



MEDIATION DE LA MUTUALITE FRANÇAISE

Rapport d'activité 2016

PREAMBULE

L'année 2016 a été une année marquante car ce fut la première année de mise en œuvre en droit français de la Directive Européenne du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation, directive transposée par l'ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015.

Dans un premier temps, ma désignation en tant que médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française a été validée par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation le 22 juillet 2016. Je rappelle qu'originellement j'avais été nommé co-médiateur avec Jacqueline JOUGLA par l'Assemblée Générale de la FNMF du 26 juin 2011 pour une durée de 6 ans. Mon mandat prendra donc fin le 26 juin 2017.

L'année 2016 a également été l'année de création du site internet du Médiateur de la Mutualité Française, en application de l'ordonnance du 20 août 2015. Ce site permet une saisine directe du Médiateur.

De même, mes coordonnées ont été mises en ligne sur le site de la Commission européenne dans la liste des organismes de règlement des litiges français.

La publicité voulue par le législateur ainsi réalisée a, comme cela était envisagé, entraîné une forte augmentation des saisines. Le développement exponentiel des requêtes ne peut résulter de la seule dégradation des relations entre les adhérents et leurs mutuelles.

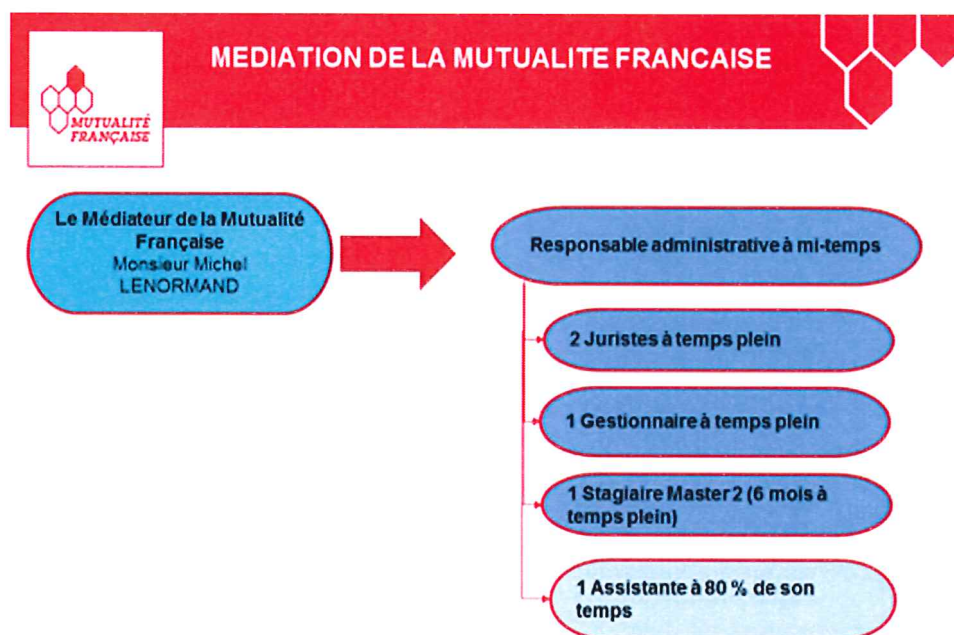
C'est en effet à une hausse de 467 % des saisines qu'il a fallu répondre, engendrant une augmentation de 140 % des avis.

Cet accroissement de l'activité était prévisible mais, malgré une augmentation des moyens dévolus à l'équipe fédérale de la médiation et un effort particulier sur l'organisation du traitement des réclamations, son ampleur a eu des effets regrettables sur les délais de réponse.

Si le délai de trois mois imparti par l'ordonnance a été respecté au premier semestre, il n'a malheureusement pu être tenu dans les derniers mois de 2016.

L'année 2017 sera ainsi mise à profit pour réduire ce délai de réponse, tout en portant la même attention au traitement des dossiers afin de donner aux adhérents une réponse appropriée aux différends qui les opposent à leur mutuelle ou aux questions qu'ils se posent, dans un souci constant d'équité.

L'équipe qui m'est rattachée était composée en 2016 ainsi :



I – LA MEDIATION FEDERALE EN 2016

A – LE CONTEXTE

En 2016, seules deux options de médiation étaient offertes aux mutuelles : soit une médiation interne, soit la médiation fédérale.

La plupart des mutuelles du Livre 2 adhérentes à la FNMF¹ ont choisi de confier la gestion de leurs différends au Médiateur de la Mutualité Française ; c'est ainsi le choix de 167 groupements, soit près de 25% de plus qu'en 2015. Néanmoins 15 mutuelles qui avaient choisi de mettre en place une médiation interne n'ont pas confirmé leur option depuis la mise en œuvre de la Médiation de la consommation et, de ce fait, la conformité de leur médiateur aux exigences de l'ordonnance du 20 août 2015.

