CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Médiation du CTIP

RAPPORT ANNUEL DU MÉDIATEUR 2012

CTIP

SOMMAIRE

04 Observations liminaires

04 La médiation du CTIP, une vocation générale
05 La médiation du CTIP et l'amélioration du service
05 La médiation du CTIP, un facteur de régulation
06 La médiation et les médiations

07 Données quantitatives

07 Nombre total de saisines
08 Les saisines instruites par le médiateur
10 Les garanties
10 Le type d'opérations d'assurance

11 Questions de méthode

11 Le procès de principe
12 Les difficultés de procédure
12 Les difficultés de fait (le secret médical)
13 Les difficultés de droit

14 Questions de fond

14 Questions générales
Jurisprudence et doctrine du médiateur
Les erreurs
Les notices d'information
Les nullités
Les déchéances
La prescription
17 Questions spéciales
État d'invalidité : le contrôle exercé par les institutions de prévoyance
Calcul des rentes et principe indemnitaire
Le droit aux prestations différées
Le devenir des régimes gérés par les institutions de retraite supplémentaire (IRS)
Capital décès et confidentialité

21 Recommandations

21 À propos des notices
21 Les expertises internes

23 Annexes

23 Annexe I
Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions
25 Annexe II
Institutions de prévoyance adhérentes à un dispositif de médiation
27 Annexe III
Adresses utiles

OBSERVATIONS LIMINAIRES

Le rapport pour l'année 2012 constitue le second rapport d'activité du médiateur du CTIP. Il expose les données de cette année civile en même temps qu'il récapitule, en les actualisant, les données antérieures qui demeurent pertinentes.

Xavier Lagarde
Médiateur du CTIP

La médiation du CTIP, une vocation générale

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.

De la théorie à la pratique, il n'y a d'ailleurs qu'un pas. En effet, 37 institutions sur 49 ont fait le choix d'une adhésion tant à la Charte de médiation élaborée sous l'égide du CTIP qu'au dispositif mis en place par ce dernier (2 nouvelles adhésions ont été enregistrées en 2012).

Le médiateur du CTIP a donc compétence à l'égard de ces 37 institutions qui représentent 76,4 % de l'encaissement total des cotisations, soit 9,3 milliards d'euros.

La vocation générale de la médiation CTIP, c'est-à-dire son applicabilité de principe à l'ensemble des institutions de prévoyance, demeure cependant facultative. Ainsi, 5 institutions ont adhéré à la Charte tout en conservant leur propre système de médiation et donc leur médiateur. Une institution a fait le choix de l'autonomie totale, en désignant son propre médiateur et en n'adhérant pas à la Charte. Enfin, seules 6 institutions de prévoyance n'ont pas encore pris position sur le dispositif, tant en ce qui concerne les principes posés par la Charte du CTIP que la personne du médiateur.

En définitive, 43 institutions de prévoyance sur 49 se sont effectivement dotées d'un dispositif de médiation (soit 99,3 % de l'encaissement total des cotisations).

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 qui lui ont été 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, 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, 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 percevraient 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 »). Ces derniers sont habituellement perçus comme un moyen amiable de résoudre un litige dans l'intérêt des parties. La perspective est individualiste.

La médiation du CTIP, comme toutes les médiations institutionnelles, dépasse cette perspective. De fait, l'activité du médiateur s'inscrit dans une logique collective et participe sur un mode non contraignant à la régulation du secteur de la prévoyance.

La médiation du CTIP constitue 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.

La médiation
et les médiations

Conformément aux termes de l'article 22 de la Charte de médiation, des actions ont été entreprises aux fins de coordonner l'activité du médiateur du CTIP avec celle des médiateurs désignés directement par les institutions de prévoyance.

Quoique l'observation ne revête pas un caractère systématique, il apparaît que les médiateurs d'institution ont plutôt pour fonction de régler les dossiers caractéristiques d'un dysfonctionnement des pratiques internes, également de pallier l'insuffisance d'information des participants, tandis que le médiateur du CTIP a pour principale tâche de veiller à la conformité des pratiques aux accords collectifs et autres dispositions impératives. Cela n'empêche toutefois pas certains médiateurs d'institution de *« souligner des axes d'amélioration sur des points réglementaires et de gestion »* (v. rapport annuel médiateur PRO BTP 2012).

Dans l'ensemble, les médiateurs d'institution s'efforcent également, comme le recommande l'article 22 de la Charte, d'informer *« 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 »*.

DONNÉES QUANTITATIVES

Nombre total de saisines

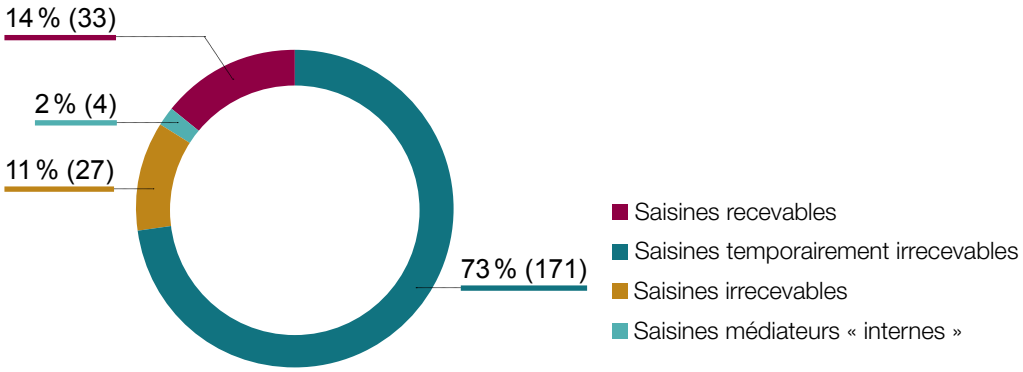
Sur l'exercice 2012, 235 lettres de saisines ont été adressées au médiateur du CTIP (contre 68 en 2011) :

- 33 saisines « recevables » ont été instruites par le médiateur (14 %) ;
- 171 saisines « temporairement irrecevables » ont été examinées en amont par l'institution de prévoyance concernée (73 %) ;
- 27 saisines « irrecevables » ont été orientées vers l'organisme compétent (11 %) ;
- 4 saisines ont été orientées vers les « médiateurs internes » d'autres institutions (2 %).

Ces données chiffrées appellent quelques commentaires.

