

Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

Rapport
annuel
2010

Rapport annuel 2010

Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09
T : 01 45 23 40 71 - F : 01 45 23 27 15
le.mediateur@mediation-assurance.org

Sommaire

INTRODUCTION	06
1 LA MÉDIATION ET LES LIMITES	09
La médiation et ses limites propres	10
Les limites de l'efficacité législative	12
La résiliation du contrat d'assurance	13
Le libre choix de l'assureur dans les assurances emprunteurs	14
L'allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante	15
Les limites au droit de savoir	17
Les limites de l'expertise	18
2 UN INDEX POUR LA MÉDIATION	21
Les litiges de la modernité	22
Les coefficients de vétusté	23
L'antisélection	23
La rente viagère et le droit au rachat	24
Les « prestations immédiates ou différées, acquises ou nées »	25
Le fait générateur	26
L'abus de faiblesse	26
3 LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL	29
L'Union Européenne	30
Le monde	31
4 LA MÉDIATION EN CHIFFRES	34
Les demandes de médiation	37
La recevabilité des demandes de médiation	37
La provenance des demandes	37
L'objet des litiges	39
Les assurances de biens et de responsabilité	39
Les assurances de personnes	41
L'enjeu des litiges	41
Les résultats de la médiation	42
La nature des avis	42
Le suivi des avis	42
Les délais	43
CONCLUSION	44
ANNEXES	47



Introduction

Francis Frizon
MÉDIATEUR DE LA FFSA

L'année 2010 a confirmé en les accentuant les grandes tendances constatées l'an passé pour la médiation de l'assurance. L'augmentation continue du nombre des requêtes, l'apparition de situations personnelles plus difficiles, les actions qui en découlent afin d'obtenir le maximum possible des contrats souscrits, le moindre souci des professionnels de régler rapidement ce qu'ils doivent, ont encore marqué l'activité.

Dans le même temps, la complexité des dossiers soumis à la médiation s'accroît. C'est le signe, à la fois, d'une meilleure connaissance par les particuliers de leurs intérêts et d'une meilleure efficacité des assureurs dans le traitement des réclamations, avant l'intervention du médiateur. L'environnement politique, social, juridique et économique de la médiation évolue également, au niveau national comme au niveau européen. Le développement, ou au moins la volonté déclarée par toutes les parties prenantes de développer la médiation dans tous les secteurs en atteste. Aussi, le moment paraît-il être venu de s'interroger plus avant, en contribution à la réflexion d'ensemble, sur ce que sont les limites dans lesquelles évolue la médiation institutionnelle de l'assurance et sur ce qu'elle peut apporter à la société dans son domaine, sous quelles formes et dans quelles conditions.

Tel sera l'objet du premier chapitre de ce 17^{ème} rapport annuel du médiateur de la FFSA qui, comme à l'accoutumée, développera les sujets ayant particulièrement retenu son attention. Ainsi, par exemple, l'accent sera-t-il mis sur les problèmes de frontières que posent les champs de compétence des différents intervenants et sur les conflits résultant de notions d'apparence contradictoire, comme le droit de savoir et l'obligation de confidentialité. Les effets de dispositions législatives récentes destinées à mieux protéger les consommateurs et qui, contre toute attente, font surgir des litiges là où l'intention était de les prévenir, méritent d'être signalés. Les difficultés économiques vécues au quotidien ont entre autres effets de mettre en lumière le rôle déterminant des experts dans la fixation des indemnités. Mention sera faite des pratiques et difficultés rencontrées dans ce domaine.

Le second chapitre consacré à l'index permettra de rappeler, à partir de cas concrets, des règles de droit et de comportement propres à éviter les litiges. Dans le contexte économique, on retiendra des sujets qui, comme celui de la revalorisation des rentes ou des retraites anticipées, ont une incidence directe sur les revenus des personnes.

Au niveau international, plusieurs organisations s'attachent au développement des modes alternatifs de règlement des litiges. Dans de nombreux pays ces systèmes sont considérés comme une voie d'accès privilégiée à la justice pour les consommateurs. Je suis, depuis de nombreuses années, fortement impliqué dans cette démarche et pas seulement dans le domaine financier. Cette implication et l'importance des échanges, au niveau de l'Union Européenne comme au niveau mondial, justifient la publication du rapport dans une version bilingue anglais/français.

Comme les années précédentes, le chapitre dédié aux résultats chiffrés offrira une vision complète de la médiation de l'assurance en France, en intégrant les résultats de la médiation du GEMA et les données qui me sont communiquées par les services de médiation des entreprises ayant choisi de désigner un médiateur particulier.

En conclusion, j'ai souhaité attirer l'attention sur la fragilité de la médiation. Cette fragilité peut ne pas être directement perceptible. Elle tient à l'adhésion volontaire des professionnels à un système par ailleurs non contraignant. Elle impose une vigilance pour sauvegarder l'implication forte et indispensable de toutes les parties prenantes en faveur de ces solutions alternatives aux procédures judiciaires qui se sont révélées avec la pratique être un facteur de paix sociale. ●



La médiation et les limites

La tendance est de faire appel à la médiation indistinctement pour trouver une solution aux conflits dans tous les domaines de la vie. C'est certainement dans cette constatation que réside la justification des formes diverses que revêtent les pratiques des médiateurs. Cette diversité donne lieu à des débats sémantiques, parfois philosophiques, souvent intéressés, qui soulèvent les passions.

Tous les médiateurs ont l'expérience de demandes surprenantes et, plus ils sont connus plus elles le sont. Il n'est pas rare d'être sollicité pour des problèmes très personnels, voire intimes. Le Médiateur de la République a même été sollicité pour faire réintégrer le domicile abandonné par la compagne d'un demandeur, alors que d'évidence il n'en pouvait mais.

Pour ma part, il arrive fréquemment que je sois saisi pour tenter de résoudre des conflits qui trouvent leur origine dans des tensions familiales : la validité des actes passés peu de temps avant le prononcé d'une curatelle, les bénéficiaires de contrats d'assurance vie privilégiant un enfant par rapport à un autre, par exemple.

La médiation de l'assurance n'est pas la médiation familiale et, pas plus qu'une autre, ne peut être confondue avec un service d'assistance sociale. Le médiateur ne peut pas non plus tout régler et il évolue dans et parmi des domaines limités.

La médiation et ses limites propres

La médiation de l'assurance n'est pas omni compétente. Les dispositions législatives relatives au devoir d'information et de conseil des professionnels ont maintes fois été évoquées dans mes rapports précédents, je n'y reviendrai pas. Cependant, l'évolution et l'application de la jurisprudence de la Cour de cassation qui a consacré l'obligation pour les banquiers d'éclairer les particuliers non avertis sur l'adéquation entre les risques couverts et la garantie offerte m'incitent cependant à évoquer ses effets concrets.

On sait que les champs de compétence respectifs des médiateurs limitent la possibilité pour le médiateur de l'assurance d'intervenir directement auprès de l'établissement bancaire distributeur des produits. Pourtant, celui-ci agissant en qualité de courtier, s'avère être le plus souvent le mandataire de l'assureur. Cet aspect n'échappe pas à l'Autorité de contrôle prudentiel qui en fait mention dans son rapport annuel en soulignant que les réclamations qu'elle reçoit des assurés mettent en évidence les difficultés rencontrées par le consommateur pour bien comprendre le contrat ou le produit proposé et pour identifier le bon interlocuteur en cas de litige. Ceci n'a pas échappé non plus aux médiateurs concernés de la banque, de l'assurance et des services financiers qui se sont organisés spontanément entre eux pour qu'aucun réclamant ne soit laissé en déshérence, quel que soit le système de médiation auquel il se sera adressé en premier lieu.

Pour ma part, s'agissant des litiges qui mettent en cause, au sein d'une entité de bancassurance, à la fois l'assureur et le banquier distributeur des produits, après avoir clairement fait le départ des responsabilités respectives et afin que nul parmi les personnes concernées n'en ignore, j'invite, le cas échéant, la société d'assurance à prendre en

charge pour compte du responsable la totalité du règlement proposé et à se retourner ensuite contre l'établissement distributeur à l'origine du dysfonctionnement.

La crise économique persistante fait apparaître des demandes de médiation de nature nouvelle qui généralement traduisent une situation sociale difficile. Dans tous les domaines on essaie de plus en plus souvent de se décharger de ses propres responsabilités tout en recherchant celui qui pourrait en assumer les conséquences. L'assurance n'échappe pas à cette tendance et on peut citer les exemples suivants.

Une personne qui avait été condamnée par un tribunal pénal à des dommages et intérêts pour coups et blessures volontaires s'est vue refuser la prise en charge par son assureur du montant des sommes à payer. Cette position ayant été contestée, j'ai dû rappeler que les condamnations pénales pécuniaires sont inassurables et que ni l'assurance, ni a fortiori le médiateur, n'ont pour vocation d'exonérer les personnes des conséquences de leurs actes délictueux.

Un assuré qui avait surchargé au profit de son entreprise en difficultés le nom du bénéficiaire figurant sur un chèque que lui avait remis une société d'assurances, n'a pu de ce fait l'encaisser immédiatement. Il a alors reproché à son assureur de ne pas l'avoir prévenu « qu'il ne faut jamais modifier l'intitulé d'un chèque de banque ». Ayant réclamé la compensation des intérêts débiteurs occasionnés par le délai d'encaissement, le médiateur il lui a rappelé qu'il appartient à chacun d'assumer les conséquences de ses fautes volontaires.

Plus généralement, on observe de plus en plus fréquemment que certains assurés prétendent obtenir le bénéfice d'une garantie au seul motif qu'elle figure sur les dispositions générales de leur contrat d'assurance, sans se préoccuper de savoir si l'événement en cause ouvre droit à garantie, ni même souvent si la garantie en question a été souscrite. Là encore il faut rappeler que ce n'est pas simplement parce que l'on a souscrit un contrat que l'on est garanti en tout état de cause et dans n'importe quelle situation.

Ainsi, en assurance de protection juridique par exemple, il faut redire que la protection juridique n'est ni un secours ni une assistance judiciaire. Il s'agit d'une garantie d'assurance qui, à ce titre, est régie par les dispositions du Code des assurances et les stipulations contractuelles. Or, il n'est pas rare qu'un assuré prétende obtenir la garantie au seul motif qu'elle est inscrite à son contrat d'assurance multirisque habitation sans se préoccuper de savoir si le différend en cause ouvre droit à garantie, peu important donc la cause du litige, la date à laquelle il s'est noué, le stade de la procédure, le montant de la garantie, etc. Et il arrive souvent que le refus de prise en charge du « sinistre » soit contesté au motif que la procédure d'arbitrage prévue

à l'article L 127-4 du Code des assurances en cas de désaccord sur les mesures à prendre pour régler un différend entre l'assuré et un tiers n'a pas été mise en œuvre. Se référant à son contrat dans lequel cette disposition est reproduite, l'assuré exige la mise en œuvre de cette procédure pour régler le litige qui l'oppose à son assureur, alors que ce texte n'a pas pour objet de régler ce type de contestation. Afin d'éviter cette méprise, qui ne manque pas de dégénérer en conflit aigu, il serait bon - et je le souligne à nouveau - qu'en quelques lignes l'assureur expose clairement la distinction qu'il y a lieu de faire entre l'arbitrage prévu à l'article L 127-4 du Code des assurances et la procédure de médiation.

Déjà l'année dernière dans ce contexte économique difficile, j'avais évoqué le nombre croissant des litiges portant sur des demandes de rachat de contrats d'épargne type PEP, PERP, Madelin. Cette situation persiste et souvent les dossiers reflètent de grandes difficultés, voire une détresse financière. Je ne peux en réponse aux demandes qui me sont faites que rappeler que ces contrats sont strictement encadrés par des dispositions légales. Dans la mesure du possible, j'invite les assureurs à une lecture souple des possibilités de déblocage pour des situations qui le justifient, aussi me réjouis-je que la nouvelle loi de finances ait étendu les possibilités de dénouement anticipé de ce type de contrats.

