



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Hainaut

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION 2022



SOMMAIRE

01

LE MOT DE LA DIRECTRICE

| P.3

02

L'ÉDITO DE LA MÉDIATRICE

| P.5

03

LES TEMPS FORTS ET LES FAITS MARQUANTS DE L'ANNÉE

| P.7

04

BILAN QUANTITATIF

| P.10

05

BILAN QUALITATIF

| P.17

06

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

| P.19

07

ANNEXES

| P.21



1

LE MOT DE LA

LA DIRECTRICE





GHISLAINE LIEKENS

—

Directrice de la CPAM du Hainaut

1 | LE MOT DE LA DIRECTRICE

En particulier grâce à l'implication sans faille de Martine Mer, notre médiatrice, et d'Antoine Biaulet, son assistant, la Médiation trouve enfin sa place dans l'accompagnement personnalisé de nos publics et spécifiquement de nos assurés dans leurs parcours de soins.

Les assurés qui nous sollicitent sont souvent confrontés à des moments de vie sensibles et à des problématiques de santé qui viennent encore complexifier leur bonne compréhension de leurs droits et devoirs Assurance Maladie.

La médiation est là pour les aider à comprendre et se repérer dans la législation en vigueur et les démarches administratives qui leur semblaient parfois trop lourdes, comme des « barrières infranchissables ».

Cette prise en charge demande rapidité et réactivité, compréhension et empathie notamment quand il s'agit de confirmer un non-droit.

Mais l'activité de Mme Mer et de M. Biaulet comporte également tout un volet indispensable de sensibilisation des différents acteurs internes afin d'éviter autant que faire se peut les situations de blocage et d'incompréhension réciproque.

Mme Mer a, en 2022, entrepris des rencontres avec les différents secteurs afin de les alerter sur les conséquences y compris pour l'organisme de ces situations pouvant engendrer des suites contentieuses évitables. Elle présente également la Loi ESSOC stipulant à chacun le droit à l'erreur.

Que l'ensemble des secteurs soit remercié pour leur accueil et leur écoute constructive.

Ghislaine Liekens

The background features a large, stylized number '2' composed of parallel orange lines. To the left of the '2' is a large, semi-circular shape also filled with parallel orange lines. To the right of the '2' is a smaller, circular shape filled with parallel orange lines. The overall design is minimalist and modern, using a monochromatic orange color scheme on a white background.

2

L'ÉDITO DE LA
LA MÉDIATRICE



MARTINE MER

Médiatrice à la CPAM du Hainaut

2 | L'ÉDITO DE LA MÉDIATRICE

Renouer le dialogue

« Une personne en conflit a besoin d'écoute, bien plus que de trouver un adversaire dans son combat pour avoir raison ». Cette citation d'un auteur anonyme illustre parfaitement le rôle du médiateur.

Ma mission principale est de rétablir le lien là où il est bien souvent rompu. Sans intervention de la médiation, l'issue aurait certainement été judiciaire.

Je suis médiatrice, et je suis fière. Imaginez la satisfaction d'une personne qui vient vous voir totalement désespérée et qui en ressort avec la pleine satisfaction d'avoir une solution à son problème. Chaque saisine est différente. L'usager se sent écouté. Le médiateur fait de sa situation un cas particulier.

J'ai débuté mes propos en employant, de façon assez provocatrice, le terme « conflit » car nous avons tendance à penser qu'être en désaccord signifie automatiquement être en conflit et qu'un conflit se termine par un vainqueur et un vaincu. Evitons de voir les choses sous cet angle. Cherchons toujours un terrain d'entente. L'essentiel est de s'intéresser tout de suite à l'opinion de l'autre et qu'il puisse comprendre que la Médiation est à l'écoute de sa demande ou son mécontentement. Même si bien souvent la décision initiale de la Caisse ne peut être modifiée, l'essentiel pour l'assuré est qu'il a compris la décision et surtout qu'il a été entendu et écouté.

Alors, le dialogue peut renaître et la vision de la Caisse pour l'assuré n'est plus la même.

A la Caisse du Hainaut, on l'a compris. La médiation a trouvé toute sa place dans l'organisme, et est de plus en plus sollicitée.

Tout d'abord par les assurés dont le nombre de sollicitations est constant. Mais aussi par les services qui n'hésitent désormais plus à transmettre une situation compliquée à la Médiation avant tout refus qui serait fortement préjudiciable pour nos assurés.

Remerciements

Merci à Madame Liekens, directrice de la CPAM du Hainaut qui a donné une nouvelle dimension à la Médiation et qui a su me faire confiance en me laissant exercer mon métier de médiatrice en toute autonomie. Merci à l'équipe de Direction, merci aux services pour leur expertise tout au long de l'année qui me permet de traiter au mieux les situations des assurés qui me sollicitent.

La Médiatrice Martine Mer



3

**LES TEMPS FORTS ET
LES FAITS MARQUANTS
DE L'ANNÉE**

3 | LES TEMPS FORTS ET LES FAITS MARQUANTS DE L'ANNÉE

Les faits marquants de l'année 2022

1^{er} février
2022

La médiation est de nouveau rattachée à la Directrice : Mme Liekens.

1^{er} juillet
2022

au vu de la montée en charge exponentielle des dossiers, la Directrice nomme un assistant Médiation : Antoine Biaulet.

TÉMOIGNAGE



La parole à Antoine Biaulet, assistant médiation

Après avoir intégré successivement l'Action Sanitaire et Sociale, le Département des Flux Entrants, la Brigade Contact Tracing puis le Pôle d'Appui Eptica, c'est à la médiation que j'ai pris les fonctions d'assistant depuis juillet 2022.

La première démarche dans la prise en charge d'une saisine à la médiation étant la prise de connaissance de la législation applicable, mon expérience au sein du pôle d'appui Eptica m'a beaucoup aidé et m'a permis d'être opérationnel rapidement.

Toutefois, la vraie différence dans mes nouvelles fonctions réside dans l'exploitation de certains éléments qui ne rentrent pas dans la législation. En effet, là où le texte s'arrête, l'esprit du texte doit parfois être maintenu pour des situations singulières et qui ne peuvent rentrer dans le cadre législatif « classique ».

Après ces quelques mois à la médiation, je peux dire que ce sentiment de fierté lié au fait de faire partie de notre institution n'en est que renforcé.

Premièrement, la satisfaction du chemin parcouru dans la résolution de nos dossiers est présente, mais enfin, et surtout, le fait d'endosser ce rôle d'interlocuteur privilégié pour ces situations si spécifiques nous rappelle souvent à quel point cette mission est primordiale pour l'assurance Maladie.

Tant dans l'image véhiculée, à travers l'écoute apportée, que dans l'équité que l'on souhaite faire perdurer au quotidien.

Les temps fort de l'année 2022

Il est de tradition, dans cette rubrique « temps forts de l'année » de présenter les différentes réunions auxquelles la médiatrice a participé, les différents groupes de travail,...

La médiation au niveau national

Annie Claude LALOUM, Médiatrice adjointe Nationale a fait valoir ses droits à la retraite en septembre 2022. Cette information peut sembler anodine, mais nullement quand on sait qu'Annie Laloum a toujours défendu la médiation et les médiateurs des CPAM. Elle a été une précurseuse également dans l'arrivée de la loi Essoc. Elle a toujours été accessible et de bon conseil pour résoudre des dossiers très sensibles. Madame Véronika Levendof a été nommée pour lui succéder.

Tous mes vœux pour la retraite d'Annie et vœux de réussite pour Véronika.

La médiation sur le plan régional : quelques temps forts

- La crise COVID étant stabilisée, les réunions régionales (découlant des réunions nationales) ont pu reprendre, par visio conférence. Nous avons pu en réaliser trois sur l'année : en février, juin et octobre 2022. Ces rencontres permettent d'évoquer les difficultés du métier, les nouveautés en matière de médiation, de législation. Elles sont toujours très enrichissantes car basées sur l'échange de pratiques, de dossiers particuliers et sensibles. Elles permettent de tisser des liens et d'apporter la preuve que la Médiation est aussi un travail en réseau.
- Le 16/06/2022, j'ai pu assister à la 6ème rencontre partenariale Hauts de France de Médiation à Amiens dont le thème central était : « les évolutions de la médiation dans une société en crise ». Ce colloque était sous format de trois

tables rondes sur les sujets comme :

- La dématérialisation et la distanciation avec les usagers : impacts sur la médiation,
- Constats et comment les médiations ont géré la crise sanitaire,
- Les différentes formes nouvelles de la médiation (la médiation judiciaire, la médiation préalable obligatoire).

Les différents intervenants : les médiateurs régionaux :

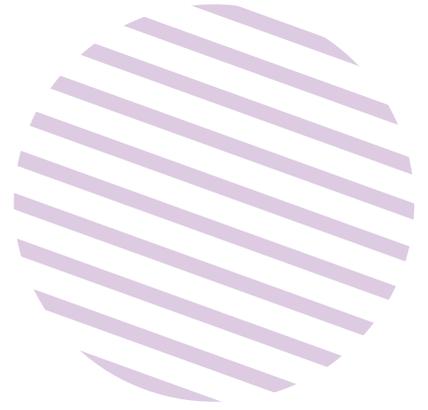
- de Pôle emploi,
- de l'URSSAF,
- de la CARSAT,
- de la CAF,
- de la CPAM (médiateur de Lille-Douai),
- mais aussi, le Défenseur Des Droits,
- pour la dernière partie, des avocats, juges et président du Tribunal d'Arras et d'Amiens.

Cette journée a pu démontrer que quelle que soit l'institution, les problématiques sont les mêmes et surtout que la médiation a toute sa place et son importance auprès des usagers afin d'éviter les incompréhensions et surtout l'issue judiciaire.

