCT. L'entreprise peut faire appel à des contrôleurs de sécurité et des ingénieurs conseils (CARSAT) dont la mission est de développer et de coordonner la prévention dans l'entreprise.

LE SALARIÉ, ACTEUR PRINCIPAL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

A ce titre, il doit respecter les normes de sécurité actives et passives imposées par la réglementation mais aussi dénoncer les manquements en matière de protection.

LES ATTEINTES À LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Le médecin du travail est un personnage central dans la bonne santé au travail du salarié. A ce titre, outre la visite médicale d'embauche, il suit la santé des salariés et émet des préconisations qui doivent être suivies par l'employeur. Souvent considéré par l'employeur comme un frein à la bonne marche de l'entreprise, son rôle est de plus en plus contesté et affaibli. A cela vient s'ajouter une pénurie de médecins du travail.

La loi "El Khomri" ou loi travail de 2016 acte des reculs non négligeables dans la protection des salariés sur leur lieu de travail.

Les syndicats s'opposent à l'**article 44** de la loi qui réforme les obligations de l'employeur en matière de médecine du travail : le texte limite la visite préalable à l'embauche et le suivi individuel aux salariés affectés à un poste «présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues ou des tiers évoluant dans leur environnement immédiat de travail», ainsi que les salariés handicapés.

Les autres salariés (notamment dans le tertiaire) n'auront droit, après leur embauche, qu'à une visite de prévention et d'information qui ne sera pas obligatoirement animée par un médecin du travail. Les médecins du travail dénoncent le passage d'une «médecine préventive» à une «médecine sécuritaire» et s'inquiètent de l'absence d'interlocuteur pour signaler des problèmes tels que l'épuisement professionnel, le harcèlement ou les risques psychosociaux.

La loi démantèle la possibilité pour **80 % des salariés** de contacter facilement le médecin du travail, et donc de lui signaler leurs problèmes et maladies tels que l'épuisement professionnel, le harcèlement, les risques psycho-sociaux et les effets de certains produits chimiques, s'indigne le Dr Bernard Salengro, médecin du travail, membre du syndicat CFE-CGC (Confédération générale des cadres) et auteur de plusieurs ouvrages sur le stress au travail. Or ce sont des médecins du travail qui ont parlé les premiers des risques psychosociaux dans l'entreprise à la fin des années 1990.



Vers une médecine de contrôle

L'esprit de l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail est modifié. Alors que le médecin est actuellement chargé d'évaluer les risques encourus par les salariés avant une prise de poste, il devra désormais «s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté», et cela uniquement pour les salariés dits «à risque». «On passe d'une médecine de confiance et de protection à une médecine de contrôle», dénonce le Dr François Simon (CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins). Pour le Dr Alain Carré, médecin du travail à la retraite et membre de l'association Santé et médecine du travail, c'est «le cœur du métier qui s'effondre». «Cela initie la dérive d'un exercice exclusif de prévention vers une sélection médicale de l'employabilité du salarié», s'exclame-t-il.

Que se passera-t-il en cas de désaccord du salarié avec l'avis d'aptitude ? Jusqu'à présent, il revenait à l'administration d'arbitrer cette décision, via l'inspecteur du travail éclairé par le médecin inspecteur régional du travail. Le projet de loi bouleverse cette organisation puisque le salarié devra désormais avoir recours au Tribunal des Prud'hommes, où un médecin «expert» aura la responsabilité de trancher. «L'État se désengage de la question de la santé au travail et confie sa gestion aux entreprises, déplore le Dr Alain Carré. Or la Constitution garantit à tous la protection de la santé, c'est donc une mesure à la limite de l'anti-constitutionnalité.

QUELQUES CHIFFRES

En 2014, la France comptait 18 275 500 salariés. Au sein de cette population, il y a eu :

- **621 111 accidents du travail et maladies professionnelles avec arrêt de travail**
- **86 476 accidents de trajet**
- **36 895 AT/MP graves ayant entraîné une incapacité permanente (totale ou partielle)**
- **530 décès**

Source : CNAMTS



ACTEURS DANS LA PRÉVENTION ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

- **OPPBTP** : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
- **ANSES** : Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail
- **ANACT** : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- **InVS** : Institut national de veille sanitaire
- **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Les premiers intervenants restent les médecins du travail et les inspecteurs du travail

LA MUTUELLE DURABLE ET RESPONSABLE !



