



**MEDIATION DE LA
CONSOMMATION
MUTUALITE FRANÇAISE**

Rapport d'activité 2021

SOMMAIRE

BILAN DE L'ACTIVITE

- **Les demandes reçues**
- **Les propositions de solutions**
- **La nature des litiges**
- **Le montant des litiges**
- **Le délai de traitement des dossiers**
- **L'exécution des avis**
- **Les effectifs**

RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

L'année 2021 a été une année de « transition » pour la Médiation de la consommation de la Mutualité Française.

Au plan réglementaire, peu de textes concernant l'assurance ont été publiés. La loi du 8 avril 2021 relative à la réforme du courtage de l'assurance et du courtage en opérations de banque et en services de paiement et ses textes d'application en ont été les principaux.

L'année a été toutefois marquée par les travaux et le rapport du Comité consultatif du secteur financier sur la médiation de l'assurance et à la médiation bancaire et ceux de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de Résolution sur la révision de la Recommandation sur le traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016 modifiée, auxquels les médiateurs de la consommation du secteur de l'assurance ont été conviés.

Les résultats de ces travaux impacteront fortement l'activité des médiateurs de la consommation de ce secteur, avec une inévitable révision de la procédure d'examen des saisines en raison de la simplification des modalités d'accès au médiateur.

La présentation et la publication du rapport d'activité de la Commission d'Évaluation et de Contrôle de la Médiation de la Consommation ont été un moment important de l'année 2021. Les recommandations qui y figurent impacteront, pour certaines, la médiation de la consommation de la Mutualité Française

Concernant plus spécialement la médiation de la consommation de la mutualité Française, l'année 2021 a été marquée par plusieurs événements :

- L'instauration de clubs des correspondants médiation : ces réunions ont pour objet d'échanger sur des problématiques spécifiques rencontrées en médiation, avec la présentation de cas concrets.
Trois réunions ont eu lieu en 2021, sur les thèmes suivants : portabilité des droits, application de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin, et prestations dentaires. Ces clubs permettent d'exposer aux mutuelles certaines problématiques rencontrées en médiation et d'analyser des cas soumis au médiateur afin d'expliquer la solution retenue.
- Le démarrage d'un projet informatique afin de mettre en place en 2022 une plateforme informatisée et sécurisée d'échanges entre les services de la médiation et les mutuelles. Cette plateforme n'a vu le jour qu'en mars 2022, mais les travaux initiés en 2021 ont mobilisé l'ensemble des collaborateurs de l'équipe de la médiation ainsi que certaines mutuelles adhérentes. Qu'elles en soient ici remerciées.

L'activité a, quant à elle, peu évolué en volume mais la nature des litiges a sensiblement changé : les contrats de prévoyance ont donné lieu à plus de saisines, et les dossiers se sont révélés de plus en plus complexes, nécessitant un temps de traitement plus important.

Enfin, et surtout, l'année 2021 a vu le délai de traitement des dossiers être considérablement réduit pour parvenir à une moyenne inférieure au délai de quatre vingt dix jours prévu par l'article R.612-5 du code de la consommation.

BILAN DE L'ACTIVITE DE LA MEDIATION EN 2021

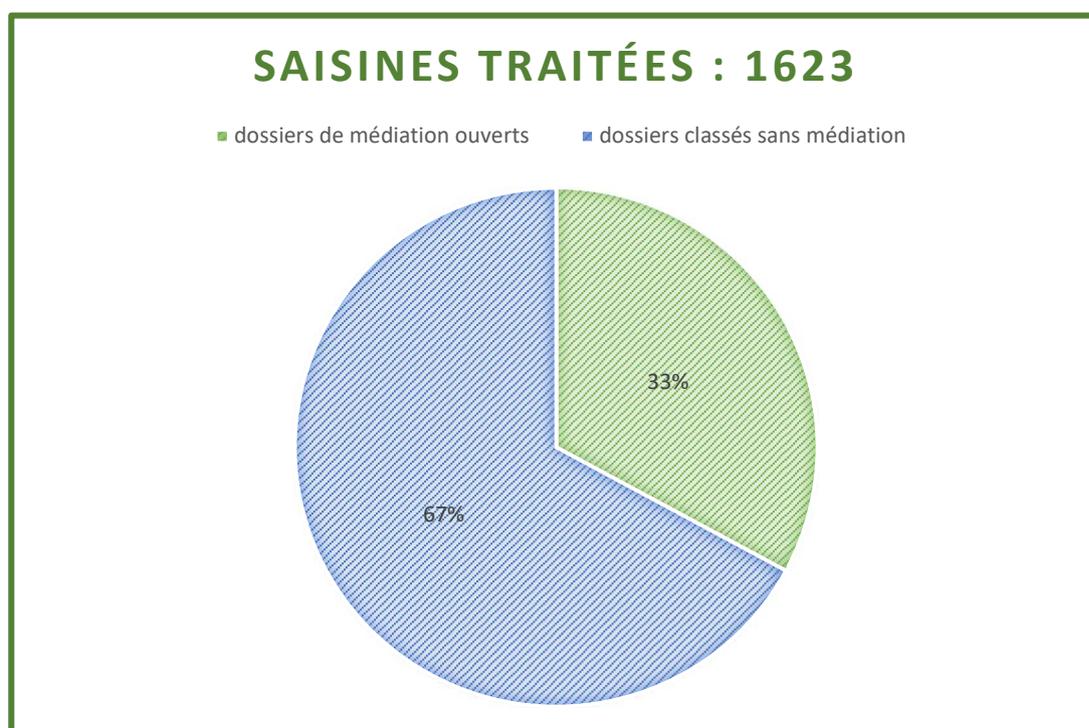
LES DEMANDES REÇUES

Le service médiation a traité 1623 demandes, soit 8,5% de moins qu'en 2020.

Ces 1623 demandes correspondent à 104 dossiers en instance au 31 décembre 2020 et à 1519 dossiers traités sur 1754 saisines reçues en 2021.

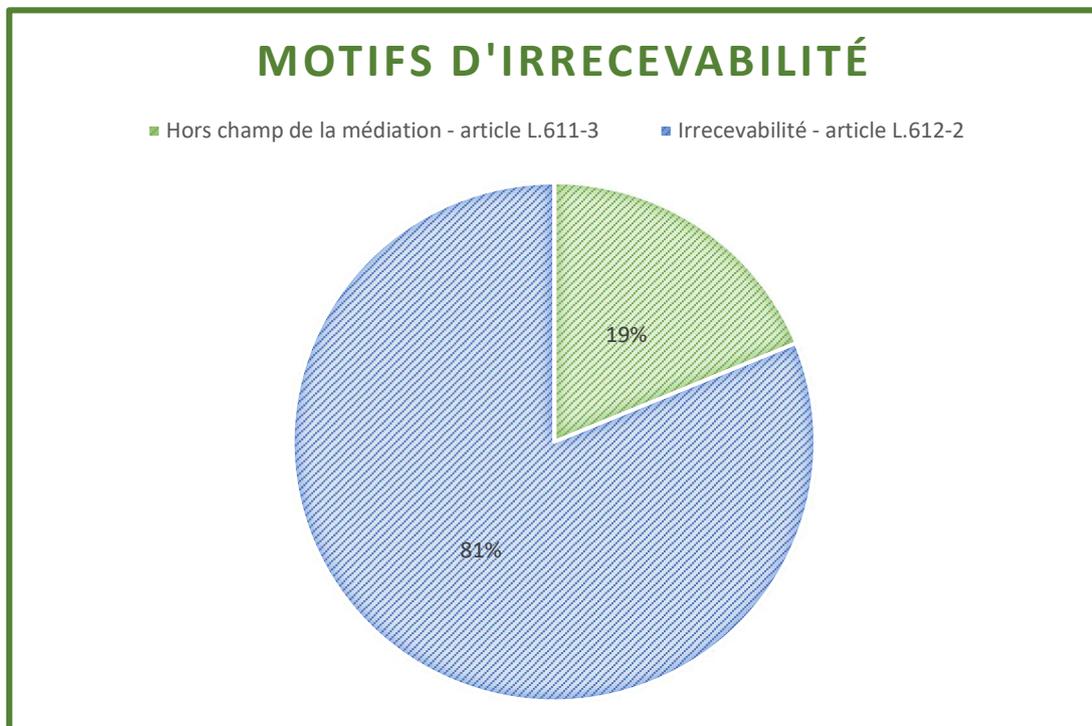
Il convient de noter qu'il a été répondu à 402 appels téléphoniques et 905 messages électroniques concernant la médiation.

61% des saisines sont effectuées via le formulaire en ligne sur le site du médiateur ; 39% par courrier.



Sur les 1623 saisines traitées en 2021, 1089 n'ont pu être examinées par le médiateur :

- 252 parce qu'elles étaient hors champ de la médiation,
- 837 parce qu'elles étaient irrecevables pour l'un des motifs prévus à l'article L.612-2 du code de la consommation, selon les pourcentages suivants :
 - 0,11% parce que la demande était manifestement infondée ou abusive
 - 0,11% parce que le consommateur avait introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès du professionnel
 - 0,48% parce que le litige avait été examiné ou était en cours d'examen par un autre médiateur
 - 31% parce que le litige n'entrait pas dans le champ de compétence du médiateur
 - 68,3% parce que le consommateur ne justifiait pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat.



Si la proportion des saisines irrecevables a légèrement diminué, passant de 70% à 67%, le nombre des saisines prématurées reste significatif (plus de 32% sur le nombre total de saisines reçues en 2021).

Cette forte proportion de saisines prématurées étant commune à l'ensemble des médiateurs de la consommation du secteur bancaire et de l'assurance, le Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF) a consacré une partie de ses travaux à analyser les causes de ce taux élevé. Ses conclusions (cf. encadré) rejoignent celles de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) reprises dans la recommandation 2022-R- 01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations que j'évoque dans la conclusion de ce rapport, en raison de l'importance qu'elle revêt pour les professionnels et les médiateurs du secteur de l'assurance.

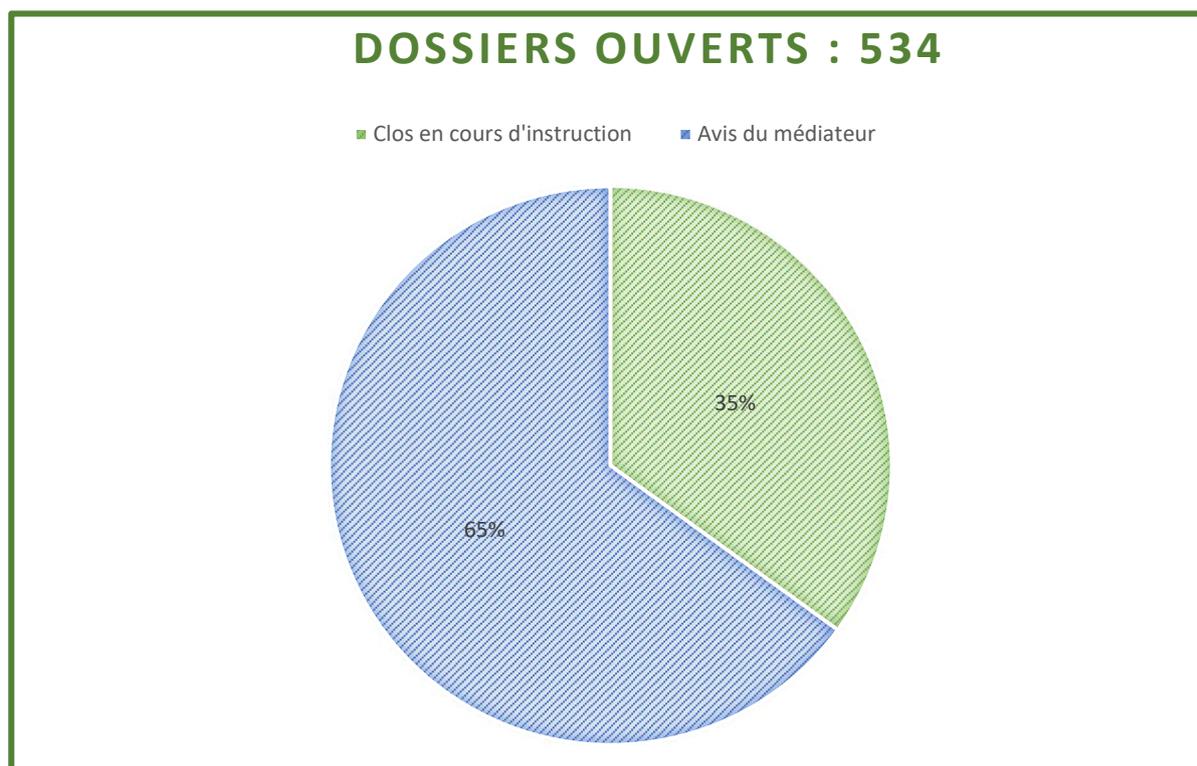
Extrait du rapport du Comité Consultatif du Secteur Financier - La médiation bancaire et de l'assurance – publié le 1^{er} juillet 2021.**Irrecevabilité pour saisine prématurée**

Examinant en particulier le parcours défini par les établissements pour les clients mécontents, le Comité a constaté que de nombreux médiateurs, via leur site internet, imposaient au client un double niveau de saisine – le conseiller habituel puis le service « réclamation » ou « relation clientèle ». En outre, les deux mois de délais posés par la recommandation de l'ACPR s'appliquaient au professionnel en lui enjoignant d'apporter une réponse dans les deux mois et ne pouvait, par définition, être un délai s'appliquant à une saisine du médiateur. Les représentants des établissements de crédit rappellent que les entreprises sont libres d'organiser leur dispositif de traitement des réclamations de ses clients de la façon la plus appropriée à leur situation. Après avoir discuté de ces différents éléments et envisagé divers parcours possibles, le Comité a émis deux propositions. 1) Reprendre la définition d'une réclamation, telle qu'elle figure dans la recommandation de l'ACPR, comme étant « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». 2) Rendre plus fluide le parcours du consommateur et le limiter dans le temps avant la saisine du médiateur. En conséquence, le Comité a adopté le texte ci-dessous : « Lorsqu'un consommateur a un litige avec un professionnel, il peut saisir le médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par chaque établissement et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite auprès du professionnel, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part du professionnel. Une réclamation écrite désigne tout écrit d'un consommateur actant un mécontentement envers un professionnel, quel que soit le service du professionnel auquel il est adressé : interlocuteur habituel, chargé de clientèle, service client, service réclamations, etc... Cet écrit peut être fait sur papier ou sur tout autre support durable et doit impérativement comporter une date (correspondant à la date d'envoi au professionnel) qui fait courir le délai de la possible saisine du médiateur. Lorsqu'un consommateur fait part, oralement, de son mécontentement au professionnel, et à défaut d'une résolution rapide, celui-ci l'invite à le formuler par écrit. Durant ce délai de deux mois, le professionnel gère librement le dialogue avec son client et selon les modalités prévues au sein de son organisation. Sauf dispositions prévoyant des délais plus courts, si le médiateur est saisi d'une demande de médiation à la suite d'une réclamation effectuée par écrit auprès du professionnel à l'issue d'un délai maximal de deux mois à compter de son envoi, il ne pourra pas déclarer sa demande irrecevable pour cause de saisine prématurée au regard des dispositions de l'article L. 612-2 alinéa 1 du Code de la consommation et ce, quel que soit le parcours de la réclamation au sein de l'établissement et qu'il y ait ou non une réponse dudit établissement. »

La CECMC est favorable à cette proposition qui facilite un accès éventuel au médiateur de la consommation.