- Participation de la Médiation à la nouvelle Commission des Relations Usagers.
- Conférence le 12/10/2022 : territoire de santé et déserts médicaux animée par Thomas Fâtome, Francesca Columbo (OCDE) et Jean Philippe Vinquant (IGAS).

La participation à des groupes de travail

- Groupes de travail :
 - sur la gestion de demande de Médecin traitant suite à la parution de la LR-DDO-159/2021 du 9 novembre 2021 avec la MAS (Mission en Accompagnement en Santé), le ROC (Référént des Organisations Coordinées),
 - sur le projet de mettre en place une Commission des C2S impayés sur le modèle de la CPAM d'Amiens (travail en collaboration avec le département comptable et financier, l'ASS, la C2S),
 - participation au Comité de pilotage ADAS (Accès aux Droits et Aux Soins) en interne, avec les services prestations, social et médical.
- Formation nationale « Médiateur » suivi de mai à juin.



4

BILAN

QUANTITATIF

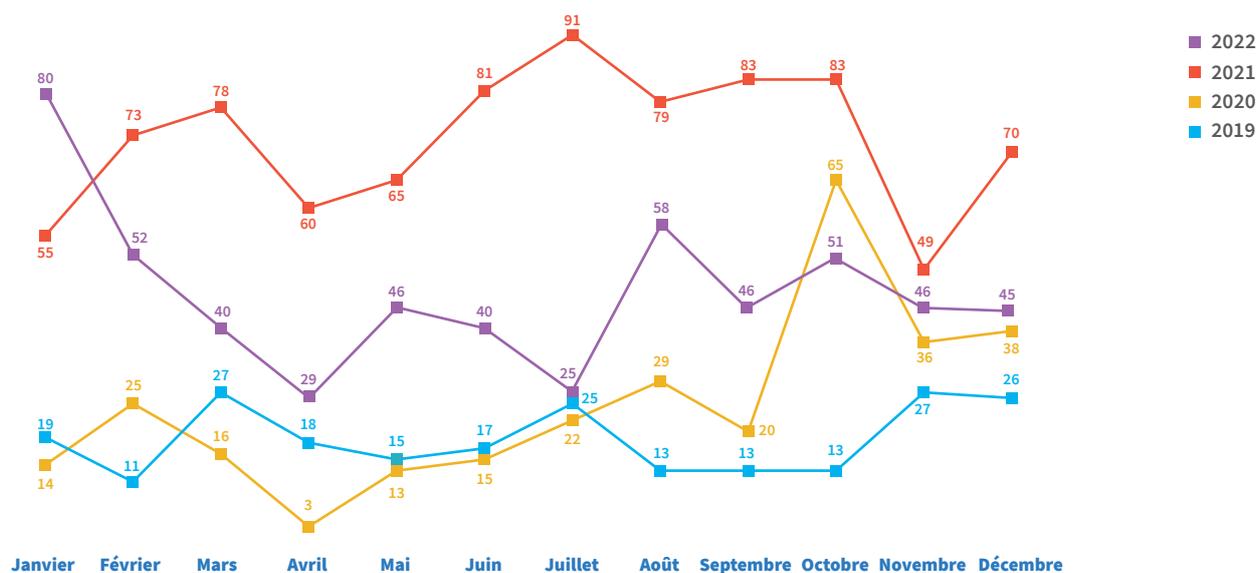


4 | BILAN QUANTITATIF

Évolution du nombre de saisines (en nombre de dossiers)



Réception mensuelles des demandes de médiation



Depuis 2019, nous constatons une hausse constante et notamment fulgurante pour 2021 du nombre de dossiers transmis au médiateur. Cette année, ce sont 558 dossiers qui ont été traités.

Cette légère diminution s'explique par le fait que la médiation a géré 138 dossiers de demande de médecin traitant à la place de 349 en 2021. Cela s'explique par l'application de la LR-DDO-159/2021, qui précise que la

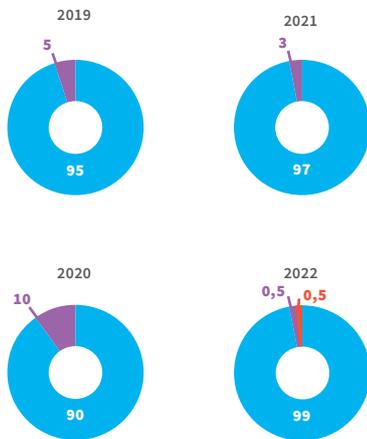
recherche d'un médecin traitant est confiée à la MAS (Mission Accompagnement en Santé) pour les situations suivantes des assurés :

- En ALD,
- Devant bénéficier de soins programmés,
- En situation d'urgence,
- Vivant avec un handicap,
- Agés en situation de dépendance,
- En invalidité.

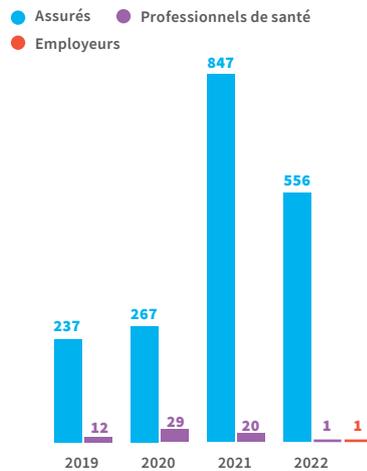
Le reste est géré par la médiation.

De ce fait, on peut dire que le nombre de saisines reste constant, avec en moyenne plus de 45 par mois contre une cinquantaine l'année dernière. On peut dire que la médiation est de plus en plus connue de nos usagers.

Saisines traitées par public [en %]



Evolution des saisines traitées par public au fil des années [en %]

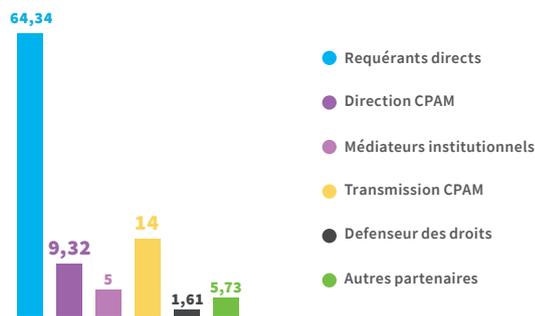


La majorité des saisines est, comme chaque année, réalisée par les assurés.

Nous n'avons eu qu'une saisine d'un professionnel de santé et une d'un employeur.

Ces deux derniers dossiers ont été traités dans les cinq jours par la médiation.

Auteurs des saisines [en %]

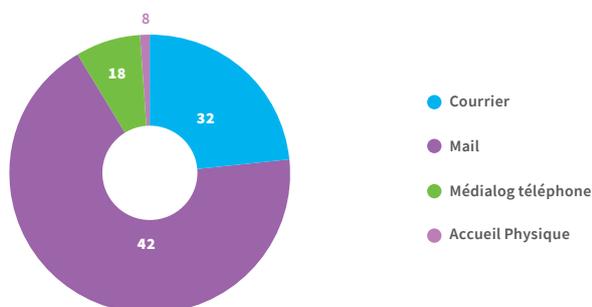


Les requérants directs sont, comme à l'accoutumé, majoritaires.

En revanche, le nombre de dossiers transmis par les services de la CPAM a été multiplié par 15 par rapport à 2021. Cela montre bien le rôle essentiel joué par la médiation et la volonté grandissante des services d'appliquer la loi ESSOC et de reconnaître le droit à l'erreur aux assurés.

Les courriers provenant de la Direction ont été eux multipliés par 5 suite à une modification du circuit de transmission : tout ce type de courrier parvient en première instance à la Médiation.

Nombre de saisines par canal de contact [en %]



Cette année encore, les saisines par mail représentent la majorité, mais suivies de près par les saisines courrier.

Ceci s'explique notamment par la mise à disposition, sur ameli.fr, d'une adresse générique que les assurés peuvent utiliser pour contacter directement le médiateur et également par la mise en place du pôle d'appui EPTICA qui transmet directement les saisines médiation. Concernant les saisines par courrier, comme précisé auparavant, le changement de circuit y est pour beaucoup dans la mesure où tous les courriers destinés à la Directrice sont transmis systématiquement à la Médiation. La part des saisines effectuées à l'accueil physique a été multipliée par 5 par rapport à l'année 2021 et par 2 pour les saisines au 3646.

Répartition des saisines (en %)

Compétences en première intention : 35 %

Sont considérées comme des saisines entrant dans les compétences en première intention les saisines liées à l'accès aux soins (signalement de refus de soins, recherches de médecin traitant,...) certaines saisines liées aux prestations en espèces (absence de revenus de substitution depuis au moins deux mois, IJ maternité et paternité en cas d'enfant mort-né,...) certaines saisines relatives aux frais de santé (refus de remboursement total ou partiel par le Centre National de Soins à l'Etranger, refus de prise en charge des frais de transport pour défaut d'entente préalable)... et enfin certaines saisines relatives à la gestion des bénéficiaires (dispense de photos sur la carte vitale...)

Compétences dévolues au médiateur après une première réclamation insatisfaite : 65 %

Entrent dans les compétences dévolues après une première réclamation insatisfaite toute sollicitation pour laquelle le réclamant n'a pas obtenu satisfaction au niveau de la réclamation. Sont également analysées après une première réclamation insatisfaite les saisines liées aux difficultés relatives à l'application de dispositions européennes ou internationales, et les saisines liées à la prise en charge de dispositifs médicaux ou de dépenses de santé d'un montant total supérieur ou égal à 500 euros (appareillage, hospitalisation...)

PARMI CES SAISINES, 16 % SONT CONSIDÉRÉES COMME ÉTANT DES SAISINES PARTICULIÈRES

Sont comptabilisées comme saisines particulières les demandes émanant de la direction nationale de la médiation, du Défenseur des droits ou ses délégués, et les saisines confiées au médiateur par la Direction de l'organisme.

