

Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

Rapport
annuel
2012

Rapport annuel 2012

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 L'ASSUREUR, SES INTERMEDIAIRES ET SES CLIENTS	09
La distribution collective des assurances de personnes	11
La distribution collective des assurances de dommages	15
2 UN INDEX POUR LA MÉDIATION	19
Les comportements source de litiges	20
Les conséquences des pratiques d'habitude	20
Les réactions face à un soupçon de fraude de l'assuré	22
La fourniture de relevés annuels au contractant	23
La conservation des dossiers	23
La vie des contrats	25
Le taux minimum garanti	25
Les Plans d'Épargne Populaire : PERP	26
Les conséquences fiscales des rachats	27
La définition de l'état d'invalidité, source d'incompréhension	27
Les contrats à barèmes croisés	28
Les garanties « valeur à neuf »	29
La précision nécessaire des clauses des contrats	30
Les clauses considérées comme abusives	31
3 LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL	35
Les organisations mondiales	36
Les organisations européennes	37
4 LA MÉDIATION EN CHIFFRES	41
Les demandes de médiation	43
La recevabilité des demandes de médiation	45
La provenance des demandes	45
L'objet des litiges	47
Les assurances de biens et de responsabilité	47
Les assurances de personnes	48
L'enjeu des litiges	48
Les résultats de la médiation	48
La nature et le suivi des avis	49
Les délais	49
CONCLUSION	50
ANNEXES	53



Introduction

Francis Frizon
MÉDIATEUR DE LA FFSA

Au moment où ce 19^{ème} rapport annuel du médiateur paraîtra, la Charte de la médiation de la FFSA aura tout juste 20 ans et on peut se féliciter que la profession de l'assurance ait su parmi les toutes premières offrir une telle possibilité de résolution amiable des conflits.

En 1993, le médiateur recevait moins de 500 demandes par an et cela jusqu'en 2000. 20 ans plus tard, ce sera presque 9 000 demandes qu'il a reçues. Avec 21 % d'augmentation par rapport à l'an passé, l'année 2012 confirme et accentue encore cette progression. Ainsi c'est une augmentation de 110 % du nombre des demandes que la médiation de l'assurance aura connue en quatre ans.

Certes, en 20 ans le nombre des contrats d'assurance en vigueur a lui aussi augmenté mais il faut néanmoins chercher à cerner les causes d'une progression aussi forte du nombre des appels au Médiateur.

Les explications déjà évoquées comme la persistance, voire l'aggravation des effets de la crise économique conséquence de la crise financière, l'apparition de nouveaux comportements de la part des différents acteurs, la mise sur le marché et la diffusion à grande échelle de produits qui s'avèrent décevants, restent d'actualité.

En période de restrictions budgétaires et d'économies, les sociétés cherchent à améliorer leur rentabilité, notamment par une surveillance des portefeuilles et une sélection des risques accrues et en n'acceptant de délivrer une garantie qu'après avoir fait l'interprétation la plus stricte du contrat. De leur côté les assurés, mieux informés de leurs droits et plus exigeants, n'hésitent pas à faire jouer la concurrence et à la moindre insatisfaction à se tourner vers le médiateur, y compris pour obtenir des renseignements d'ordre juridique ou se faire confirmer des niveaux de tarification, ce qui n'est pas dans sa mission. L'évolution significative des demandes formulées via l'adresse e-mail du médiateur est aussi le signe d'un climat qui se tend, l'internaute attendant une réponse et une solution par retour de courrier.

Il est d'autres causes de l'augmentation du nombre des demandes, pas nécessairement nouvelles, mais qui se révèlent dans ce contexte global avec plus d'acuité :

- d'une part, la pression médiatique constante qui invite et incite à la réclamation et à la contestation. En mettant en exergue les situations individuelles par l'usage immodéré du micro-trottoir, les médias se focalisent sur les aspects négatifs des activités et laissent ainsi à penser qu'il existerait un droit général et universel à indemnisation, quelles que soient les situations de fait ;
- d'autre part, le rôle prépondérant que jouent les intermédiaires, qui aujourd'hui agissent sous des formes de plus en plus variées, à la fois dans la genèse comme dans la persistance des litiges.

Aussi, la première partie du rapport sera-t-elle principalement consacrée à la place que tiennent les intermédiaires d'assurance dans les conflits. Tous les intermédiaires sont concernés, qu'il s'agisse des mandataires traditionnels que sont les agents généraux et la plupart des courtiers mais aussi et surtout de ceux qui interviennent dans la distribution de masse au travers d'assurances de groupe, comme l'assurance des emprunteurs ou comme plus récemment des assurances vendues comme accessoire d'un bien ou d'un service par un professionnel non assureur.

La partie qui est consacrée à l'Index mettra une fois encore l'accent sur les points de droit ou de bonnes pratiques qui, dans les litiges qui me sont soumis, sont oubliés

ou pire, ignorés. L'examen de cas concrets laisse apparaître une détérioration des niveaux de compétence de certains professionnels dont les lacunes dans un domaine, certes complexe et exigeant, sont la source même de conflits qui n'auraient jamais dû survenir.

L'activité va en se renforçant au niveau international. Les travaux de la Commission européenne, des Autorités européennes de supervision comme ceux de l'OCDE se focalisent sur la protection des consommateurs, en particulier dans le domaine financier. Le règlement non judiciaire des litiges est au cœur de débats auxquels je suis heureux de pouvoir contribuer, notamment en rendant compte de l'activité de la médiation de l'assurance en France au travers d'un rapport bilingue Français/Anglais.

Les données chiffrées permettront de prendre la mesure à la fois de l'évolution du nombre des demandes et de la relative stabilité de leur répartition globale selon les branches d'assurance concernées. Les chiffres mentionnent la médiation du GEMA afin de donner une vision complète de la médiation de l'assurance en France.

