

CENTRE TECHNIQUE
DES INSTITUTIONS
DE PRÉVOYANCE

MÉDIATION DU CTIP

**RAPPORT
ANNUEL
DU MÉDIATEUR
2014**



02 OBSERVATIONS LIMINAIRES

- 02 Quatre ans déjà
- 03 La médiation du CTIP, une vocation générale
- 03 La médiation du CTIP et l'amélioration du service
- 03 La médiation du CTIP, un facteur de régulation
- 04 À propos de l'ordonnance du 20 août 2015

05 DONNÉES QUANTITATIVES

- 05 Le nombre total de saisines
- 06 Les saisines instruites par le médiateur
- 07 Les garanties concernées

08 QUESTIONS DE MÉTHODE

- 08 Le procès de principe
- 09 Les difficultés de procédure
- 09 Les difficultés de fait
- 09 Les difficultés de droit
- 10 Les considérations d'équité

11 QUESTIONS DE FOND

- 11 Questions générales**
 - 11 Décisions de gestion
 - 11 Répétition de l'indu
 - 12 Interprétation des notices d'information
 - 12 La prescription
- 13 Questions spéciales**
 - 13 Calcul des prestations
 - 14 Le droit aux prestations différées (art. 7 loi Évin)
 - 15 Le maintien des garanties (art. 4 loi Évin)
 - 16 Les informations orales
 - 16 Frais de santé : estimation de remboursement
 - 16 Frais de santé : dépassements d'honoraires
 - 17 Frais d'optique : les montures
 - 18 Frais d'optique : la chirurgie réfractive

19 RECOMMANDATIONS

- Frais de santé

20 ANNEXES

- 20 Annexe I : Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions
- 22 Annexe II : Institutions de prévoyance adhérentes à un dispositif de médiation
- 24 Annexe III : Adresses utiles



Xavier Lagarde
Médiateur du CTIP

OBSERVATIONS LIMINAIRES

Le rapport pour l'année 2014 présente les principaux apports de l'année écoulée et récapitule autant qu'il est nécessaire les acquis des années antérieures.

QUATRE ANS DÉJÀ

C'est au cours de l'année 2010 qu'à l'initiative du CTIP, les institutions de prévoyance se sont dotées d'un système de médiation. Comme auparavant les sociétés d'assurances mutuelles et les sociétés d'assurances l'avaient fait dans leur propre secteur, elles ont fait le choix d'un dispositif applicable en théorie à l'ensemble des institutions paritaires intervenant dans le domaine de la prévoyance.

Le dispositif fonctionne depuis quatre ans et la phase de rodage est maintenant passée :

- la procédure est en place et elle est désormais bien intégrée par les institutions de prévoyance ;

- les difficultés qui apparaissent de temps à autre trouvent leur résolution dans un dispositif cohérent ;
- la doctrine qui s'exprime à travers les avis est dans l'ensemble bien admise par les institutions ; sur près de 90 avis rendus, aucun n'a donné lieu à des suites judiciaires et un seul n'a pas été suivi par une institution de prévoyance ; le taux d'échec est à peine supérieur à 1 %.

Ce résultat est d'autant plus satisfaisant que le contexte de crise dans lequel la médiation s'est développée exacerbe les tensions plus qu'il ne favorise les règlements amiables.

Au bénéfice de ces premières remarques, il est opportun de rappeler les principales caractéristiques de la médiation du CTIP.

LA MÉDIATION DU CTIP, UNE VOCATION GÉNÉRALE

Toutes les institutions de prévoyance adhérentes au CTIP sont désormais dotées d'un dispositif de médiation.

36 institutions ont fait le choix d'une adhésion tant à la Charte de médiation du CTIP qu'au dispositif mis en place par ce dernier (2 nouvelles adhésions ont été enregistrées en 2014). Ces 36 institutions représentent 80 % de l'encaissement total des cotisations.

3 institutions ont adhéré à la Charte tout en conservant leur propre médiateur. Parmi elles, notamment, BTP-PRÉVOYANCE (Groupe PRO BTP), qui représente à elle seule 16,6 % de l'encaissement des cotisations des institutions de prévoyance. Une institution a fait le choix de l'autonomie totale, en désignant son propre médiateur et en n'adhérant pas à la Charte.

LA MÉDIATION DU CTIP ET L'AMÉLIORATION DU SERVICE

La médiation a été mise en place par le CTIP principalement aux fins d'améliorer le service rendu par les institutions de prévoyance aux entreprises adhérentes et surtout à leurs participants. Dans un délai de 5 mois après la saisine du médiateur, les plaignants peuvent obtenir gratuitement un avis circonstancié, rendu par un médiateur indépendant, sur le fond des demandes qu'ils lui ont soumises.

En comparaison d'un traitement judiciaire des différends, l'intervention du médiateur procure un double avantage, en termes d'efficacité et de célérité :

- efficacité en ce que la saisine du médiateur n'a pas de coût pour le plaignant ; or, l'on sait que les frais d'une procédure, spécialement pour les petits litiges, sont souvent dissuasifs ;
- célérité, en ce que la réponse du médiateur intervient rapidement.

Certes, le médiateur ne bénéficie pas de garanties statutaires. Au reste, il est sans *imperium* et n'instruit pas les litiges à la manière d'un juge. Pour autant, le médiateur est désigné par les instances paritaires du CTIP et il exerce réellement ses fonctions en toute indépendance. Le point sera développé ultérieurement, mais

précisons d'ores et déjà que le dispositif d'instruction permet un examen approfondi des dossiers les plus délicats. Si les institutions de prévoyance ont pris la précaution d'introduire dans la Charte la disposition selon laquelle « *l'avis rendu par le médiateur ne lie pas les parties* », il n'en reste pas moins qu'à ce jour et dans l'immense majorité des cas, elles ont pris le parti de suivre les avis, en ce compris, naturellement, ceux qui leur étaient défavorables. Il y a là un facteur d'accélération du règlement des différends.

La médiation améliore incontestablement le service rendu aux participants. Au reste, le médiateur ne dispose à cet égard que de sa force de conviction. Les parties qui ne percevaient pas la pertinence de son intervention peuvent toujours saisir directement les tribunaux. Auquel cas, le litige sort du dispositif de médiation.

LA MÉDIATION DU CTIP, UN FACTEUR DE RÉGULATION

La médiation du CTIP prend place dans le paysage infiniment variable des modes alternatifs de règlement des litiges, ou MARL (on dit parfois MARC, le « C » renvoyant alors à « Conflits »). Comme toutes les médiations institutionnelles, elle a pour particularisme de s'inscrire dans une logique collective et de participer sur un mode non contraignant à la régulation du secteur de la prévoyance.

La médiation du CTIP constitue donc moins un processus de négociation entre institutions et participants qu'elle n'est une sorte d'arbitrage informel au terme duquel, le médiateur, principalement en droit mais également en équité, donne une analyse objective du cas qui lui est soumis.

De la sorte, le médiateur est amené à prendre parti sur la légitimité de telle ou telle pratique des institutions de prévoyance, de telle ou telle clause des règlements ou contrats collectifs. Dans les limites de sa saisine, le médiateur rend des avis susceptibles d'intéresser l'ensemble de la profession et de l'interroger sur l'évolution de ses pratiques.

C'est la raison pour laquelle, dans le respect du principe de confidentialité qui interdit toute désignation nominative des personnes physiques et des institutions de prévoyance, la suite du rapport explicitera de manière substantielle la doctrine qui ressort des avis les plus significatifs.

Une fois encore, et spécialement dans une logique collective, il faut insister sur l'absence de contrainte qui s'attache aux avis du médiateur. Cet effort de transparence ne saurait être compris comme une « démonstration de vérité ». Il doit être perçu comme une invitation au dialogue et à la réflexion, tant sur le travail du médiateur que sur les pratiques des institutions de prévoyance.

Dans cette perspective, le médiateur s'efforce d'être une force de proposition. Il peut ainsi formuler des **recommandations**.

Parmi les régulations qui atteignent les organismes de prévoyance, la médiation est une manière à la fois souple et crédible d'aller dans le bon sens. Elle est à cet égard un facteur de sécurité juridique.

À PROPOS DE L'ORDONNANCE DU 20 AOÛT 2015

A la suite de l'importante directive 2013/11/UE du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation (dite directive REL), le gouvernement français a adopté l'ordonnance n° 2015-1033 du 20 août 2015 destinée, précisément, à intégrer les dispositions de cette directive dans le droit français.

Cette ordonnance modifie le Code de la consommation et pose de nouvelles règles applicables aux médiations dites des litiges de consommation. Ces règles s'appliquent aux processus de médiation mis en place par les institutions de prévoyance, ainsi qu'en témoigne du reste la modification par l'ordonnance de l'article L. 932-15-1 du Code de la sécurité sociale.