L'assurance est fondamentalement l'organisation d'une solidarité entre plusieurs personnes pour permettre à celle qui subit un événement dont elle ne peut supporter seule les conséquences d'être indemnisée. Il appartient à l'assureur d'organiser cette solidarité et d'en garantir l'efficacité et la pérennité. Dès lors, au titre des contrats souscrits auprès de lui, un assureur est tenu de payer ce qui est prévu, en totalité mais pas au-delà, sauf à porter préjudice à la collectivité de ses assurés en payant plus que ce qu'il ne doit.

Les limites de l'efficacité législative

Le plus souvent élaborés avec les meilleures intentions, mais parfois en réaction rapide à des situations épiphénoménales, certains textes législatifs ne réussissent pas à s'imposer, voire créent des situations ambiguës, sinon conflictuelles. L'application de la loi dite « CHATEL » sur la résiliation du contrat, déjà évoquée dans de précédents rapports, suscite toujours des difficultés. De même, contrairement à toute attente, la loi dite « LAGARDE » sur la "déliaison" des contrats d'assurance emprunteurs a généré des effets que l'on ne saurait qualifier autrement que pervers. Différemment, mais toujours dans le cadre de l'assurance des emprunteurs, l'application du texte de loi prenant en compte la situation particulière des travailleurs de l'amiante nécessite des précautions pour recevoir une application pleinement équitable.

LA RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Alors que ce type de litiges avait pratiquement disparu, la loi de janvier 2005 destinée à améliorer l'information des assurés, les a paradoxalement réactivés dès l'année même de sa parution. On rappellera que les diverses situations dans lesquelles le contrat d'assurance peut être résilié sont prévues par le Code des assurances qui a intégré lors de sa création les dispositions de la loi de 1930 (1908 pour les départements d'Alsace Moselle) sur le contrat d'assurance, et diffèrent selon la partie à l'origine de la demande. Lorsqu'ils sont souscrits pour une durée déterminée, les contrats d'assurances sont automatiquement reconduits. L'assureur comme l'assuré disposent alors d'un droit de résiliation unilatéral du contrat à son échéance, sans obligation de motivation.

Afin d'améliorer l'information de l'assuré sur ses droits en matière de résiliation de son contrat d'assurance, la loi du 28 janvier 2005 a créé une obligation à la charge de l'assureur concernant ces contrats à tacite reconduction. Devenu l'article L113-15-1 du Code des assurances, ce texte stipule que l'assureur doit, dans l'avis d'échéance annuel de prime ou de cotisation, rappeler à son assuré la date limite de résiliation de son contrat. Si cette information est délivrée à l'assuré moins de quinze jours avant la date d'échéance de son contrat, ce dernier dispose alors de vingt jours supplémentaires pour procéder à la résiliation. Enfin, en cas de non respect par l'assureur des dispositions légales, l'assuré peut mettre un terme à tout moment à son contrat par lettre recommandée.

Quelques années plus tard, poursuivant le même objectif d'information de l'assuré ainsi que de simplification de la procédure de résiliation, le Ministre en charge de l'Economie, a proposé d'harmoniser les délais de résiliation pour les contrats d'assurance automobile, deux-roues, habitation, santé individuelle et pour les téléphones portables. L'assureur devra prévenir l'assuré vingt jours avant la date anniversaire de son contrat.

J'ai pu observer, au travers des demandes de médiation qui m'ont été soumises, que la faculté de résiliation du contrat est davantage mise en œuvre par les assureurs que par les assurés. A titre d'exemple, j'ai reçu un nombre significatif de demandes émanant d'assurés dont le contrat automobile ou multirisques habitation a été résilié à la suite de sinistres dans lesquels, victimes, ils ne portaient aucune part de responsabilité, fait par ailleurs reconnu par leur propre assureur.

Très souvent les assurés se plaignent du caractère préjudiciable d'une résiliation à l'initiative de l'assureur lorsqu'elle est mentionnée dans le relevé d'information. Dans ce cas, se retrouvant soudainement sans assurance, ils dénoncent leurs grandes difficultés à souscrire un nouveau contrat ou encore le montant des surprimes qui leur sont proposées.

Face à ces situations, je ne peux que rappeler aux requérants que l'assureur, comme

La loi CHATEL

ne concerne que les contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles. Ses dispositions ne sont pas applicables aux assurances sur la vie et aux contrats de groupe.

l'assuré, dispose de la liberté de contracter et de celle de résilier le contrat. Mon intervention est exclue dans un litige dont le seul objet est le refus de contracter ou la décision de résilier un contrat en cours, dès lors que sont respectées les conditions et formalités d'exercice du droit de résiliation prescrites par le Code des assurances. S'agissant des litiges de surtarification, lorsqu'il s'agit d'une assurance obligatoire, j'informe bien évidemment le requérant de la possibilité de s'adresser au Bureau central de tarification compétent.

S'agissant de la forme que revêt la notification de la résiliation, afin de ne pas pénaliser doublement l'assuré qui devra trouver un nouvel assureur, j'invite la profession à réfléchir à une suppression de la mention systématique « résilié à l'initiative de l'assureur » présente dans le relevé d'information, ou à tout le moins, à la réserver aux cas dans lesquels l'assuré est fautif, comme le non paiement de la cotisation, une responsabilité dans le sinistre ou une fausse déclaration avérée.

LE LIBRE CHOIX DE L'ASSUREUR DANS LES ASSURANCES EMPRUNTEURS

La loi n°2010-737 du 1^{er} juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation, permet désormais le libre choix de l'assureur du prêt par l'emprunteur, à condition que cette assurance présente un niveau de garantie équivalent à celui proposé par la banque. Déjà dans mon rapport de l'année dernière j'avais constaté des dérives lors de l'application de ces nouvelles dispositions. Ces dérives se sont aggravées. L'entrée en vigueur de cette loi et les avantages qu'elle présente pour le prétendant au crédit ont été largement relayés par les médias. Mais, les nombreux dossiers qui me parviennent ont rapidement démontré un manque d'information manifeste des assurés quant aux limites de cette nouvelle disposition.

En premier lieu, ce nouveau texte ne permet de délier l'opération de prêt du contrat d'assurances destiné à la garantir que pour les contrats souscrits après l'entrée en vigueur de la loi. Ainsi, nombreux ont été et sont encore les assurés qui, alors qu'ils avaient déjà souscrit des contrats, ont souhaité profiter immédiatement de cette opportunité pour remplacer leur assurance emprunteur par une autre à leurs yeux plus avantageuse. Ils se sont vu opposer une fin de non recevoir par leur banque, souvent sans autre explication. Il appartient aux banques d'apporter l'information qui n'a pas été donnée lors de la publication et selon laquelle la loi n'est pas rétroactive. A défaut, les décisions de refus de changer de contrat d'assurance apparaissent nécessairement comme injustifiées, contraires à la loi, ce qui ne manque pas d'augmenter le nombre des plaintes.

En second lieu, comme je l'ai déjà signalé, il ne faut pas qu'une nouvelle loi ayant pour but d'apporter un avantage au consommateur soit détournée et ne devienne un moyen de profit injustifié pour certaines parties, ou pire encore n'entraîne des surenchères et des pratiques répréhensibles.

On sait, et c'est légitime, que le contrat proposé par le client en remplacement et celui proposé par la banque doivent présenter des garanties équivalentes. Or, on a déjà relevé à plusieurs reprises que lorsque le prétendant au crédit leur soumet le contrat d'assurance de prêt qu'il estime plus avantageux pour lui, certaines banques n'hésitent pas à lui facturer le coût de son étude, 400 euros, voire plus, en n'hésitant pas à multiplier ce coût par le nombre de co-emprunteurs, et des éventuelles cautions. Le plus souvent cette étude comparative effectuée par la banque entre son propre contrat et celui qui lui est soumis conduira à une réponse négative. Ainsi, cette loi présentée comme favorable aux consommateurs peut rapidement se révéler comme un piège financier si les acteurs du secteur ne corrigent pas ces pratiques.

Enfin, il est impératif que cessent les surenchères quant aux garanties proposées. En effet, j'ai relevé dans plusieurs dossiers que certaines sociétés d'assurances afin de valoriser leur produit n'hésitent pas à garantir : « Les sinistres consécutifs à l'ivresse de l'assuré (taux d'alcoolémie supérieur au taux admis par la législation en vigueur à la date de l'événement) ou à l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement. » Et les mêmes de se justifier ainsi, non sans un certain cynisme : « Au-delà du caractère moral de cette situation - que nous ne nous permettrions pas de juger - nous souhaitons que notre client ne se trouve dépourvu de garanties et qu'un « écart de comportement » n'entraîne pas de conséquences disproportionnées pour lui ou sa famille ».

J'invite la profession à la vigilance sur ces comportements.

L'ALLOCATION DE CESSATION D'ACTIVITÉ DES TRAVAILLEURS DE L'AMIANTE

Dans le cadre d'une assurance emprunteur, il existe une garantie contre le risque d'incapacité temporaire totale, dite ITT. Cette garantie permet en cas de réalisation de ce risque la prise en charge des mensualités de remboursement d'un prêt. Toutefois, la mise en jeu de cette garantie peut être subordonnée à l'absence de perception de prestations de retraite. Il en résulte qu'une compagnie d'assurances peut, en cas de survenance d'une telle invalidité, cesser de prendre en charge le

Article L 312-9 du Code de la consommation

« Le prêteur ne peut pas modifier les conditions de taux du prêt prévues dans l'offre définie à l'article L 312-7, que celui-ci soit fixe ou variable, en contrepartie de son acceptation en garantie d'un contrat d'assurance autre que le contrat d'assurance de groupe qu'il propose. »

remboursement du prêt souscrit par un assuré, si ce dernier bénéficie de prestations de retraite.

Cette stipulation contractuelle n'a rien de complexe. Pourtant une difficulté est apparue concernant l'allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante qui présente les caractéristiques d'un régime spécifique de préretraite.

En effet, la loi du 23 décembre 1998 a instauré un système particulier d'allocation pour les personnes exposées au cours de leur vie professionnelle à l'inhalation de poussières d'amiante. Ces travailleurs peuvent, sous certaines conditions, cesser leur activité dès 50 ans et, dans le cadre de ce dispositif spécifique, percevoir une allocation de cessation anticipée d'activité. Au moment de leur départ de l'entreprise, l'employeur doit leur verser une indemnité de cessation anticipée d'activité d'un montant égal à celui de l'indemnité de départ à la retraite prévue par le Code du travail ou, si elle est plus favorable à celui prévu par la convention collective applicable dans l'entreprise. Ce système est couramment appelé « préretraite amiante » y compris dans les documents officiels et les communications gouvernementales.

Il ne s'agit cependant pas stricto sensu d'un régime de retraite ou de préretraite, même si ses conditions d'attribution et de fonctionnement l'y apparentent. En effet, cette allocation se substitue à celles prévues par diverses dispositions sociales visant au même but. C'est ainsi qu'aux termes du 2 de l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998, elle ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnées à l'article L 131-2 du Code de la sécurité sociale, ni avec un avantage personnel de vieillesse, ni avec des prestations d'invalidité, ni avec une allocation de préretraite ou de cessation d'activité. Il est en outre précisé que le versement de l'allocation est subordonné à la cessation de toute activité professionnelle.

Ainsi le législateur a, en fait, créé un régime spécifique de retraite au bénéfice des travailleurs de l'amiante. D'ailleurs, le texte précise : « l'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions de durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, à condition qu'il soit âgé d'au moins 60 ans ». Il en résulte que la dite « allocation » joue le rôle d'une « préretraite » puisqu'elle cesse d'être versée quand le bénéficiaire peut faire valoir ses droits au régime général de retraite.

Sur la base de ces éléments comparatifs, j'ai à l'occasion du traitement de dossiers qui m'ont été soumis été amené à faire valoir que cette « Allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante » était assimilable à un régime de préretraite, et justifier ainsi l'interruption par l'assureur de la prise en charge pour cause de retraite.

Afin de clarifier la situation et prévenir la survenance de nouveaux conflits, ce régime, bien que visé par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, mériterait du fait de sa spécificité de faire l'objet d'une mention spéciale dans les conditions générales des contrats d'assurance au titre des causes de cessation de garantie.

Les limites au droit de savoir

L'opposition entre le besoin de transparence et le respect de la confidentialité, voire l'obligation au secret, n'est pas récente. Dans le domaine qui nous préoccupe la recherche d'une balance des intérêts de chacun est constante.