L'attrait des consommateurs pour un mode de règlement des litiges à la fois simple, efficace, rapide et gratuit se traduit nécessairement par une forte évolution de l'activité. Mais passer de 1 200 dossiers en 2002 à près de 9 000 en 2012 n'est pas sans incidence sur le fonctionnement même de la médiation qui doit s'adapter en conséquence, tout en intégrant les modifications structurelles qu'impose la nouvelle Directive Européenne sur les modes alternatifs de règlement des litiges de consommation. Tel sera l'objet de ma conclusion. ●



L'assureur, ses intermédiaires et ses clients

On assiste de plus en plus souvent dans les médias, parfois à des heures de grande écoute, à des émissions consacrées aux assurances. Dans ces reportages, des cas isolés de litiges sont plus ou moins généralisés et il y est donné une image négative de la profession de l'assurance. Je suis conscient de la volonté des producteurs et des chaînes de traiter les sujets dans un axe d'audience maximum ou supposée telle mais, comme tout ce qui est excessif, cette présentation ne représente pas la réalité. A mon sens, l'image ainsi donnée, globalement négative, n'est pas méritée et j'en veux pour preuve l'examen des dossiers qui me sont soumis et dans lesquels les responsabilités en cause sont largement partagées.

Un seul dossier mal géré mais pris en exemple pour ses aspects médiatiques peut aisément ruiner les efforts d'une entreprise, voire de la profession dans son entier. Or, depuis plusieurs années les sociétés d'assurances font incontestablement preuve de plus d'attention et de surveillance dans la gestion des réclamations et la récente recommandation émise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) dans ce domaine les y incite encore davantage.

Conscients de l'intérêt d'une écoute de leur clientèle, les assureurs dans leur majorité cherchent constamment à améliorer et maîtriser leur image auprès du public. Cependant, alors qu'il est relativement aisé pour les entreprises d'intervenir au niveau interne, la nécessité d'une organisation commerciale rationnelle et efficace dans un contexte de forte concurrence implique une délégation voire une externalisation accrue des tâches, dès lors beaucoup moins aisée à contrôler.

Lorsque une entreprise a choisi de déléguer la commercialisation de ses produits ou leur gestion à des partenaires, courtiers, réseaux bancaires ou prestataires spécialisés, l'assuré ou le tiers victime ou ayant-droit a alors comme interlocuteur privilégié cet intermédiaire désigné et non plus la société d'assurances. Il en résulte des confusions.

La pratique montre l'importance croissante du rôle de ces intermédiaires dans les opérations d'assurances d'aujourd'hui.

La Directive européenne sur les intermédiaires d'assurance de décembre 2002 constate le rôle essentiel joué par ces derniers. L'intermédiation y est définie comme « Toute activité consistant à présenter ou à proposer des contrats d'assurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion ou à les conclure, ou à contribuer à leur gestion et à leur exécution, notamment en cas de sinistre ».

Au niveau national, l'article L. 511-1 du Code des assurances qualifie d'intermédiaires d'assurances tous ceux qui présentent des opérations d'assurance. Cette présentation y est définie comme « L'activité qui consiste à présenter, proposer ou aider à conclure des contrats d'assurance ou de réassurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion. N'est pas considérée comme de l'intermédiation en assurance ou en réassurance l'activité consistant exclusivement en la gestion, l'estimation et la liquidation des sinistres ».

Depuis quelque temps, je constate que de nombreux dossiers dont je suis saisi, conséquences d'une méthode de souscription plus ou moins agressive, de la mauvaise gestion d'un dossier de sinistre, d'un conseil défectueux ou de la non prise en compte de la demande de l'assuré, impliquent directement l'intervention d'un intermédiaire que l'assureur s'est choisi. Souvent l'identité et l'existence même de l'assureur concerné sont ignorées de l'assuré mais, et même si la société d'assurances n'a pas de responsabilité directe dans le litige, c'est toujours au final l'image de cette

dernière qui pâtira. Il en va ainsi, que le contrat litigieux ait été souscrit à titre individuel ou dans un cadre collectif.

S'agissant des contrats individuels, les vecteurs prépondérants sont traditionnellement les agents généraux d'assurance et les courtiers.

Point n'est besoin de rappeler que l'agent général, dont l'activité est réglementée par les articles L. 511 et suivants du Code des assurances, est le mandataire de la société d'assurances et qu'en conséquence cette dernière doit assumer la responsabilité de ses actes ou manquements. Pourtant, la Cour de cassation s'est vue contrainte encore récemment de rappeler cette règle en jugeant que la compagnie d'assurance ne peut se dégager de sa responsabilité en prétendant que l'agent chargé par le client d'optimiser un patrimoine financier a agi en tant que conseil de son client et non comme son mandataire.

Les courtiers d'assurances sont, eux, des commerçants indépendants dont le rôle est de rechercher pour le compte de leurs clients les meilleures garanties possibles en choisissant les sociétés en conséquence. En théorie, ils représentent les assurés, dont ils se doivent de défendre les intérêts, et non les sociétés d'assurances. Dans les faits, il en va autrement et, principalement pour les contrats des particuliers, le courtier agit de droit ou par apparence en tant que mandataire de la société d'assurance auprès de laquelle il fait conclure le contrat. Certains n'hésitent d'ailleurs pas pour des raisons commerciales d'évidence à faire figurer sur leur papier à en-tête à la fois leur raison sociale et le logo de la compagnie. Il est difficile dans ces conditions de prétendre comme le tente souvent l'assureur pour dégager sa responsabilité en cas de dysfonctionnement que son courtier partenaire a agi en tant que représentant de l'assuré. S'agissant des contrats collectifs, la situation évolue. Généralement réservée aux assurances de personnes et réglementée, la souscription d'assurance de groupe est de plus en plus fréquente aussi en assurances de dommages, domaine où elle n'est pas réglementée.

Ainsi, des situations aux conséquences économiques et juridiques différentes se créent. En cas de litige, il est impératif de faire le départ des responsabilités et le médiateur se doit de veiller à ce que les préjudices éventuels ne soient pas ignorés ou non réparés du fait de la pluralité d'intervenants.