Il faut en premier lieu retenir que le texte de cette ordonnance n'emporte pas remise en cause, dans son principe et sa mise en œuvre, du dispositif de médiation mis en place par le CTIP. Il consacre d'ailleurs bon nombre de dispositions figurant déjà dans la Charte de médiation du CTIP : confidentialité, recours facultatif, avis non contraignants...

Néanmoins, le texte comporte quelques innovations notables, parmi lesquelles :

- la saisine en ligne du médiateur ;
- la nécessité d'une autonomie fonctionnelle et budgétaire du service de la médiation ;
- La création d'une instance de contrôle des médiateurs.

Fort de l'expérience acquise et de la rigueur des procédures mises en place, le dispositif actuel est en mesure de s'adapter.

DONNÉES QUANTITATIVES

LE NOMBRE TOTAL DE SAISINES

Depuis la mise en place du dispositif de médiation du CTIP, les demandes adressées à l'attention du médiateur sont en constante augmentation : 68 dossiers ont été ouverts en 2011, 85 en 2012, 110 en 2013 et 166 en 2014.

En 2014, chacun des 166 dossiers adressés au médiateur du CTIP a fait l'objet d'une analyse juridique dans le respect des principes posés par la Charte de médiation.

Dans 90 dossiers et après une première analyse du dossier, le service de médiation du CTIP demande aux participants d'épuiser les voies de recours auprès de leurs institutions et les informe que leurs demandes seront examinées en priorité par le service en charge du traitement des réclamations. Les institutions concernées sont alors directement saisies du dossier par le médiateur qui demande à être tenu au courant des suites réservées à la demande. Le participant est également informé, qu'en cas d'échec de la procédure interne, il lui sera toujours possible de saisir le médiateur pour avis (un délai de 3 mois sans réponse vaut épuisement des voies de recours internes).

Il est probable que les participants utilisent délibérément la procédure de saisine directe du médiateur du CTIP dans le but d'accélérer le règlement de leurs dossiers. Il est vrai que ceux-ci sont le plus souvent résolus en faveur des participants. Dans ces dossiers, il y a donc un effet utile du dispositif de médiation.

Dans 40 dossiers, la demande a été jugée définitivement irrecevable par le service de médiation du CTIP. Il s'agit de demandes dirigées à tort contre des institutions à l'égard desquelles le médiateur est sans compétence : institutions de retraite complémentaire AGIRC ou ARRCO, Pôle emploi, sociétés d'assurance ou mutuelles. Dans ce cas, le service de médiation communique au participant les coordonnées utiles à l'envoi de sa demande.

Dans cette perspective, on relèvera qu'un seul dossier – contre 13 dossiers sur l'exercice 2013 – a été adressé au médiateur du CTIP alors que le recours était dirigé contre une institution de prévoyance ayant désigné son propre médiateur.

Sur les 35 dossiers recevables, le médiateur a rendu 27 avis, dont 9 sont favorables aux plaignants, 18 défavorables aux plaignants. 8 dossiers ont donné lieu à un règlement spontané de l'institution.

Lorsque les avis sont défavorables aux plaignants, le médiateur prend un soin particulier à expliquer les considérations juridiques et factuelles qui motivent sa décision. Cet effort de pédagogie semble bénéfique à l'ensemble des parties dès lors qu'aucune action contentieuse n'a semble-t-il été entreprise par un plaignant à l'issue d'un avis défavorable, alors même que les enjeux sont importants.

Ces données chiffrées appellent quelques commentaires :

1. Au fil des ans, l'évolution du nombre de saisines paraît discontinue : 79 saisines en 2010-2011, 235 en 2012, 110 en 2013. Cependant, il avait été exposé dans le rapport pour l'année 2012 (p. 7) que l'augmentation soudaine s'expliquait par des données conjoncturelles. Abstraction faite de ces dernières, le nombre de saisines significatives s'établissait à 85. D'où il suit que d'une année à l'autre, la progression du nombre de saisines est d'environ 25 %, ce qui est à la fois attendu et traitable pour le service de la médiation. À noter tout de même une augmentation plus sensible en 2014.

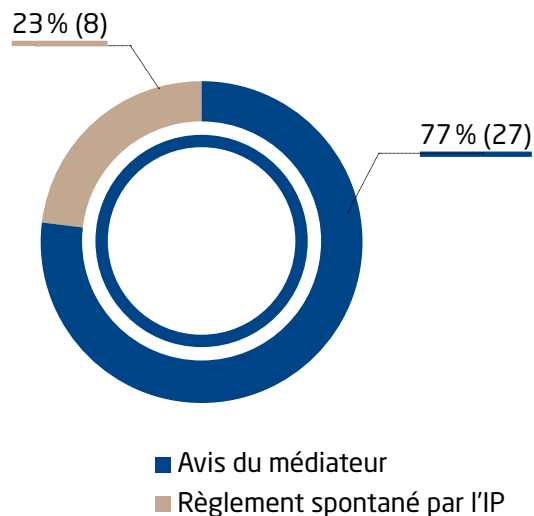
2. Les irrecevabilités définitives, liées à une mauvaise orientation du dossier, sont en baisse par rapport à l'année précédente alors que, de fait (voir point 1 ci-dessus), le nombre de saisines a augmenté. Sans doute est-ce révélateur d'une meilleure connaissance des voies amiables à disposition des plaignants.

3. Les saisines temporairement irrecevables représentent encore la plus grande part des dossiers traités par le service de la médiation (54 %). Elles sont la marque d'une certaine impatience des plaignants qui, après rejet de leur demande, saisissent immédiatement la médiation du CTIP avant même l'épuisement des voies de recours internes. Celles-ci ont cependant fait la preuve de leur efficacité. Les dossiers qui font l'objet d'une irrecevabilité temporaire ne reviennent que rarement devant le médiateur, signe que les voies de recours internes ont permis leur règlement.

LES SAISINES INSTRUITES PAR LE MÉDIATEUR

Concernant les 35 saisines instruites en 2014 par le médiateur :

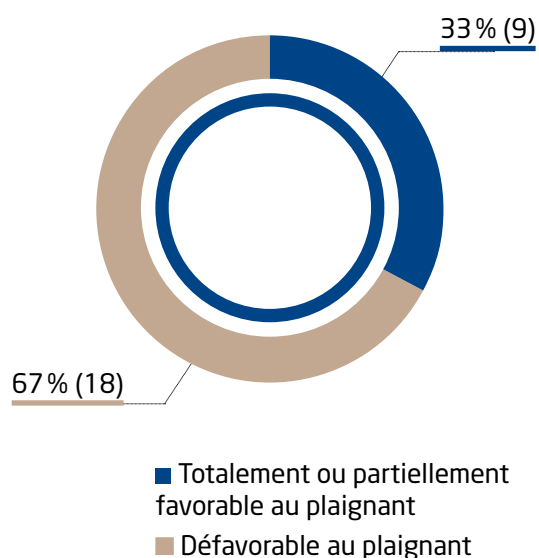
- 27 saisines ont donné lieu à avis du médiateur (77 %);
- 8 saisines ont fait l'objet d'un règlement spontané en faveur du participant (23 %).



Les règlements spontanés interviennent généralement à la suite d'un premier échange avec le médiateur. C'est un supplément d'instruction sollicité de manière circonstanciée auprès de l'institution qui provoque un échange avec le médiateur et conduit à un règlement du dossier sans qu'il soit nécessaire de formaliser un avis. La fluidité de ces échanges a permis d'accroître ce type de règlements en 2014.

Concernant les 27 avis rendus par le médiateur :

- 9 avis sont totalement ou partiellement favorables au plaignant ;
- 18 avis sont défavorables au plaignant.



Sur les 9 avis favorables au plaignant, 4 le sont totalement et 5 partiellement. Les avis partiellement favorables donnent généralement raison sur le principe au plaignant tandis qu'ils modulent les conséquences dudit principe.

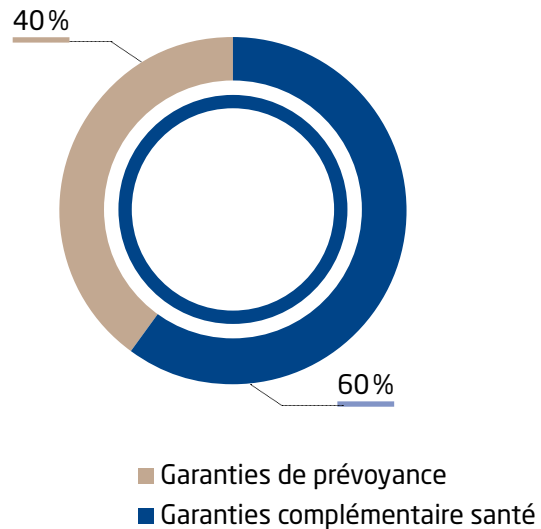
Pour apprécier le taux de satisfaction des demandes des plaignants, il importe de raisonner, non pas en considération des seuls avis du médiateur, mais eu égard à l'ensemble des saisines recevables. C'est qu'en effet, les règlements spontanés sont directement ou indirectement liés au dispositif de médiation. Or, ces règlements sont le plus souvent à l'avantage du participant. Sur les 35 saisines recevables, il faut donc plutôt considérer que celui-ci a obtenu gain de cause à 17 reprises. Le taux de satisfaction est donc proche de 50 %.

