MEDIATION DE LA CONSOMMATION

MUTUALITE FRANÇAISE

Rapport d’activité 2018

Trois ans après l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2015-1033 du 20 août 2015 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de la consommation et aux termes de deux années de mandat, un premier bilan de la mise en œuvre de la Médiation de la consommation de la Mutualité française peut être dressé.

Les années 2016 et 2017 s'étaient distinguées par l'explosion du nombre des saisines du Médiateur du fait de l'entrée en vigueur de l'ordonnance et par les difficultés d'absorption de cette onde de choc.

L'année 2018 a été, pour la Médiation de la consommation de la Mutualité française, marquée par une certaine stabilité du nombre de saisines et une augmentation des moyens mis en œuvre pour répondre dans les meilleurs délais aux réclamations reçues.

Ainsi, l'effectif de l'équipe a presque doublé sur l'année, avec un accroissement important du nombre des juristes au dernier quadrimestre.

L'organisation du service a également évolué afin d'assouplir le circuit de traitement des demandes et de réduire le délai de réponse aux adhérents. Il a été décidé d'affecter une partie des collaborateurs au traitement prioritaire des demandes parvenues au Médiateur à compter du 1er septembre 2018, tout en apurant les dossiers en instance.

Cet exercice constitue donc une transition importante, afin d'aborder les évolutions à venir avec la conscience des écueils à éviter.

Car ces deux années de mise en œuvre de la médiation ont révélé les difficultés récurrentes des relations entre les mutuelles et leurs adhérents, que ces difficultés proviennent de manquements des organismes dans leurs missions (gestion des contrats, information des adhérents, anticipation des modifications réglementaires…), du comportement parfois consumériste des assurés ou d'un contexte politique favorisant la stigmatisation des complémentaires santé.

Fort de cette expérience, je souhaite que le présent rapport permette aux mutuelles de faire leurs les recommandations qui y figurent dans le seul souci d'une amélioration des services rendus aux mutualistes et par là-même à l'ensemble du mouvement.

CHAPITRE 1
L'ACTIVITE DE LA MEDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITE FRANCAISE EN 2018 EN CHIFFRES

Les demandes reçues……3
Les avis du Médiateur……5
Le délai de traitement des dossiers ……7
L'exécution des avis……..……8

CHAPITRE 2
BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN 2018

Les effectifs……10
Le traitement des dossiers……..11
- Les problèmes rencontrés
- Le montant des litiges / la nature des contrats
Les avis notifiés……13
- La répartition des avis
- L'exécution des avis
- Motifs des refus des mutuelles

CHAPITRE 3
LES RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

Le libellé des garanties……15
- Les actes ou frais pris en charge
- Le fait générateur
- La détermination du taux d'invalidité
L'information aux adhérents……16
- Avant l'adhésion au contrat
- Au cours du contrat
La gestion des réclamations……18

PROBLEMATIQUES JURIDIQUES

La fausse déclaration intentionnelle……19
La prescription……19
La portabilité en cas de liquidation judiciaire……19

ANNEXES

I - Les chiffres de la Médiation……..……..... 22
II - Synthèse des recommandations du rapport d'activité 2017……24
III - Recommandation de l'ACPR sur le traitement des réclamations…….. 25
IV - Note sur les prescriptions applicables en mutualité…… 36
V - Note sur le maintien des garanties santé et prévoyance en cas de liquidation judiciaire de l'employeur…… 40
VI - Règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française…… 43
VII- Liste des mutuelles ayant choisi de confier la résolution de leurs différends au Médiateur de la Mutualité Française……...…… 45

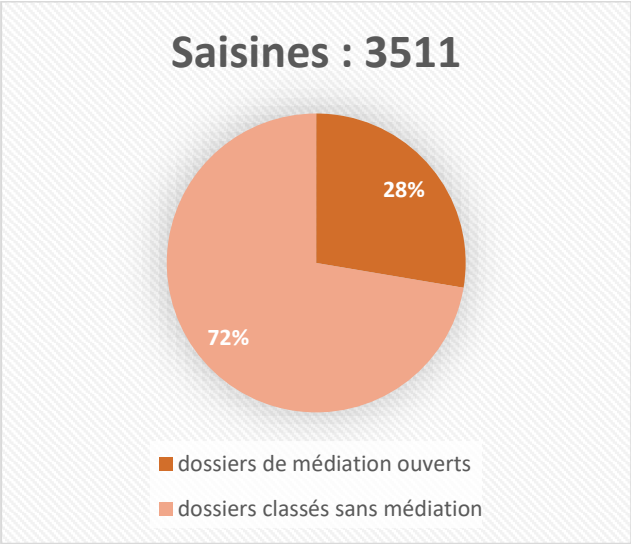
Avant toute analyse des faits marquants de cette année 2018, il importe de présenter quelques données chiffrées qui reflètent l'activité de la Médiation de la consommation de la Mutualité française.
Les chiffres de la Médiation de la Consommation de la Mutualité française illustrent un constat : le nombre de saisines s'est stabilisé (accusant même une légère baisse) pendant que le nombre de dossiers instruits a fortement augmenté (hausse de 112 %). Les avis notifiés ont été près de trois fois plus nombreux qu'en 2017 (hausse de 184 %).

CHAPITRE 1

L'ACTIVITE DE LA MEDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITE FRANCAISE EN 2018 EN CHIFFRES[1]

LES DEMANDES REÇUES

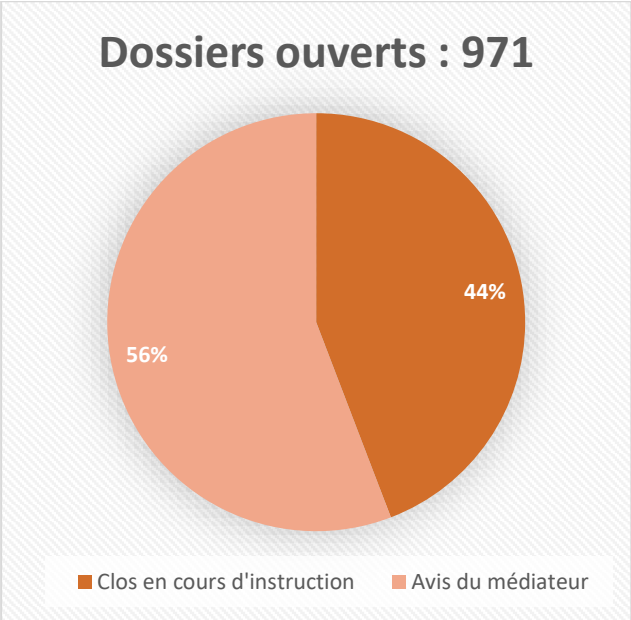
Le service Médiation a reçu 3511 demandes, soit 8,2% de de moins qu'en 2017.
Le service a également répondu à 1016 appels téléphoniques concernant la médiation, soit 34,6 % de plus qu'en 2017.
Sur 3 511 demandes, le Médiateur en a écarté 2 540 non éligibles à la médiation (72 %).



2 540 demandes n'ont pas fait l'objet d'instruction de médiation, soit près de 25 % de moins que l'année précédente.

Ce sont donc 971 dossiers qui ont été examinés par le Médiateur.

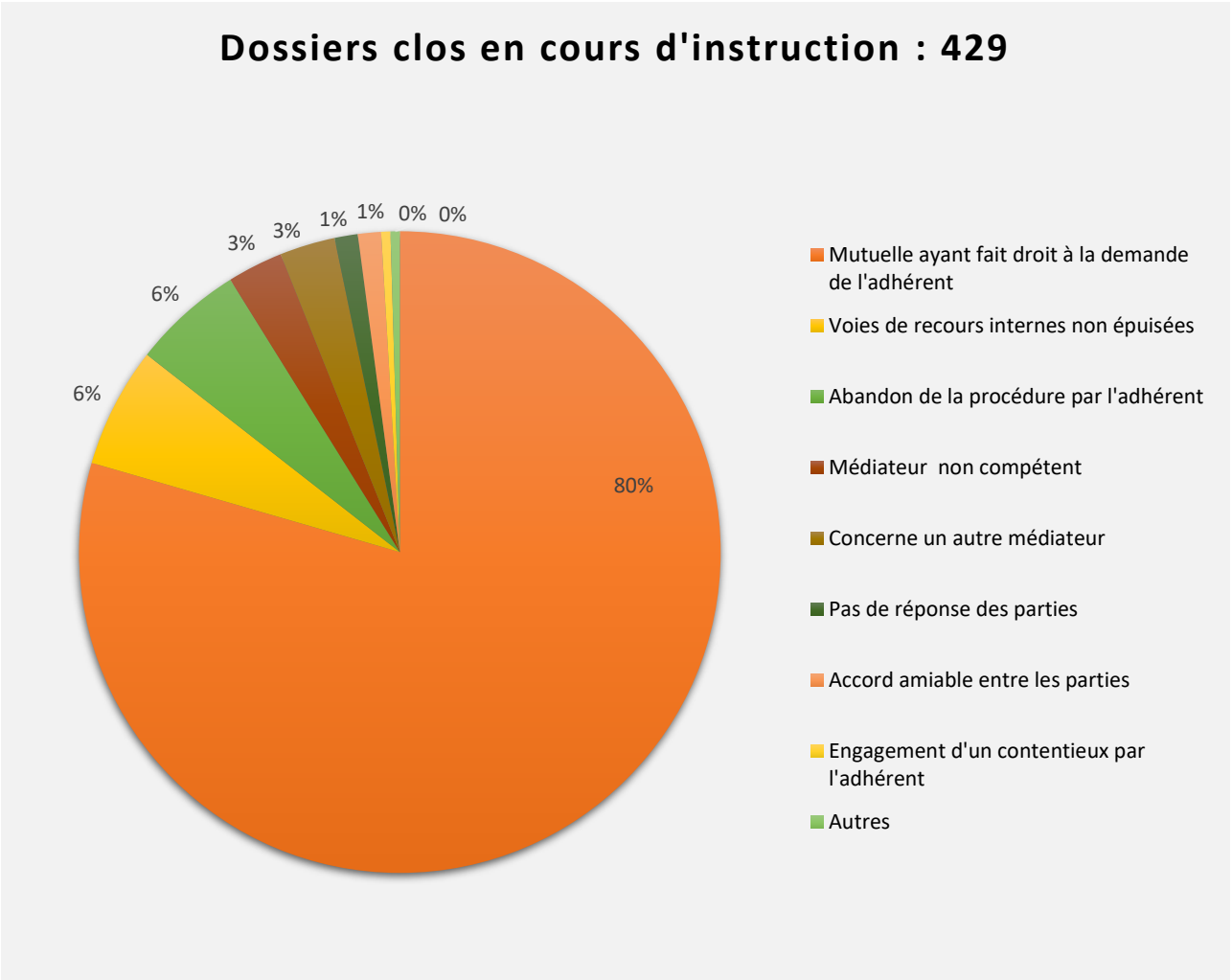
[1] Le détail des éléments chiffrés figure en annexe



Sur les 971 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 429 ont été clos en cours d'instruction (44,3 %).

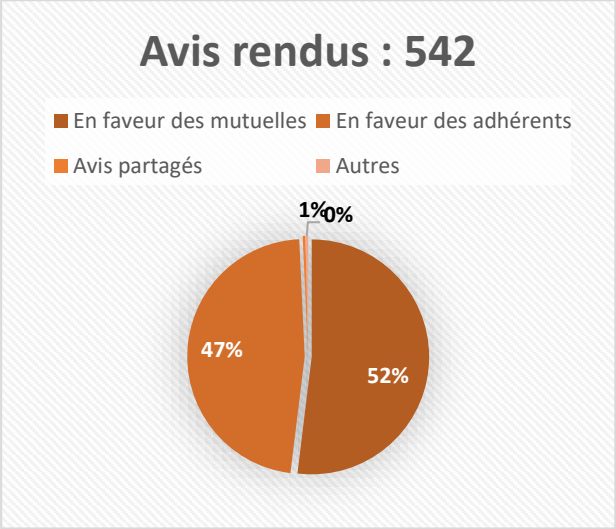
La proportion des dossiers clos en cours d'instruction n'a pas augmenté significativement par rapport à 2017, passant de 46 % à 44 %.

Sur ces 429 dossiers, 79,5 % (341 dossiers) ont été clos parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent, ce qui confirme la nécessité, pour les mutuelles, d'améliorer le traitement des réclamations afin d'éviter ces saisines.



LES AVIS DU MEDIATEUR

542 avis ont été rendus, soit une hausse de 183 %



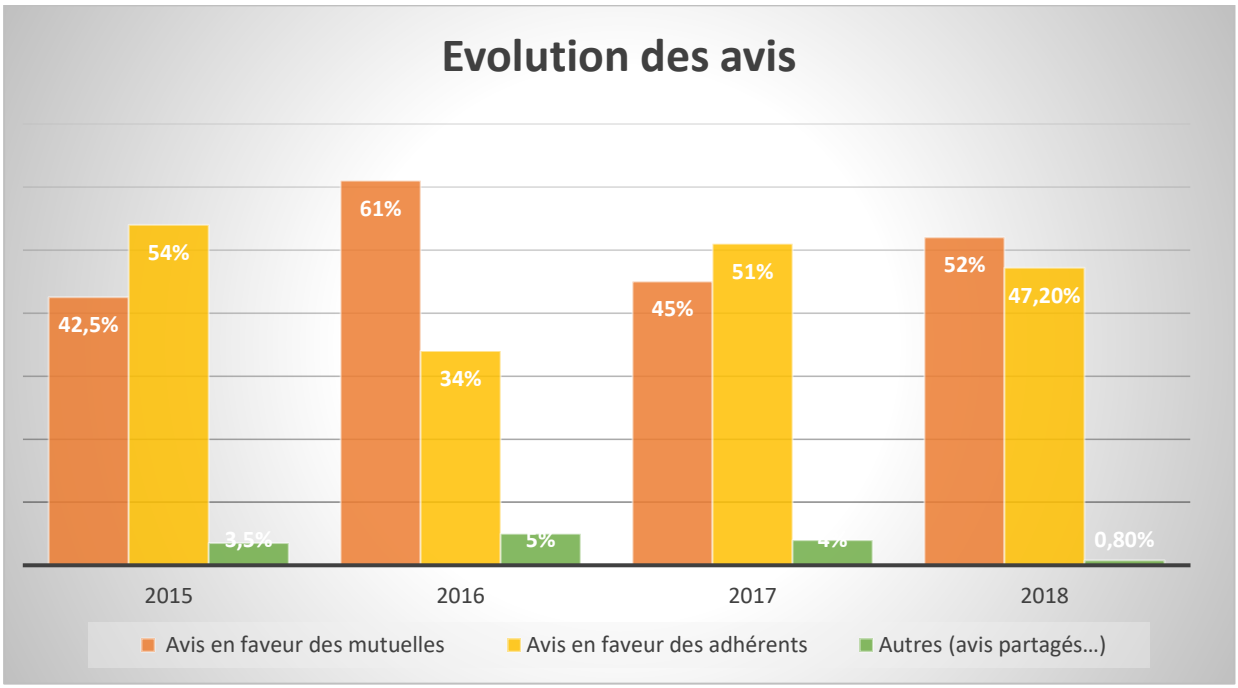
Sur ces avis, :

- 281 ont été rendus en faveur des mutuelles
- 256 en faveur des adhérents
- 2 avis ont été partagés
- 3 dossiers sans avis

53 avis ont été rendus purement en équité, représentant 9,8 % des décisions rendues en faveur de l'une ou l'autre des parties.

