



**Rapport annuel d'activité 2018
du Médiateur de la consommation
auprès de la Mutuelle Harmonie Mutuelle**

Assemblée générale –19-20 juin 2019

Avant-propos

L'année 2018 constitue le 5^{ème} exercice plein de la médiation à Harmonie Mutuelle.

Cette démarche de médiation s'inscrit désormais dans le cadre des dispositions du Titre 1^{er} du livre VI du Code de la consommation relatif à « la médiation de la consommation du droit de la consommation ».

Harmonie Mutuelle a fait le choix de faire appel à un médiateur indépendant, Monsieur Claude LEPETIT. Ce dernier a sollicité, son agrément en qualité de « Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle Harmonie Mutuelle », auprès de la Commission d'Évaluation et de Contrôle de la Médiation de la consommation (CECM). L'agrément a été accordé le 16 février 2018.

Le présent document, qui répond aux exigences de l'article R.614-2 du Code de la consommation, décrit l'activité du médiateur au cours de l'exercice 2018 en abordant l'action du médiateur (I), une analyse plus particulière des avis du médiateur (II), et les recommandations formulées à la Mutuelle suite aux demandes les plus fréquemment rencontrées (III) permettant ainsi d'appréhender toute l'utilité d'un dispositif amiable de règlement des différends, véritable alternative à une résolution contentieuse des litiges. Le médiateur apporte également aux adhérents de la Mutuelle une écoute particulière et impartiale

I – L'ACTIVITE DU MEDIATEUR EN 2018

1. RAPPEL DU CHAMP D'INTERVENTION DU MEDIATEUR :

Le médiateur peut être saisi par l'adhérent ou en son nom, après intervention des niveaux internes de traitement des réclamations si la réponse apportée est inexistante ou insatisfaisante, et si aucune action contentieuse relative au litige n'a été intentée.

1.1- Périmètre de compétence du médiateur

Le médiateur est compétent pour examiner les recours relatifs à l'application des garanties assurées par la Mutuelle.

1.2- Litiges exclus de la médiation

Sont ainsi exclus de la médiation, les litiges qui n'entrent pas dans son champ de compétence, et liés :

- aux garanties souscrites via la Mutuelle auprès d'un autre assureur, sauf si le litige concerne la distribution de la garantie, et non l'application de celle-ci qui relève du médiateur de l'assureur,
- aux principes de la politique tarifaire générale de la Mutuelle définie en Assemblée Générale et en Conseil d'Administration,
- aux procédures légales de recouvrement des cotisations,
- à l'avis des praticiens conseils de la Mutuelle (médecin, dentiste...) qui relève du contrôle médical,
- aux décisions prises dans le cadre du dispositif du fonds d'action sociale,
- aux décisions relatives à la gestion du régime obligatoire de sécurité sociale.

1.3- Litiges non recevables

Sont non recevables en application de l'article L. 612-2 du Code de la Consommation :

- les litiges pour lesquels le membre participant ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de le résoudre directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite selon les modalités prévues dans le contrat,
- les litiges manifestement infondés ou abusifs,
- 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.

2. TYPOLOGIE DES DEMANDES SOUMISES AU MEDIATEUR EN 2018 :

Les situations soumises au médiateur relèvent principalement :

- de contestations relatives à la définition de prestations comme les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle,
- de contestations liées au remboursement de frais de soins et aux garanties en cas d'hospitalisation,
- de contestations relatives aux procédures de gestion administrative de la Mutuelle,

- de problèmes liés au fonctionnement du tiers payant,
- de questions ayant trait aux augmentations de cotisations ou à leur mode de calcul, et notamment aux modalités d'application des tranches d'âges,
- de difficultés rencontrées pour résilier le ou les contrats en cours avec la Mutuelle.

Le médiateur a été également saisi de problèmes liés à la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie et notamment de questions relatives à la télétransmission entre les caisses de sécurité sociale et la Mutuelle, et à la mise en œuvre du devoir d'information et de conseil de la Mutuelle.

Pour tous les cas ne relevant pas de son strict champ de compétence, le médiateur a assuré un rôle d'orientation de l'adhérent vers les services compétents pour le traitement des réclamations ou la saisine d'un autre médiateur.

3. L'ACTIVITE DU MEDiateur EN 2018 :

3.1. Évolution de l'activité

Le secrétariat de la médiation a reçu **355 saisines en 2018** (contre 329 en 2017) dont **70** par courriel, **214** par le biais du formulaire de saisine en ligne et **71** par courrier postal.

