

Entretien

Franck Normand, Directeur commercial à la CCMO présente le nouveau service médical.

Juridique

Retour sur l'astreinte et le droit à la déconnexion.

ZOOM

Le "Tour essentiel" s'attaque au mal de dos.

6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé
CS 50993 60014 - Beauvais cedex. www.ccmo.fr
Tél. : 03 44 06 90 00 - Mutuelle soumise au livre II
du code de la Mutualité - N°780508073.



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Édito



Hubert Gorron
Directeur général

Chaque année le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) nous réserve son lot de mesures qui pénalisent nos mutuelles... et vous, entreprises ! Si les grandes lignes du PLFSS 2019 étaient fixées depuis sa publication, ce n'est que le 25 septembre que nous avons découvert la hausse de la participation forfaitaire de 18 à 24 euros sur les actes lourds et la transformation du forfait patientèle en une contribution fiscale.

De 250 millions d'euros en 2018, cette taxe passera à 300 millions en 2019. Sous couvert de bonnes idées supposées, comme l'accès aux soins gratuit avec le 100% santé ou encore le prélèvement à la source pour une meilleure gestion du budget des familles, les frais de gestion de nos entreprises (et mutuelles) augmentent. La collecte de taxes et ces coûts supplémentaires ne cessent d'accroître le transfert de charge de l'État vers les acteurs économiques du territoire.

Cette réalité obère la créativité et le développement de nos entreprises, contraintes par une fiscalité et une réglementation toujours plus foisonnantes des pouvoirs publics.



Prélèvement à la source : Quelles difficultés pour les RH ?

Le prélèvement à la source entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Retour sur les principales interrogations et possibles complications pour les entreprises.

Dernière ligne droite avant la mise en œuvre du prélèvement à la source (PAS), en début d'année prochaine. « Le prélèvement à la source va rendre le paiement de l'impôt contemporain de la perception des revenus, et éviter ainsi un tel décalage. C'est là son objectif principal », souligne le ministère de l'Économie et des Finances. Au sein des entreprises

cette réforme peut être perçue comme une source de complexité, particulièrement pour les services RH qui seront en première ligne.

Bulletin de salaire

Sur un plan pratique, la mise en place du prélèvement à la source implique des changements pour les logiciels de paie.



Entretien

Les adhérents de la CCMO accèdent à un service de téléconsultation médicale... Une nouveauté qui répond au besoin croissant des personnes en termes de facilité d'accès aux soins et face à la désertification médicale en France.

Franck Normand, Directeur commercial à la CCMO, nous présente le dispositif.



Un service de téléconsultation médicale pour les adhérents

Pouvez-vous nous présenter le nouveau service de téléconsultation médicale ?

Ce service a été mis à disposition des adhérents CCMO Mutuelle, fin octobre. Ils peuvent ainsi appeler gratuitement des médecins en direct, 24h/24 et 7j/7.

Les médecins donnent une première réponse médicale, orientent et délivrent une ordonnance si nécessaire. Les appels sont confidentiels, l'anonymat est maintenu tant que la délivrance d'une ordonnance n'est pas nécessaire.

Le temps d'attente pour parler à un médecin est inférieur à 3 minutes. Ce service, proposé en partenariat avec Medaviz, est inclus dans la cotisation annuelle. Il ne génère donc aucun surcoût.

Dans quels cas les adhérents peuvent-ils contacter le service de téléconsultation médicale ?

Les médecins sont disponibles pour répondre à tout moment (vacances, week-end, jour férié, indisponibilité du médecin traitant...), par exemple pour un mal de dos, un rhume, ou encore un enfant fiévreux.

Le médecin pourra apporter une première réponse et orienter l'adhérent. En aucun cas, il ne se substitue au médecin traitant, ni aux urgences. Il ne remplace pas les consultations spécialisées, notamment psychologiques, ni les consultations nécessi-

tant un examen clinique ou des examens complémentaires. Medaviz est un service complémentaire pris en charge par la CCMO, il ne remplace pas les téléconsultations que pourraient pratiquer le médecin traitant et qui, depuis le 15 septembre 2018, sont remboursées par le régime obligatoire et la mutuelle dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Quels professionnels de santé les adhérents peuvent-ils joindre ?

Les adhérents peuvent joindre des médecins généralistes, disponibles 24h/24 et 7j/7, des spécialistes (une trentaine sont représentés : pédiatres, ORL, dermatologues, gynécologues, psychiatres, ophtalmologues, dentistes, etc.) et des professionnels du paramédical (pharmaciens, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.).

Comment les adhérents accèdent-ils au service ?

Les adhérents sont invités à se rendre sur leur espace sécurisé CCMO pour accéder au service et activer un compte chez Medaviz. Après l'inscription, le service est accessible directement par téléphone (appel non surtaxé) ou en utilisant l'application Medaviz, disponible sur Android et Apple.

Juridique



Astreinte et droit à la déconnexion

Le fait pour un salarié d'être soumis à un dispositif de gestion des appels d'urgence peut constituer une astreinte donnant lieu à indemnisation. C'est ce qu'a considéré la chambre sociale de la Cour de cassation dans un arrêt rendu le 12 juillet 2018.