La distribution collective des assurances de personnes

Depuis plusieurs années, l'assurance sur la vie est principalement diffusée par la voie de contrats d'assurance de groupe. Il est en effet devenu courant que des entreprises d'assurance créent des associations ad hoc destinées à diffuser leurs produits auprès de clientèles plus ou moins ciblées, ou encore que des banques souscrivent auprès

de sociétés filiales d'assurance des contrats d'assurance de groupe ouverts à leurs clients et sollicitent ainsi leur adhésion à des « contrats collectifs d'assurance sur la vie à adhésion facultative ». Les assurances de personnes sont alors présentées comme des « produits bancaires ».

La pratique est si répandue que la législation propre à l'assurance de groupe est devenue le droit commun de l'assurance sur la vie.

La légalité de ce moyen de commercialisation, réputé plus efficace et moins coûteux que les procédés traditionnels, n'est pas contestable, même s'il est permis de se demander si « le groupe » n'est pas, dans cette configuration, une fiction juridique. Il s'agit là, en effet, de montages couramment appelés « groupes ouverts », voire « faux groupes », ce que la Fédération Française des Sociétés d'Assurances avait défini dans son rapport annuel pour 2000 comme « une association ou groupement formé en vue de la souscription de contrats d'assurances de personnes, ouverts aux adhésions individuelles à la différence des assurances collectives qui s'adressent à des groupes fermés d'adhérents » ou que le Groupement des assurances de personnes (GAP) avait défini comme « un contrat d'assurance vie à adhésion individuelle et facultative souscrit auprès d'une société d'assurance par l'intermédiaire d'un organisme représentant le groupe des assurés ».

Il n'y aurait donc rien à en dire si les rôles étaient clairement exposés. Mais, tel n'est pas toujours le cas, et c'est regrettable. D'évidence, s'il était informé des fonctions de chacun, l'adhérent ne nourrirait pas, en cas de différend comme il le fait aujourd'hui, un sentiment de suspicion à l'encontre des intervenants.

La distribution des rôles entre l'organisme souscripteur du contrat (association d'assurés ou banque) et l'entreprise d'assurance est souvent si imprécise qu'elle est source de confusion et, en fin de compte, d'incompréhension et d'irritation.

Il n'est pas rare de voir, par exemple, la banque souscriptrice et la société d'assurance « se renvoyer la balle », quand bien même appartiendraient-elles au même groupe financier, jusqu'à provoquer l'exaspération du demandeur.

Et lorsque l'assuré s'ouvre de ses revendications auprès de l'instance dirigeante de l'association d'assurés sensée être la souscriptrice et que celle-ci se déclare incompétente, il ne peut s'en satisfaire. Il ne lui reste plus alors qu'à faire part de ses doléances à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) qui ne peut qu'enregistrer la réclamation, décliner sa compétence et renvoyer le requérant vers le médiateur, voire le tribunal.

Ces observations ne sont pas nouvelles. Dans son rapport 2010, l'Autorité de Contrôle Prudentiel soulignait que les réclamations qu'elle reçoit mettent en évidence les difficultés rencontrées par le consommateur pour bien comprendre le contrat ou le produit proposé et pour identifier le bon interlocuteur.

Dans cet esprit, le Comité de médiation bancaire a émis une recommandation, citée en annexe, relative aux chartes de médiation du secteur.

Pour ma part, déjà dans mon rapport 2004, je rappelais l'exigence d'une clarification et exprimais le souhait que les travaux initiés par le Comité consultatif des services financiers relatifs aux difficultés résultant de la pluralité d'intervenants aux contrats d'assurance sur la vie puissent aboutir à une solution satisfaisante.

La question est récurrente. Dans mon rapport 2009, je suggérais que, pour éviter les errances de l'assuré entre médiateur bancaire et médiateur d'assurance, voire médiateur du courtage, les sociétés d'assurances qui délèguent aux intermédiaires le soin de distribuer leurs contrats prévoient expressément dans leurs notices d'information une disposition régissant clairement les procédures de réclamation et de saisine du médiateur désigné. Et dans le rapport 2010, j'ajoutais « 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 le compte du responsable la totalité du règlement proposé et à se retourner ensuite contre l'établissement distributeur à l'origine du dysfonctionnement ».

Autrement dit, il convient de considérer que la société d'assurances doit assumer les conséquences des incompétences et des fautes, qui peuvent n'être que de simples négligences, commises par l'organisme distributeur, quitte à elle d'exercer, si elle le souhaite, une action récursoire contre l'auteur du dommage.

Cette position peut paraître rigoureuse, elle est cependant scrupuleusement conforme à notre droit.

La banque, réglementation oblige, s'affiche comme « société de courtage » ou « intermédiaire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous un numéro », activité qui on l'a vu, selon l'article L. 511-1 du Code des assurances, « consiste à présenter, proposer ou aider à conclure des contrats d'assurance... » et ne fait pas mystère de ses liens organiques avec la société d'assurances en annonçant leur appartenance au même groupe financier.

L'indépendance qui, normalement, caractérise le courtier fait évidemment défaut. La banque apparaît alors comme mandataire de la société d'assurance de sorte qu'en application du paragraphe III du même article L. 511-1 l'entreprise d'assurance est, en sa qualité de mandante, « civilement responsable, dans les termes de l'article 1384 du Code civil, du dommage causé par la faute, l'imprudence ou la négligence de ses mandataires ».

Par ailleurs, même si parfois la banque est plus discrète sur son rôle d'intermédiaire, sa fonction de souscripteur de l'assurance de groupe engage la société d'assurance

puisque l'article L 141-6 du Code des assurances dispose que «le souscripteur est, tant pour les adhésions au contrat que pour l'exécution de celui-ci, réputé agir à l'égard de l'adhérent et du bénéficiaire en tant que mandataire de l'entreprise d'assurance auprès de laquelle le contrat a été souscrit».

Il s'ensuit qu'en cas de conflit une société d'assurance n'est pas juridiquement fondée à renvoyer le plaignant vers la banque, en imputant la faute à «son conseiller».