Pour 19 dossiers (soit 7,5 % des avis rendus en faveur des adhérents), des dommages intérêts ont été alloués aux requérants en raison du préjudice subi du fait d'une erreur de la mutuelle.

Evolution du nombre d'avis en faveur des mutuelles

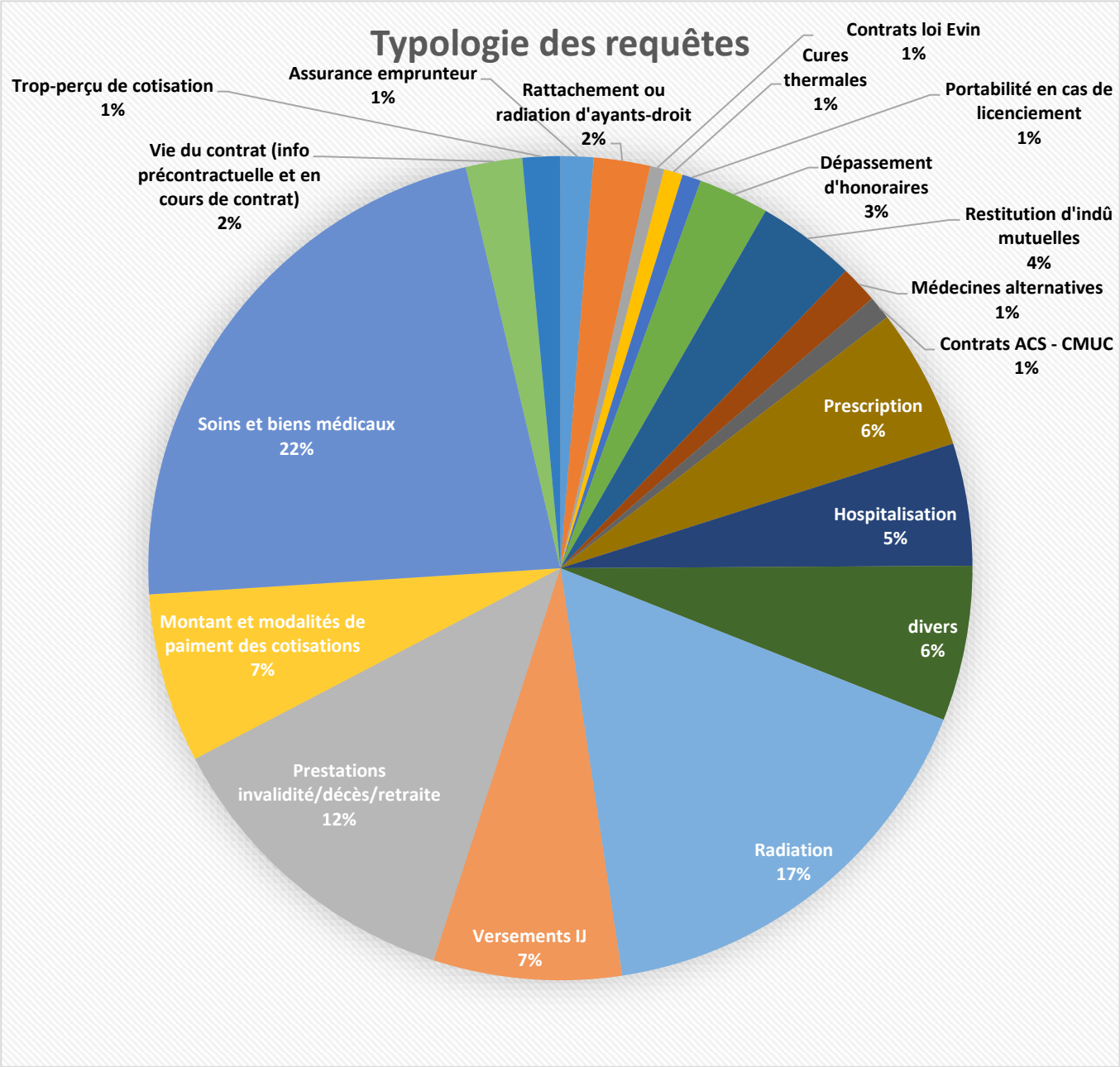


La proportion des avis en faveur des mutuelles a sensiblement augmenté, ce qui témoigne, nonobstant le nombre encore élevé des dossiers clos en cours d'instruction du fait de la reconnaissance par la mutuelle du bien-fondé de la demande de l'adhérent, d'une meilleure gestion des réclamations par les organismes mutualistes.

Nature des litiges

On constate une très grande diversité des litiges, trois domaines représentant à eux seuls 51 % des demandes :

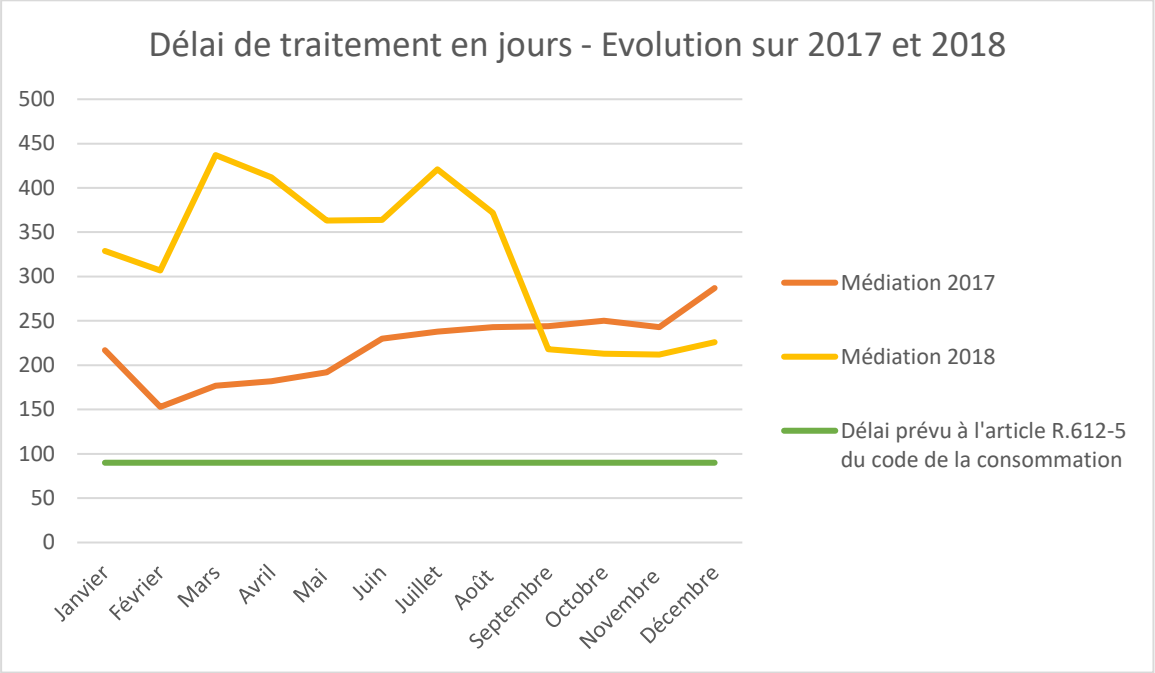
- 22 % des réclamations portent sur les remboursements de soins et de biens médicaux hors hospitalisation (soins dentaires, optique…)
- 17 % concernent une demande de résiliation de contrat
- 12 % touchent des prestations invalidité/ décès / retraite

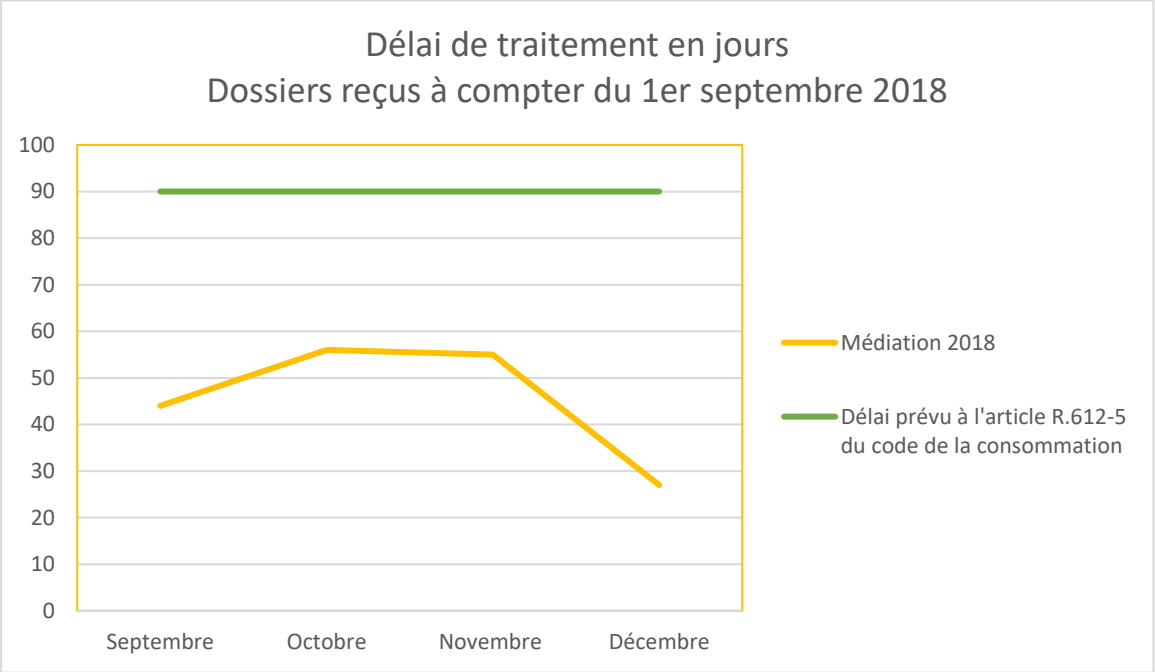


LE DELAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

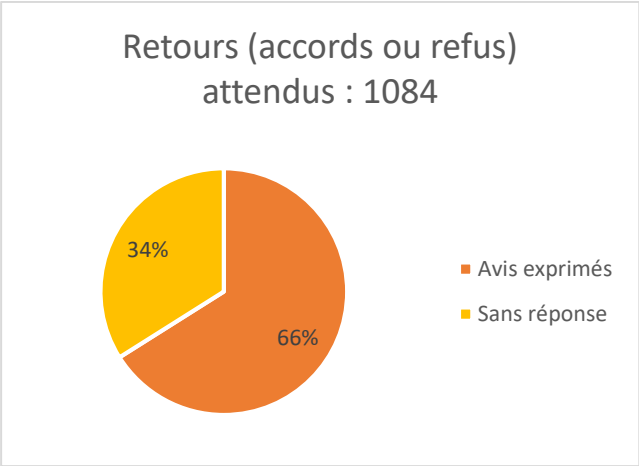
Le délai moyen de notification des avis a été de 10 mois et demi, supérieur à celui constaté en 2017 (7 mois et demi).
La fourchette du délai de traitement va de 21 jours à 791 jours (soit 20 mois).

Les mesures prises dès la fin de l'année 2017 et tout au long de l'année 2018 avec la mise en place d'une nouvelle organisation et une forte augmentation des effectifs a permis de réduire à compter du 1er septembre le délai de traitement des litiges en-deçà du délai de 90 jours règlementaire.





L'EXECUTION DES AVIS

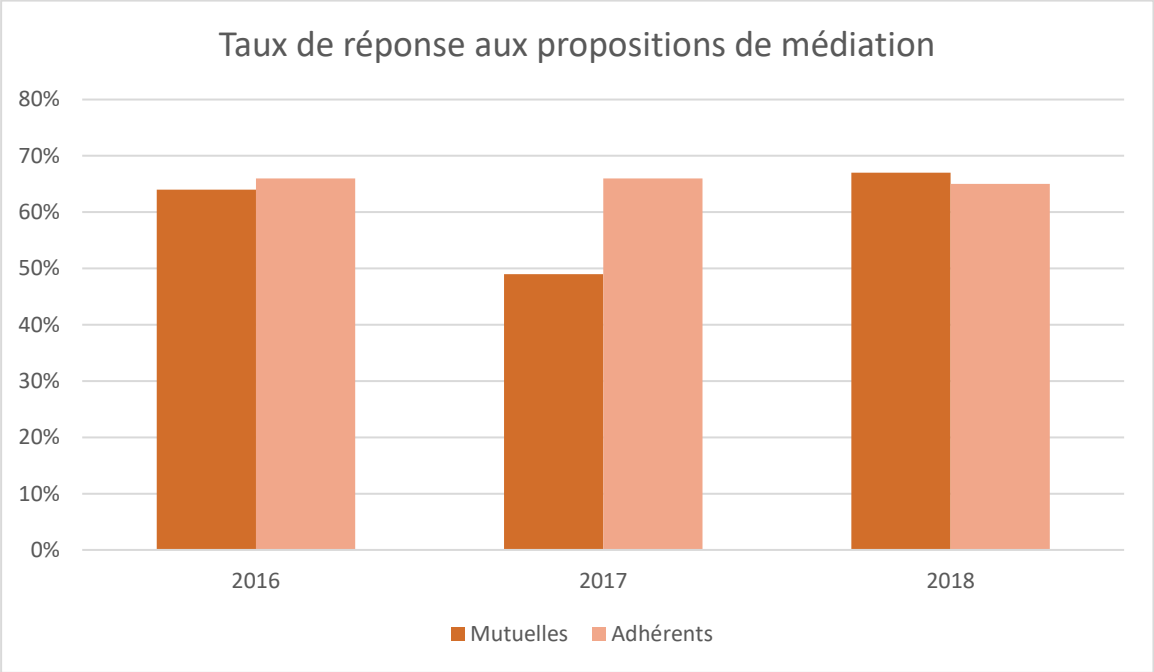


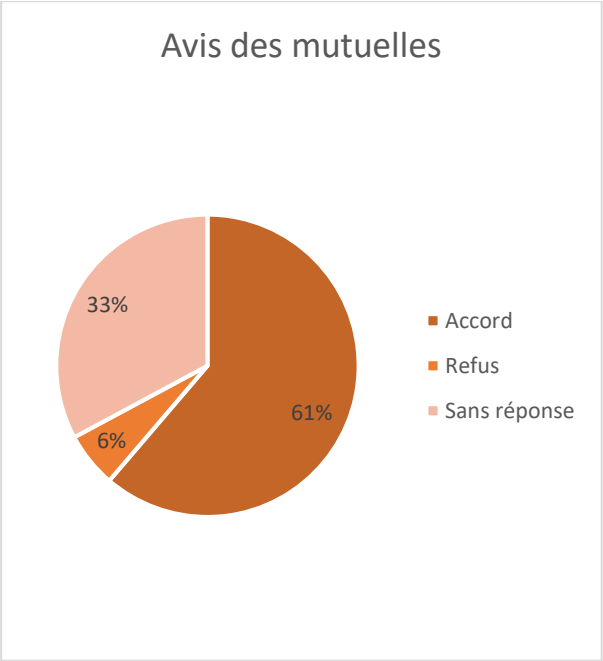
Sur 1 084 réponses attendues (2 x 542) :

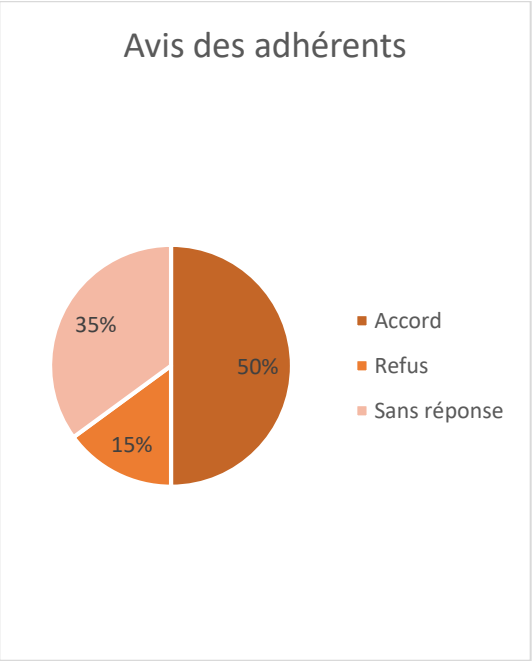
- Mutuelle :
  - 332 accords
  - 32 refus
- Adhérents :
  - 271 accords
  - 81 refus
- Sans réponse : 368

On note une hausse de la proportion des avis exprimés. Car si le taux de réponse des adhérents est resté identique à 65 %, celui des mutuelles est remonté de 49 % à 67 %.