ZOOM

Les recherches de médecins traitants :

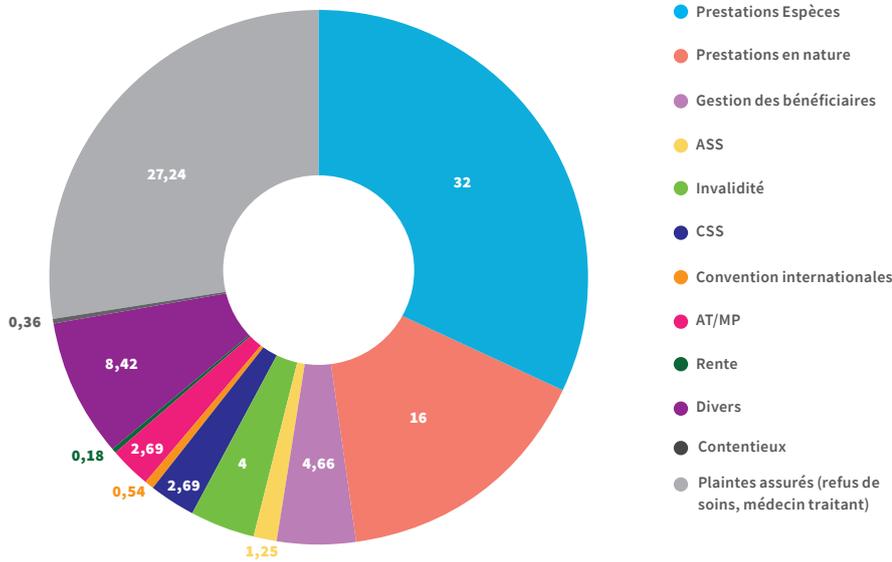
La recherche de médecins traitant est une compétence en première intention du médiateur. Cette compétence est partagée, depuis 2018, avec la MAS (Mission Accompagnement Santé)..

En 2022, ce sont 138 dossiers de recherche de médecins traitant qui sont parvenus en médiation, contre 349 en 2021.

Répartition des saisines par commune

Anzin : 5	Cartignies : 1	Fresnes-sur-Escaut : 1	Raillencourt-Sainte-olle : 3
Aulnoye-Aymeries : 4	Le Câteau-Cambrésis : 3	Glageon : 1	Rainsars : 1
Aulnoy-lez-Valenciennes : 2	Caudry : 5	Gussignies : 1	Raismes : 1
Avesnes-lez-Aubert : 5	Cauroir : 2	Haut-Lieu : 1	Saint-Amand-les-Eaux : 1
Avesnes-sur-Helpe : 1	Crèvecœur-sur-l'Escaut : 1	Hautmont : 1	Saint-Aubert : 2
Awoingt : 1	Denain : 1	Hérin : 1	Saint-Python : 1
Beauvois-en-Cambrésis : 3	Douchy-les-Mines : 2	La Sentinelle : 1	Saint-Saulve : 4
Berlaimont : 1	Escaudoevres : 3	Maing : 2	Saint-Vaast-en-Cambrésis : 1
Bévilillers : 1	Escautpont : 1	Marly : 2	Solesmes : 4
Bouchain : 4	Feignies : 1	Mortagne-du-Nord : 1	Trith-saint-Léger : 1
Boussières-en-Cambrésis : 1	Ferrière-la-Grande : 1	Neuville-Saint-Rémy : 3	Valenciennes : 20
Boussois : 1	Flaumont-Waudrechies : 1	Noyelle-sur-Selle : 1	Villers-en-Cauchies : 1
Bruay-sur-l'Escaut : 6	Flines-les-Mortagne : 1	Petite-Forêt : 2	Changement de Caisse : 1
Cambrai : 14	Fontaine-au-Pire : 1	Poix-du-Nord : 1	
Carnières : 1	Fourmies : 2	Proville : 1	

Répartition des saisines par processus et sous processus (en %)

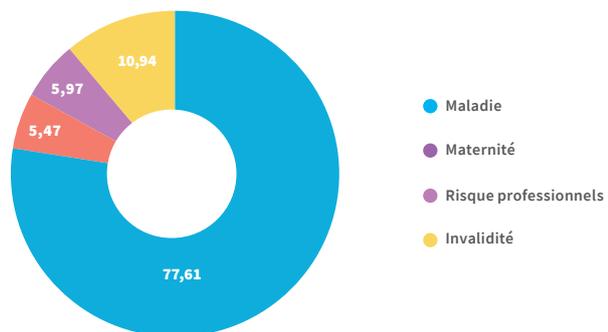


Stabilité des saisines relatives aux prestations en espèces, par rapport à l'année 2021, « l'effet COVID » ayant plus ou moins disparu. De plus, la CNAM au vu des nombreuses saisines « détournées » (les assurés ne pouvant accéder au 3646, saisissait la médiation) a supprimé la possibilité pour les assurés de saisir la médiation via le compte ameli.

Sinon, les saisines restent stables pour chaque processus.

Les revenus de substitution (en %)

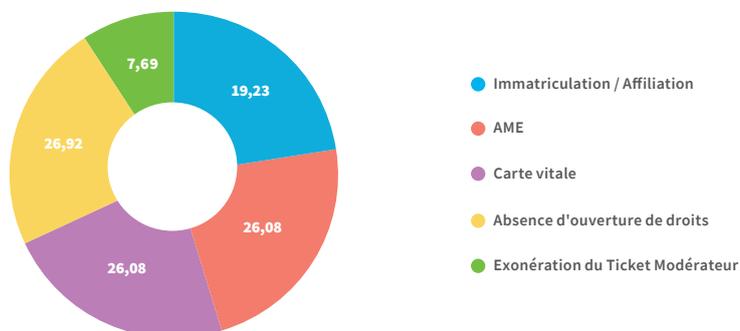
Comme chaque année, les saisines concernant le risque maladie sont les plus importantes. La majorité d'entre elles concerne des paiements non reçus ou des paiements que les assurés estiment erronés.



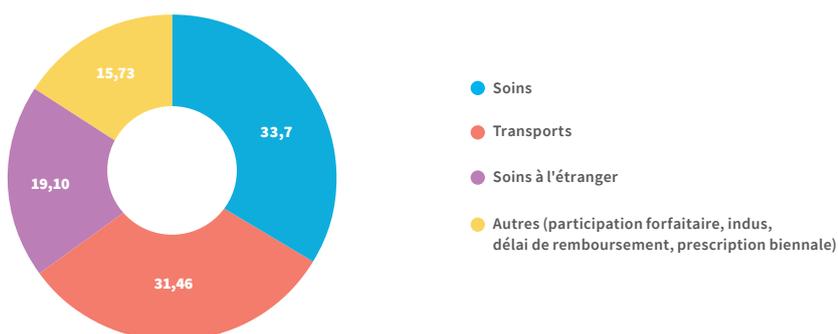
La gestion du dossier client (en %)

Le nombre de saisines concernant le dossier client est faible (4.7 % des saisines).

Toutefois elles revêtent une importance particulière car elles sont bien souvent la clé d'entrée dans le système « Assurance Maladie » et conditionnent le bénéficiaire des prestations. C'est pour cela qu'elles sont traitées avec le même degré d'importance que les dossiers de prestations en espèce.



Les prestations en nature (en %)



Les saisines relatives aux soins et frais de transport sont à plus de 60%.

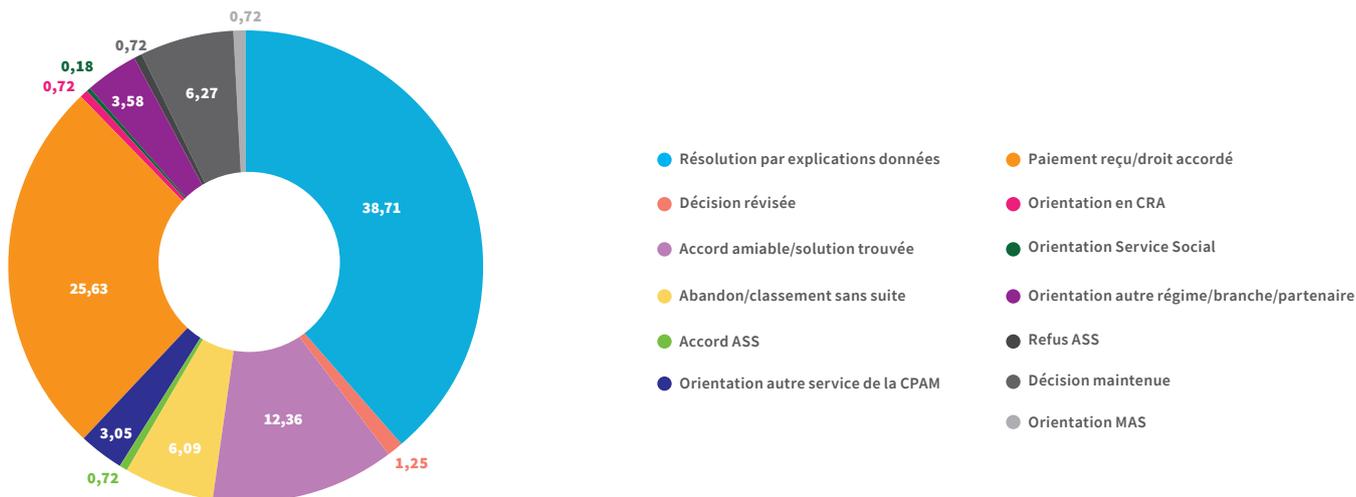
Cela s'explique par la centralisation, au niveau de la médiation, des dossiers relatifs à des problèmes de transport et de soins de plus de 500 € puisqu'ils font partie du périmètre socle.

Les saisines liées aux soins à l'étranger sont stables mais représentent pratiquement 20 %. Cette législation complexe nécessite bien souvent des explications complémentaires de la part de l'équipe de la médiation.