Ainsi, il est fréquent que le bénéficiaire d'un contrat d'assurance sur la vie s'adresse au médiateur afin d'obtenir des informations sur le contrat souscrit. La demande peut porter sur les sommes versées, les intérêts, les noms des autres bénéficiaires ou les pourcentages réservés à ces derniers. Il n'est en effet pas rare que les bénéficiaires, après avoir reçu un chèque de l'assureur sans autre explication, s'interrogent sur les différents aspects du contrat qui a été stipulé à leur profit. Certes, en matière d'assurance vie, l'assureur est tenu à un devoir de confidentialité sous réserve des dispositions qui imposent la communication des montants de cotisations versées par le souscripteur avant et après l'âge de 70 ans. Mais, je ne peux que constater qu'il est trop souvent répondu au demandeur par une « formule type » indiquant que l'assureur est « tenu à une stricte confidentialité » l'empêchant de révéler les informations réclamées. Il est exact que serait constitutif d'une faute le fait, par exemple, de communiquer l'identité des autres bénéficiaires, au mépris d'une éventuelle volonté contraire du souscripteur. Mais, ce devoir de confidentialité ne peut s'opposer au « droit de savoir » du bénéficiaire. Ainsi, les bénéficiaires peuvent accéder à ces informations dès lors qu'ils respectent les conditions de qualité et d'intérêt pour agir. C'est par exemple le cas de l'héritier réservataire. On regrette dès lors que certaines entreprises refusent par principe de fournir toute information, sans avoir examiné plus avant tous les aspects de la demande qui leur est faite.

Le sujet est délicat et je ne conteste pas le souci légitime de discrétion. J'invite cependant les assureurs à étudier plus attentivement la situation des demandeurs afin de déterminer au cas par cas s'ils ont ou non un intérêt, également légitime, à agir.

Si l'assureur est en mesure de fournir des informations sans mettre en péril la nécessaire confidentialité, le sentiment de sincérité et de transparence qui en résultera évitera certainement de nombreux conflits.

S'agissant du cas particulier du secret médical qui est régulièrement évoqué dans les assurances de personnes, notamment dans le cadre de contrats emprunteurs, je ne

reviendrai pas sur ce que j'ai indiqué de manière détaillée et précise l'an passé. Sauf pourtant à regretter que certains services médicaux d'entreprises d'assurances refusent toujours d'appliquer les dispositions légales permettant l'accès au dossier médical, privant ainsi des bénéficiaires de la possibilité de faire valoir leurs droits légitimes.

Les limites de l'expertise

En matière d'assurance comme dans le domaine judiciaire, le rôle des experts s'avère déterminant, notamment dans la fixation du montant des indemnités. Il peut aussi s'avérer préjudiciable et donc source de litiges lorsque les entreprises, perdant tout esprit critique, se contentent d'avaliser systématiquement les conclusions de leurs experts.

Tel a été le cas dans plusieurs dossiers où des décisions d'indemnisation, ou de non indemnisation, ont été prises sur la base de rapports d'experts contestables.

A titre d'exemple, dans un cas, suite à un vol, l'expert a fait valoir pour refuser la garantie qu'une ouverture n'était pas munie de protection, contrairement à l'obligation du contrat. Or, il s'est avéré que cette absence de protection concernait une imposte scellée et non une ouverture.

Dans un autre cas, l'expert pour fixer les responsabilités s'est fondé sur les déclarations des protagonistes d'un accident sans tenir compte de la configuration des lieux et des règles spécifiques de circulation qui s'y appliquent. Le requérant avait pourtant produit une attestation de la ville d'où il résultait que c'est la solution inverse de celle préconisée par l'expert qui s'imposait.

Autre exemple, à la suite d'un léger accident matériel, le véhicule de l'assuré a été déclaré économiquement irréparable. En fait, il s'est avéré, mais trop tard, qu'il suffisait de redresser le pare choc pour que la climatisation du véhicule, cause unique du coût élevé de la réparation justifiant la position de l'expert, fonctionne de nouveau. L'assuré s'est trouvé privé d'un véhicule en fait utilisable, déclaré abusivement irréparable, avec toutes les conséquences qui rendent quasi impossible sa récupération par son propriétaire.

Ces carences ne sont pas le fait des seuls experts puisque dans un dossier ce sont les allégations et supputations d'un gendarme dans la rédaction de son procès verbal qui ont entraîné une décision inadéquate de l'assureur. Alors que le certificat médical de décès indiquait « suite à une chute, la victime a subi un choc ayant entraîné sa mort » le gendarme persistait à affirmer que la victime était décédé « suite à un AVC ayant entraîné sa chute ». L'assureur ne pouvait pour dénier sa garantie s'appuyer sur le seul procès verbal de gendarmerie, contesté et contestable.

Il appartient aux entreprises d'assurances, lorsqu'elles font appel aux services d'un expert de vérifier les éléments invoqués et de s'assurer, à tout le moins, que les conclusions et préconisations sont cohérentes. C'est à l'assureur et à nul autre qu'incombe la responsabilité du règlement, aussi point ne suffit de diligenter l'expertise et de s'en remettre aveuglément à ses conclusions.

Dans le même sens, il n'appartient pas non plus aux médecins experts des sociétés d'assurances de prendre à la place de ces dernières les décisions concernant les suites à donner aux déclarations inexactes de risque et encore moins de les notifier aux assurés, comme on le voit encore fréquemment. C'est au seul assureur, éventuellement éclairé par son expert, de décider de la délivrance ou non de sa garantie. ●



Un index pour la médiation

La poursuite de la publication d'un index dont les thèmes sont suggérés par les dossiers soumis à l'appréciation du Médiateur a pour objectif premier la prévention des litiges. Les indications qu'il fournit doivent permettre de remettre en perspective des indicateurs parfois perdus de vue. Il attire également l'attention sur des tendances et est présenté sans souci d'une hiérarchie entre les différents sujets abordés.

Les litiges de la modernité

Le développement d'Internet dans la vie quotidienne des assurés conduit les sociétés d'assurances à multiplier les services à distance : comparateur, souscription, gestion du contrat etc. Cette gestion « en ligne » est la source de nouveaux litiges.

Il est aisé pour un demandeur de souscrire en ligne un contrat, y compris une assurance sur la vie. Mais, pour qu'une telle souscription soit effective, encore faut-il que soient réunis tous les éléments constitutifs d'un accord définitif des parties. Il est évident que tant que la personne qui souhaite contracter n'a pas été mise en possession des documents déterminant ses droits et ses obligations, elle n'est pas à même de donner son consentement.

Il est impératif que le contrat soit ferme pour que l'assureur puisse le signifier à l'assuré. Cette signification formelle fait courir notamment le délai de renonciation. A cet égard, c'est la date de la réception des documents portant la mention expresse de la conclusion du contrat qui doit être prise en compte.

Dans de nombreux dossiers soumis à la médiation, l'internaute qui pensait se voir soumettre une proposition à la suite de sa visite sur le site internet de l'assureur a vu son compte débité mensuellement de sommes pour un contrat qu'il ne pensait pas avoir conclu, faute d'avoir reçu et retourné signé un document formalisant l'accord.

Je cite également le cas d'une assurée qui avait adressé en ligne un ordre d'arbitrage sur son contrat et s'est ensuite plainte de ce que ce dernier n'ait pas été exécuté par la société. L'assureur lui a indiqué que l'ordre d'arbitrage devait être renvoyé signé et réceptionné par la société.

Il ne suffit pas d'un simple « clic » pour conclure un contrat d'assurance.

Aussi est-il opportun de rappeler que selon les articles L121-20-8 et suivants du Code de la consommation relatifs à la fourniture de prestations de service à distance et spécifiques aux contrats portant sur des services financiers « Le consommateur doit recevoir, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L121-20-10. Elles sont fournies au consommateur conformément aux dispositions législatives et réglementaires spécifiques à chaque produit, instrument financier ou service proposé. Le fournisseur exécute ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat, lorsque celui-ci a été conclu à la demande du consommateur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable ».

Les coefficients de vétusté

L'évaluation des biens sinistrés est une source importante de contestation, notamment en assurance de dommages au véhicule, dès lors qu'est appliqué un coefficient de vétusté.

Le coefficient de vétusté correspond à l'abattement que va appliquer la société d'assurances sur la valeur du bien estimé. Il correspond à l'usage et à l'ancienneté du bien et a pour objet de respecter le principe indemnitaire - qui est d'ordre public - qui impose que la prestation de l'assureur n'exécède pas le montant du dommage subi. Il est légitime que l'assurance ne permette pas des enrichissements sans cause mais, l'application de cette règle est une source importante de conflits divers et variés. Ainsi, dans le cadre de la réparation d'un véhicule automobile il est admis que, par l'apport de matériaux, éléments, pièces, etc. neufs, la remise en état du bien est créatrice d'une plus-value. L'enrichissement en résultant autorise l'assureur de dommages aux biens à réduire le coût de la remise en état par application d'un coefficient de vétusté.

Il ne paraît pas contestable, mais cela est souvent mal perçu par les assurés, que le remplacement, par une pièce neuve, d'un élément essentiel et coûteux, sur une voiture usagée lui donne une certaine plus-value. Partant, il est légitime que l'assureur fasse application d'une réduction pour vétusté dans de tels cas. Le coefficient doit cependant être justifié par l'assureur en fonction d'éléments tangibles.

Le coefficient de vétusté permet de respecter le principe indemnitaire.

L'antisélection

Expression quelque peu absconse, l'« antisélection » peut se définir comme le penchant de tout individu à rechercher, en particulier au moyen de l'assurance, la protection de ses intérêts dès qu'un risque de péril se fait pressant.

Ainsi par exemple, sentant son état de santé se détériorer, une personne peut être tentée de rechercher une couverture d'assurance destinée à compenser une perte ou une diminution de revenus, temporaire ou définitive.

Ces agissements qui tendent à obtenir la couverture d'événements déjà réalisés ou certains, mettent en cause le principe fondamental de l'assurance qui ne peut garantir que des risques aléatoires.

Les organismes d'assurance ne sont pas dupes, le médiateur non plus mais, faute de preuves, ils sont souvent dans l'impossibilité de déjouer la manœuvre.

Les instruments de contrôle ou de freinage de ce phénomène sont connus : l'examen médical, le questionnaire de santé, l'âge limite, le délai d'attente. Mais, curieusement, on observe que l'antisélection peut être favorisée par la pratique même de sociétés

L'assurance ne peut garantir que des risques futurs et aléatoires.

d'assurances. L'examen médical préalable est généralement abandonné parce que dissuasif et jugé trop coûteux. Quant au questionnaire médical, il lui est souvent substitué une simple déclaration de bonne santé, dont je déplore depuis plusieurs années l'usage.

Plus encore, cette forme de déclaration du risque à garantir est encouragée par certaines entreprises qui n'hésitent pas à annoncer que l'adhésion au contrat d'assurance est exempte de toute formalité médicale.

Dans de telles circonstances, il est vain, sauf enquête médicale approfondie, d'invoquer la nullité du contrat d'assurance par application de l'article L 113-8 du Code des assurances puisque l'assureur et a fortiori le médiateur, ne disposent pas d'éléments suffisants permettant de prouver une fausse déclaration intentionnelle du risque.

La rente viagère et le droit au rachat

Dans les contrats de type épargne, l'assuré fait le choix entre le versement d'un capital ou d'une rente viagère. Si la rente viagère est choisie, l'assuré ne pourra plus procéder à des rachats sur ce contrat. Cette interdiction est édictée par l'article L 132-23 du Code des assurances.

Cette interdiction s'explique aisément par le fait que la rente viagère est, comme le qualificatif l'indique, fonction de la durée de la vie humaine, donc aléatoire. Elle est calculée sur la base du capital constitutif et en relation avec les données statistiques retenues pour l'élaboration des tables de mortalité.

Le risque supporté par l'assureur est que l'assuré survive au-delà de ces données et, partant au-delà du capital qui lui sert de base. Quant à l'assuré, son risque est de s'éteindre en deçà de la norme statistique.

« Les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères différées sans contre-assurance ne peuvent comporter de rachat. »

Autoriser le rachat dans de telles formules pourrait conduire des assurés à en demander le paiement dès lors que deviendrait douteuse la condition de vie, par exemple du fait de la dégradation de sa santé, nécessaire à la poursuite de l'opération.