1. Le nombre de saisines a plus que triplé par rapport à 2011.

La portée de cette augmentation doit être relativisée. En effet, le nombre d'avis ne s'est pas accru dans les mêmes proportions et il est de probables explications conjoncturelles à cette évolution. Parmi celles-ci, le fait que le secteur de la prévoyance est en phase de consolidation si bien qu'à la suite de fusions ou de regroupements, des solutions de continuité se produisent parfois dans le traitement des dossiers. Il s'ensuit des retards que la simple saisine du médiateur a généralement pour effet de résorber. Quoi qu'il en soit, il serait malgré tout souhaitable que les institutions concernées par de telles évolutions veillent au bon suivi des dossiers.



2. Les irrecevabilités définitives, 31 en tout, sont liées à une mauvaise orientation du dossier :
• Soit que celui-ci intéresse une mutuelle, une société d'assurance ou tout organisme autre qu'une institution de prévoyance ;
• Soit qu'il concerne une institution de prévoyance non adhérente ou disposant de son propre médiateur ;
• Soit enfin qu'il ait pour objet une question qui, en vertu de la Charte de médiation, échappe à la compétence du médiateur (augmentation de cotisations, motivation des résiliations, action sociale).

L'année 2012 est surtout caractérisée par **une forte croissance des irrecevabilités temporaires.** Celles-ci sont au nombre de 171 et représentent 73 % des saisines. Cette augmentation s'explique par les phénomènes de consolidation précédemment identifiés. À ce jour, il semble que le préalable de l'épuisement des voies de recours internes, motif de ces irrecevabilités temporaires, ait permis le règlement de la plupart de ces dossiers.

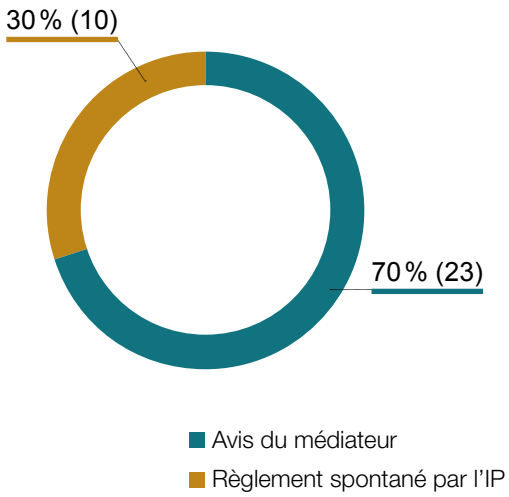
On rappellera que lorsque l'irrecevabilité est temporaire, le service de la médiation clôt immédiatement le dossier, plutôt que de le laisser en l'état dans l'attente de l'issue des procédures internes. En l'absence de règlement du dossier après épuisement de ces procédures, le plaignant procède à une nouvelle saisine, ce qui donne lieu à l'ouverture d'un nouveau dossier et fait courir le délai de 5 mois prévu par la Charte. Sous l'angle du droit de saisine du médiateur, limité à deux par an, il a été décidé que cette seconde saisine ne serait pas comptabilisée comme telle dès lors qu'elle n'est jamais qu'une suite de la première. Afin d'éviter que l'irrecevabilité tirée de l'absence d'épuisement des voies de recours interne ne soit le vecteur d'une stratégie dilatoire, le médiateur du CTIP estime qu'une absence de réponse significative de l'institution de prévoyance dans un délai de 3 mois donne compétence au médiateur pour rendre un avis.

Concernant les irrecevabilités temporaires de l'année 2012, le début de l'année 2013 confirme que la plupart des dossiers ne sont pas revenus devant le médiateur. Ce qui autorise à penser qu'ils ont trouvé leur règlement en interne.

Les saisines instruites par le médiateur

Concernant les 33 saisines instruites par le médiateur :

• 23 ont donné lieu à avis du médiateur (70 %)
• 10 ont fait l'objet d'un règlement spontané en faveur du participant (30 %)



Sur les 33 dossiers jugés recevables, 10 dossiers se sont soldés par un **règlement spontané.** La plupart du temps, l'institution a fait droit à la demande du plaignant et le médiateur s'est contenté de donner acte aux parties de leur accord. En certaines occurrences, des démarches informelles du service de la médiation ont eu pour effet de favoriser une telle issue.

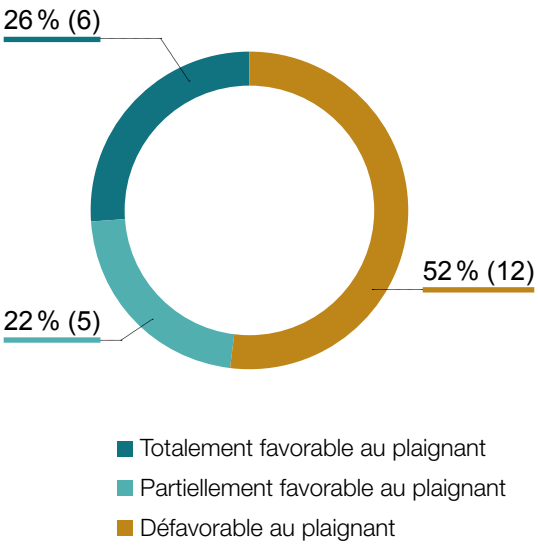
Il est à noter que le service de la médiation veille au caractère satisfactoire du règlement proposé par l'institution et à la réalité de l'accord du plaignant. À ce dernier égard, le service de la médiation interpelle expressément ce dernier et lui donne un délai aux fins d'exprimer un éventuel désaccord.

L'importance quantitative de ces « donné-acte » est significative des bienfaits indirects de la médiation du CTIP. La simple saisine d'une instance extérieure à l'institution incite en effet celle-ci au règlement d'une situation ayant pâti de blocages internes. Cet effet incitatif de la médiation du CTIP, exclusivement lié à sa réalité institutionnelle, est assurément à mettre à son crédit.

On note que l'année 2012 marque un léger recul de ces règlements spontanés. Cette évolution est à mettre en comparaison avec le nombre des irrecevabilités temporaires et le renvoi aux procédures internes que celles-ci impliquent. Il est probable que les règlements amiables interviennent désormais en amont de la saisine du médiateur. Ce qui signifierait que l'existence d'un dispositif de médiation a eu pour effet d'accroître la vigilance des services.