Les représentants des associations de consommateurs souhaitent préciser qu'une réclamation écrite qui ne comporterait pas de date doit être reconnue comme étant « une réclamation écrite ». Pour éviter tout écueil, ils souhaitent que soit indiqué que la date « peut être identifiée » par le professionnel. Ainsi, la proposition couvrirait les formulaires de contact. Ils souhaitent également que soit précisé dans la réglementation, ce que recouvre les termes « tout autre support durable ».

Seuls 534 dossiers ont été déclarés recevables, soit 33%.



Sur les 534 dossiers ouverts en vue d'une médiation, 187 ont été clos en cours d'instruction et 1 dossier a fait l'objet d'un accord entre les parties sans formulation d'une proposition par le médiateur.

La proportion des dossiers clos en cours d'instruction est supérieure à celle de l'année dernière, passant de 29% à 35%.

Dans plus de 95% des cas, le dossier est clos en cours d'instruction parce que la mutuelle fait droit à la demande de l'adhérent.

Je souligne ainsi à nouveau la nécessité, pour les mutuelles, d'améliorer le traitement des réclamations afin d'éviter que des demandes manifestement fondées et pouvant être aisément satisfaites ne soient portées devant le médiateur.

La médiation doit demeurer un mode de règlement des litiges lorsque ceux-ci ne peuvent être résolus directement entre la mutuelle et l'adhérent.

Les effets de l'entrée en application de la recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 2022-R- 01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations au 31 décembre 2022 seront, à cet égard, source d'enseignements.

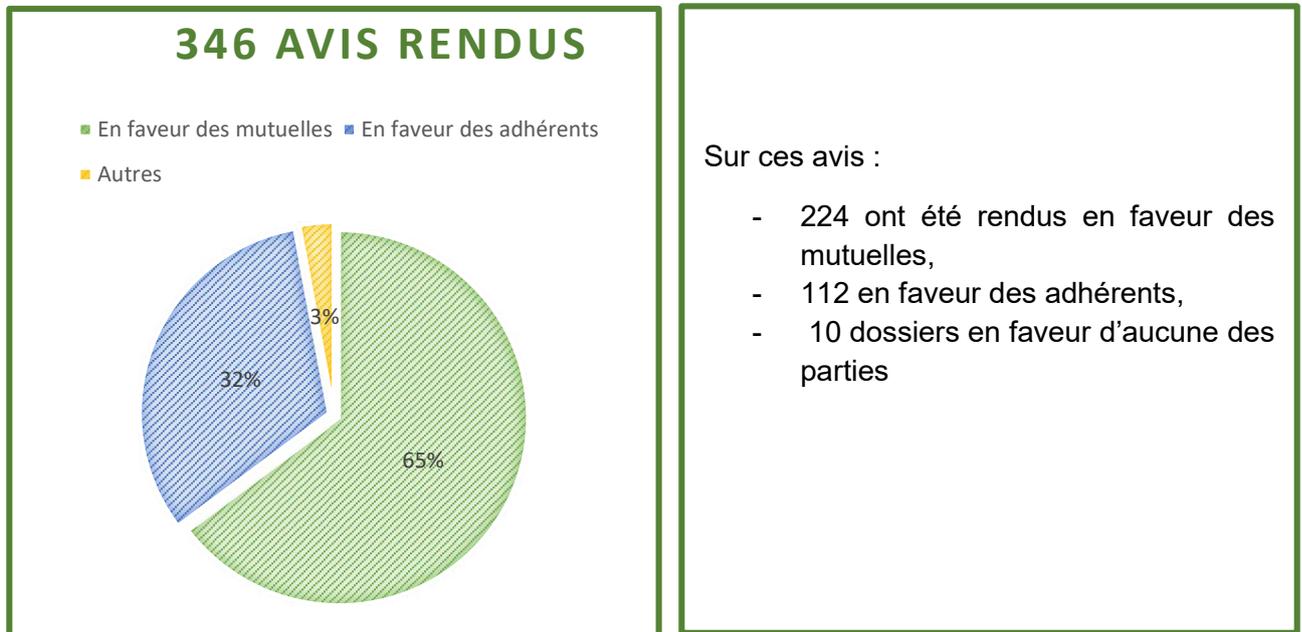
La fluidité du parcours de l'adhérent et la facilitation de son accès à la médiation ne devraient pas avoir pour conséquence de multiplier les requêtes qui, sans être prématurées au sens des recommandations de la CEMC, du CCSF et de l'ACPR, n'en seraient pas moins soumises au médiateur avant que les mutuelles n'aient eu le temps de les traiter.

Il est à craindre que la saisine du médiateur, comme c'est déjà parfois le cas, ne soit un exutoire au mécontentement d'un consommateur sans que celui-ci ne tente réellement de résoudre son litige avec sa mutuelle comme le prévoit l'article L.612-2 du code de la consommation.

LES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

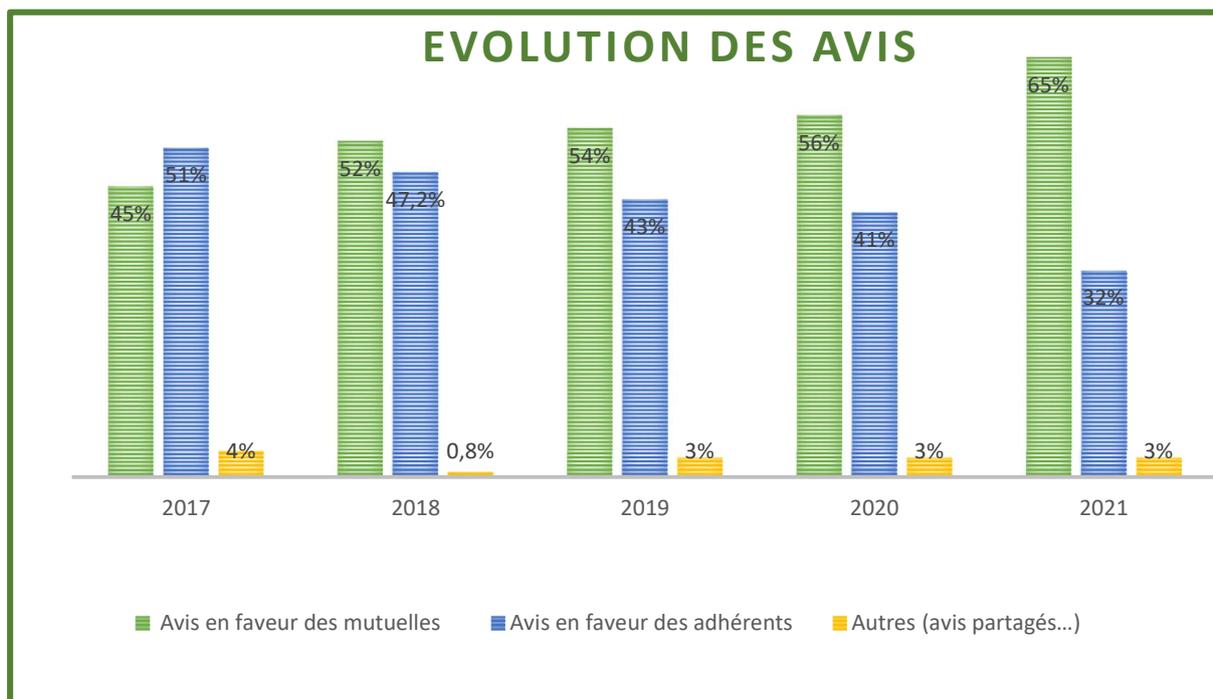
346 propositions de solutions ont été notifiées

- 99 dossiers antérieurs au 1^{er} janvier 2021
- 247 dossiers reçus en 2021



Evolution du nombre d'avis en faveur des mutuelles

Les avis en faveur des mutuelles sont passés de 56% à 65% et ceux en faveur des adhérents de 41% à 32%.



Il est possible d'expliquer cette forte augmentation du nombre des avis rendus en faveur des mutuelles par :

- d'une part, la nette amélioration de la lisibilité des garanties - les litiges portant sur le libellé des garanties sont concentrés sur le domaine dentaire, domaine dans lequel des efforts de clarté dans les tableaux de prise en charge restent à faire ;
- d'autre part, l'augmentation des litiges portant sur les contrats de prévoyance, et notamment les contrats décès ou obsèques ; dans ces dossiers, j'ai souvent été amené à confirmer la position de la mutuelle, fondée en droit, malgré la manifeste bonne foi des demandeurs.

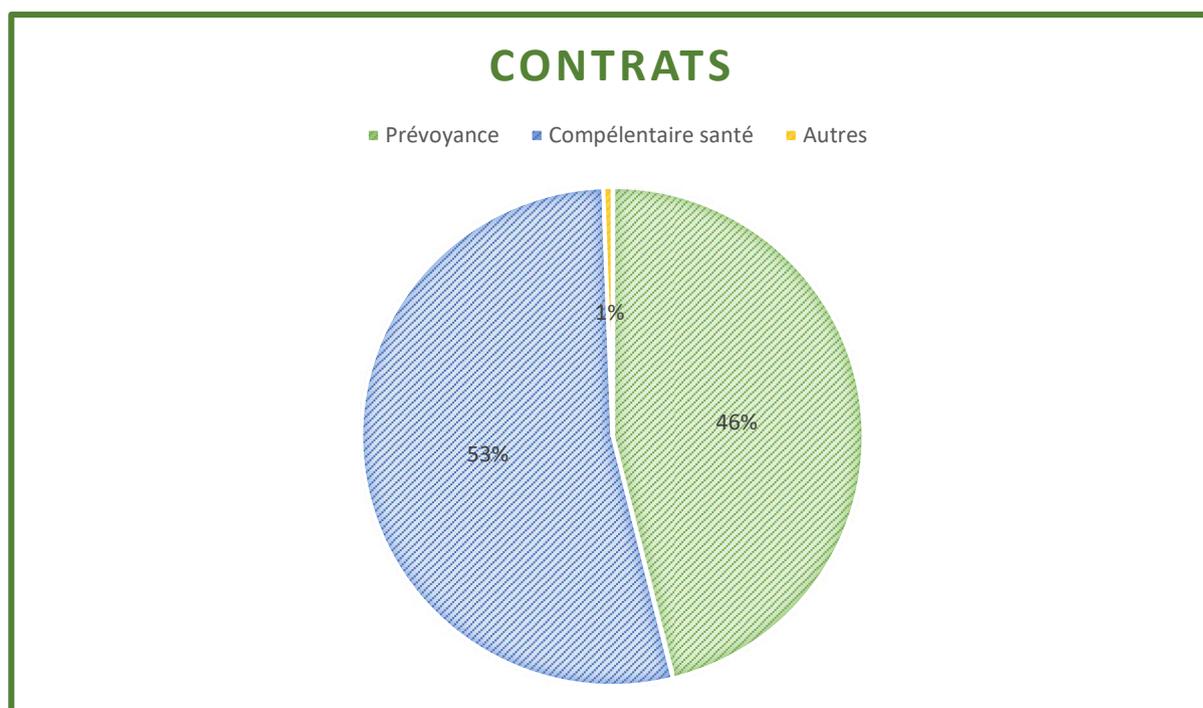
Enfin, il est certain qu'un certain nombre d'adhérents saisissent la médiation tout en sachant que leur demande n'est pas justifiée en droit dans l'espoir d'une solution dérogatoire ou « sociale » qui outrepassse les prérogatives du médiateur en matière d'équité.

C'est le cas, par exemple, de cette adhérente qui, s'étant vu refuser une aide exceptionnelle de l'action sociale de sa mutuelle, saisit la médiation au motif que son contrat lui donne droit à cette aide – bien que celle-ci ne puisse être octroyée que sous condition et sur décision de la commission du fonds social de la mutuelle.

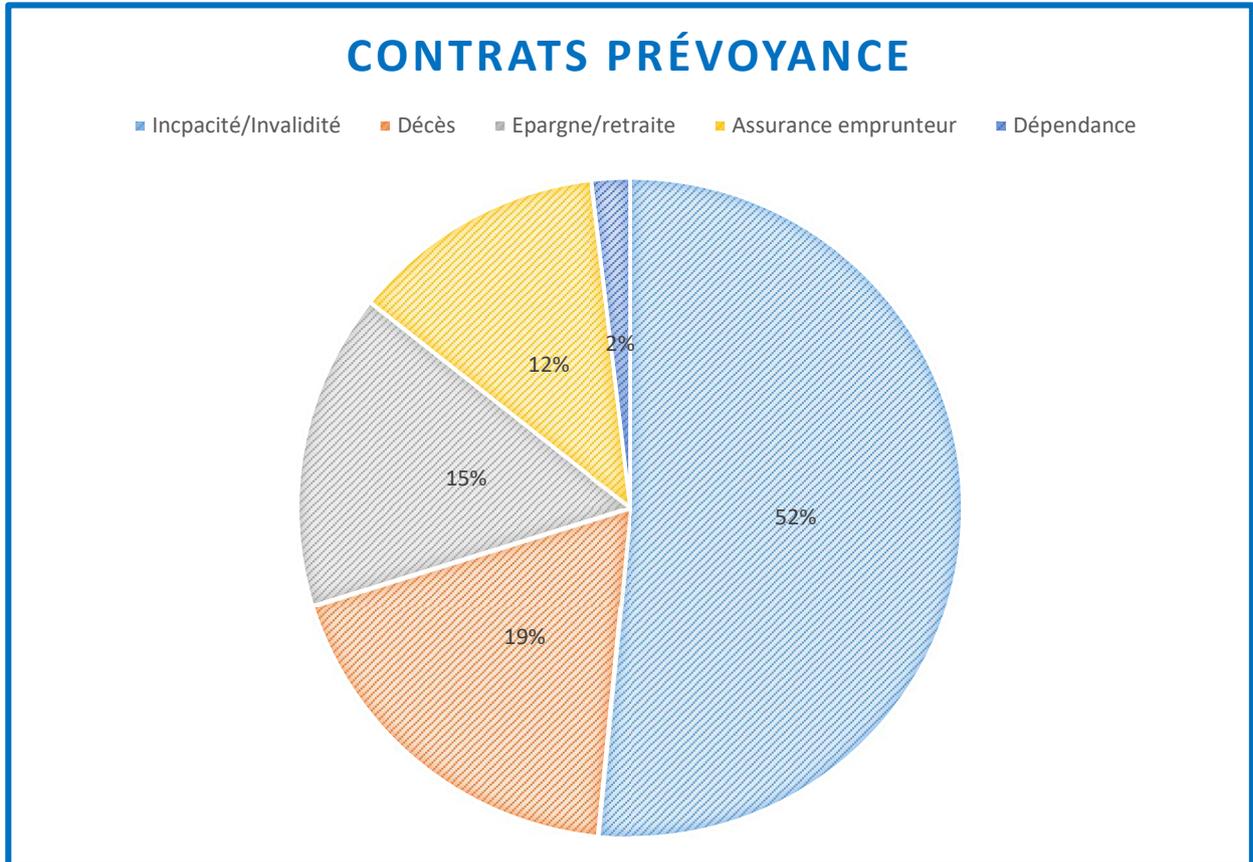
LA TYPOLOGIE DES CONTRATS

Les litiges ont porté sur :

- 186 contrats de complémentaire santé ;
- 161 contrats de prévoyance, dont :
 - o 82 garanties ITT/Invalidité
 - o 30 garanties décès/obsèques
 - o 25 garanties épargne/retraite
 - o 21 assurances emprunteur
 - o 3 contrats dépendance
- 2 sur des contrats non précisés.