¹ Les mutuelles du Livre 2 adhérentes à la FNMF étaient 371 au 01.01.2016 et 342 au 01.01.2017.

Par ailleurs, 8 groupements sont toujours connus comme ayant opté pour une médiation à deux niveaux (dite option 3) qui n'est actuellement plus permise. Il est à noter que si des adhérents de ces mutuelles saisissent le Médiateur de la Mutualité Française, il est considéré que les mutuelles ont fait le choix d'une médiation interne et les demandes leurs sont donc transmises.

Si, comme les années précédentes, les requêtes soumises au médiateur portent sur des sujets récurrents (contestation d'affiliation et demande de radiation, demande de remboursement de soins, litiges concernant les garanties des contrats, relatifs aux cotisations (montant et paiement), application des contrats de retraite et de prévoyance, aide à la complémentaire santé, conflits concernant l'assurance emprunteur), le recours au médiateur apparaît aussi pour l'adhérent comme la bouteille à la mer qui lui permettra peut-être de renouer le contact avec sa mutuelle et d'obtenir satisfaction dans la gestion administrative de son contrat (obtenir sa carte de droits, une attestation d'affiliation ou de radiation, accéder à son espace personnel sur le site intranet de sa mutuelle, mettre en place une télétransmission effective entre sa caisse de sécurité sociale et son organisme de complémentaire santé...).

La réglementation concernant la portabilité des contrats et les contrats collectifs obligatoires a également fait l'objet de nombreuses saisines. A cet égard, on peut regretter l'information défaillante des employeurs qui n'indiquent pas à leurs salariés notamment la dispense d'adhésion qui permet à l'adhérent à un contrat complémentaire santé individuel de ne rejoindre le contrat collectif obligatoire de son entreprise qu'à l'échéance de ce contrat individuel, provoquant l'incompréhension et le mécontentement de l'adhérent et une saisine inutile du médiateur qui ne peut dès lors que faire œuvre pédagogique.

D'autres requêtes ont porté sur des sujets ne relevant pas de la compétence du médiateur : gestion du régime obligatoire, qualité de soins médicaux, demande de « gestes commerciaux », saisines relatives à l'assurance de biens (portes de garage défectueuses, abri de piscine non conforme), demande d'information sur le fonctionnement des contrats, ou, tout simplement, sur la procédure de médiation.

95 demandes concernaient le médiateur de l'assurance ou des institutions de prévoyance.

Enfin, il doit être relevé qu'il n'a pu être donné de suite à 10 saisines mettant en cause un intermédiaire d'assurance, les documents remis par ces intermédiaires aux adhérents ne permettant pas d'identifier l'assureur du contrat.

B – LES DOSSIERS TRAITES

Le service médiation a reçu 3199 demandes, soit, comme nous l'avons signalé, 467% de plus qu'en 2015.

2652 demandes n'ont pas fait l'objet d'instruction de médiation.

Sur ces saisines,

1948 requêtes ne relevaient pas de la médiation, la plupart concernant des réclamations annexes, des problèmes de gestion administrative ou même de simples « billets d'humeur » à l'égard des mutuelles.

704 demandes ont fait l'objet d'un classement après une réponse adaptée à la personne qui avait sollicité le médiateur :

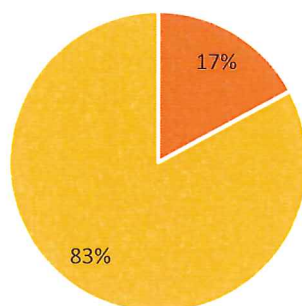
- 84 demandes émanaient d'adhérents de mutuelles dont le choix de médiation était celui d'une médiation interne; le service du médiateur a, dans ce cas, renvoyé les demandeurs vers leurs mutuelles.
- 23 saisines mettaient en cause des mutuelles non adhérentes à la FNMF.
- 95 réclamations touchaient la médiation de l'assurance ou des institutions de prévoyance.
- 387 dossiers ont été transmis à l'organisme mutualiste concerné, les voies de recours internes n'ayant pas été épuisées.
- 115 requêtes ne relevaient pas de la compétence du médiateur.