Toutefois, un nombre important de dossiers est régularisé par le Centre National de Soins à l'Étranger après intervention de la médiation ; car bien souvent, le refus repose sur le manque de document transmis par l'assuré.

Là s'illustre bien l'un des rôles essentiels de la médiation : « rétablir le lien ».

Suite données en saisines (en %)



En majorité, les suites données sont favorables à l'assuré : en effet, 38.75 % des saisines ont été résolues par des explications données ou pour 25.63 et 12.36 % par une solution trouvée ou un paiement reçu.

On peut donc constater que l'usager a pu obtenir des réponses à ces interrogations, mais surtout le lien entre la Caisse et lui a pu être maintenu.

Pour 3.05 % des situations, une autre orientation vers les services de la CPAM a dû être réalisée.

Délai de traitement et objectifs fixés

L'objectif fixé pour les années 2019 à 2022 était la clôture du dossier dans les 21 jours. Le délai de traitement moyen est de 39 jours pour 2022, amélioration d'un point par rapport à 2021.

Ce délai de traitement est à nuancer. En effet, depuis l'arrivée, au 1er juillet 2022 d'Antoine comme assistant à la médiation, la situation s'est très largement améliorée.

On passe à compter d'août à une moyenne de 14 jours avec en décembre, un taux à 5 jours de délai de traitement. Ces chiffres peuvent donc nous faire espérer à maintenir le cap pour un délai de traitement en 14 jours. De ce fait, améliorer de façon pérenne la qualité de traitement pour nos usagers.

Délai de traitement moyen (en jour)

2019	17 jours
2020	17,5 jours
2021	40 jours
2022	39 jours



5

BILAN

QUALITATIF



5 | BILAN QUALITATIF

Actions issues de la médiation ayant contribué à l'amélioration de l'organisation et de la qualité de service

- Dans la continuité du projet 2022, les rencontres avec les différents départements prestations et l'accueil de la Caisse ont permis de présenter la médiation, son rôle, ses périmètres d'intervention. Du fait de ces échanges, chacun a pu prendre conscience de l'importance de la médiation au sein de la Caisse et du fait que la médiation permet de garder le lien entre nos usagers et les services de la Caisse.
- Toutes les saisines sont tracées dans MEDIALOG + dès réception. Cela permet à tous les services d'avoir une visibilité sur l'avancée du traitement de la demande de l'assuré, notamment en cas de saisine parallèle de la Commission de Recours Amiable, ou d'une visite à l'accueil.

Actions pour aider l'accès aux soins

- Elargissement de la collaboration avec le département d'Accès aux Soins. En effet, la médiation présente des dossiers sensibles à la Commission d'Action Sanitaire et Sociale. Des échanges réguliers, par signalement, ont lieu avec la Mission Accompagnement Santé (MAS) concernant la recherche d'un médecin traitant mais également lors de situation difficile d'accès aux soins. Pour exemple, le paiement de forfaits ambulatoires pour les bénéficiaires de la C2S.

Analyse des réitérations

- Chaque trimestre : analyse des réitérations, suivant un panel défini, en collaboration avec le référent sollicitations. Ces échanges permettent de comprendre le pourquoi d'une réitération de la part des assurés, de prendre conscience de certains dysfonctionnements au sein de la Caisse et d'alerter le service expert pour correction éventuelle.

Relation avec le service contentieux

- Les relations avec le service contentieux se sont renforcées en 2022. Tous les dossiers portant sur un refus de prise en charge de frais de transport pour défaut d'entente préalable sont systématiquement transmis par la Commission de Recours Amiable au service médiation pour analyse. Selon les cas, le dossier était régularisé ou un passage en CRA était confirmé.



6

CONCLUSION

ET PERSPECTIVES



MARTINE MER

—
Médiatrice à la CPAM du Hainaut

6 | CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'année 2022 a vu effectivement une diminution des saisines d'environ 300 mais elle a vu également la baisse des saisines pour médecin traitant due au transfert de charge vers la MAS pour de nombreux dossiers.

Cependant, même si la baisse est significative, les dossiers de l'année 2022 étaient très complexes. De ce fait, les saisines de la médiation ont pris tout leur sens : retrouver le lien entre l'usager et sa Caisse primaire. C'est aussi le signe d'une confiance accrue en la médiation.

Pour parfaire cette confiance, prochainement, la médiation accentuera le déploiement de la loi ESSOC au sein des services experts en mettant en place un document de référence qui permettra aux départements de comprendre et surtout d'instaurer le droit à l'erreur.

Pour contribuer à l'amélioration de l'organisation et de la qualité de service, un reporting mensuel sera désormais diffusé à l'ensemble des agents de la Caisse via l'intranet miam. L'objectif de ce reporting est de montrer le nombre de dossiers solutionnés en médiation, les thématiques récurrentes.

Un accusé réception est envoyé à l'assuré pour l'informer de la prise en charge de sa saisine mais, dorénavant, dans ce mail, le médiateur précisera son rôle et le fonctionnement d'une médiation au requérant.

Pour un traitement équitable et de qualité, (condition sine qua non d'une bonne médiation), des dossiers, chaque mois, le service médiation analysera les procès-verbaux de la CRA pour comprendre les pratiques, trouver des axes d'amélioration, mettre en place des parcours de soins pour les nouveaux retraités, les personnes en ALD, par exemple. Cette analyse se fera en lien avec les services experts.



7

ANNEXES



CAS CONCRETS

1^{er} cas : zoom sur une saisine d'un refus de transport pour défaut d'entente préalable.

Madame conteste le refus de ses transports au centre hospitalier de la Pitié Salpêtrière de Paris pour défaut d'entente préalable.

Madame a un suivi au centre hospitalier Oscar Lambret de Lille dans le cadre de sa maladie. Son médecin a établi une prescription pour obtenir l'avis d'un confrère sur Paris qui permettrait de planifier la prise en charge et ainsi lui donner les meilleures chances de rémission.

Selon la réglementation, un transport de plus de 150 kms doit être soumis à entente préalable avant acceptation. Madame n'a pas été informée de ce protocole. Elle a toujours pu bénéficier de ses différents transports (moins de 150 kms), c'est pour cette raison que Madame ne nous a transmis que l'ordonnance et la prescription de transport.

2^{ème} cas : zoom sur une saisine liée à un arrêt maladie et une prolongation.

Madame n'a pas perçu d'indemnités journalières pour sa prolongation au motif que le service prestations n'a pas reçu cette dernière mais le volet 3.

L'arrêt de Madame a été télétransmis par son médecin (confirmation de ce dernier). La consultation a été payée par les prestations.

Motif de révision

Loi Essoc du droit à l'erreur, Madame n'a pas eu connaissance qu'elle devait, pour avoir droit à son remboursement en véhicule particulier, joindre à sa demande une entente préalable.

De ce fait, au vu de la situation sanitaire de Madame et de la non connaissance de la législation, paiement des transports en véhicule particulier.

Motif de révision

Toutefois, les éléments dont nous disposons étant probants et confirmant les explications de l'assurée, nous parvenons à faire régulariser la situation auprès du service expert.

CHARTRE INTERNE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE MALADIE (SEPTEMBRE 2019)

Préambule

La loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004, article 58, a créé la fonction de conciliateur dans les caisses d'assurance maladie (article L162-15 - 4 du code de la sécurité sociale).

La convention médicale signée entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux prévoit que le conciliateur peut être directement saisi pour les difficultés d'accès à un médecin traitant ou de délai d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin correspondant.

Différentes circulaires et lettres-réseau publiées par la CNAM depuis 2005 précisent les missions et l'organisation du dispositif de conciliation au sein de la branche.

L'article 34 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance (ESSOC) crée dans le code de la sécurité sociale une section 4bis au chapitre VII du titre I du livre II, consacrée à la médiation avec l'introduction de l'article L.217-7. Ce nouvel article rend obligatoire un dispositif de médiation dans les quatre branches du régime général et prévoit un médiateur national à la tête de chacune de ces branches.

Cet article est complété par le décret n°2018-1084 du 4/12/2018 modifié par le décret n°2019-718 du 5/07/2019 qui porte sur les garanties encadrant l'exercice de la médiation dans les organismes du régime général de la sécurité sociale (article R115 -5 CSS).

La LR-DC-1/2019, prise en application de ces dispositions, est destinée à donner des instructions pour la mise en œuvre de la médiation dans la branche maladie.

Fondée sur ces textes, cette charte interne constitue un référentiel d'exercice de la fonction médiation qui présente ses objectifs, son organisation et ses principes de fonctionnement.

Elle intègre les règles déontologiques qui s'appliquent à l'exercice du métier de médiateur.

Ce document de référence a vocation à être diffusé à l'ensemble des personnels concernés au sein des organismes et services de l'Assurance maladie.



DEUX NOTIONS ESSENTIELLES À CONNAÎTRE : LA MÉDIATION ET L'ÉQUITÉ

Avant tout développement, il convient d'abord ces deux notions indispensables à l'exercice de la mission d'un médiateur.

La médiation

La médiation est un mode alternatif de résolution des litiges faisant appel à un tiers impartial.

Le médiateur a un rôle pédagogique : c'est un traducteur, un interprète de la règle de droit appliquée, de la décision notifiée.

Le médiateur a également pour mission de faire entendre à l'organisme les spécificités de la situation que rencontre un usager. Pour ce faire, il doit analyser la situation de la personne concernée dans sa globalité, au-delà du point de droit en litige.

Il veille à nourrir un travail d'échanges entre les parties pour faire émerger une solution acceptable par chacune.

Le médiateur n'a pas de pouvoir de décision ; il explique, il argumente, il propose une solution sous forme d'avis. Cet avis qui vaut recommandation ne doit pas ignorer le droit.