Afin d'éviter à l'assuré ou aux bénéficiaires la recherche de l'organisme de médiation compétent, il est devenu impératif que les coordonnées de ce dernier figurent de façon claire dans la notice remise par le souscripteur aux adhérents.

Il n'y aurait rien à dire non plus si l'adhérent était informé des spécificités juridiques. Mais, lorsqu'une personne contracte une assurance sur la vie par adhésion à un contrat d'assurance collective, elle n'a pas conscience de ce que ses droits et obligations seront régis par des règles particulières (Code des assurances, Art. L.141-1 et suivants) dont certaines sont dérogoires au droit des contrats.

Il en est ainsi de l'article L. 141-4 du Code qui dispose que, pourvu qu'il soit informé par écrit trois mois avant la date prévue pour leur entrée en vigueur, les modifications décidées par l'assureur et l'organisme souscripteur s'imposent à l'adhérent qui ne peut que dénoncer son adhésion s'il ne les accepte pas.

Or, lorsqu'elle répond aux offres de services qui lui sont faites, la personne n'a aucunement conscience d'inscrire son opération d'épargne et/ou de prévoyance dans un régime juridique spécifique, de nature à limiter ses droits.

Il en résulte que bon nombre d'« assurés adhérents » s'indignent de ce que certains engagements ne sont ou ne seront pas tenus parce que les partenaires de l'assurance de groupe (associations ou banques et entreprises d'assurance) en ont décidé autrement.

Ces clients protestent, en faisant valoir pour certains que, faute d'avoir été éclairé sur cette particularité, leur consentement a été vicié. Il faut admettre que le fait de ne pas avoir attiré l'attention de l'intéressé sur la possibilité offerte à une banque et une société d'assurance de modifier, au gré de leurs intérêts, les paramètres contractuels, peut être de nature à entacher la validité du contrat.

Jusqu'à présent, je n'ai pas suivi cet argument, ni celui consistant à invoquer l'article L. 111-1 du Code de la consommation selon lequel « Tout professionnel vendeur de bien ou prestataire de services doit avant la conclusion du contrat mettre le consommateur en mesure de connaître les caractéristiques du bien ou du service ».

Il ne suffit bien évidemment pas d'indiquer sommairement que le contrat en cause

est un « contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative », ce qui ne signifie rien pour le client non averti des subtilités du droit des assurances, ou d'écrire que « le présent contrat est régi par les articles L. 141-1 à L. 141-7 du Code des assurances ».

Certes selon l'article L. 132-5-3 « La notice précise que les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants auxdits contrats » et « Les modalités d'adoption de ces avenants par le souscripteur sont communiqués par ce dernier à l'adhérent ». Mais, force est d'admettre qu'il ne suffit pas de reproduire ce texte dans ladite notice pour rendre l'opération transparente.

Aussi, afin d'éviter que les adhérents ne s'estiment victimes de la connivence entre la banque ou l'association et la société d'assurance, la notice, ou l'encadré, devrait, en termes clairs et imprimés en caractères apparents, attirer leur attention sur cette disposition dérogatoire au droit commun et sur ses conséquences.

La distribution collective des assurances de dommages

Sans être vraiment nouveau, la distribution d'assurances de dommages au travers de contrats collectifs à adhésion facultative est un phénomène qui a pris un relief particulier avec l'explosion du marché des assurances accessoires à la vente de produits de grande consommation, dites affinitaires. Initialement prépondérantes dans le domaine du voyage avec les garanties d'annulation, ces assurances spécifiques, notamment celles liées aux produits nomades, ont d'emblée donné lieu à des réclamations et des litiges qui n'ont pas trouvé de solution avant la saisine du médiateur. Déjà l'an passé j'avais dû dans mon rapport attirer l'attention sur cette situation anormale.

L'année 2012 a malheureusement confirmé la tendance avec une augmentation de 900 % des demandes par rapport à l'année 2010 où je n'avais eu à connaître que d'une quinzaine de dossiers.

Prétendre expliquer cette augmentation spectaculaire par la seule croissance du marché est pour le moins insuffisant, la source des conflits se situant à tous les niveaux, présentation du produit, gestion du contrat et gestion des sinistres.

Deux types de garanties sont majoritairement en cause : les dommages accidentels (52 % des dossiers), le vol (44 %), le résiduel se répartissant entre les bris des appareils et les problèmes de résiliation.

Les problèmes rencontrés portent généralement sur les manquements au devoir

d'information et de conseil de la part des vendeurs du produit principal lors de la vente du contrat d'assurance, la qualité de la prestation du cabinet de courtage gestionnaire des contrats et surtout les garanties trop restrictives et difficiles à mettre en œuvre.

Les requérants font régulièrement référence à la souscription de leurs contrats et à la mauvaise ou insuffisante information qui leur a alors été délivrée par les vendeurs. Généralement, ils adhèrent au contrat sur la base des seules indications données par les vendeurs, souvent ignorants de la nature et de l'étendue des garanties et sans avoir lu les documents contractuels qu'ils ne posséderont qu'après l'achat. Il en résulte une méconnaissance du produit souscrit ce qui est évidemment source de litiges en cas de sinistre.

S'agissant de la gestion des dossiers, elle est très généralement déléguée à des sociétés de courtage spécialisées. On relève des dysfonctionnements qui portent notamment sur la pluralité des interlocuteurs, les délais de réponse anormalement longs, les demandes multiples et répétées de documents et justificatifs, et les réponses évasives ou incomplètes pour expliquer les refus de garantie.

