

Assemblée
générale FNMF

23 juin 2016

MÉDIATION FÉDÉRALE

Rapport d'activité 2015



PREAMBULE

L'année 2015 peut être considérée comme une année de transition dans le traitement des dossiers de médiation.

En effet, elle constitue la dernière année avant la mise en œuvre en droit français de la Directive Européenne du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Cette directive a été transposée par l'ordonnance n°2015-1033 du 20 août 2015, avec une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2016 (décrets n°2015-1382 du 30 octobre 2015 et n°2015-1607 du 7 décembre 2015).

Ainsi, l'année 2015 marque le dernier exercice offrant trois options de médiation aux mutuelles, la double médiation n'étant plus possible à compter de janvier 2016.

C'est également la dernière année qui a mobilisé deux médiateurs, Madame Jacqueline JOUGLA et Monsieur Michel LENORMAND.

L'année 2015 a par ailleurs été marquée par de nombreuses interrogations des mutuelles quant aux modalités d'application de l'ordonnance du 20 août 2015. Deux circulaires fédérales ont été adressées aux groupements les 27 août et 14 décembre 2015 pour leur présenter les principales dispositions relatives à la procédure de médiation et à la nomination des médiateurs, afin de leur permettre de faire leur choix d'une médiation interne ou de la médiation fédérale dite dorénavant médiation de la Mutualité Française.

De nombreuses rencontres ont eu lieu avec Madame Nicole NESPOULOUS, secrétaire de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation, afin de répondre aux nouvelles exigences en matière de désignation du médiateur, de procédure et de contrôle imposées par l'ordonnance.

L'année 2016 sera une année importante, qui permettra d'évaluer l'évolution de l'activité de la médiation de la Mutualité Française et d'adapter les moyens qui y sont dévolus, au regard des nouvelles contraintes réglementaires.

Mais dès 2015, c'est à une forte augmentation de l'activité qu'il a fallu répondre, que les saisines relèvent ou non réellement de la médiation : l'équipe a donc été renforcée afin de permettre dès janvier 2016 de rendre les avis dans le délai de trois mois imparti par l'ordonnance.

I – LA MEDIATION FEDERALE EN 2015

A – LE CONTEXTE

En 2015, 207 groupements ont fait connaître leur choix de médiation : 54 ont mis en place une médiation interne, 138 ont choisi la médiation fédérale (soit 22% de plus qu'en 2014) et 15 ont opté pour une double médiation (deuxième recours auprès de la médiation fédérale après une médiation propre à la mutuelle).

Il est à noter que 28 groupements ont choisi la médiation fédérale au dernier trimestre 2015, au regard des nouvelles contraintes relatives à la procédure de médiation applicables à compter de janvier 2016.

En revanche, 91 demandes d'adhérents concernaient des mutuelles dont le choix de médiation n'était pas connu. Cela constitue une augmentation importante par rapport à l'année précédente (15%).

Les thèmes soumis au médiateur sont divers : contestation d'affiliation et demande de radiation, demande de remboursement de soins, litiges concernant les garanties des contrats, relatifs aux cotisations (montant et paiement), application des contrats de retraite et de prévoyance, aide à la complémentaire santé et conflits concernant l'assurance emprunteur.

La réglementation concernant les contrats collectifs obligatoires et la portabilité des contrats a également fait l'objet de bon nombre de saisines.

D'autres requêtes portaient sur des sujets ne relevant pas de la compétence du médiateur : gestion du régime obligatoire, problème de télétransmission entre caisses primaires d'assurance maladie et mutuelles, contestation des méthodes de courtage, demande d'information sur le fonctionnement des contrats, ou, tout simplement, sur la procédure de médiation.

Enfin, 68 demandes concernaient les médiateurs de l'assurance ou des institutions de prévoyance.

B – LES DOSSIERS TRAITES

Le service médiation a reçu 564 demandes, soit 32% de plus qu'en 2014.

451 requêtes ont été postées dans la « boîte médiation », soit 50% de plus qu'en 2014. Ces demandes ne relèvent bien évidemment pas toutes de la médiation, la plupart concernant des réclamations annexes ou même de simples « billets d'humeur » à l'égard des mutuelles.