Evolution des taux de réponses aux propositions de médiation







Le pourcentage d'accord des mutuelles passé de 39 % en 2017 à 61 % quand celui des adhérents est resté à 50 % en 2018.

CHAPITRE 2

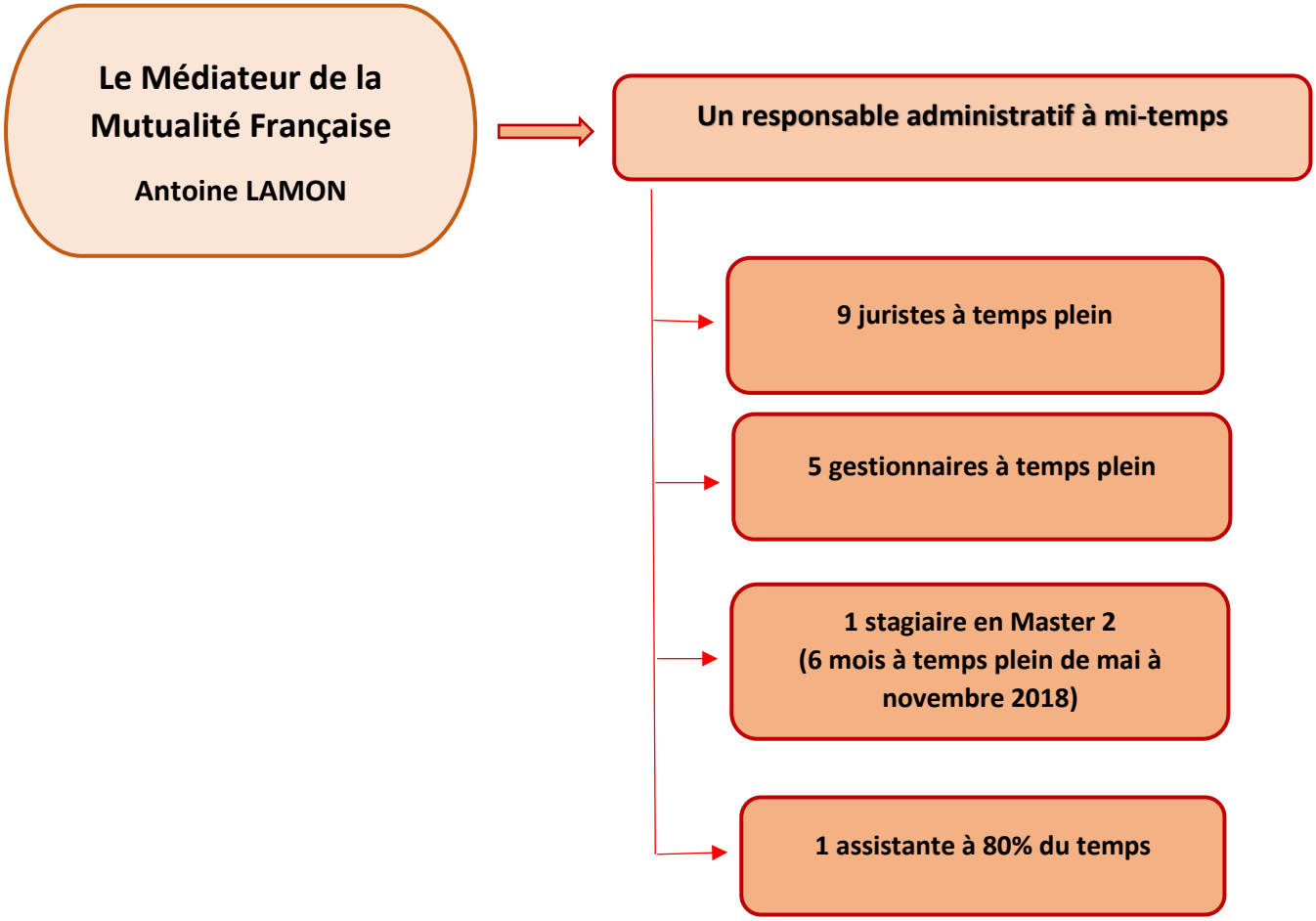
BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN 2018

LES EFFECTIFS

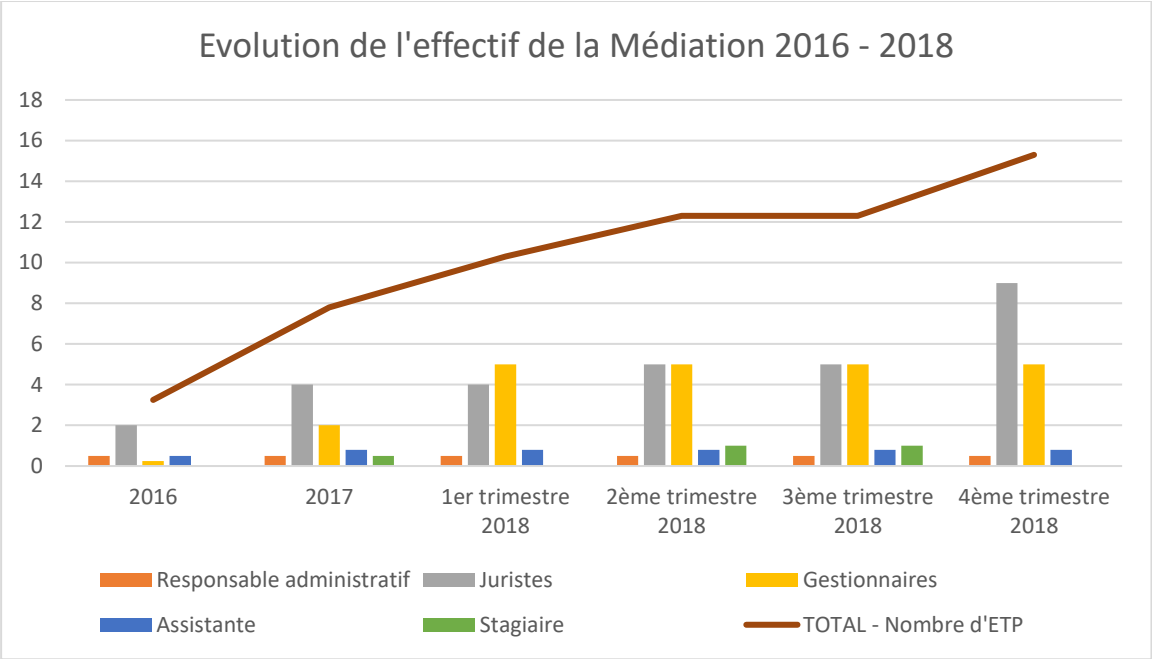
Le renforcement des effectifs affectés à la Médiation s'est poursuivi en 2018 comme j'en avais pris l'engagement en 2017.
L'équipe qui m'est rattachée s'est considérablement renforcée en 2018 et plus particulièrement au dernier quadrimestre.
Le nombre de collaborateurs est passé de 9 (dont un stagiaire pour six mois) à la fin de l'année 2017 à 16 à la fin de l'année 2018.
C'est dans un premier temps sur le recrutement de gestionnaires que l'accent a été mis afin de parvenir à une orientation des réclamations dès réception et une notification de recevabilité ou d'irrecevabilité dans le délai de trois semaines imparti par l'article L.612-2 du code de la consommation.
Le nombre de juristes assignés à l'instruction des dossiers est passé de 4 à la fin de l'année 2017 à 9 à la fin de l'année 2018.

Cet accroissement de l'effectif a été l'un des facteurs du rebond de l'activité au dernier trimestre 2018.

Organigramme de l'équipe de la Médiation



Evolution de l'effectif



J'ai tenu à conserver le principe de la polyvalence des juristes, chacun étant à même de traiter l'ensemble des requêtes quel que soit le motif de la contestation ou la nature du contrat objet du litige.

Cette polyvalence permet d'une part de ne pas prendre le risque d'un déséquilibre en cas d'absence d'un ou de plusieurs spécialistes d'une question et, d'autre part, de garantir l'objectivité des analyses en raison précisément de la diversité des juristes en charge de celles-ci. Enfin, et c'est un gage de la qualité de l'instruction des demandes, elle favorise la mise à jour constante des connaissances et compétences de tous les collaborateurs en fonction des problématiques rencontrées et de l'évolution de la réglementation.

LE TRAITEMENT DES DOSSIERS

a) Les problèmes rencontrés

Comme en 2017, on constate une très grande diversité des requêtes.

Elles vont de la demande de résiliation du contrat au versement de prestations de soins ou de capital décès, en passant par le paiement des cotisations, l'application de la prescription, la portabilité des contrats en cas de licenciement, le rattachement d'un ayant-droit ou la prise en charge des médecines non conventionnelles (cf. détail en annexe).

On note cependant, comme les années précédentes, une très forte proportion de contestations portant sur les remboursements de frais de soins ou de biens médicaux.

Les frais dentaires et d'optique occupent dans ce panel une place importante.

C'est donc avec une réelle satisfaction et un espoir raisonnable que j'ai, en ma qualité de Médiateur, vu prendre corps la réforme du « Reste à charge nul » ou « 100 % santé ». Car j'ai souvent eu à demander aux mutuelles de déroger à la règle fixant un délai de deux ans entre

le remboursement de deux équipements optiques pour les adultes et d'un an pour les enfants imposée par l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale. Dans la plupart des cas, les adhérents justifiaient d'un changement de vue ou d'une pathologie rendant l'acquisition de nouveaux verres indispensables. Dans ces cas, il était préconisé de ne prendre en charge que les verres.

De même, dans le domaine dentaire, la facturation des prothèses et implants demeure un poste important de contestations. Les recommandations des précédents rapports restent, à cet égard, d'une criante actualité, tant sur le libellé des garanties que sur l'exactitude des estimations de prise en charge au vu des devis présentés.
L'orthodontie est également source de conflits, notamment en cas de changement d'organisme complémentaire en cours de traitement. Une clarification des garanties sur ces modalités de prise en charge est par conséquent indispensable.

Parmi les autres réclamations, les demandes de résiliation en raison de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire souscrit par l'employeur sont encore très nombreuses. Par souci de simplification et par prudence vis-à-vis des Unions de recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales, l'information de la possibilité de dispense n'est pas systématiquement fournie par l'employeur, au préjudice des salariés qui se découvrent adhérents malgré eux à deux complémentaires.

Les autres saisines relèvent de problématiques diverses, mais témoignent majoritairement d'un sentiment chez les réclamants d'avoir été mal informés ou mal conseillés.

Ainsi, de nombreuses demandes de rachat de contrat retraite qui ne pouvaient être satisfaites ont montré que les assurés n'avaient pas pris la mesure de la finalité de leurs contrats ; une meilleure information de la part des mutuelles en cours de contrats – notamment au moment du choix entre rachat et liquidation de la rente – aurait peut-être permis d'éviter certains litiges.

D'une manière plus anecdotique, j'ai eu à connaître de litiges portant sur l'application des prélèvements sociaux sur les contrats d'assurance vie des personnes résidant à Saint-Barthélémy ou de soins homéopathiques délivrés à l'étranger.

Un dossier présentant un enjeu financier majeur opposait une mutuelle ayant proposé une garantie de chômage des dirigeants à l'entreprise souscriptrice dont l'un des dirigeants avait été démis de ses fonctions ; ce contrat collectif facultatif avait pour objet le versement aux dirigeants d'entreprises ne pouvant bénéficier de l'assurance chômage telle que prévue par le code du travail une indemnité pour perte d'emploi en cas de situation de chômage involontaire consécutif à un événement garanti. Ce contrat a la particularité d'être souscrit par une association à laquelle peuvent adhérer des entreprises au bénéfice de leurs dirigeants. Sont donc assurées des personnes physiques qui n'ont pas part au contrat. Cette complexité du contrat a été pointée lors de la proposition de solution.
Au regard de l'enjeu du dossier, la mutuelle a refusé mon avis et l'entreprise s'est pourvue en justice pour obtenir l'indemnisation de son ancien dirigeant.

D'autres dossiers m'ont amené à raffermir ou préciser mes recommandations passées et à en présenter de nouvelles (cf. chapitre 3).

b) Le montant des litiges / la nature des contrats

Les contrats individuels de complémentaire santé constituent la majorité des contrats concernés par la médiation.
Mais les contrats de prévoyance retraite et les assurances décès ou d'allocations obsèques

sont de plus en plus nombreux à donner lieu à des différends dans leur exécution.
Si l'on excepte un dossier dont le montant est remarquable (près de 200 000 €), le montant des litiges va de 32 € à 65 427 €, la moyenne étant de 1 900 €.
Cette moyenne a été établie sur 279 dossiers (soit un peu plus de 50 % des dossiers dont l'instruction a été menée à son terme), le montant en litige étant inconnu dans de nombreux cas.
Il n'en demeure pas moins que l'écart des sommes en jeu reflète la diversité des saisines et des motivations des réclamants ; parfois la question de principe prime sur l'intérêt pécuniaire.

