

Assemblée
générale FNMF

10 juin 2015

MÉDIATION FÉDÉRALE

Rapport d'activité 2014



PREFACE

L'année 2014 va marquer une césure dans le traitement des dossiers de médiation au regard de la transposition de la Directive européenne du 21 mai 2013, relative au règlement extrajudiciaire des litiges (REL) de consommation qui devrait être transposée en droit interne au plus tard le 9 juillet 2015.

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 a autorisé le gouvernement français à prendre par voie d'ordonnance les mesures nécessaires à la transposition de cette directive. Une ordonnance et un décret d'application sont en cours d'examen.

Ces projets de textes induisent une professionnalisation de l'activité de médiation, encadrant la nomination des médiateurs et la procédure de médiation elle-même.

L'adaptation de la Médiation Fédérale Mutualiste sera nécessaire.

Afin d'anticiper les aménagements à venir, une circulaire fédérale a été adressée le 25 août 2014 à tous les groupements adhérents à la FNMF afin de connaître notamment la position des mutuelles ayant mis en place une médiation interne ou ayant choisi une médiation à deux niveaux (médiation interne puis appel aux médiateurs de la FNMF si la décision du médiateur interne ne satisfait pas l'une des parties) au regard d'une part des exigences de la Directive sur les compétences du médiateur et d'autre part compte tenu de l'interdiction d'une double médiation.

L'organisation d'une matinée des médiateurs le 4 juin 2014 a été l'occasion de discuter de ces changements avec les médiateurs de la FNMF, Madame Jacqueline JOUGLA et Monsieur Michel LENORMAND, Monsieur David NOGUERO, médiateur du GEMA et madame Nicole NESPOULOUS de la DGCCRF, organisation qui a longuement travaillé sur la transposition de la Directive et qui assurera le secrétariat de la nouvelle autorité d'évaluation et de contrôle de la médiation.

En attendant, l'activité de la médiation en 2014 continue sa progression avec des litiges de plus en plus techniques.

Le panorama des différentes saisines du service médiation (I) et l'examen des avis rendus en 2014 (II), permettent de comprendre l'importance, notamment aux yeux des adhérents, d'un système amiable de règlement des différends qui permet d'éviter les contentieux et de proposer aux parties des solutions acceptables.

I – LA MEDIATION FEDERALE EN 2014

A- LE CONTEXTE :

Au regard des regroupements et fusions opérés depuis la fin de l'année 2013, ce sont 198 groupements mutualistes qui ont fait connaître leur choix de médiation (58 ont mis en place une médiation interne, 113 ont confié la résolution de leurs différends aux médiateurs fédéraux et 27 ont choisi après l'instauration d'une médiation propre à leur mutuelle de proposer à leurs adhérents un deuxième recours auprès des médiateurs fédéraux).

Néanmoins, cette année encore et de manière plus notable, le service médiation a reçu 75 requêtes d'adhérents (contre 30 en 2013) pour lesquelles il n'a pas été en mesure de connaître le type de médiation choisi par la mutuelle en cause, ne pouvant dès lors que transmettre ces demandes aux instances de l'organisme.

Les thèmes soumis aux médiateurs sont constants : contestations liées au remboursement de frais de soins (notamment en Europe) et aux garanties, mise en œuvre du tiers payant, questions relatives aux cotisations que ce soit du fait de leur augmentation ou de leur mode de calcul, difficultés pour résilier sa complémentaire santé, problèmes liés à la mise en œuvre des garanties de prévoyance ou de retraite. De nombreuses questions ont également été soulevées sur le caractère obligatoire de contrats collectifs et ses conséquences (notamment la portabilité).

Les médiateurs ont également été saisis de problèmes liés à la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie et notamment de questions liées à la télétransmission entre caisses de sécurité sociale et mutuelles. Des questions sur le courtage leur ont été également soumises. De nombreuses demandes de renseignements sur la procédure de médiation elle-même ont également été relevées, notamment d'adhérents qui n'arrivaient pas à identifier le médiateur compétent pour leur mutuelle ou dont la mutuelle leur indiquait qu'elle n'avait pas de médiateur.