En 2013 comme en 2014, certains avis défavorables au plaignant ont donné lieu à des lettres de protestation. Lorsque celles-ci expriment autre chose que la simple déception du plaignant, une réponse est apportée.

LES GARANTIES CONCERNÉES

En 2014, 93 % des dossiers soumis au médiateur concernent des contrats collectifs et 7 % des contrats individuels.

- 40 % concernent des garanties de prévoyance (incapacité/invalidité/décès/dépendance);
- 60 % concernent des garanties complémentaire santé.



D'une année sur l'autre, de nouvelles tendances se font jour :

- l'activité du médiateur augmente sensiblement et le nombre d'avis a crû en 2014 dans des proportions similaires à l'augmentation du nombre de saisine ;
- les différends sur la mise en œuvre des garanties frais de santé sont en très nette augmentation ; ces dossiers sont sensibles en ce que, d'une part, les différends naissent lorsque les montants sont significatifs, d'autre part, ils posent le plus souvent des questions de principe susceptibles de nombreuses occurrences pour les institutions concernées.

QUESTIONS DE MÉTHODE

La quatrième année d'exercice confirme que les dossiers qui requièrent la formalisation d'un avis sont le plus souvent lourds d'enjeux financiers et d'une instruction complexe. Aux fins de traiter cette complexité, un procès de principe a été élaboré en concertation avec le service de la médiation⁽¹⁾. Les difficultés de procédure, de fait et de fond révélées par le suivi de ce procès, ont donné lieu à la mise en place de dispositifs spécifiques. Sur certains points saillants, une doctrine a été esquissée.

LE PROCÈS DE PRINCIPE

La Charte de médiation du CTIP fixe les principes qui gouvernent l'intervention du médiateur. Cependant, et tel n'est d'ailleurs pas son objet, elle ne décrit pas le procès concret de traitement des dossiers.

Le procès arrêté est le suivant :

1. Sitôt le service de la médiation saisi par un plaignant, le plus souvent un participant ou un bénéficiaire, la recevabilité du dossier est vérifiée.

À noter que le service de la médiation peut être saisi par **une institution de prévoyance**. L'opportunité d'une telle saisine est avérée lorsque plusieurs dossiers posent la ou les mêmes questions de principe. Elle accroît l'égalité de traitement des plaignants. Naturellement, pour procéder de la sorte, l'institution doit recueillir l'accord préalable des plaignants.

2. Si le dossier est recevable, il est demandé au plaignant de produire les pièces susceptibles de soutenir sa demande, éventuellement d'explicitier cette dernière, et à l'institution d'établir une note récapitulative, comportant une chronologie des faits, une justification de sa position et accompagnée des pièces pertinentes. Les institutions disposent d'un délai de 5 semaines pour répondre, faute de quoi, elles s'exposent à ce qu'un avis soit rendu sans que leur analyse ait été examinée. Le souci d'une application stricte de la confidentialité a conduit le médiateur à ne pas procéder à un échange contradictoire entre les parties de leurs productions respectives.

⁽¹⁾ Le médiateur doit ici remercier le service de la médiation, organisé par les juristes du CTIP, MM. Patrick Grosieux et Rémi Lestrade, assistés de Mademoiselle Mélanie Gindre et sous le contrôle bienveillant de Madame Isabelle Pariente-Mercier.

3. Le service de la médiation établit une note de synthèse, cette dernière, élaborée à l'issue d'échanges contradictoires au sein du service de la médiation, explicite les modalités de traitement possibles du dossier.

4. Le médiateur, progressivement saisi des documents ci-dessus évoqués, prépare son avis. Il est assez fréquent qu'avant de le rendre, le médiateur sollicite de nouveau les parties aux fins d'obtenir des renseignements ou des analyses complémentaires. Bien souvent, l'instruction révèle des points de complexité qui requièrent de nécessaires éclaircissements. Ces sollicitations ne sont pas significatives d'un préjugé. Elles sont seulement révélatrices du souci de parvenir à une bonne connaissance du dossier.

5. À l'issue de ces derniers échanges, le médiateur rend son avis, ce dernier habituellement structuré en 3 parties, comprenant les commémoratifs, la discussion et les conclusions.

6. Une fois l'avis rendu, les parties doivent indiquer si elles entendent ou non le suivre. Si c'est un avis médian qui requiert l'accord des deux parties, l'institution est invitée à établir un protocole d'accord à soumettre à la signature du plaignant. Le médiateur informe le plaignant de la portée abdicative du protocole (renonciation à l'action).

LES DIFFICULTÉS DE PROCÉDURE

Les difficultés de procédure signalées dans les précédents rapports sont en voie d'effacement. On signalera ici ou là quelques retards, certains encore trop conséquents, dans les réponses apportées par les institutions de prévoyance. On retiendra cependant que la médiation est entrée dans les mœurs et que le médiateur échange désormais sans difficulté avec des correspondants identifiables et réactifs au sein des différentes institutions.

LES DIFFICULTÉS DE FAIT

L'année 2012 avait été l'occasion d'éprouver les contraintes qu'impose le nécessaire respect du secret médical. En prévoyance, il est en effet fréquent que l'exacte instruction d'une plainte conduise à porter l'attention sur des documents couverts par ce secret.

Après réflexion et concertation avec les correspondants médiation des institutions de prévoyance, le dispositif suivant a été arrêté dès l'année passée :

- le médiateur alerte immédiatement l'institution de ce qu'il n'acceptera aucune transmission, sous quelque forme que ce soit, de données ou documents couverts par le secret médical ;
- le médiateur informe également sans délai le plaignant qu'il n'est pas tenu de communiquer ces données ou documents ; il indique cependant qu'en l'absence de communication, il peut estimer ne pas être en situation d'instruire le dossier.

Dans l'ensemble, les plaignants communiquent spontanément les documents utiles à l'instruction et craignent d'autant moins de le faire que la médiation du CTIP obéit à un principe de confidentialité scrupuleusement respecté.

À ce dernier égard, il y a lieu d'insister sur le fait que, dans son avis, le médiateur ne peut expliciter les termes d'un rapport médical qui lui a permis de forger sa conviction. Par exemple, s'il peut faire état d'un lien de causalité entre un état d'invalidité et un accident, il ne lui revient pas de relater dans son avis les éléments médicaux d'où il déduit cette causalité. Sur ce point, le médiateur doit compter sur la **confiance des institutions de prévoyance**.

LES DIFFICULTÉS DE DROIT

Ainsi qu'il a été dit, les dossiers qui justifient *in fine* l'élaboration d'un avis formalisé portent souvent sur des questions complexes.

Pour des raisons exposées précédemment (rapport 2012, p. 13), il est nécessaire d'aménager le principe de la contradiction. Que ce soit sur des questions de fait ou de droit, ce sont les propositions du médiateur qui sont soumises à la discussion préalable des parties.

Lorsque le règlement du différend suppose la résolution de questions d'une technicité telle qu'elles sont à la frontière du droit et de la gestion, le médiateur peut encore utiliser la technique inaugurée en 2012 dite du pré-délibéré. Dans ce cas, le médiateur prépare un projet d'avis, dont les conclusions sont formalisées et qu'il soumet pour observations éventuelles avant de le formaliser de manière définitive. L'institution est alors informée de ce qu'à défaut d'une réaction à brève échéance, l'avis sera conforme au projet.

LES CONSIDÉRATIONS D'ÉQUITÉ

Le médiateur rappelle qu'il est sensible aux considérations d'équité, sauf à ne pas perdre de vue que :

- celles-ci ne peuvent avoir pour effet d'éluider les règles impératives d'origine légale ou jurisprudentielle destinées à protéger les intérêts des participants ;
- elles ne doivent pas conduire à une immixtion du médiateur dans les décisions de gestion des institutions de prévoyance ;
- si elles pèsent naturellement sur un délibéré que ne dicte aucune règle impérative certaine, elles doivent présenter un caractère suffisant d'objectivité pour être prises en considération dans un avis formalisé. Parce qu'elle est collective, la prévoyance impose en effet des solidarités peu compatibles avec des solutions *ad hoc* exclusivement portées par un sentiment d'équité ;
- les difficultés que rencontre un participant peuvent justifier des particularismes, mais ceux-ci ne peuvent prospérer qu'avec l'accord des institutions.