LES AVIS NOTIFIES

a) La répartition des avis

Comme le montrent les histogrammes de la page 5 le nombre d'avis en faveur des mutuelles a été de 51 %, soit un peu plus que l'année dernière.
Je tiens à souligner à cet égard que, dans la majorité des dossiers, les mutuelles ont fait une juste application de la réglementation et que les avis rendus en faveur des adhérents ont principalement reposé sur l'équité.
Cependant, dans quelques cas isolés, il m'a fallu reconnaître le manquement des mutuelles au devoir d'information ou au respect du droit mutualiste, et ce malgré les recommandations des années passées.

b) L'exécution des avis

Le seul chiffre permettant d'évaluer la portée de la médiation est le pourcentage des propositions de solution expressément acceptées par les parties.
Les médiations exécutées sont sans doute plus nombreuses, l'absence de réponse valant acceptation de la médiation proposée.
Il est difficile d'évaluer l'efficacité de la médiation dans la mesure où je ne dispose pas d'éléments fiables pour m'assurer de l'exécution des avis ; le taux d'acceptation des propositions par les parties n'est pas suffisant en lui-même.
Cependant, l'évolution de ce taux sur l'année 2018 corrélé à la baisse du nombre de saisines permet d'estimer que les efforts de pédagogie à l'égard tant des mutuelles que des adhérents ont porté.
Pour un dossier, il a été porté à ma connaissance l'engagement d'une procédure judiciaire à la suite de refus d'exécution par la mutuelle d'un avis en faveur du demandeur.

c) Motifs des refus des mutuelles

A l'article 12 du règlement mutualiste, il est demandé aux mutuelles qui refusent la proposition transmise d'en donner les raisons.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une divergence d'interprétation des éléments du dossier (éléments de preuve de l'information donnée par la mutuelle, notion de fait générateur, codification CCAM…)

Dans certains cas, la mutuelle est en désaccord sur la jurisprudence applicable ou sur l'interprétation des clauses du contrat.
Plus rarement, la mutuelle rejette un avis rendu en équité en maintenant une interprétation stricte de la réglementation (remboursement d'une paire de lunettes pour enfants).
Cette année encore, je souhaite rappeler aux mutuelles et aux adhérents qu'il est indispensable de répondre aux notifications des avis afin de permettre une meilleure évaluation de l'efficience de la Médiation de la Consommation.

En outre, de nombreux assurés contactent mes services plusieurs semaines après avoir reçu la proposition de solution, en demandant quelle est la position de la mutuelle, en l'absence d'exécution de l'avis.
C'est ainsi que certains avis tacitement acceptés en raison du silence de la mutuelle ne sont pas exécutés au mépris du règlement mutualiste.

Les solutions proposées ne s'imposent à aucune des parties ; il est donc de la responsabilité de chacun de mettre à profit la médiation afin que celle-ci soit réellement une opportunité d'améliorer les relations entre professionnels et particuliers.

CHAPITRE 3

LES RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

Les recommandations des rapports des années 2016 et 2017 peuvent pour la plupart être réitérées. La synthèse de ces recommandations est jointe en annexe II.

Pour cette année 2018, je souhaite plutôt mettre l'accent sur les améliorations que les mutuelles peuvent apporter dans trois domaines :

- le libellé des garanties
- l'information aux adhérents
- la gestion des réclamations

LE LIBELLE DES GARANTIES

Comme les années précédentes, je ne saurais trop recommander aux organismes de porter un soin particulier à la clarté du libellé des garanties. Lorsque celles-ci sont imprécises et sujettes à interprétation, elles conduisent systématiquement à des décisions en faveur des adhérents.
La précision du libellé suffirait bien souvent à éviter des conflits.

C'est particulièrement manifeste dans les prises en charge des soins dentaires, des frais d'optique, des dépassements d'honoraires, des actes de médecine « alternative ».

a) Les actes ou frais pris en charge

Il apparaît indispensable de définir précisément comment les actes non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge même en l'absence d'un code de la Classification Commune des Actes Médicaux (sur des bases de remboursement reconstituées le cas échéant).
De même, les règlements mutualistes ou les contrats devraient être parfaitement clairs sur les modalités de remboursement des dépassements d'honoraires en fonction de l'adhésion des professionnels de santé à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires.
J'ai, comme l'an passé, fait droit à des demandes de prise en charge des forfaits journaliers en établissement médico-social (maison d'accueil spécialisée ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en raison d'une absence de mention explicite de l'exclusion de remboursement de ces frais pour les mutuelles qui prenaient préalablement en charge ce forfait en le limitant dans la durée.

b) Le fait générateur

L'absence de définition précise de l'événement donnant naissance à la mise en œuvre de la garantie est source de divergences d'interprétation. Les règlements mutualistes ou les notices doivent donner une définition précise du « fait générateur », notamment en matière d'hospitalisation ou de garantie de maintien de salaire.

c) La détermination du taux d'invalidité

Il est indispensable de définir clairement, dans le règlement mutualiste, le contrat ou le libellé des garanties, sur quelle base l'invalidité ouvrant droit aux prestations sera évaluée. Si celle-ci n'est pas la même que celle de l'assurance maladie, il convient d'indiquer selon quel barème elle sera établie en cas d'expertise médicale.

Le respect de l'engagement signé par l'UNOCAM pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé devrait permettre de réduire le nombre des contestations relatives au libellé des garanties même si les litiges portent le plus souvent sur des prestations inhabituelles figurant dans les rubriques libres.
Les mutuelles auront à cœur, en tout état de cause, de respecter les définitions du glossaire élaboré dans ce cadre, ce qui devrait faciliter la compréhension des garanties par les consommateurs.

L'INFORMATION AUX ADHERENTS

Nombre de litiges ont pour origine le sentiment – fondé ou non – qu'ont les demandeurs de ne pas avoir été correctement informés, soit en amont de la souscription, plus fréquemment en cours d'exécution du contrat.

a) Avant l'adhésion au contrat

Il est toujours difficile d'apprécier cet élément dans les litiges qui me sont soumis, aucune des parties ne disposant généralement des preuves de la réalité de l'information donnée. En outre, l'information pré-contractuelle est souvent délivrée par des courtiers qui ne sont pas partie à la médiation et dont on ne peut s'assurer des pratiques. Il importe, à cet égard, que les mutuelles soient vigilantes quant aux interventions des intermédiaires à qui elles confient la distribution de leurs contrats.
L'encadrement des opérations de distribution d'assurance fixé par l'ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 devrait sinon améliorer l'information et le conseil communiqués aux prospects, du moins contraindre les professionnels à apporter la preuve des démarches effectuées.

b) Au cours du contrat

Au-delà de la bonne foi dans l'exécution du contrat exigée par le code civil, le code de la mutualité fixe des obligations d'information particulières aux organismes mutualistes au cours du contrat.
L'article L.221-5 du code de la mutualité prévoit que « toute modification des prestations définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire. »
La preuve de la notification réglementaire de changements de garanties ou de cotisations est encore trop souvent inexistante lorsque le réclamant se prévaut de l'absence d'information. Dans ces cas, je ne peux que faire droit aux réclamations. Il est, comme je l'ai rappelé les deux dernières années, indispensable de prévoir des modalités de notifications des changements de garanties et de montant de cotisations

pouvant être prouvées tant en matière de contrats individuels que collectifs. A défaut, ces nouvelles garanties sont inopposables.

J'attire, à ce propos, l'attention des mutuelles sur l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin.
Les contrats collectifs obligatoires souscrits par un employeur doivent permettre le maintien de la couverture au profit des anciens salariés. Toutefois, ce maintien de la couverture, même si ses modalités sont prévues par le contrat collectif, fait l'objet d'un nouveau contrat individuel souscrit par le bénéficiaire au moment de son changement de situation (article 4 de la loi Evin).
Les anciens salariés retraités ne peuvent être maintenus dans l'effectif des bénéficiaires du contrat collectif. Non seulement ce maintien n'est pas licite, mais encore il prive les adhérents, qui n'ont plus de relation avec leur ancien employeur, de l'information sur l'évolution du contrat à laquelle ils ont droit.

Sur les devis, je recommande 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. On ne saurait se satisfaire des phrases-types précisant que les informations sont données sous toutes réserves de modification ultérieure lorsque le changement à intervenir est déjà connu de la mutuelle. Il est évident que certains assurés engagent des frais – notamment dentaires – en fonction de l'estimation de prise en charge communiquée. Les mutuelles doivent donc apporter le plus grand soin à ces informations.

En matière de télétransmission, la majorité des règlements mutualistes des contrats de complémentaires santé dont j'ai eu connaissance indique que la procédure habituelle de règlement des prestations est réalisée par le biais de la télétransmission des décomptes de l'assurance maladie obligatoire. La nécessité de produire les décomptes en cas d'absence de télétransmission à l'organisme complémentaire est généralement mentionnée sans autre précision.
Lorsque la télétransmission ne fonctionne pas (notamment en cas de changement d'organisme complémentaire ou de modification des ayants-droit), les adhérents n'admettent pas toujours qu'il leur appartient alors d'adresser à la mutuelle leurs décomptes de sécurité sociale. La plupart du temps, les adhérents ne contrôlent pas ces décomptes de sécurité sociale et réalisent très tardivement – souvent au-delà du délai de prescription biennal – que les remboursements complémentaires n'ont pas été effectués. Ils considèrent que cette absence de règlement automatique relève de la responsabilité de la mutuelle.
Il est important pour les mutuelles de bien informer les adhérents – soit dans le règlement mutualiste, soit lors de demande tardive de prestations du fait d'une interruption de télétransmission – que la télétransmission est une organisation destinée à faciliter les remboursements mais n'est pas un service obligatoire.

LA GESTION DES RECLAMATIONS

Sur la forme, je renvoie les mutuelles à la Recommandation sur le traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016 modifiée de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (cf. annexe III). Un traitement efficace des réclamations par les mutuelles doit permettre de diminuer significativement le nombre des saisines. De même une identification claire des circuits de réclamations des mutuelles est nécessaire pour que les adhérents épuisent les voies de recours internes avant de saisir mes services.
En outre, il est inutile de conseiller aux adhérents de saisir le Médiateur lorsque leur requête est en dehors du champ de la médiation (demande d'explication par exemple) ; j'ai, en effet, été dans l'obligation de déclarer certaines réclamations recevables alors qu'elles ne relevaient à l'évidence pas de ma compétence simplement parce que c'était la mutuelle elle-même qui, dans sa réponse à l'adhérent, l'invitait à me saisir en cas de désaccord avec cette réponse. Or, si l'explication d'une clause correctement rédigée ne convient pas à un assuré, il est inopportun de renvoyer celui-ci vers la Médiation qui n'a pas pour mission d'apprécier la qualité des contrats proposés.

Sur le fond, lorsqu'une mutuelle s'oppose à une demande, elle doit faire preuve de pédagogie, notamment lorsque le fondement juridique de son refus est abscons. Dans plusieurs dossiers, les adhérents s'appuyaient à tort sur l'article L.221-17 du code de la mutualité[2] pour solliciter la résiliation de leur contrat ; certaines mutuelles se contentaient de reproduire l'article – au mieux de le paraphraser – sans apporter la moindre explication à leurs membres. La rédaction de ces dispositions est particulièrement obscure pour un non-initié qui dès lors ne comprend pas pourquoi un simple changement de situation professionnelle ou d'adresse ne permet pas la résiliation du contrat. Cet article prévu pour les contrats d'assurance de biens IARD (Incendie, Accidents et Risques Divers) est exceptionnellement applicable en mutualité ; encore faut-il l'expliquer aux adhérents.

---

[2] Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :
– changement de domicile ;
– changement de situation matrimoniale ;
– changement de régime matrimonial ;

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.
La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.
La mutuelle ou l'union doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.
Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la mutuelle ou à l'union dans les cas de résiliation susmentionnés.
Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

Enfin, les litiges rencontrés m'amènent à revenir sur trois problématiques juridiques qui me paraissent mériter une attention particulière :

a) La fausse déclaration intentionnelle

Selon les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité, seule la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle est cause de nullité de la garantie accordée, et seulement dans le cas où « *cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.* » (article L.221-14)

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de la garantie mais l'augmentation des cotisations si elle est constatée avant la réalisation du risque ou, si elle est constatée après la réalisation du risque – ce qui est généralement le cas – la réduction de la prestation « *en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.* » (article L.221-15).
L'examen des dossiers portant sur ce type de litiges montre que les mutuelles affirment parfois que les fausses déclarations, lorsqu'elles sont établies, entraînent la nullité des garanties sans même analyser réellement le caractère intentionnel de la fausse déclaration.
Certains dossiers ont fait apparaître des omissions ou fausses déclarations manifestement non intentionnelles devant donner lieu à l'application de l'article L.221-15.
J'invite les mutuelles à bien vérifier cet élément avant de prononcer la nullité des garanties, nonobstant les difficultés de gestion qu'entraîne le calcul de l'augmentation des cotisations ou de la réduction des prestations.

b) La prescription

L'année dernière, j'ai insisté sur la prescription attachée aux contrats et l'impertinence des clauses de forclusion dans les contrats de prévoyance.
Je souhaite compléter par une note jointe en annexe IV cette recommandation par une analyse et une synthèse des prescriptions applicables aux différents cas étudiés (prescription biennale, quinquennale, décennale ou trentenaire).

c) La portabilité en cas de liquidation judiciaire

Là aussi, j'ai estimé nécessaire de refaire le point sur la portabilité des contrats en cas de liquidation judiciaire d'une entreprise au regard de l'évolution de la jurisprudence. La note jointe en annexe V met en évidence l'utilité pour les mutuelles, lorsqu'elles en ont la possibilité, de surveiller le Bulletin Officiel des Annonces Civiles et Commerciales pour les entreprises dont elles pressentent la liquidation.

Au-delà de ces recommandations destinées à réduire les causes de litiges, il me semble utile d'ajouter quelques recommandations relatives à la procédure de médiation afin d'améliorer son efficacité et de raccourcir les délais de traitement des dossiers.

Le code civil confère un effet suspensif à la saisine du Médiateur ; cet effet suspensif concerne la prescription ; il convient de l'étendre au recouvrement d'une créance contestée. Il est demandé aux mutuelles de surseoir au recouvrement dans l'attente de la notification de ma proposition de solution.

J'insiste enfin sur l'importance, pour chacune des parties, de produire les pièces justifiant ses positions ; il m'est pénible de devoir parfois instruire un dossier sans pièces probantes, ce qui est susceptible de biaiser l'analyse du litige.

Conclusion

2018, « le changement dans la continuité »

L'année 2018 a été l'année de la continuité : continuité dans le nombre des demandes reçues, la proportion des saisines évitables, la diversité des motifs de contestation, la répartition des avis en faveur des mutuelles et en faveur des adhérents.

L'année 2018 a été l'année du changement : changement dans l'organisation de la médiation de la Mutualité Française, changement dans le nombre des avis rendus et exécutés.

Ma deuxième année d'exercice aura été pour moi l'occasion d'acquérir une certitude : la médiation de la consommation trouve en mutualité sa justification dans l'accroissement de la part des solutions acceptées par les deux parties (près de 60% des avis exprimés), ce qui prouve que les efforts de pédagogie déployés dans les avis afin d'expliquer les raisons des solutions proposées aux parties portent leurs fruits.

Gageons que 2019, puis 2020, dans un contexte qui s'annonce particulièrement instable du fait des nombreuses réformes adoptées ou annoncées, permette de réduire encore le nombre de contestations, en favorisant une meilleure communication entre les mutuelles et les adhérents.

Dans un environnement exigeant, en perpétuelle évolution et fortement concurrentiel, la mutualité se doit d'apporter à ses adhérents la garantie de se voir appliquer les principes de solidarité et d'égalité sur lesquels elle s'est construite. L'intérêt du mouvement mutualiste est de promouvoir et mettre en œuvre ces valeurs dont les mutuelles sont les vecteurs.

Je poursuivrai avec elles cet objectif, et m'attacherai à ce que la mission de la médiation soit reconnue pour ce qu'elle est : un processus facilitant la résolution des litiges en toute indépendance, avec impartialité et neutralité, sans renoncer à une certaine bienveillance.