Par ailleurs en optant pour une rente, le souscripteur perd définitivement ses droits sur le capital qui est de ce fait « aliéné ». Ceci signifie que le souscripteur n'en a plus la disposition puisqu'il est destiné au service des arrérages de la rente et il en résulte qu'il ne peut plus en revendiquer la propriété.

Ce point est parfois difficilement compréhensible pour un assuré qui, pour diverses raisons, souhaite récupérer au bout d'un certain temps le capital.

Les « prestations immédiates ou différées, acquises ou nées »

L'expression est celle qui détermine les droits des salariés bénéficiant d'une protection sociale complémentaire souscrite dans le cadre de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN, qui stipule à son article 7 que « Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution ».

Commentateurs, juges et, depuis quelque temps, moi-même sommes confrontés à des difficultés d'interprétation et partant, d'application. Il s'agissait pour le législateur d'enrayer des pratiques détestables consistant pour un assureur à résilier le contrat collectif afin de se débarrasser d'un groupe d'assurés dont les résultats pourraient être obérés par la survenance d'un ou de plusieurs sinistres graves ou susceptibles de le devenir, et ainsi prétendre être déchargé du paiement des prestations en cours. Cette pratique avait été fermement condamnée par la Cour de cassation dans une décision remarquée du 29 juin 1999 selon laquelle « les prestations liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité d'une police d'assurance de groupe ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure de cette police ».

Afin de garantir aux requérants une certaine unité d'interprétation, je m'efforce de suivre l'évolution de la jurisprudence de la Cour de cassation et d'en appliquer les lignes directrices aux litiges qui me sont soumis. Ainsi ai-je fait mienne la règle édictée par la Haute juridiction selon laquelle doit être considérée comme « différée » la prestation relative à une invalidité survenue postérieurement à la résiliation du contrat, mais après la prise en charge par un premier assureur au titre d'une incapacité de travail, dès lors que l'incapacité et l'invalidité trouvent leur origine dans le même fait générateur.

Dans le même ordre d'idées, la Cour a jugé que devaient être réputées non écrites les clauses d'un contrat de prévoyance aboutissant à supprimer les prestations dues au titre d'un risque qui s'est réalisé avant la résiliation de la police d'assurance, si bien qu'elles ne sauraient être valablement opposées au salarié demandeur si les prestations ont pour origine des risques survenus pendant la période de garantie.

Il n'est pas douteux qu'un état d'invalidité précédé d'une période d'incapacité temporaire prise en charge par l'assureur ouvre droit à garantie au titre d'une prestation « différée » ou « née » pendant le temps de validité ou d'activité du contrat d'assurance. La Cour de cassation en a fait un principe général, en considérant que

Le principe de légalité de la médiation impose la cohérence avec la jurisprudence de la Cour de cassation.

« le droit aux prestations de l'assureur est acquis dès lors que l'assuré a été atteint d'une incapacité de travail consécutive à une maladie constatée avant la cessation de la relation de travail, seul leur service étant différé ». Autrement dit, à partir du moment où le droit aux prestations convenues a été acquis pendant la période d'activité du contrat, il demeure et ne peut être affecté ni par la résiliation du contrat d'assurance ni par la rupture du contrat de travail.

Mais il va sans dire, mais mieux en l'écrivant, qu'il n'en découle pas que l'invalidité doit toujours être considérée comme une prestation différée. Encore faut-il, pour qu'il en soit ainsi, que cet état soit le prolongement obligé de l'incapacité temporaire constatée antérieurement et ayant donné lieu à prise en charge.

Le fait générateur

Il apparaît une confusion persistante sur la notion de fait générateur. Cette dernière est à l'origine d'un contentieux important, notamment sur les conditions de la mise en jeu de la garantie de l'assureur.

Article L 124-1 du Code des assurances

Dans les assurances de responsabilité, l'assureur n'est tenu que si, à la suite du fait dommageable prévu au contrat, une réclamation amiable ou judiciaire est faite à l'assuré par le tiers lésé.

Le contrat d'assurance étant aléatoire, le fait générateur doit survenir pendant une période de garantie et l'assuré ne doit pas avoir eu connaissance de ses éléments avant la souscription.

En assurance de protection juridique, on doit rappeler que le fait générateur du litige s'apprécie à la date à laquelle l'assuré a pris connaissance du caractère préjudiciable d'un événement et qu'il se distingue du fait générateur du dommage qui est la date à laquelle est survenu l'événement.

Ainsi, à l'occasion d'une réclamation ayant trait à la prise d'un médicament, j'ai estimé que le fait générateur à l'origine du litige était la date à laquelle l'assuré avait pris conscience des effets néfastes du médicament sur son organisme et non, comme le prétendait l'assureur, la date à laquelle le médicament avait été consommé.

Dans un tout autre registre, j'ai estimé que le fait générateur à l'origine de la remise en œuvre des garanties d'un contrat d'assurance suspendu était la date à laquelle le chèque avait été remis à l'assureur et non comme ce dernier le prétendait, la date de son encaissement.

L'abus de faiblesse

Des « conseillers » peu scrupuleux existent. Tel cet employé de banque qui subordonnait l'octroi d'un prêt non seulement à l'adhésion au contrat collectif des emprunteurs présenté par sa filiale d'assurance mais aussi à la souscription auprès de

celle-ci d'autres contrats d'assurances : multirisque habitation, automobile, épargne, vie, etc. Comme cet autre « conseiller » qui fit souscrire à une dame âgée et quasi-illettrée, qui fut mise sous tutelle quelques mois après la souscription, un contrat d'assurance sur la vie dont la cotisation absorbait près du tiers de sa maigre retraite. Comme, encore, celui qui a incité son client de longue date, âgé et atteint depuis longtemps d'un cancer, à mettre un terme à plusieurs contrats « Obsèques » qu'il lui avait lui-même fait souscrire et à les remplacer par un contrat de même nature, mais prévoyant un délai de carence de deux ans si le décès est dû à une maladie ; L'assuré mourra deux mois après la signature.

Certaines sociétés s'empressent de rembourser le montant des cotisations versées augmenté d'un intérêt dès qu'elles sont alertées sur les conditions douteuses dans lesquelles la souscription a été obtenue. D'autres n'en ont cure, prétextant que de tels agissements sont imputables à des « conseillers » de la banque qui a le statut de courtier et donc seraient soi-disant indépendants.

Ce faisant, ces sociétés d'assurances, qui refusent obstinément de reconnaître leurs responsabilités en tant que mandant, se rendent complices du délit d'abus de faiblesse réprimé par l'article 313-4 du Code pénal et par l'article L 122-8 du Code de la consommation. L'âge et la maladie sont, en effet, expressément visés par ces textes comme des facteurs de vulnérabilité.

Il est particulièrement choquant que des personnes, proches parents ou amis, ayants droit, tuteur, soient contraintes de saisir le médiateur, voire la justice, alors que de semblables affaires devraient être traitées « en interne » par les entreprises et réglées dans les meilleurs délais.

Jusqu'à présent, je me suis borné à rappeler les instructions déontologiques ainsi que les normes légales. ●

L'abus de faiblesse

*est réprimé pénalement
par les articles 313-4
du Code pénal et
L 122-8 du Code
de la consommation.*

La médiation au niveau international

Une volonté affirmée de développer les modes alternatifs de règlement, notamment dans le secteur financier, s'affiche sur tous les continents. Il est significatif que les plus importantes organisations internationales s'y attachent. Sur le fondement des principes énoncés dans l'article 10 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme des Nations Unies et l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, de grandes institutions comme la Banque mondiale pour la reconstruction et le développement, le Conseil de l'Europe, le Parlement Européen et, bien sûr, la Commission Européenne au quotidien, s'emploient à promouvoir et consolider ces systèmes.

Il est gratifiant que je sois régulièrement amené, notamment avec mon collègue du Financial ombudsman service du Royaume Uni, à participer à la réflexion et aux travaux menés par ces différents organismes internationaux auxquels je peux apporter, en contribution, mon expérience de la médiation de l'assurance en France. C'est cet éclairage particulier que je peux aussi apporter à l'Autorité de contrôle Européenne des assurances, EIOPA, lors des réunions du Stakeholder group placé auprès d'elle, que j'ai récemment intégré. Les organisations internationales de juristes, spécialisées ou non dans le domaine de l'assurance, ne sont pas en reste dans cette volonté de réflexion commune et je suis également appelé à faire part de mon expérience lors de rencontres organisées par l'Association internationale des juristes d'assurance et l'Académie de droit européen.

Entre les médiateurs eux-mêmes, et les différents systèmes de médiation déjà en place dans les différents pays, le besoin d'échange et de collaboration se fait ressentir avec de plus en plus d'acuité. Les structures existantes qui regroupent des médiateurs du secteur financier, au niveau européen et au niveau mondial, sont évidemment les lieux privilégiés de ces échanges. Ils n'excluent pas des réunions bi-latérales et j'ai été invité à intervenir à plusieurs reprises dans des pays d'Europe centrale et de l'Est, comme à recevoir des représentants de pays d'Afrique ou d'Asie désireux de mettre en place des systèmes de médiation.

L'Union Européenne

Les actions de l'Union Européenne pour le développement de la médiation sont une constante de la construction du Marché unique. La liste suivante des Directives qui invitent depuis 2002 les États membres à encourager la mise en place de systèmes alternatifs pour le règlement des litiges dans le domaine financier, parle d'elle même.

- ▣ Directive sur l'intermédiation en assurance, art 11 ;
- ▣ Directive sur les instruments financiers, art 53 ;
- ▣ Directive sur la vente à distance de services financiers, art 14 ;
- ▣ Directive sur le crédit à la consommation, art 24 ;
- ▣ Directive sur les moyens de paiement, art 83 ;
- ▣ Directive sur la monnaie électronique, art 13 ;
- ▣ Directive sur les investissements collectifs, art 100.

Il faut bien sûr ajouter les textes non spécifiques au domaine financier comme la Directive sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale de mai 2008 qui va bientôt faire l'objet d'une intégration dans le droit français par voie d'ordonnance.

Ces différents textes sont postérieurs à la mise en place, toujours sous l'impulsion de la Commission, du réseau FIN NET des médiateurs financiers dont on sait qu'il permet depuis 2001 de résoudre les litiges transfrontaliers dans ce domaine. Ses membres, au nombre de 50 à la fin de l'année 2009, ont tous été notifiés par leurs Gouvernements respectifs comme respectant les principes édictés par la Commission dans ses Recommandations du 30 mars 1998 et du 4 avril 2001 et sont liés par un Protocole d'accord.

La collaboration active entre les membres de FIN NET a permis en 2009, la résolution de 1 542 dossiers transfrontaliers, dont 884 dans le secteur bancaire, 244 dans le secteur des assurances, 410 dans le secteur des services d'investissement et 4 qui ne peuvent être attribués à un seul secteur. Ce chiffre porte à 7 830 le nombre de litiges réglés grâce au réseau depuis sa mise en place.

Afin de renforcer l'efficacité de FIN NET, la Commission a lancé une évaluation qui a conclu à la nécessité de renforcer la visibilité du réseau et celle des systèmes qui y adhèrent et surtout à celle d'encourager les Etats à étendre la couverture du réseau en notifiant tous les systèmes compétents existants.

En tant que membre du comité directeur, j'ai été amené à présenter le réseau et ses résultats lors du Sommet Européen organisé par le Parlement et la Commission, en préparation des nouvelles initiatives que l'Europe souhaite prendre pour développer et encadrer les modes alternatifs de résolution des conflits de consommation, y compris dans les ventes « en ligne ». Je suis aussi régulièrement invité à collaborer à l'information des nouveaux pays membres ou candidats et sollicité pour répondre à des enquêtes relatives à la protection des consommateurs.

L'apport des organisations de consommateurs au niveau européen est très important et je suis particulièrement sensible à la qualité des relations entretenues avec les différents Centres européens de consommation, plus particulièrement avec le Centre Franco Allemand de Kehl qui œuvre sans relâche pour la promotion de solutions non contentieuses.