Au bénéfice de ces remarques et selon une doctrine déjà mise en œuvre par le médiateur du GEMA (en ce sens, G. Durry, Rapport du médiateur du GEMA 2008, p. 13), les considérations **d'équité** ont d'autant plus d'importance qu'elles conduisent à valider la demande d'un **plaignant dont le comportement a permis de réduire les demandes indemnitaires** articulées à l'encontre d'une institution de prévoyance. Ce type de considération pèse sur les différends concernant des participants frappés d'une invalidité et qui néanmoins s'efforcent de poursuivre à temps partiel leur activité professionnelle. L'effort qui est le leur ne peut avoir pour conséquence qu'ils soient *in fine* moins bien traités que des participants inactifs.

L'incertitude sur la solution du litige peut également justifier qu'il soit fait appel à des considérations d'équité. Ce peut être le cas **lorsque les stipulations du contrat de prévoyance et des notices d'information manquent de clarté**, au moins à première lecture, et appellent un effort d'interprétation difficilement accessible à un participant.



QUESTIONS DE FOND

QUESTIONS GÉNÉRALES

Décisions de gestion

Ainsi qu'il a été exposé dans le rapport de l'année 2011 et conformément à la pratique suivie dans l'ensemble des dispositifs de médiation institutionnelle, le médiateur s'interdit de prendre parti sur les décisions de gestion des institutions de prévoyance.

Le traitement d'une demande de « geste commercial » relève en conséquence du pouvoir de gestion de l'institution dans l'exercice duquel le médiateur n'a pas à s'immiscer.

De telles demandes sont aisément formulées par des participants ayant eu à essuyer de menues erreurs de gestion. Elles ont une nature purement commerciale dès lors que le plaignant ne justifie d'aucun préjudice. Le médiateur ne saurait donc y faire droit. Il rappelle à cette occasion que la gestion collective de la pré-

voyance entraîne inéluctablement quelques dysfonctionnements qui, rapportés à ses bénéficiaires, sont d'une portée négligeable. Quelques sentiments que suscitent ces bécoteries, le plaignant doit savoir que leur exagération accroît le coût de cette gestion. Il est donc préférable que, remplis de leurs droits, les plaignants accèdent au geste commercial que leur propose souvent l'institution, plutôt que d'en appeler au service de la médiation dont les coûts de fonctionnement sont plus utilement mobilisés par l'instruction de dossiers plus substantiels.

Répétition de l'indu

Le contentieux sur la répétition de l'indu est récurrent. Les principes pour le traiter ont été explicités dans le rapport pour l'année 2013 (rapport, p. 11 et 12). L'année 2014 a permis de les mettre en œuvre, sans doute plus qu'il n'eût été souhaitable compte tenu des difficultés qu'entraînent les restitutions mises à la charge de plaignants aux solvabilités limitées.

L'année 2014 a été l'occasion de rappeler que la détermination de l'étendue de la répétition conduit à s'interroger sur la bonne foi du participant. Il est de principe que la bonne foi de l'assuré s'apprécie en considération des questions qui lui sont posées (v. Cass. civ. 1^{re} 17 mars 1993, P. n° 91-10.041). À défaut de manœuvres de la part du plaignant pour obtenir le paiement des prestations, le versement effectué de manière spontanée est constitutif d'une négligence des services de l'institution, source d'une responsabilité propre à diminuer la créance de restitution du solvens (l'institution).

L'année 2014 a surtout été l'occasion d'exposer une **importante distinction entre paiement indu et nullité pour erreur d'une décision**. Dans le premier cas, l'institution sert une prestation qui n'est pas due et, sauf à tenir compte de sa responsabilité, peut prétendre à répétition. Dans le second cas, l'institution a préalablement et délibérément pris la décision d'accorder telle ou telle garantie à un participant et lui a servi en conséquence la prestation due au titre de cette garantie. Si elle estime s'être trompée lors de la prise de décision, elle ne peut prétendre à restitution des prestations servies selon les règles de la répétition de l'indu.

Comme l'a jugé la Cour de cassation, « *les restitutions consécutives à une annulation ne relèvent pas de la répétition de l'indu mais seulement des règles de la nullité* » (Cass. civ. 1^{re} 24 septembre 2002, P. n° 00-21.278, *Bull. civ. I* n° 218). Il ne s'agit pas de revenir sur un paiement, mais sur l'accord dont celui-ci procède et, le plus souvent, bien d'autres encore. La remise en cause est d'une ampleur plus conséquente et ne s'apparente pas à une simple répétition de l'indu. Le remboursement de l'institution ne peut donc se fonder sur le seul régime de cette répétition. Il passe par une démonstration, à la charge de l'institution, de la nullité de la décision qui a été prise. À défaut de quoi, cette décision prime sur l'erreur commise et doit en conséquence recevoir application. De surcroît, une erreur n'est cause de nullité qu'autant qu'elle est certaine (ou réelle) au moment de l'accord et, de surcroît, excusable.

À ce dernier égard, il est permis de retenir le caractère « inexcusable » de l'erreur pour émaner d'un organisme assureur qui, dans le domaine de la prévoyance, est à cet égard réputé disposer de la compétence requise. Ainsi a-t-il été jugé qu'une « mutuelle », « *en sa qualité de professionnelle de l'assurance (commet) une erreur inexcusable en se trompant sur la nature des prestations reçues par son assuré* » (Cass. civ. 1^{re} 25 mai 2004, P. n° 00-22.436).

Confronté à une situation dans laquelle l'erreur alléguée ne permettait pas de fonder une action en répé-

tion de l'indu et ne présentait pas les caractéristiques requises aux fins de justifier l'annulation de la décision prise par l'institution, le médiateur considère donc que le participant doit être dispensé de rembourser les prestations versées de manière indue.

Interprétation des notices d'information

En principe, les garanties frais de santé viennent compléter les remboursements du régime de base de la Sécurité sociale.

Il est possible que le contrat collectif et les notices prévoient une liste de frais et actes non remboursés par le régime de base de la Sécurité sociale mais pouvant donner lieu à prise en charge partielle ou totale par l'institution.

Cette extension de la garantie frais de santé demeure d'interprétation stricte de sorte que ne peuvent être pris en charge les actes qui ne sont pas expressément mentionnés dans le contrat ou la notice. L'institution de prévoyance ne saurait être comptable des éventuelles erreurs d'appréciation des praticiens sur la nature des actes pratiqués.

Il n'en demeure pas moins que certaines ambiguïtés subsistent, ce qui donnera lieu à recommandation (*v. infra*).

La prescription

1. Sur la confusion entre le délai de déclaration du sinistre et le délai de prescription

Le médiateur a constaté que la confusion était parfois faite entre le délai de déclaration du sinistre et le délai de prescription.

Le premier est un délai pour porter le sinistre à la connaissance de l'institution. Les dispositions impératives de l'article L.932-8 du Code de la sécurité sociale interdisent toute déchéance de garantie en cas de déclaration tardive de l'assuré. Le législateur autorise seulement l'institution à solliciter le versement de dommages et intérêts en cas de déclaration tardive du participant à condition toutefois qu'elle soit en capacité de prouver la réalité d'un préjudice.

La prescription est un délai qui a pour objet la réclamation, au besoin par voie d'action en justice. Son écoulement se traduit par la perte du droit d'agir et, de fait, l'impossibilité d'obtenir les garanties du contrat collectif. La sanction est lourde, en conséquence de quoi les délais sont bien plus longs que pour la déclaration du

sinistre. En principe, le délai est de 2 ans, porté à 5 ans pour les incapacités de travail (pas pour les invalidités), 10 ans pour les garanties décès.

2. Sur le point de départ du délai de prescription

Le point de départ du délai de prescription se situe en principe au jour de la réalisation du risque, ou au jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Ces principes donnent lieu à des applications nuancées selon la nature du risque dont la prise en charge est sollicitée. On retiendra :

- le jour de la notification de l'arrêt maladie par le médecin traitant pour la garantie incapacité de travail ;
- le jour de la notification du classement en invalidité par la Sécurité sociale pour la garantie invalidité (v. par ex. Cass. civ. 1^{re} 4 février 1997, P. n° 94-17.883, Bull. civ. I n° 39).

Pour autant, cette jurisprudence est sans pertinence si la contestation porte, non sur le principe même de l'acquisition d'une rente, mais sur la baisse du montant de cette dernière, dont le principe n'est pas remis en cause. En ce cas, c'est le jour à la date duquel l'institution porte à la connaissance du bénéficiaire sa décision de baisser la rente qui marque le point de départ du délai de prescription.