L'équité

L'équité fait appel à des notions de justice naturelle et d'éthique mais également d'impartialité. La proposition de solution en équité

ne peut pas être contraire à la loi, ni à la volonté du législateur. Elle ne peut exister que sur la base des principes fondamentaux du droit.

L'équité n'est pas une source de droit, elle reste donc difficile à manier par le juge. Elle accompagne la règle de droit, aide à sa compréhension et peut être utilisée, notamment, dans le cadre de la conciliation et de la médiation.

La notion d'équité est au cœur de la mission du médiateur qui fait d'abord une analyse en droit puis recherche, le cas échéant, une solution plus adaptée lorsque la particularité de la situation s'y prête. L'équité permet d'adapter les conséquences de la loi (qui est générale et impersonnelle) aux circonstances et à la singularité des situations et des personnes et de proposer une solution juste, égalitaire et raisonnable. L'approche en équité permet d'atténuer une règle de droit pouvant s'avérer trop rigide afin de l'adapter aux circonstances, au cas par cas.

Une solution en équité peut notamment être proposée lorsque la situation soumise au médiateur revêt un caractère exceptionnel du fait des conséquences particulièrement préjudiciables générées par l'application de la décision en cause.

Une décision fondée sur le plan de l'équité ne crée pas de précédent puisqu'elle est motivée par la singularité d'une situation.

Le médiateur de l'Assurance Maladie

Le médiateur de l'Assurance Maladie est légitime, comme tout médiateur, à formuler des avis visant à aboutir à des prises de décisions en équité.

C'est le cas, par exemple, lorsqu'à l'étude d'une situation, il constate que l'application stricte de la règle de droit produit des effets particulièrement préjudiciables pouvant même quelquefois s'avérer contraires à l'esprit du texte. La décision appartient au directeur de la caisse locale.

Il faut bien distinguer :

- la solution en équité, proposée pour apporter une issue plus adaptée à une situation très particulière,
- de la proposition d'amélioration de la réglementation visant des dispositions devenues obsolètes, mal adaptées ou générant des injustices de façon récurrente.
- la solution en équité, proposée pour apporter une issue plus adaptée à une situation très particulière,
- de la proposition d'amélioration de la réglementation visant des dispositions devenues obsolètes, mal adaptées ou générant des injustices de façon récurrente.

L'ORGANISATION DE LA MÉDIATION DANS LA BRANCHE MALADIE

LE MÉDIATEUR NATIONAL ET LA DIRECTION DE LA MÉDIATION

L'article 34 de la loi ESSOC crée une médiation institutionnelle dans chacune des quatre branches du régime général de la Sécurité sociale. Un médiateur national est désigné, pour chacune des caisses nationales, par le directeur de la caisse nationale après consultation du président du conseil ou du conseil d'administration. François-Xavier Brouck a été nommé médiateur national par décision du Directeur général de la Cnam en décembre 2020, une lettre de mission lui assure l'exercice de sa fonction en toute indépendance. Le médiateur national est l'interlocuteur direct des intervenants institutionnels : la Présidence de la République, le Défenseur des Droits, le médiateur de la direction de la sécurité sociale, la permanence sociale des cabinets ministériels, SOLVIT France... Le médiateur national de l'Assurance maladie s'appuie sur la direction de la médiation pour exercer les rôles et responsabilités ci-dessous.

Apport d'expertise et appui au réseau

- Communication aux médiateurs locaux, en liaison avec les directions compétentes de la Cnam, des éléments d'orientation sur l'analyse des cas complexes et sensibles et apport d'un soutien à l'élaboration des propositions locales.
- Lorsqu'à la suite d'une instruction réalisée au niveau local, les éléments recueillis par la direction de la médiation font apparaître que des difficultés particulières subsistent, le médiateur national peut, le cas échéant, après échange avec le directeur de l'organisme sur les éléments présentés et à partir d'un exposé argumenté, formuler une recommandation. La décision finale appartient au directeur de la caisse locale.

La direction de la médiation, via les médiateurs locaux, a accès à toute l'information et à tous les services des caisses locales. Elle sollicite, en tant que de besoin, les directions de la Cnam qui s'engagent à lui répondre dans le meilleur délai.

Animation, coordination et professionnalisation du réseau

- Définition et organisation générale du traitement des saisines par les médiateurs locaux.
- Participation à la recherche de solutions visant à améliorer la qualité de service pour éviter des réclamations, gérer et analyser les réitérations.
- Coordination et animation du réseau des médiateurs locaux en utilisant le relais des correspondants régionaux.
- Participation à l'élaboration et à l'animation du dispositif de formation spécifique des médiateurs.
- Intervention dans la définition du référentiel métier.
- Analyse de la cohérence des moyens dédiés.
- Promotion du dispositif de la médiation au sein du réseau.

Reporting national et rôle de proposition

- Présentation, chaque année, au Conseil de la Cnam du rapport annuel retraçant l'activité de la médiation au sein de la branche. Ce rapport

formule des recommandations pour améliorer le traitement des réclamations et propose, le cas échéant, des modifications de la réglementation.

- Présentation à la Direction générale de la Caisse nationale, dans le cadre des travaux menés avec son réseau et ses partenaires associés et en concertation avec les directions de la Cnam, des préconisations d'évolution des textes et des procédures, issues des cas traités en médiation.

Développement des partenariats externes

- Développement des partenariats externes dans le but d'identifier, avec d'autres acteurs de la sphère médico-sociale, des problématiques partagées et des propositions communes d'évolutions réglementaires/d'accompagnement. Ces partenariats visent également à développer et permettre le bon fonctionnement des réseaux locaux de médiation, notamment pour le traitement commun des dossiers qui font intervenir plusieurs législations de sécurité sociale.

LES CORRESPONDANTS RÉGIONAUX DES MÉDIATEURS LOCAUX

Désignation

- Le correspondant régional est désigné en concertation par les directeurs des caisses parmi les médiateurs locaux de la région concernée.
- Il doit être expérimenté et disposer du temps nécessaire afin de se rendre disponible pour ses homologues et gérer son activité de médiation.
- Afin de favoriser une implication aussi large que possible de l'ensemble du réseau des médiateurs, il est préconisé que la désignation du correspondant régional soit réexaminée périodiquement.
- Le médiateur national peut être consulté ou peut intervenir en cas de difficulté sur le choix du correspondant régional.

Missions

- En plus des compétences de médiateur local (développées ci-après §C)
- Le correspondant régional anime le réseau des médiateurs au niveau régional et est l'interface entre la direction de la médiation et les médiateurs locaux de sa région dont il est le référent.
- Il est l'interlocuteur privilégié des médiateurs locaux, recueille et répond à leurs questions et difficultés ponctuelles. Il saisit, si nécessaire, la direction de la médiation.
- Il initie et favorise les échanges visant au partage de l'information, de l'expérience et de bonnes pratiques, la concertation et la recherche de solution sur des dossiers complexes.
- Il capitalise et transmet aux médiateurs de la région les documents impactant la médiation, les réponses,

solutions ou propositions recueillies et/ou apportées par la direction de la médiation sur des points réglementaires ou des situations présentant un caractère particulier.

- Il participe aux réunions trimestrielles nationales et se fait représenter en cas d'absence.
- Il assure la diffusion et l'accompagnement des comptes rendus des réunions nationales dans le cadre des réunions qu'il organise en région.
- Il est garant de la remontée des rapports de médiation au niveau de la région dans les délais impartis. En cas de difficultés, il saisit la direction de la médiation.

LES MÉDIATEURS LOCAUX

Nomination

- Un médiateur est nommé dans chaque caisse par le directeur après avis du Conseil. Le recrutement se fait sur la base d'un référentiel métier publié sur le site de l'UCANSS.
- Le médiateur doit être rattaché fonctionnellement à la direction de l'organisme et, dans l'hypothèse où il exerce cette fonction à temps partiel, ne pas cumuler cette mission avec celle de responsable d'un service de production, de chargé de contentieux ou précontentieux, ou de lutte contre la fraude.
- Il doit disposer des moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.
- Les difficultés qui peuvent intervenir dans le cadre de son positionnement, des moyens dont il dispose et/ou

l'exercice parallèle d'une autre fonction doivent être remontées à la direction de la médiation qui participera à la recherche d'une solution.

- Pour assurer la continuité de service, le médiateur local doit impérativement avoir un suppléant.

Rôle et fonction

Acteur de la relation de confiance avec les usagers et de la résolution amiable des litiges

Le rôle du médiateur est de garantir aux assurés, aux employeurs et aux professionnels de santé un examen de leurs saisines, dès lors qu'une démarche préalable a été effectuée auprès de l'organisme.

La médiation s'exerce par une écoute active, visant à rétablir le lien entre l'usager et l'Institution, ainsi que par une analyse et une prise en charge de la situation globale de l'usager.

Il s'agit d'un mode alternatif de règlement des litiges visant à éviter la judiciarisation des désaccords.

Dans le cadre d'une approche transverse, le médiateur est compétent pour traiter tous les types de différends, qu'ils soient d'ordre administratif ou qu'ils portent sur une décision fondée sur un avis du service médical.

Sur la base d'une analyse approfondie des dossiers qui lui sont soumis, le médiateur doit s'employer à apporter la réponse la mieux adaptée à la situation du réclamant (cf. page 3 « La médiation et l'équité »). Le médiateur réalise le reporting de son activité et présente, au conseil de sa caisse, le rapport d'activité selon le modèle type diffusé par la direction de la médiation.

Acteur de la relation client et observateur privilégié des incompréhensions et des insatisfactions

Le médiateur doit, au-delà de son rôle d'instruction des dossiers individuels, détecter et évaluer les difficultés rencontrées par les requérants du fait de l'organisation et du fonctionnement de l'organisme et des dispositions de la réglementation.