Concernant les 23 avis rendus par le médiateur :

- 6 sont totalement favorables au plaignant (26 %)
- 5 sont partiellement favorables au plaignant (22 %)
- 12 sont défavorables au plaignant (52 %)



23 dossiers ont donné lieu à un avis dans lequel le médiateur a pris position sur le fond du dossier. Par rapport à l'année 2011, l'augmentation est sensible. En effet, pour la seule année 2011, 14 avis avaient été formalisés.

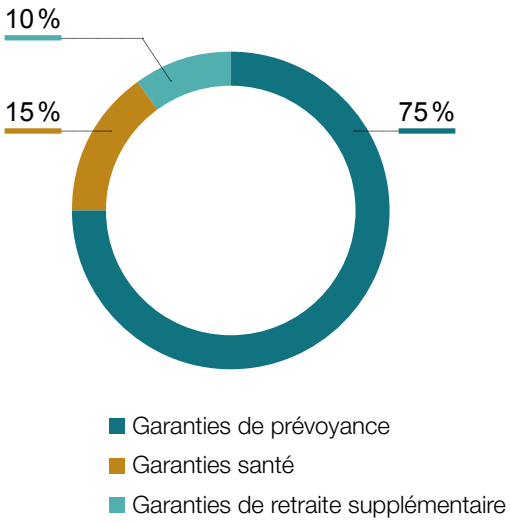
12 avis se sont soldés par un rejet quasi-intégral des demandes du plaignant. Par 6 fois, le médiateur a donné pleinement satisfaction au plaignant. 5 avis consacrent une position médiane, sans qu'il soit possible de dire si elle est plus à l'avantage du plaignant que de l'institution.

Les avis du médiateur défavorables totalement ou partiellement à l'institution de prévoyance ont été suivis par cette dernière.

Les garanties

• 75 % concernent des garanties de prévoyance (incapacité,invalidité,décès,dépendance) ;
• 15 % concernent des garanties complémentaire santé ;
• 10 % concernent des garanties de retraite supplémentaire.

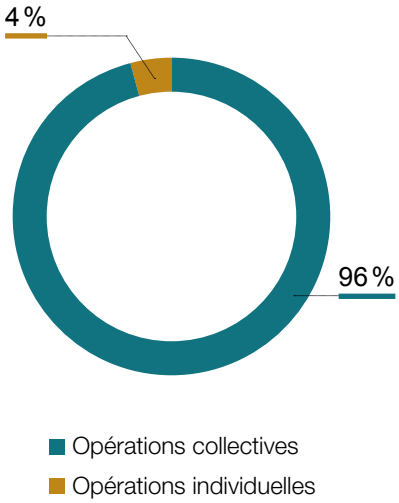
Ces proportions restent assez proches de celles observées en 2011.



Le type d'opérations d'assurance

• 96 % des litiges concernent des opérations collectives à adhésion obligatoire (« contrats collectifs ») ;
• 4 % des litiges concernent des opérations individuelles (« contrats individuels »).

Là comme ailleurs, les ordres de grandeur sont à peu près les mêmes d'une année à l'autre.



Au terme de cette deuxième année pleine d'exercice, **deux tendances se dessinent :**
- l'activité du médiateur est en augmentation sensible ;
- il connaît principalement de différends portant sur des rentes, aux conséquences financières significatives.

QUESTIONS DE MÉTHODE

La deuxième année d'exercice confirme que les dossiers ayant nécessité 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.

2. Si le dossier est recevable, il est demandé au plaignant de produire les pièces susceptibles de soutenir sa demande, éventuellement d'expliciter 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. Ce point pourrait évoluer.

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.

[1] Le médiateur doit ici remercier le service de la médiation, organisé par les juristes du CTIP, MM. Patrick Grosieux et Rémi Lestrade, sous le contrôle bienveillant de Mme Isabelle Pariente-Mercier.

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

L'année 2011 avait révélé 4 difficultés en lien avec :

- L'insuffisante clarté des échanges avec le médiateur,
- Le respect des délais,
- La carence des deux parties dans l'instruction du dossier,
- L'existence de négociations engagées en marge de la médiation du CTIP, propres à produire un effet dilatoire.

Sur ces 4 points, le médiateur observe que la situation, qui n'avait au reste aucun caractère critique en 2011, s'est sensiblement améliorée. Au bénéfice des deux observations qui suivent.

Concernant les délais, le médiateur doit signaler qu'en 2012, 15 % des dossiers n'ont pas été traités dans le délai de 5 mois prévu par la Charte. La raison tient parfois à un défaut de diligence des institutions sollicitées. Dans la plupart des cas (en fait, 3 dossiers), la complexité du dossier a été la raison du retard, précision étant rappelée qu'aux termes de l'article 17 de la Charte, le médiateur peut exceptionnellement prolonger le délai d'instruction après en avoir informé les parties, de façon motivée.

Concernant les suites de l'avis, spécialement lorsqu'il est défavorable aux institutions de prévoyance, le médiateur a pu constater qu'en certaines occurrences, celles-ci tardent à faire connaître leur position. Le médiateur comprend que les services internes de l'institution prennent le temps de la réflexion, spécialement lorsque l'avis est lourd de conséquences. Il importe cependant que le délai soit raisonnable.

Il importe également que l'institution prenne clairement parti. Il arrive que l'avis donne lieu à une exécution partielle, ce qui laisse planer une incertitude sur la décision prise.

À cet égard, il y a lieu de rappeler les termes de l'article 20 de la Charte :

« 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. »

L'équivoque ne saurait constituer une cause d'exonération du respect de ces obligations.

Les difficultés de fait (le secret médical)

Il arrive que le dossier soit incertain en fait et qu'il y ait contestation à cet égard. Cette situation est difficile à appréhender pour le médiateur qui, sans *imperium,* n'a pas de pouvoir d'instruction.

Il faut ici rappeler que la médiation du CTIP a d'autant plus de chances de réussir qu'elle est un processus de vérité. Devant le médiateur, on ne plaide pas, on s'explique. Au reste, l'arbitrage informel de ce dernier sera d'autant mieux accepté que chacun aura préalablement pris l'exacte mesure et conscience de ses agissements.