Cela représente une augmentation de près de 1 % sur un an, augmentation bien éloignée des 50 % enregistrés en 2016. Cette stagnation de l'augmentation semble confirmer la fin du fort accroissement des saisines, enregistré au moment de la mise en œuvre des modalités inscrites récemment dans le code de la consommation (et singulièrement de l'assouplissement des possibilités de saisine Cf. Annexes).

Ainsi en 2018, 80 % des saisines sont réalisées par voie électronique dont plus de 60 % directement en ligne.

3.2. Suite donnée aux saisines

Sur les 355 demandes de médiation réceptionnées :

- **270 saisines ont fait l'objet d'un classement après une réponse adaptée à la personne qui avait sollicité le médiateur dont :**
 - 15 saisines (soit 5%) pour lesquelles la problématique avait été résolue par les services internes de la Mutuelle concomitamment à la saisine du médiateur,
 - 210 saisines (soit 77%) qui n'avaient pas satisfait à l'obligation de la réclamation préalable et pour lesquelles le médiateur a renvoyé l'adhérent soit vers le centre de gestion compétent dans le cadre de la procédure d'escalade du traitement des réclamations de la Mutuelle (pour 187 saisines), soit, vers le service Qualité Relation Adhérents (pour 23 saisines) dans le cadre de la procédure de traitement des réclamations de la Mutuelle (niveau 2).

- 30 saisines (soit 11%) jugées non recevables et pour lesquelles le médiateur a orienté l'adhérent vers les services compétents :
 - 8 saisines mettaient en cause le contrat MUTEX dont l'examen entre dans la compétence d'un autre médiateur ;
 - 2 saisines concernaient des contrats de prévoyance autres
 - 6 saisines concernaient soit HARMONIE FONCTION PUBLIQUE, soit MARE GAILLARD, la Mutuelle HELIUM qui ne relèvent pas de sa compétence ;
 - 4 saisines concernaient le régime obligatoire de sécurité sociale dont les litiges ne relèvent pas de sa compétence ;
 - 9 saisines contestaient le montant des cotisations ou la politique tarifaire de la Mutuelle : le médiateur a adressé une lettre de refus car ces demandes ne relèvent pas de sa compétence ;
 - 1 saisine de contestation d'avis médical.

- 15 saisines (soit 5%) classées sans suite.

- **85 saisines (soit 24%) ont fait l'objet d'un avis du médiateur** (à l'identique de 2017).

- **Sur ces 85 avis, rendus après examen des dossiers en droit et en équité :**
 - 24 (soit 28 %) ont été favorables aux adhérents,
 - 50 (soit 59 %) ont été favorables à la Mutuelle,
 - 11 (soit 13 %) se sont soldés par un avis mixte proposant une solution alternative à la demande de l'adhérent.

II – LES AVIS DU MEDIEATEUR

1. RAPPEL DES MODALITES DE DELIVRANCE D'UN AVIS DU MEDIEATEUR :

Le Médiateur dispose d'un délai de 90 jours pour instruire le dossier à compter de la date de notification aux parties de sa saisine. Il doit rendre un avis motivé dans le délai imparti, délai qui peut être prolongé en cas de dossier complexe mais sous réserve d'en avoir informé les parties.

Cet avis expose les éléments factuels liés à l'objet de la demande de médiation, les explications et/ou argumentation de chacune des parties, et la solution préconisée en vue de mettre fin au différend. Il précise dans quel cadre elle est rendue et informe les parties qu'elle ne s'impose pas à eux.

Le Médiateur fixe un délai de 15 jours aux parties pour qu'elles fassent part de leur acceptation ou de leur refus de la solution proposée. Il les informe qu'elles restent libres de porter leur litige devant la juridiction compétente et que la proposition de solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge. Il leur indique également les effets juridiques de l'acceptation.

Le changement important survenu dans la procédure, à compter de 2018 à la demande de la CECM, est que le défaut de réponse sous 15 jour vaut dorénavant refus de la solution proposée. Cette modification impacte le pourcentage de décisions favorables ou mixtes exécutées par rapport aux exercices précédents, en effet nombre d'adhérents ne répondent toujours pas au courrier reçu même si l'avis est en totalité ou en partie favorable au demandeur. Désormais, en l'absence d'accord formalisé, la mutuelle ne met pas œuvre la solution proposée.

Aucune médiation n'a été interrompue en 2018.