Pour ce faire,

- Il travaille en étroite collaboration et en transversalité avec l'ensemble des services de l'organisme.
- Il est associé aux revues de directions, projets et dispositifs d'optimisation de la qualité de service lorsque, du fait de son expertise, il peut fournir un apport et être force de proposition sur les thèmes abordés.

Le médiateur a toute légitimité pour proposer des actions correctives et/ou préventives dans le cadre des politiques d'amélioration des processus de traitement, participer aux dispositifs de détection des situations de risques de rupture des droits ou de non accès aux soins, faire remonter à la direction de la médiation les difficultés ou insuffisances de la réglementation susceptibles de permettre la présentation de propositions d'évolution.

Les propositions d'amélioration de la réglementation sont à faire remonter à la direction de la médiation via le correspondant régional. Elles font l'objet d'un échange dans le cadre du groupe de travail

« Veille juridique – axes d'améliorations réglementaires » (VJ-AAR). Si elles sont retenues, elles sont présentées par la direction de la médiation à la direction ou au département concerné de la Cnam.

Acteur des relations partenariales

En interne :

Les conventions signées entre la caisse locale et le service social de la CARSAT, d'une part, et avec le service médical, d'autre part, doivent conduire à une coopération dynamique entre ces services et le médiateur de l'organisme. Les apports et éclairages réciproques sont nécessaires à l'identification et à l'émergence des solutions adaptées aux situations soumises. Ainsi le médiateur pourra apporter toute explication utile à l'utilisateur sur la décision prise ou envisager, avec les services, une solution plus adaptée au cas soumis.

En externe :

Le médiateur est l'interlocuteur naturel des délégués territoriaux du Défenseur des droits. Il noue des partenariats avec ses homologues des autres branches (famille, vieillesse, recouvrement), des autres régimes (MSA, assurance chômage) et des autres institutions de la sphère médico-sociale : MDPH, conseils départementaux des ordres, commissions paritaires locales...

Déontologie, droits et obligations des médiateurs

• Règles professionnelles

- Le médiateur de l'Assurance maladie exerce sa mission dans le respect des règles et devoirs qui régissent la profession et des dispositions de l'article R115-5 du CSS.
- Il s'engage à respecter les règles déontologiques qui découlent des valeurs communes inscrites dans la Charte du club des médiateurs

de services au public.

- Il doit être animé par les valeurs du service public, exercer sa mission avec neutralité et indépendance d'esprit, prendre en compte le contexte propre à chaque situation qui lui est soumise, avec une écoute équitable et impartiale, en veillant au respect de la confidentialité.

- Le médiateur veille à prévenir toute situation de conflit d'intérêt, dès lors qu'il existe un lien direct ou indirect avec la personne qui lui a soumis une saisine.

- Il doit favoriser le règlement amiable des différends entre l'utilisateur et l'organisme.

- Compte-tenu des exigences encadrant l'exercice de la médiation, les médiateurs doivent suivre l'ensemble du programme de formation dispensé par l'institut 4.10 (formation initiale, perfectionnement, gestion des situations difficiles, la communication et les écrits en médiation) et actualiser régulièrement leurs connaissances en droit de la sécurité sociale.

- Les assistants et suppléants doivent suivre, au minimum, les modules 1 et 2 de la formation initiale.

• Respect du droit

- Le médiateur s'applique à concilier une analyse globale des situations qui lui sont soumises et le respect du droit.

- Il s'attache davantage à la logique voulue par le législateur, à l'esprit d'un texte qu'à la lettre de ce texte.

- Il veille particulièrement à ce que l'application de la réglementation ne se traduise par des effets disproportionnés sur la situation d'un usager.

- Il s'emploie à trouver une solution aux cas particuliers non expressément prévus par le législateur => cf. page 3 « La médiation et l'équité ».

• **Accès aux services et aux informations**

- Le médiateur doit avoir accès à l'ensemble des services administratifs, médicaux et sociaux qui ont traité le dossier afin de recueillir les éléments lui permettant de comprendre les décisions prises. Pour exercer sa mission, il peut accéder à toutes les pièces et informations utiles, notamment au moyen d'habilitations qui lui sont données sur les applicatifs métier (à l'exclusion des données couvertes par le secret médical). Il peut également recourir aux expertises internes nécessaires à l'instruction des sollicitations qui lui sont adressées.

Périmètre d'intervention du médiateur

Aux termes de l'article 34 de la loi ESSOC, le périmètre d'intervention du médiateur local peut être interprété de façon très large.

Pour respecter l'esprit de cet article et utiliser au mieux la plus-value de la médiation dans l'Assurance maladie, un nouveau périmètre socle de compétence du médiateur local a été défini (LR- DC-1/2019).

• **Compétence en première intention**

Les saisines liées à l'accès aux soins :

- Signalements de refus de soins des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'AME.
- Recherche d'un médecin traitant et rendez-vous avec un médecin correspondant : sur ce champ, le médiateur, tout en restant garant du dispositif (prévu par la convention médicale et décrit dans la lettre-réseau DC-1/2019), renvoie à la PFIDASS, désormais généralisée à l'ensemble des caisses, le traitement de la situation des bénéficiaires sollicitant un accès aux soins et rencontrant une difficulté pour rechercher un médecin traitant (conditions cumulatives).

Les saisines liées aux prestations en espèces :

- Absence de revenus de substitution depuis au moins deux mois (IJ, pension d'invalidité, rente AT/MP).
- IJ maternité et paternité en cas d'enfants morts nés.
- Congé d'adoption pour un enfant venant de Polynésie Française.

Les saisines liées aux frais de santé :

- Refus de remboursement total ou partiel de soins par le CNSE.
- Refus de prise en charge de frais de transport pour défaut d'entente préalable.

Les saisines liées à la gestion des bénéficiaires :

- Dispense de photo sur la carte vitale (personnes non photographiables).
- Refus de rétroactivité de la complémentaire santé solidaire en cas d'hospitalisation.

• **Compétence dévolue au médiateur après une première réclamation insatisfaisante**

Les saisines liées aux difficultés relatives à l'application de dispositions européennes ou internationales.

Les saisines liées à la prise en charge de dispositifs médicaux ou de dépenses de santé d'un montant total supérieur ou égal à 500 euros (appareillages, hospitalisation, etc...).

• **Saisines particulières**

Les saisines transmises par la direction de la médiation.

Les saisines confiées au médiateur local par sa direction.

Les saisines émanant du Défenseur des droits et de ses délégués.

LE TRAITEMENT DES SAISINES EN MÉDIATION

L'article L.217-7-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les réclamations concernant les relations entre un organisme de sécurité sociale et ses usagers peuvent être présentées, sans préjudice des voies de recours existantes, devant le médiateur de l'organisme concerné. Toute réclamation ne peut être traitée par le médiateur que si elle a été précédée d'une démarche du demandeur (assuré, professionnel de santé ou employeur) auprès des services concernés de l'organisme et si aucun recours contentieux n'a été formé

LA GESTION D'UNE SOLLICITATION

La prise en charge d'une saisine

Le médiateur doit, soit accuser réception de sa recevabilité, soit expliquer le motif pour lequel il ne peut pas prendre en charge la sollicitation. Cette information doit être communiquée, au demandeur, dans les 7 jours maximum suivant la réception de la demande (accusé de réception de recevabilité / d'irrecevabilité, ou lettre de clôture).

L'accusé réception de recevabilité de la saisine suspend les délais de recours ouverts aux usagers dans les notifications de refus (CRA/expertise/CMRA/contentieux) et ce jusqu'à ce que le médiateur ait communiqué le résultat de son analyse au demandeur.

Le traitement d'une saisine

Toutes les sollicitations adressées au médiateur doivent, à réception, être tracées dans Médialog + dans le module réservé à la médiation.

- Les saisines relevant du périmètre d'intervention du médiateur doivent faire l'objet d'une analyse attentionnée avec les services concernés, voire d'un

rapport de médiation, d'un courrier personnalisé (cf. outils mis à disposition dans la LR-DC-1/2019 et via le livret du médiateur).

- Les sollicitations qui n'entrent pas dans le périmètre socle du médiateur doivent être immédiatement transmises au service réclamations pour traitement. Le médiateur s'assure que le service habilité a pris en charge la réclamation.

Le traitement des autres réitérations et la supervision

- **Saisine du médiateur local dans le cas d'une insatisfaction persistante**

Après une première sollicitation, le médiateur local peut, au vu des caractéristiques de la situation qui lui est soumise (précarité, caractère sensible, complexité avérée, intervention auprès de partenaires externes,...), la prendre en charge même si elle ne s'inscrit pas dans le périmètre socle, dès lors qu'il estime qu'il peut intervenir dans l'intérêt du demandeur et prévenir un risque de contentieux.

- **Supervision des réitérations**

Les réclamations sont pilotées par un référent désigné dans chaque caisse locale et dans chaque DRSM.

Le médiateur est également un acteur de la démarche qualité de l'organisme, il participe à l'amélioration du service rendu, il est un observateur privilégié des dysfonctionnements ou anomalies récurrentes dans le fonctionnement de l'organisme local.

Les pilotes en charge de la GRC multicanal, de la gestion des réclamations et le médiateur doivent périodiquement repérer et traiter les itérations.

LES MODES DE RÉOLUTION

Réponse pédagogique expliquant la décision faisant litige

Le réexamen complet du dossier conduit à constater que la règle de droit a bien été appliquée, qu'il n'existe pas de marge pour proposer une solution d'accompagnement, ni de possibilité de présenter une proposition d'évolution de la décision : le médiateur apporte une réponse argumentée et personnalisée à l'utilisateur lui permettant de comprendre la position de l'organisme et de redonner du sens à la décision. oix du correspondant régional.