Cette analyse est conforme aux dispositions de l'article L. 932-13 du CSS qui fixe ce point de départ au jour de « l'événement qui donne naissance » à la contestation. En application de ce texte et à propos d'une action tendant au paiement d'une rente d'invalidité de 2^e catégorie au lieu et place d'une rente d'invalidité de 1^{re} catégorie, la Cour de cassation a admis que cet événement consiste dans le refus de prise en charge par l'institution de l'invalidité de 2^e catégorie (Cass. civ. 2^e 3 février 2011, P. n° 10-30.568).

3. Sur l'opposabilité de la prescription au participant

L'acquisition de la prescription n'est pas nécessairement opposable au plaignant.

En effet, l'article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale prévoit que la notice établie par l'institution de prévoyance et remise par l'adhérent au participant précise, notamment, les délais de prescription.

Il est permis de considérer que le défaut d'information de la notice à cet égard prive l'institution du droit d'opposer la prescription au plaignant. En effet, la notice est le seul document effectivement remis au participant par lequel celui-ci est à même de prendre connaissance de ses droits et obligations issus ou dérivant du contrat collectif négocié par son employeur auprès de l'institution de prévoyance. L'insuffisance

de la notice se traduit par un déficit de connaissance et de la sorte une inopposabilité des dispositifs demeurés dans l'ignorance du participant.

Au reste et l'analogie est permise, il est jugé avec constance qu'à défaut de remise à l'assuré d'une notice l'informant des délais de prescription des actions dérivant du contrat d'assurance, le délai de prescription édicté par l'article L. 114-1 du Code des assurances est inopposable à l'assuré (v. par ex. Cass. civ. 2^e 30 juin 2011, P. n° 10-23 223).

QUESTIONS SPÉCIALES

Calcul des prestations

Encore que l'hypothèse demeure marginale, le médiateur regrette que certains dossiers techniques lui remontent essentiellement en conséquence d'une insuffisance de pédagogie des services de gestion. Le plus souvent, il s'agit de litiges portant sur des calculs complexes de rentes qui nécessitent une analyse approfondie. Le médiateur demande aux correspondants médiation de veiller à ce que ces dossiers soient étudiés plus efficacement entre les services de gestion et les services en charge du traitement des réclamations. Plus ces dossiers sont traités en amont, plus leur traitement est rapide et efficace.

Le calcul des rentes pose cependant des questions de principe, légitimement portées à la connaissance du médiateur. Tel est notamment le cas dans les deux hypothèses suivantes :

- celle dans laquelle le salarié a fait l'objet d'un temps partiel thérapeutique avant sa mise en invalidité ;
- celle dans laquelle le salarié invalide continue de percevoir des revenus d'activité.

1. Travail à temps partiel avant l'invalidité et calcul du salaire de référence

Le calcul du salaire de référence pose des difficultés lorsque le salarié antérieurement à temps complet est passé en temps partiel thérapeutique avant sa mise en invalidité. Le participant soutient que la rente devrait être calculée en considération d'un salaire correspondant à un travail à temps complet alors que le temps partiel a été imposé par la pathologie à l'origine de son état d'invalidité. L'institution se contente parfois de lui servir une rente complémentaire calculée en considération du salaire perçu à temps partiel avant l'arrêt de travail.

Il convient de prendre parti eu égard aux stipulations du contrat collectif. Généralement, celui-ci prévoit que, au cas où le passage à temps partiel a lieu pour des

raisons thérapeutiques, le participant peut prétendre à une rente d'invalidité calculée en considération d'un salaire correspondant à un temps complet.

2. Salarié invalide ayant encore des revenus d'activité

Là comme ailleurs, il ne saurait y avoir une réponse unique que dicterait l'application du principe indemnitaire.

On doit avoir en mémoire que les prestations propres à la prévoyance relèvent de l'assurance de personnes, soumise au principe forfaitaire. L'organisme assureur peut sans doute prévoir le versement de prestations à caractère indemnitaire (v. not. art. L. 931-11 du Code de la sécurité sociale). Pour autant, l'adoption du principe indemnitaire a pour fondement le contrat collectif et non pas une règle légale impérative à laquelle il serait interdit de déroger. Le sens de ce principe et ses modalités de mise en œuvre dépendent alors de l'interprétation du contrat, dont la Cour de cassation juge qu'elle est au pouvoir souverain d'appréciation des juges du fond (Cass. civ. 1^{re} 29 juin 1999, P. n° 97-15.729).

Sous un angle indemnitaire, au reste, les thèses en présence sont également admissibles :

- la couverture en cas d'invalidité peut être analysée comme une garantie de ressources, auquel cas, la prestation due tend seulement à maintenir le revenu de l'assuré antérieurement à sa mise en invalidité ;
- elle peut également se comprendre comme une compensation des pertes consécutives à l'invalidité, au premier rang desquelles celles correspondant à l'impossibilité de travailler à temps complet et de percevoir un salaire à taux plein.

Selon la première analyse, le plafond est égal au traitement perçu avant la mise en invalidité, alors qu'à suivre la seconde, il correspond au salaire que percevrait l'assuré s'il travaillait à temps complet.

Ainsi qu'il a été dit, c'est à la lumière des documents contractuels qu'il y a lieu de choisir entre ces deux analyses. La clarté desdits documents n'est pas toujours telle qu'elle dispense d'un effort d'interprétation, lequel peut s'appuyer sur les directives suivantes.

En premier lieu, le médiateur a fait savoir dans son rapport pour l'année 2013 (p. 14 et 15) que « *des difficultés apparaissent lorsque le participant, invalide de première catégorie, maintient une activité salariée à temps partiel. En pareille hypothèse, le plafond est en général égal au salaire net qu'il percevrait s'il travaillait à temps complet* ».

En second lieu, le principe indemnitaire auquel les documents contractuels font référence ne peut être compris de la même manière selon que l'invalidité prive

le salarié de toute activité professionnelle ou selon qu'elle permet encore une activité à temps partiel. Dans le premier cas, il est impossible de compenser une perte de revenus en considération d'une activité qui n'est plus ; raisonner de la sorte reviendrait à indemniser un préjudice hypothétique, lequel, par principe, est insusceptible d'indemnisation. La situation est différente dans le second cas dès lors que le salarié frappé d'une invalidité de 1^{re} catégorie exerce encore une activité à temps partiel, que sa perte consiste dans son inaptitude à travailler à temps plein, qu'elle est de surcroît évaluable et certaine dès lors que la rémunération du temps partiel est connue.

Sauf stipulations contraires expresses et non équivoques, il est donc conforme à l'économie d'une garantie invalidité de considérer qu'elle permet de maintenir les ressources passées d'un salarié définitivement privé d'activité et de rémunération tandis qu'elle compense la perte de rémunération de l'invalide en mesure de conserver une activité à temps partiel.

Le droit aux prestations différées (art. 7 loi Évin)

La mise en œuvre du droit à prestations différées prévu à l'article 7 de la Loi Évin suscite encore de nombreuses incertitudes.

Certes, la Cour de cassation consacre en principe la théorie du « fait générateur », ce qui contraint l'institution liée à la date de ce fait de prendre en charge les suites de ce fait. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait une homogénéité des états successifs du participant. Ainsi, le passage d'une incapacité constatée sous le régime accident du travail et maladie professionnelle (AT-MP) à une invalidité de droit commun ne constitue pas un obstacle au jeu du droit à prestations différées. Dans un arrêt dont l'interprétation est dépourvue d'équivoque, la Cour de cassation a ainsi jugé que « *le droit aux prestations de l'assuré (est) acquis dès lors que l'assuré avait été atteint d'une invalidité consécutive à un accident du travail survenu avant la résiliation du contrat, seul leur service étant différé* » (Cass. civ. 2^e 23 octobre 2008, P. n° 07-19 382).

Cette jurisprudence n'est pas exempte de critiques. En effet, selon l'article L. 341-3 du Code de la sécurité sociale, « *l'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle* ». Le classement en invalidité procède en conséquence d'une appréciation globale de l'intéressé et intègre d'autres composantes que la seule « capacité de travail ». Elle peut avoir bien d'autres causes qu'un accident de travail survenu près

de 15 ans avant la décision de classement. Le lien de causalité avec le fait générateur peut être incertain de sorte qu'on peut douter d'une reconnaissance systématique du droit à prestations différées en pareille circonstance. Pour autant, au titre des principes qui gouvernent la médiation des institutions de prévoyance, il a été arrêté que « *les participants bénéficient des jurisprudences acquises, seraient-elles contestables* » de sorte qu'ils ne sauraient être « *privés du bénéfice des règles protectrices et impératives* » (Rapport annuel 2012, p. 14) et de l'interprétation qu'en fait la jurisprudence.

Réciproquement, la médiation du CTIP doit s'en tenir aux jurisprudences qui sont à l'avantage des organismes assureurs. Précisément, sur la question du droit aux prestations différées, la Cour de cassation introduit de sérieuses nuances.