Au-delà de ces considérations générales, le médiateur fait naturellement application des règles du droit commun de la preuve de sorte qu'au cas où incertitude persiste à l'issue de l'instruction du dossier, elle opère au détriment de celui qui, dans le cadre d'un procès, supporterait la charge de la preuve. Néanmoins, il fait également application d'un important correctif lié à ce que l'institution, en certaines occurrences, dispose d'une plus grande aptitude à la preuve que le plaignant. En ce cas, le médiateur peut solliciter l'institution aux fins de production, au besoin tirer toutes conséquences d'une abstention ou d'un refus de concourir à cette mesure.

La mise en œuvre de ces principes s'est heurtée au cours de l'année 2012 aux contraintes qu'impose le nécessaire respect du ***secret médical.*** Il arrive en effet que l'exacte instruction d'une plainte, formée, par exemple, à la suite d'un refus de prise en charge fondé sur des réponses inexactes à un questionnaire de santé, 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 :

• 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.

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.

Afin de les résoudre, il n'est de méthode plus éprouvée que de provoquer un débat contradictoire. Appliquée à la médiation du CTIP, la mise en place de cette méthode bute cependant sur deux obstacles :

• Le plaignant, rarement représenté, souffre d'un déficit de compétence par rapport à l'institution de prévoyance, cette dernière étant dotée d'un service juridique ; cette situation déséquilibrée limite la pertinence d'une contradiction ;

• De surcroît, la procédure est confidentielle de sorte que les communications faites au médiateur n'ont pas vocation à être systématiquement transmises aux deux parties.

En conséquence, le médiateur aménage la contradiction en soumettant si nécessaire et confidentiellement ses initiatives à la discussion préalable des correspondants des institutions de prévoyance, au besoin du plaignant sur les questions de fait, également de droit lorsque la lettre de saisine révèle une connaissance des règles applicables. Lorsqu'il est instauré, le débat contradictoire porte, non pas sur les productions des parties, mais sur les propositions du médiateur.

L'année 2012 a permis d'inaugurer la technique du **« pré-délibéré »**. 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 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 qu'à défaut d'une réaction à brève échéance, l'avis sera conforme au projet. Lorsqu'elle a été utilisée, cette méthode a sensiblement amélioré la qualité de l'instruction.

Concernant les critères de décision du médiateur, celui-ci s'en tient à la doctrine exposée dans le rapport de l'année 2011. Il entend ici préciser qu'il est sensible aux **considérations d'équité,** sauf à ne pas perdre de vue que :

• Celles-ci ne peuvent avoir pour effet d'éluder les règles impératives d'origine légale ou jurisprudentielle destinées à protéger les intérêts des participants ;

• 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.

QUESTIONS DE FOND

Les saisines de l'année 2012 ont souvent pour objet un contentieux de rente. Elles posent néanmoins des questions générales. Au demeurant, les rentes n'épuisent pas les réflexions. Le devenir des régimes gérés par les institutions de retraite supplémentaire, la confidentialité et le versement d'un capital décès se sont invités aux débats de cette année 2012.

QUESTIONS GÉNÉRALES

Jurisprudence et doctrine du médiateur

Comme les autres médiateurs institutionnels, le médiateur du CTIP veille à ce que les participants bénéficient des jurisprudences acquises, seraient-elles contestables. En effet, la médiation ne saurait avoir pour effet de priver les plaignants du bénéfice de règles protectrices et impératives. Naturellement, et pour autant qu'elles puissent être décryptées, **le médiateur s'adapte aux évolutions de la jurisprudence.**

Cependant, le médiateur **ne saurait revenir sur les termes d'un précédent avis au bénéfice d'une évolution jurisprudentielle postérieure.** En effet, dès lors que celui-ci est formalisé et s'apparente ainsi à une sorte d'acte juridictionnel, certes dépourvu de force contraignante, il y a lieu de lui attacher les effets propres de ce type d'actes, spécialement l'autorité de chose « jugée », ou si l'on préfère « avisée ». Or, il est de principe qu'une évolution de la jurisprudence n'est pas propre à justifier la méconnaissance de cette autorité (Cass. civ. 1ère 24 septembre 2009, P. n° 08-10517, *Bull.* civ. I n° 177). Sous l'angle de l'équité, il serait au demeurant discutable de prendre en défaut les attentes qu'un plaignant a pu fonder sur la foi d'un avis déjà rendu.

Les erreurs

Il y a lieu de rappeler que **l'erreur n'est pas créatrice de droit** (v. *rapport annuel du médiateur 2011*, p. 18). Ainsi les versements effectués de manière erronée par une institution de prévoyance ne sont pas créateurs de droit pour les bénéficiaires desdits versements (Cass. soc. 10 mai 1979, P. n° 78-40.296, *Bull.* n° 408 ; Cass. soc. 14 novembre 1996, P. n° 95-11.789, *Bull.* n° 388), mais pour autant, l'erreur ainsi commise constitue une faute civile qui peut être source de responsabilité pour l'institution de prévoyance.

Il en va de même des informations erronées, sauf à **nuancer la proposition lorsque l'information dispensée porte sur le régime de la prescription.** Il est de principe, en procédure civile, que l'information erronée sur le délai d'une prescription empêche le cours de cette dernière. La Cour de cassation en a ainsi jugé à propos de la demande d'un salarié tendant au paiement par une institution de prévoyance d'une rente d'invalidité. Ainsi a-t-elle retenu que *« la prescription ne court pas à l'encontre de celui qui a été empêché d'agir »* pour en déduire que *« l'indication d'un délai de prescription erroné avait abusé (le plaignant) qui avait été mis dans l'impossibilité d'agir utilement en justice contre (l'institution) »*, et qu' *« à bon droit la cour d'appel a rejeté la fin de non-recevoir tirée de la prescription »* (Cass. civ. 2ème 5 avril 2007, P. n° 05-17.625). Le médiateur fait application de ces principes aux informations erronées que les institutions de prévoyance dispensent sur la prescription.

Les notices d'information

Concernant les notices à remettre aux participants et leurs éventuelles insuffisances, le médiateur a été amené à clarifier le régime des sanctions opposables aux institutions en distinguant deux situations : l'inexactitude des stipulations de la notice, le défaut de remise de la notice.

La première situation est opposable aux institutions. De fait, la notice est de leur main et il est normal qu'elles en assument les imperfections. En conséquence, le médiateur applique le principe en vertu duquel les clauses d'un contrat ou d'un règlement plus restrictives que celles indiquées dans la notice sont inopposables au participant (Cass. civ. 1ère 23 juin 1998, P. n° 96-11.239, *Bull.* n° 221).