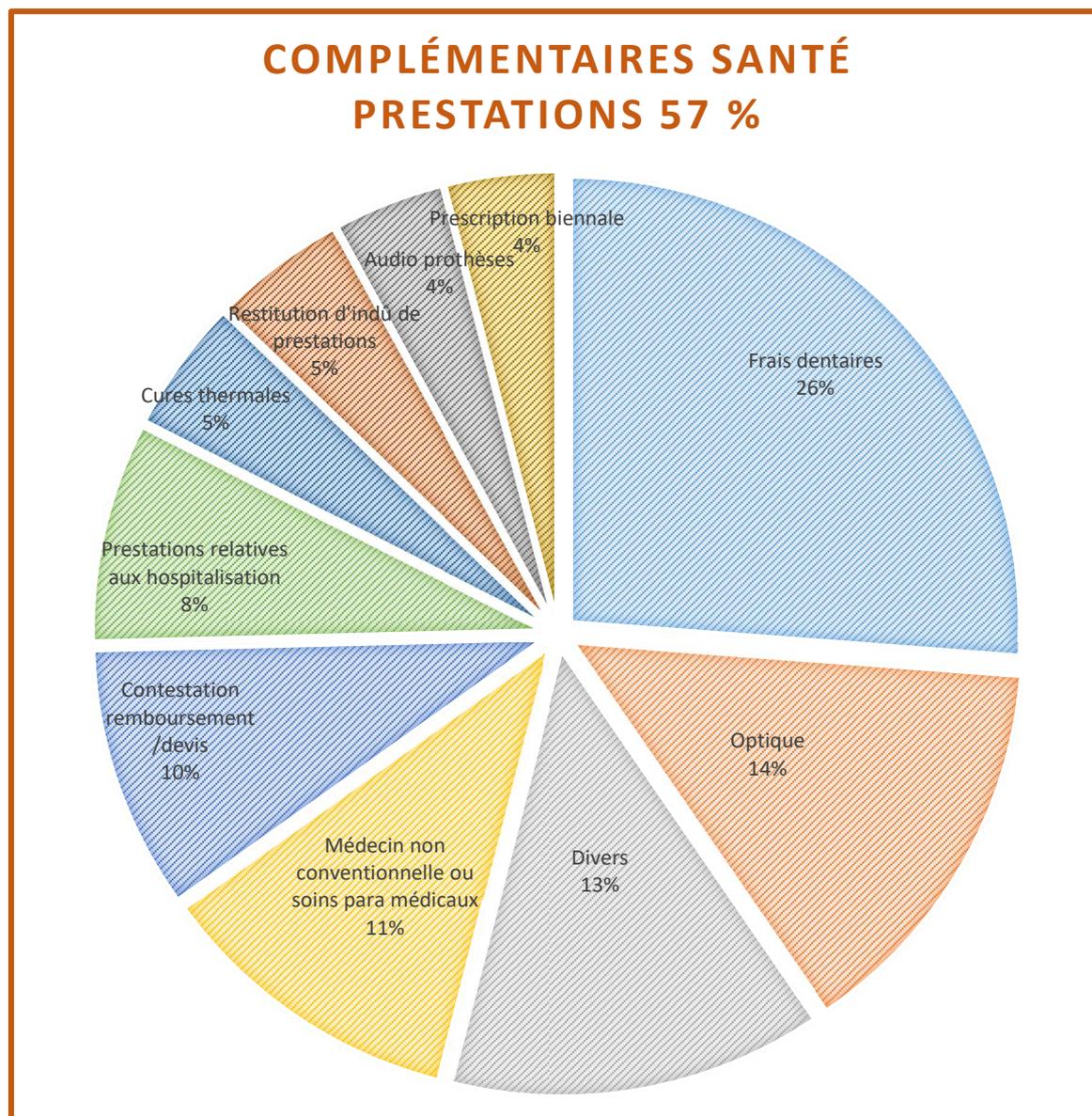
Les litiges relatifs à des contrats de prévoyance représentent près de la moitié des saisines ; l'accroissement du nombre de ces dossiers – qui représentaient 30% des saisines en 2020 – se confirme avec une forte proportion de conflits portant sur l'indemnisation des incapacités de travail (plus de 50% de ces saisines).



LA NATURE DES LITIGES

On relève encore cette année une très grande diversité des litiges.

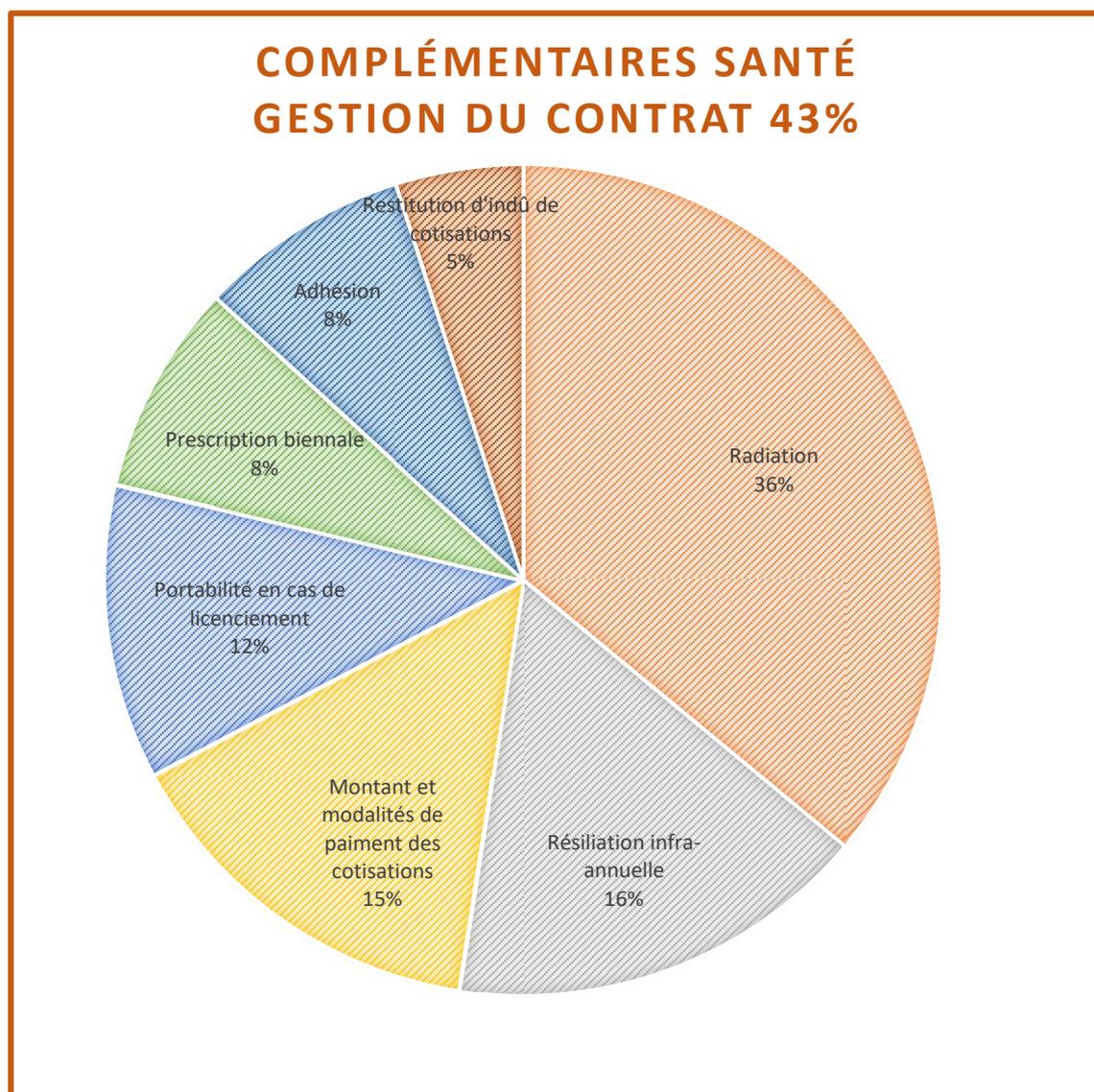
1) Les complémentaires santé



Les réclamations découlant de l'exécution des contrats de complémentaire santé sont pour une grande part dues à un différend sur les prestations, majoritairement sur la prise en charge des frais dentaires et d'optique.

Les litiges relatifs au remboursement des audio-prothèses ont augmenté, en raison d'une mauvaise compréhension des conditions de prise en charge par les contrats responsables.

Là encore, l'information sur les prestations du « 100% santé » ne permet pas toujours aux assurés de savoir s'il y aura un reste à charge et, dans l'affirmative, à quel montant il s'élèvera.



Les modalités de résiliation des contrats de complémentaire santé demeurent le sujet principal de contestation dans la gestion des contrats.

Application de la réforme de la résiliation infra-annuelle des contrats de complémentaire santé

Depuis le 1^{er} décembre 2020, le périmètre des contrats résiliables à tout moment à compter de la première année de souscription inclut les contrats de complémentaire santé. Passée l'incertitude liée à l'évolution rapide du périmètre des contrats concernés, notamment au regard de la question sensible des garanties liées à la perte d'autonomie, j'ai pu observer que les mutuelles avaient, dans la grande majorité des cas, su se conformer aux nouvelles règles établies par les articles L.221-10-2, R. 221-5 et R. 221-6 du code de la mutualité.

Les litiges portés devant la médiation concernent, en effet, principalement le refus de la mutuelle de résilier un contrat de complémentaire santé ayant une garantie dépendance en inclusion. Le décret n° 2022-388 du 17 mars 2022 relatif au fonctionnement des mutuelles et unions et aux institutions de prévoyance a mis fin à ces difficultés.

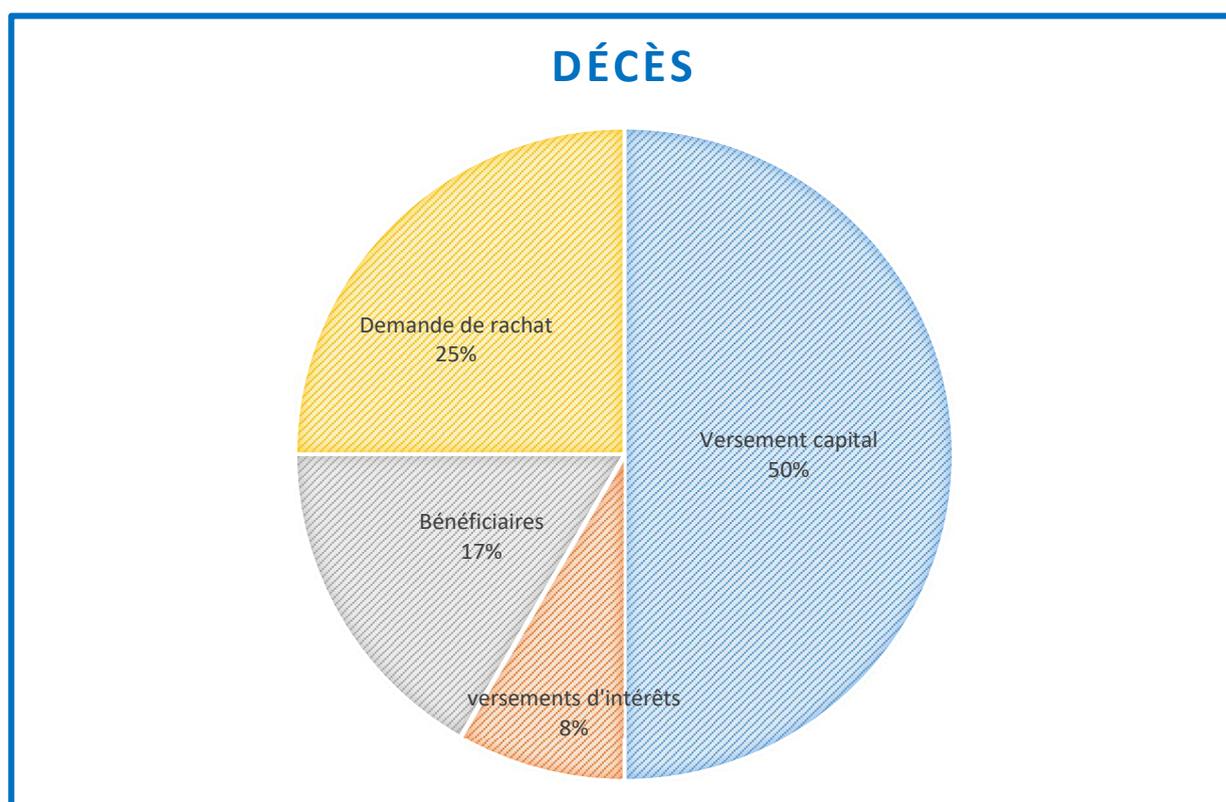
2) Les contrats de prévoyance

Les réclamations relatives aux contrats de prévoyance concernent majoritairement l'indemnisation, que ce soit pour les contrats décès, incapacité-invalidité, retraite, dépendance ou l'assurance emprunteur.

Plus rarement, les adhérents contestent la gestion du contrat, notamment en matière d'assurance-vie ou de contrat retraite, arguant parfois d'un défaut de conseil.

CONTRATS DE PREVOYANCE

FOCUS SUR LES CONTRATS DECES



Les réclamations relatives aux contrats décès concernent majoritairement :

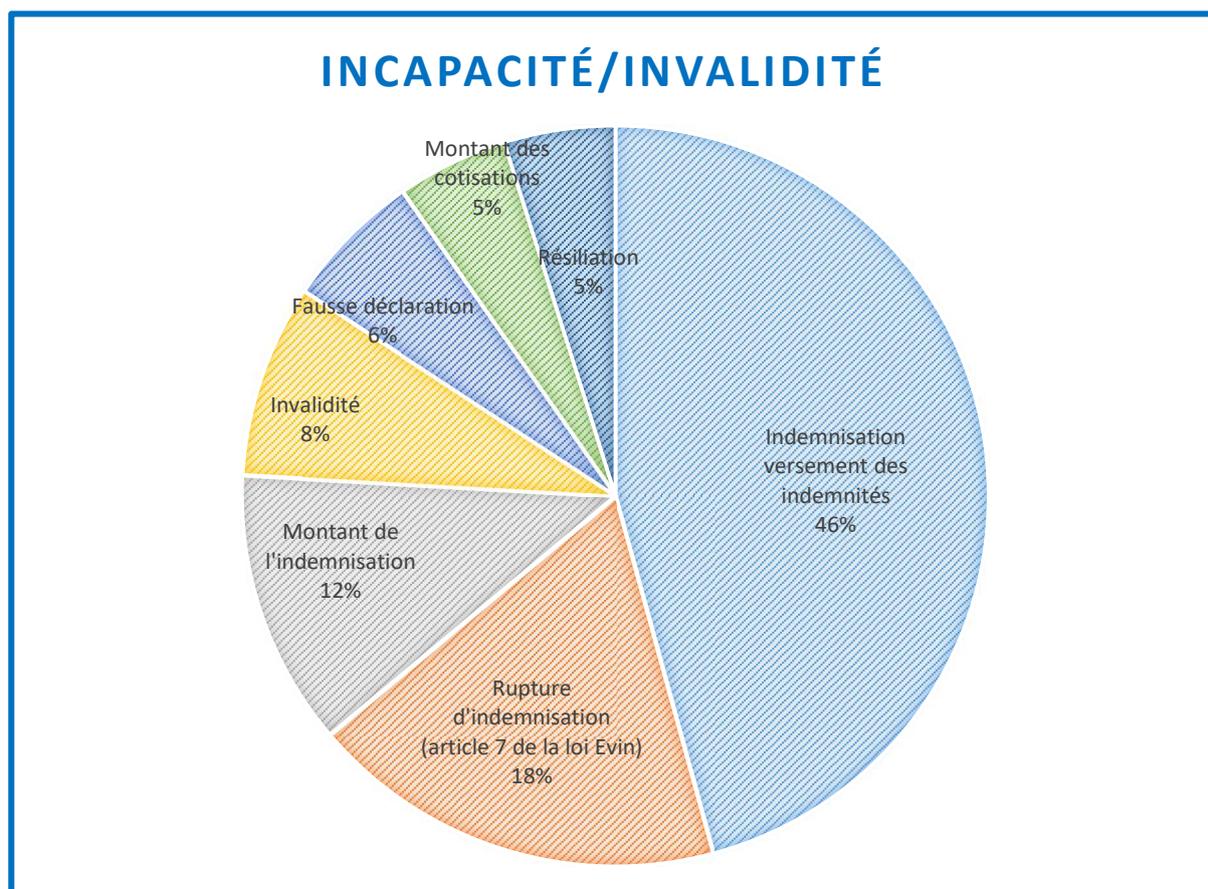
- le versement du capital, notamment lorsque la mutuelle refuse de verser le capital lorsque le caractère accidentel du décès n'est, selon elle, pas établi,
- les demandes de rachat.