Objet de ces 704 saisines :

- pour 61 d'entre elles, il s'agissait de demandes de renseignements des adhérents et des mutuelles sur la nouvelle procédure de médiation et les modalités de sa mise en œuvre ou d'information sur leur choix de médiation.
- 90 demandes tendaient à faire intercéder le médiateur pour simplement obtenir l'exécution administrative du contrat et notamment la télétransmission entre régime obligatoire et complémentaire.
- 281 saisines étaient relatives à la vie et à la gestion du contrat : conditions d'adhésion, de résiliation, délai de rétractation, demandes d'annulation du contrat, calcul, montant et modalités de paiement des cotisations, demande de délai de paiement, cotisations estimées indues, adhésion des ayants-droit, modification des garanties, méthodes de courtage et de démarchage téléphonique, bénéfice de l'aide à la complémentaire santé, réglementation concernant les contrats collectifs obligatoires et la portabilité des contrats. 17 de ces demandes ont, à tort ou à raison, évoqué l'abus de faiblesse pour solliciter l'annulation pure et simple d'une adhésion.
- 20 demandes visaient à obtenir des capitaux décès ou des allocations obsèques.
- 231 requêtes portaient sur les prestations : remboursements de frais dentaires (soins, prothèses, orthodontie), mais également de frais d'optique, de soins délivrés en Europe et de prise en charge de cures thermales, forfaits journaliers ou de chambre particulière lors d'hospitalisation. Certaines contestations étaient liées au changement de législation sur les contrats responsables, notamment en ce qui concerne les dépassements d'honoraires. Un litige a porté sur l'allocation d'un « forfait sport ».
- 21 saisines concernaient la gestion du régime obligatoire ou des assurances de biens.

Au final, ce sont donc 547 dossiers qui ont été examinés par le Médiateur (3199 – 2652).

Saisines : 3199

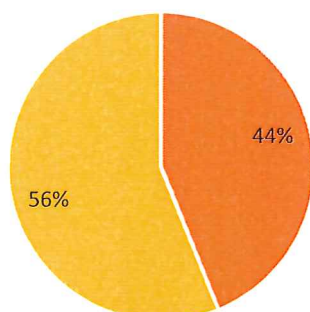


■ dossiers de médiation ouverts ■ dossiers classés sans médiation

II – LES AVIS DU MEDIATEUR

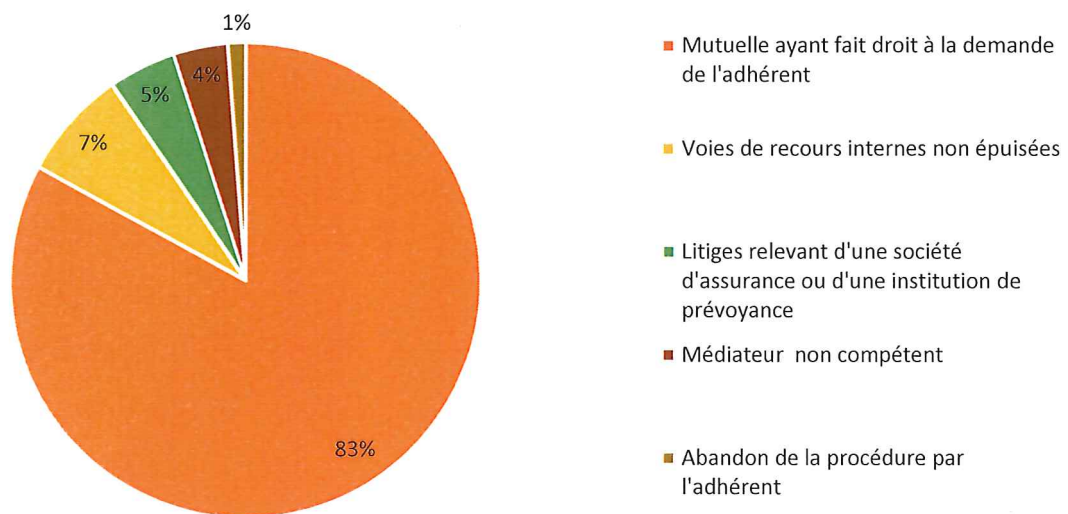
Sur les 547 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 240 ont été clos en cours d'instruction : 199 parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent ou lui a fait une proposition qu'il a acceptée, 18 parce que les voies de recours internes n'avaient pas été épuisées, 11 parce que le contrat était assuré par une société d'assurance ou une institution de prévoyance, 9 parce que le médiateur n'était pas compétent et 3 parce que les adhérents ont renoncé à donner suite à leur demande de médiation.

Dossiers de médiation : 547



■ Clos en cours d'instruction
■ Avis du médiateur

Dossiers clos en cours d'instruction : 240



On constate ainsi que 36,5 % des dossiers transmis au médiateur trouvent une solution sans que la procédure d'instruction soit menée à son terme. Les 199 dossiers pour lesquels la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent avant qu'un avis soit rendu prouvent que les saisines permettent très souvent, à elles seules, une régularisation des litiges.

Le médiateur fédéral a donc rendu 307 avis (contre 128 en 2015), soit une augmentation de près de 140%.