La Cour de cassation considère que « *les dispositions de l'article 7 susvisé n'interdisent pas aux parties de définir les conditions d'acquisition de la garantie* », par exemple, « *que le bénéfice des prestations du contrat (soit) subordonné à la double condition que le salarié subisse un arrêt de travail de plus de trois mois et qu'il continue d'être affilié et de cotiser pendant ce délai* » (Cass. civ. 2^e 22 janvier 2009, P. n° 07-21.093, Bull. civ. II n° 24).

Cette jurisprudence est d'une interprétation délicate dans la mesure où le droit reconnu aux organismes assureurs de définir les conditions d'acquisition d'une garantie peut avoir pour effet d'éviter les dispositions impératives par lesquelles l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 consacre le droit à prestations différées. Il n'est donc pas certain qu'elle laisse une entière liberté aux organismes assureurs pour définir les conditions de leur garantie. À l'avenir, il faut attendre d'autres évolutions.

On rappellera également, toujours au titre des aménagements du droit à prestations différées, qu'en cas de successions d'organismes assureurs, ce droit est écarté lorsqu'aucune prestation n'a été servie par l'ancien organisme assureur avant la résiliation du contrat (arrêt du 3 mars 2011, pourvoi n° 09-14.989). A contrario, en l'absence de succession d'organismes assureurs, il semble acquis que le droit à prestations différées est opposable à l'ancien organisme assureur sans limite dans le temps. Pour l'heure, il n'y a pas de mécanismes équivalents à la « garantie subséquente ».

Le maintien des garanties (art. 4 loi Évin)

L'article 4 de la loi Évin prévoit le maintien des garanties au profit des anciens salariés, qu'ils aient fait l'objet d'une mesure de licenciement ou d'une mise à la retraite, précision étant faite que selon l'article 1^{er} du décret n° 90-769 du 30 août 1990, « *les tarifs applicables (...) ne peuvent être supérieurs de plus de 50 p. 100 aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs* ». Par un arrêt rendu le 7 février 2008, la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation a jugé « *qu'il ne peut être dérogé par voie de convention aux dispositions d'ordre public de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 qui prévoient le maintien à l'ancien salarié privé d'emploi de la couverture résultant de l'assurance de groupe souscrite par l'employeur pour la garantie des frais de santé* » (P. n° 06-15.006, Bull. civ. II, n° 25). Elle a ainsi censuré un arrêt qui avait admis que soient maintenues au bénéfice d'un salarié licencié des garanties proches, et non identiques, à celles offertes au salarié en exercice.

Dans ce dossier, dit AZOULAY, la cour d'appel de Lyon, désignée comme cour de renvoi, a jugé le 13 janvier 2009 (RG 08/02875) « *que le maintien de la couverture ne peut profiter aux ayants droit de M. Azoulay, puisque l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 ne vise que les anciens salariés et que le maintien au profit des ayants droit n'est prévu qu'en cas de décès de l'assuré pendant une durée minimale de douze mois, à condition que les intéressés en fassent la demande* ».

Tel qu'il est interprété par la jurisprudence, l'article 4 de la loi Évin contraint les organismes assureurs à proposer aux anciens salariés un maintien de leur couverture individuelle pour une cotisation plafonnée selon les termes de l'article 1^{er} du décret n° 90-769 du 30 août 1990. Au contraire, le maintien imposé de la couverture ne bénéficie pas aux ayants droit, lesquels n'ont alors d'autre possibilité que d'adhérer et de cotiser à titre personnel à une complémentaire, éventuellement celle auprès de laquelle le participant a sollicité le maintien de ses garanties.

Tel est l'état du droit applicable au maintien des garanties en cas d'application de l'article 4 de la loi Évin.

Comme il a été indiqué dans les Rapports annuels pour l'année 2011 (p. 19) et l'année 2013 (p. 15 et 16), le médiateur s'en tient à ces principes.

Concernant une éventuelle adhésion de l'époux(se) du participant, l'institution est libre de ses propositions tarifaires, précision étant faite qu'ainsi qu'il a été exposé dans le Rapport de l'année 2011 (p. 17) et conformément à la pratique suivie dans l'ensemble des dispositifs de médiation institutionnelle, le médiateur s'interdit de prendre parti sur les décisions de gestion des institutions de prévoyance.

Les informations orales

Il est fréquent que les participants reprochent aux institutions une information orale en contradiction avec le service des prestations *in fine* accordées.

Lorsque le participant s'est vu remettre les conditions générales du contrat, la notice d'information explicitant ces dernières et un guide à l'adresse de l'employeur, et que ceux-ci identifient de manière non équivoque les bénéficiaires d'une garantie, il ne peut être sérieusement soutenu que l'information délivrée par l'institution laisserait subsister une incertitude sur l'étendue de la couverture. Au regard des dispositions de l'article L.932-6 du Code de la sécurité sociale qui imposent aux institutions de prévoyance d'établir une notice définissant les garanties souscrites, aucun manquement ne peut être imputé à l'institution.

S'agissant des indications orales fournies par les services de l'institution de prévoyance, à supposer qu'on en admette la réalité alors même qu'il n'en subsiste aucune trace, il y a lieu d'en relever le défaut de pertinence. Le service de réponse aux questions que se posent employeurs et participants a pour fonction de lever les éventuelles incertitudes qui subsistent à la lecture des documents édités par l'institution de prévoyance. Il ne peut être exploité par les participants aux fins de créer une équivoque que lesdits documents avaient pris soin d'éviter. L'oralité ne peut être exploitée pour provoquer l'équivoque.

Frais de santé : estimation de remboursement

Pour les soins à propos desquels l'étendue de la prise en charge peut susciter de légitimes interrogations, par exemple les soins dentaires, certaines institutions ont pris l'habitude de délivrer aux participants une estimation de remboursement en considération d'un devis établi par le praticien sollicité.

C'est une bonne pratique, sauf à relever qu'elle peut être source de déceptions, notamment lorsque les soins ont vocation à s'étaler dans le temps.

La prudence est de délivrer une estimation « en l'état et sous réserve des modifications ultérieures du contrat collectif ». Pour autant, l'institution ne peut s'abriter derrière cette réserve pour refuser ou limiter sa prise en charge, prétexte pris d'une modification des garanties s'il est établi qu'elle était en mesure d'anticiper cette évolution.

L'« estimation de remboursement » constitue un élément de la décision du participant. Correctement informé, il eût été en mesure de choisir des solutions moins onéreuses, notamment en ce qui concerne les prothèses dentaires.

L'insuffisance de l'information délivrée lui fait donc perdre une chance de solliciter des soins d'un montant moindre que ceux prodigués et susceptibles de ce fait d'entrer dans les limites du plafond prévu par le nouveau contrat.

Il est de principe qu'en cas de perte de chance, la réparation du dommage ne peut être totale et qu'elle doit être égale à la fraction du préjudice correspondant à la perte de chance de l'éviter, précision étant faite qu'à ce dernier égard, les juges du fond disposent d'un pouvoir souverain d'appréciation (v. not. Cass. civ. 1^{re} 8 juillet 1997, P. n° 95-17 076, *Bull. civ.* I n° 239).

Il y a lieu d'ajouter que les institutions de prévoyance ne sont pas comptables des approximations des praticiens lorsque ces derniers établissent le devis en considération duquel est donnée l'estimation de remboursement.

Par exemple, lorsqu'un devis indique sans autre précision le « montant total des honoraires », rien ne permet de deviner que ce total correspond en réalité dans l'esprit du praticien à un dépassement d'honoraires venant s'ajouter à la base de remboursement de la Sécurité sociale. En conséquence, il n'est pas permis d'imputer une erreur et une responsabilité à l'institution qui a élaboré son estimation de remboursement en imputant préalablement le montant versé par le régime de base de la Sécurité sociale sur le « montant total des honoraires » indiqué par le praticien.

Frais de santé : dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires sont une pratique courante. Ils suscitent souvent des déconvenues chez les participants trop facilement convaincus que l'absence de prise en charge du surcoût par le régime de base sera compensée par l'intervention de la « mutuelle ».

Cette intervention n'est pas automatique et il convient naturellement de se référer aux termes du contrat collectif et de la notice.

En tout état de cause, il ne saurait y avoir de prise en charge d'un dépassement non autorisé par les dispositions du Code de la sécurité sociale. Aux termes de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, les garanties collectives dont bénéficient les salariés et leurs ayants droit viennent « *en complément des garanties qui résultent de l'organisation de la Sécurité sociale* » et elles n'ont pas pour objet de permettre l'indemnisation de soins facturés en méconnaissance des règles qui découlent de cette organisation. Il revient aux institutions de prévoyance de compléter les garanties offertes par la Sécurité sociale et non de compenser l'absence de couverture de dépenses non autorisées.