Sur le premier point, je ne peux que m'associer aux préconisations du médiateur de l'assurance qui recommande vivement de prévoir aux termes du contrat une définition précise de l'accident corporel.¹

J'évoque le second point dans mes recommandations, les refus opposés aux demandes de rachat de garanties temporaires décès étant rarement compris des adhérents.

¹ « L'accident corporel n'étant pas légalement défini, les entreprises d'assurance sont invitées à préciser les contours exacts de cette notion dans leurs contrats, afin d'éviter tout risque d'ambiguïté et donc de désaccord au moment de la survenance d'un sinistre » La Médiation de l'Assurance – Etude de cas – Juillet 2020

FOCUS SUR LES CONTRATS INCAPACITE / INVALIDITE



Près de 20% des réclamations relatives à l'exécution des contrats incapacité/invalidité relèvent de l'application de l'article 7 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin.

Comme je l'ai souligné l'année dernière, nombre d'adhérents me saisissent parce que leur employeur – le plus souvent une collectivité territoriale – ayant changé d'assureur de contrat collectif de prévoyance, ils se voient refuser l'indemnisation de leur arrêt de travail, chacun des assureurs successifs faisant porter sur l'autre la responsabilité de l'indemnisation en se fondant sur l'article 7 de la loi précitée.

Il n'est pas acceptable que ces adhérents se trouvent dans une impasse, l'ancien et le nouvel assureur refusant de prendre en charge l'arrêt de travail.

J'ai constaté, cette année plus encore que la précédente, des interprétations pour le moins fantaisistes de cet article 7, la notion de prestations différées étant très variable non seulement d'un organisme à l'autre mais parfois même d'un cas à un autre au sein d'un même organisme. J'ai également remarqué que ces mêmes organismes ignoraient l'article 3 de la même loi alors que son application eût évité bien des différends.

Nous avons consacré une réunion des correspondants médiation à cette problématique et j'y reviens encore dans mes recommandations.

Il me paraît indispensable qu'à défaut d'une jurisprudence définitive – et bien que les décisions rendues par la Cour de Cassation soient relativement claires – les acteurs se rejoignent sur une même interprétation de la loi afin de l'appliquer uniformément en cas de changement de contrat collectif à adhésion facultative.

LE MONTANT DES LITIGES

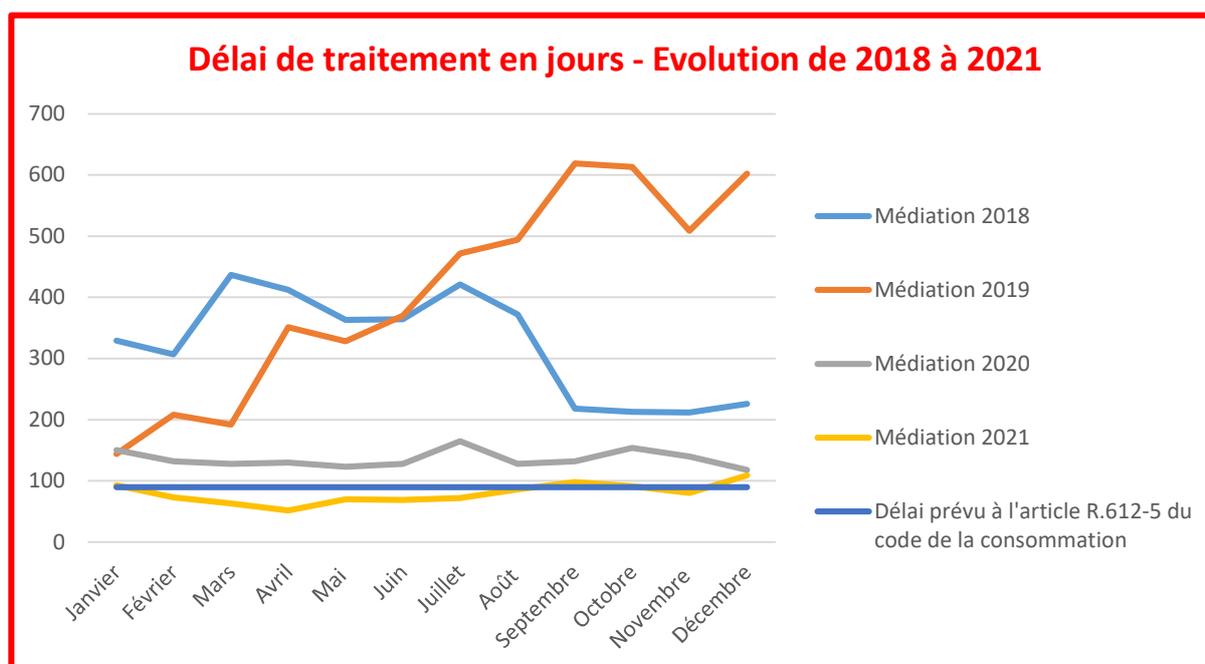
Le montant des litiges s'échelonne de 15 € à plus de 61 000 €, si l'on excepte un dossier particulier portant sur un legs de plus de 250 000 €. La moyenne se situe à 10 112 € (7154 € si l'on excepte ce dossier particulier).

Cette moyenne a été établie sur 172 dossiers dont l'instruction a été menée à son terme pour lesquels le montant est connu, le montant en litige étant inconnu dans les 175 restant.

L'augmentation du montant moyen des litiges s'explique par l'accroissement du nombre des dossiers relatifs aux contrats de prévoyance qui mettent en jeu des sommes relativement importantes.

LE DELAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

Le délai moyen de notification des avis a été, pour 2021, de 80 jours.

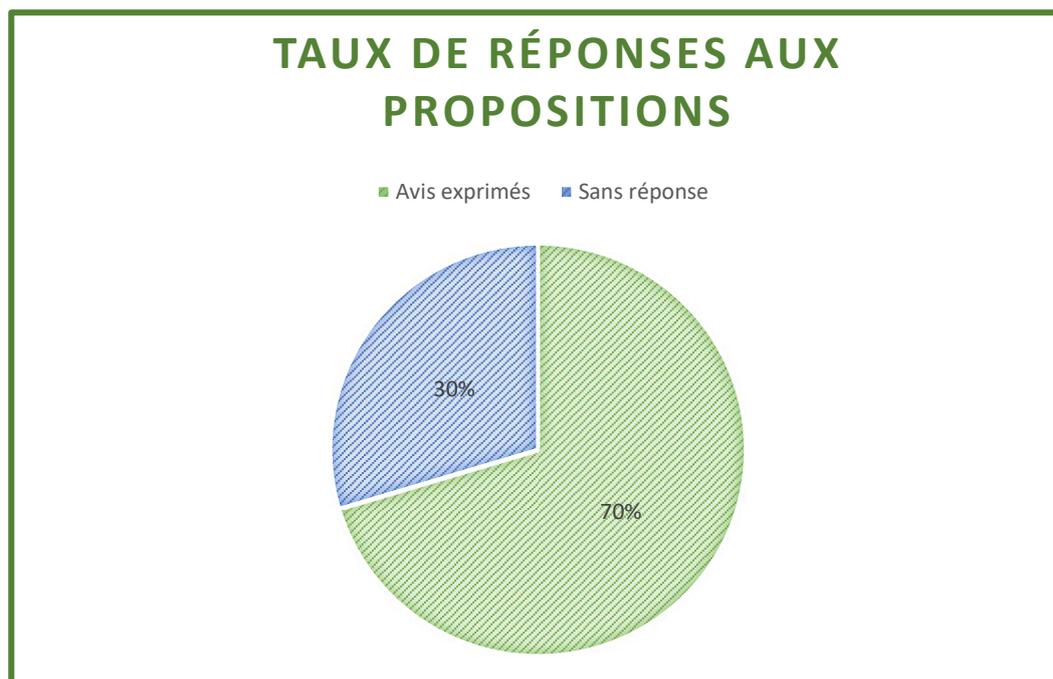


Ce délai est calculé à compter de la date à laquelle la demande est recevable.

Les efforts engagés depuis plusieurs années pour parvenir au respect du délai réglementaire portent leurs fruits.

L'équipe s'attachera, pour l'avenir, à maintenir ce délai de traitement dans la limite de 90 jours.

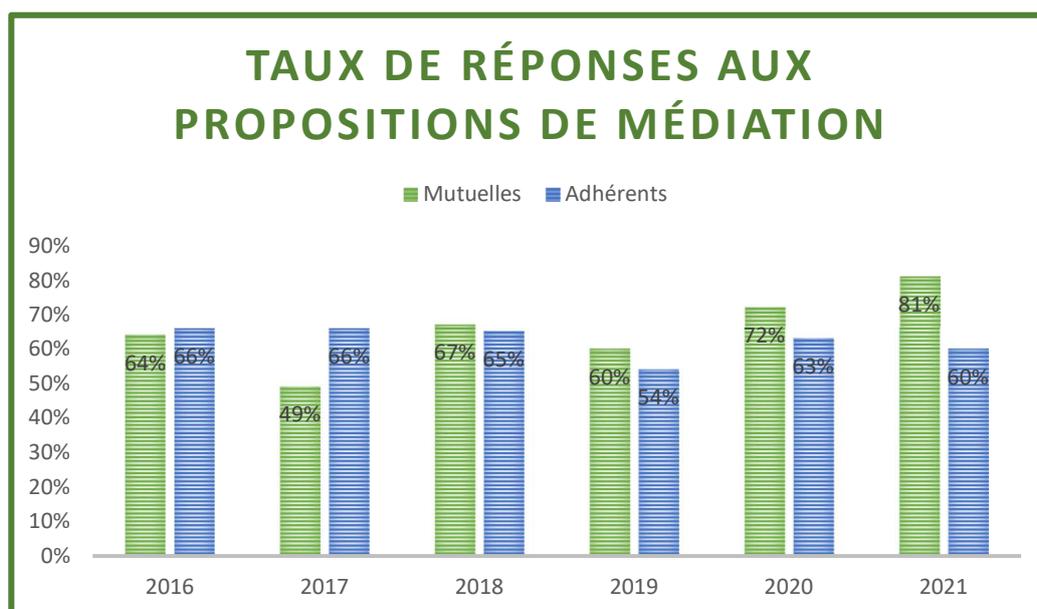
L'EXECUTION DES AVIS



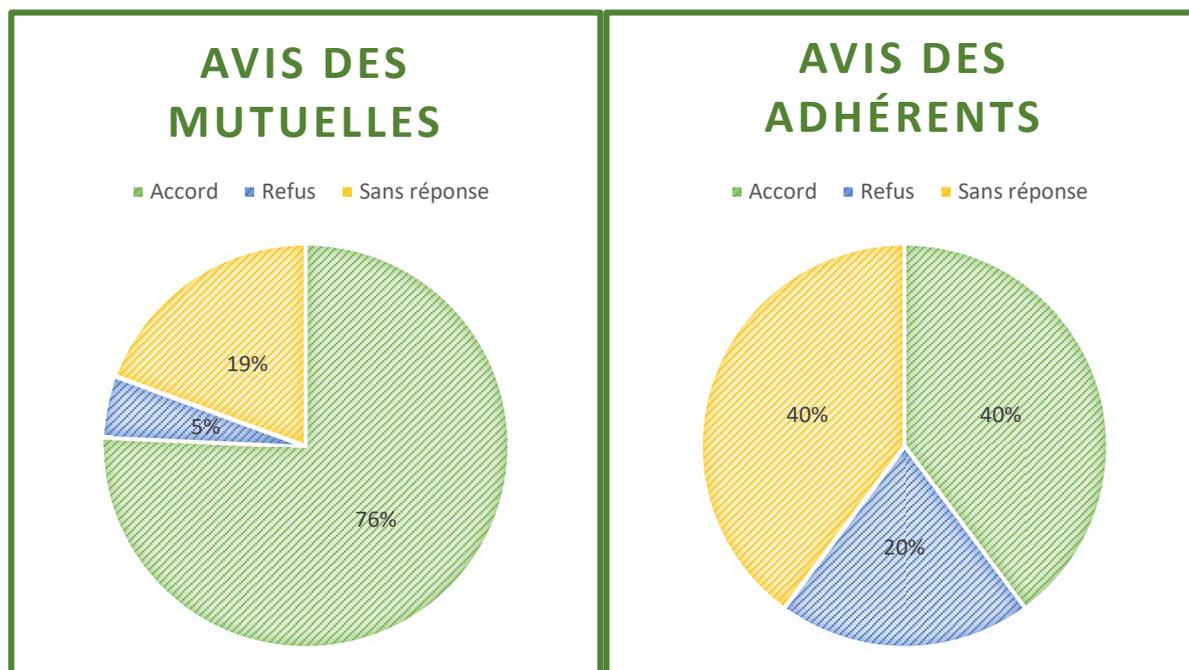
Evolution des taux de réponses aux propositions de médiation

Le taux des retours des adhérents reste stable, baissant de 3 points. Celui des mutuelles augmente de près de 10 points, passant de 72% à 81%.

L'évolution du taux de réponse des mutuelles s'explique sans doute par l'évolution du nombre d'avis rendu en leur faveur, même si l'absence de réponse à la notification de la proposition de solution dans un délai de quinze jours vaut acceptation tacite de la proposition.



Proportion des acceptations et des refus



Le pourcentage d'accord des mutuelles a encore augmenté, évoluant de 65 % en 2020 à 76%, et ce, vraisemblablement pour les mêmes raisons.

Les retours des adhérents restent proportionnellement comparables à ceux de 2020.

J'ai eu à déplorer parfois que, malgré une acceptation explicite ou implicite de ma proposition par la mutuelle, celle-ci tarde à l'exécuter, voire ne l'exécute pas malgré plusieurs relances. Cette inertie décrédibilise le recours à la médiation, l'adhérent ayant alors le sentiment que sa démarche et mon intervention ont été vaines.

Les mutuelles se doivent de respecter l'engagement que constitue l'acceptation d'une proposition de solution.