Car « il n'est pas d'équité sans un peu de clémence. » (*Georges Courteline*)

Le Médiateur de la Mutualité Française

Antoine LAMON

ANNEXE 1

Les chiffres de la Médiation

Nature des 2 540 demandes non instruites

- 1 371 requêtes reçues via la boîte « médiation » ne relevaient pas de la médiation pour des motifs divers : demande d'information, problème de courtage, gestion du contrat (adresse, ayant-droit, devis), question concernant l'assurance maladie obligatoire….
- 1169 demandes classées après réponse adaptée à la personne ayant sollicité le médiateur :
  - 42 : mutuelles dont le choix de était celui d'une médiation interne
  - 38 : mutuelles non adhérentes à la FNMF
  - 82 : autre médiation : médiation de l'assurance (63) - médiation du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (19)
  - 502 : voies de recours internes n'ayant pas été épuisées
  - 321 : médiateur non compétent
  - 184 : médiateur non concerné (erreurs d'adressage, copies pour information, mutuelles ayant fait droit à la demande de l'adhérent…)

Sur ces 1 169 saisines :

- 26 demandes tendaient à faire intercéder le médiateur pour simplement obtenir l'exécution administrative du contrat et notamment la télétransmission entre régime obligatoire et complémentaire.
- 632 saisines étaient relatives à la vie du contrat, dont :
  - 231 sur la gestion du contrat
  - 67 sur les modalités d'adhésion
  - 97 sur les cotisations
  - 37 sur la résiliation
- 35 demandes visaient à obtenir des capitaux décès ou des allocations obsèques.
- 50 dossiers concernaient des garanties invalidité : rentes ou indemnités journalières.
- 368 requêtes portaient sur les prestations : remboursements de frais dentaires (soins, prothèses, orthodontie), mais également de frais d'optique, de soins délivrés à l'étranger, de prise en charge de cures thermales, forfaits journaliers ou 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.
- 29 saisines concernaient la gestion du régime obligatoire.
- 29 dossiers étaient sans objet (demandes de geste commercial, contestation des modalités de fonctionnement du tiers-payant, demande de carte d'assuré social…).

Motifs de clôture des dossiers dont l'instruction a été interrompue

- 341 : la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent : 79,5 %
- 26 : voies de recours internes non épuisées
- 24 : renonciation de l'adhérent à la procédure de médiation
- 12 : médiateur non compétent
- 12 : concerne un autre médiateur (dossier transmis au médiateur compétent ou renvoyé à l'adhérent)
- 5 : intervention d'un accord amiable entre la mutuelle et l'adhérent
- 5 : absence de pièces produites par les parties
- 2 : engagement d'un contentieux en cours de procédure
- 1 : décès du demandeur en cours d'instruction
- 1 : dissolution de la mutuelle avec impossibilité d'identifier le repreneur du portefeuille (renvoi de l'adhérent vers l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Typologie des saisines instruites

- Frais dentaires et biens médicaux (optique et prothèses auditives) : 121
- Radiation : 90
- Contrats invalidité / décès / dépendance ou allocation obsèques / retraites : 67
- Versement d'indemnités journalières en cas de longue maladie, hospitalisation, licenciement… : 40
- Paiement ou le montant des cotisations 36 (dont 10 concernent la hausse des cotisations)
- Prescription biennale, quinquennale ou décennale : 30
- Prestations d'hospitalisation : 26
- Restitution d'indû pour les mutuelles : 21
- Prise en charge des dépassements d'honoraires : 15, dont 9 dans le cadre d'hospitalisation
- Rattachement ou radiation d'ayants-droit : 12
- Trop-perçus de cotisation : 8
- Modalités de contractualisation (information précontractuelle, refus de contractualiser par la mutuelle) : 8
- Remboursement de médecines alternatives : 8
- Assurance emprunteur : 7
- Information des changements en cours de contrats : 4
- Portabilité en cas de licenciement. : 4
- Cures thermales : 4
- Contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé : 4
- Contrats de sortie article 4 de la loi Evin : 3
- Contrats pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle : 1
- Autres : 33 (refus d'un remboursement d'une consultation médicale pour une carte de transport, prise en charge de séances d'acupuncture, majoration d'une rente de réversion du fait de la perception de l'allocation personnalisée d'autonomie, portabilité d'un contrat d'une personne en arrêt maladie…)

ANNEXE II

Synthèse des recommandations du rapport d'activité 2017

Rappel des recommandations du rapport de 2016

- Définir précisément les actes dentaires hors nomenclatures (implants, couronnes ou inlay cores sur implants…).

- 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.

- 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.

- 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.

- Respecter le droit mutualiste en matière d'annualité des cotisations et des garanties.

- 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.

- Prévoir des modalités de notifications des changements de garanties pouvant être prouvées tant en matière de contrats individuels que collectifs.

Recommandations 2017

- Supprimer le lien Noémie (connexion avec l'assurance maladie) lors de la radiation des adhérents afin de ne pas empêcher la connexion de la nouvelle complémentaire.

- Mieux expliquer les modalités de souscription et de renouvellement des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé.

- Définir, dans les garanties des contrats d'invalidité, le barème et les modalités d'évaluation de l'invalidité ouvrant droit à l'indemnisation.

- Préciser si la prise en charge des forfaits journaliers en maison d'accueil spécialisée est exclue d'une garantie.

- Ne pas substituer la forclusion à la prescription dans les garanties – ne pas prévoir de clause de forclusion dans les contrats de prévoyance, cette clause étant inopérante pour de tels contrats.

- Lorsqu'une réclamation fondée sur la loi Chatel est rejetée parce que le contrat n'y est pas soumis, indiquer aux adhérents les raisons de l'inapplicabilité de la loi Chatel.

- Mettre en place une procédure permettant de résilier les contrats pour non-paiement des cotisations dans des délais raisonnables.

ANNEXE III

Recommandation sur le traitement des réclamations
2016-R-02 du 14 novembre 2016 modifiée

1. Contexte

L'information du client sur les modalités d'examen des réclamations ainsi que le traitement de ces dernières font l'objet de plusieurs textes, notamment de nature législative et réglementaire[1] applicables aux secteurs de l'assurance et de la banque. Néanmoins, les contrôles effectués au sein des établissements de crédit, des organismes d'assurance et des intermédiaires, les annexes au rapport de contrôle interne sur la protection de la clientèle, ainsi que les informations émanant des clients reçues par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), ont mis en évidence certaines modalités de saisine et de traitement des réclamations insuffisamment protectrices de la clientèle[2].

En conséquence et en concertation avec l'Autorité des marchés financiers (AMF) au sein du Pôle commun, l'ACPR recommande des bonnes pratiques ayant pour objet de garantir à la clientèle :

– une information claire et transparente sur les modalités de traitement des réclamations, ainsi qu'un accès facile au système de traitement des réclamations ;

– un traitement des réclamations efficace, égal et harmonisé ;

– la mise en place d'éventuelles actions correctives à partir des dysfonctionnements identifiés à travers le traitement des réclamations.

Pour le traitement des réclamations afférentes aux instruments financiers, l'AMF a adopté l'instruction DOC-2012-07 à laquelle il convient de se référer sur ce sujet.

2. Champ d'application de la recommandation

La présente recommandation concerne la réception, le traitement et le suivi des réclamations. Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

La présente recommandation s'applique aux entreprises d'assurance, aux mutuelles ou unions régies par le Code de la mutualité, aux institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance (ci-après, « les organismes d'assurance »), aux établissements de crédit, aux sociétés de financement, aux établissements de paiement et aux établissements de monnaie électronique (ci-après, « les établissements »), aux intermédiaires d'assurance, aux intermédiaires en opérations de banque et services de paiement et aux

[1] Cf. Annexe 1 : Règles applicables aux organismes d'assurance, aux établissements et aux intermédiaires.
[2] Cf. Annexe 2 : Exemples de situations pour lesquelles les modalités de saisine et de traitement des réclamations sont insuffisamment protectrices de la clientèle.

intermédiaires en financement participatif (ci-après, « les intermédiaires ») ainsi qu'aux prestataires de services d'information sur les comptes, ci-après ensemble « les entités », y compris lorsque ces entités interviennent en France en libre prestation de services ou en libre établissement.

S'agissant des prestataires de services d'information sur les comptes, le champ d'application de la présente recommandation porte sur le traitement des réclamations liées à la sécurité.

3. Recommandation

Afin d'assurer un meilleur accès de la clientèle aux systèmes de traitement des réclamations et une plus grande efficacité de ces systèmes, l'ACPR recommande, conformément aux dispositions des articles L. 612-1 II 3° et L. 612-29-1 alinéa 2 du Code monétaire et financier, aux entités concernées :

3.1. Sur l'information et l'accès de la clientèle au système de traitement des réclamations :

3.1.1. D'informer la clientèle, dans un langage clair et compréhensible, sur :

– les modalités de saisine de chacun des niveaux de traitement des réclamations mis en place, notamment les coordonnées (adresse, numéro de téléphone non surtaxé…) de la (des) personne(s) ou du service en charge du traitement des réclamations et du médiateur compétent quand ce dernier existe. Lorsque plusieurs intervenants sont impliqués dans le processus de commercialisation ou de gestion, cette information est déclinée pour chaque catégorie de réclamations nécessitant un circuit de traitement distinct ;

– les délais de traitement de la réclamation auxquels l'entité s'engage.

3.1.2. De rendre l'information visée au 3.1.1 rapidement accessible à l'ensemble de la clientèle, notamment dans les lieux d'accueil de la clientèle, lorsqu'ils existent, ou sur un site Internet.

3.1.3. D'accuser réception de la réclamation dans le délai sur lequel l'entité s'est engagée à le faire, sauf si la réponse elle-même est apportée au client dans ce délai.

3.1.4. De tenir informé le client du déroulement du traitement de sa réclamation, notamment lorsque, en cas de survenance de circonstances particulières, les délais sur lesquels l'entité s'est engagée ne peuvent pas être respectés.

3.1.5. D'éviter toute confusion, en particulier dans l'intitulé des services ou dans les courriers adressés à la clientèle, entre, d'une part, les services de l'entité et, d'autre part, le dispositif de médiation indépendante.

3.2. Sur l'organisation du traitement des réclamations :

3.2.1. De mettre en place les moyens et procédures permettant d'identifier les courriers, appels téléphoniques et courriels qui constituent des réclamations et de définir les circuits de traitement de celles-ci.

3.2.2. De veiller à ce que le (les) collaborateur(s) habituellement en relation avec la clientèle ou qui réceptionne(nt) des demandes de la clientèle, ai(en)t une formation lui (leur) permettant d'identifier clairement les réclamations reçues et d'utiliser de façon appropriée le(s) circuit(s) de traitement des réclamations.

3.2.3. De mettre en place une organisation du traitement des réclamations qui :

– permet au client de présenter sa réclamation à son interlocuteur habituel, conseiller ou gestionnaire et, s'il n'a pas reçu une réponse satisfaisante à sa réclamation, de s'adresser à un service dédié de traitement des réclamations distinct des conseillers ou gestionnaires, dans la mesure où la taille et la structure de l'entité le permettent[3] ;

– lorsque plusieurs circuits de traitement des réclamations existent[4], prévoit clairement :

• les entités concernées qui sont compétentes selon l'objet de la réclamation ou, par défaut, un point d'entrée unique auquel le client peut adresser sa réclamation et qui se chargera de la transmettre à l'interlocuteur compétent et d'assurer un suivi de la réponse,

• les modalités de transmission entre les entités des réclamations adressées par erreur à un interlocuteur non compétent ;

– permet de respecter les délais de traitement qui ont été communiqués au client dans les conditions prévues au 3.1 *supra* et qui ne devraient pas excéder[5], au total :

• dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée au client dans ce délai,

• deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive[6] apportée au client, quelle que soit l'organisation interne de l'entité ou du groupe auquel elle appartient ;

[3] Ce circuit de traitement des réclamations pourra être organisé de manière transversale entre les entités concernées dont la responsabilité est susceptible d'être engagée au titre de l'objet des réclamations. Par exemple, s'agissant des réclamations portant sur la présentation d'une opération d'assurance, le circuit pourra être organisé entre les différents intermédiaires d'assurance impliqués dans cette présentation.

[4] Plusieurs circuits de traitement des réclamations coexistent lorsque plusieurs entités sont impliquées dans l'opération faisant l'objet de la réclamation, notamment lorsque des contrats d'un organisme d'assurance sont distribués par un établissement de crédit ou lorsqu'une délégation de gestion a été consentie.

[5] En cas de circonstances particulières induisant un délai plus long, voir les modalités prévues au point 3.1.4.

[6] Il s'agit de la réponse exprimant la position du professionnel au sujet du litige.

– prévoit clairement les modalités de transmission au(x) médiateur(s) désigné(s), lorsqu'il(s) existe(nt), tout courrier qui lui (leur) est destiné ;

– prévoit les modalités d'enregistrement des réclamations et du suivi de leur traitement ;

– prévoit un niveau de qualification requis pour le (les) collaborateur(s) en charge de la fonction de traitement des réclamations, incluant une bonne connaissance des produits, services, contrats, outils et procédures des entités concernées ;

– prévoit les principes de responsabilités et délégations au sein des entités concernées, s'agissant notamment des niveaux d'habilitation des collaborateurs[7] ;

– comporte, dans la mesure où la taille et la structure de l'entité le permettent, un responsable chargé de veiller à la conformité et à l'efficacité du traitement des réclamations.

3.2.4. De formaliser cette organisation dans une (des) procédure(s) de traitement des réclamations de la clientèle, communiquée(s) à l'ensemble des collaborateurs concernés.

3.3. Sur l'information et l'accès de la clientèle à la médiation en cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation, ou en cas d'incapacité à fournir une réponse selon les modalités annoncées au client en vertu des principes définis au 3.1.1. et 3.1.4 :

3.3.1. Pour les litiges de consommation, de se doter de moyens et procédures permettant de préciser dans la réponse apportée au client, le ou les médiateur(s) de la consommation susceptible(s) d'être compétent(s) pour le règlement de son litige, ainsi que ses (leurs) coordonnées[8].

3.3.2. Pour les autres litiges[9], de préciser, dans la réponse apportée au client, les voies de recours possibles et notamment l'existence et les coordonnées du (des) médiateur(s) compétent(s) lorsqu'il(s) existe(nt).

3.4. Sur le suivi, le contrôle du traitement des réclamations et la prise en compte des manquements ou mauvaises pratiques identifiés à travers les réclamations :

3.4.1. De mettre en place un suivi des réclamations[10] et d'en effectuer une restitution aux services/personnes concernés de l'entité et, le cas échéant, aux organes définissant la politique commerciale du réseau auquel appartient l'entité

[7] Par exemple concernant la signature des courriers ou les gestes commerciaux.
[8] Pour la médiation portant sur les litiges sur les instruments financiers, se rapporter à l'instruction DOC-2012-07 de l'AMF.
[9] Il s'agit des litiges non couverts par le Code la consommation, à savoir les litiges entre les entités visées par la recommandation et leurs clients professionnels.
[10] Par exemple : le nom du client, la date de réception de la réclamation, l'objet de la réclamation, le contrat, produit ou service visé par la réclamation, les intervenants autres que l'établissement ou l'organisme d'assurance lui-même, les personnes physiques ou morales visées par la réclamation, la date de la réponse au client, la réponse apportée à la réclamation (réponse positive ou négative à la demande du client), les manquements aux règles de protection de la clientèle éventuellement identifiés.

ainsi qu'aux intervenants impliqués dans le processus de commercialisation ou de gestion.