Enfin, certaines fois, le service médiation n'a pas pu identifier l'organisme assureur du contrat, l'intermédiaire gestionnaire du contrat présentant une opacité à toute épreuve...

Même si certaines de ces questions se sont situées au-delà du strict champ de compétence des médiateurs, le service médiation a tenu à renseigner et orienter les demandeurs vers les organismes à même de répondre à leurs attentes.

B- LES DOSSIERS TRAITES :

Le service médiation a reçu 430 demandes en 2014 contre 402 en 2013, soit une augmentation de 7 %.

305 demandes ont été reçues par la « boîte médiation », soit 174 % de plus qu'en 2013 où 157 saisines avaient été enregistrées. A noter que ces contacts nécessitent le plus souvent d'obtenir des renseignements supplémentaires tant sur l'identité de l'expéditeur que sur celle de l'organisme concerné, les messages souvent sibyllins pouvant certaines fois s'analyser comme des bouteilles à la mer, voire des appels de détresse.

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

- Pour 75 demandes, le choix de médiation de la mutuelle n'était pas connu. Dans 35 dossiers, la mutuelle avait choisi d'avoir recours au médiateur fédéral en deuxième intention et son médiateur n'avait pas été saisi.

14 saisines concernaient des mutuelles non adhérentes à la FNMF et 48 des organismes divers, tels des sociétés d'assurance, des mutuelles d'assurance, institutions de prévoyance ou des courtiers.

110 dossiers ont été transmis à l'organisme mutualiste concerné que les voies de recours internes n'aient pas été épuisées ou que celui-ci ait choisi de mettre en place sa propre médiation.

Enfin, pour 27 demandes, il n'a pas été possible d'identifier l'organisme assureur du contrat.

- Objet de ces saisines :

- Pour 20 demandes, il s'agissait de recherches d'informations sur la médiation elle-même, les modalités de saisine du médiateur et quelques demandes de mutuelles s'interrogeant sur le type de médiation à mettre en place dans leur organisme, notamment du fait de la transposition de la Directive REL.

- 114 saisines étaient relatives à la vie du contrat : conditions d'adhésion, de résiliation, délai de rétractation, nullité du contrat, augmentation et calcul des cotisations, demande de remise gracieuse de leur paiement, contestation du paiement de cotisations estimées indues, pratiques du courtage, compréhension du contrat collectif obligatoire, bénéfice de l'ACS.

- pour 75 d'entre elles, il s'agissait de questions liées aux garanties santé avec une majorité de questions relatives au paiement de prestations, notamment à l'étranger (prise en charge de dépassement d'honoraires, de frais d'optique, de soins et prothèses dentaires, de soins d'orthodontie) et de l'éventuelle prescription de leur remboursement.

Les autres demandes étaient relatives aux difficultés liées à la télétransmission en cas de changement de complémentaire santé.

- 48 demandes concernaient la prévoyance et notamment les garanties invalidité et maintien de salaire, le versement d'indemnités journalières, le versement de prestations obsèques ou de capital décès, la dépendance, l'assurance vie, la retraite et l'assurance emprunteur.

- 52 saisines concernaient la gestion du régime obligatoire, notamment pour des étudiants, le défaut d'édition des cartes vitale sésame, des litiges relatifs à des garanties IARD. Ont également été recensés une demande d'aide-ménagère et une demande de bourse d'études. Enfin, des litiges relatifs à des SSAM ont d'emblée été écartés, les différends entre un adhérent et un organisme du livre III ayant été exclus par le Règlement de la Médiation fédérale mutualiste.

- 121 dossiers ont été examinés par les médiateurs fédéraux.