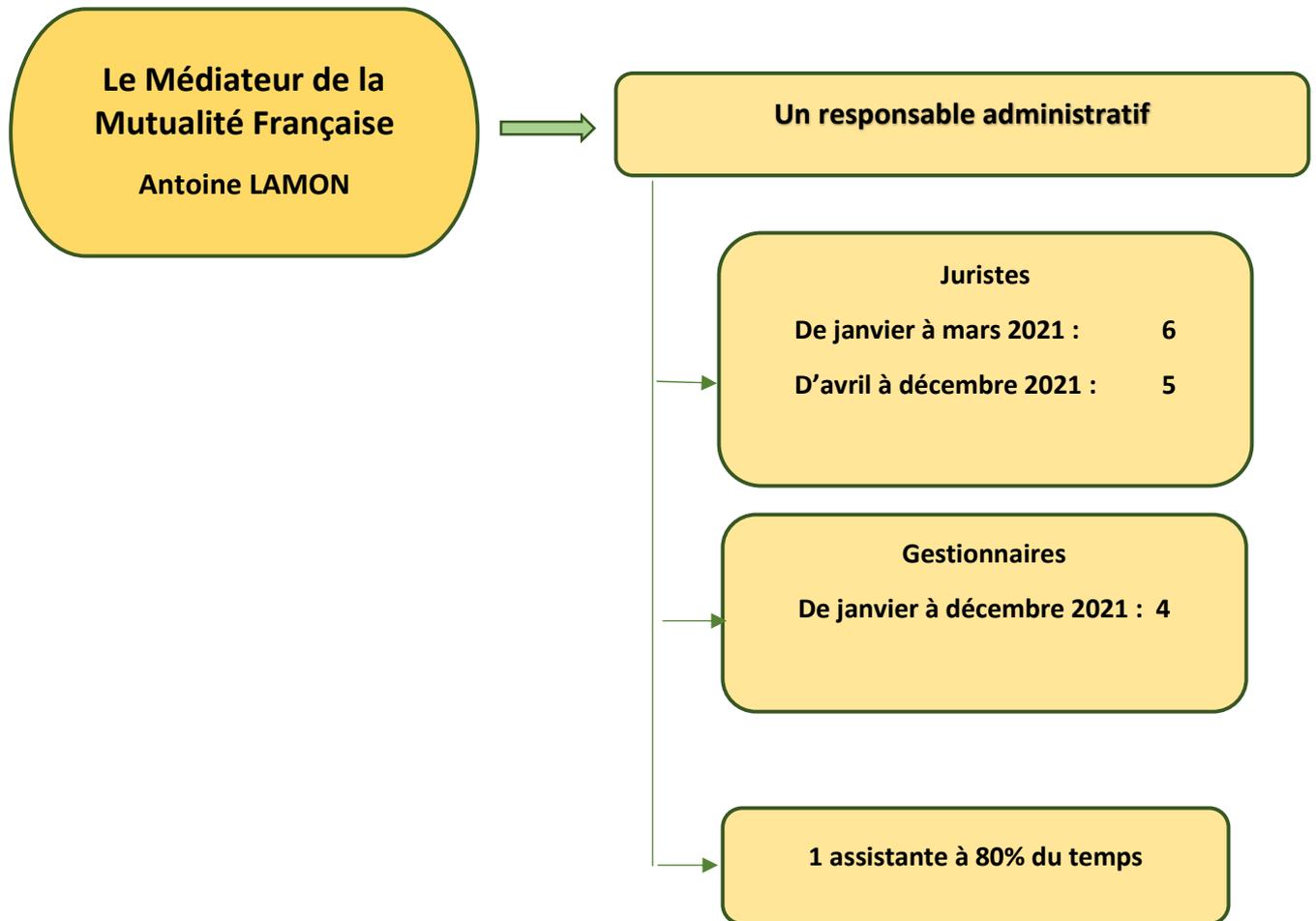
LES CONTENTIEUX

La médiation a été informée de trois contentieux introduits à la suite de la persistance du désaccord entre l'adhérent et la mutuelle après le recours à la médiation.

Il est à noter, toutefois, que les services de la médiation ne sont pas systématiquement informés de l'engagement d'une procédure judiciaire après la notification de la proposition de solution.

LES EFFECTIFS

Organigramme de l'équipe de la Médiation



L'effectif a peu évolué au cours de l'année 2021, avec une équipe de 11 personnes en moyenne.

RECOMMANDATIONS AUX MUTUELLES

Je dois, tout d'abord, préciser que les recommandations de mes précédents rapports demeurent fondées et opportunes.

J'ai constaté que les principaux motifs de contestation évoluent fort peu, à l'exception sans doute des contestations résultant d'un manque de précision dans le libellé des garanties. Dès lors, je ne peux que confirmer mes recommandations passées, dont certaines sont reprises dans la présente partie de mon rapport.

Les recommandations s'articulent comme les années précédentes autour de l'information aux adhérents, l'exécution du contrat et la gestion des réclamations.

L'INFORMATION AUX ADHERENTS

I - AVANT L'ADHESION AU CONTRAT :

1) Intervention des courtiers

Il importe de rappeler aux mutuelles qu'elles doivent être vigilantes quant aux interventions des intermédiaires à qui la distribution de leurs contrats est confiée. Je rappelle, à cet égard, que la mutuelle doit veiller à ce que les distributeurs de ses contrats respectent le devoir d'information et de conseil précontractuels et puissent justifier du recueil des besoins des candidats à l'adhésion.

Par ailleurs, plusieurs litiges ont posé un problème d'identification de l'assureur du contrat dans le cadre des relations d'intermédiation. En effet, dans certaines saisines, les documents émanaient principalement du courtier et ne présentaient pas les coordonnées de l'organisme assurant le contrat. Cela peut créer des difficultés, notamment quand s'il s'agit d'un contrat souscrit auprès d'un assureur. Dans un tel cas, je dois me déclarer incompétent et renvoyer l'adhérent vers le médiateur de l'assurance. **Afin d'éviter de tels désagréments, il convient que les organismes mutualistes demandent à leurs distributeurs de bien indiquer leurs coordonnées dans chaque document contractuel** (le nom et numéro SIREN de l'assureur du contrat).

Mes services ont été plusieurs fois confrontés, en l'absence d'indications sur l'assureur du contrat, à l'impossibilité de déterminer si une saisine relevait de ma médiation ou devait être orientée vers un autre médiateur compétent.

Cette situation est non seulement anormale et de nature à renforcer l'impression d'opacité parfois ressentie par les adhérents, mais elle augmente inutilement le délai de traitement des réclamations puisque celles-ci ne peuvent être prises en charge qu'après une enquête pour tenter d'obtenir le nom de l'assureur du contrat.

2) Informations de l'adhérent sur le choix d'une garantie obsèques

Régulièrement, des adhérents saisissent la médiation pour demander la restitution des cotisations versées au titre de leur contrat obsèques, soit le rachat. Ils ne comprennent pas non plus que le montant cotisé soit supérieur au montant du capital garanti.

A chaque fois, le litige réside dans la nature de la garantie souscrite par l'adhérent, nature qui détermine le régime juridique applicable. Je rappelle à cette occasion la typologie des contrats

d'assurance obsèques, telle qu'établie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dans un communiqué de presse du 28 octobre 2019, et plus particulièrement la distinction entre les contrats d'épargne par lesquels la mutuelle s'engage à reverser au bénéficiaire désigné les sommes épargnées par l'adhérent et les contrats de prévoyance (notamment ceux dits « temporaires décès ») qui prévoient le versement d'un capital fixé à l'avance lors du décès de l'adhérent.

Dans la modification, le 18 février 2021, de sa recommandation 2015-R-02 du 12 février 2015 relative à la commercialisation des contrats d'assurance vie liés au financement d'obsèques, l'ACPR a souhaité « *amener les professionnels à progresser dans la clarté de l'information délivrée, y compris dans les publicités, et à améliorer la qualité du conseil lors de la commercialisation de ces produits.* »

Je recommande donc aux mutuelles de clairement rappeler aux adhérents, **avant la souscription**, la distinction entre un contrat d'épargne, qui repose sur une unique capitalisation plus ou moins espacée dans le temps, permettant aux adhérents de récupérer l'investissement effectué (à tout moment ou au terme du contrat grâce à la possibilité de rachat partiel ou total du contrat) et un contrat décès ou un contrat d'allocation obsèques, qui repose sur la survenance ou non du risque, la survenance du décès de l'assuré déclenchant le versement de la prestation prévue.

Parmi les cas qui m'ont été soumis, je note celui de l'épouse d'un adhérent décédé qui demandait à la mutuelle la restitution des cotisations versées au titre de la garantie souscrite par son époux, au motif que leur montant était supérieur au capital garanti.

Après lecture des conditions générales du contrat, j'ai constaté qu'en contrepartie d'une cotisation versée par l'adhérent, la mutuelle s'engageait au jour de son décès à verser un capital.

J'ai rappelé à la requérante que le fondement même du contrat d'assurance repose sur l'aléa et que le fait que le ratio cotisations / prestations soit en « défaveur » de l'adhérent demeurerait sans incidence. La requérante faisait une confusion entre un contrat d'assurance reposant sur l'aléa et un contrat d'épargne.

Après avoir constaté que la mutuelle avait versé le capital garanti tel que défini au bulletin d'adhésion par son époux et revalorisé depuis lors, j'ai conclu que la mutuelle avait respecté son engagement contractuel et que la requérante n'était pas fondée à réclamer le versement du delta des cotisations versées au titre de la garantie de son époux.

3) Défaut d'information précontractuelle

Je souhaite rappeler aux mutuelles d'être précautionneuses lors de la délivrance des informations en phase précontractuelle.

Le législateur a inséré cette obligation d'information à l'égard des mutuelles dès le début de la phase précontractuelle au sein des articles L.221-4 du code de la mutualité pour les contrats individuels et L.221-6 du code de la mutualité pour les contrats collectifs.

Il est important d'attacher une grande attention aux informations fournies aux adhérents afin qu'elles soient claires, précises et compréhensibles, antérieurement et postérieurement à la signature du contrat. Ce souci de bien informer les candidats à l'adhésion est primordial puisque ce sont les renseignements donnés au prospect sur les garanties qui vont déterminer le consentement de ce dernier à souscrire le contrat auprès de l'organisme mutualiste.

En effet, j'ai constaté dans certains dossiers que la mutuelle ou les courtiers ne délivraient pas les bonnes informations aux adhérents lors de la souscription du contrat ou, plus spécifiquement, que les informations délivrées à l'occasion de l'adhésion ne correspondaient pas à celles mentionnées dans les documents contractuels, ce qui induit en erreur les adhérents.

Il arrive également que, dans certains cas, la mutuelle ne détaille pas suffisamment ses garanties au moment de l'adhésion ce qui peut entraîner une confusion dans la compréhension de l'adhérent sur l'objet même du contrat (par exemple, le principe des garanties temporaires décès évoqué supra) et omettent certains éléments qui auraient pu être décisifs pour le consentement de l'adhérent.

Dans ce cadre, j'ai eu à étudier un dossier particulier dans lequel l'adhérent avait souscrit un contrat proposant une garantie avantageuse pour répondre spécifiquement à son besoin d'achat d'un appareil orthopédique.

Trois mois après son adhésion la garantie a été modifiée par la mutuelle et a conduit à une réduction importante de la prise en charge corrélativement à une hausse des cotisations.

Or, la garantie annoncée lors de la phase précontractuelle a déterminé le choix de l'adhérent de souscrire auprès de cet organisme. Tout en sachant cela, la mutuelle n'a pas jugé nécessaire de proposer à l'adhérent de résilier son contrat pour pouvoir changer de complémentaire santé et ainsi, bénéficier d'un contrat correspondant à ses besoins. De ce fait, il a eu une perte de chance de pouvoir bénéficier d'une garantie répondant à ses attentes.

J'ai donc décidé de rendre un avis en faveur de l'adhérent et de faire droit à sa demande de prise en charge de son appareil conformément aux garanties annoncées au moment de son adhésion.

Dans d'autres dossiers, j'ai constaté que les mutuelles annonçaient des montants de cotisations aux adhérents lors de la souscription, montants qui s'avéraient ensuite erronés. Les mutuelles réclamaient les cotisations manquantes, et les adhérents se trouvaient ainsi à devoir acquitter des cotisations plus importantes que prévu.

L'article R.114-0 du code de la mutualité instauré par le décret n° 2022-388 du 17 mars 2022 entré en vigueur le 1er août 2022 devrait limiter le nombre de ces cas puisqu'il prévoit que le bulletin d'adhésion mentionné comporte, notamment, le montant de la cotisation et les modalités de son versement.

Dans un autre dossier, l'adhérent a souscrit en 2021 un contrat auprès d'une mutuelle notamment pour la prise en charge dentaire ; lors de la souscription, la mutuelle a délivré le tableau de garantie de 2020.

Or, les garanties de 2021 prévoyaient une baisse de la prise en charge des soins dentaires entre 2020 et 2021.

L'adhérent a été induit en erreur et son consentement vicié.

II – DANS LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

1) Principe indemnitaire

On constate que certains adhérents n'ont pas pris la mesure du principe indemnitaire, voire n'en ont même pas connaissance lorsqu'ils demandent le versement d'une prestation.

Le principe indemnitaire est prévu à l'article L224-8 du code de la mutualité qui dispose : « *Les opérations relatives au remboursement de frais de soins, à la protection juridique et à l'assistance ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la mutuelle ou par l'union ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant au moment du sinistre* ».

Il découle du principe de droit civil de l'interdiction de l'enrichissement sans cause : l'adhérent ne peut percevoir pour une même demande de prestation un montant supérieur à la dépense qu'il a engagée, et ce quels que soient les différents payeurs (l'adhérent ne peut tirer aucun profit de son assurance). Plusieurs assureurs (obligatoire et complémentaire) peuvent être actionnés pour régler une même prestation, mais le montant cumulé des remboursements à l'adhérent ne peut en tout état de cause être supérieur aux frais réels.

J'ai parfois été saisi d'affaires où la mutuelle refusait aux bénéficiaires d'une garantie obsèques le remboursement de prestations de frais d'obsèques au motif que la facture avait été réglée par un assureur tiers, invoquant le principe indemnitaire. Il est utile de rappeler que, pour les garanties obsèques, la mutuelle ne peut opposer le caractère indemnitaire de la prestation que si celui-ci a été expressément spécifié dans la garantie.

Tel fut le cas cette requérante qui demandait le versement de l'allocation frais d'obsèques prévue au contrat santé de son époux, frais qu'elle aurait réglés. La mutuelle lui opposait le principe indemnitaire pour refuser le paiement.

En l'espèce, il s'avérait que la facture avait été intégralement réglée par un assureur tiers et que le règlement mutualiste spécifiait bien que la prestation était une participation aux frais d'obsèques qui présentait un caractère indemnitaire et qu'elle ne correspondait en aucun cas à un capital décès. Il précisait également que la mutuelle intervenait sur facture acquittée et remboursait à la personne qui l'avait réglée à hauteur des frais engagés et dans la limite du plafond de garantie.

J'ai conclu que la requérante ne pouvait prétendre au versement de la prestation prévue au contrat de son époux, à raison du caractère indemnitaire de la prestation expressément prévue au contrat.

Je recommande d'une part, de définir précisément le principe indemnitaire dans le contrat et son application concernant les frais de soins, et, d'autre part, de mentionner expressément le caractère indemnitaire de la prestation allocation obsèques et ses implications (si tel est le choix contractuel de la mutuelle).