Dans cette affaire, un salarié avait obligation de laisser en permanence son téléphone portable allumé, en dehors des heures et jours de travail pour intervenir si nécessaire.

Pour la Cour de cassation, constitue une astreinte « sans être à la disposition permanente et immédiate de l'employeur, le fait d'avoir l'obligation de rester en permanence disponible avec son téléphone portable pour répondre à d'éventuels besoins et se tenir prêt à intervenir en cas de besoin ».

Par ailleurs, la loi Travail du 8 août 2016 a introduit une règle plus favorable pour les salariés en supprimant la référence à l'obligation de rester au domicile ou à proximité de celui-ci.

Ce même texte a consacré le droit à la déconnexion. Les entreprises de plus de 50 salariés ont l'obligation, depuis le 1^{er} janvier 2017, d'aborder ce thème dans les négociations annuelles. A défaut d'accord, une charte devra être élaborée par l'employeur.





ZOOM



sages, gratuitement. Un focus sur « Les jeunes et le mal de dos » a été proposé. Cartables trop lourds, mauvaises positions de travail à la maison comme à l'école... Les parents et les enfants ont été sensibilisés sur l'importance des bonnes postures dès le plus jeune âge.



Vers la création d'un "forfait mobilité durable"

● Le plan vélo, présenté le 14 septembre dernier, prévoit la mise en place d'un "forfait mobilité durable", remplaçant l'actuelle indemnité kilométrique vélo.

Le gouvernement ambitionne de tripler la part de ce mode de transport dans les déplacements quotidiens de la population, aujourd'hui limitée à 3%. Le montant du forfait atteindra 400 euros par an dans le secteur privé, 200 euros pour le public. Ce dispositif restera facultatif pour l'entreprise.



Le DMP généralisé

● Le Dossier médical partagé (DMP) a été étendu à tout le territoire le 6 novembre. Il vise à conserver en ligne toutes les données de santé utiles à la prise en charge d'un patient (traitements, résultats d'examen, allergies,...).

Seuls les professionnels de santé autorisés y ont accès, les informations étant personnelles et confidentielles. Ce carnet de santé numérique peut être créé depuis le site internet www.mon-dmp.fr, à l'accueil des caisses primaires d'assurance maladie et chez tout professionnel de santé ou établissement équipé.

26,2 milliards d'euros

de dépenses de santé prises en charge par les complémentaires santé en 2017 (Source : Drees).

600 personnes sensibilisées sur les maux de dos avec le bus du Tour Essentiel

80% des Français souffrent d'un mal de dos.

Parmi les positions que nous prenons chaque jour, plus d'un tiers sont nocives. Seule la prévention sur les bonnes postures à adopter et les conseils d'un expert peuvent permettre de ménager et soulager le dos.

Face à ce constat, la CCMO a lancé, en 2012, une action baptisée "le Tour Essentiel". Un bus de prévention sur le mal de dos, aménagé pour la détente, sillonne les régions de la Picardie, Normandie et Île-de-France.

A son bord, sièges massants, borne de sophrologie, diaporama, documentation utile et jeu concours sur tablette, tout un univers dédié au bien-être et à la prévention sur ce « mal du siècle ». De plus, un kinésithérapeute est présent durant toute la durée du tour pour offrir de précieux conseils et notamment de courts massages relaxants.

Cette année, du 25 septembre au 6 octobre, ce bus a sillonné 10 villes de la région, accueilli 600 personnes à son bord et prodigué près de 400 mas-

Décryptage



Le reste à charge continue de baisser

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a récemment publié son enquête annuelle portant sur les Comptes de la santé. Retour sur les principaux enseignements.



En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 199,3 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB et 12,5 % de la consommation effective des ménages, selon la Drees. Ces dépenses représentent 2 977 euros en moyenne par habitant.

Le montant global recouvre les soins hospitaliers (92,9 milliards d'euros) ; les soins de villes (53,4 milliards d'euros) ; les transports sanitaires (5 milliards d'euros); les médicaments hors hospitalisation (32,5 milliards d'euros) et les « autres biens médicaux », comme l'optique ou les prothèses (15,5 milliards d'euros).

La Sécurité sociale reste le premier financeur de la CSBM. Elle prend en charge 77,8 % de ces dépenses (soit 155,1 milliards d'euros) et les complémentaires santé en assument 13,2% (26,2 milliards d'euros).

La part des ménages représente 7,5 % (14,9 milliards d'euros), soit 223 euros par an et par habitant. Ce montant, en recul constant depuis 2008, devrait encore diminuer après à la mise en place de la réforme du « reste à charge zéro » (ou « 100 % santé ») sur les lunettes, les prothèses dentaires et auditives, pleinement effective à partir de 2021. A noter que les complémentaires santé financent 73,1 % des dépenses d'optique et 40,9 % des soins dentaires (avec respectivement 4,5 et 4,6 milliards d'euros), en particulier les soins prothétiques.