Demande de révision de la position de l'organisme

Le réexamen complet du dossier conduit à constater que la règle de droit a été mal appliquée ou mal interprétée : le médiateur demande au service concerné de revoir sa position et, le cas échéant, de notifier une nouvelle décision. En cas de difficulté d'application, le médiateur peut demander l'appui de sa direction.*

Présentation d'une solution d'accompagnement

En complément des explications apportées, le médiateur fournit au requérant des informations sur les dispositifs d'aides, ou recherche une autre solution en interne ou en externe (orientation vers une demande d'aide au titre de l'ASS, un autre organisme social, intervention auprès des professionnels de santé, du délégué territorial du Défenseur des droits...).

Proposition à la direction de l'organisme d'une prise de décision à titre exceptionnel

Lorsque la décision contestée est prise conformément à la réglementation mais qu'elle produit, en raison de caractéristiques spécifiques à la situation examinée, des effets disproportionnés, manifestement injustes ou iniques ou encore contraires à l'esprit du texte, le médiateur peut proposer une solution en équité à la direction de son organisme. La décision finale appartient au directeur de la caisse (cf. page 3 « médiation et équité »).

La décision ainsi prise par la direction locale sur avis du médiateur ne crée pas de précédent. Par nature, elle est unique, exceptionnelle, voire dérogatoire. Elle tient à la particularité de la situation en cause et ne fait pas jurisprudence.

LA MÉDIATION ET LES AUTRES VOIES DE RECOURS

L'article L 217-7-14 CSS : « L'engagement de la procédure de médiation suspend, à compter de la notification portant sur la recevabilité de la réclamation soumise au médiateur et jusqu'à ce que celui-ci ait communiqué ses recommandations aux deux parties, les délais de recours prévus pour ces réclamations ». L'accusé réception de recevabilité de la saisine suspend les délais de recours ouverts aux usagers dans les notifications de refus (CRA/expertise/CMRA/ contentieux) et ce jusqu'à ce que le médiateur ait communiqué ses conclusions aux deux parties. NB : S'agissant des décisions fondées sur un avis d'ordre médical ouvrant la voie de recours de l'expertise médicale (L 141-1 du css), de la CMRA (pré contentieux relatif à l'invalidité et au taux IP), si le médiateur n'a pas de compétence sur le fond de l'avis émis par le médecin conseil il peut, néanmoins, vérifier le bon déroulé de la procédure ou faire valoir, auprès du service médical, un élément nouveau recueilli auprès du réclamant.

Médiation et précontentieux

Pour une bonne articulation avec le précontentieux administratif ou médical, le médiateur doit, chaque fois qu'il est saisi, en informer l'instance précontentieuse également saisie du dossier ou qui pourrait l'être.

- **Lorsqu'un requérant saisit le médiateur simultanément à un recours précontentieux ou alors lorsque son recours précontentieux est en cours d'étude**

- L'AR de recevabilité est suspendue l'instruction du dossier par l'instance précontentieuse.
- En cas de médiation aboutie, mettant fin à la contestation, le médiateur adresse un courrier au requérant et en informe l'instance précontentieuse concernée.
- Lorsque, après analyse de la situation, le médiateur confirme et explicite la position contestée de l'organisme à l'usager, il informe l'instance précontentieuse et demande au requérant s'il entend maintenir son recours.
=> si ce dernier ne fait pas explicitement connaître sa volonté de se désister de son recours, la procédure précontentieuse reprend.

- **Lorsqu'un requérant saisit le médiateur après une décision précontentieuse**

Le médiateur ne formule pas, auprès de l'usager, un avis contradictoire avec la décision rendue. Cependant, dans une ultime démarche de qualité de

service, il analyse la situation et vérifie notamment que tous les éléments susceptibles de permettre un règlement amiable ont bien été pris en compte.

Quatre modes de résolution sont alors possibles :

- Explication de la décision : rappel de la règle de droit et du bien-fondé de son application à la situation soumise. Ainsi, les rôles des commissions de recours amiable et du médiateur sont complémentaires dans la recherche de solutions amiables aux différends => La réponse pédagogique apportée doit dissuader le requérant d'engager une action contentieuse.
- Proposition d'une révision de la décision initiale par le service concerné lorsqu'il existe des éléments nouveaux factuels permettant de rendre la situation conforme à la réglementation (ex : production d'un bulletin de paie permettant de satisfaire aux conditions d'OD aux IJ / production d'un compte rendu médical manquant...).
- Présentation d'un rapport de médiation pour un nouvel examen en commission de recours amiable lorsque les éléments recueillis, éventuellement assortis d'un nouvel avis du service médical ou du service social, sont susceptibles de faire évoluer la position de la commission.
- Dans l'hypothèse où le directeur de la caisse accepte, sur avis du médiateur, de prendre à titre exceptionnel une décision en équité, le dossier ne repasse pas en précontentieux.

Médiation et Contentieux juridictionnel

Aux termes de l'article L 217- 7-14 du CSS, l'engagement d'un recours contentieux met fin à la médiation. Dès lors qu'un recours devant une juridiction est engagé, la saisine en médiation n'est pas recevable.

Pour autant, il peut arriver, de façon tout à fait exceptionnelle, que dans le cadre de ses échanges avec le réclamant ou un tiers intervenant, le médiateur recueille des éléments nouveaux, non connus des services de la caisse locale ou qui n'avaient pas été portés à la connaissance du juge, s'avérant de nature à permettre une nouvelle analyse de la situation.

- Dans le cas d'un contentieux en cours, si ces éléments ou informations, non connus des services de la caisse locale lors de la prise de la décision contestée, sont de nature à permettre de reconsidérer la décision initiale, le médiateur les soumet à l'accord des services et invite le requérant à se désister de son recours (après que la décision favorable lui a été notifiée).
- Dans le cas d'une décision de justice rendue, lorsque ces éléments nouveaux conduisent le médiateur à proposer une autre solution, plus adaptée à la situation, il ne remet pas en cause le bien-fondé de la décision de justice rendue puisque le juge, lorsqu'il a statué, n'était pas en possession de l'intégralité des éléments sur lesquels se fonde l'avis du médiateur.

LES PRINCIPAUX TEXTES DE RÉFÉRENCE

LES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

La mise en place de la fonction conciliation dans les Caisses primaires s'appuie sur la loi de réforme du 13 août 2004, qui impose sa création dans chaque organisme.

Loi du 13 août 2004

« Les réclamations concernant les relations d'un organisme local d'Assurance Maladie avec ses usagers sont reçues par une personne désignée par le directeur après avis du Conseil au sein de cet organisme afin d'exercer la fonction de conciliateur pour le compte de celui-ci.

Son intervention ne peut être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'usager la sollicitant. L'engagement d'une telle procédure met fin à la conciliation.»

Pour toutes difficultés persistantes dans sa relation avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

(explication : Le conciliateur intervient sur les réclamations de second degré, c'est-à-dire après que toutes les procédures internes de traitement ont été mises en œuvre, faute de quoi la demande de conciliation n'est pas recevable ; dans cette hypothèse, elle est transférée au service chargé de traiter la réclamation).

Restriction : le conciliateur ne peut intervenir si l'usager a déjà saisi une juridiction (Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, Contentieux Technique, Commission Paritaire Locale).

Il ne peut revenir sur une décision prise par la Commission de Recours Amiable, le Conseil, une décision Paritaire Départementale ou une décision de justice devenue définitive. Il doit toutefois dans une ultime démarche de qualité de service examiner le dossier afin de vérifier si toutes les informations susceptibles de permettre un règlement amiable du dossier ont bien été recherchées, communiquées et prises en compte

par le service chargé du contentieux (LR-DDO- 61/2010).

Convention médicale (sous titre 5 « éviter les refus de soins »)

La convention médicale conclue le 26 juillet 2011 et publiée au Journal Officiel du 25 septembre 2011 du 12 janvier 2005 attribue au conciliateur un rôle de facilitateur dans la mise en place du parcours de soins et dans la déclaration du médecin traitant.

« Tout assuré rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins a la possibilité de saisir un conciliateur chargé d'examiner sa demande conformément à l'article L. 162-15 - 4 du code de la sécurité sociale. **Ce conciliateur peut être amené à intervenir notamment quand le patient est confronté à l'impossibilité de choisir un médecin traitant ou encore se voit imposer un délai important d'obtention de rendez-vous d'un médecin correspondant.** »

L'objet de cette conciliation est de favoriser la mise en œuvre d'une réponse adaptée à l'état de santé des patients, en lien avec les services médicaux de la Caisse.

« Il a également un rôle majeur pour examiner les refus de soins dont peuvent être victimes certains patients. A ce titre, la Haute Autorité de lutte contre les discriminations a rappelé que les refus de soins tant pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour ceux de l'aide médicale d'état (AME) constituent une discrimination au sens de la loi ainsi qu'une violation des principes déontologiques.»

Depuis 2008, de nouvelles procédures ont été mises en place par l'Assurance Maladie afin de mieux prendre en charge les plaintes formulées par les assurés sociaux s'estimant victimes d'un refus de soins. Ces plaintes sont traitées par les conciliateurs intervenant dans chaque caisse.

Article L 1110-3 du Code de la Santé Publique

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'Assurance Maladie.

En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant. En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale. Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1 du présent code.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.»

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins peut saisir le directeur et, dans l'attente du décret d'application, les conciliateurs prennent en charge les plaintes de cette nature.

Circulaire CIR-33/2008 du 30/06/2008

Les nouvelles procédures décrites par cette circulaire ont pour objectif de mieux prendre en charge les plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMUC mais aussi de suivre les réclamations portées par les professionnels de santé pour tenter d'éradiquer les facteurs générateurs de refus de soins et favoriser la compréhension réciproque des droits et devoirs de chacune des parties.

Le champ d'application est le suivant :

Plaintes et signalements des bénéficiaires de la CMU-C :

En cas, de la part du professionnel de santé, de refus de soins stricto sensu, mais aussi en cas de fixation tardive et abusive, vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital sans raison médicale énoncée, de refus d'élaborer un devis, de non-respect des tarifs opposables, d'attitude discriminatoire.