Le monde

Le réseau international de médiateurs financiers INFO, International Network of Financial services Ombudsman schemes, créé en 2007, poursuit son développement. Il regroupe des systèmes de résolution extra judiciaire des litiges dans le domaine financier du monde entier et comprend aujourd'hui 50 membres répartis dans 31 pays. Tous les continents sont représentés.

Le réseau INFO n'a pas pour vocation directe de traiter des litiges transfrontaliers



Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

bien que, d'évidence, il le permette le cas échéant, grâce à la collaboration entre ses différents membres.

Le but essentiel d'INFO est de développer la compétence et l'expertise de ses membres au travers d'échanges d'informations et d'expériences. Priorité est donnée aux thèmes universels comme les codes de conduite, les modes de gestion des réclamations, les relations avec les autorités, la formation permanente, le développement de la médiation financière dans le monde, etc.

INFO est dirigé par un comité de sept membres dont je fais partie et qui, avec le support d'un secrétariat basé en Australie, se réunit exclusivement par conférences téléphoniques, tous les deux mois. Le lien entre les membres est assuré par un site dédié et un bulletin alimenté directement par les membres est publié chaque mois sur Internet.

La conférence annuelle d'INFO qui réunit pratiquement tous les membres est l'occasion privilégiée d'échanges. Elle permet d'accroître la collaboration entre les membres qui pour certains, dans un nombre croissant de pays, ont besoin du soutien de leurs collègues étrangers pour convaincre professionnels et politiques de la nécessité d'offrir localement aux consommateurs une forme d'accès à la justice. ●



5 316

DEMANDES
ADRESSÉES
À LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE
EN 2010 DONT...

1 759

DOSSIERS
RENOVYÉS EN
« PROCÉDURE
INTERNE » DE
TRAITEMENT DES
RÉCLAMATIONS

3 557

PRÉCONISATIONS
DONT...

391

AVIS FORMALISÉS
DU MÉDIATEUR

Différents organismes sont susceptibles de recevoir les plaintes, réclamations et demandes de médiation mettant en cause une entreprise d'assurances.

C'est ainsi que l'Autorité de contrôle prudentiel - ACP - qui est chargée de veiller au respect de la réglementation par les sociétés d'assurances et leurs intermédiaires - a reçu en 2010, 3 835 réclamations et interrogations (4 112 l'an passé) et près de 8 000 appels téléphoniques.

De son côté, la DGCCRF indique que sur 92 200 plaintes et réclamations enregistrées en 2010, 1,9 % concernait le secteur de l'assurance, chiffre identique à 2009 mais, à mettre en rapport avec un nombre global de réclamations en baisse cette année de 17 %.

Le Centre de documentation et d'information de l'assurance pour sa part a reçu parmi les diverses demandes qui lui sont adressées, 440 lettres et près de 150 emails portant sur une réclamation. Ces chiffres en constante diminution laissent à penser que les assurés et les tiers ont une meilleure connaissance de la procédure à suivre en cas de désaccord avec une entreprise d'assurances.

Les chiffres concernant la Boîte postale médiation assurance qui a pour objet de transmettre, toutes sociétés d'assurances confondues, les demandes des particuliers à la personne ou au service qualifié au sein de l'entreprise concernée pour procéder au traitement de la réclamation, restent eux en augmentation constante. Alors que cette boîte postale recevait 1 876 courriers en 2008, elle en a dispatché 2 039 en 2009 et 2 209 cette année. 74 % des courriers concernaient les sociétés adhérentes de la FFSA, 12 % celles du GEMA et 14 % n'étaient pas identifiables ou ne concernaient pas la médiation.

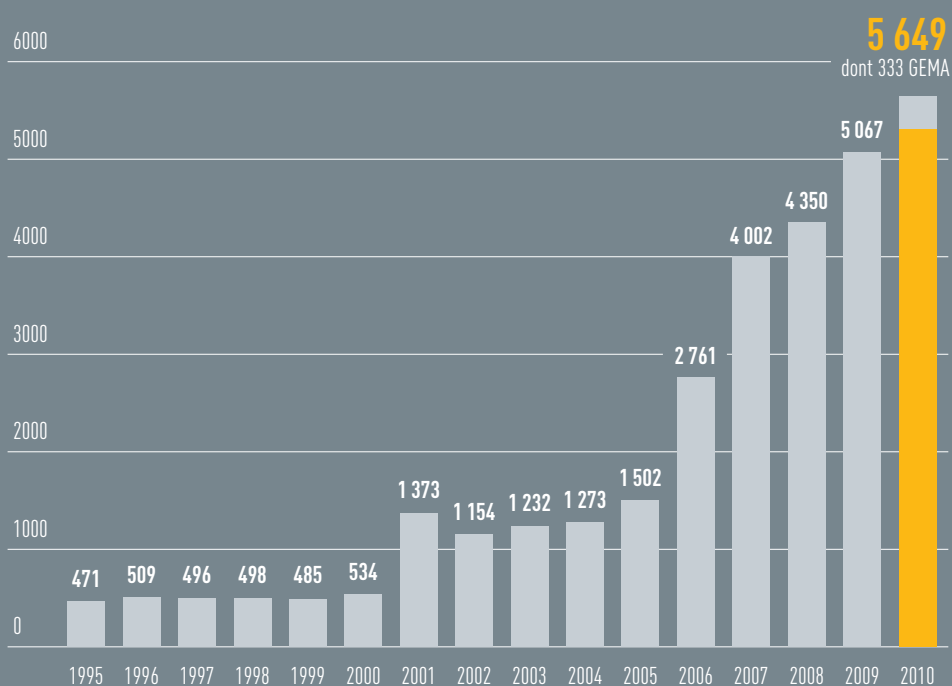


La médiation en chiffres

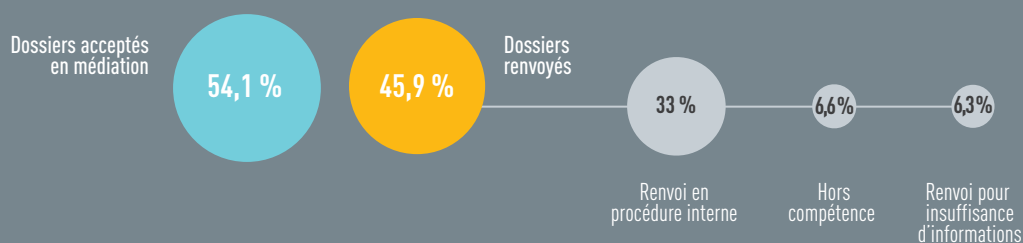
Conformément à la Charte de la médiation de la FFSA, les données correspondant à l'activité de médiation des entreprises qui ont choisi de désigner un médiateur particulier* sont intégrées dans ma présentation chiffrée. Ainsi, le rapport annuel du médiateur de la FFSA permet-il d'avoir une vision complète de la médiation de l'assurance en France, dès lors que l'on y ajoute les résultats de la médiation du GEMA.

* AXA, CNP, GENERALI, MMA, GMF, GROUPAMA, NEUFLIZE Vie.

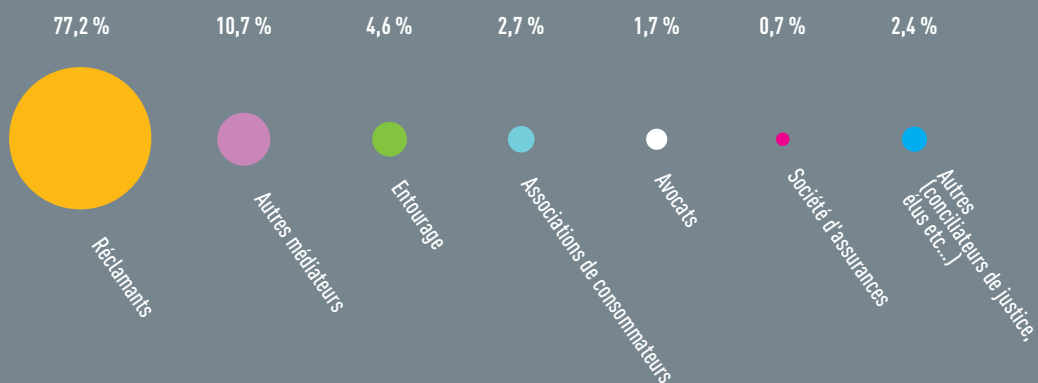
ÉVALUATION DE LA DEMANDE DEPUIS 1995



CAUSES DU RENVOI DES DEMANDES DE MÉDIATION



PROVENANCE DES DEMANDES



Les demandes de médiation

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, 5 316 demandes de médiation concernant les sociétés adhérentes de la FFSA ont été reçues. Si l'on ajoute à ce chiffre les 333 dossiers qui ont concerné le médiateur du GEMA, ce sont 5 649 demandes de médiation, toutes sociétés d'assurances confondues, qui ont été formulées en 2010.

Il n'est pas surprenant de constater que, dans un environnement de difficultés économiques persistantes, ce chiffre soit encore en augmentation de plus de 13 % par rapport à l'an passé où il était déjà en augmentation de 17 % par rapport à 2008.

Cette année encore, il faut relever que, malgré l'ampleur des conséquences des catastrophes climatiques qui ont frappé le pays en 2010, notamment la tempête Xynthia, les demandes de médiation les concernant sont restées l'exception.

Il faut se féliciter que la profession de l'assurance sache s'organiser face à ces événements considérables pour apporter la réponse attendue par les victimes.

30 %
D'AUGMENTATION
DES DEMANDES
DE MÉDIATION
DEPUIS 2008

LA RECEVABILITÉ DES DEMANDES DE MÉDIATION

Sur les 5 316 demandes reçues, 350 dossiers ne relevaient pas de la compétence de la médiation.

1 759 demandes, irrecevables en l'état, ont été renvoyées vers les sociétés concernées afin que soient mises en œuvre ou parachevées les procédures internes de règlement. Ce chiffre, encore important malgré une amélioration par rapport à l'an passé, impose la poursuite des efforts à fournir pour mieux faire comprendre que la médiation ne se substitue pas aux services réclamations des entreprises et ne peut intervenir qu'une fois que les procédures de règlement du litige internes aux sociétés ont été épuisées.

LA PROVENANCE DES DEMANDES...

La part des demandes directes formulées par les réclamants reste prépondérante.

On note une forte augmentation (près du double) des demandes présentées par ou avec l'assistance de l'entourage direct du réclamant. On constate que les saisines du médiateur par l'intermédiaire d'un avocat ont sensiblement augmenté et atteignent près de 2 % cette année.

Tel n'est pas le cas pour ce qui concerne l'assistance des requérants dans leur démarche de médiation par une organisation de consommateurs, seulement 2,7 % des dossiers en 2010. Je le regrette car les organisations de consommateurs sont des intermédiaires privilégiés et jouent un rôle pédagogique et de conseil important auprès de leurs adhérents.

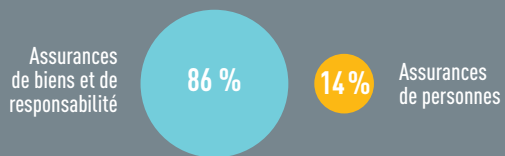
A cet égard, l'on comprend mal la posture affichée de certaine organisation qui annonce, au niveau national, ne pas vouloir recourir à la médiation, préférant la voie judiciaire qu'elle considère plus efficace de par l'aspect exemplaire des décisions de justice. Pourtant, l'intervention des associations de consommateurs en amont de la saisine du médiateur permet d'évidence de régler nombre de désaccords. Il faut favoriser ces actions mais aussi, en cas de persistance du litige, que les associations accompagnent leurs adhérents jusqu'au terme de la démarche en les assistant dans la procédure de médiation. Les rencontres régulières entre les associations de consommateurs et les médiateurs institutionnels du Club des médiateurs de services au public sont une occasion d'échanges privilégiés sur ces thèmes.

La mise en place de la Commission de médiation de la consommation au sein de l'Institut National de la Consommation offre encore d'autres possibilités de dialogue, même si le secteur financier ne relève pas de la compétence de cette nouvelle institution.