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

- 91 demandes émanaient d'adhérents de mutuelles dont le choix de médiation n'était pas connu ; les services de la FNMF ont, dans ce cas, renvoyé les demandeurs vers leurs mutuelles.
- 31 litiges concernaient des mutuelles qui avaient le choix du recours au médiateur fédéral en deuxième intention et qui étaient examinés devant le médiateur de la mutuelle.
- 9 saisines mettaient en cause des mutuelles non adhérentes à la FNMF.

- 68 réclamations touchaient la médiation de l'assurance ou des institutions de prévoyance.
- 115 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.
- 40 requêtes ne relevaient pas de la compétence du médiateur.

Objet de ces saisines :

- pour 27 d'entre elles, il s'agissait de demandes de renseignements des mutuelles sur la nouvelle procédure de médiation et les modalités de sa mise en œuvre ou d'information sur leur choix de médiation.
- 133 saisines étaient relatives à la vie et à la gestion du contrat : conditions d'adhésion, de résiliation, délai de rétractation, demandes d'annulation du contrat, calcul, montant et modalités de paiement des cotisations, demande de délai de paiement, cotisations estimées indues, adhésion des ayants-droit, modification des garanties, méthodes de courtage et de démarchage téléphonique, bénéfice de l'aide à la complémentaire santé, réglementation concernant les contrats collectifs et la portabilité des contrats.
- 78 requêtes portaient sur les prestations, principalement des remboursements de frais dentaires (soins, prothèses, orthodontie), mais également de frais d'optique, de remboursement de soins délivrés en Europe et de prise en charge de forfaits journaliers ou de chambre particulière lors d'hospitalisation. Une demande de remboursement d'un fauteuil roulant a été présentée.
- 45 saisines concernaient la gestion du régime obligatoire, des garanties « incendie, accidents et risques divers », des échanges Noémie ou des litiges avec des professionnels de services de soins et d'accompagnement mutualistes (un ophtalmologue, un dentiste de centre de santé mutualiste).
- Une demande de participation aux bénéficiaires techniques et financiers, une demande d'aide financière exceptionnelle et deux réclamations directes des professionnels de santé concernant le règlement de leurs honoraires ont également été recensées.

188 dossiers ont été examinés par les médiateurs fédéraux.

II – LES AVIS DES MEDIATEURS

Sur les 188 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 60 ont été clôturés en cours d'instruction : 52 parce que la mutuelle avait fait droit à la demande de l'adhérent, 3 parce que les voies de recours interne n'avaient pas été épuisées, 3 parce que les adhérents n'ont jamais répondu aux demandes de renseignements complémentaires qui leur ont été adressées, 1 car il s'agissait d'un litige concernant le régime obligatoire et 1 dossier qui relevait d'une institution de prévoyance et non de la mutuelle rattachée au groupe de cette institution de prévoyance.

Les médiateurs fédéraux ont donc rendu 128 avis (contre 86 en 2014 et 63 en 2013), soit une augmentation de près de 50% en un an et de 100% en deux ans.

Sur ces avis, 54 ont été rendus en faveur des mutuelles, 69 en faveur des adhérents, 4 avis ont pris acte de la régularisation du litige et 1 avis d'incompétence a été rendu (contestation par l'adhérent du rendement de sa rente de retraite).

13 dossiers concernaient la résiliation des contrats, soit en application de la loi Chatel, soit parce que les adhérents bénéficiaient d'un contrat collectif obligatoire. Comme l'année précédente, ces saisines ont amené les médiateurs fédéraux à rappeler que l'adhésion à un contrat collectif obligatoire n'est pas un motif légal de radiation hors échéance principale, du fait de la dispense d'adhésion prévue à l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale.

46 dossiers portaient sur le versement de prestations, qu'il s'agisse de remboursement de frais médicaux, dentaires (soins, prothèses ou orthodontie), de frais d'hospitalisation, de prise en charge de dispositifs médicaux (optique, appareillage, prothèse capillaire...) ou des frais relatifs à des cures thermales. Pour ces dossiers, l'importance de la clarté des garanties permettant une interprétation sans équivoque a été soulignée, certains avis étant rendus en faveur des adhérents lorsque la rédaction des garanties était peu claire ou lorsque l'information donnée à l'assuré était insuffisante.