Vous lisez ce M@G, vous êtes donc adhérent de ce que l'on appelle une PMM, une petite ou moyenne mutuelle. Le terme mutuelle est souvent galvaudé pour désigner une assurance complémentaire santé. Or la mutuelle que vous avez choisie pour couvrir votre risque santé n'a rien à voir avec une assurance privée ou une institution de prévoyance, il s'agit d'une vraie mutuelle issue de l'économie sociale et solidaire et qui ne rémunère aucun actionnaire.

La mutuelle à laquelle vous adhérez vous appartient et vous avez, à ce titre, voix au chapitre dans les assemblées générales (au moins une par an) et, par le biais des administrateurs bénévoles, dans les conseils d'administration (plusieurs fois par an).

LA COMPLÉMENTAIRE TAXÉE ET SUR RÉGLEMENTÉE

Il y dix ans à peine, l'assurance complémentaire santé était peu taxée, moins de 2 %. Et quoi de plus normal si l'on considère que l'Assurance maladie est dans l'incapacité de rembourser l'intégralité des soins notamment pour l'optique, l'audioprothèse et le dentaire. L'Assurance maladie se désengage continuellement au "profit" des complémentaires santé et, parallèlement à ce transfert de charges, la taxation des contrats complémentaires santé a littéralement explosé.

Il faut le savoir, votre contrat complémentaire santé est taxé à hauteur de 15 %, soit 5 % de plus qu'un repas au restaurant... Il s'agit de la TSA rénovée (regroupement de la TSCA de 7 % - taxe spéciale sur les conventions d'assurance - et de la TSA - taxe de solidarité additionnelle - ou taxe CMU de 6,27 %). Cette dernière sert à financer le Fonds CMU pour les bénéficiaires de la CMU et de l'ACS (aide à la complémentaire santé). A ces 13,27 % de taxes vient s'ajouter depuis deux ans une nouvelle taxe correspondant à 5 € par an et par bénéficiaire assuré (pour financer l'avenant n° 8 signé entre l'Assurance maladie et les soignants). **Ce qui donne un montant de 15 % de taxe si le contrat respecte les normes des contrats responsables.** Si le contrat n'est pas responsable, la taxation monte à 20,27 %.

Au lieu de mettre en place "la complémentaire santé pour tous" comme il s'y était engagé, le Président de la République et ses gouvernements ont segmenté la population en groupes, inégaux face au risque et donc au coût de leur complémentaire santé : les salariés, regroupés au sein de contrats collectifs négociés par l'employeur et constituant la population à risque le plus faible ; les bénéficiaires de l'ACS déportés chez 11 assureurs adoués par Marisol Touraine et enfin les seniors de plus de 65 ans auxquels le gouvernement veut essayer de faire croire qu'ils seront "rasés gratis" ! Ajoutons à cette segmentation récente les bénéficiaires de la CMUC, les salariés des collectivités territoriales. Le tout assorti de cahier des charges (le "panier de soins" !) spécifique à chaque groupe et nous voilà face à une sur-réglementation qui est une entrave indécente à la liberté de choix pour l'adhérent mais aussi à la liberté d'entreprendre pour les mutuelles, empêchées de proposer des prestations en adéquation avec la demande des adhérents.

LES ABUS DES GROSSES MUTUELLES, ASSURANCES

A ces taxes, les grosses mutuelles et assureurs ajoutent des **frais exorbitants de gestion et d'acquisition**. Pour capter des nouveaux adhérents, ces mastodontes de l'assurance santé dépensent des sommes considérables dans de nombreux supports publicitaires (Télévision, radio et médias papier).

Une étude parue dans le quotidien "Le Monde" du 24 avril 2014 en dit long sur cette gabegie financière et pointe les abus des sociétés d'assurance en général avec des chiffres édifiants chez COVEA qui culmine à 41 % de frais sur le total de la cotisation, le GAN à 30 % pour une moyenne chez les assureurs de plus de 20 %. Les Institutions de prévoyance et les mutuelles sont plus vertueuses à l'exception de Miel Mutuelle (24 %), Mutuelle des sapeurs pompiers (22 %) et REUNICA (21 %).