Ainsi a-t-il été décidé qu'une institution refuse à juste titre la prise en charge du dépassement d'honoraires d'un masseur-kinésithérapeute motivé par la nature des soins prodigués ou l'existence d'« *un loyer élevé et un investissement matériel conséquent* ».

L'article L. 162-12-9 du Code de la sécurité sociale dispose en effet que « *les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale (...)* ». Or, aux termes de l'article 3.6 de ladite convention nationale, approuvée par arrêté du 10 mai 2007, les tarifs d'honoraires et frais accessoires correspondant aux soins dispensés font l'objet d'une grille jointe en annexe, à propos de laquelle il est disposé que :

« *Le masseur-kinésithérapeute s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après : circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade, telles que soins donnés à heure fixe ou en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute, déplacement anormal imposé au masseur-kinésithérapeute à la suite du choix par le malade d'un masseur-kinésithérapeute éloigné de sa résidence, etc.*

En cas de dépassement de tarifs, le masseur-kinésithérapeute fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant perçu sur la feuille de soins, ainsi que le motif (DE). »

Un masseur-kinésithérapeute ayant dispensé des soins à un participant peut pratiquer un dépassement d'honoraires exclusivement motivé par la mention « DE » pour « dépassement exceptionnel » ou « dépassement d'exigences ». Les autres motifs ne sont pas recevables.

Il faut ici préciser qu'il est loisible au praticien, à la condition qu'il établisse avoir prodigué des soins complémentaires hors nomenclature, d'établir un devis faisant ressortir le montant des soins pris en charge par l'assurance maladie et le montant des soins complémentaires non pris en charge, comme le font par exemple les masseurs-kinésithérapeutes adeptes de la méthode Mézières.

Cette possibilité est expressément prévue par l'article 3.3.4 de la convention nationale et elle présente l'avantage d'informer le patient sur l'étendue des remboursements à attendre et de lui permettre d'interroger sa mutuelle sur l'éventualité d'une prise en charge complémentaire.

Si le masseur-kinésithérapeute consulté par le participant n'a pas pris cette précaution, il ne revient pas à l'institution de prévoyance d'en supporter les conséquences en assumant le coût d'un dépassement d'honoraires non autorisé en vertu de la convention nationale définissant « *les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes* ».

Frais d'optique : les montures

Il est fréquent de trouver dans les notices la mention selon laquelle le remboursement des « *montures* » est « *limité à un remboursement tous les deux ans calendaires par personne* ».

Certains participants en déduisent que les assurés ont droit au remboursement d'une monture tous les deux ans, quelle qu'ait été la durée séparant les acquisitions successives de lunettes. Par exemple, ayant fait une première acquisition en janvier 2011 et une seconde en février 2012, il leur suffirait d'attendre février 2013 pour obtenir le remboursement des montures secondement acquises. Cette analyse ne peut être retenue.

Une « complémentaire santé » est un dispositif d'assurance qui a pour objet de couvrir les risques liés à l'exposition de frais de santé en conséquence d'un acte médical en offrant aux assurés un remboursement complémentaire à celui prévu par le régime de base de la Sécurité sociale. Le risque consiste en conséquence dans l'acte médical et l'exposition des frais qu'il engendre.

Lorsque, comme il est d'ailleurs d'usage dans les «complémentaires santé», le contrat précise les conditions de la garantie en prévoyant des périodes de carence dans l'hypothèse de frais potentiellement récurrents, il y a lieu de comprendre que ces périodes sont définies en considération du risque couvert et donc de la date des actes et de l'exposition des frais de santé.

Ainsi, quand la notice prévoit un remboursement « *tous les deux ans calendaires par personne* », il faut nécessairement comprendre qu'un délai de deux ans doit séparer les dates successives d'exposition des frais. La garantie, qui consiste dans le remboursement, n'a vocation à être mise en œuvre qu'au cas où 2 ans séparent la réalisation successive du risque, à savoir la dépense requise pour raisons de santé.

In fine, il doit être précisé que le délai de carence stipulé dans le contrat collectif a une valeur réglementaire dès lors que l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale, issu du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, dispose que « *s'agissant des lunettes, le forfait (de prise en charge) couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture* ».

Frais d'optique : la chirurgie réfractive

S'il n'est pas nécessairement d'usage, à l'occasion du rapport annuel, d'entrer dans le détail de la prise en charge de telle ou telle pathologie, il est parfois opportun de faire quelques exceptions, spécialement pour la chirurgie réfractive :

- elle est de fait en plein développement et la question de sa prise en charge suscite des différends ;
- le cas est emblématique du hiatus qui peut exister entre la désignation usuelle de certains actes médicaux et la réalité des prises en charge.

Les termes «chirurgie réfractive» constituent une expression générique désignant les chirurgies de l'œil dites de confort en ce qu'elles dispensent les patients de moyens de correction optique externes (lunettes, lentilles). Il en est de plusieurs sortes, parmi lesquelles :

- la chirurgie au laser destinée à corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie ;
- la chirurgie par addition d'une lentille intraoculaire, alternative à la chirurgie au laser et qui permet de guérir les mêmes pathologies, à l'exception de la presbytie (données extraites du site officiel de la Société française d'ophtalmologie ; www.sfo.asso.fr).

En principe, les frais exposés pour cette chirurgie ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, sauf si elle s'insère dans une opération de la cataracte, laquelle entraîne nécessairement la pose d'un implant intraoculaire. En cette dernière occurrence, il faut cependant savoir qu'à l'occasion de cette opération, la pose d'un implant dit « multifocal », censé dispenser ultérieurement le patient du port de lunettes, s'apparente à un « implant de confort » dont le surcoût ne donne pas lieu à remboursement au titre du régime général.

La prise en charge de cette chirurgie dépend donc en principe des termes du contrat collectif et de la notice. Si ceux-ci font référence à l'une seulement des deux types de chirurgie réfractive précédemment identifiée, il faut en déduire que la garantie ne s'étend pas à l'autre. Un participant bénéficiant de la pose d'une lentille intraoculaire ne peut donc être pris en charge au même titre qu'un autre ayant fait le choix d'une thérapeutique utilisant le laser.

On peut regretter que le contrat collectif ne couvre qu'une partie des thérapeutiques ayant une même finalité. Il n'en reste pas moins qu'il y a là un choix de gestion de l'institution de prévoyance sur lequel il ne revient pas au médiateur de prendre parti.



RECOMMANDATIONS

FRAIS DE SANTÉ

Le médiateur entend réitérer et préciser ses recommandations faites dans le rapport pour l'année 2013 sur les frais de santé.

L'événement le plus marquant de l'année 2014 est en effet l'augmentation sensible des dossiers ayant pour objet le remboursement de frais de santé. Les thèmes abordés dans ces dossiers reviennent de manière récurrente en pratique et il importe d'être vigilant.

Les différends prospèrent sur l'incompréhension, laquelle a pour point de départ l'imprécision de la terminologie utilisée, soit par les praticiens dans leurs devis, soit par les notices ou documents émanant des institutions.

Pour reprendre les exemples évoqués dans ce rapport, on a vu qu'un «dépassement d'honoraires» n'est pas l'équivalent d'un «dépassement exceptionnel» autorisé par le Code de la sécurité sociale, qu'il faut distinguer entre implant intraoculaire et implant multifocal, entre chirurgie au laser et chirurgie par implant, etc.

Les institutions n'ont pas à répondre de toutes les imprécisions, alors que, ainsi qu'il a été dit, ces dernières peuvent être le fait des praticiens. Pour autant, les institutions peuvent prendre leur part dans le nécessaire travail de clarification.

- Concernant les notices, il a déjà été souligné l'opportunité d'en expliciter les termes, au moins pour les plus anciennes.

Il existe une vraie difficulté à trouver le bon équilibre entre l'exigence de lisibilité, qui conduit à retenir un langage commun accessible au plus grand nombre, et celle de précision, qui risque de cantonner la lecture des notices aux seuls spécialistes.

Le bon compromis consiste probablement :

Dans un premier temps et dans le corps du texte, à utiliser un langage courant pour désigner les actes et frais donnant lieu à prise en charge (par ex., «dépassements d'honoraires», «implants», «chirurgie de l'œil»).

Dans un second temps, au moyen d'un appel de notes ou par l'utilisation de petits caractères, à préciser ce qu'il faut entendre par les termes utilisés en se référant de préférence aux nomenclatures disponibles sur le site Ameli.fr, à défaut aux usages linguistiques des professions de santé concernées (par ex., ceux de la Société française d'ophtalmologie).

- Concernant les estimations de remboursement faites par les institutions de prévoyance, estimations qui s'apparentent aux «rescrits» visés dans le rapport pour l'année 2013, il serait souhaitable de normaliser le processus aux fins d'éviter les incompréhensions.