Lorsque la notice fait défaut, il y a lieu de distinguer entre deux hypothèses :

- Soit la demande de prise en charge est formulée par un employeur ; auquel cas, le défaut de remise de la notice, à le supposer caractérisé, est le fait de l'institution et l'employeur lui impute logiquement cette carence (v. par ex. Cass. civ. 2ème 8 juillet 2010, P. n° 09-16.417) ;
- Soit la demande émane du participant ; si ce dernier tirait parti de l'absence de notice, il ferait supporter à l'institution une insuffisance qui peut être le fait de l'employeur. L'institution devrait ainsi assumer les conséquences d'une carence qui n'est pas la sienne, solution qu'en équité, le médiateur ne saurait préconiser.

Quoi qu'il en soit, **le médiateur veille à ne pas exagérer les contraintes formalistes.** Il considère qu'à partir du moment où les clauses opposées au participant ont été portées à sa connaissance effective, celui-ci ne peut prendre prétexte d'une insuffisance de la notice à cet égard pour s'y dérober. En pratique, le médiateur déduit la connaissance effective du participant de l'examen du contenu des documents que ce dernier fournit spontanément au médiateur.

Le médiateur considère cependant que des améliorations sont souhaitables et formule à cet égard des recommandations (v. *infra p.21*).

Les nullités

Le médiateur a également eu à faire application des dispositions de l'article L. 932-7 du code de la sécurité sociale pour conclure à la nullité d'une garantie accordée en suite d'une fausse déclaration intentionnelle.

Conformément à une jurisprudence constante, il a été retenu que des réponses inexactes au questionnaire de santé, pour peu que les questions posées soient claires, sont caractéristiques d'une **réticence intentionnelle** (v. par ex. Cass. civ. 2ème 16 décembre 2010, P. n° 10-10.859, *Bull.* civ. II n° 208). En revanche, lorsque la réticence porte sur une gêne ou encore des symptômes, il est admis qu'elle n'a pas de caractère intentionnel. Il est normal que l'assuré révèle les maladies et les pathologies diagnostiquées par une autorité médicale. On peut comprendre qu'il réserve à son médecin l'exposé des symptômes qu'il éprouve.

Les dispositions de l'article L. 932-7 prévoient cependant que la nullité pour fausse déclaration intentionnelle est écartée lorsque « *l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel* ». Il arrive cependant que la fraude soit telle qu'elle prive de toute effectivité l'adhésion à l'institution. Tel est le cas lorsque le contrat de travail qui détermine l'adhésion est à l'évidence fictif. La fictivité du contrat rejaillit sur l'adhésion. À défaut d'adhésion, il n'y a donc pas lieu à garantie.

Les déchéances

Le médiateur a eu l'occasion de faire application des dispositions de l'article L. 932-8 du code de la sécurité sociale selon lequel « *sont* ***nulles :*** *(…) 2° Toutes* ***clauses frappant de déchéance*** *le participant ou le bénéficiaire* ***à raison de simple retard*** *apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces (…)* ». Il est sans doute exact qu'en cas de déclaration tardive, l'institution de prévoyance est en droit, toujours selon ce texte, « *de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé* » et que la nullité opère « *sans préjudice* » de ce droit. Pour une exacte analyse de ce texte, il importe cependant de le comparer aux dispositions de l'article L.113-2, alinéa 4, du code des assurances, selon lequel « *lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive (…) ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice* ». Selon ce texte, les sociétés d'assurances qui justifient d'un préjudice causé par la déclaration tardive sont en droit d'opposer mécaniquement la déchéance à l'assuré. Tel n'est pas le cas pour les institutions de prévoyance qui subissent en tout état de cause la nullité de la déchéance, sauf à pouvoir imputer au participant une responsabilité propre à limiter le montant des prestations à servir.

Au reste, lorsqu'une clause de déchéance est valable, il importe que cette clause apparaisse clairement dans la notice (article R. 932-1-4 du code de la sécurité sociale). Sur ce point, le formalisme doit être respecté.

La prescription

Quelle est la portée d'une clause qui, pour l'invalidité permanente totale, porte le délai de prescription à cinq ans ? La question se pose dans la mesure où l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale consacre une prescription biennale et que, toujours selon ce texte, la prescription quinquennale vaut seulement « *en ce qui concerne l'incapacité de travail* ». La clause qui retient cette dernière prescription pour l'invalidité permanente totale n'est donc pas redondante.

Il a été retenu que l'augmentation conventionnelle du délai de prescription au bénéfice du participant s'impose à l'institution de prévoyance, malgré l'impérativité des dispositions de l'article L. 932-13 qui fixe le régime de la prescription. Cette règle fait en effet partie de l'ordre public social, dont la principale caractéristique est la soumission au principe de faveur. Dans la logique de ce principe, dont la portée a certes été nuancée par la loi du 4 mai 2004, l'article L. 2251-1 du code du travail pose encore qu'« *une convention ou un accord peut comporter des stipulations plus favorables aux salariés que les dispositions légales en vigueur* ». L'application combinée des articles L. 2253-1 et L. 2253-3 du code du travail conduit également à retenir qu'en « *matière de garanties collectives complémentaires mentionnées à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale* », la convention ou l'accord d'entreprise ne peut comporter de stipulations dérogatoires qu'à la condition d'être « *plus favorables aux salariés* ». Le principe de faveur donne enfin la priorité aux stipulations les plus favorables applicables au niveau des relations individuelles de travail.

D'où il suit que les dispositions impératives de l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale ne sauraient priver d'effet la clause insérée dans un contrat de prévoyance qui allonge le délai de prescription au bénéfice d'un salarié demandeur d'une rente d'invalidité.