Sur ces avis, 188 ont été rendus en faveur des mutuelles, 105 en faveur des adhérents, 14 avis ont constaté une impossibilité de trancher (comme, par exemple, dans le cas d'un adhérent ayant contesté le blocage par la mutuelle de tout remboursement de frais d'optique, les pièces produites ne permettant pas de déterminer précisément ce qui pouvait être remboursé ; ou celui d'une adhérente qui, ayant été radiée à tort au 31/12/2015, s'est vu proposer par la mutuelle soit la réouverture de ses droits au 01/01/2016 avec deux mois de cotisations gratuites, soit sa ré-adhésion au 01/05/2016 mais sans bénéfice de gratuité et sans remboursement de prestations du 01/01/2016 au 01/05/2016, dossier dans lequel le Médiateur a laissé à l'adhérente le choix de décider de ce qu'elle voulait faire, ou encore ce dossier de contestation d'un versement sur un contrat de retraite mutualiste du combattant, pour lequel aucune des parties n'apportant de preuves de ses allégations, le Médiateur a renvoyé chacune des parties à l'obligation de produire la preuve de ses affirmations.)

La proportion des avis en faveur des mutuelles a légèrement évolué – et s'est même inversée – passant de 42,5 % en 2015 à 61 %. Cette inversion peut refléter à la fois une amélioration de la qualité des réponses apportées par les mutuelles et une augmentation des saisines injustifiées en raison de l'incitation générée par la publicité faite sur ce règlement amiable des litiges. La gratuité de la procédure facilite également le recours au médiateur.

Avis rendus : 307



Nature des litiges

- 52 dossiers concernaient la résiliation des contrats, soit en application de la loi Chatel, soit parce que les adhérents bénéficiaient d'un contrat collectif obligatoire.

Comme les années précédentes, ces saisines ont amené le médiateur à rappeler que l'adhésion à un contrat collectif obligatoire n'est pas un motif légal de radiation hors échéance principale, du fait de la dispense d'adhésion prévue à l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale (cf. supra).

- 6 dossiers concernaient la portabilité des contrats.

Si ce chiffre est faible, il reste que 2 de ces contestations (soit plus de 30%) portaient sur la portabilité des droits en cas de liquidation judiciaire de l'entreprise et d'impossibilité pour le liquidateur de financer cette portabilité. Les avis ont dû être rendus en faveur des mutuelles en raison du vide juridique laissé volontairement par le législateur.

Ces dossiers ne peuvent qu'inciter à rappeler que le gouvernement devait déposer au Parlement « avant le 1er Mai 2014, un rapport sur les modalités de prise en charge du maintien des couvertures santé et prévoyance pour les salariés lorsqu'une entreprise est en liquidation judiciaire » et que la législation n'a pas évolué sur ce point. Le vide juridique demeure, au détriment des anciens salariés de l'entreprise.

- 100 dossiers portaient sur le versement de prestations, qu'il s'agisse de remboursement de frais médicaux, dentaires (soins, prothèses ou orthodontie), de frais d'hospitalisation, de prise en charge de dispositifs médicaux (optique, appareillage auditif, aides techniques pour des personnes en situation de handicap...).

Concernant les soins dentaires, le remboursement des traitements orthodontiques entraîne comme chaque année de nombreuses réclamations. La date prise en compte comme date de soins varie fortement et rend les décisions de remboursement obscures : il peut s'agir de la date de fin de validité de l'entente préalable délivrée par l'assurance maladie ou la date de fin de traitement, étant précisé que les durées des traitements sont semestrielles.

Les prothèses et l'implantologie sont également des postes de prestations souvent contestées.

Il appartient, à cet égard, aux mutuelles d'être précises dans le libellé de leurs garanties sur ces postes afin d'éclairer les choix de leurs adhérents (recommandation n°1).

Dans le champ de l'optique, deux dossiers ont donné lieu à une décision favorable au remboursement de deux paires de lunettes prescrites et acquises en même temps, l'une étant destinée à la vision de près et l'autre à la vision de loin. Cette prise en charge, conseillée par la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaires bénéficiant d'aides fiscales et sociales, n'est pas obligatoire mais elle est conforme à l'esprit de la réforme des contrats responsables. **Il convient que les mutuelles indiquent dans leurs grilles de garanties si elles assurent cette prise en charge ou non (recommandation n°2).**

- 17 dossiers concernaient le refus de prise en charge des dépassements d'honoraires, notamment en chirurgie, du fait des changements de garanties intervenues en application du décret du 18 novembre 2014 relatif aux contrats solidaires et responsables.²

Ces dossiers ont été l'occasion pour le médiateur de rappeler aux mutuelles leur devoir d'information vis-à-vis de leurs adhérents en leur demandant d'anticiper sur des évolutions de garanties connues au moment de la réponse à un devis pour des soins à venir. C'est ainsi qu'il a pu être reproché à une mutuelle de ne pas avoir mentionné l'évolution du remboursement des dépassements d'honoraires applicable à compter du 1^{er} janvier 2016 sur un devis présenté au dernier trimestre 2015 pour des interventions programmées ou déplacées en 2016.