2) Plafond des contrats responsables

Si les mutuelles rappellent dans leurs documents contractuels les interdictions, obligations et plafonds de prises en charge fixés par le cahier des charges des contrats responsables (articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale), j'ai pu constater que les clauses qui leurs sont consacrées omettent, pour la plupart d'entre elles, de préciser

l'application de ces différentes limites dans le cadre de l'intervention de plusieurs organismes complémentaires.

Nombre de litiges soumis à la médiation concernant en effet des hypothèses dans lesquelles un adhérent est titulaire de plusieurs contrats de complémentaire santé. Ces contrats sont indépendants les uns des autres et ne correspondent pas à des cas de surcomplémentaire, de sorte que l'adhérent estime pouvoir additionner les différentes prises en charges auxquelles il a droit, sans qu'il ne soit informé au préalable que les limites prévues contractuellement s'appliquent également en cas de pluralité de contrats.

S'il est donc conforme à l'esprit de la réforme des contrats responsables de considérer que les limites du cahier des charges qu'elle a fixé s'appliquent par dépense de santé et non par contrat, encore faut-il en informer l'adhérent qui se retrouve parfois face à des refus de prise en charge qu'il n'est pas en mesure de comprendre. Je recommande donc aux mutuelles d'inclure dans les clauses consacrées au fonctionnement du contrat responsable **la mention qu'en cas d'intervention de plusieurs organismes à un même niveau de couverture, les limites prévues par le cahier des charges du contrat responsable seront appliquées en prenant en compte les éventuels remboursements déjà effectués par d'autres organismes.**

Dans un litige qui m'a été soumis, un adhérent était couvert par deux contrats de complémentaire santé totalement indépendants l'un de l'autre. En effet, l'adhérent avait souscrit un contrat complémentaire santé individuel et était également affilié, en tant qu'ayant droit, au contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire de son conjoint.

À la suite de l'acquisition d'une paire de lunettes, l'adhérent avait sollicité la prise en charge de ces frais auprès de son premier organisme complémentaire qui n'avait pris en charge la monture, conformément au cahier des charges du contrat responsable, qu'à hauteur de 100 euros. L'adhérent avait donc sollicité l'intervention de la mutuelle (en position de second organisme) afin que celle-ci complète la prise en charge du premier organisme. La mutuelle a opposé à l'adhérent un refus de prise en charge au motif que le plafond de prise en charge prévu par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale avait déjà été atteint car versé par le premier organisme.

Saisi par l'adhérent afin de trancher le litige, j'ai indiqué à ce dernier que l'esprit de la réforme du contrat responsable était de responsabiliser à la fois les adhérents, les organismes complémentaires et les professionnels de santé. Le recours à des contrats complémentaires multiples ne peut avoir pour objet de contourner les règles définies par le cahier des charges du contrat responsable. J'ai donc estimé que le refus de prise en charge opposé par la mutuelle était justifié.

3) Prescription et clause de déchéance

Force est de constater que nombre de règlements mutualistes ou notices prévoient des délais de déclaration de sinistre au-delà desquels l'adhérent perd son droit à prestation : ils instaurent des clauses de déchéance de droit. Il en est ainsi, par exemple, d'une clause imposant un délai pour déclarer un accident et prétendre au versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation à la suite d'un accident, ou pour déclarer la naissance d'un enfant pour le versement de la prime naissance.

S'il est vrai que le code des assurances (article L. 113-2, 4), prévoit qu'en cas de déclaration tardive, l'assuré s'expose à une déchéance de garantie, sous réserve qu'elle ait été stipulée dans la police et **que l'assureur démontre que le retard lui a causé un préjudice**, ce type de clause a surtout vocation à s'appliquer aux assurances de biens. Ainsi, il peut être

préjudiciable à un assureur que l'assuré n'ait pas déclaré un dégât des eaux, celui-ci pouvant aggraver les dommages s'il perdure.

La jurisprudence de la Cour de Cassation a jugé que « *la déchéance pour déclaration tardive ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a occasionné un préjudice* ». De même, dans une « Recommandation N°17-01 Contrats d'assurance complémentaire santé », la commission des clauses abusives a considéré que les clauses laissant croire que l'assuré ne dispose que d'un délai d'un an pour obtenir le remboursement des prestations ne sont pas conformes à l'article L.221-11 du code de la mutualité et que « *dès lors, de telles clauses sont illicites et, maintenues dans un contrat entre un professionnel et un consommateur, abusives* ».

J'ai eu à connaître d'un dossier où la mutuelle refusait à l'adhérente le versement de l'allocation naissance prévue par sa garantie au motif qu'elle avait formulé sa demande de prestation au-delà du délai de 30 jours suivant la naissance de son fils, délai imparti par la garantie. La mutuelle imposait ainsi une clause de déchéance.

Or, le versement de l'allocation naissance ne pouvait être conditionné à un délai autre que celui de la prescription biennale prévu à l'article L.221-11 du code de la mutualité dont les dispositions sont d'ordre public auxquelles il ne peut être dérogé par contrat.

En l'espèce, la mutuelle ne pouvait établir que la demande d'allocation naissance tardive de la part de l'adhérente lui causait un préjudice : que l'adhérente demande la prestation naissance en décembre ou en septembre était sans conséquence préjudiciable pour la mutuelle.

Je recommande donc aux mutuelles de ne pas prévoir de telles clauses de déchéance de droit dans leurs garanties, le droit à prestation étant régi par la prescription biennale, voire les prescriptions quinquennale (incapacité de travail) décennale ou trentenaire (assurance vie).

4) Le libellé des garanties

Avant tout propos, il convient d'apporter une précision applicable à l'ensemble des garanties : **il est impératif que tant le règlement mutualiste ou la notice d'information que le tableau de garantie mentionne le nom de la garantie et soit daté (quand bien même le document contractuel n'aurait pas varié depuis l'année précédente).**

Cette mention éviterait tout litige quant à la validité de la garantie.

Depuis plusieurs années, de nombreux dossiers font apparaître une divergence d'interprétation de la garantie du fait du manque de précision de ses clauses.

Les libellés des garanties doivent être suffisamment clairs pour permettre à l'adhérent de connaître les actes pris en charge ainsi que leur montant de remboursement.

Ainsi, dans le domaine dentaire, pour une rédaction claire et précise de la garantie, il est nécessaire de définir les actes dentaires hors nomenclature, tels que les implants, couronnes ou inlay cores sur implant. Pour mémoire, l'inlay-onlay relève bien de soins dentaires et non de prothèses, selon la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie applicable au 1er avril 2019.

Ainsi, dans plusieurs avis où l'adhérent avançait que son inlay onlay était une prothèse dentaire, j'ai rendu la proposition en faveur de la mutuelle sur la base de la classification commune des actes médicaux (CCAM), estimant que c'était à bon droit que la mutuelle avait considéré l'inlay-onlay comme un acte de soin et non comme une prothèse.

Il est également important de déterminer clairement pour l'adhérent comment les actes non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge par la garantie, et pour ce faire, d'indiquer explicitement si la garantie se réfère à la CCAM. A défaut, il convient de définir et lister explicitement les soins pris en charge par la garantie (parodontologie, implantologie) et d'indiquer la base de remboursement prise en compte : forfait, base de remboursement de la sécurité sociale notamment.

L'attention des organismes doit être attirée sur les définitions qui figurent dans les règlements mutualistes et les rubriques créées dans les tableaux de garanties.

La clarté des garanties doit également être retrouvée au sein des explications contenues dans les documents contractuels. Ainsi, je tiens à souligner qu'il est important pour les mutuelles de détailler les modalités de calculs des indemnités proposées par les contrats de prévoyance notamment pour les garanties de maintien de salaires.

A titre d'exemple, une adhérente placée en congé longue maladie a décidé de saisir la médiation en raison d'un problème de compréhension du calcul réalisé pour déterminer les indemnités issues de sa garantie maintien de salaires. En effet, elle demandait des explications sur les données prises en compte par la mutuelle, les pourcentages retenus ainsi que les calculs effectués. Elle demandait également à bénéficier de la revalorisation annuelle mentionnée dans ses garanties.

J'ai relevé que le contrat n'était pas clair dans l'explication du calcul de l'indemnité de maintien de salaire.

Par ailleurs, le règlement mutualiste pouvait prêter à confusion concernant l'application de la revalorisation annuelle. En effet, les conditions de mise en jeu de cette dernière n'étaient pas rédigées en des termes non équivoques. J'ai donc proposé que la mutuelle applique une revalorisation annuelle de manière rétroactive.

Il serait sans doute opportun que, dans ce type de garanties, les mutuelles **insèrent des exemples de calculs afin que les adhérents puissent avoir une meilleure visibilité et compréhension de leurs garanties.**

Distinction entre la participation de la Sécurité sociale et celle de la mutuelle

Je rappelle l'importance du libellé du tableau de garantie, qui demeure un document contractuel auquel se réfèrent plus volontiers les adhérents. Sa lecture ne doit souffrir d'aucun doute possible : dès lors qu'il est sujet à diverses interprétations, il est fait application de la clause in favorem ; notamment lorsque cela porte sur les conditions de prise en charge.

Il convient, à cet égard, d'indiquer précisément si le remboursement d'un acte est conditionné à sa prise en charge préalable par l'assurance maladie obligatoire.

Ainsi, deux adhérents demandaient la prise en charge des frais de transport d'une cure thermale, faisant valoir que le tableau de garanties n'indiquait pas qu'il faille obligatoirement une prise en charge par la Sécurité sociale sur ces frais de transport pour bénéficier de la prestation. La mutuelle considérait, quant à elle, qu'à la lecture du tableau, elle n'intervenait

sur les frais liés à une cure thermale que si les dépenses étaient prises en charge en tout ou partie par le régime obligatoire. Une condition supplémentaire était ajoutée pour la prise en charge des frais de transport : ils ne pouvaient être remboursés au titre de la garantie qu'à la condition que la mutuelle intervienne également sur l'hébergement. La mutuelle avait donc refusé le remboursement des frais de transport de cure thermale au motif qu'ils n'avaient fait l'objet d'aucune participation du régime obligatoire.

En l'espèce, les adhérents établissaient une participation du régime obligatoire sur les soins de leur cure thermale.

J'ai considéré que si la garantie conditionnait bien la prise en charge par la mutuelle, à une prise en charge préalable par le régime obligatoire, cela concernait la cure thermale dans sa globalité. Le tableau ne précisait aucunement que les frais de transports devaient également faire l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire pour prétendre au versement du forfait correspondant. La mutuelle pouvait certes contractuellement décider de ne prendre en charge les frais de transports que s'ils étaient eux aussi pris en charge par le régime obligatoire. Encore fallait-il que cela apparaisse clairement dans les documents contractuels remis aux adhérents. J'ai relevé que le règlement mutualiste était muet sur ce point. J'ai proposé de faire droit aux adhérents considérant que la prise en charge des frais de transports n'était pas conditionnée au remboursement de la Sécurité sociale tant que la cure était prise en charge par le régime obligatoire dans sa globalité.

Prise en charge des actes externes

Nombre de fois, des adhérents se sont trouvés confrontés à une prise en charge moindre ou nulle pour des actes dits externes. Il s'agit souvent d'actes de chirurgie ou d'anesthésie avec dépassements d'honoraires, réalisés en établissement hospitalier par un praticien hospitalier (le patient demeurant seulement quelques heures à l'hôpital).

Selon le Système National des Données de Santé (SNDS) « *Les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé et sont imputés sur les enveloppes de dépenses hospitalières. Ils comprennent non seulement les actes et consultations réalisées dans le cadre de l'activité externe de l'établissement de santé mais également l'ensemble des prestations hospitalières sans hospitalisation. Cette activité est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville. Elle ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), puisque dans les établissements de santé privés lucratifs, l'activité externe relève du champ libéral* ».

Les garanties pratiquent souvent un distinguo tarifaire important selon que les actes sont réalisés par des praticiens en établissement lors d'une hospitalisation ou qu'il s'agit d'actes médicaux et chirurgicaux des praticiens conventionnés effectués en ville. Les garanties prévoient ainsi une meilleure prise en charge pour un acte réalisé dans le cadre d'une hospitalisation qu'en médecine de ville.

Dans les litiges qui me sont soumis, il s'agit de déterminer si l'acte relève d'un acte d'hospitalisation ou d'un acte externe. Je recommande que les garanties expliquent la différence entre un même acte pris en charge au titre de la médecine de ville et au titre d'une hospitalisation, et pour ce faire, de définir les actes externes afin que la tarification applicable soit claire.

Ainsi, dans un dossier, l'adhérent ne comprenait pas que, bien qu'il ait été opéré dans un bloc opératoire avec une anesthésie locale et alors qu'une prestation d'hospitalisation « forfait SE » lui avait été facturée, ses actes chirurgicaux étaient considérés comme actes externes. J'ai rappelé que le forfait SE (Sécurité Environnement) est une catégorie de prestations

d'hospitalisation, qui permet aux établissements de couvrir leurs dépenses pour des actes non suivis d'hospitalisation ; que, dès lors, il ne s'agissait pas d'un acte lors d'une hospitalisation en tant que telle : l'intervention de l'adhérent s'était certes déroulée en établissement mais n'avait pas été suivie d'une hospitalisation.

J'ai également constaté que l'acte de chirurgie en question « *BAFA013* » était bien un acte externe, qualifié comme tel par la Cour de cassation (dans le cadre de contrôles par les CPAM d'établissements de santé).

J'ai donc conclu que, bien que l'intervention de l'adhérent se soit déroulée en établissement de santé et pour un acte nécessitant un recours opératoire, du point de vue de la tarification hospitalière, l'acte de chirurgie ne pouvait être rattaché à un groupe homogène de séjour (GHS) et constituait un acte externe. C'était donc à bon droit que la mutuelle avait considéré que les actes de chirurgie de l'adhérent étaient des actes externes ; ils devaient être remboursés à hauteur des tarifs « soins courants » prévus par la garantie.

Prise en charge des forfaits journaliers dans les établissements de santé

Les mutuelles appliquent parfois des exclusions contractuelles, en contradiction avec les éléments objectifs de classification des établissements.

Les établissements de soins sont classés en trois catégories en fonction de la durée de séjour des patients :

- les établissements de court séjour, qui prennent en charge la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) ;
- les établissements de moyen séjour, appelés autrefois « convalescence » et qui sont devenus « soins de suite et réadaptation » (SSR) ;
- les établissements de long séjour, dans lesquels la durée du séjour peut être très longue (des mois, voire des années). Ces trois types de structures sont fréquemment regroupés dans l'enceinte d'un même hôpital.

En revanche, les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – plus communément appelées maisons de retraite médicalisées – ne sont pas hospitalisés, et la notion de séjour n'y a pas cours.

S'il est possible que des garanties excluent la prise en charge de certains frais (forfait journalier) dans certains établissements, encore faut-il d'une part que la notice ou le règlement l'indique sans ambiguïté, et, d'autre part, que cela ne contrevienne ni aux classifications officielles établies, **ni aux dispositions relatives aux contrats responsables.**

Dans un dossier, la mutuelle refusait la prise en charge des forfaits hospitaliers au motif que l'hospitalisation de l'adhérente relevait d'une exclusion contractuelle de prise en charge des frais en établissements ou services dits de long séjour. Elle estimait qu'indépendamment du code de discipline médico tarifaire (DMT) du service de centre de soins et de réadaptation (CSSR) où elle était hospitalisée, il s'agissait d'un long séjour au regard de la durée d'hospitalisation de 7 années et de l'état de dépendance de l'adhérente, en état végétatif chronique depuis un accident de la circulation. La mutuelle avait pris en charge les forfaits jusqu'à ce que l'adhérente soit déclarée en état végétatif.