Enfin et d'une manière générale on constate que de nombreuses garanties sont difficilement mobilisables en raison d'une interprétation très restrictive des clauses des contrats. Ainsi :

▣ sur les dommages accidentels. Le caractère extérieur, soudain et imprévisible de l'événement cause du dommage est une notion difficilement compréhensible par les assurés ; ces derniers ont beaucoup de mal à appréhender le fonctionnement de la garantie et on ne peut que constater que les gestionnaires ne font pas d'efforts particuliers pour expliquer cette notion à leurs clients ; écrire : *« Nous attirons votre attention sur les termes de votre contrat qui définit, notamment, le dommage accidentel comme la détérioration ou la destruction accidentelle de l'appareil provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et étrangère à la volonté de l'assuré, sous réserve que le téléphone soit sous la garde de l'assuré au moment du sinistre »* est peu éclairant ;

▣ sur les obligations qui incombent à l'assuré et qui peuvent parfois vider la garantie de toute substance, rédiger la garantie comme suit : *« Nous attirons votre attention sur les termes de votre contrat qui rappelle à l'assuré son obligation de prudence pour laquelle il est tenu de prendre toutes les mesures raisonnables nécessaires pour protéger l'appareil garanti contre tout risque prévisible de chute, ou de détérioration sous réserve que le téléphone soit sous la garde l'assuré (lorsqu'il le porte sur lui ou lorsque l'appareil se trouve à portée de main au moment du sinistre). Il doit notamment veiller à tenir l'appareil à*

l'abri d'une source de chaleur ou d'un élément liquide. A défaut, la détérioration prévisible de l'appareil ne pourrait être considérée comme étant un dommage accidentel tel que défini» laisse peu de place à une intervention de l'assureur ; ou encore, en faisant un distinguo entre le vol simple, le vol à la sauvette, le vol à la tire, le vol caractérisé et le vol avec violence force est d'admettre qu'il est difficile pour l'assuré de savoir et comprendre s'il est ou non garanti ;

▣ sur l'interprétation des circonstances du dommage, écrire, par exemple, que « *Les circonstances du sinistre qui ont été relatées par votre fils, nous font envisager une oxydation exclue du champ d'application de la garantie* » paraît peu fondé ; sans vouloir faire un florilège, on ne peut s'empêcher de citer quelques autres réponses pour le moins surprenantes telles que :

- « *Après étude des éléments en notre possession, cette demande ne peut pas recevoir une suite positive dans la mesure où l'accident que vous avez déclaré ne présente pas un caractère accidentel* ».

- « *A la lecture de votre déclaration, cette demande ne peut pas recevoir une suite positive dans la mesure où nous considérons que les circonstances déclarées ne sont que des suppositions* ».

- « *Nous avons le regret de vous informer que votre sinistre n'est pas garanti* ». (Seule phrase du courrier).

- « *Nous attirons votre attention sur le fait que le vol de votre téléphone ne pourra pas être garanti au motif qu'il s'agit d'un simple vol* ».

Sans porter d'appréciation sur l'utilité réelle de la vente de garanties qui peuvent faire double emploi avec des garanties existantes, comme par exemple celles qui s'imposent aux constructeurs ou encore qui pré-existent liées à un autre produit précédemment acheté, il semble utile de rappeler quelques principes fondamentaux relatifs à la présentation des opérations d'assurance.

La Directive européenne de 2002 sur l'intermédiation en assurance pose le principe que tout intermédiaire d'assurance possède les connaissances et aptitudes appropriées déterminées par les Etats membres.

Le Code des assurances qui, on l'a vu, définit ce que sont les intermédiaires d'assurance, prévoit bien aussi (Article R. 511-2) que l'activité d'intermédiation est réservée à certaines catégories de personnes : agents généraux, courtiers, mandataires non salariés. Pour pouvoir exercer, ces personnes sont soumises à des obligations strictes, notamment de formation et de capacité professionnelle. Mais, le même texte dispense de ces obligations les personnels salariés de ces intermédiaires

Le statut de courtier est celui que choisi la plupart des souscripteurs de contrats d'assurance de groupe, banques ou entreprises de distribution de produits ou

services. Ainsi, les salariés de ces entreprises sont de fait réputés être habilités à présenter les opérations d'assurance au même titre que les personnes qui sont soumises aux obligations de formation professionnelle préalable alors que, d'évidence, ils ne l'ont pas reçue. D'où les défauts de conseils et autres dysfonctionnements...

Face à cette situation, la question n'est pas tant de déterminer juridiquement qui de tel ou tel intervenant doit supporter la responsabilité et les conséquences des litiges. Il s'agit pour la profession de l'assurance de savoir s'organiser afin de ne pas avoir à subir de déficit d'image du fait des souscripteurs des contrats collectifs et de la manière dont ceux-ci recueillent les adhésions et gèrent les dossiers.

En cas de litige, même si les sociétés d'assurances n'en sont pas directement responsables, je ne peux que considérer qu'elles sont responsables du choix de leurs intermédiaires et doivent donc en assumer entièrement les conséquences.

Il appartient aux instances dirigeantes des sociétés de mieux prendre la mesure de l'impact des choix qu'elles font des personnes qui les représentent et qui va au-delà des seuls avantages économique et financier.

Un recours à la « soft law » pour obtenir une autorégulation de ce marché est souhaitable et il faut se féliciter de la création d'une Fédération des garanties et assurances affinitaires qui, regroupant les principaux opérateurs, aura à prendre en charge ces problèmes.

Cependant, si son intervention est tardive ou trop partielle ou insuffisamment volontariste, on peut penser qu'une régulation de l'activité s'imposera, comme cela a été le cas pour les assurances collectives en assurances de personnes. ●



Un Index pour la médiation

Les thèmes retenus pour figurer dans l'index sont directement issus des dossiers litigieux soumis au médiateur. Ils touchent des domaines variés et mettent en exergue des comportements qui n'ont pas lieu d'être ou, le plus souvent, l'oubli ou l'ignorance de règles qu'il est utile de rappeler dans un souci de prévention des conflits. Certains des sujets abordés sont récurrents.

Les comportements source de litiges

LES CONSÉQUENCES DES PRATIQUES D'HABITUDE

Les pratiques d'habitude, pour ne pas dire archaïques, de certains professionnels peuvent s'avérer préjudiciables comme j'ai pu le constater, par exemple dans un dossier significatif.

Une femme mariée avait souscrit un contrat d'assurance vie par l'intermédiaire de sa banque, mais ce sont les prénom et nom de son mari qui figuraient sur le bulletin d'adhésion.