Le fonctionnement des PMM permet des économies drastiques sur les dépenses de gestion et d'acquisition, le pourcentage sur les cotisations dans les PMM oscille entre 7 % et 12 %. La raison est simple, pas de publicité, la fidélité de nos adhérents et le "bouche à oreille" sont nos meilleurs atouts et des frais de gestion réduits.

La gestion des adhérents dans les PMM est vertueuse. Les sociétés d'assurance ou les grosses mutuelles (qui n'ont rien à envier aux assureurs) paient les services d'une plateforme décentralisée. Les appels sont filtrés et les informations transmises à des gestionnaires qui traitent à la chaîne les demandes émanant des plateformes. Outre le manque d'humanité de ces plateformes, il n'est pas certain que l'information soit bien transmise ou bien traitée en gestion. Ce qui contraint le client à réitérer son appel pour espérer une réponse sur le suivi de son dossier.

Rien de tout ça dans la PMM. Le gestionnaire qui reçoit l'appel de l'adhérent est en mesure de traiter directement la demande, il n'y a aucune perte de temps, aucun dossier perdu. L'ADPM qui regroupe les PMM accentue encore les économies en mutualisant les coûts d'outils indispensables à la bonne gestion et au respect des réglementations financières exigées par le gendarme des banques et des assurances (ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution). *Le M@G que vous lisez est un exemple parmi tant d'autres de cette mutualisation pour obtenir un moindre coût.*

A PRESTATIONS ÉGALES, VOTRE CONTRAT SANTÉ DANS UNE PMM VOUS COÛTE MOINS CHER !

LA PMM : REMPART À LA STANDARDISATION

Face à l'excès de normes contraignantes, les PMM ont cette réactivité qui leur permet d'interagir sur les territoires. **Aucune vocation à devenir gigantesque et inhumain.** Notre force réside dans notre taille humaine et notre enracinement à une ville, un département, une région, une entreprise.

Quand une société d'assurance ou une grosse mutuelle dépense des sommes considérables en publicité pour compenser la perte de leurs clients insatisfaits, les équipes mutualistes (administrateurs bénévoles et salariés) des PMM travaillent à la satisfaction de leurs adhérents parce que cela fait partie de notre "ADN" mutualiste. Leur fidélité est un gage de réussite et de développement. Un adhérent satisfait de sa petite ou moyenne mutuelle en parle à ses proches, à ses amis.

La vraie proximité est aussi une valeur que nous défendons. Pourquoi ? Il existe une fausse proximité ???

Les grosses entités, assurances, institutions de prévoyance, grosses mutuelles et banques, se targuent de la multiplicité d'agences partout en France, et c'est vrai ! Sauf que ces agences ne servent qu'un dessein commercial. Vous y entrez pour signer un contrat. Une fois client, l'agence ne vous connaît plus et vous êtes géré par les plateformes, vous découvrez alors les joies du labyrinthe numérique.

Dans votre mutuelle, l'accueil physique, téléphonique ou informatique arrive en un seul point, le siège de votre PMM. Vous y signez le contrat d'assurance santé et les équipes mutualistes vous suivent tout au long de vos besoins de santé pour les gérer, y compris dans l'urgence des prises en charge hospitalières.

La seule standardisation que les PMM pratiquent sont liées au fonctionnement du tiers payant et à l'automatisme des échanges Noémie (flux de remboursement de votre mutuelle déclenché par le flux de remboursement de l'Assurance maladie) et aux prises en charge.

L'ADPM A REDONNÉ VIE AUX MUTUELLES DE VILLAGE



Le gouvernement a segmenté dangereusement les catégories de population, les salariés d'un côté avec les contrats collectifs ANI (Accord national interprofessionnel), les populations précaires (CMU et ACS), les fonctionnaires des collectivités territoriales avec la labellisation et bientôt les seniors de plus de 65 ans, contraignant ces segments de population à souscrire à des prestations formatées ou pire, pour les ACS (Aide à la complémentaire santé), à devoir choisir parmi 3 niveaux de garanties servies par 11 grosses entités. **Cette politique de l'État a tué le meilleur rempart à l'équilibre des comptes, la solidarité intergénérationnelle.**