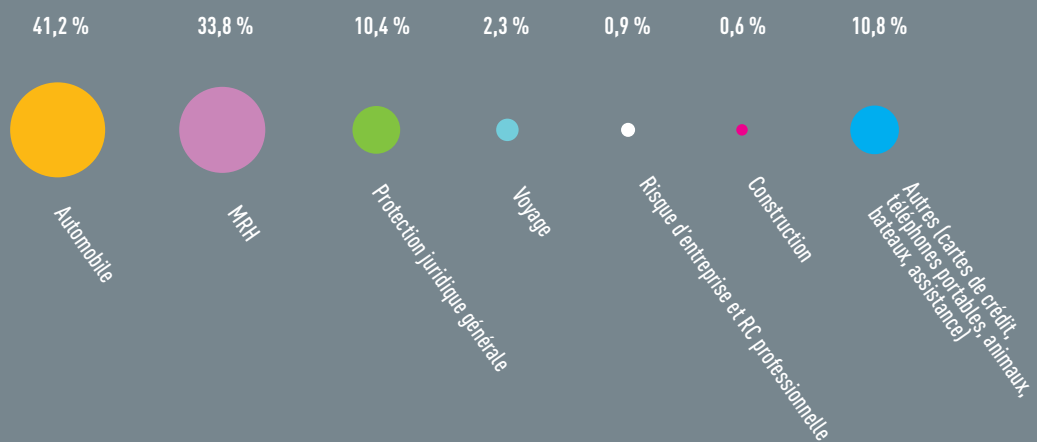
RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION



RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION DU GEMA



LITIGES IARD



La proportion importante des saisines par l'intermédiaire de mes collègues européens, des médiateurs de services au public, des banques, des sociétés financières ainsi que du Médiateur de la République est le signe de l'efficacité de la collaboration entre médiateurs, au niveau national comme au niveau européen. Les demandes formulées par une entreprise d'assurances sont de plus en plus fréquentes et dans ce cas je requiers bien évidemment l'accord de l'assuré avant d'ouvrir la procédure de médiation.

L'objet des litiges

Les données mentionnées ici concernent toutes les médiations intervenues dans le domaine de l'assurance, hors celles relevant de la compétence du médiateur du GEMA ou de celles du médiateur de la Chambre syndicale des courtiers d'assurance. Il apparaît alors que les litiges en assurances de personnes sont, malgré une baisse de 7 % cette année, toujours une cause majoritaire de litiges.

Une vision globale plus réaliste pour l'ensemble du secteur de l'assurance résulte de l'intégration des chiffres ventilés par branche d'assurance de l'activité de médiation du GEMA qui indiquent une proportion inverse.

TYPLOGIE DES RÉCLAMATIONS (HORS GEMA)

Assurances de biens et de responsabilité	47,1 %
Automobile	19,4 %
MRH	15,9 %
Voyage	1,1 %
Protection juridique générale	4,9 %
Risque d'entreprise et RC professionnelle	0,4 %
Construction	0,3 %
Autres	5,1 %

Assurances de personnes : contrats individuels	23,8 %
Vie	20,2 %
Santé	2,1 %
Accident et GAV	0,5 %
Emprunteurs	0,3 %
Autres (retraite, prévoyance)	0,7 %

Assurances de personnes : contrats collectifs	29,1 %
Emprunteurs	21 %
Vie	5,5 %
Santé	1,2 %
Autres (retraite, prévoyance)	1,4 %

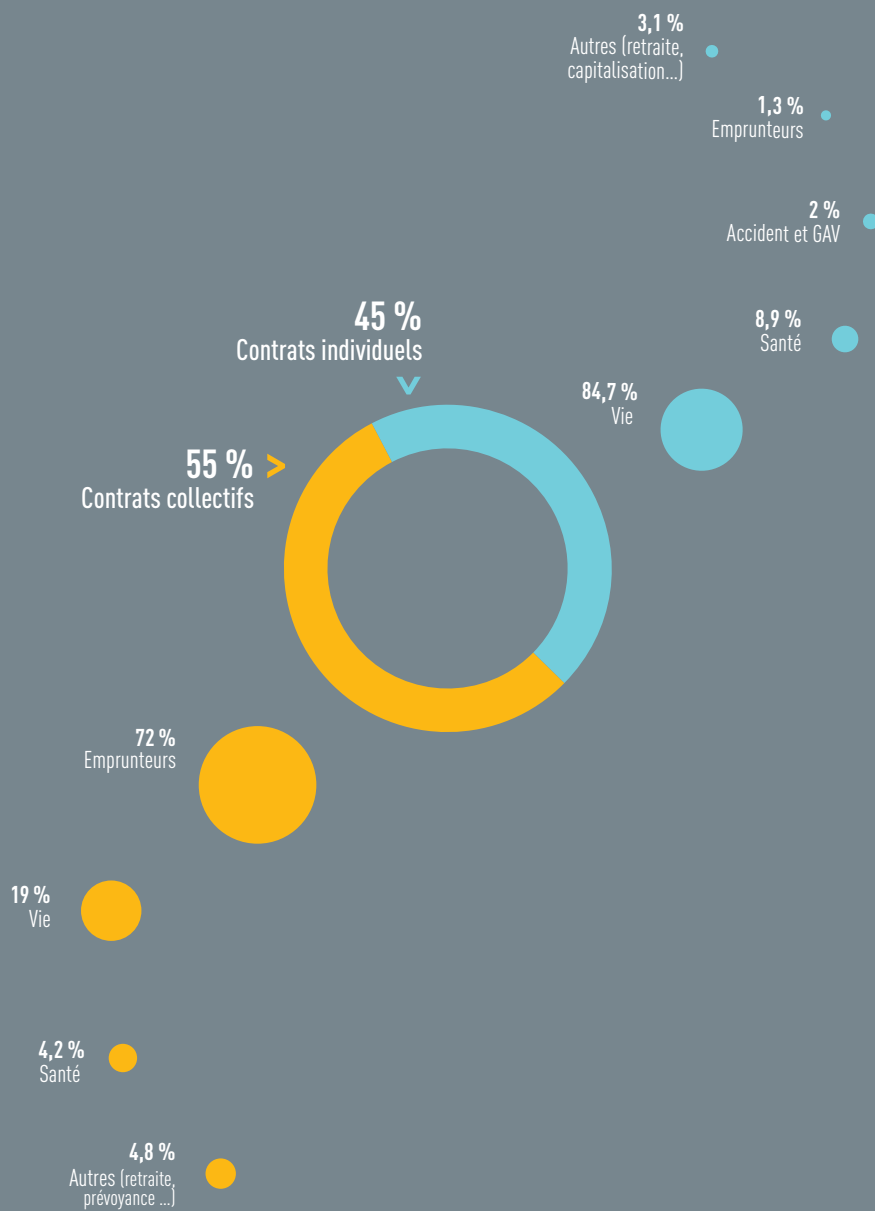
LES ASSURANCES DE BIENS ET DE RESPONSABILITÉ...

On note cette année une augmentation sensible du nombre des litiges en assurance non vie, notamment en assurance automobile qui devient prépondérante, 19,4 % contre 15,4 % l'an passé. Cette prépondérance est encore accrue si l'on ajoute les chiffres de la médiation du GEMA où l'automobile représente 49 % de l'activité du médiateur en 2010.

Il faut signaler que les litiges concernent essentiellement les dommages matériels et les désaccords sur la responsabilité, ceux concernant le règlement des sinistres corporels restant l'exception.

Parmi les causes diverses de litiges, on constate à nouveau une élévation du nombre de demandes consécutives à des vols de téléphones portables et de cartes de crédit par rapport à 2009, déjà en augmentation.

LITIGES EN ASSURANCES DE PERSONNES



LES ASSURANCES DE PERSONNES...

Les assurances sur la vie, souscrites individuellement ou dans un cadre collectif restent avec les contrats emprunteurs la cause principale des litiges en assurances de personnes.

S'agissant de ces derniers, les effets de la loi dite Lagarde qui doit permettre le libre choix par l'emprunteur de sa société d'assurances n'ont pas encore été ressentis autrement que par, comme on l'a vu précédemment, la survenance de litiges jusque là inexistantes et l'apparition de comportements répréhensibles de la part de certains professionnels.

Les assurances dites « Obsèques », mentionnées dans mon dernier rapport comme pouvant, au regard des litiges qui m'étaient soumis, être une source d'incompréhensions et de conflits, ont fait l'objet d'une Recommandation de l'ACP. En 2010, plusieurs dossiers de réclamation m'ont de nouveau été soumis sur ce thème.

On ne sera toujours pas surpris que, dans le cadre des réclamations concernant les assurances sur la vie, les contrats adossés à des unités de compte aient représenté à eux seuls 25 % des requêtes, comme cela avait été le cas pendant l'année 2009.

L'enjeu des litiges

Un des avantages de la médiation est d'offrir la possibilité de voir traités des litiges de faible montant pour lesquels on hésitera à engager une action judiciaire. Force est de constater que ces « petits » litiges ne sont pas la majorité de ceux dont je suis saisi, loin s'en faut.

Quoi qu'il en soit, il ne peut y avoir dans une société démocratique deux sortes de justice, celle dont les enjeux justifieraient la mobilisation de l'appareil judiciaire et les autres qu'on laisserait à la médiation le soin de traiter ou, pire, en déshérence.

Le fait de pouvoir recourir à un mode alternatif non judiciaire, de règlement du conflit est un avantage indéniable, notamment en termes de coût, d'équité et de rapidité. Cette alternative doit rester un libre choix, quels que soient les enjeux afin de ne pas générer subrepticement une forme de justice à deux vitesses.

Tous types d'assurances confondus, j'ai eu à connaître cette année de litiges portant sur une centaine d'euros. Dans un cas le litige s'élevait à 15 euros, alors que les frais de correspondances et de photocopies dépassaient largement ce montant. A l'autre extrême, dans plusieurs dossiers l'enjeu dépassait plusieurs centaines de milliers d'euros.

Il faut garder à l'esprit que souvent la demande de médiation est l'expression d'un désarroi, la recherche d'une écoute et d'une aide face à une difficulté ou simplement d'un besoin de reconnaissance de la réalité du litige.

Les résultats de la médiation

391 dossiers ont donné lieu à un avis formalisé du médiateur qui a été adressé à chacune des deux parties en cause. Il faut y ajouter les 274 avis, contre 174 l'an passé, rendus par le médiateur du GEMA.

La formalisation d'un avis par le médiateur implique qu'aucune solution n'a été trouvée dans le cadre des procédures internes à l'entreprise dédiées au règlement des litiges et qui doivent avoir été épuisées préalablement.

Leur plus ou moins grand nombre atteste de l'efficacité de ces mesures internes qui, au plus tard, sont mises en œuvre après la saisine du médiateur, à son instigation et éventuellement avec son assistance.

C'est ainsi que les plus nombreuses solutions, et de loin, surviennent sous des formes diverses - échanges de courriers, de courriels, échanges téléphoniques, réunions - qui permettent au médiateur de faire part de ses préconisations. Généralement un écrit de l'entreprise concernée vient concrétiser l'accord intervenu grâce à l'intervention du médiateur. En cas de persistance du désaccord, je rends un avis formel, motivé.

LA NATURE DES AVIS...

Sur la totalité des avis formalisés rendus par le médiateur en 2010, plus de 45 % ont été favorables ou partiellement favorables au réclamant.

Comme l'année précédente où - malgré le caractère parfois abusif de certaines demandes en cette période de crise -, la proportion d'avis favorables aux requérants a progressé. On passe de 41,3 % en 2009 à 45,3 % d'avis favorables ou partiellement favorables.

La crainte exprimée l'an passé que l'augmentation des avis favorables aux requérants ne révèle une dégradation de la qualité du traitement des réclamations par les entreprises en amont de la saisine du médiateur reste préoccupante.

LE SUIVI DES AVIS

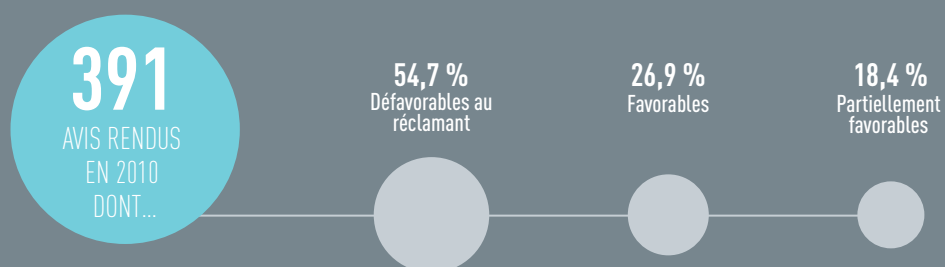
Il ressort de l'enquête à laquelle je procède chaque année pour connaître les suites qui sont données aux dossiers que 2,5 % des avis n'ont pas été suivis ou ne l'ont été que partiellement.