II- LES AVIS DES MEDIATEURS

Sur les 121 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 35 ont été clôturés en cours d'instruction : 29 parce que la mutuelle a fait droit à la demande de l'adhérent ; 3 du fait de la carence de l'adhérent à transmettre les pièces complémentaires qui lui étaient demandées, 1 qui relevait en fait du régime obligatoire d'assurance maladie dont bénéficiait l'adhérent, 1 pour lequel l'adhérent a obtenu le remboursement de ses cotisations qu'il demandait du fait de l'arrêt de la portabilité du à la liquidation de son entreprise et ce par le liquidateur

judiciaire et enfin 1 dossier qui relevait d'une Institution de prévoyance (IP) et non de la mutuelle rattachée au groupe de cette IP.

Ce sont donc 86 avis que les Médiateurs Fédéraux ont notifié en 2014 (contre 63 en 2013) :

– 22 dossiers étaient relatifs au paiement de prestations santé qu'il s'agisse de la prise en charge de frais de soins hospitaliers, dentaires, d'orthodontie, d'optique, d'actes d'auxiliaires médicaux, de cure thermale ou d'une prestation assistance.

Dans un dossier, l'adhérent sollicitait le remboursement de frais de soins médicaux postérieurement à sa date de radiation au motif que sa carte de mutualiste indiquait une date largement postérieure à cette radiation. L'avis a été rendu en faveur de la mutuelle qui avait averti à plusieurs reprises son adhérent de la fermeture de ses droits à prestations.

Un adhérent a sollicité le paiement de la prime de naissance prévue à son contrat au même titre que celle versée à la mère de l'enfant, s'estimant victime d'une discrimination sexuelle. L'avis a été rendu en faveur de la mutuelle, l'allocation étant en l'espèce inhérente à la maternité donc au statut de mère.

Une personne âgée (87 ans) a sollicité la prise en charge de frais de soins médicaux prescrits du fait d'un problème de télétransmission. Compte-tenu de son âge, il a été fait droit en équité à sa demande.

Un adhérent demandait le remboursement de soins pour son enfant de 4 mois rétroactivement à la date de sa naissance, l'ayant déclaré à sa mutuelle dans les délais statutaires mais cette déclaration n'étant apparemment pas parvenue à la mutuelle. Le médiateur a fait droit en équité à cette requête.

– 28 demandes étaient liées à la vie du contrat et portaient tant sur des augmentations de cotisations, d'annulation de contrats ou des demandes de résiliation. Ces dernières demandes invoquaient la loi Chatel, l'article L.221-17 du code de la mutualité (dont les deux conditions cumulatives ne sont en général pas remplies) ou le bénéfice d'un contrat collectif obligatoire. Le médiateur a encore rappelé que le bénéfice d'un contrat collectif obligatoire n'est pas un motif de nature à permettre la résiliation du contrat hors échéance principale. Le devoir d'information a aussi été au cœur de certains dossiers, notamment dans le cas d'une adhésion à une complémentaire santé souscrite par le biais d'un intermédiaire qui s'était bien gardé d'informer des délais de rétractation.

– Les médiateurs ont eu également à connaître de 33 dossiers en matière de prévoyance dont 9 pour la seule assurance emprunteur.

Les sujets abordés ont été très variés : versement d'indemnités journalières, d'incapacité, de prestations de maintien de salaires, de traitement et rémunérations annexes, contrats obsèques, calcul d'une rente d'invalidité, demande d'intérêts sur le capital d'une assurance vie liquidé tardivement du fait même du bénéficiaire, demande de la réversion d'une rente, contestation du taux de liquidation d'une rente de retraite supplémentaire, demande de rachat d'un contrat de retraite mutualiste du combattant déjà liquidé.

Un adhérent, dans une situation financière inextricable sollicitait le rachat de son contrat « Madelin », contrat qui ne peut légalement sortir qu'en rente. Le médiateur a néanmoins accordé cette possibilité qui seule permettait à cet adhérent de sortir de sa situation d'endettement.

Dans un dossier, l'ayant-droit d'un adhérent contestait l'application faite par la mutuelle de la clause bénéficiaire du contrat du de cujus. L'avis a été rendu en sa faveur, la mutuelle n'apportant pas la preuve de ce que la modification de la clause type avait été notifiée à son adhérent.