Sale temps donc pour les chômeurs, les personnes âgées de moins de 65 ans et les autres laissés pour compte. **L'idée de la mutuelle de village,** résurgence des sociétés mutualistes locales qui protégeaient les villageois bien avant la naissance de la Sécurité sociale en 1945, **est née en 2013 à Caumont sur Durance (84),** d'une idée toute simple de **Véronique Debue.** La responsable du CCAS de cette commune en périphérie d'Avignon a voulu appliquer à la complémentaire santé ce qui existe dans d'autres domaines de la vie courante, **les achats groupés.**

La commune s'est dotée d'un comité de pilotage qui a procédé à un appel d'offres afin que les laissés pour compte puissent bénéficier d'une assurance santé contenant de bonnes prestations pour un coût réduit par rapport à un contrat souscrit individuellement. Parmi les 12 prestataires ayant répondu à cet appel d'offres, **le comité de pilotage a porté son choix sur la MGA (Mutuelle Générale d'Avignon), une petite mutuelle adhérente à l'ADPM.** Ce choix a été conditionné par le rapport cotisations/prestations mais aussi par la réactivité aux testings téléphoniques et la vraie proximité considérée comme un atout non négligeable sur les territoires. Seul impératif pour bénéficier de ce contrat groupe, demeurer dans la commune ou y travailler.

L'ADPM a donc industrialisé le principe de la mutuelle de village en lui affectant une charte de fonctionnement mutualiste, sans intermédiaire et sans actionnaire à rémunérer. **A ce jour, plus de 300 mutuelles de village fonctionnent sur le modèle éthique de l'ADPM,** dans le sud de la France, dans le Nord, en Bretagne, en Normandie, dans le Massif Central et en Ile de France, avec un record en Occitanie - Pays Catalan.

Si votre mutuelle n'a pas encore mis en place de mutuelle de village, n'allez pas piquer une colère, c'est tout simplement que les communes n'en n'ont pas fait la demande.

DURABLE ET RESPONSABLE MA PMM. ÉVIDEMMENT OUI !

Responsable car encadrée par des règles financières rigoureuses et contrôlées par l'ACPR, le gendarme des assurances et des banques. **Responsable** car gérée au plus près des intérêts des adhérents et par les adhérents, auxquels le code de la mutualité donne le pouvoir au sein de leur mutuelle.

Durable car, malgré des contraintes financières croissantes, des réglementations européennes drastiques (Solvabilité 2), des besoins en équipement et en formation constants et les désengagements continus de l'Assurance maladie, les PMM résistent bien, ne licencient pas, elles embauchent même !

Durable grâce leur bonne gestion et leur réactivité, grâce à leur ancrage aux territoires, les PMM sont en mesure de proposer des solutions économiques et sociales aux élus. Les mutuelles de village en sont le meilleur exemple.

FUSION OU PAS FUSION

Le gouvernement, comme le gendarme de l'assurance, pousse les PMM à disparaître en fusionnant dans les grands groupes mutualistes. Ces fusions ne comportent que des inconvénients pour les adhérents qui perdent tout lien avec leur mutuelle territoriale et découvrent les lourdeurs et les lenteurs qui sont la marque de fabrique des grosses entités.

Toutes les fusions ne se ressemblent pas toutefois. Il arrive que deux PMM fusionnent pour réduire leurs coûts de fonctionnement. Dans ce cas, on peut parler d'une **fusion bénéfique** pour les deux mutuelles mais aussi pour leurs adhérents. Il s'agit souvent de mutuelles proches géographiquement, travaillant avec les mêmes outils informatiques et partageant les valeurs éthiques de la mutualité.

BLOCTEL : LA NOUVELLE LISTE D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE.



BLOCTEL, LA NOUVELLE LISTE D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE EST OUVERTE DEPUIS LE 1^{ER} JUIN 2016.

Les consommateurs peuvent donc s'inscrire gratuitement sur ce registre d'opposition.

Pour cela, ils doivent entrer leur(s) numéro(s) de téléphone fixe(s) et/ou portable(s) sur le site www.bloctel.gouv.fr. Ils reçoivent alors par courriel une confirmation d'inscription sous 48 heures. Il convient de vérifier que le message est bien arrivé (si nécessaire parmi les spams). L'inscription n'est prise en compte effectivement que lorsque les consommateurs ont cliqué sur le lien hypertexte proposé dans le courriel de confirmation. Les consommateurs sont alors protégés contre la prospection téléphonique dans un délai maximum de 30 jours après la confirmation de leur inscription.