Je rappelle que l'article 6 de la Charte de la médiation de la FFSA dispose que : « L'avis rendu par le médiateur ne lie pas les parties ». Assureurs comme assurés sont donc libres de suivre ou non ses avis. La médiation a pour vocation d'éviter aux parties de se retrouver devant les tribunaux, étape qui marque une profonde rupture, alors que la procédure de médiation qui leur est proposée, plus consensuelle, permet souvent la poursuite de la relation.

Du point de vue du professionnel qui s'est engagé en signant la Charte de la médiation, il y a une logique, pour ne pas dire une éthique à « jouer le jeu » et à ne pas se contenter, comme j'ai pu le constater parfois de la part de certains, d'apprécier les avis du médiateur lorsqu'ils lui sont favorables et de les rejeter lorsqu'ils lui sont contraires.

L'alternative qui consiste, comme c'est le cas dans de nombreux autres systèmes de médiation y compris dans le domaine financier, à rendre les avis du médiateur obligatoires pour les entreprises a sa logique, mais prive ces dernières de l'avantage d'image dont elles bénéficient en adhérant volontairement au principe de la médiation et en suivant sans contrainte les avis rendus.

NATURE DES AVIS



LES DÉLAIS

Pour mettre fin à un conflit les délais paraissent toujours trop longs.

Ceux prévus pour la médiation varient selon la Charte de la médiation de la FFSA (3 mois), ou le protocole du GEMA (6 mois).

Devant l'exigence légitime d'une réponse rapide et après avoir rappelé que d'évidence il n'est pas possible pour le médiateur de rendre un avis avant d'être en possession de tous les éléments nécessaires, tous les efforts sont faits pour vider le litige dans les meilleurs délais.

J'avais noté l'an passé une amélioration sensible du délai de réponse des entreprises qui sont désormais tenues de répondre en moins de 6 semaines à mes demandes d'information ou de documents. Je souhaite que ce délai s'améliore encore.

Pour le médiateur, le traitement de certains dossiers excède de plus en plus fréquemment le délai prévu, pour des raisons diverses qui tiennent souvent à la plus grande complexité des litiges mais aussi et surtout à l'accroissement constant du nombre des demandes et des courriers qu'ils génèrent. L'impatience des réclamants se traduit également par un afflux d'appels téléphoniques.

Près de 90 % des avis sont rendus en moins de 3 mois. Si certains cas peuvent être résolus en deux semaines, voire moins, d'autres beaucoup plus complexes ne pourront l'être que tardivement.

90 %

**DES DOSSIERS
DE MÉDIATION
SONT RÉGLÉS
EN MOINS DE
3 MOIS**

Conclusion

Je voudrais tout d'abord exprimer ma reconnaissance. En premier lieu, et chaleureusement, aux collaborateurs du service de la médiation de la FFSA. Les difficultés persistent, les conflits et les attitudes se radicalisent, la pression pour répondre aux demandes urgentes s'ajoute à la complexité et à la délicatesse des sujets à traiter. Malgré cela, ils ne se départent pas de leur enthousiasme, ni de leur bonne humeur pour répondre avec compétence et efficacité aux sollicitations écrites, verbales ou informatiques de requérants pourtant toujours plus nombreux et plus exigeants.

Je remercie aussi celles et ceux qui, dans les sociétés d'assurances et les organisations, participent activement à la réussite de la médiation. C'est l'action de mes correspondants désignés au sein de chaque société d'assurances, relais de mes conseils et préconisations, qui permet d'insuffler l'esprit qui favorisera l'arrangement amiable plutôt que le contentieux.

Je remercie aussi bien sûr les médiateurs d'entreprise et les collaborateurs mis à leur disposition pour la coopération et le soutien qu'ils apportent à la médiation de l'assurance.

J'ai attiré l'attention sur le fait que la médiation, bien qu'établie depuis longtemps pour certains systèmes, reste fragile. Cette fragilité est aggravée par l'expression de certains médiateurs eux mêmes qui affirment détenir la vérité à l'exclusion de tous autres. On relève en effet, à l'occasion de conférences ou de congrès, comme dans des articles publiés dans diverses revues, que la médiation judiciaire ou publique est opposée à la médiation privée, la médiation conventionnelle à la médiation institutionnelle, la médiation d'entreprise à la médiation sectorielle. Le débat semble circonscrit à un microcosme hexagonal, mais il est curieux dans un domaine où la tolérance, le respect et l'écoute de l'autre sont fondamentaux.

S'agissant du domaine de l'assurance, je me limiterai ici à rappeler l'objectif premier de la médiation qui a été mise en place à l'initiative de la FFSA, en accord avec l'Institut national de la consommation et les pouvoirs publics, il y a 18 ans. Il s'agit d'offrir aux assurés et aux tiers une procédure de médiation, gratuite pour eux, pour le règlement de leurs litiges avec une entreprise d'assurances adhérente.

Le médiateur de la FFSA, désigné pour des mandats de 3 ans à l'unanimité d'un Conseil composé des présidents de l'Insee, du CCSF (Comité Consultatif du Secteur Financier) et de la FFSA, exerce dès lors sa mission en toute indépendance et il dispose des pouvoirs et moyens nécessaires pour ce faire. C'est ainsi que depuis l'année 2000, date de mon premier mandat, ce sont plus de 28 000 dossiers qui ont été soumis et traités par la médiation de l'assurance.

Face à ces réalités, discuter du point de savoir si l'activité du médiateur sectoriel de l'assurance est ou non une « vraie » médiation au sens juridique étroit retenu pour la médiation judiciaire, par opposition à la médiation conventionnelle, rémunérée par les plaignants, n'a que peu de sens et pas d'intérêt. Certes, je conviens volontiers que dans chaque dossier ce n'est que pendant la phase d'instruction que j'interviens en tant que « médiateur cherchant à amener les parties à trouver un accord par elles mêmes » et que si aucun accord ne survient, je propose une solution. J'agis alors comme un « ombudsman », en formulant un avis. J'observe que, bien qu'il soient non contraignant, mes avis sont dans les faits suivis à 98 % en moyenne d'une année à l'autre. Je le regrette pour le débat purement philosophico sémantique que certains s'efforcent d'instaurer mais l'objectif majeur d'une médiation reste aux yeux de toutes les parties prenantes non pas la sublimation d'une notion que l'on finira ainsi par rendre nébuleuse, mais de régler les litiges, rapidement, au moindre coût et en dehors de toute intervention judiciaire. Pragmatiquement, réussir à amener des entreprises financières gérant plusieurs centaines de milliers de contrats, à considérer la situation personnelle des individus au cas par cas et à reconnaître, le cas échéant, le bien fondé d'une réclamation individuelle, vaut bien de ne pas s'arrêter à des considérations dogmatiques en cours d'élaboration.

La fragilité observée ressort aussi de la constatation que certains systèmes existants, pourtant performants, sont mis en cause, voire éliminés. La disparition, par suppression des subventions, du « Médiateur du net » en France est un exemple ; il en est d'autres, ainsi qu'à l'étranger. Cette fragilité ressort également de ce que de nouveaux systèmes de médiation n'arrivent toujours pas à naître dans des secteurs d'activité où ils ont pourtant été annoncés et sont impatientement attendus.

Par ailleurs, on constate la tendance réactivée de diluer la médiation dans des services autoproclamés, au sein même des entreprises, voire d'autorités de régulation. La multiplication de fonctions d'assistance aux personnes et aux usagers par des employés que l'on qualifie abusivement de « médiateur », n'apporte pas de clarification. On pourrait multiplier les exemples de dérives.

Il faut dès lors se féliciter de la volonté déclarée de l'Union Européenne de renforcer la consolidation et le développement des modes alternatifs de règlement des conflits de consommation. La Commission a annoncé la prise de deux nouvelles initiatives, l'une afin de fixer par une Directive un cadre pour la mise en place de tels systèmes par les Etats et l'autre proposant l'élaboration d'un Règlement pour la résolution alternative des litiges « en ligne ».

Dans cette mouvance, l'opportunité peut être saisie pour consolider l'expérience particulière de la médiation de l'assurance. En effet, cette dernière repose initialement sur l'expression d'une volonté des assureurs en commun avec les organisation de consommateurs, contrairement à la situation d'autres secteurs pour lesquels le législateur est intervenu, parfois à plusieurs reprises, pour imposer un médiateur.

La médiation de l'assurance est forte notamment d'une activité qui est passée du traitement de 400 dossiers par an à ses débuts à près de 6 000 aujourd'hui, d'une reconnaissance par les entreprises du secteur qui savent tirer les enseignements des avis rendus, et d'une reconnaissance au niveau national et international. Le moment est probablement venu de la renforcer juridiquement, sur la base de la loi du 4 janvier 1994 qui impose aux assureurs d'indiquer les modalités de l'examen des réclamations et l'instance qui en est chargée. Il serait dommage, faute d'avoir mis en place un support juridique suffisant, de succomber à la tentation, facile dans un temps de forte concentration des rôles et des pouvoirs, de la laisser absorber dans une réglementation uniformisée, ignorante des contours d'un système aux avantages connus et reconnus par l'ensemble des parties prenantes, professionnels et consommateurs. ●

Francis Frizon



Annexes

Charte de la médiation	48
Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFSA et du GEMA	49
Charte des médiateurs de services au public	50
Textes	52
Loi n°94-5 du 4 janvier 1994	52
Recommandations de la Commission des communautés européennes	52
Directive 2008/52/CE sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale	52
Publications, sites internet et adresses utiles	53

Charte de la Médiation

Les sociétés de la FFSA sont convenues de mettre en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges.

Ce dispositif est défini par les 10 règles ci-après :

- ① Un médiateur de la FFSA est désigné à l'unanimité par un conseil composé du président de l'Institut national de la consommation, du président du Comité consultatif du secteur financier et du président de la Fédération française des sociétés d'assurances. Son mandat est de trois ans renouvelable.
- ② Le médiateur de la FFSA exerce sa mission en toute indépendance.
- ③ Il dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission. Les entreprises disposent d'un délai maximum de six semaines pour répondre aux demandes d'informations ou de documents émanant du médiateur de la FFSA.
- ④ Le médiateur de la FFSA a pour mission l'examen des litiges opposant en matière d'assurance un assuré ou un tiers à une entreprise d'assurance. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA.
- ⑤ Le médiateur de la FFSA peut être saisi par l'assuré, par un tiers ou, avec leur accord, par l'entreprise d'assurance, après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à cette entreprise. Dans ce cas, la prescription est interrompue. Le médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.
- ⑥ Après avoir instruit le dossier avec le concours des parties, le médiateur de la FFSA rend un avis motivé dans les trois mois. L'avis ne lie pas les parties. La décision de ne pas suivre l'avis du médiateur doit obligatoirement être prise au niveau de la direction générale de la société et portée à la connaissance du médiateur de la FFSA.
- ⑦ Le médiateur de la FFSA informe les assurés ou les tiers qu'ils conservent leurs droits de saisir les tribunaux.
- ⑧ Il est, dans tout avis rendu par le médiateur de la FFSA, précisé 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.
- ⑨ Une entreprise d'assurance peut désigner un médiateur particulier dès lors qu'il s'agit d'une personnalité indépendante et avec laquelle elle ne doit ni avoir, ni avoir eu aucun lien de subordination. Ce médiateur d'entreprise se substitue alors au médiateur de la FFSA ; il intervient dans les mêmes conditions de forme et de délais que le médiateur de la FFSA telles qu'elles sont définies au 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 ci-dessus. Il se coordonne avec lui pour assurer une harmonisation des avis rendus et le tient informé de ses activités.
- ⑩ Le médiateur de la FFSA publie un rapport annuel qui rend compte de son activité et de celle des médiateurs d'entreprises qui lui communiquent à cet effet un bilan de leurs interventions.

Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA

Dans le cadre de l'Association Française de l'Assurance, la FFSA et le GEMA ont travaillé en commun sur la déontologie en matière d'assurance des particuliers. Ces travaux ont abouti à l'adoption d'un Recueil de déontologie. L'intégralité du recueil est consultable sur le site Internet de l'Association Française de l'Assurance.

ENGAGEMENT SUR LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE MÉDIATION

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 15 décembre 2009 et par la Commission exécutive du GEMA le 11 juin 2009, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

En 1989 au GEMA et en 1993 à la FFSA, deux dispositifs de médiation ont été respectivement mis en place par les entreprises d'assurance membres.

A noter que la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 a introduit dans le Code des assurances un article L112-2 qui fait obligation à l'assureur de préciser dans les documents d'information qui sont remis au preneur d'assurance les modalités d'examen des réclamations ainsi que l'existence de l'instance chargée de cet examen et à laquelle il appartiendra, en cas de persistance du conflit, de communiquer au requérant les coordonnées du médiateur.

Le présent engagement a pour objet de fixer les règles minimales applicables en matière de médiation.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA doivent mettre en place un dispositif de médiation ouvert à leurs assurés et qui satisfait au moins aux exigences suivantes :

- ▣ les médiateurs doivent être indépendants des entreprises d'assurance pour lesquelles ils interviennent et doivent exercer leur mission en toute indépendance ;
- ▣ les entreprises d'assurance doivent s'efforcer de répondre rapidement aux demandes d'informations et de documents émanant des médiateurs dans le cadre des dossiers dont ils sont saisis ;
- ▣ tout assuré au titre des risques du particulier a droit d'accéder gratuitement au médiateur compétent en fonction de l'entreprise d'assurance qui le garantit. Ce droit n'est toutefois acquis qu'après qu'il a épuisé les procédures de traitement des réclamations internes à l'entreprise ;
- ▣ l'engagement d'une procédure de médiation par l'assuré ou avec son accord entraîne suspension automatique des délais de prescription en cours jusqu'au rendu de l'avis du médiateur. A l'issue de la médiation, l'assuré conserve tous ses droits à l'introduction d'une éventuelle action contentieuse.



Le Club des Médiateurs de Services au Public a été créé en 2002, afin de rassembler les Médiateurs des organisations (entreprises, administrations, collectivités) qui partageaient les mêmes valeurs en matière de médiation. Il représente aujourd'hui la seule organisation en France rassemblant des médiateurs intervenant dans le domaine de la médiation institutionnelle. Il s'est transformé en Association en 2010, afin d'améliorer son action et sa visibilité, en France et en Europe.

Charte des Médiateurs de Services au Public

PRÉAMBULE

Le Club des Médiateurs de Services au Public regroupe des Médiateurs des administrations, entreprises, institutions et collectivités, en charge d'un service au public. Ils pratiquent la médiation institutionnelle pour donner aux litiges dont ils sont saisis par les citoyens, usagers et clients, une solution en droit et en équité et pour faire des recommandations d'ordre général en matière d'amélioration des relations avec les publics concernés.

Ces médiations, gratuites pour les demandeurs et d'un accès direct dès que les recours internes ont été épuisés, respectent les principes fixés par la présente Charte des Médiateurs de Services au Public.

Ce texte fédérateur, adopté dès 2004 et rénové en 2010, garantit l'observation par les Médiateurs et les institutions auprès desquelles ils exercent leurs fonctions de règles déontologiques exigeantes et précises - impartialité et indépendance, compétence, efficacité - , ainsi que la qualité des médiations, menées avec diligence dans la confidentialité.

Les Médiateurs du Club réaffirment ainsi les valeurs qui, dans le respect permanent des règles de droit et des textes européens en matière de médiation, sont le cadre de référence de leur action :

▣ le respect des personnes, de leurs opinions et de leurs positions,

▣ la volonté de faciliter la recherche de solutions amiables aux différends,

▣ l'écoute équilibrée, disponible et attentive des parties : le Médiateur fait de l'écoute un devoir,

▣ l'impartialité par rapport aux parties et à l'institution auprès de laquelle le Médiateur exerce son activité,

▣ le respect du principe du contradictoire : le Médiateur veille à ce que les parties aient la possibilité de faire connaître leur point de vue et de prendre connaissance de toutes les positions et de tous les faits avancés par l'autre partie,

▣ l'équité : en effet, au-delà de la règle de droit applicable, il s'agit de prendre en compte le contexte propre à chaque cas.

▣ la transparence : le Médiateur a un devoir d'information sur son rôle, le processus suivi et les résultats de son activité. Il l'exerce, notamment au travers de son rapport annuel qu'il rend public, ce rapport comportant également ses recommandations d'ordre général ou voies de progrès,

▣ la confidentialité : le Médiateur est tenu à la confidentialité pour les données nominatives et les informations obtenues lors

de l'instruction du litige. Les exemples cités dans le rapport annuel doivent être présentés sous forme anonyme.

Le statut d'association, dont s'est doté le Club des Médiateurs, conforte son rôle d'information sur la médiation institutionnelle et de lieu d'échanges, ainsi que son action de soutien, notamment pour faciliter la formation des Médiateurs et de leurs équipes et favoriser la diffusion entre ses membres de leurs expériences et des bonnes pratiques.

Le Club a vocation à développer également des outils de communication accessibles au public et à aider ainsi les usagers et clients dans leur choix de recourir à la médiation et dans l'orientation de leurs saisines, notamment par la mise à disposition d'un annuaire détaillé.

Le Club contribue également à ce que médiation judiciaire, médiation conventionnelle et médiation institutionnelle appliquent, avec les spécificités qui leur sont propres, un référentiel commun de valeurs et de processus au service du développement des médiations de qualité en tant que mode alternatif de règlement des litiges.

La présente Charte constitue le socle de référence éthique de la pratique de la médiation institutionnelle pour les membres du Club des Médiateurs de Services au Public.

Elle s'applique sans préjudice des éventuelles dispositions spécifiques régissant l'activité de chaque Médiateur.

Elle énonce un ensemble de principes que les Médiateurs membres du Club s'engagent à respecter.

S'inscrivant dans le cadre d'une définition adaptée de la médiation, les Médiateurs offrent ainsi, aux requérants, des garanties portant sur la personne du Médiateur et sur sa conduite du processus de médiation.

Définition de la médiation institutionnelle

La médiation institutionnelle est un processus structuré par lequel des personnes physiques ou morales tentent avec l'aide du Médiateur, de manière volontaire, de parvenir à un accord amiable avec des administrations, entreprises, institutions ou

collectivités, sur la résolution des différends à caractère individuel qui les opposent à celles-ci.

A la lumière des litiges qui lui sont soumis et des dysfonctionnements qu'il constate, le Médiateur institutionnel formule des propositions d'ordre général pour améliorer les relations avec les publics concernés.

L'intégralité de la Charte est consultable sur le site Internet du Club des Médiateurs de services au public.

Membres du Club des Médiateurs de Services au Public

au 1^{er} Mars 2011

MEMBRE D'HONNEUR

Le Médiateur de la République

MEMBRES FONDATEURS

Le Médiateur de l'Autorité des Marchés Financiers

Le Médiateur de la Caisse des Dépôts

Le Médiateur d'EDF

Le Médiateur de l'Education Nationale
et de l'Enseignement Supérieur

Le Médiateur de la Fédération Française
des Sociétés d'Assurances

Le Médiateur de France 2

Le Médiateur de France 3

Le Médiateur des Programmes de France Télévision

Le Médiateur de GDF SUEZ

Le Médiateur du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et
de l'Emploi et du Ministère du Budget, des Comptes publics
et de la Réforme de l'Etat

Le Médiateur de la Mutualité Sociale Agricole

Le Médiateur du Groupe La Poste

Le Médiateur de la RATP

Le Médiateur de la SNCF

La Médiatrice de la Ville de Paris

Textes

Loi n°94-5 du 4 janvier 1994

Code des assurances - Article L 112-2 (extrait)

2^e alinéa

Les documents remis au preneur d'assurance précisent la loi qui est applicable au contrat si celle-ci n'est pas la loi française, les modalités d'examen des réclamations qu'il peut formuler au sujet du contrat, y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, ainsi que l'adresse du siège social et, le cas échéant, de la succursale qui se propose d'accorder la couverture.

Recommandations de la Commission des communautés européennes

Recommandation de la Commission des communautés européennes du 4 avril 2001 relative aux principes applicables aux organes extrajudiciaires chargés de la résolution consensuelle des litiges de consommation (notifiée sous le n° C (2001) 1016)

Recommandation de la Commission des communautés européennes du 30 mars 1998 concernant les principes extrajudiciaires applicables aux organes responsables pour la résolution extrajudiciaire des litiges de consommation (notifiée sous le n°98/257/CE).

Directive 2008/52/CE du Parlement Européen et du Conseil du 21 mai 2008

sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale.

Pour plus d'informations...

PUBLICATIONS

Rapport annuel d'activité de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP)
www.banque-france.fr/acp/

Rapport annuel d'activité du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)
www.banque-france.fr/ccsf

Rapport du Conseil d'État sur la Médiation dans le Cadre de l'Union Européenne
www.conseil-etat.fr

Rapport annuel d'activité d'Euro Info Conso
www.euroinfo-kehl.com

Association Française de l'Assurance
Recueil des engagements à caractère déontologique
www.assfass.fr

Rapport annuel du Médiateur des mutuelles du GEMA
www.gema.fr

Commission de médiation de la Convention AERAS
Rapport d'activité 2008
www.aeras-info.fr

Médiation et consommation
Guide pratique à destination des entreprises et organisations professionnelles
www.conso-confiance.fr/file/94131/

Bilan de de la médiation bancaire
www.banque-france.fr

Rapport annuel du Médiateur auprès de la Fédération bancaire française
www.fbf.fr

SITES INTERNET

Site de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)
www.ffsa.fr

Site de l'Institut national de la consommation (INC)
www.conso.net

Site du Club des Médiateurs de services au Public
www.clubdesmediateurs.fr

Site FIN NET
http://ec.europa.eu/internal_market/finnservices-retail/finnet/index_fr.htm

Site INFO
www.networkfso.org

ADRESSES UTILES

Le Médiateur de la FFSA
BP 290
75425 Paris Cedex 09

Boîte Postale Médiation Assurance
1, rue Jules Lefebvre
75431 Paris Cedex 09

Centre de Documentation et d'Information de l'Assurance (CDIA)
26, boulevard Haussmann
75311 Paris Cedex 09

Le Médiateur des mutuelles d'assurances du GEMA
9, rue de Saint Pétersbourg
75008 PARIS

Chambre Syndicale des courtiers d'assurances
91, rue Saint Lazare
75009 Paris

Centre Technique des Institutions de Prévoyance
10, rue Cambacérès
75008 Paris

Association Française des Sociétés Financières
24, Avenue de la Grande Armée
75854 Paris cedex 17

MÉDIATEURS DE SOCIÉTÉS

AXA
Secrétariat de la Médiation
Terrasse 4
313, terrasse de l'Arche
92727 Nanterre Cedex

CNP ASSURANCES
Direction Médiation
4, place Raoul Dautry
75716 Paris cedex 15

GMF
Association nationale des sociétaires de la Garantie
Mutuelle des Fonctionnaires
91, avenue de Villiers
75017 Paris

GROUPAMA
Secrétariat de la Médiation
5/7, rue du Centre
93199 Noisy le Grand Cedex

GENERALI
Secrétariat de la Médiation
7, boulevard Haussmann
75440 Paris Cedex 09

MMA
Service Clientèle et Médiation MMA
10, boulevard Alexandre Oyon
72030 Le Mans Cedex 9

NEUFLIZE Vie
Secrétariat de la Médiation
3, avenue Hoche
75410 Paris Cedex 08

La Médiation de la FFSA

FRANCIS FRIZON

MÉDIATEUR

MARIE-CÉCILE LETZELTER

RESPONSABLE DU SERVICE DE LA MÉDIATION

JÉRÔME BRUNEAU

CHARGÉ D'ÉTUDES

AMANDINE ZAWADZKI

CHARGÉE D'ÉTUDES

CHANTAL MARTIN

RESPONSABLE DU SECRÉTARIAT

ANNIE BALDUS

SECRÉTAIRE