En l'espèce, la garantie prévoyait des exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service, notamment en long séjour. La mutuelle arguait de la durée et de l'état végétatif, quand bien même l'adhérente était hospitalisée en moyen séjour.

En référence au Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) du ministère de la santé, les activités des CSSR relèvent d'établissements de moyen séjour ; la

durée de séjour dans ces établissements dont la vocation est le rétablissement à moyen terme, peut être parfois plus longue pour des patients en réanimation.

Par ailleurs, le code DMT inscrit sur le bulletin d'hospitalisation correspondait, selon l'annexe 22 du cahier des charges NOEMIE – OC, à un moyen séjour ; enfin, l'établissement accueillant l'adhérente était bien autorisé à disposer de lits pour états végétatifs chroniques en tant que CSSR.

J'ai relevé également que le lexique des conditions générales auquel se référait la mutuelle était insuffisamment précis quant à sa définition de la dépendance et de la durée d'hospitalisation. J'ai donc retenu le seul critère objectif de la classification selon la nature de l'établissement indépendamment de l'état de dépendance de l'adhérente.

J'ai fait droit à la réclamation de l'adhérente et demandé à la mutuelle de maintenir la prise en charge du forfait journalier.

III – AU COURS DU CONTRAT

1) Le devis

Je ne peux, sur ce point, que rappeler mes précédentes recommandations.

On relève nombre de dossiers où la réponse au devis proposé à l'adhérent soit par la mutuelle, soit par le gestionnaire (délégué de gestion), ne correspond pas aux attentes d'une estimation qui doit éclairer l'adhérent quant aux montants pris en charge par sa garantie et à son reste à charge. **Il est primordial que le devis réponde à des exigences de clarté.**

Validité du devis et date de soins

Certains devis indiquent une durée de validité, souvent de 3 ou 6 mois. Or le devis, qui vise à délivrer une information sur le montant des remboursements auxquels peut prétendre l'adhérent, doit se conformer à la garantie. Aussi, tant que la garantie est valable et applicable, le devis n'est pas susceptible de varier. La durée de validité du devis doit être calquée sur la durée de validité de la garantie.

Il est également recommandé de préciser pour des soins à exécution successive, tels les soins dentaires, que le devis fait application des tarifs prévus par la garantie en vigueur au moment de l'estimation, mais que si des soins devaient être réalisés à une date postérieure à la date d'échéance annuelle, ces tarifs ne pourraient être garantis car susceptibles d'évoluer.

L'estimation de la mutuelle doit également prendre en compte la date prévue ou prévisible des soins à réaliser afin d'anticiper un changement de garantie prochain pour la parfaite information de l'adhérent sur les conditions réelles de prise en charge des soins envisagés.

De même, des modifications tarifaires réglementaires peuvent intervenir en cours de validité de la garantie. Il convient donc de préciser que l'estimation de prise en charge est communiquée « *sous réserve de toute modification réglementaire intervenue à la date de facturation des soins.* »

Il est à noter que si la résiliation infra-annuelle demeure sans impact sur l'annualité de la garantie, elle peut en avoir un sur la durée de validité du devis. Il est alors souhaitable que la mutuelle précise que le devis demeure valable jusqu'à la résiliation du contrat en cas de résiliation avant la date d'échéance annuelle ou porte la mention « *sous réserve de l'adhésion au moment des soins* ».

Lisibilité du devis

Pour une parfaite lisibilité de la prise en charge, il est recommandé également d'indiquer sur l'estimation l'existence ainsi que le montant d'un forfait/plafond de consommation des soins lié à la garantie avec la période de référence et de préciser ce qui est déductible de ce forfait/plafond et ce qui est pris en charge en dehors.

Le devis doit être compréhensible pour l'adhérent. Aussi, il serait opportun que les devis distinguent clairement les montants de remboursements quand les soins sont pris en charge dans le cadre du 100% santé ou non, afin de se conformer à l'obligation qui est faite en la matière aux praticiens dentaires.

Portée du devis

Certaines mutuelles portent la mention « *devis non contractuel* ». Cette précision est inutile : le devis n'est certes pas un document contractuel ; pour autant, il ne faut pas oublier que la responsabilité extracontractuelle de la mutuelle peut être mise en cause lorsque celle-ci fournit une estimation de remboursement erronée.

Il faut bien entendu que toutes les conditions de la responsabilité extra contractuelle soient réunies : erreur fautive imputable à la mutuelle, existence d'un dommage subi par l'adhérent, existence d'un lien de causalité entre le fait fautif imputable à la mutuelle et le dommage subi par l'adhérent. Dans ce cas, la proposition est rendue en faveur de l'adhérent à qui est accordé le montant de remboursement pour lequel la mutuelle s'est avancée lors de son estimation.

2) La notification des changements de garanties (inopposabilité des garanties non notifiées)

Comme chaque année, plusieurs litiges relatifs aux modifications de garanties en cours d'exécution du contrat ont été portés devant la médiation de la Mutualité Française.

Je tiens donc à évoquer, une nouvelle fois, certaines préconisations permettant de respecter l'obligation d'information de l'adhérent en phase contractuelle. Ces recommandations sont importantes puisqu'elles ont pour but de prévenir la sanction pesant sur les organismes qui ont manqué à leur obligation d'information. En effet, en l'absence de preuve écrite, le médiateur ne peut que retenir l'inopposabilité des nouvelles garanties à l'adhérent ce qui a un certain impact pour les mutuelles.

Il est nécessaire de rappeler qu'il découle de l'article L.221-5 du code de la mutualité que, pour les contrats individuels :

- toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale d'une mutuelle ou d'une union doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires par la mutuelle ou l'union,
- 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.

J'ai, à plusieurs reprises, invité les mutuelles à prévoir des modalités quant à la notification des modifications de garanties qui peuvent être justifiées par tout type de preuve en cas de contestation par un adhérent de la bonne réception de cette notification.

Il est recommandé, à cet égard, de conserver tout type de preuve écrite, notamment un double du courrier recommandé avec avis de réception ou un constat d'huissier sur lequel apparaît le nom de l'adhérent. **Ces éléments sont indispensables afin de justifier la délivrance de l'ensemble des informations notifiées aux adhérents.**

S'agissant des contrats collectifs, toute modification doit être constatée par un avenant signé par le souscripteur et l'organisme mutualiste. Dans ce cas, l'obligation d'information pèse sur le souscripteur, la plupart du temps l'employeur de l'adhérent.

Je recommande fortement d'établir un document permettant de spécifier les modifications de garanties réalisées et de le remettre au souscripteur du contrat. En effet, l'adhérent après avoir été informé par la personne morale souscriptrice, pourra, pour les contrats collectifs à adhésion facultative, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison des modifications appliquées (principe établi à l'alinéa 2 de l'article L.221-6 du code de la mutualité).

A titre d'exemple, une adhérente retraitée, bénéficiaire des garanties d'un contrat collectif en vertu de l'article 4 de la Loi EVIN, a vu son contrat être modifié de manière unilatérale par sa mutuelle en un contrat individuel. Ce changement a entraîné une modification importante de ses garanties. Pourtant, aucune notification n'a été réalisée pour informer l'adhérente d'une part, de la modification de ses garanties et d'autre part, de son changement de contrat. En effet, elle n'a eu connaissance des modifications opérées qu'à l'occasion d'une demande de remboursement pour un appareil optique.

L'organisme ne m'ayant apporté aucune preuve de la bonne transmission des informations relatives à ces modifications, j'ai rendu un avis en faveur de l'adhérente.

J'ai considéré que la mutuelle avait commis une faute engageant sa responsabilité car elle n'avait pas respecté son obligation d'information. Tout d'abord, la mutuelle n'avait pas proposé à l'adhérente de souscrire un contrat individuel lors de son départ en retraite. De plus, l'organisme n'avait pas informé l'adhérente de la résiliation de son contrat initial ni de la mise en place d'un nouveau contrat individuel. Enfin, la mutuelle a opéré ces modifications sans demander l'accord de l'adhérente.

J'ai donc proposé à la mutuelle de mettre en place un contrat présentant les garanties initiales de l'adhérente, dans les conditions tarifaires prévues par l'article 4 de la Loi EVIN.

L'EXECUTION DU CONTRAT

I - La procédure de radiation pour cotisations impayées :

Cette année, je souhaite insister une nouvelle fois sur les modalités de résiliation pour non-paiement des cotisations.

L'article L.221-7 du code de la mutualité prévoit la possibilité, pour les mutuelles, de résilier les contrats individuels pour non-paiement des cotisations dans un délai de 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure. La mise en demeure ne peut être adressée à l'adhérent que 10 jours après l'échéance impayée. Le code ne fixe, en revanche, aucune obligation aux mutuelles quant à la date limite à laquelle elles peuvent radier les membres défaillants. Il n'impose pas non plus cette radiation.

J'ai eu à connaître encore des dossiers dans lesquels les mutuelles avaient attendu plus de 4 mois avant de radier un adhérent défaillant. De tels délais ne font qu'augmenter artificiellement la dette de l'adhérent, la garantie étant suspendue du fait du non-paiement de la cotisation.

Il est donc conseillé aux mutuelles de mettre en place, dans la mesure du possible, des procédures permettant de prononcer la résiliation pour non-paiement des cotisations dans un délai raisonnable. En outre, il a été constaté que les doubles des mises en demeure envoyées sont rarement produits par les mutuelles dans le cadre de l'instruction des dossiers. Un tel manque ne permet pas d'apprécier la régularité des opérations de résiliation.

Je souhaite, à cet égard, insister sur le fait qu'une simple relance ne constitue pas une mise en demeure.

En effet, au sens de l'article 1344 du code civil, la mise en demeure est « *l'acte par lequel un créancier demande à son débiteur d'exécuter ses obligations* ». La particularité de ce document réside dans le fait qu'il revêt un caractère beaucoup plus strict qu'une simple lettre de relance.

Par ailleurs, l'article R.113-1 du code des assurances prévoit que la mise en demeure prévue au deuxième alinéa de l'article L.113-3 (article pendant de l'article L.221-7 du code de la mutualité) « *résulte de l'envoi d'une lettre recommandée, adressée à l'assuré, ou à la personne chargée du paiement des primes, à leur dernier domicile connu de l'assureur* ».

Quant à la Cour de Cassation, elle a maintenu sa jurisprudence concernant les moyens de preuve de la mise en demeure délivrée par l'assureur en cas de défaut de paiement de la prime, à savoir : l'assureur peut rapporter la preuve de l'envoi de la mise en demeure par la production d'actes ou de documents postaux. Cette preuve peut résulter du tampon apposé sur le bordereau d'envoi. En d'autres termes, s'il est exigé que la mise en demeure soit adressée par lettre recommandée, il n'existe pas d'obligation quant à l'accusé de réception.

Par ailleurs, la mutuelle doit s'assurer que la mise en demeure fasse référence au texte idoine qui justifie la procédure : - l'article L.221-7 du code de la mutualité qui prévoit la procédure en cas de défaut de paiement de cotisations des contrats individuels ; - l'article L.221-6 du code de la mutualité pour un défaut de paiement de cotisations pour un contrat collectif. Le contenu de la mise en demeure doit permettre à son destinataire de savoir avec précision au titre de quel contrat d'assurance la prime est exigée, ainsi que l'échéance et le montant de celle-ci. La procédure décrite ci-dessus est applicable au défaut de paiement des cotisations.

II – Application de la réforme sur la résiliation infra-annuelle des contrats de complémentaire santé

Depuis le 1er décembre 2020, le périmètre des contrats résiliables à tout moment à compter de la première année de souscription inclut les contrats de complémentaire santé. Passée l'incertitude liée à l'évolution rapide du périmètre des contrats concernés, notamment au regard de la délicate question des garanties liées à la perte d'autonomie, j'ai pu observer que les mutuelles avaient, dans la grande majorité des cas, su se conformer aux nouvelles règles établies par les articles L.221-10-2, R. 221-5 et R. 221-6 du code de la mutualité.

Il est toutefois à noter, sans que cela n'ait abouti au cours de l'année 2021 à des dossiers instruits par le médiateur, que plusieurs adhérents ont contesté les modalités de résiliation de leur contrat par des intermédiaires, et notamment des courtiers. Jusqu'à présent, un renvoi du réclamant vers l'organisme cédant a, semble-t-il, permis de résoudre le litige.

Par ailleurs, l'étude de certains dossiers révèle que l'application de l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité, issu lui aussi de la loi du 14 juillet 2019 est source de difficultés liées aux conditions de forme des demandes de résiliation. En effet, cet article prévoit que, lorsque le membre participant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement mutualiste, la notification de la dénonciation peut être effectuée selon plusieurs modalités et notamment par lettre ou tout autre support durable, abandonnant ainsi le recours obligatoire à la lettre recommandée ou à l'envoi recommandé électronique.

Bien que la plupart des mutuelles aient mis à jour leurs règlements afin de tenir compte de cette évolution et d'informer leurs membres participants des nouvelles modalités à leur disposition pour demander la résiliation de leurs contrats, j'ai pu observer que certaines d'entre elles n'avaient toujours pas retiré de leurs documents contractuels la condition tenant à l'envoi d'une lettre recommandée. C'est le cas, notamment, s'agissant des motifs de résiliation tirés non pas du code de la mutualité mais du règlement mutualiste. Il est essentiel de rappeler que, quel que soit le motif de résiliation invoqué par l'adhérent, et sans préjudice de conditions spécifiques prévues pour certains motifs légaux de résiliation, l'adhérent doit pouvoir bénéficier de ces nouvelles modalités. En effet, l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité ne distingue aucunement entre les motifs de résiliation selon leur source : les nouvelles modalités de résiliation doivent donc concerner l'ensemble des demandes de résiliation, que celles-ci se fondent sur une disposition du code de la mutualité ou du règlement mutualiste.

III- Fausse déclaration

Les précédentes préconisations concernant la fausse déclaration de l'adhérent lors de la souscription d'une garantie prévoyance restent d'actualité. En effet, les litiges font souvent état d'une mutuelle qui a résilié la garantie prévoyance de son adhérent au motif d'une fausse déclaration lors de l'adhésion. Or, force est de constater que la fausse déclaration, lorsqu'elle est avérée, ne revêt pas nécessairement un caractère intentionnel. Les organismes mutualistes ont ainsi tendance à qualifier d'office une fausse déclaration d'intentionnelle et à soulever la nullité prévue à l'article L. 221-15 du code de la mutualité alors qu'ils ne rapportent aucunement la preuve de l'élément intentionnel.

Le code de la mutualité établit une distinction de traitement de la fausse déclaration selon qu'elle est intentionnelle ou non.

La fausse déclaration non intentionnelle est constituée par « *une omission ou une déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie* » ; elle 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 des dossiers reçus à la médiation – 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).

La fausse déclaration intentionnelle est, quant à elle, caractérisée par la volonté de l'adhérent de tromper la mutuelle sur le risque à assurer, lorsqu'il a souscrit le contrat ou même au cours de l'exécution. La fausse déclaration se traduit par un acte positif.

En outre, cette fausse déclaration doit avoir changé l'objet du risque ou diminué l'opinion du risque pour la mutuelle. Il faut donc répondre à ces conditions cumulatives pour que la fausse déclaration intentionnelle soit retenue et opposable par la mutuelle à son adhérent.

La sanction de la fausse déclaration intentionnelle est, conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, l'annulation du contrat sans restitution des cotisations versées par l'adhérent.