On peut recommander à cet égard aux mutuelles de prendre en compte lors de l'examen d'un devis la date prévue ou prévisible pour les actes à réaliser et anticiper un changement de garantie prochain afin d'informer l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés (recommandation n°3).

En outre, la complexité des dispositifs tarifaires prévus par la convention médicale est difficilement compréhensible par les adhérents. **Les mutuelles se doivent de clarifier au maximum les garanties portant sur ces dispositifs afin de faciliter les décisions des assurés (recommandation n°4).**

² Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales – Ce décret fixe des planchers et des plafonds de prise en charge dans le cadre de la réforme des contrats solidaires et responsables dont la vocation est de promouvoir l'accès aux soins en relevant la couverture minimale et maîtriser l'évolution des pratiques tarifaires excessives afin de réduire le reste à charge des assurés.

La nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016, approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016 prévoit de nouvelles options de contrats accompagnant les médecins s'engageant dans une démarche de maîtrise des dépassements d'honoraires. Ces dispositifs³ viennent remplacer le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) déjà mal compris par les assurés.

Une communication claire et une précision dans le libellé des garanties seront nécessaires pour une bonne information des adhérents (recommandation n°4).

- 11 dossiers étaient relatifs à des frais de cures thermales.

Pour ces dossiers, l'importance de la clarté des garanties permettant une interprétation sans équivoque a été soulignée, certains avis étant rendus en faveur des adhérents lorsque la rédaction des garanties était imprécise ou lorsque l'information donnée à l'assuré était insuffisante.

- 53 dossiers concernaient la prévoyance, dont 9 pour l'assurance emprunteur. Les motifs de saisine ont été divers :
 - o pour les contrats prévoyance et retraite, les recours ont consisté en des demandes d'indemnités journalières, de rente d'invalidité, de capital décès (que ce soit concernant le montant ou le versement lui-même), de versement de retraite.
 - o pour les contrats de retraite et d'assurance-vie, contrats Madelin, les contestations ont porté sur les demandes de rachat (11 dossiers), la liquidation de la rente ou la rémunération du contrat (9 dossiers) ou le transfert vers un Placement d'Épargne Retraite Populaire (PERP).

Il convient de souligner, à cet égard, qu'un dossier portant sur la valeur de rachat d'un contrat de retraite avec capital réservé a conduit la FNMF à solliciter une modification législative, dans le cadre de la réforme du code de la mutualité, afin d'harmoniser les règles de gestion des contrats mutualistes avec les contrats d'assurance. En effet, le code des assurances prévoit la possibilité pour les entreprises d'assurance sur la vie de procéder au rachat des rentes et des majorations de rentes de faible montant (inférieur à 480 euros par an). Or, il s'avère que cette disposition n'est plus, actuellement, applicable aux mutuelles alors que celles-ci gèrent les contrats d'assurance vie selon les mêmes principes et modalités que les entreprises d'assurance. Aussi, afin de permettre aux organismes mutualistes de procéder à ces rachats, il a été demandé au Ministère de transposer les articles du code des assurances concernés au code de la mutualité. Cette demande a été approuvée par le Ministère. La transposition de ces dispositions devrait se faire via l'ordonnance prévue à l'article 48 de la loi dite Sapin 2.⁴

³ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

⁴ Loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique

Les 9 litiges relatifs à l'assurance emprunteur ont porté sur des questions de fausse déclaration alléguée pour 3 d'entre eux, sur le versement des prestations (5) et, enfin, sur la renégociation du contrat (1).

- 24 saisines étaient relatives aux cotisations (15 sur les montants et 9 sur le paiement).
- 13 à des demandes de remboursements de trop-perçus.
- 2 à l'application de l'article 4 de la loi Evin relatif au maintien de la couverture frais de santé à compter de la cessation du contrat de travail ou, pour les ayants droit, en cas de décès d'un salarié.
- 3 aux pratiques des courtiers.
- 5 à l'inscription des ayants-droit.
- 10 à l'aide à la complémentaire santé ou la couverture maladie universelle.
- 11 à des réclamations diverses (forfait sport, versements de majoration de l'allocation personnalisée d'autonomie, intervention de surcomplémentaire ou un refus d'adhésion sur questionnaire médical).