La durée d'inscription sur la liste d'opposition est valable 3 ans. Par conséquent, 3 mois avant l'expiration de ce délai de 3 ans, les consommateurs sont contactés par courriel ou courrier postal pour renouveler, s'ils le souhaitent, l'inscription de leur(s) numéro(s) sur le registre d'opposition.

Si les appels continuent, les consommateurs peuvent s'identifier sur le site www.bloctel.gouv.fr afin de remplir le formulaire de réclamation. Les services de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) mèneront les enquêtes nécessaires.

Toutefois, le démarchage reste autorisé dans les situations suivantes :

- «en cas de relations contractuelles préexistantes» (par exemple, votre banque pourra continuer à vous appeler pour vous formuler des offres) ;
- en vue de la fourniture de journaux, de périodiques ou de magazines ;
- de la part d'instituts de sondage ou d'associations à but non lucratif, dès lors qu'il ne s'agira pas de prospection commerciale.

Attention : Les spams vocaux et les SMS, pour lesquels il existe déjà un numéro de signalement, ne sont pas concernés par Bloctel. Ils doivent être renvoyés par SMS au 33 700.

En outre, tous les opérateurs de téléphonie proposent à leurs abonnés de s'inscrire gratuitement sur une liste d'opposition. Il existe deux types de listes d'opposition :

- la liste rouge (les coordonnées téléphoniques de la personne inscrite sur cette liste ne sont pas mentionnées sur les listes d'abonnés ou d'utilisateurs) ;
- la liste orange (les coordonnées téléphoniques de la personne inscrite sur cette liste orange ne sont plus communiquées à des entreprises commerciales en vue d'une utilisation à des fins de prospection directe. L'inscription sur la liste orange permet d'éviter le démarchage des entreprises commerciales mais les coordonnées téléphoniques de la personne inscrite continuent de figurer dans l'annuaire universel).

Rappel :

Le service Bloctel remplace le service Pacitel qui a fermé le 1^{er} janvier 2016. Les personnes qui étaient inscrites sur Pacitel doivent se réinscrire sur Bloctel.

Attention aux escroqueries

Une des sociétés éditrices émergentes dans ce nouveau service est Digital Sun Ltd. On voit clairement qu'elle utilise, sur le site Bloctel.me, des typographies de couleurs différentes en fonction des informations données. Elle mentionne son caractère privé et dans une couleur assez difficile à lire, elle écrit que son service est « facturé un euro durant la période d'essai de deux jours puis soixante-neuf euros. Offre résiliable, satisfait ou remboursé ! ».

Comme le rappelle la Répression des fraudes, la différence est bien là. Quand le site officiel Bloctel.gouv.fr promet une inscription et l'accès au service gratuit, les autres avancent une inscription gratuite sous couvert d'essai et payant par la suite. Le plus connu de ces arnaqueurs est "Bloctel.me" qui n'existe plus actuellement. Mais cela peut donner des idées à d'autres escrocs ou pire constituer avec vos numéros fournis une banque de données qui peut rapporter beaucoup d'argent et produire l'effet inverse de celui recherché pour vous.

Alors la seule adresse gratuite et fonctionnelle est

www.bloctel.gouv.fr

DES MÉDICAMENTS ANTI BRÛLURES D'ESTOMAC DANGEREUX POUR LES REINS

Les inhibiteurs de pompe à protons (IPP*), prescrits en cas de brûlures d'estomac, de reflux ou d'ulcères gastriques, sont à nouveau mis sur la sellette, cette fois par des scientifiques de l'Université de Washington (Etats-Unis), à cause du risque de dommages sur les reins.

Leurs effets secondaires sont par ailleurs assez conséquents : nausées, vomissements, douleurs abdominales, maux de tête, diarrhées, constipation.

Pour aboutir à cette conclusion, les chercheurs ont observé des patients sous IPP en les comparant à des patients sous "antihistaminiques H2", un autre type de médicaments prescrits contre l'acidité gastrique.