Aussi, lors du décès du mari, la banque a-t-elle contacté la veuve afin de l'informer qu'elle était bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit par ce dernier. Puis, la banque s'est ravisée en constatant que le contrat avait en fait été souscrit non par le mari décédé mais par son épouse qui ne pouvait encore bénéficier du capital prévu. Afin d'expliquer ce malentendu, la banque a indiqué que la présence du prénom et du nom du mari sur le contrat provenait d'un usage en cours lors de l'ouverture du compte bancaire de l'épouse en 1978 qui consistait à désigner le compte d'une femme mariée sous l'intitulé « Madame » suivi des prénom et nom de son mari.

J'ai estimé que faire figurer l'identité du mari sur le bulletin d'adhésion à une assurance sur la vie souscrite par sa femme au motif d'une pratique en vigueur dans la banque en 1978 et toujours appliquée, faisait preuve d'archaïsme. J'ai dû rappeler, ou faire savoir, que la pleine capacité de la femme mariée résulte d'une loi du 13 juillet 1965 et que depuis cette date, l'article 221 du Code civil dispose que chacun des époux peut se faire ouvrir, sans le consentement de l'autre, tout compte de dépôt et tout compte de titre en son nom personnel. Le contrat d'assurance était entaché d'une erreur si grossière que j'ai proposé la nullité du contrat.

Il est important que les sociétés d'assurances et leurs intermédiaires s'interrogent sur leurs pratiques pour, le cas échéant, les mettre à jour et éviter de créer des situations litigieuses.

Dans le domaine de la preuve du vol, les habitudes persistent aussi, ignorant l'évolution des méthodes employées par les malfaiteurs. Ainsi, l'assureur exige encore quasi systématiquement de l'assuré qu'il rapporte la preuve d'une effraction ou de l'usage de fausses clés pour bénéficier de la garantie vol de son contrat, alors qu'elle s'avère de plus en plus difficile, voire impossible, et que la réalité du vol n'est pas contestée. J'ai déjà évoqué ce sujet dans de précédents rapports et il ressurgit aujourd'hui avec les techniques électroniques qu'emploient les voleurs pour dérober un véhicule sans dégradation.

*La loi du 13 juillet 1965
a consacré la pleine
capacité de la femme
mariée qui est libre de
souscrire un contrat en
son nom propre*

Un assuré en possession des deux jeux de clés permettant l'ouverture à distance du véhicule ne pouvait comme l'exigeait l'assureur, ni constater d'effraction, ni démontrer l'usage de fausses clés. Rappelant le principe de l'exécution de bonne foi du contrat d'assurance et relevant l'absence de contestation de la réalité du vol, j'ai considéré qu'il existait des présomptions sérieuses, précises et concordantes quant au recours à un piratage électronique des systèmes anti-vol censés protéger le véhicule et invité l'assureur à accorder sa garantie.

En présence d'une garantie dommages accidentels, j'estime aussi, comme la jurisprudence récente, que les détériorations causées lors du vol du véhicule doivent aussi être indemnisées, dès lors qu'elles ne sont pas exclues expressément et que le contrat ne fait pas référence à la conduite non autorisée.

En présence d'un litige qui se cristalliserait autour de la preuve de l'effraction, j'invite les sociétés d'assurance à faire appel à un expert spécialiste des systèmes électroniques qui sera à même, en l'absence de traces apparentes, de déceler une éventuelle effraction électronique des systèmes antivols.

Afin de prévenir ces litiges de plus en plus nombreux, nés d'une définition contractuelle dépassée de la notion de vol, j'invite les sociétés à mettre leurs garanties en harmonie avec la réalité de ces techniques modernes de soustraction frauduleuse des véhicules.

Autre domaine, celui des assurances des emprunteurs, où une pratique dont on espère qu'elle relève d'une habitude de facilité et non d'une volonté délibérée, alimente les litiges.

Lors de l'adhésion au contrat, le candidat à l'emprunt se voit remettre un certain nombre de documents en vue de la signature. Un exemplaire de la liasse est destiné et laissé au client, l'autre est pour la banque. Parmi ces documents figure la déclaration de santé ou le questionnaire médical que le demandeur doit remplir et retourner. Or, très généralement ce questionnaire n'existe qu'en un seul exemplaire, celui destiné à la banque. Le client se trouve de ce fait démuné et, sauf à avoir pris la précaution de se constituer un double, en cas de litige portant sur ses déclarations, il ne pourra que difficilement contester ce qu'on lui affirmera avoir été déclaré à la souscription.

Ce déséquilibre est encore plus manifeste pour les ayants droit qui souhaitant savoir sur quels éléments se fonde l'assureur pour invoquer une fausse déclaration de l'assuré, se voient alors opposer le secret médical.

Cette pratique est injustifiée. Tous les autres éléments du contrat de prêt étant établis en double exemplaire, la déclaration du risque, élément conditionnant la mise en jeu éventuelle de la garantie d'assurance, doit l'être également.

**Article 132-7
du Code pénal**

« Est assimilé à l'effraction l'usage de (...) tout instrument pouvant être frauduleusement employé pour actionner un dispositif de fermeture sans le forcer ni le dégrader »

L'adhérent à un contrat d'assurance emprunteur ne doit pas être privé d'un double de sa déclaration de risque.

J'invite instamment les professionnels concernés, sociétés d'assurance et établissements bancaires ou de crédit, à remédier à cette situation en laissant au souscripteur avec les autres éléments du contrat, un double probant de sa déclaration de risque.

LES RÉACTIONS FACE À UN SOUPÇON DE FRAUDE DE L'ASSURÉ

Dans un précédent rapport évoquant déjà cette question, j'ai indiqué qu'en cas de doute, la société qui conteste la réalité ou l'importance du sinistre déclaré, mais n'a pas la capacité de démontrer la fraude (ce qu'elle peut faire par tous moyens), ou n'intente pas une action pénale pour escroquerie, n'a d'autre choix que d'accorder sa garantie.