Réclamations portées par les professionnels de santé en l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C :

En cas de retard injustifié aux rendez-vous, de rendez-vous manqués et non annulés, de traitements non suivis ou interrompus, d'exigences exorbitantes.

Article 34 de la loi pour un État au Service d'une Société de Confiance (loi ESSOC)

I.-Après la section 4 du chapitre VII du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale, est insérée une section 4 bis ainsi rédigée :

« Section 4 bis »
« Médiation »

« **Art. L. 217-7-1.- I.-** Les réclamations concernant les relations entre un organisme de sécurité sociale relevant du présent livre et ses usagers peuvent être présentées, sans préjudice des voies de recours existantes, devant le médiateur de l'organisme concerné.»

« Le médiateur est désigné par le directeur de l'organisme. Il exerce ses fonctions en toute impartialité et dans le respect de la confidentialité des informations dont il a à connaître.»

« Il formule auprès du directeur ou des services de l'organisme des recommandations pour le traitement de ces réclamations, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.»

« **II.-** Toute réclamation mentionnée au I ne peut être traitée par le médiateur que si elle a été précédée d'une démarche du demandeur auprès des services concernés de l'organisme et si aucun recours contentieux n'a été formé. L'engagement d'un recours contentieux met fin à la médiation.»

« L'engagement de la procédure de médiation suspend, à compter de la notification portant sur la recevabilité de la réclamation soumise au médiateur et jusqu'à ce que celui-ci ait communiqué ses recommandations aux deux parties, les délais de recours prévus pour ces réclamations.»

« **III.-** Un médiateur national est désigné, pour chacune des caisses nationales mentionnées au présent livre, par le directeur de la caisse nationale, après consultation du président du conseil ou du conseil d'administration.»

« Le médiateur national évalue la médiation dans l'ensemble de la branche concernée, notamment par la réalisation d'un rapport annuel. Ce rapport formule des recommandations pour améliorer le traitement des réclamations et propose, le cas échéant, des modifications de la réglementation. Le rapport est présenté au conseil ou au conseil d'administration de la caisse nationale et transmis au Défenseur des droits.»

« **IV.**- Le conciliateur mentionné à l'article L. 162-15 - 4 exerce les attributions prévues au I du présent article. Le II est applicable aux réclamations qui lui sont présentées. »

« **V.**- Lorsque la réclamation mentionnée au I du présent article concerne le montant des cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles en application de l'article L. 131- 6, l'organisme chargé du recouvrement de celles-ci transmet à l'usager, à sa demande ou à celle du médiateur, les modalités de calcul retenues dans des conditions fixées par décret.»

« **VI.**- Un décret précise les garanties encadrant l'exercice de la médiation prévue au I, notamment en matière de formation préalable, de compétences requises, d'indépendance, d'impartialité et de confidentialité dans le traitement des réclamations et dans la formulation de ses recommandations. »

II.-Le V de l'article L. 217-7-1 du code de la sécurité sociale entre en vigueur le 1er janvier 2020.

Lettres Réseau

Lettre Réseau cnam LR-DDO- 48/2008 du 14/03/2008 complétée par la LR-DDO- 67/2009 du 12/05/2009

Ces instructions informent le conciliateur de la procédure à suivre en matière de dispense de fourniture de la photographie pour la carte Vitale 2.

Lettre Réseau cnam LR- DDO-11/2010 du 26/01/2010

Les demandes de dispense de photographie pour la carte AME sont confiées au conciliateur qui les traite selon les mêmes procédures que celles prévues pour les cartes vitales.

Lettre Réseau cnam LR-DDO- 61/2010 du 29/03/2010

Celle-ci a pour objet d'actualiser les orientations en matière de Conciliation et de répondre aux interrogations les plus fréquentes de conciliateurs, notamment en ce qui concerne les saisines relatives aux refus de soins. Elle précise également « la conciliation reste le seul recours possible de l'usager pour les décisions non susceptibles de recours notamment en CRA, telles que les décisions prises par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale ou les refus de soins hors Union Européenne confirmés par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE).

Lettre Réseau cnam LR-DDO- 61/2011 du 31/03/2011

Elle présente les évolutions relatives à la procédure de gestion des réclamations et rappelle que la 3e demande d'un client (après des réclamations réitérées 2 fois) relève du recours au conciliateur.

Lettre Réseau cnam LR- DDGOS- 99 /2011 du 7/12/2011

Cette lettre réseau définit le périmètre fonctionnel du Centre national des soins à l'étranger de VANNES (CNSE).

En cas de refus de prise en charge de soins dispensés hors UE, les notifications établies par le CNSE mentionnent la possibilité pour les assurés concernés de contacter le conciliateur de leur caisse d'affiliation s'ils souhaitent avoir des explications sur ces décisions.

Lettre Réseau cnam LR-DDO- 41/2012 du 14/03/2012

Portant sur la création du Centre national de l'AJAP, elle définit le conciliateur compétent pour le traitement des saisines portant sur l'AJAP (allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie).

Lettre Réseau cnam LR- DC-1/2013 du 17/01/2013

Elle présente les orientations définies à l'issue de la mission déléguée du CNG sur la conciliation.

Lettre Réseau cnam LR-DDO 129/2013 du 24/07/2013

Portant sur la mise en œuvre du contrôle des dossiers signalés par l'échange de données sur les non résidents fiscaux, elle définit les situations qui doivent amener à la saisine du conciliateur local.

Lettre Réseau cnam LR-DDO-102/2013 du 20/06/2013 complétée par la LR-DDO-118/2013

Elles fournissent l'ensemble des éléments d'information nécessaires à l'utilisation optimale de MEDIALOG pour la conciliation.

Lettre Réseau cnam LR-DDO-228/2013 du 26/12/2013

Elle présente le Centre national des retraités français de l'étranger (CNAREFE) en précisant qu'il gère également la conciliation.

Lettre Réseau cnam LR- DC- 5/2014 du 14/11/2014

Lettre Réseau cnam LR- DC- 3/2015 du 10/12/2015

Elle a pour objet la rationalisation du rôle du conciliateur et l'articulation avec le dispositif de gestion des réclamations. Cela vise à mieux articuler les périmètres d'intervention des dispositifs de réclamation et de conciliation ainsi qu'à associer plus étroitement le conciliateur à la supervision des réitérations afin de convenir du mode de traitement le plus adapté.

Lettre Réseau cnam LR- DC- 4/2015 du 23/12/2015

La direction de la Conciliation diffuse la charte publique de la Conciliation pour mise en ligne sur la page locale Ameli des sites des Caisses.

En octobre 2014, la direction de la Conciliation a élaboré une charte interne de la Conciliation de l'Assurance Maladie qui constitue un référentiel d'exercice à la fonction de conciliateur au sein de l'organisme.

Lettre Réseau cnam LR- DC-1/ 2017 du 27/02/2017

Cette Lettre-Réseau vise à uniformiser les actions d'information et de prévention des Organismes afin de leur permettre de mieux répondre aux objectifs du parcours de soins coordonnés et d'autre part à définir le dispositif de gestion des situations individuelles par les conciliateurs

Lettre Réseau CNAM LR- DC-1/2019 du 25/01/2019

Cette lettre-réseau vise à présenter l'article 34 de la loi ESSOC, codifié à l'article L.217-7-1 du Code de la sécurité sociale, qui crée une médiation institutionnelle dans les quatre branches du régime général de sécurité sociale, complété par le décret n°2018-1084 du 04/12/2018 relatif aux garanties encadrant l'exercice de la médiation dans les organismes du régime général de Sécurité sociale (Article D.217-7-1 du Code de la Sécurité sociale) et la déclinaison de ce dispositif de médiation au sein de l'Assurance Maladie.

CHARTRE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE MALADIE

L'article 34 de la loi du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance institue un dispositif de médiation dans l'Assurance Maladie pour l'ensemble des bénéficiaires, des professionnels de santé et des employeurs. Ce dispositif, qui est un mode alternatif de règlement des conflits, vise à régler à l'amiable les désaccords persistants.

Un médiateur, nommé au sein de chacune des caisses d'Assurance Maladie, peut être saisi après une première démarche.

Le médiateur peut également aider en cas de difficultés d'accès à un médecin traitant, d'obtention d'un rendez-vous avec un médecin spécialiste dans un délai raisonnable, en cas de différend entre un professionnel de santé et un bénéficiaire en situation de précarité.

La saisine du médiateur peut se faire par tout moyen et notamment par courriel à l'adresse suivante : mediation.cpam-nomdelacpam@assurance-maladie.fr (ou cgss au lieu de cpam).

L'engagement de la procédure de médiation suspend, à compter de l'information portant communiqué ses conclusions, les délais de recours restant éventuellement à courir. L'action du médiateur s'exerce dans le cadre de règles professionnelles et déontologiques. Les situations sont analysées dans leur globalité avec impartialité, neutralité, confidentialité et esprit d'indépendance.

Après un examen attentif, si l'affaire relève de sa compétence le médiateur prend en charge son traitement jusqu'à sa résolution. L'objectif est de faire émerger, dans le respect de la règle de droit, une solution acceptable par les deux parties, assortie de toutes les explications nécessaires à une bonne compréhension.

Si le dossier n'est pas de son ressort, il l'oriente vers le service compétent de la caisse d'Assurance Maladie, en informe le requérant et veille à ce qu'une réponse adaptée lui soit apportée.

Soucieuse d'instaurer des relations durables de confiance avec les assurés, les professionnels de santé et les employeurs, l'Assurance Maladie réaffirme par cette chartre son attachement à ses valeurs de solidarité et de service public, dont le dispositif de médiation est un des garants.



CPAM du Hainaut - Communication et Marketing - 03/2023 - © oatawa - stock.adobe.com