3.4.2. D'identifier les manquements et mauvaises pratiques en matière de commercialisation et de protection de la clientèle afin de mettre en œuvre des actions correctives au niveau de l'entité et, le cas échéant, de permettre la mise en œuvre d'actions correctives au niveau du réseau auquel elle appartient et des intervenants impliqués dans le processus de commercialisation ou de gestion.

3.4.3. Pour les entités tenues de se doter d'un contrôle interne :

– de mettre en œuvre les moyens et procédures nécessaires pour assurer un contrôle interne adapté, par les entités concernées, sur l'information délivrée, l'organisation et la qualité du traitement des réclamations, selon les modalités recommandées aux paragraphes 3.1 à 3.2 *supra* ;

– de prendre en compte et de contrôler, au titre du contrôle interne de l'entité concernée, les risques subis par la clientèle que pourraient causer les manquements et/ou atteintes aux règles de protection de la clientèle, identifiés au travers des réclamations ;

– d'en justifier notamment dans le questionnaire sur l'application des règles destinées à assurer la protection de la clientèle prévu à cet effet, pour les entités concernées.

La présente recommandation remplace la recommandation 2015-R-03 du 26 février 2015 à compter du 1er mai 2017.

Annexe 1

Règles applicables aux organismes d'assurance, aux établissements et aux intermédiaires.

Les règles applicables aux entités dans le domaine du traitement des réclamations sont notamment prévues par les textes suivants :

1. Règles transsectorielles

a) Dispositions légales

L'article L.111-1 du Code de la consommation relatif à l'obligation d'information précontractuelle exige, avant que le consommateur ne soit lié par un contrat de fourniture de services, que le professionnel lui communique notamment, de manière lisible et compréhensible, des informations sur les caractéristiques essentielles du service et son prix, son identité, ses coordonnées et activités, ainsi que la possibilité de recourir à un médiateur de la consommation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI.

L'article R.111-1 du Code de la consommation précise que pour l'application du 4° de l'article L. 111-1, le professionnel communique au consommateur les informations suivantes : (…) b) Les modalités de paiement, de livraison et d'exécution du contrat ainsi que les modalités prévues par le professionnel pour le traitement des réclamations.

L'article L.121-2 g) du Code de la consommation qualifie de pratique commerciale trompeuse celle reposant sur des allégations, indications ou présentations fausses ou de nature à induire en erreur et portant notamment sur le traitement des réclamations et les droits du consommateur.

L'article L.121-3 du Code de la consommation étend la définition de pratique commerciale trompeuse aux omissions, dissimulation, communications inintelligibles, ambiguë ou à contretemps d'informations considérées comme substantielles, dont font partie celles relatives au traitement des réclamations des consommateurs, dès lors qu'elles sont différentes de celles habituellement pratiquées dans le domaine d'activité professionnelle concerné.

L'article L121-16 du Code de la consommation dispose que le numéro de téléphone destiné à recueillir l'appel d'un consommateur en vue d'obtenir la bonne exécution d'un contrat conclu avec un professionnel ou le traitement d'une réclamation ne peut pas être surtaxé.
Ce numéro est indiqué dans le contrat et la correspondance.

L'article L.616-1 du Code de la consommation prévoit que tout professionnel communique au consommateur les coordonnées du ou des médiateurs compétents dont il relève. Le professionnel est également tenu de fournir cette même information au consommateur, dès lors qu'un litige n'a pas pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite auprès de ses services.

L'article L. 641-1 du Code de la consommation dispose que tout manquement aux obligations d'information mentionnées aux articles L. 616-1 et L. 616-2 en matière de médiation de la consommation est passible d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 euros pour une personne physique et 15 000 euros pour une personne morale dans les conditions prévues au chapitre II du titre II du livre V.

b) Textes européens

La recommandation n° 2010/304/UE de la Commission européenne du 12 mai 2010, qui inclut notamment une définition de la notion de réclamation et une distinction de cette notion avec les demandes d'information.

Les recommandations de la Commission européenne n° 98/257 CE du 30 mars 1998 et n° 2001/310 CE du 4 avril 2001 relatives aux principes applicables respectivement aux organes responsables et aux organes extrajudiciaires chargés de la résolution consensuelle des litiges de consommation, ainsi que la directive n° 2008/52/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale.

La directive 2013/11/UE du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation (RELC) qui a été transposée par l'ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation, prise en application de l'article 15 de la loi n° 2014-1662 du 30 décembre 2014 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière.

Les orientations du Comité mixte (JC 2018 35), publiées le 4 octobre 2018, relatives au traitement des réclamations dans le secteur des valeurs mobilières (AEMF) et le secteur bancaire (ABE). Ces orientations prennent en compte les travaux menés par l'Autorité bancaire européenne sur l'application de ces orientations aux autorités compétentes pour superviser les entités issues de la directive (UE) 2015/2366 du 25 novembre 2015 concernant les services de paiement et de la directive 2014/17/UE du 4 février 2014 sur les contrats de crédit aux consommateurs relatifs aux biens immobiliers à usage résidentiel. L'Autorité bancaire européenne inclut dans le champ d'application des orientations les prestataires de services d'information sur les comptes pour les réclamations liées à la sécurité.

2. Dispositions spécifiques aux organismes d'assurance

L'article L. 112-2 alinéa 2 du Code des assurances dispose notamment que les documents remis au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat précisent les modalités d'examen des réclamations qu'il peut formuler au sujet du contrat et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du Code de la consommation, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice. Cette obligation d'information est également expressément prévue en cas de vente à distance aux termes de l'article L. 112-2-1

III 7° du même code, ainsi que pour les opérations d'assurance sur la vie et de capitalisation aux termes de l'article A. 132-4 et son annexe du même code.

L'article L. 221-18 III 7° du Code de la mutualité prévoit une disposition similaire : «*En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement, le membre participant reçoit les informations suivantes : (...)Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du règlement mutualiste ou du contrat et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du code de la consommation.* » L'article L. 932-15-1 III 7° du Code de la sécurité sociale la prévoit également, s'agissant des institutions de prévoyance.

L'article R. 932-1-1 (n) du Code de la sécurité sociale dispose que les bulletins d'adhésion et règlements des institutions de prévoyance doivent comporter : « *Les conditions dans lesquelles l'adhérent et le participant peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations relatives au règlement et au bulletin d'adhésion ou au contrat et recourir à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du code de la consommation* »[11].

3. Dispositions spécifiques aux établissements

Les articles L. 314-12 et L. 314-13 du Code monétaire et financier prévoient qu'avant tout engagement contractuel, le contrat-cadre de services de paiement comporte des informations relatives aux recours, lesquelles incluent les voies de réclamation et de médiation[12].

L'article R. 312-10 7° du Code de la consommation (auquel renvoie l'article L. 312-28 du même code) dispose que le contrat de crédit à la consommation comporte, de manière claire et lisible, une rubrique sur les informations relatives au traitement des litiges.

Les articles L. 312-12 et R. 312-5 du Code de la consommation prévoient, en cas de vente à distance, la remise à l'emprunteur, par le prêteur ou l'intermédiaire de crédit, préalablement à la conclusion du contrat, d'une fiche d'information précontractuelle contenant notamment des informations relatives à l'existence de procédures extrajudiciaires de réclamation et de recours ainsi que les modalités d'accès à ces procédures.

L'article L. 316-1 du Code monétaire et financier dispose que tout consommateur a droit de recourir gratuitement à un médiateur dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du code de la consommation en vue de la résolution d'un litige qui l'oppose à un établissement de crédit, une société de financement, un établissement de monnaie électronique ou de paiement et relatif aux services fournis et à l'exécution de contrats conclus en matière d'opérations de banque (gestion de compte de dépôt, opérations de crédit…), de services de paiement, de

[11] Cet article vise les opérations collectives obligatoires, mais ses dispositions sont étendues aux opérations individuelles ou collectives facultatives par l'article R. 932-2-1 du même code.
[12] Article 2.8 b) de l'arrêté d'application du 29 juillet 2009.

services d'investissement et d'instruments financiers ainsi que de produits d'épargne.

L'article L. 317-3 du Code monétaire et financier prévoit que ces dispositions sont d'ordre public.

4. Dispositions spécifiques aux intermédiaires d'assurance

L'article L. 520-1 I du Code des assurances prévoit qu'avant la conclusion d'un premier contrat d'assurance, l'intermédiaire doit fournir au souscripteur éventuel des informations relatives notamment aux procédures de recours et de réclamation.

Aux termes des articles R. 520-1 et R. 520-2 du Code des assurances, l'intermédiaire, en vue du traitement d'éventuels différends, indique, avec clarté et exactitude, les coordonnées et l'adresse de son service de réclamation quand il existe et indique les modalités de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du Code de la consommation.

5. Dispositions spécifiques aux intermédiaires en opérations de banque et services de paiement

Les articles L. 312-12 et R. 312-5 du Code de la consommation précités (cf. *supra*).

6. Dispositions spécifiques aux intermédiaires en financement participatif

L'article L.548-6 du Code monétaire et financier prévoie les règles de bonne conduite et d'organisation des intermédiaires en financement participatif. L'article R. 548-6 du même code, qui précise certaines des conditions d'application de ces règles, impose la mention de l'adresse et du numéro de téléphone du service de réclamations dans le contrat de prêt type mis à disposition sur le site internet de l'intermédiaire.

7. Dispositions applicables aux prestataires de services d'information sur les comptes

L'article 2.2. 4° de l'arrêté du 29 octobre 2009 portant sur la réglementation prudentielle des établissements de paiement, issu de l'arrêté du 31 août 2017, prévoit que la demande d'enregistrement en tant que prestataire de services d'information sur les comptes est accompagnée d'*« une description de la procédure en place pour assurer la surveillance, le traitement et le suivi des incidents de sécurité et des réclamations de clients liées à la sécurité […] »*.

Annexe 2

Exemples de situations pour lesquelles les modalités de saisine et de traitement des réclamations sont insuffisamment protectrices de la clientèle.

Les contrôles effectués au sein des établissements et sociétés du secteur bancaire, des organismes d'assurance et des intermédiaires, les questionnaires sur le respect des règles de protection de la clientèle (anciennement annexes au rapport de contrôle interne), ainsi que les informations émanant des clients reçues par l'ACPR, ont mis en évidence certaines modalités de saisine et de traitement des réclamations insuffisamment protectrices de la clientèle :

1. Cas où la clientèle ne dispose pas d'une information adaptée

Les informations relatives aux modalités de traitement des réclamations sont parfois mal connues de la clientèle, qui n'identifie pas, de ce fait, l'interlocuteur compétent qu'il convient de saisir. Cette difficulté est accentuée dans le cas d'intervenants multiples - intermédiaires indépendants du producteur notamment - impliqués dans le processus de commercialisation ou de gestion du produit ou service bancaire ou du contrat d'assurance.

Le client n'est pas systématiquement tenu informé du traitement de sa réclamation, ce qui peut le contraindre à solliciter à nouveau son interlocuteur.

L'existence et les modalités de saisine du médiateur compétent, quand il existe, ne sont pas toujours rappelées au client lorsqu'une réponse négative lui est apportée par le service en charge du traitement des réclamations.

Le service en charge du traitement des réclamations ne porte pas toujours un intitulé idoine à sa fonction, permettant de l'identifier en tant que tel ; parfois le titre de ce service comporte le terme « médiation » (par exemple, « service qualité clientèle et médiation » ou « service médiation »), auquel cas une réelle confusion existe pour la clientèle entre le service en charge du traitement des réclamations et la médiation, lorsqu'elle existe.

2. Cas où l'organisation du traitement des réclamations est insuffisante

La notion de réclamation n'est pas définie de façon unique et claire au sein des entités concernées. Lorsqu'une telle définition existe, les collaborateurs concernés n'en ont pas toujours connaissance. Ainsi, certaines demandes de la clientèle peuvent, à tort, ne pas être qualifiées de réclamations et, inversement, d'autres, d'ordre opérationnel ou relevant en réalité de la gestion de la relation d'affaires, peuvent alimenter à tort le circuit des réclamations.

Les procédures de traitement des réclamations ne sont pas toujours suffisamment formalisées et peuvent être hétérogènes au sein d'une même entité ou du réseau auquel elle appartient. Il en est de même lorsque le client saisit le partenaire de l'entité plutôt que cette dernière.

Les modalités de saisine de l'entité peuvent, en pratique, limiter les conditions d'exercice de la possibilité de réclamer donnée à la clientèle. Il en est ainsi lorsque l'accès téléphonique mis en place pour saisir l'entité d'une réclamation peut s'effectuer *via* un numéro surtaxé, ou lorsqu'un délai excessif de réponse de ces entités a pour conséquence d'aggraver la situation du client ou de vider la réclamation de sa substance.

Dans le cas où plusieurs acteurs interviennent dans le processus de commercialisation ou de gestion d'un contrat, les modalités de saisine peuvent être différentes selon que l'objet de la réclamation relève de la responsabilité de telle ou telle entité. Ces entités n'ont pas toujours mis en place des circuits de transmission des réclamations aux interlocuteurs compétents. Ainsi, lorsque le client adresse sa réclamation à une entité non responsable et/ou non compétente pour y répondre, il peut en résulter un rejet de la réclamation, un allongement des délais de traitement ou une réponse inadéquate.

Le client qui s'adresse à son interlocuteur habituel (chargé de clientèle, conseiller…) et qui n'obtient pas une réponse satisfaisante, ne bénéficie pas toujours, alors même que la structure de l'entité le permettrait, d'une possibilité d'examen de sa réclamation par un service dédié au traitement des réclamations au sein de l'entité concernée.

Le positionnement des services en charge du traitement des réclamations dans l'organisation peut être source de conflits d'intérêts ou d'un traitement inéquitable de la réclamation, par exemple lorsque les acteurs du traitement des réclamations sont rattachés aux responsables des activités de l'entité sur lesquelles portent éventuellement les réclamations.

3. Cas où les réclamations ne sont pas suffisamment exploitées pour améliorer la protection de la clientèle et le contrôle des risques

Les entités concernées n'ont pas systématiquement mis en place un suivi adapté des réclamations reçues, permettant, par exemple, d'effectuer un reporting adéquat.

Les réclamations ne font pas toujours l'objet d'une analyse permettant d'identifier des manquements et des mauvaises pratiques en matière de commercialisation et de protection de la clientèle, qui peuvent en outre être source de risques juridiques et opérationnels.

Les éventuels manquements et mauvaises pratiques identifiés au travers des réclamations reçues ne font pas toujours l'objet d'une prise en compte satisfaisante au titre du contrôle interne et d'actions correctives au niveau de l'entité et, le cas échéant, du réseau auquel elle appartient et de ses partenaires.

ANNEXE IV

Note sur les délais de prescription applicables en mutualité

La prescription est, selon le code civil, « *un mode d'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps* ». Le code ne précise pas si la prescription extinctive affecte le droit réel ou la capacité à agir en justice.

La prescription de droit commun, après avoir été en matière civile de trente ans, est, depuis la loi n° 208-561 du 17 juin 2008, de cinq ans.

La prescription en droit de la mutualité, pour les opérations résultant des contrats, est biennale, quinquennale, décennale, voire trentenaire.
Dans quel cas s'appliquent ces délais de prescription ?