Force est de constater qu'il y a plus de fraudes soupçonnées que de fraudes avérées. Nous sommes donc souvent en présence de situations dans lesquelles la société d'assurances va procéder à l'indemnisation de son assuré soupçonné, soit de son propre chef, soit suite à l'avis rendu par le médiateur qui ne peut retenir que les fraudes démontrées. La question se pose alors de la poursuite de la relation contractuelle dans un climat de soupçon de mauvaise foi.

Dans plusieurs dossiers, j'ai pu observer que la société d'assurances décide de se prévaloir des possibilités de résiliation (annuelle ou après un sinistre) que lui offre le Code des assurances pour mettre fin à cette relation entachée. Ceci permet à l'assureur de rompre unilatéralement le contrat sans avoir à motiver sa décision.

Si cette pratique de «résiliation-protection» n'apparaît pas tout à fait conforme à la finalité pour laquelle la loi a prévu ces possibilités de résiliation, force est de constater que l'assureur ne fait qu'agir dans le respect des dispositions qui encadrent le contrat d'assurance.

En revanche, il en va autrement des pratiques de certaines sociétés qui, soupçonnant une fraude et avant tout règlement du sinistre déclaré, se prévalent pour mettre fin au contrat des dispositions de l'article L 113-8 du Code des assurances qui prévoit la nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré lorsque celle-ci a eu pour effet de changer l'objet du risque ou de diminuer l'opinion que l'assureur en avait.

Or, cette sanction par la nullité du contrat que prévoit l'article L. 113-8 du Code des assurances est encourue uniquement en cas de fausse déclaration du risque lors de la souscription et non pas en cas de fausse déclaration lors du sinistre.

Aussi ai-je été étonné de lire dans un contrat, en caractères gras et sous le titre «Nullité de l'adhésion», que «Conformément au Code des assurances, toute réticence, omission ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre (sic) connus de l'assuré, selon qu'elle est commise intentionnellement

ou non, l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire la nullité de l'adhésion ou la réduction d'indemnités (articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances ».

Le Code des assurances ne prévoit pas de manière explicite le cas de la déclaration frauduleuse du sinistre par l'assuré mais, cela ne signifie pas qu'elle doit demeurer impunie. En pratique, les sociétés d'assurances se protègent le plus souvent en insérant dans la police une clause de déchéance de garantie qui, pour être valable, doit être claire et écrite en caractères très apparents. Bien entendu, l'insertion d'une telle clause n'exonère pas l'assureur de prouver le cas échéant le caractère frauduleux de la déclaration. En l'absence d'une telle clause de déchéance, la fausse déclaration de sinistre peut être sanctionnée comme tout dol commis dans l'exécution du contrat, c'est-à-dire par sa résolution en raison du non respect du principe d'exécution de bonne foi.

La nullité du contrat prévue par l'article L 113-8 du Code des assurances frappe la fausse déclaration intentionnelle du risque par l'assuré lors de la souscription et non la fausse déclaration du sinistre ou de son importance.

J'invite les sociétés d'assurances à faire preuve de discernement dans l'application de l'article L. 113-8 du Code des assurances, dont la sanction est lourde, et qui même invoquée à bon escient, connaît des difficultés d'application.

LA FOURNITURE DE RELEVÉS ANNUELS AU CONTRACTANT

En assurance vie, tout assureur a l'obligation de fournir un relevé annuel d'information. Cette obligation est issue de l'article 132-22 du Code des assurances et des textes pris pour son application, que l'assuré ait ou non effectué des versements dans l'année.

Le relevé doit contenir plusieurs éléments d'information, notamment le montant de la valeur de rachat ou de transfert du contrat et le montant des capitaux garantis. Le relevé doit renseigner sur la rémunération du capital, en indiquant son rendement garanti et la participation aux bénéfices techniques et financiers obtenue. Le taux moyen de rendement des contrats de même nature doit y figurer. Il s'agit d'un document important, à forte valeur informative et aussi pédagogique.

Il est parfois reproché que cette obligation pour l'assureur de fournir un relevé au contractant ne s'applique pas si la valeur du contrat est inférieure à 2 000 euros. Mais, il s'agit d'une obligation lourde administrativement et je rappelle que l'assuré titulaire d'un contrat peut toujours obtenir ce relevé sur demande.

LA CONSERVATION DES DOSSIERS

En matière de conservation des documents les sociétés d'assurances sont soumises à des contraintes importantes du fait des règles de prescription et des dispositions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés qui

imposent une surveillance et une purge régulière des données. Je n'ai jamais été saisi de litiges relatifs aux données informatiques, en revanche plusieurs dossiers venus en médiation étaient liés à des problèmes de conservation de pièces.

Les contrats d'assurance vie ou d'assurance décès doivent être conservés pendant toute leur durée, puis 10 ans après leur échéance. Les bénéficiaires peuvent en effet faire valoir leurs droits pendant 10 ans à partir de la date à laquelle ils ont eu connaissance du contrat d'assurance vie/décès et leur action n'est prescrite que 30 ans après le décès de l'assuré.

Cette règle impose aux sociétés d'archiver des pièces dont certaines peuvent dater de plusieurs dizaines d'années, alors que dans le même temps il y a eu des restructurations d'entreprises, des transferts de portefeuilles de contrats, ou encore des gestions déléguées à des intermédiaires.

Art L. 114-1 du Code des Assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. ...La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. ...Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Je conçois qu'il s'agit d'une lourde obligation mais, non respectée, elle peut s'avérer source de litiges. A titre d'exemple, j'ai été saisi par un réclamant, initialement bénéficiaire d'un contrat assurance vie souscrit par sa mère et qui par la suite a contesté la modification de la clause bénéficiaire du contrat qui le privait désormais de tout bénéfice. Afin de s'assurer de la validité de l'avenant de modification, il a demandé à l'assureur la communication de l'avenant litigieux.

La société qui n'a pu produire copie de l'acte a alors expliqué *« malgré nos diverses recherches, nous n'avons pu retrouver ce document à l'archivage, mais la modification de la clause bénéficiaire a bien été enregistrée dans notre système informatique. Nous ne pouvons donc pas produire l'avenant de modification de la clause bénéficiaire »*. Le dysfonctionnement de l'assureur qui n'a pas conservé les pièces est donc à l'origine du litige.