QUESTIONS SPÉCIALES

État d'invalidité : le contrôle exercé par les institutions de prévoyance

La question s'est posée à plusieurs reprises au cours de l'année 2012 de savoir si une institution de prévoyance peut passer outre la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de classer un participant en invalidité pour diligenter ses propres contrôles et conclure à une absence d'invalidité. Il y a là un **problème général d'articulation entre les prestations de la sécurité sociale et les garanties qu'offrent les institutions de prévoyance.**

Il faut ici rappeler que les institutions de prévoyance servent des prestations complémentaires dont les conditions de versement sont identiques à celles qui déterminent le paiement des prestations de base. Il pourrait être soutenu que l'accessoire suit le principal et qu'en l'état d'une invalidité reconnue par la CPAM, il revient à l'institution de servir les prestations prévues par le règlement ou le contrat en pareille occurrence. Au détriment des participants, le médiateur a d'ailleurs considéré que leurs droits ne sauraient être définis à l'égard de l'institution autrement qu'ils ne l'ont été à l'égard des caisses de sécurité sociale (v. *rapport annuel du médiateur* 2011, p. 16 et 17). Il y aurait donc une certaine logique à ce que la même règle s'applique lorsque, par l'effet des circonstances, son application se révèle favorable au participant.

En même temps, si les qualifications du régime de base sont en principe, et sauf stipulation contraire, les mêmes que celles utilisées par les institutions de prévoyance, **l'unité de conception ne préjuge pas d'une unité de constatation.** Sous l'angle de la preuve, il n'y a pas d'exacte symétrie entre la situation du participant et celle de l'institution à l'égard d'une décision de la CPAM. Alors que le premier, assuré social, provoque celle-ci et peut au besoin la contester, la seconde ne dispose pas des mêmes capacités d'action. Ainsi, la décision de classement en invalidité est notifiée à l'assuré (article R. 341-3 du code de la sécurité sociale) qui dispose alors d'un délai de deux mois pour éventuellement la contester devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (article R. 143-7 du code de la sécurité sociale). L'institution, qui n'est pas identiquement informée, serait bien en peine de respecter ce délai, alors, de surcroît, que sa qualité à agir est incertaine. Sauf à méconnaître leur droit au recours, lequel a rang de droit fondamental, les institutions ne peuvent être privées du droit de contester le classement en invalidité, au moins dans ses rapports avec le participant.

Si la **validité** des **dispositifs d'expertise propres aux institutions de prévoyance** est acquise, il convient cependant de s'interroger sur leur **opposabilité** aux participants. Il faut ici rappeler le principe en vertu duquel les clauses d'un contrat ou d'un règlement plus restrictives que celles indiquées dans la notice sont inopposables au participant (Cass. civ. 1ère 23 juin 1998, P. n° 96-11.239, *Bull.* n° 221). Dans cet esprit, la Cour de cassation a jugé qu'une compagnie d'assurance ne peut se prévaloir des stipulations de son contrat l'autorisant à conduire sa propre expertise du degré d'invalidité d'un assuré, stipulations assimilées à une clause restrictive des droits de l'assuré, dès lors que celles-ci ne sont pas « *reproduites ou résumées dans la notice* » (Cass. civ. 1ère 19 mai 1999, P. n° 97-12.700). Compte tenu des termes de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale,

les enseignements de cette jurisprudence sont transposables aux institutions de prévoyance de sorte que les dispositions restrictives d'un règlement auquel adhère un employeur demeurent inopposables au participant qui n'en a pas eu connaissance.

Il faut encore s'assurer de la conformité des procédures d'expertise internes aux principes du droit processuel. Ce point fait l'objet d'une recommandation (v. *infra p.21-22*).

Calcul des rentes et principe indemnitaire

Il est fréquent que les contrats collectifs et les règlements des institutions s'inspirent du principe indemnitaire afin que le cumul des prestations dues au titre du régime de base et celles dues par l'institution ne dépassent pas le dernier salaire du participant. Cette solution est légitime dans son principe dès lors que **la nécessité de maintenir les ressources d'un salarié dont les capacités de travail sont dégradées ne justifie pas pour autant une augmentation du revenu.**

La solution suscite néanmoins des difficultés de mise en œuvre liée à la **comparaison entre indemnités journalières et revenus du travail.** La nécessité de ne comparer que ce qui est comparable oblige à relever que le salaire journalier constitue exclusivement la contrepartie du travail fourni lors des jours ouvrés (outre le « salaire différé » pour l'indemnité de congés payés) tandis que l'indemnité journalière de la Sécurité sociale est versée tout au long de l'année, y compris les jours chômés. Pour comparer salaire et indemnité journalière, il faut donc annualiser le premier pour calculer ensuite son montant par jours calendaires. Un calcul de cette sorte, parfaitement justifié, permettra bien souvent de comprendre pourquoi les indemnités sont en apparence, mais en apparence seulement, d'un montant moindre que le salaire.

Le droit aux prestations différées

L'article 7 de la loi Evin a de nouveau occupé le service de la médiation (v. *rapport annuel du médiateur 2011*, p. 20 et 21). Le texte est impératif et s'impose quelles que soient les stipulations d'un contrat collectif. Une institution ne peut donc se soustraire au paiement d'une rente ayant pour cause une invalidité apparue après la cessation de la relation de travail, mais consécutive à une maladie survenue pendant la période de validité dudit contrat. Elle le peut d'autant moins que la maladie à l'origine de l'invalidité a donné lieu à prestations jusqu'à la fin de la période d'application du contrat de prévoyance et que, comme le rappelle la Cour de cassation, « *l'objectif de (l'article 7 de la loi Evin) est d'empêcher l'arrêt pour les participants des prestations en cours de paiement* » (Cass. civ. 2ème 3 mars 2011, P. n° 09-14.989, *Bull.* civ. II n° 55). La rente d'invalidité constitue alors une prestation différée dont l'institution doit assurer le service dans les conditions prévues par la garantie correspondante.

Sur l'application de ce texte, l'année 2012 a permis d'apporter une précision et de marquer une évolution.

• Il y a lieu de préciser que le droit à prestations différées s'exerce dans les limites du contrat de prévoyance qui lie l'institution appelée à ce titre. Comme il arrive que le différé temporel soit conséquent, la mise en œuvre de ce droit peut se révéler fort déceptive pour le plaignant. S'il faut calculer une rente dont le montant est égal au dernier salaire, il faut ainsi raisonner par rapport au salaire perçu lorsqu'était en vigueur le contrat dont il est fait application. Ce qui peut être défavorable au plaignant.