I – Les délais de prescription en mutualité

Jusqu'au 22 avril 2001, le code de la mutualité ne comportait aucune disposition spécifique relative à la prescription. La prescription de droit commun définie par le code civil s'appliquait ainsi aux opérations d'assurance des mutuelles, sous réserve de dispositions particulières dans les statuts et contrats.
Pour les contrats dont le risque a été réalisé antérieurement au 22 avril 2001, la prescription était donc de trente ans jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi n°2008-561 du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile. Cette prescription a été ramenée à cinq ans par la loi précitée ; les prescriptions en cours à la date d'entrée en vigueur de la loi, soit le 19 juin 2008, se trouvaient ainsi réduites « sans que la durée totale puisse excéder la durée prévue par la loi antérieure. » (article 26 - II de la loi du 17 juin 2008).

Exemple : contrat - décès souscrit en 1987. Décès de l'adhérent en 1998 : prescription trentenaire. Le bénéficiaire a connaissance immédiatement du décès : il dispose d'un délai de trente ans à compter du décès pour réclamer la prestation, soit jusqu'en 2028.
A compter du 19 juin 2008, la prescription est ramenée à cinq ans, soit jusqu'au 18 juin 2013.

L'ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité et transposant les directives 92/49/ CEE et 92/96/ CEE du Conseil des 18 juin et 10 novembre 1992 a créé l'article L.221-11 du code de la mutualité.

Celui-ci, modifié par l'article 18 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 et par l'article 51 de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014, est ainsi rédigé :
« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.
La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

Ces dispositions prévoient ainsi quatre délais de prescription applicables aux contrats mutualistes.

A/ La prescription biennale

Cette prescription s'applique aux opérations des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation, à l'exclusion des opérations collectives garantissant l'incapacité de travail et, dans certaines conditions, les contrats dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine.
Elle s'applique donc aux contrats individuels et collectifs de complémentaire santé, d'invalidité, de retraite et pour certaines opérations des contrats d'assurance vie.

Cette prescription ne concerne que les opérations résultant du contrat. C'est ainsi que la jurisprudence estime qu'elle ne s'applique pas aux demandes en restitution d'indu ; la Cour de Cassation considère que « l'action en répétition de l'indu, quelle que soit la source du paiement indu, se prescrit selon le délai de droit commun applicable, à défaut de disposition spéciale, aux quasi-contrats. »[2]
L'action en restitution d'indu se prescrit par le délai de droit commun, actuellement de cinq ans.

B/ La prescription quinquennale

Cette prescription prévue à l'article L.221-11 du code de la mutualité n'est mise en œuvre que lors de l'examen des demandes d'indemnisation dans le cadre de garanties collectives d'incapacité de travail.
Ce délai a été instauré par l'article 51 de la loi du 31 juillet 2014, entrée en vigueur le 2 août 2014.
Cette prescription diffère par nature de la prescription de droit commun définie à l'article 2224 du code civil.[3]

Exemples :

[2] Cass, 2ème civ, 5 février 2015, n°14-11.974
[3] Article 2224 du code civil : « Les actions personnelles ou mobilières se prescrivent par cinq ans à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer. »

- Contrat de prévoyance (Invalidité – Incapacité de travail) souscrit en 2005. Arrêt de travail le 01/02/2006 : prescription de deux ans pour une demande d'indemnisation de l'incapacité de travail, soit jusqu'au 01/02/2008 ; mise en invalidité le 01/02/2009 : prescription de deux ans pour une demande de prestation au titre de l'invalidité, soit jusqu'au 01/02/2011.
- Contrat de prévoyance (Invalidité – Incapacité de travail) souscrit en septembre 2014. Arrêt de travail le 01/03/2015 : prescription de cinq ans pour une demande d'indemnisation de l'incapacité de travail, soit jusqu'au 01/03/2018 ; mise en invalidité le 01/03/2018 : prescription de deux ans pour une demande de prestation au titre de l'invalidité, soit jusqu'au 01/03/2020.

C/ La prescription décennale

Cette prescription s'applique aux opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 – (à savoir les engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le versement de capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, l'appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contrepartie d'engagements déterminés) lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Ce délai, instauré par l'ordonnance du 19 avril 2001, n'a été assorti d'aucune restriction jusqu'au 21 décembre 2006, date à laquelle a été instaurée une prescription trentenaire.
Ainsi, jusqu'à cette date, le point de départ de la prescription, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du membre participant, était soit l'événement donnant naissance à l'action, soit, en cas de sinistre, le jour où le bénéficiaire en a connaissance (à condition d'apporter la preuve qu'il l'ignorait auparavant).
Par conséquent, pour les prestations en cas de décès, le point de départ de la prescription décennale n'était déclenché qu'au jour où le bénéficiaire avait connaissance du décès du souscripteur.

Exemple :
- Avant le 22 décembre 2006 : contrat d'assurance-vie souscrit le 01/01/2002. Décès du souscripteur le 26/03/2002. Le délai de prescription de dix ans ne commence à courir qu'au jour où le bénéficiaire a connaissance du décès, quel qu'il soit (même après le 26/03/2032).

D/ La prescription trentenaire

Le dernier alinéa de l'article L.221-11 du code de la mutualité, introduit par l'article 18 de la loi du 21 décembre 2006 stipule : « Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

Cette prescription trentenaire – qui est elle aussi distincte de l'ancienne prescription de droit commun – vient compléter les précédentes dispositions et non s'y substituer.
Il est, à cet égard, expressément précisé que cette prescription – qui ne concerne que les contrats d'assurance-vie et non l'ensemble des contrats dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine – s'applique nonobstant les dispositions du 2° (à savoir que le délai de prescription ne court que du jour où le bénéficiaire a connaissance de la réalisation du risque). C'est donc une restriction du point de départ du délai de la prescription décennale qui est fixée par le dernier alinéa de l'article L.221-11 du code de la mutualité.
Ce texte ne remet pas en cause la prescription décennale mais restreint son application aux vingt ans qui suivent le décès de l'assuré. En d'autres termes, le bénéficiaire d'un

contrat d'assurance-vie dispose d'un délai de dix ans à compter du jour où il a connaissance du décès du souscripteur, sous réserve que le terme de ce délai ne soit pas postérieur de plus de trente ans au jour du décès.
Conformément à l'article 18 de la loi du 21 décembre 2006, il s'applique « aux contrats d'assurance sur la vie en cours comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation à la date de publication de la présente loi. »

Ce délai est venu encadrer les contrats d'assurance-vie afin d'uniformiser le sort des contrats d'épargne en déshérence dont les avoirs sont acquis à l'Etat au bout de trente ans, délai de prescription en matière successorale.[4]

Exemple :

- A compter du 22 décembre 2006 : contrat d'assurance-vie souscrit le 01/01/2002. Décès du souscripteur le 26/03/2002. Le délai de prescription de dix ans ne commence à courir qu'au jour où le bénéficiaire a connaissance du décès, dans la limite des trente années suivant le décès du souscripteur. Le bénéficiaire dispose d'un délai de dix ans à compter du jour où il a connaissance du décès de l'adhérent pour réclamer la prestation. Mais il perd toute possibilité d'action s'il a connaissance du décès après le 26/03/2032.

II – L'interruption de la prescription

L'article L.221-12 du code de la mutualité dispose :
« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Le délai de prescription est ainsi interrompu en cas d'assignation en justice, de désignation d'un expert ou par l'envoi d'une lettre recommandée.

Il est à noter que la saisine du médiateur suspend la prescription (article 2238 du code civil).

Enfin, l'article L.221-12-1 du code de la mutualité confère un caractère impératif aux dispositions relatives à la prescription dont les parties ne peuvent ni modifier la durée, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption.

[4] L'exposé des motifs de l'article 15 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (article 18 de la loi) est, à cet égard, très clair : « Toutefois, la proximité de l'assurance vie avec les produits d'épargne devrait conduire à leur réserver le même traitement que les avoirs et dépôts. Il est donc proposé que les contrats d'assurance vie suivent sur ce point le droit commun des produits d'épargne et que leur valeur de rachat ou de transfert soit acquise à l'État au bout de trente ans, délai de prescription de droit commun en matière successorale. Ces sommes seraient alors reversées au FRR. » [Fonds de réserve pour les retraites].

ANNEXE V

Note sur le maintien gratuit des garanties santé et prévoyance en cas de liquidation judiciaire de l'employeur

L'article L.911-8 du code de la sécurité sociale prévoit que « *les salariés garantis collectivement* (…) *contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage*. »

Depuis la mise en place de ce dispositif, se pose la question de son application aux anciens salariés d'une entreprise en liquidation judiciaire.

En effet, l'article 4 de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi prévoyait, afin de pallier l'exclusion des salariés dont l'entreprise, à la suite de l'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire, ne dispose plus d'aucun salarié, que le Gouvernement remettrait 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 situation de liquidation judiciaire ; ce rapport devait présenter notamment la possibilité de faire intervenir un fonds de mutualisation, existant ou à créer, pour prendre en charge le maintien de la couverture santé et prévoyance lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Dans l'attente de ce rapport et d'éventuelles mesures législatives particulières pour définir les conditions dans lesquelles cette portabilité peut être mise en œuvre par l'organisme assureur, il convient d'analyser cette question à l'aune d'une jurisprudence parfois contradictoire.

Il ressort de l'analyse de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale et de l'article 4 de la loi du 14 juin 2013 que, pour que les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié soient celles en vigueur dans l'entreprise, il est nécessaire que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié.

Dès lors, il convient de s'interroger sur la possible résiliation du contrat collectif en vigueur au moment de la liquidation judiciaire.
L'article L.641-11-1 du code de commerce dispose : « *Nonobstant toute disposition légale ou toute clause contractuelle, aucune indivisibilité, résiliation ou résolution d'un contrat en cours ne peut résulter du seul fait de l'ouverture ou du prononcé d'une liquidation judiciaire.* (…) *Le liquidateur a seul la faculté d'exiger l'exécution des contrats en cours en fournissant la*

prestation promise au cocontractant du débiteur. Lorsque la prestation porte sur le paiement d'une somme d'argent, celui-ci doit se faire au comptant, sauf pour le liquidateur à obtenir l'acceptation, par le cocontractant du débiteur, de délais de paiement. Au vu des documents prévisionnels dont il dispose, le liquidateur s'assure, au moment où il demande l'exécution, qu'il disposera des fonds nécessaires à cet effet. »
« *Le contrat en cours est résilié de plein droit :*
1° Après une mise en demeure de prendre parti sur la poursuite du contrat adressée par le cocontractant au liquidateur et restée plus d'un mois sans réponse. (…)
2° A défaut de paiement dans les conditions définies au II et d'accord du cocontractant pour poursuivre les relations contractuelles.
3° Lorsque la prestation du débiteur porte sur le paiement d'une somme d'argent, au jour où le cocontractant est informé de la décision du liquidateur de ne pas poursuivre le contrat. »

Il est donc clair que la résolution d'un contrat en cours ne peut résulter du seul fait de l'ouverture d'une liquidation judiciaire, si l'on excepte les dispositions particulières relatives aux institutions de prévoyance (article L.923-10 du code de la sécurité sociale).
En revanche, la poursuite du contrat résulte d'une décision du liquidateur qui doit être en mesure de remplir les obligations du souscripteur (l'employeur) à l'égard du cocontractant, à savoir le paiement des cotisations à l'organisme assureur.
Cependant, si l'ensemble des salariés a été licencié, aucune cotisation ne peut être exigée en contrepartie de la poursuite du contrat.
En revanche, le liquidateur serait en mesure de demander à l'organisme assureur l'exécution du contrat pour les anciens salariés, sans aucune contrepartie financière car il ne ressort pas du texte que la portabilité à titre gratuit est conditionnée au fait que l'organisme assureur perçoive une rémunération.

Les textes n'interdisent pas cette interprétation même si dans l'esprit de la loi de sécurisation de l'emploi, la portabilité gratuite pour le bénéficiaire doit être financée par les salariés actifs restant dans l'entreprise.
En outre, l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale précise : « *les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise* », ce qui suppose non seulement que le contrat subsiste mais qu'il s'applique au sein de l'entreprise, ce qui n'est pas le cas lorsque l'ensemble des salariés est licencié.

C'est ce paradoxe que ni la jurisprudence, ni la doctrine n'ont résolu.

Selon la Cour d'Appel de Lyon[5] et la Cour de Cassation[6], les salariés dont l'entreprise a été déclarée en liquidation judiciaire doivent pouvoir bénéficier de leurs garanties (celles en vigueur au moment de la liquidation) au titre de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, et ce pour trois raisons :

- l'article précité n'opère aucune distinction entre les salariés des entreprises in bonis et les salariés de l'employeur en liquidation judiciaire d'une part et la seule exclusion prévue concerne les salariés licenciés pour faute lourde d'autre part ;
- la liquidation judiciaire n'emporte pas résiliation des contrats en cours ;
- les problèmes de financement du maintien des droits « à titre gratuit » peuvent se poser en dehors de toute situation de liquidation judiciaire de l'employeur dès lors qu'une diminution importante de l'effectif d'une entreprise modifie de manière significative le ratio entre les salariés actifs et les anciens salariés bénéficiant du dispositif.

[5] CA Lyon, Chambre civile 1, section B, 24 janvier 2017, n°15/06017
[6] CC, avis n°17013 à 17017, 6 novembre 2017

D’une manière pratique, il importe de vérifier, en cas de demande de maintien à titre gratuit des garanties santé et prévoyance au titre de contrats mutualistes pour des salariés licenciés du fait de la liquidation judiciaire de leur employeur :

- si le liquidateur a demandé la poursuite du contrat et, dans la négative, si la mutuelle a résilié le contrat conformément à l’article L.641-11-1 du code de commerce ;
- en cas de poursuite du contrat, si des cotisations sont versées par le liquidateur en contrepartie du maintien gratuit des garanties pour les anciens salariés.

En cas de poursuite du contrat, il semble qu’une interprétation stricte des textes permette le maintien à titre gratuit des garanties au bénéfice des salariés licenciés.

Le vide juridique quant au financement de cette portabilité des droits devrait être comblé afin de ne pas compromettre, en cas de liquidation judiciaire d’une entreprise importante, l’équilibre financier de l’organisme assurant la protection des salariés.

ANNEXE VI

Règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française

Préambule : La médiation de la consommation de la Mutualité Française est régie par les dispositions générales, légales et règlementaires, figurant au titre Ier du livre VI du code de la consommation relatif à la « Médiation » et par les dispositions particulières ci-après détaillées.

Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française s'applique aux groupements adhérents, à leurs membres participants et ayants droit qui choisissent de recourir au médiateur de la médiation de la consommation de la Mutualité Française.

ARTICLE 1er :
La médiation de la consommation de la Mutualité Française est réalisée, conformément à l'article 58 des statuts de la FNMF, par un médiateur élu pour six ans par le Conseil d'administration.
Le médiateur est inscrit par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) sur la liste des médiateurs notifiée à la Commission Européenne dès lors que celui-ci répond aux conditions de compétence et d'indépendance exigées par les textes.