31 dossiers concernaient la prévoyance, dont 18 pour l'assurance emprunteur. Les motifs de saisine ont été divers :

- pour les contrats prévoyance et retraite, les recours ont consisté en des demandes d'indemnités journalières, de rente d'invalidité, de capital décès, d'une allocation obsèques, de versement de retraite.

Une contestation de la valeur de rachat d'un contrat-décès a été soumise au médiateur.

Le versement d'un capital décès a été accordé à une adhérente, une chute ayant été à l'origine du décès, même si l'assuré était atteint d'un cancer.

Une demande de transfert d'un contrat Madelin vers un Placement d'Épargne Retraite Populaire (PERP) a fait l'objet d'un accord, les dispositions du code des assurances, applicable aux mutuelles, le permettant.

Une demande portait sur le versement du capital décès et des indemnités journalières dus au titre du contrat de prévoyance de l'épouse du demandeur. L'avis a été rendu partiellement en faveur de l'adhérent, l'origine du litige provenant d'une erreur de la mutuelle qui avait omis de faire remplir à l'épouse un questionnaire de santé.

- Les litiges relatifs à l'assurance emprunteur ont porté sur :
 - o principalement des questions de fausse déclaration : sur 7 dossiers concernés, 5 ont fait l'objet d'un avis en faveur des adhérents (la mauvaise foi ne paraissant pas établie) et 2 en faveur des groupements.
 - o une prise en charge des mensualités du prêt d'un assuré décédé ; l'avis a été rendu en faveur de l'adhérente, épouse de l'assuré, la mutuelle n'ayant pas de motif légitime pour refuser de payer la prestation.
 - o un refus de prise en charge des mensualités du prêt au motif de la consolidation de l'état de l'adhérent ; la décision de la mutuelle a été avalisée par le médiateur.
 - o une prise en charge des mensualités d'un emprunt du fait d'un placement en congé de longue durée.
 - o une demande de bénéfice de la garantie chômage d'un contrat, déduction faite du délai de carence.
 - o une demande de prise en charge des échéances d'un prêt au titre de l'invalidité d'un adhérent ; celle-ci a été rejetée, l'assuré ne remplissant pas les conditions contractuelles de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

- trois contestations de refus de mutuelles de prendre en charge les mensualités de prêts au regard de garanties ITT ou IPP qui ont fait l'objet d'avis en faveur des mutuelles, les barèmes d'appréciation des assureurs et de la sécurité sociale n'étant pas les mêmes.

Une demande de prise en charge d'un arrêt de travail ayant pour cause une agression en 2011 refusée par la mutuelle a fait l'objet d'un avis favorable du médiateur, nonobstant la prescription, l'adhérente ayant été dans l'incapacité psychologique d'agir.

Les autres saisines étaient relatives aux cotisations (11), à la portabilité des contrats (3) ou à l'aide à la complémentaire santé (1).

Une demande d'adhésion à un contrat santé retraité non enregistrée par la mutuelle en 2010 a été acceptée, en accord avec la mutuelle.

Il est à noter, enfin, que le médiateur a, à l'exception d'un dossier, rejeté les demandes frappées de la prescription biennale.

Le délai moyen de notification des avis a été de 8 mois et demi, légèrement inférieur à celui constaté en 2014 (9 mois).

Au regard de la croissance de l'activité, on peut considérer ce délai comme satisfaisant.

Ainsi, la médiation fédérale a su faire face en 2015 à une forte progression du nombre de demandes sans augmenter les délais de réponse.

Comme les années précédentes, elle s'est efforcée de remplir au mieux sa mission et d'apporter aux adhérents une réponse appropriée aux différends qui les opposaient à leur mutuelle ou aux questions qu'ils se posaient, dans un souci constant d'équité.

L'augmentation du nombre de saisines devrait se poursuivre en 2016, de nombreux groupements se tournant vers la FNMF pour assurer la médiation. L'analyse des dossiers, des avis rendus et des suites données à ces avis devrait permettre d'apprécier la conformité de la démarche de médiation avec sa finalité (éviter des contentieux) et d'émettre des recommandations à destination des groupements afin d'améliorer les relations avec les adhérents et de limiter les sources d'ambiguïté, souvent à l'origine des conflits.

FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

Tél. : 01 40 43 30 30
Fax : 01 40 43 30 03