• Il est probable que la Cour de cassation ait anticipé cette difficulté. C'est la raison pour laquelle, dans un arrêt du 3 mars 2011 (P. n° 09-14.989, *Bull.* civ. II n° 55), elle a fait évoluer sa jurisprudence. Elle semble désormais retenir que le droit à prestations différées est seulement propre à éviter une rupture de continuité dans le versement de prestations déjà acquises au bénéficiaire avant le terme

du contrat collectif. Il n'y aurait donc pas lieu d'en reconnaître l'existence lorsqu'aucune prestation n'a été servie avant cette date. Cette solution paraît équitable : elle évite d'appliquer des contrats longtemps après leur résiliation, circonstance qui opère le plus souvent au désavantage du participant ; elle établit une meilleure corrélation entre la charge de l'indemnisation et le bénéfice des cotisations. Elle devrait à l'avenir inspirer la doctrine du médiateur (sur les solutions transitoires ; v. *supra* Questions générales, p. 14).

Le devenir des régimes gérés par les institutions de retraite supplémentaire (IRS)

Le médiateur a été saisi des difficiles questions de mise en œuvre de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Ce texte a fait obligation aux institutions de retraite supplémentaire (IRS) de fusionner avec une institution de prévoyance ou de se transformer en institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS). Cette transformation statutaire a eu pour conséquence une modification des principes de gestion. **Autrefois gérés en répartition, les compléments de retraite le sont désormais en capitalisation.** Ils prennent la forme d'un capital unique, arrêté en considération d'une valeur actuarielle représentative et soumis à la gestion d'un organisme assureur aux fins de financer le service d'une rente viagère lors de la liquidation des droits à la retraite des bénéficiaires.

Le capital versé fait généralement l'objet d'une individualisation. Cela n'en fait pas un produit d'épargne au bénéfice du participant individualisé. Conformément aux dispositions de l'article L. 132-23 du code des assurances, applicables en vertu de l'article L. 932-23 du code de la sécurité sociale, **il n'y a pas de valeur de rachat.** Le montant figurant au compte individuel du participant n'est qu'une valeur théorique en considération de laquelle sa rente viagère sera liquidée au moment de sa mise à la retraite. En un mot, si le participant a le droit à une rente, il est en principe sans droit sur le capital qui, « *exprimé en annuités de pension* », servira ultérieurement au calcul et au paiement de sa rente. S'il est sans droit sur le capital, il est également sans titre sur les produits de ce dernier que l'institution peut légitimement affecter de manière prudentielle au paiement des rentes à servir ultérieurement.

Il faut cependant tenir compte de situations particulières, par exemple celle des salariés dont la carrière comporte des **périodes d'expatriation.** Les institutions de retraite supplémentaire ont parfois été utilisées aux fins de compenser la perte de droits au titre des régimes de base liée à cette période. En pareille occurrence, un engagement spécial avait été pris d'indexer dans la mesure de cette compensation les prestations dues au titre de ces institutions sur les évolutions du régime de base. Cet engagement n'est pas remis en cause par les transformations des institutions de retraite supplémentaire. En droit, cette solution est conforme au principe *specialia generalibus derogant,* duquel il résulte notamment que l'abrogation de dispositions générales laisse survivre les dispositions spéciales (v. par ex. Cass. Ass. Plén. 22 décembre 1988, *Bull.* Ass. Plén. n° 9 : « *… l'article 20 de la loi spéciale du 8 août 1962, lequel n'a été abrogé, ni expressément, ni tacitement par la loi générale du 5 juillet 1985…* » ; Cass. soc. 3 novembre 1994, P. n° 92-20.761 : « *…texte spécial qui n'a été ni expressément ni tacitement abrogé par la loi générale…* »). Les engagements pris au seul bénéfice des personnels expatriés ne sont donc pas affectés par les évolutions ultérieures des dispositifs généraux. Sous l'angle de l'équité, la solution est de surcroît justifiée. La part de la rente destinée à compenser l'absence de cotisation au régime général et aux régimes de retraite complémentaire AGIRC/ARRCO pendant la période d'expatriation ne correspond pas à une retraite supplémentaire. C'est la compensation d'une perte des droits au titre de ces deux régimes et il est normal que cette créance suive le régime de la perte qu'elle est destinée à compenser.

Capital décès
et confidentialité

Lorsqu'un capital décès est dû, il arrive que les héritiers non désignés s'inquiètent de la régularité de la désignation du bénéficiaire. Ils sollicitent alors l'institution de prévoyance aux fins d'obtenir copie du bulletin de désignation. Les institutions s'y opposent, à juste titre. Elles sont en effet soumises à une obligation de confidentialité, spécialement justifiée pour ce qui concerne la désignation du bénéficiaire d'une assurance-vie, donnée qui pour d'évidentes considérations d'opportunité n'appelle guère de publicité. Les dispositions issues de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005, en ce qu'elles autorisent de manière dérogatoire la transmission après décès d'informations sur l'identité du bénéficiaire, révèlent en creux le principe de la confidentialité.

Il est cependant bien certain que la confidentialité ne saurait être le paravent d'éventuelles irrégularités et qu'en conséquence, elle ne peut être absolue. Pour autant, une demande de production a une signification propre dès lors qu'elle porte implicitement contestation des conditions de la désignation. Elle est articulée par des héritiers aux fins de permettre à ces derniers de constituer un dossier dans la perspective d'une procédure ultérieure dirigée à l'encontre du bénéficiaire désigné. **La demande est adressée à l'institution, mais le défendeur potentiel est en réalité le bénéficiaire désigné.** L'institution n'a pas à servir les intérêts de tel ou tel camp et il est donc légitime qu'elle invoque le principe de confidentialité. La doctrine administrative est d'ailleurs en ce sens (v. la réponse ministérielle du 12 septembre 2006, Q. n° 36041 qui pointe l'absence de nécessité de modifier le code des assurances aux fins de *« donner à tous les héritiers la possibilité d'apprécier les dossiers de contrats d'assurance-vie même s'ils n'en sont pas personnellement bénéficiaires »*).

Le principe de confidentialité ne peut être levé que sur injonction d'un juge.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent sont une invitation faite aux institutions de prévoyance d'améliorer certaines pratiques, à tout le moins d'ouvrir une réflexion en ce sens. Elles n'ont pas la valeur d'« avis par anticipation ».