Résultat : les IPP ont été associés à une plus forte diminution de la fonction rénale. Plus précisément, sur 5 ans, **les utilisateurs d'IPP avaient 28 % de risques en plus de développer une maladie rénale chronique, et 96 % de risques supplémentaires de souffrir d'insuffisance rénale.**

*Parmi les IPP délivrés en France : Inexium®, Inipomp®, Lanzor®, Mopral®, Oméprazole® (générique), Pantoprazole® (générique), Pariet®, Zoltum®.

TRAITEMENT DE LA DMLA : LE PRIX DE L'AVASTIN MULTIPLIÉ PAR 10



Son prix est passé ainsi de 10 à 100 euros. Les raisons de cette hausse n'ont pas été précisées, mais l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) fait savoir que « lors de la mise à disposition du produit en RTU en septembre dernier, le prix avait été fixé provisoirement et devait faire l'objet d'une réévaluation ».

Le laboratoire Roche qui a manifesté à plusieurs reprises son opposition à l'utilisation de l'Avastin dans le traitement de la maladie oculaire, indique ne pas être à l'origine de cette décision.

En dépit de cette hausse, l'Avastin reste beaucoup moins cher que le Lucentis fixé à 738,69 euros par injection.

MAL DE DOS : MISE EN GARDE CONTRE DES ANTIDOULEURS INEFFICACES ET DANGEREUX

Des chercheurs australiens tirent la sonnette d'alarme sur les **dangers parfois mortels** que représente une famille d'anti douleurs souvent prescrite en cas de problème de dos.

Sciaticque, lumbago, pincement de vertèbres... Pour les problèmes de dos les plus fréquents ce sont principalement les antidouleurs de la famille des opiacés qui sont prescrits. Pourtant, une nouvelle recherche menée par les chercheurs du George Institute for Global Health à Sydney (Australie) met en garde contre des risques suite à une consommation longue durée de ces antidouleurs.

Risque de vertiges, chutes et overdose

Après avoir recensé les données médicales de 7300 patients les scientifiques se sont rendus compte que les opiacés comme Tramadol® et Oxycodon® réduisent la douleur mais à une échelle très faible. En plus de cela, **ils provoqueraient des effets secondaires graves sur du long terme** comme un risque d'**addiction, de vertiges, de chute ou d'overdose mortelle.**

"Le problème c'est que si le médecin prescrit une dose pour trois mois on se rend compte que 5 ans plus tard le patient prend toujours ce médicament."



POUSSETTE, VOITURE, TABLETTE... : LA SÉDENTARITÉ DES ENFANTS INQUIÈTE LES CARDIOLOGUES

La Fédération française de cardiologie s'inquiète de la sédentarité croissante chez les jeunes. En 40 ans, les enfants auraient perdu près de 25 % de leur capacité cardiovasculaire. Trop de jeux vidéo, pas assez d'exercice, ils n'ont plus assez d'endurance, s'alarment les médecins. Et ce n'est pas sans conséquence sur leur santé.

En 1971, un enfant courait 800 mètres en trois minutes. Aujourd'hui, pour la même distance, il lui en faut quatre. C'est une enquête australienne qui l'a constaté récemment sur un panel de plusieurs millions d'enfants. Et c'est une information que les cardiologues en France prennent très au sérieux. Car l'endurance est l'un des meilleurs marqueurs de la bonne santé cardiovasculaire.

En France, moins de 50 % des enfants respecteraient les 60 minutes d'activité quotidienne préconisées par les autorités sanitaires. La voiture, les tablettes et jeux vidéo sont autant de freins à l'exercice. C'est d'autant plus grave que c'est avant 18 ans qu'on prépare son capital santé.

"Il faut montrer à nos enfants qu'on est fait pour bouger"

Cardiologue, le professeur François Carré appelle donc les parents à réagir. "Puisque la capacité physique de nos enfants est plus basse qu'il y a trente ans, ça veut dire simplement que si rien ne change, ils vont vivre moins longtemps en bonne santé que nous. Je crois qu'il faut alerter les parents. Quand un enfant marche, il doit marcher, il ne doit pas rester en poussette jusqu'à quatre ans. Quand on veut le déposer à l'école, on peut lui faire faire quelques pas et pas le déposer en double-file. Et puis le samedi et le dimanche, il faut aller faire des activités physiques", insiste le médecin.