Concernant ces saisines, on peut relever que :

- des contestations ont porté sur une augmentation en cours d'année des cotisations afin de préserver l'équilibre d'un contrat. Les avis rendus ont désavoué les mutuelles ayant pratiqué ces hausses tarifaires contraires au code de la mutualité. **Sur ce point, la doctrine est réaffirmée concernant l'impossibilité de modifier des cotisations et des garanties en cours d'année (recommandation n°5) ;**
- les modalités de souscription des nouveaux contrats proposés par les organismes habilités à proposer des contrats de complémentaire santé spécifiquement dédiés aux bénéficiaires de l'ACS ont été mal comprises par les assurés. En effet, les adhérents ont mal appréhendé la nécessité de souscrire à une garantie labellisée pour garder le bénéfice de l'aide, la cotisation de ces contrats labellisés étant supérieure pour des garanties inférieures. Les adhérents ont rendu leurs mutuelles responsables de cette modification sans admettre qu'elle résultait d'une obligation légale.

Il est à noter, enfin, que le médiateur a rejeté 50% des demandes frappées de la prescription biennale et a prononcé pour 50% d'entre elles la levée de la forclusion.

Le motif de ces levées de forclusion repose, pour la majorité des cas, sur l'absence de définition précise de l'événement donnant naissance à la mise en œuvre de la garantie, notamment en cas d'hospitalisation. Ce manque de précision quant au fait générateur est source de divergences d'interprétation.

Une définition précise dans les garanties de « l'événement donnant naissance », du « fait générateur » suffirait pour déterminer avec clarté le point de départ du délai de forclusion (recommandation n°6).

Le défaut d'information de la part de la mutuelle a été invoqué à 37 reprises : 18 avis reconnaissent un défaut d'information de la part de la mutuelle, 19 avis donnent raison à la mutuelle.

Il convient, sur ce sujet, d'insister sur trois points :

- Le Médiateur a sanctionné les mutuelles qui n'ont pas estimé devoir, lors de la présentation de devis, attirer l'attention de leurs adhérents sur un changement de garanties devant intervenir entre la réception du devis et la réalisation des actes prévus ; c'est ainsi qu'une mutuelle qui s'est contenté, en se prononçant sur des devis présentés en novembre et décembre 2015, de répondre en fonction des garanties en vigueur en 2015 sans signaler à ses adhérents un changement de garanties applicable au 1^{er} janvier 2016 sachant que les actes étaient pour certains programmés pour 2016, a été désapprouvée (cf. supra).

- La preuve de l'envoi des notifications des changements de garanties doit pouvoir être apportée par les mutuelles ; cette disposition prévue à l'article L.221-5 du code de la mutualité⁵ impose aux organismes des modalités d'envoi des informations relatives aux nouvelles garanties leur permettant d'en justifier (recommandation n°7); à défaut, en cas de contestation, force est de donner raison à l'adhérent.

- En matière de contrats collectifs, la mutuelle a pour obligation de rédiger une notice d'information, à charge pour l'employeur de la notifier à ses salariés. **On peut, tout d'abord, recommander aux mutuelles de se doter de la preuve de la remise de la notice d'information à l'employeur (une attestation signée par celui-ci notamment).** En revanche, la procédure de médiation des litiges de la consommation ne peut mettre en cause l'employeur ; dès lors, si sa responsabilité est engagée, il ne pourra être fait droit aux réclamations des assurés, dès lors que la mutuelle aura rempli ses obligations. **On peut par conséquent, dans un souci de service rendu aux adhérents, conseiller aux mutuelles de rappeler aux employeurs leur obligation d'informer les salariés des nouvelles garanties du contrat et mentionner ce rappel sur le justificatif de la remise de la notice d'information.** Ainsi, les mutuelles pourront justifier de leur volonté d'informer correctement leurs adhérents au-delà même de leurs obligations.

Délai de traitement des dossiers

Le délai moyen de notification des avis a été de 3 mois et demi, nettement inférieur à celui constaté en 2015 (8 mois et demi).

⁵ « Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant ou honoraire. »

Cette différence s'explique notamment par la nouvelle procédure mise en place, le délai de traitement étant désormais calculé à compter de la date à laquelle le dossier est complet et non plus à compter de la date de saisine.

Toutefois, il n'en demeure pas moins que le délai de traitement des dossiers au regard de la croissance de l'activité a été respecté.

Cependant, comme nous l'avons précédemment indiqué, ce délai s'est dégradé au second semestre, et plus particulièrement au dernier trimestre de 2016.