2. LES REPONSES APORTEES PAR LE MEDIATEUR EN 2018 :

Sur les 85 avis donnés par le médiateur en 2018 :

- 44 avis ont concerné le paiement de prestations de santé telles que la prise en charge du forfait hospitalier, de la chambre particulière, de frais de soins dentaires, d'optique notamment au niveau des règles récentes du contrat responsable, des dépassements d'honoraires pour exigence personnelle, de l'acupuncture.
- 41 avis ont concerné la vie du contrat, de ses garanties et porté notamment sur la compréhension par les adhérents des documents contractuels relatifs à des garanties frais de santé, hospitalisation, indemnités journalières ou aux conditions de radiation.

3. DELAIS ET MISE EN ŒUVRE DES AVIS DU MEDIATEUR EN 2018 :

Les avis du médiateur ont été rendus en 2018 dans un délai moyen inférieur à 60 jours.

74% des avis rendus favorables à l'adhérent ou mixtes ont été exécutés, dont :

- 80% des décisions favorables aux adhérents,
- 63% des décisions mixtes.

58 % de la totalité des avis rendus n'ont pas été exécutés, suite au refus formalisé ou par défaut de réponse de l'adhérent sur la solution proposée.

III – LES RECOMMANDATIONS FORMULEES SUITE A DES DEMANDES FREQUEMMENT RENCONTREES

Le médiateur a formulé à la Mutuelle des recommandations portant sur domaines ayant fait l'objet de demandes récurrentes. Il a ainsi demandé à la Mutuelle :

- d'engager une clarification des documents à destination des adhérents dans une perspective de renforcement de son devoir d'information.
- de mieux définir les conditions de limitation de la garantie souscrite notamment en cas de dépassement d'honoraires pour exigence personnelle ou dans certaines situations particulières d'hospitalisation.

CONCLUSION

Pour sa cinquième année, l'activité du médiateur reste stable au niveau des saisines.

Il faut noter une progression constante de l'utilisation du formulaire en ligne, et plus généralement le développement de la saisine par voie électronique qui devient la règle, sans pour autant que ces nouveaux modes de saisine n'aient conduit à une explosion des demandes en 2018.

Si le service du médiateur a enregistré en 2018 une activité dense, il a rempli sa mission en apportant une réponse circonstanciée et personnalisée aux différends ayant opposé certains adhérents à la Mutuelle et ce, dans un souci permanent d'apaisement et d'équité.

Le Médiateur de la consommation
Claude LEPETIT

PJ : Tableaux de synthèse

TABLEAUX DE SYNTHÈSE – MEDIATION 2018

Nombre de saisines

2016	2017	Nombres de saisines au 31/12/2018
311	329	355

Mode de saisine des demandes

	Reçues par courrier	Reçues par mail	En ligne (formulaire)
2016	97 (31%)	211 (68%)	3 (1%)
2017	74 (22,5%)	116 (35,25%)	139(42,25%)
2018	70 (19.72%)	71 (20%)	214(60.28%)

Recevabilité des saisines

	Nombre de saisines	Saisines ayant été jugées non recevables	Demandes examinées par le médiateur
2016	311	241 (77%)	70 (23%)
2017	329	244 (74%)	85 (26%)
2018	355	270 (76.05%)	85 (23.95%)

Ventilation des demandes classées et des refus

	Demandes jugées non recevables	Renvoi réclamations niveau 1 mutuelle	Renvoi réclamations niveau 2 mutuelle	Déjà résolues	Refus	Classées sans suite
2016	241	172 (71%)	22 (9%)	19 (8%)	28 (12%)	-
2017	244	156 (64%)	29 (12%)	25 (10%)	30 (12%)	4 (2%)
2018	270	187 (69.5%)	23 (8.5%)	15 (5.5%)	30 (11%)	15 (5.5%)

Ventilation des refus par motif

	Nombre	RSI	HFP/MMG/HELIUM	Politique tarifaire	Avis médical	Procédure entamée	Mutex / Prévoyance
2016	28	7 (25%)	6 (21%)	5 (18%)	3 (11%)	1 (4%)	6 (21%)
2017	30	7 (23,5%)	7 (23,5%)	4 (13%)	2 (7%)	1 (3%)	9 (30%)
2018	30	4 (13.33%)	6 (20%)	9 (30%)	1 (3.33%)	-	10 (33.3%)

Avis rendus par le médiateur

	Demandes examinées par le médiateur	Avis favorable adhérent	Avis favorable Mutuelle	Avis mixte
2016	70	26 (37%)	35 (50%)	9 (13%)
2017	85	30 (35%)	35 (41%)	20 (24%)
2018	85	24 (28%)	59 (69%)	11 (13%)