**L'ASPBTP
améliore
sa qualité
de services**

**Tél : 02 31 50 35 50
Notre agence :
6 rue Saint-Nicolas CS 85047
14050 Caen Cedex 4
Mail : aspbtp@aspbtp.fr**

Dans le cadre de la gestion du risque santé, l'ASPBTP a mis en place en partenariat avec l'organisme STREAM-TECHS une démarche d'analyse et de recouvrement des prestations payées à tort par la mutuelle, notamment les prestations remboursées suite à un accident avec un tiers responsable.

→ Vous êtes victime d'un accident dont la responsabilité incombe à un tiers : un particulier, une personne morale, un chien... ?

Ayez le réflexe de nous le signaler car les frais de santé liés à un accident incombent à l'assureur du tiers responsable et non à votre mutuelle.

Pour cela, il vous suffit de nous faire parvenir votre déclaration par les moyens ci-contre ou vous rendre sur votre espace adhérent pour télécharger et compléter le formulaire de déclaration d'accident.

Cette démarche ne change rien pour vous ; vous serez remboursé aux mêmes taux et dans les mêmes délais, quels que soient les dommages occasionnés. Informez votre médecin ou le professionnel de santé que vous consulterez des soins liés à un accident avec responsabilité d'un tiers ; il devra l'indiquer sur la feuille de soins papier ou électronique.

De même, l'organisme STREAM-TECHS peut être amené à vous solliciter pour obtenir des informations complémentaires concernant un remboursement ou un éventuel accident dont vous auriez été victime.

Une procédure simple et responsable pour aider votre mutuelle à récupérer les frais médicaux qu'elle n'aurait pas dû régler.

The logo for Stream-Techs features the company name in a blue, italicized font with a green swoosh underneath.

**Tél : 04 13 41 71 00
10 Rue d'Athènes
13127 Vitrolles**

LE DIABÈTE

Le sucre, un peu, beaucoup, passionnément...

Comprendre le diabète de type 1 et de type 2 (insulinodépendant) : causes, symptômes, traitements, facteurs de risques, dépistage... Le diabète se caractérise par un excès de sucre dans le sang (hyperglycémie chronique) et donc un taux de glucose (glycémie) trop élevé.

→ Qu'est-ce que le diabète ?

Le diabète est une maladie chronique qui ne se guérit pas, mais que l'on peut traiter et contrôler. Il est causé par un manque ou un défaut d'utilisation d'une hormone appelée insuline. L'insuline est produite par le pancréas. Elle permet au glucose (sucre) d'entrer dans les cellules du corps pour qu'il soit utilisé comme source d'énergie. Lorsque le corps manque d'insuline ou que cette dernière ne peut pas bien accomplir sa fonction, comme c'est le cas dans le diabète, le glucose ne peut pas servir de carburant aux cellules. Il s'accumule alors dans le sang et entraîne une augmentation du taux de sucre (hyperglycémie). Sur le long terme, un taux de sucre élevé dans le sang entraîne certaines complications, notamment au niveau des yeux, des reins, des nerfs, du cœur et des vaisseaux sanguins. On détecte deux types de diabète (type 1 ou 2), le **diabète de grossesse** et d'autres types plus rares.

→ Comment contrôler le diabète ?

Le traitement du diabète (type 1 ou 2) repose sur **une alimentation équilibrée, l'exercice physique** et des **traitements médicaux** : Médicaments par voie orale ou injectable (insuline). Un traitement qui s'adapte en permanence au profil du patient et à l'évolution de la maladie.



CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

D'OCTOBRE À MARS C'EST LA MÊME CHANSON, LA GRIPPE SÉVIT ET ÉVOLUE, IL EST DONC INDISPENSABLE DE S'EN PROTÉGER ET DE SE FAIRE VACCINER CHAQUE ANNÉE.

→ Définition

La grippe est une infection respiratoire aigüe qui peut toucher tout individu, adulte ou enfant. Elle peut avoir des conséquences plus graves pour ceux qui souffrent de certaines maladies chroniques. C'est particulièrement vrai pour les maladies respiratoires comme la mucoviscidose, car le virus de la grippe vient attaquer un système respiratoire fragile.

→ Qui est principalement concerné ?

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommande la vaccination pour :

- les personnes de 65 ans et plus,
- les personnes atteintes de certaines maladies chroniques,
- les femmes enceintes,
- les personnes souffrant d'obésité.