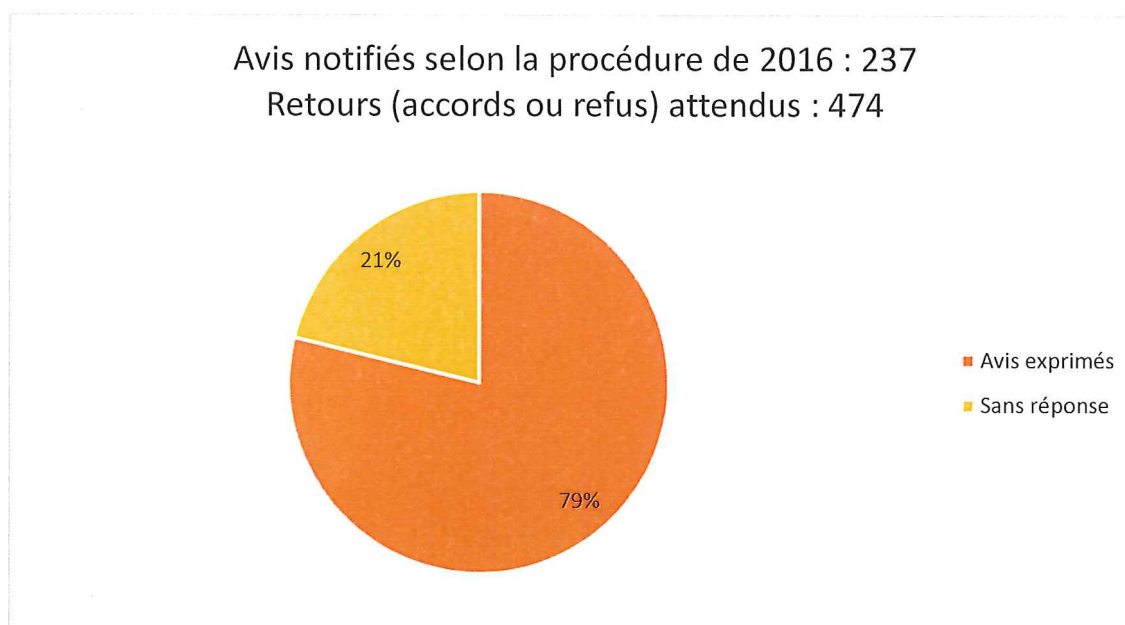
Exécution des avis

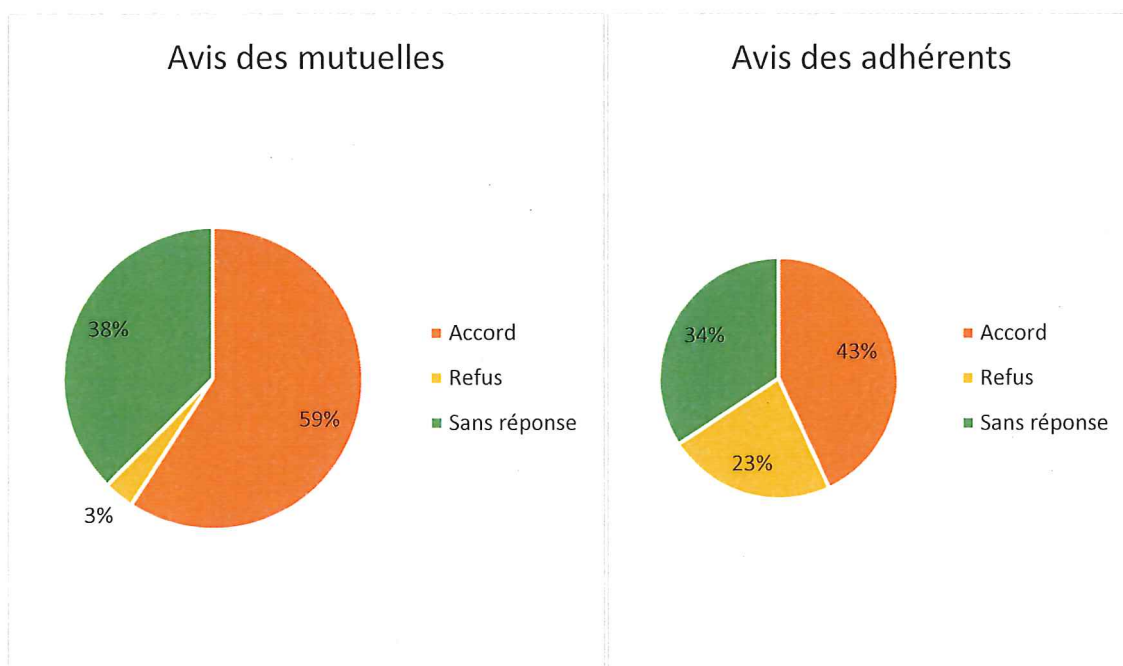
Sur 307 avis rendus, 70 l'ont été selon l'ancienne procédure qui ne requérait pas d'accord ou de refus explicite, les mutuelles ayant opté pour la médiation fédérale acceptant, jusqu'en 2015, d'exécuter les avis rendus par le médiateur quels qu'ils soient.

A compter du 1^{er} janvier 2016, il est demandé à l'adhérent et à la mutuelle, leur acceptation ou refus explicite. Ce sont donc 474 réponses qui étaient attendues pour 237 avis notifiés.