La preuve de l'inexactitude doit être apportée par la mutuelle tout comme celle de la mauvaise

foi, conformément à l'article 2274 du Code Civil. Ce n'est que si la mutuelle parvient à prouver la fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent qu'elle peut résilier la garantie et conserver les cotisations versées. A défaut, seule la fausse déclaration non intentionnelle peut être opposée à l'adhérent. Dans ce cas, la résiliation de la garantie est annulée avec un rééquilibrage du contrat conformément aux dispositions de l'article L.221-14 (augmentation des cotisations) pour tenir compte de la majoration du risque.

Si la mutuelle n'est pas en mesure de recalculer les cotisations ou les prestations en fonction du risque, en cas de fausse déclaration non intentionnelle, je lui demande d'indemniser l'adhérent pour le risque réalisé sans résilier le contrat, puis de rééquilibrer le contrat en prévoyant, pour les risques futurs, une exclusion liée à la pathologie non déclarée initialement.

IV – Application de l'article 7 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Evin »

On constate cette année encore un bon nombre de litiges en rapport avec l'application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite « loi Evin ».

Dans ces affaires, l'adhérent, après un changement d'organisme assurant le contrat collectif auquel il a adhéré, se voit refuser la prise en charge d'un arrêt de travail par les deux organismes, chacun estimant que les règles issues de l'article 7 de la loi Evin trouvent, ou non, à s'appliquer. Ces situations, dommageables pour les adhérents - qui ne sont pas indemnisés pour leurs congés de maladie alors même qu'ils ont été couverts de manière ininterrompue par un contrat de prévoyance - et contraires à l'esprit de la loi Evin, doivent être évitées. Je tiens donc à rappeler les règles applicables en la matière.

L'article 7 de la loi Evin prévoit : *“lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement”*.

Les litiges portent majoritairement sur la notion de **prestations différées**, telle qu'elle ressort du texte. Cette notion est sujette à diverses interprétations et l'application qui en est faite peut être lourde de conséquences pour un adhérent en attente de prestations qui représentent un montant considérable. Ainsi, il apparaît nécessaire de clarifier cette notion.

Afin de pouvoir appliquer les dispositions de l'article 7 de la loi Evin, plusieurs conditions sont nécessaires.

Tout d'abord, il convient que l'événement qui déclenche l'application de la garantie - et donc le versement de la prestation - trouve son origine durant l'exécution du contrat en cause. La Haute juridiction est constante sur ce point (Cass. civ. 2e 16 octobre 2008, pourvoi n°07-13.940 ; Cass. civ. 2e 14 janvier 2010, pourvoi n°09-10.237).

Ainsi, un évènement postérieur à la résiliation sera pris en charge par l'ancien assureur si cet évènement a un lien de **causalité avec un évènement antérieur ayant justifié la prise en charge par l'ancien assureur**.

Il est ensuite nécessaire que les conditions d'acquisition de la garantie soient remplies. Ces conditions sont généralement définies par le contrat (la notice d'information ou le règlement mutualiste). La Cour de cassation rappelle en effet que *“les dispositions de l'article 7 [de la loi*

Evin] *n'interdisent pas aux parties de définir les conditions d'acquisition de la garantie.* »

Cette condition implique que des prestations aient déjà été versées ou auraient dû être versées. La Cour de cassation a d'ailleurs précisé que *“l'objectif de [l'article 7 de la loi Evin] est d'empêcher l'arrêt des prestations en cours de paiement”* (Cass. civ. 2e 3 mars 2011, pourvoi n°09-14.989). Ce principe découle également du texte même de la loi qui précise que *“le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation **due ou payée** avant la résiliation ou le non-renouvellement”*.

Dans de nombreux litiges, la mutuelle soutient qu'il appartient, sur le fondement de cet article, à l'organisme précédent de couvrir un événement qui est, pourtant, survenu pendant sa période de couverture.

Si une mutuelle prétend qu'il appartient à l'organisme précédent de couvrir un quelconque événement intervenu pendant sa période de couverture (par exemple, un arrêt de travail) sur le fondement de l'article 7 de la loi dite “EVIN”, elle doit prouver que l'ensemble des conditions d'application de cet article sont réunies.

La mutuelle doit, à cet égard, établir :

- que le contrat conclu avec l'organisme précédent est un contrat collectif et que ce contrat couvrait les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité ;
- que ce contrat (ou l'adhésion à ce contrat) a été résilié(e) ou non renouvelé (e) avant l'évènement considéré ;
- qu'il y a eu, avant la résiliation du contrat collectif (ou son non renouvellement) ou la rupture du contrat de travail, **naissance ou acquisition d'un droit à prestations** ;
- que l'organisme précédent a versé des prestations ou était débiteur d'un droit à prestations avant la résiliation du contrat collectif (ou son non renouvellement) ou la rupture du contrat de travail ;
- **enfin, que l'évènement considéré, postérieur à la résiliation ou au non renouvellement du contrat, a un lien de causalité avec un évènement antérieur ayant justifié la prise en charge par l'organisme précédent.**

Or, force est de constater que, bien souvent, les mutuelles font état de la constatation antérieure d'une même pathologie pour se soustraire à leur obligation de prise en charge, au mépris non seulement de l'article 7 qui suppose que la pathologie ait donné lieu à une indemnisation sous l'empire du précédent contrat, mais aussi de l'article 3 de la loi Evin qui prévoit que *« l'organisme qui a accepté une souscription ou une adhésion doit, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention »,* sauf si *« la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge [sont] clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif »* et si *« l'organisme apporte la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif. »*

Ces conditions d'exclusion permettant de refuser une prise en charge en raison de l'antériorité d'une pathologie ne sont généralement pas remplies, pas même examinées.

LA GESTION DES RECLAMATIONS

Dans mes précédents rapports, l'attention était appelée sur la nécessaire prise en compte des préconisations de la Recommandation sur le traitement des réclamations 2016-R-02 du 14

novembre 2016 modifiée de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Tout en confirmant mes observations antérieures, je ne développerai plus avant cette recommandation qui sera nécessairement clarifiée par l'application de la recommandation R 2022-R- 01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations.

Je tiens néanmoins à souligner l'importance de la bonne orientation des adhérents lors du traitement des réclamations par les mutuelles ; un adhérent ne doit être invité à saisir le médiateur de la consommation que si le litige qui l'oppose à la mutuelle relève de la compétence de celui-là.

De même, j'insiste sur la nécessaire pédagogie des refus opposés aux réclamants ; il est remarquable que certaines positions de la mutuelle que je confirme sont mieux acceptées par les adhérents lorsqu'elles leur sont expliquées.

Ces recommandations prendront tout leur sens lors de la mise en œuvre de la recommandation précitée qui prévoit d'indiquer sur toute réponse faite à un adhérent les coordonnées du médiateur compétent et les modalités de sa saisine et, par conséquent, de personnaliser les réponses apportées.

CONCLUSION

L'année 2021 a, comme je l'ai indiqué en préambule de ce rapport, été une année de transition permettant de stabiliser l'activité de la médiation de la Mutualité Française : l'équipe est restée identique, homogène, l'outil de gestion informatisée des saisines a été adapté afin de permettre un traitement plus rapide et plus fluide des dossiers, ce qui a surtout eu pour effet de ramener le délai moyen de traitement des saisines dans les limites de la réglementation.

L'exercice s'est achevé sur le lancement d'un nouveau projet informatique - une plateforme sécurisée d'échanges entre la médiation et les mutuelles - ainsi que sur la perspective de l'issue des travaux de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sur la recommandation sur le traitement des réclamations.

Les propositions des rapports de la Commission d'Evaluation et de Contrôle de la Médiation de la Consommation et du Comité Consultatif du Secteur Financier conduiront également à une réflexion sur le règlement de la médiation qui sera à adapter avant la fin de l'année 2022.

L'objectif de l'année 2022 fixé à la médiation de la Mutualité Française est de maintenir le délai moyen de traitement des dossiers à celui fixé par le code de la consommation, de modifier son règlement (ou charte) afin d'y intégrer les préconisations de la CEMC et du CCSF et de conserver un lien constant avec les mutuelles afin de les accompagner dans l'amélioration de leurs relations avec leurs adhérents, par des échanges réguliers sur les litiges rencontrés et les moyens de les éviter, des réflexions sur la mise en œuvre de la recommandation du 9 mai 2022 de l'ACPR et une meilleure communication à destination des adhérents.

Le Médiateur de la Mutualité Française

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Antoine Lamon', with a long horizontal stroke extending to the right.

Antoine LAMON

RÈGLEMENT DE LA MÉDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (Mis à jour en janvier 2021)

Préambule : La médiation de la consommation de la Mutualité Française est régie par les dispositions générales, légales et réglementaires, 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 santé aux patients et faisant l'objet des activités des mutuelles du Livre III ainsi que les demandes de geste commercial
- les litiges manifestement infondés ou abusifs (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur 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 traitement des réclamations propres à la mutuelle. 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

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.

La procédure de médiation est conduite dans le respect de la confidentialité.

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. Il s'agit d'une proposition rendue en droit et/ou en équité. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation devront être informées.

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 d'accepter ou de refuser cette proposition, que son acceptation 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 à compter de la réception de la notification. 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.

Mutuelles ayant opté pour la médiation de la consommation de
la Mutualité Française (2021)

SIREN	RAISON SOCIALE
301 862 769	MUTUELLE SMH
302 766 852	MUTUELLE DES TRANSPORTS EN COMMUN DE L'AGGLOMERATION TROYENNE
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	UNMOS
305 007 171	SMEBA
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)
313 389 157	MUTUELLE D'ENTREPRISE DU BON SAUVEUR
314 559 451	MUTUELLE DE MARE GAILLARD
314 685 835	MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE
314 765 546	MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA REGION DE NANTES
315 062 687	MUTUELLE DES ENTREPRISES ET DES INDEPENDANTS DU COMMERCE DE L'INDUSTRIE ET DES SERVICES
315 519 231	MUTUELLE LA CHOLETAISE
319 074 779	MUTUELLE CHEMINOTS 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 (du GERS)
330 929 845	MUTUELLE MFTSV

331 903 757	MUTUELLE ACCIDENTS DE LA CONFEDERATION GENERALE DES ŒUVRES 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
340 359 900	INTEGRANCE
341 689 552	MUTUELLE DE SAINT SIMON
342 211 265	MUTUELLES DE LORRAINE
347 391 948	MUTUELLE DU CHU ET HOPITAUX DU PUY-DE-DOME
348 099 789	MUTUELLE PROVENCE ENTREPRISES
351 948 237	LA PROBITE
351 956 537	MUTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DE L'ANJOU
352 291 561	MUTUELLE MEUSREC
352 502 546	MUTUELLE DU VAL DE SEVRES
352 537 369	AMICALE DU PERSONNEL DE FLEURY MICHON SA
353 171 440	MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE ANTILLES-GUYANE - MIAG
379 655 541	IDENTITES MUTUELLE
379 718 653	MNPAF
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	MBTPSE
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 DU PERSONNEL 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 ENTRAIDE PHOTO CINE
391 526 225	MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE
397 742 958	MUTUELLE DE FRANCE DES HOSPITALIERS
407 879 709	MUTUELLE INTER-ENTREPRISES -SMIE
413 423 005	MUTUELLE DE LA FRANCE MARITIME
419 049 499	ENERGIE MUTUELLE
428 990 972	MUTUELLE SANTE INDEPENDANTS
429 873 706	BANQUE POPULAIRE MUTUALITE
430 270 116	MUTUELLE DE SAINT JUNIEN ET DES ENVIRONS
431 791 672	LMDE
431 988 021	MUTUELLE EPARGNE RETRAITE
432 162 113	MUTUELLE DES ANCIENS DES CHANTIERS DE LA ROCHELLE-PALLICE
432 683 787	MUTUELLE DE PREVOYANCE ET DE SANTE
433 087 806	MUTUELLE AVENIR SANTE
433 938 081	MUROS
437 732 191	SOCIETE MUTUALISTE DU SALEVE
437 994 205	MUTUELLE GENERALE INTERPROFESSIONNELLE
438 804 312	MEMF
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	MUTEC 22
442 839 452	MNCAP - AC
442 882 411	MUTUELLE DES RETRAITES AGF ET ALLIANZ
442 907 127	ALMUTRA
442 930 939	MUTUELLE GEODIS
442 978 086	PAVILLON PREVOYANCE
443 611 504	MUTUELLE TANIN ET PANNEAUX DE LABRUGIERE
443 679 360	MUTUELLE DU PERSONNEL DU CHU D'ANGERS
443 885 355	MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE
444 000 749	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE GUILLERM
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 MUTUELLE
484 436 811	MNH PREVOYANCE
490 909 454	MUTARIS CAUTION
499 982 098	MGEFI
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
775 597 768	AMELLIS MUTUELLE
775 606 361	MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET DU SOCIAL
775 627 391	AESIO MUTUELLE
775 641 681	MUTEST
775 657 125	SOCIETE MUTUALISTE CHIRURGICALE ET COMPLEMENTAIRE DU PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
775 657 521	MMJ
775 659 907	MUTUELLE MIEUX-ETRE
775 659 923	UMEN
775 662 869	FMP
775 666 332	MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES ET EUROPEENNES
775 671 894	MUTUELLE GENERALE DE LA POLICE
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	MNT
775 682 164	TUTELAIRE
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 (MNSPF)
776 950 602	MUTUELLE DU PERSONNEL DES ORGANISMES SOCIAUX ET SIMILAIRES DE LA REGION MIDI PYRENEES
776 950 610	MUTAERO
776 950 677	MUTAMI
777 169 079	SUD-OUEST MUTUALITE
777 927 120	VIA SANTE
778 213 678	MUTUELLE 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	MUTUELLE LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX
779 846 849	SO'LYON MUTUELLE
779 926 294	525ÈME MUTUELLE D'ENTREPRISES DE L'AUTOMOBILE ET DU VEHICULE INDUSTRIEL
779 984 921	MUTUELLE DE L'IRSID
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 (MOAT)
780 915 898	MUTAME & PLUS
781 065 412	MUTUELLE DU GRAND PORT MARITIME DU HAVRE
781 166 210	MUTUELLE 403
781 343 249	MUTUELLE SOLIMUT CENTRE OCEAN
781 847 975	MMC ATLANTIQUE
781 848 239	MUTUELLE DE L'ENTREPRISE CITRAM
782 395 511	LES MUTUELLES DU SOLEIL
782 416 127	MUTUELLE DE FRANCE ALPES DU SUD
782 723 118	MUTUELLE CNM
782 814 727	MUTAME PROVENCE
782 825 343	MUTUELLE DE FRANCE DU LACYDON
782 825 368	MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
783 005 655	MUTUELLE 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 - MCV PAP
784 301 434	CDC MUTUELLE
784 301 475	MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
784 338 600	SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL DE LA SNECMA
784 338 618	MCEN
784 360 661	MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT
784 394 363	MUTUELLE CPAMIF
784 394 413	MUTUELLE FAMILIALE DES CHEMINOTS DE FRANCE
784 410 771	SOCIETE MUTUALISTE 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	LA MUTUELLE FAMILIALE
784 451 569	MUTUELLE INTERGROUPES POLIET ET CIMENT FRANCAIS
784 492 084	FRANCE MUTUELLE
784 608 754	MUTUELLE MMH
784 647 323	LAMIE MUTUELLE
784 669 954	SOCIETE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE
784 718 207	UNION NATIONALE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNELLE (UNMI)
784 718 256	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE
784 718 397	MUTUELLE VALEO
785 151 689	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 UNION DU COMMERCE ET DES SCOP