→ Déroulement de la campagne

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière se déroule chaque automne en France métropolitaine. Si vous êtes concerné, l'assurance maladie vous envoie par courrier un bon pour vaccin gratuit. Celui-ci vous permet de vous faire délivrer directement le vaccin par votre pharmacien et vous faire vacciner par un professionnel de santé sans prescription médicale préalable (sauf si vous ne vous êtes jamais fait vacciner, à ce moment-là la prescription par le médecin reste obligatoire).

→ Tarif ? Le vaccin est-il remboursé ?

Le vaccin contre la grippe s'achète en pharmacie pour un prix allant de 6 à 10 euros suivant les laboratoires. Pour ces personnes concernées le vaccin est gratuit. Sinon, le vaccin antigrippal est remboursé à 65 % du tarif de base de la Sécurité sociale. À cette prise en charge, peut s'ajouter le remboursement de l'éventuelle complémentaire santé de l'assuré, selon les modalités du contrat.

VITAMINES, QUOI PRENDRE AVANT L'HIVER ?

FAITES LE PLEIN DE VITAMINE C

Une carence en vitamine C peut avoir de nombreuses conséquences sur notre organisme.

- Baisse du système immunitaire : rhumes, grippe...
- Risque de cataracte
- Impulsion alimentaire
- Fatigue chronique
- Saignement des gencives lors du brossage de dents
- Stress métabolique responsable d'intolérance, d'allergie

→ OU TROUVER DE LA VITAMINE C ?

Palmarès des 10 fruits et légumes contenant une bonne teneur en vitamine C :

La cerise acérola, La baie d'églantier, La goyave, Le cassis, Le poivron rouge, Le kiwi, Le chou de Bruxelles, La fraise, Le brocoli cuit, L'orange.

→ LES BIENFAITS DE LA VITAMINE C

La vitamine C n'apporte pas d'énergie puisqu'elle ne possède pas de calories. En revanche, elle aurait un effet déstressant et défatiguant sur le long terme.

Elle participe :

- A la synthèse du collagène, c'est un antioxydant de taille qui permet de lutter contre le vieillissement cellulaire.
- A la destruction des toxines
- Elle booste les effets anti-immunitaires (grippe), infectieux (rhumes)
- Elle améliore la concentration, l'éveil, la motivation
- Elle protège de certains cancers
- Erection améliorée
- Prévention du diabète

D'autres vitamines peuvent être utiles pour passer un hiver en toute tranquillité :

• VITAMINE B

Elle apporte de l'énergie et permet de combattre le froid et de booster le moral. L'aliment le plus riche en vitamine B est la levure alimentaire, on en trouve aussi dans le germe de blé, le foie cuit, le saumon, les œufs, les fromages tels que celui de chèvre ou de camembert.

• LE MAGNESIUM

Il évite le coup de stress et les sauts d'humeur ;

Les aliments qui en contiennent : le riz complet et le pain complet, les noix, les noix de cajou, les amandes, les lentilles, les épinards.

• LE ZINC

Il agit sur la multiplication des globules blancs qui servent à combattre les infections. Les fruits de mer, notamment les huîtres en contiennent mais aussi le foie, le germe de blé, le pain complet, le bœuf, le soja, les haricots secs ou les lentilles.

• LE FER

Il permet de mieux résister aux infections. Une carence entraîne de la fatigue, pâleur, essoufflement. Vous en trouverez dans le boudin noir, la viande rouge, le foie. Boire trop de thé empêche l'assimilation du fer.

OU SE PROCURER DES VITAMINES ?

Chez votre pharmacien, en parapharmacie ou en grande surface.

Il est préférable de demander conseil à un professionnel de santé afin qu'il vous dirige vers la vitamine la plus adaptée à vos besoins.

VOTRE GARANTIE — OBSÈQUES —

UNE PROTECTION SIMPLE ET IMMÉDIATE



ASP 
BTP
mutuelle
santé

CAPITAL GARANTI DE 1000€ À 6000€

ADHÉSION DE 18 À 79 ANS

SANS QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

SANS FRAIS DE DOSSIER

Pour en savoir plus
contactez le :

02 31 50 35 50

www.aspbtp.fr