Sur les 237 avis notifiés selon ces nouvelles modalités, 144 ont emporté l'accord de la mutuelle contre 8 refus et 102 l'accord de l'adhérent contre 54 refus. Environ 90 dossiers demeurent sans réponse.

On constate donc, sur les avis notifiés, une forte majorité d'accord ce qui laisse à penser que le traitement des litiges donne majoritairement satisfaction aux parties. La plus forte proportion des refus des adhérents (23%) s'explique par le nombre des avis rendus en faveur des mutuelles (188). On peut noter que 30 adhérents ont approuvé expressément des avis rendus en faveur de la mutuelle (soit environ 16%).





S'il n'est pas possible pour la FNMF de connaître avec exactitude le pourcentage des médiations exécutées, on peut considérer que les accords emportent engagement d'exécuter les avis.

Il reste en outre une trop forte proportion (plus d'un tiers des avis) de notification sans réponse, ce qui ne permet pas d'aboutir à des conclusions formelles.

Cette part trop importante d'absence de réponse conduit à regretter que l'article R.612-4 du code de la consommation⁶ ne prévoit pas d'accord implicite en cas de défaut de réponse des parties dans le délai fixé par le médiateur. Même si, en vertu de la liberté laissée par cet article au Médiateur de fixer lui-même les délais de réponse à ses avis, j'ai souhaité indiquer aux adhérents et aux mutuelles qu'une absence de réponse dans un délai de quinze jours valait acceptation de l'avis, la portée de cette indication serait renforcée par une disposition réglementaire.

⁶ Article R612-4 du code de la consommation : « Le médiateur, en faisant connaître aux parties la solution qu'il propose, leur rappelle, par courrier simple ou par voie électronique :

1° Qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition de solution ;

2° Que la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;

3° Que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

Le médiateur précise également quels sont les effets juridiques de l'acceptation de la proposition de solution et fixe un délai d'acceptation ou de refus de celle-ci. »

En outre, dès lors qu'il est demandé aux médiateurs de la consommation d'évaluer, dans la mesure du possible, l'exécution des avis rendus⁷, une telle mesure permettrait d'avoir une meilleure connaissance des suites des médiations, en incitant réellement les parties à répondre aux notifications. Cette réponse est, pour ce qui concerne la Médiation de la Mutualité Française, facilitée par l'envoi d'un formulaire à retourner aux services de la FNMF, ce qui n'est guère contraignant pour l'auteur de la saisine.

Conclusion

La médiation fédérale a eu à faire face en 2016 à une très forte progression du nombre de demandes.

Elle a su répondre aux réclamations des adhérents avec une réelle efficacité, dans un souci constant de respect des principes fondamentaux du droit mutualiste, d'apaisement des conflits et d'évaluation de situations complexes nécessitant une décision nuancée.

L'augmentation du nombre de saisines devrait se poursuivre en 2017 et la FNMF se dotera des moyens nécessaires pour garantir aux adhérents et aux mutuelles la même qualité de traitement des dossiers, avec l'objectif d'une réduction des délais de réponse.

L'année 2017 devrait, à cet égard, permettre d'améliorer l'organisation de l'activité du service, de fluidifier les circuits de traitement des demandes, de mieux orienter les adhérents en renforçant la communication sur le site du Médiateur.

Le Médiateur de la Mutualité Française

A blue ink signature, appearing to be 'M. Lenormand', written in a cursive style.

Michel LENORMAND

⁷ Article R.614-2 du code de la consommation.

Liste des recommandations⁸

N° 1 : Définir précisément les actes dentaires hors nomenclatures (implants, couronnes ou inlay cores sur implants...).

N° 2 : Indiquer clairement si un remboursement peut être effectué simultanément pour une paire de lunettes de vision de près et une paire de lunettes de vision de loin sur prescription.

N° 3 : Prendre en compte lors de l'examen d'un devis la date prévue ou prévisible pour les actes à réaliser et anticiper un changement de garantie prochain afin d'informer l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés.

N° 4 : S'attacher à un libellé clair des garanties des contrats responsables et solidaires, notamment concernant le remboursement des dépassements d'honoraires en fonction de l'adhésion des professionnels de santé à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires.

N° 5 : Respecter le droit mutualiste en matière d'annualité des cotisations et des garanties.

N° 6 : Donner une définition précise dans les garanties de « l'événement donnant naissance », du « fait générateur » afin de déterminer avec clarté le point de départ du délai de forclusion.

N° 7 : Prévoir des modalités de notifications des changements de garanties pouvant être prouvées tant en matière de contrats individuels que collectifs.

⁸ Ces recommandations ne sont pas présentées par ordre de priorité mais par ordre de développement dans le rapport.