À propos des notices

Le médiateur a fait savoir, à propos de l'information due aux participants, qu'il veille à une transmission effective plutôt qu'à consacrer des solutions par trop formalistes. Il n'en reste pas moins que l'essentiel de cette information doit en principe transiter par la notice de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, que les institutions disposent à présent du recul nécessaire dans la mise en œuvre de ce texte, lequel au demeurant répond à un authentique besoin des participants. Dans l'ensemble, la pratique des institutions est satisfaisante. Cependant, certains dossiers révèlent qu'il y a lieu d'améliorer :

- **L'archivage des notices :** trop souvent, les institutions ont quelque difficulté à les communiquer au médiateur, ce qui révèle un problème de classement qui doit pouvoir trouver une solution appropriée en interne ;
- **La preuve de la remise des notices :** un envoi direct du participant à l'institution de prévoyance ou l'organisme gestionnaire d'un récépissé de la notice serait une solution à étudier ;
- **La rédaction des notices :** il convient ici de s'assurer que, conformément aux dispositions de l'article L. 932-6, les notices répercutent avec précision les clauses qui édictent *« des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription »*.

Les expertises internes

L'année 2012 a été l'occasion de reconnaître le droit des institutions de prévoyance de pratiquer leurs propres contrôles internes de l'état d'invalidité ou d'incapacité d'un participant et de préciser les conditions de son opposabilité. Cette année a également révélé que ces contrôles constituent un foyer de contentieux, spécialement lorsque la conclusion du contrôle interne vient contredire une décision de classement prise par une CPAM. Assez souvent, il en résulte une situation de blocage que le médiateur est bien en peine de démêler sauf à préconiser une saisine du juge judiciaire dans les conditions de l'article 145 du code de procédure civile. La défausse n'est que partielle dans la mesure où la procédure est diligentée aux frais de l'institution, qu'elle reste d'une mise en œuvre relativement simple et que les conclusions de l'expert judiciaire tiendront le plus souvent lieu de consensus. Le passage devant le juge, d'un coût limité, n'est donc pas exclusif d'un règlement amiable. Il n'en reste pas moins qu'il y a lieu de réfléchir à des solutions qui, respectueuses des droits des participants, permettraient d'éviter ce détour.

La première piste de réflexion consiste dans **l'amélioration des dispositifs internes** qui, trop souvent, pèchent à la fois par excès de complexité et par insuffisance de protection du participant. L'excès de complexité tient à la vaine abondance de procédures en cas de contestation des conclusions du médecin conseil sollicité par l'institution. L'insuffisance de protection tient au fait qu'en de trop nombreuses occurrences, le participant ne bénéficie pas d'une assistance utile. La confiance fait alors défaut et les parties ne s'accordent pas. Une solution serait de consolider les droits du participant en lui reconnaissant expressément **le droit de se faire assister par un médecin de son choix** lors du contrôle diligenté par le médecin conseil. Il serait avisé d'informer le participant de l'intérêt de solliciter un médecin de même spécialité que le médecin conseil.

Si le désaccord persiste sur les conclusions de ce dernier, une simplification bienvenue consisterait à proposer immédiatement l'alternative suivante au participant :

- Désignation d'un expert judiciaire selon la procédure simplifiée de l'article 145 du code de procédure civile ;
- Mise en place d'une **expertise amiable contradictoire** aux termes de laquelle l'institution et le participant désignent chacun un médecin, les deux médecins désignés ayant pour mission de s'entendre sur l'état du participant ou de choisir un troisième confrère chargé de les départager.

La seconde piste de réflexion, complémentaire de la première, consisterait à **établir une continuité entre les procédures internes et l'intervention du médiateur.** Celui-ci pourrait intervenir a priori et/ou a posteriori.

- A priori, en ce sens qu'à la demande du participant et de l'institution, il pourrait être appelé à mettre en place le dispositif d'expertise amiable contradictoire. Il en contrôlerait ainsi le bon déroulement et pourrait avaliser les conclusions de l'expertise. Il en résulterait un précieux gain de temps pour l'ensemble des parties.

- A posteriori, dans l'hypothèse où les conclusions de l'expertise amiable contradictoire réalisée hors la médiation du CTIP viendraient à être contestées devant le médiateur. La tâche de ce dernier serait alors de vérifier les conditions du déroulement de cette expertise. Soit il les juge satisfaisantes et il homologue alors les conclusions des experts. Au cas contraire, il propose aux parties la mise en place d'une nouvelle expertise contradictoire ou le recours à une expertise judiciaire. Une solution complémentaire serait aussi que le médiateur propose aux parties la désignation d'un ultime expert dont les conclusions feraient l'objet d'un accord préalable entre les parties.

Ces points mériteraient d'être discutés avec les correspondants médiation des institutions. La mise en œuvre des préconisations ne nécessiterait probablement pas de modification de la Charte de médiation.

ANNEXE I

CHARTE 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 estime 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-PREVOYANCE	CRP-BTP
AG2R-PREVOYANCE	GNP
AGRI-PREVOYANCE	HUMANIS PREVOYANCE
APGIS	INPCA
APICIL PREVOYANCEw	INPR
ARPEGE PREVOYANCE	INSTITUTION DE PREVOYANCE AUSTERLITZ
AUDIENS PREVOYANCE	INSTITUTION DE PREVOYANCE NESTLE
CAPAVES PREVOYANCE	IPBP
CAPRA PREVOYANCE	IPECA PREVOYANCE
CAPREVAL	IPGM
CAPSSA	IPSA
CARCEL PREVOYANCE	IPSEC
CARCO	ISICA-PREVOYANCE
CARPILIG PREVOYANCE	MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE
CCPMA-PREVOYANCE	OCIRP
CIPREV	OREPA PREVOYANCE
CPCEA	REUNICA PREVOYANCE
CREPA	UNIPREVOYANCE
CRIA PREVOYANCE	

Institutions de prévoyance disposant de leur propre médiateur

ANIPS
M. Philippe LEGER
Secrétariat du médiateur, 5-7, rue du Centre
93199 NOISY-LE-GRAND CEDEX

BTP PREVOYANCE
Mme Martine LACROIX
7, rue du Regard
75294 PARIS CEDEX 06

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

CGPCE
M. Serge HUBER
30, place d'Italie - CS 71 339
75627 PARIS CEDEX 13

IRCEM PREVOYANCE
M. Éric LOYEZ
261, avenue des Nations Unies
59672 ROUBAIX CEDEX 1

ANNEXE III

ADRESSES UTILES

Autorité de contrôle prudentiel
Service Informations/Réclamations
ACP
DCPC/SIR
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 Cambacérès
75008 Paris

© CTIP – Août 2013 – Conception – réalisation : eurokapi