ARTICLE 2 :
Le Médiateur a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent (consommateur) à sa mutuelle dans les domaines relatifs à l'exécution des contrats de complémentaire santé, de prévoyance et de retraite.
Ne peuvent être examinés par le Médiateur :
- les litiges n'entrant pas dans son champ de compétence et notamment les litiges relatifs aux services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients et faisant l'objet des activités des mutuelles du Livre III ;
- les litiges manifestement infondés ou abusifs (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur ou égal à 30 €).
- les litiges pour lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du médiateur plus d'un an après sa réclamation écrite auprès de sa mutuelle.
- les litiges précédemment examinés (ou en cours d'examen) par un autre médiateur ou par un tribunal.

ARTICLE 3 :
Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle. Ces procédures internes ne peuvent prévoir plus de deux niveaux de réclamation. Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite.
Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle.

ARTICLE 4 :
Le Médiateur peut être saisi soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ;
soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : https://www.mediateur-mutualite.fr

ARTICLE 5 :
La médiation est gratuite pour l'adhérent (consommateur).
Si les parties souhaitent se faire représenter par un avocat ou se faire assister par un tiers de leur choix ou sollicitent l'avis d'un expert, les frais éventuellement engagés restent à la charge de la partie qui a souhaité être représentée ou qui a mandaté un expert aux fins de recueillir son avis. Si la demande d'expertise est conjointe, les frais seront partagés entre les parties.

ARTICLE 6 :
La procédure de médiation est conduite dans le respect de la confidentialité. Les parties s'engagent à fournir tous les éléments d'information qui pourraient leur être demandés dans le cadre de l'instruction de leur dossier. Les mutuelles devront adresser les pièces à l'appui de leur position ainsi qu'un récapitulatif des faits dans un délai maximum de 15 jours à compter de la notification par le médiateur de sa saisine.

ARTICLE 7 :
Les parties peuvent à tout moment mettre fin à la procédure de médiation.

ARTICLE 8 :
Le Médiateur informe sans délai les parties de la survenance de toute circonstance susceptible d'affecter son indépendance, son impartialité ou de nature à créer un conflit d'intérêts ainsi que de leur droit de s'opposer à la poursuite de sa mission. Si l'une des parties refuse en conséquence de poursuivre la médiation, il est mis fin à cette médiation.

ARTICLE 9 :
La saisine du Médiateur suspend la prescription.

ARTICLE 10:
Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation devront être informées. Il s'agit d'une proposition rendue en droit et/ou en équité.

ARTICLE 11 :
Dans la lettre de notification de la proposition aux parties il sera précisé que cette décision peut être différente de celle qu'aurait rendue un juge ; qu'elle ne prive pas les parties de leurs droits d'ester en justice si elles le souhaitent ; qu'elles sont libres de l'accepter ou de la refuser ; que l'acceptation de cette décision met un terme définitif au litige soumis au médiateur qui ne pourra plus faire l'objet d'un quelconque recours, tant amiable que judiciaire.

ARTICLE 12 :
La proposition du médiateur sera notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Les parties devront informer le médiateur de leur acceptation ou de leur refus dans un délai de 15 jours. La procédure de médiation sera clôturée dès l'acceptation de la solution proposée ou de la formalisation de la persistance du désaccord. En cas d'absence de réponse dans le délai fixé, il sera considéré que la proposition du médiateur est acceptée. Si la mutuelle refuse la proposition d'avis, elle devra en donner les raisons.

ANNEXE VII

Liste des mutuelles ayant choisi de confier la résolution de leurs différends au Médiateur de la Mutualité Française

SIREN	RAISON SOCIALE
301 862 769	MUTUELLE SMH
302 927 553	APICIL MUTUELLE
302 976 568	MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES
302 976 592	AVENIR MUTUELLE
302 999 115	LA FRATERNELLE MUTUELLE INTERENTREPRISES
304 514 789	UNION NATIONALE DES MUTUELLES DES ORGANISMES SOCIAUX ET SIMILAIRES
305 007 171	MUTUELLE DES ETUDIANTS DE BRETAGNE ATLANTIQUE MAINE ANJOU VENDEE
305 275 083	MUTEX COLLECTIVES
308 708 650	MCLR
309 104 099	LA MUTUELLE VERTE
309 244 648	MUTUELLE ENTRENOUS
310 259 221	MUTUELLE D'IVRY (LA FRATERNELLE)
311 799 878	ADREA MUTUELLE
313 389 157	MUTUELLE D ENTREPRISE DES ETABLISSEMENTS DU BON SAUVEUR
314 559 451	MUTUELLE MARE GAILLARD
314 685 835	MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE
314 765 546	MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA REGION DE NANTES
315 519 231	MUTUELLE LA CHOLETAISE
317 442 176	EOVI-MCD MUTUELLE
319 074 779	MUTUELLE CHEMINOTS DU NORD
320 377 906	MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE SOCIALE
321 073 470	MUTUALITE DE LA REUNION
323 599 696	MUTUELLE DU TELEGRAMME
325 942 969	MUTUELLE DU LOGEMENT
326 313 764	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS
330 929 845	MUTUELLE MFTSV
331 903 757	MUTUELLE ACCIDENTS DE LA CONFEDERATION GENERALE DES OEUVRES LAIQUES
333 212 561	MUTUELLE DE PONTOISE
333 574 390	MUTUELLE D'ASSURANCE DU PERSONNEL EXTERIEUR SALARIES DU GROUPE AXA
339 198 939	MUTAC
339 358 681	MUTUELLE HUMANIS NATIONALE
339 420 226	CENTRE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNEL
340 359 900	INTEGRANCE
341 689 552	MUTUELLE SAINT SIMON
342 211 265	MUTUELLES DE LORRAINE
347 391 948	MUTUELLE DU CHU ET HOPITAUX DU PUY DE DOME
351 956 537	MUTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DE L'ANJOU

352 291 561	MUTUELLE MEUSREC
352 502 546	MUTUELLE DU VAL DE SEVRE
352 537 369	AMICALE DU PERSONNEL DE FLEURY MICHON SA
379 655 541	IDENTITES MUTUELLE
379 718 653	MUTUELLE NATIONALE DES PERSONNELS AIR FRANCE
382 046 464	MUTUELLE NATIONALE DU PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS MICHELIN
383 143 617	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
384 253 605	MUTLOG GARANTIES
388 213 423	MUTUELLE GENERALE SOLIDARITE DE LA REUNION
388 887 259	MUTUELLE DES ELUS LOCAUX
390 802 619	MUTUELLE LA SECURITE ASTURIENNE
390 820 058	MUTUELLE D'ENTREPRISES SCHNEIDER ELECTRIC
390 917 953	MUTUELLE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS DU SUD EST
390 953 222	SOCIETE MUTUALISTE INTERDEPARTEMENTALE DE BANQUE
391 036 183	MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
391 322 849	MUTUELLE DE LA DEPECHE DU MIDI
391 346 236	MUTUELLE IBAMEO
391 396 397	SOCIETE DE PREVOYANCE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
391 398 351	MUTUELLE NATIONALE DES CONSTRUCTEURS ET ACCEDANTS A LA PROPRIETE
391 399 052	MUTUELLE DES METIERS ELECTRONIQUE ET INFORMATIQUE
391 399 227	GARANCE
391 399 326	MUTUELLE EPC
391 526 225	MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE
407 879 709	SOCIETE MUTUALISTE INTER-ENTREPRISES
413 423 005	MUTUELLE LA FRANCE MARITIME
419 049 499	ENERGIE MUTUELLE
428 990 972	MUTUELLE SANTE INDEPENDANTS
429 211 469	MUTUELLE GENERALE DE LA DISTRIBUTION
429 873 706	BANQUE POPULAIRE MUTUALITE
430 270 116	MUTUELLE DE SAINT JUNIEN ET DES ENVIRONS
431 791 672	LA MUTUELLE DES ETUDIANTS
431 988 021	MUTUELLE EPARGNE RETRAITE
432 162 113	MUTUELLE DES ANCIENS DES CHANTIERS LA ROCHELLE-PALLICE
432 683 787	MUTUELLE DE PREVOYANCE ET DE SANTE
433 938 081	MUROS
437 732 191	SOCIETE MUTUALISTE DU SALEVE
437 994 205	MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE
438 804 312	MUTUELLE D'ENTRAIDE DE LA MUTUALITE FRANCAISE
442 294 856	UNION MUTUALISTE RETRAITE
442 449 278	MUTUELLE VAROISE DES TRAVAILLEURS DE L'ETAT
442 489 084	MG UNION
442 634 564	MUTUELLE DU PERSONNEL DE LA BANQUE POPULAIRE DU SUD
442 671 830	MUTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DES COTES D'ARMOR
442 839 452	MUTUELLE NAT CONSTRUC ACCED PROPRIETE
442 882 411	MUTUELLE DES RETRAITES AGF ET ALLIANZ

442 907 127	ALLIANCE DES MUTUALISTES DU TRANSPORT ET DU SECTEUR SOCIAL - ALMUTRA
442 978 086	PAVILLON PREVOYANCE
443 611 504	MUTUELLE D'ENTREPRISE TANIN ET PANNEAUX DE LABRUGUIERE
444 166 573	MUTUELLE CREMATISTE FACIA
444 269 682	RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE
444 270 532	CAISSE DE SOLIDARITE DE L'ARSENAL DE TARBES
444 270 730	MUTUELLE KEOLIS RENNES
444 424 931	MUTUELLE PREVOYANCE ALSACE
483 041 307	TERRITORIA MUTUELLE
483 747 333	RADIANCE GROUPE HUMANIS GRAND EST
484 436 811	MNH PREVOYANCE
490 909 454	MUTARIS CAUTION
499 982 098	MGEFI - MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE
503 380 081	MUTUELLE UNEO
508 400 629	MFPRECAUTION
529 168 007	KLESIA MUT'
775 558 778	MUTUELLE ENTRAIN
775 559 651	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU PERSONNEL DE LA SOCIETE DES EAUX DE MARSEILLE
775 589 203	GROUPEMENT DE PREVOYANCE FACIA
775 597 768	AMELLIS MUTUELLES
775 606 361	MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL
775 627 391	MUTUELLE APREVA
775 657 125	SOCIETE MUTUALISTE CHIRURGICALE ET COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
775 657 521	MUTUELLE DU MINISTERE DE LA JUSTICE
775 659 907	MUTUELLE MIEUX-ETRE
775 659 923	UMEN
775 662 869	FEDERATION MUTUALISTE INTERDEPARTEMENTALE DE LA REGION PARISIENNE
775 666 332	MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES
775 671 894	MGP
775 671 902	MUTUELLE DE L'INDUSTRIE DU PETROLE
775 671 951	AVENIR SANTE MUTUELLE
775 671 969	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE RATP
775 671 993	MUTUELLE BLEUE
775 678 550	MUTUELLE GENERALE DES CHEMINOTS
775 678 584	MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE
775 682 164	TUTELAIRE
775 684 780	SOCIETE MUTUALISTE DES ETUDIANTS DE LA REGION PARISIENNE
775 685 340	LA MUTUELLE GENERALE
775 685 365	INTERIALE MUTUELLE
775 691 132	LA FRANCE MUTUALISTE
775 722 655	MUTUELLE RENAULT
776 466 963	BPCE MUTUELLE
776 525 610	MUTAME SAVOIE MONT BLANC
776 949 760	MUTUELLE NATIONALE DES SAPEURS POMPIERS DE FRANCE

776 950 602	MPOSS
776 950 610	MUTAERO
777 169 079	SUD-OUEST MUTUALITE
777 749 409	MBA MUTUELLE
777 927 120	MUTUELLE VIASANTE
778 213 678	MOS
778 588 111	MUTUELLE D'ENTREPRISE UGINE GUEUGNON & ALZ
778 847 301	SORUAL
778 868 513	LA PREVOYANCE ARTISANALE COMMERCIALE ET SALARIALE
778 900 027	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE
779 558 428	LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX
779 846 849	SO'LYON MUTUELLE
779 926 294	525ÈME MUTUELLE D'ENTREPRISES
780 004 099	ACORIS MUTUELLES
780 349 924	AUBEANE MUTUELLE DE FRANCE
780 508 073	CCMO MUTUELLE
780 508 081	MUTUELLE DE L'OISE DES AGENTS TERRITORIAUX
780 915 898	MUTAME & PLUS
781 065 412	MUTUELLE DU GRAND PORT MARITIME DU HAVRE
781 123 245	MUTUELLE BOISSIERE DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS
781 166 210	MUTUELLE 403
781 166 293	MUTUELLE SMATIS FRANCE
781 343 249	MUTUELLE SOLIMUT CENTRE OCEAN
781 847 975	MUTUELLE MEDICALE CHIRURGICALE ATLANTIQUE
781 848 239	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE CITRAM
782 395 511	MUTUELLES DU SOLEIL - LIVRE II
782 416 127	MUTUELLE DE FRANCE ALPES DU SUD
782 723 118	MUTUELLE CNM
782 814 727	MUTUELLE MARSEILLE METROPOLE MUTAME PROVENCE
782 825 343	MUTUELLE DE FRANCE DU LACYDON
782 825 368	MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
783 005 655	MUTUELLE FAMILIALE DE LA CORSE
783 303 209	MUTUELLES DU PAYS HAUT
783 332 448	MUTUELLE GENERALE DES ETUDIANTS DE L'EST
783 376 270	GROUPE DES MUTUELLES INDEPENDANTES
783 737 638	MUTUELLE DU BATIMENT TRAVAUX PUBLICS & REGIONS FRANCE & EUROPE
783 747 793	CHORALIS - MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
784 227 894	MUTUELLE COMPLEMENTAIRE DE LA VILLE DE PARIS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES ADMINISTRATIONS ANNEXES
784 301 434	CDC MUTUELLE
784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
784 312 860	MUTUELLE DES ANCIENS DE NATIXIS
784 338 600	SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA SNECMA
784 338 618	MCEN - MUTUELLE DES CLERCS ET EMPLOYES DE NOTAIRE
784 360 661	MUTUELLE SANTE DE L'UNION NATIONALE DES COMBATTANTS
784 394 363	COMPLEMENTAIRE ASSURANCE MALADIE INTERDEPARTEMENTALE ET FAMILIALE
784 394 413	MUTUELLE FAMILIALE DES CHEMINOTS DE FRANCE

784 410 771	MUTUELLE DES AUTEURS COMPOSITEURS ET EDITEURS DE MUSIQUE
784 410 805	MUTUELLE DU PERSONNEL DU GROUPE SOCIETE GENERALE
784 442 899	MUTUELLE NATIONALE DES FONCTIONNAIRES DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
784 442 915	MUTUELLE FAMILIALE
784 451 569	MUTUELLE INTERGROUPES POLIET ET CIMENT FRANCAIS
784 492 084	FRANCE MUTUELLE
784 621 476	MUTUELLE CIVILE DE LA DEFENSE
784 647 323	MUTUELLE INTERIALE EXPATRIE ET ENTREPRISE
784 669 954	SOCIETE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
784 718 207	UNION NATIONALE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
784 718 256	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE
784 718 355	MUTUELLE DES CHAMBRES DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE
784 718 397	MUTUELLE VALEO
785 151 689	MUTUELLE LES MENAGES PREVOYANTS
785 280 884	MUTUELLE DES INDUSTRIES AERONAUTIQUES SPATIALES ET CONNEXES
785 721 671	MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE DE LA REGION SUD EST DE PARIS
788 108 546	MUTUELLE DES SCOP - MUCS
790 314 017	HARMONIE FONCTION PUBLIQUE