Un adhérent demandait l'annulation de ses contrats PERP au motif qu'il n'aurait pas lui-même signé ses bulletins d'adhésion. L'avis a été rendu en faveur de la mutuelle, tous les actes administratifs étant accomplis par l'épouse de l'adhérent, celui-ci ne sachant pas lire.

Le médiateur a été saisi à la suite de l'avis d'un médiateur interne, l'adhérent estimant ne pas avoir eu toutes les informations requises sur son contrat. Cet adhérent harcelant le médiateur fédéral et lui tenant des propos orduriers, il lui a été rappelé qu'une action en diffamation pouvait être engagée à son encontre. Bien entendu, l'avis du médiateur interne a été confirmé, aucune carence ne pouvant en l'espèce être reprochée à la mutuelle.

Une personne souhaitait bénéficier de la pension de réversion de son époux décédé. Le médiateur a notifié un refus, les deux conjoints étant divorcés avant le décès de l'ex-mari et les conditions générales du contrat prévoyant le versement de la pension au conjoint marié au moment du décès.

L'ayant-droit d'une adhérente décédée sollicitait le versement du capital décès majoré au titre d'un accident, estimant le décès de sa mère dû à une chute. L'examen des pièces versées au dossier a permis de conclure que ce décès avait en fait été provoqué par la conjonction de diverses pathologies.

Les parents d'un bénéficiaire mineur de contrats d'assurance vie souscrits par sa grand-mère, décédée, et se dénouant à des dates fixes à partir de sa majorité, ont sollicité le rachat de ces contrats. Le médiateur a refusé cette demande, la faculté de rachat n'étant ouverte qu'au souscripteur.

S'agissant de l'assurance emprunteur, les litiges ont notamment porté sur :

- une demande de bénéfice de la garantie incapacité pour un sinistre intervenu en 2008. Le médiateur a fait droit à cette demande, les clauses relatives à la prescription étant peu claires et incomplètes.
 - une contestation des exclusions de garanties mal retranscrites par l'organisme de prêt. La mutuelle a été mise hors de cause.
 - des problèmes de fausse déclaration, qu'elle soit intentionnelle, l'adhérente n'ayant pas répondu aux questions pourtant claires qui lui étaient posées ou qu'elle ait juste donné lieu à une restriction de garanties.
- 2 dossiers ont acté l'accord des parties : l'un dans lequel suite à un dysfonctionnement, la mutuelle avait suspendu le versement des prestations alors que l'adhérent payait ses cotisations mensuellement, l'autre pour lequel la mutuelle a accepté de faire rétroagir la date de liquidation de la rente de retraite de l'adhérente en supprimant toutefois le coefficient de majoration applicable quand la retraite est liquidée après 65 ans, ce qui n'était plus le cas.
- Dans un dossier, l'adhérent sollicitait simplement un moratoire pour rembourser un trop perçu à la mutuelle plus favorable que celui qui lui avait été octroyé. Le médiateur a accédé à cette demande.

Sur ces 86 avis, la même proportion a été rendue soit en faveur des adhérents, soit en faveur des mutuelles (42 pour chacun) et 2 ont entériné l'accord intervenu entre les parties.

Ils ont été notifiés dans un délai moyen de neuf mois, étant rappelé que ce délai est décompté à partir de la date figurant sur le cachet de la poste de la saisine initiale du médiateur, et qu'il est conditionné par la volonté de chaque partie, et notamment des organismes mutualistes, de fournir dans un délai raisonnable les pièces et éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

Il est constaté que ce délai est en hausse depuis deux ans.

Ceci s'explique notamment par la plus grande technicité des dossiers nécessitant une instruction plus longue.

Néanmoins, la médiation fédérale a rempli au mieux sa mission en apportant une réponse circonstanciée aux différends ayant opposé certains adhérents à leur mutuelle et ce, toujours dans un souci rémanent d'apaisement et d'équité.