Parmi les différentes voies possibles, on peut concevoir que les estimations soient faites en considération de devis établis par les professionnels, mais au moyen d'un formulaire édité par les institutions de prévoyance. Ce formulaire pourrait être présenté sur le modèle d'un questionnaire relatif à la nature des actes, à préciser selon les termes utilisés par le contrat collectif et la notice, ainsi qu'au montant total des honoraires et aux motifs d'éventuels dépassements. Cette méthode devrait contribuer à dissiper les malentendus.

ANNEXE I

CHARTRE DE MÉDIATION DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ET DE LEURS UNIONS

-
- 01** Le Conseil d'administration paritaire du CTIP, désigné par les organisations syndicales signataires de la décision des partenaires sociaux du 4 novembre 2004, procède à la désignation du médiateur du CTIP par un vote à la majorité pour un mandat de deux ans renouvelable. Il est tenu compte pour cette désignation de sa compétence en matière d'opérations collectives et individuelles des institutions de prévoyance.
-
- 02** Toute institution de prévoyance ou union adhérente à la présente charte conserve la possibilité de désigner un médiateur particulier, personnalité indépendante. Dans ce cas, le médiateur du CTIP ne peut être saisi des litiges opposant les membres adhérents et participants, bénéficiaires et ayants droit des institutions qui ont désigné leur propre médiateur.
-
- 03** Lors de la mise en place du présent dispositif de médiation, les institutions de prévoyance et leurs unions informent leurs adhérents et leurs participants de l'existence et des fonctions du médiateur du CTIP en précisant les conditions dans lesquelles, après épuisement des procédures internes de réclamation, les entreprises adhérentes, les participants, bénéficiaires et ayants droit peuvent s'adresser au médiateur.
-
- 04** La saisine du médiateur du CTIP est ouverte aux entreprises adhérentes, aux participants, bénéficiaires et ayants droit dans la limite de deux fois par an.
-
- 05** Le médiateur du CTIP exerce ses fonctions en toute indépendance. Nul ne peut être médiateur du CTIP s'il contrevient aux dispositions de l'article L. 931-9 du Code de la sécurité sociale.
-
- 06** Le médiateur du CTIP dispose des moyens nécessaires à sa mission et peut faire appel en cas de besoin à tout expert qu'il juge utile.
-
- 07** Sont concernés par le présent dispositif, les litiges opposant une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance à l'une de ses entreprises adhérentes ou à l'un de ses participants, bénéficiaires ou ayants droit en matière d'opérations collectives ou individuelles. Les litiges opposant une société d'assurance à l'un de ses assurés, souscripteurs, bénéficiaires ou ayants droit, peuvent relever du présent dispositif sous réserve que la société d'assurance concernée soit détenue par une institution de prévoyance adhérente et que son organe délibérant soit composé de représentants des employeurs et de représentants des salariés.
-

-
- 08** Les décisions rendues par les commissions d'action sociale des institutions de prévoyance ou de leurs unions ne peuvent faire l'objet d'un recours auprès du médiateur du CTIP.
-
- 09** Le contrôle de la motivation des résiliations, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent également faire l'objet d'un recours auprès du médiateur.
-
- 10** Le recours au médiateur du CTIP est gratuit.
-
- 11** À l'issue de la procédure interne, si le désaccord persiste, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance informe le ou les intéressé(s) qu'il(s) a(ont) la possibilité de saisir le médiateur du CTIP. Le médiateur peut être saisi par l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou, avec leur accord, par l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance.
-
- 12** Les institutions de prévoyance et leurs unions s'engagent à répondre dans un délai maximum de cinq semaines à toutes les demandes d'information ou de documents émanant du médiateur du CTIP.
-
- 13** Le médiateur du CTIP informe les entreprises adhérentes, les participants, bénéficiaires ou ayants droit qu'ils conservent leurs droits de saisir les tribunaux. La saisine des tribunaux fait sortir le litige du présent dispositif.
-
- 14** Conformément à l'article 2238 du code civil, la prescription est alors suspendue à compter du jour où les parties auront convenu de recourir à la médiation.
-
- 15** Si l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance estiment la prescription acquise avant saisine du médiateur du CTIP, elle doit en informer explicitement l'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit et le faire savoir, de façon motivée, au médiateur dès le premier échange de courrier avec ce dernier. À défaut, elle est réputée avoir renoncé au bénéfice de la prescription.
-
- 16** L'avis du médiateur du CTIP, écrit et motivé, est transmis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de la date à laquelle le médiateur a été saisi.
-
- 17** Dans les cas exceptionnels où ce délai se révèle insuffisant, le médiateur du CTIP en informe, de façon motivée, les parties.
-
- 18** Tout avis rendu par le médiateur du CTIP précise qu'il a été établi en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.
-
- 19** La procédure de médiation et l'avis du médiateur sont confidentiels. Les parties intéressées et le médiateur peuvent exclusivement faire état de l'existence de la médiation, d'un accord ou d'un désaccord en fin de médiation.
-
- 20** L'avis rendu par le médiateur du CTIP ne lie pas les parties. La décision de ne pas suivre cet avis est adressée au médiateur du CTIP par la direction générale de l'institution ou de l'union et portée à la connaissance du président de l'institution ou de l'union concernée.
-
- 21** Le médiateur du CTIP rédige un rapport annuel sur son activité. Ce rapport ne désigne nommément ni les personnes physiques ni les institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance concernées. Il est transmis par le CTIP à ses membres et à l'Autorité de contrôle.
-
- 22** Les médiateurs désignés par les institutions de prévoyance se coordonnent avec le médiateur du CTIP pour assurer une harmonisation des avis rendus et le tiennent régulièrement informé de leurs activités. En vue de la publication annuelle du rapport du médiateur du CTIP, les médiateurs désignés par les institutions de prévoyance informent chaque année le médiateur du CTIP du bilan de leurs activités, notamment du nombre de saisines, de l'objet des litiges, du nombre d'avis rendus et de la proportion d'avis rendus en faveur des membres participants et des membres adhérents d'institution de prévoyance ou d'union d'institutions de prévoyance.
-

ANNEXE II

INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ADHÉRENTES À UN DISPOSITIF DE MÉDIATION

Institutions de prévoyance adhérentes au médiateur du CTIP

AG2R MACIF PRÉVOYANCE	CREPA
AG2R PRÉVOYANCE	CRP-BTP
AGRI PRÉVOYANCE	HUMANIS PRÉVOYANCE
ANIPS	INPR
APGIS	INSTITUTION DE PRÉVOYANCE AUSTERLITZ
APICIL PRÉVOYANCE	INSTITUTION DE PRÉVOYANCE NESTLÉ
ARPÈGE PRÉVOYANCE	INSTITUTION DE PRÉVOYANCE VALMY
AUDIENS PRÉVOYANCE	IPBP
B2V PRÉVOYANCE	IPECA PRÉVOYANCE
CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE	IRP AUTO IENA PRÉVOYANCE
CAPRA PRÉVOYANCE	IRP AUTO PRÉVOYANCE SANTÉ
CAPREVAL	IPSEC
CAPSSA	IRCEM PRÉVOYANCE
CARCO	KLESIA PRÉVOYANCE
CARPILIG PRÉVOYANCE	MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE
CCPMA PRÉVOYANCE	OCIRP
CIPREV	REUNICA PRÉVOYANCE
CPCEA	UNIPRÉVOYANCE

Institutions de prévoyance disposant de leur propre médiateur

BTP PRÉVOYANCE

M. Philippe CHRISTAIN
7, rue du Regard
75294 PARIS CEDEX 06

CARCEPT PRÉVOYANCE IPRIAC

M. Régis GOUZE
1 à 13, rue Denise-Buisson
93491 MONTREUIL-SOUS-BOIS CEDEX

CGPCE

M. Serge HUBER
30, place d'Italie - CS 71339
75627 PARIS CEDEX 13

ANNEXE III

ADRESSES UTILES

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Direction du contrôle des pratiques commerciales
61, rue Taitbout
75436 PARIS CEDEX 09

Le Médiateur du CTIP (institution de prévoyance)

10, rue Cambacérès
75008 PARIS

Le Médiateur de la CSCA (courtier d'assurance)

91, rue Saint-Lazare
75009 PARIS

Le Médiateur de la FFSA (société d'assurance)

BP 290
75425 PARIS CEDEX 09

Le Médiateur de la FNMF (mutuelle)

Le Médiateur de la Médiation Fédérale Mutualiste
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

Le Médiateur du GEMA (société d'assurance mutuelle)

9, rue de Saint-Pétersbourg
75008 PARIS

Le Médiateur du CTIP
10, rue Cambacérés
75008 Paris