La situation peut être encore plus délicate lorsque c'est la validité de l'acte non conservé qui est contestée en raison des aptitudes psychiques de l'assuré lors de la signature. Ainsi dans un dossier, la réclamante qui avait été désignée administratrice légale de sa mère s'est avisée de ce qu'un rachat d'un montant important avait eu lieu sur le contrat de sa mère mise sous tutelle peu de temps après l'opération litigieuse. Par l'intermédiaire de son avocat, elle a demandé la copie de l'ordre de rachat. La société d'assurance lui a alors répondu *« Je vous informe que nous n'avons malheureusement pas retrouvé trace de cette opération... nous avons mis tout en œuvre pour rechercher la copie de l'ordre de rachat... »*.

Dans de telles circonstances le médiateur a constaté que l'impossibilité pour l'assureur de fournir une copie des documents litigieux constituait un manquement sérieux à ses obligations contractuelles et réglementaires. Mais, j'ai été contraint de

décliner ma compétence au motif que seule l'autorité judiciaire est habilitée à statuer sur la validité d'actes antérieurs au jugement d'ouverture de la tutelle ainsi que le prévoit l'article 503 du Code civil : « Les actes antérieurs pourront être annulés si la cause qui a déterminé l'ouverture de la tutelle existait notoirement à l'époque où ils ont été faits ».

On voit que l'obligation de conservation des archives qui pèse sur les sociétés d'assurance est fondée et je les invite à la respecter scrupuleusement, compte tenu de l'importance des conséquences de son non respect pour leurs assurés.

La vie des contrats

LE TAUX MINIMUM GARANTI

Il s'agit d'un sujet déjà évoqué et un nombre significatif de litiges en assurance vie découle toujours de la modification par l'assureur du taux minimum garanti. Au-delà de la persistante incompréhension des assurés qui contestent la modification unilatérale du contrat, un cas particulier de fixation du taux mérite l'attention.

Les dispositions du contrat en cause prévoyaient un taux d'intérêt minimum garanti de 4,5 % pendant la durée initiale du contrat fixée à 8 ans et une fixation annuelle au 1er janvier de ce taux pour chaque période de prorogation. A compter de la première prorogation, la société d'assurance a fixé le taux minimum garanti à 0 % et l'assuré a contesté cette décision.

Conformément aux dispositions de l'article A. 132-1 du Code des assurances, pour les contrats en euros à prime unique ou à versements libres, au-delà d'une durée de huit ans, le taux est limité à 3,5 %, ou 60 % du taux moyen des emprunts de l'État (TME). Ainsi, la réglementation fixe une limite supérieure à ce taux, mais elle n'a pas prévu de minimum.

Dès lors, j'ai expliqué au réclamant qu'en retenant un taux minimum garanti de 0 % pour la période de prorogation du contrat, la société d'assurance n'avait méconnu, ni les dispositions légales, ni les stipulations contractuelles. La réclamation apparaissait donc non fondée.

Cependant, les sociétés d'assurance devraient faire preuve de vigilance. Outre la formulation surprenante de la « garantie d'un taux égal à 0 % », il ne faudrait pas que cette fixation d'un tel taux soit un moyen de faire obstacle à la valorisation du capital. En effet, dans le dossier soumis à mon examen, une participation aux bénéfices avait été versée chaque année pendant la durée de prorogation. Sans cette parti-

*Un taux d'intérêt
minimum garanti
de 0 %*

cupation, la fixation d'un taux minimum garanti à 0 % aurait soulevé de sérieuses interrogations au regard de l'esprit du contrat.

J'invite une fois encore les entreprises d'assurance à un effort pour donner une meilleure explication du mécanisme de revalorisation de leurs contrats pour éviter l'incompréhension manifeste de l'assuré, voire sa suspicion.

LES PLANS D'ÉPARGNE POPULAIRE : PERP

Le sujet a été évoqué dans les rapports précédents mais de trop nombreux dossiers sont encore portés à ma connaissance pour pouvoir faire abstraction des problèmes relatifs à ces contrats.

Le Plan d'épargne retraite populaire, plus simplement appelé « PERP » a été créé par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

Ce contrat d'assurance vie a pour but de permettre au souscripteur de bénéficier d'un complément de revenus au moment de sa retraite. L'épargne est libérée sous forme de rente viagère au moment de l'acquisition des droits à la retraite ou à 60 ans. Lors de la souscription, une note d'information est remise à l'assuré renseignant sur les dispositions législatives et réglementaires du PERP, les conditions de sorties du plan et l'interdiction de procéder à des rachats même partiels.

L'épargne retraite
est un dispositif
contractuel qui permet
de compléter
les pensions des
régimes de retraites
par répartition
légalement obligatoires
et ainsi de disposer,
à partir du départ à
la retraite, de revenus
supplémentaires.
L'article L.132-23 du
Code des assurances
prévoit seulement cinq
cas de sortie anticipée
pour les contrats
d'épargne retraite.

Or, la situation économique actuelle pousse de très nombreux titulaires de PERP à vouloir par nécessité immédiate récupérer tout ou partie des fonds de leur contrat. Mais, en raison des conditions de sortie du contrat, strictement limitées par la loi et qui pourtant ont été étendues en 2010, leur assureur leur oppose un refus justifié. Ils sollicitent alors l'intervention du médiateur qui ne peut que confirmer la position de l'assureur. Le nombre important de ces situations impose une réflexion.

Dans ces dossiers, l'assuré souhaitant récupérer ses fonds invoque fréquemment un défaut de conseil lors de la souscription du contrat.

On doit en effet s'interroger sur l'intérêt que peut représenter la souscription à ce type de contrat pour des jeunes en apprentissage, ou lorsque le souscripteur n'est pas imposable et qu'il s'agit de ses seules économies. Ces dossiers ne sont pas rares, le capital épargné est généralement faible mais représente une somme importante pour l'assuré surtout en ces périodes de crise économique.

J'ai déjà invité la profession à une interprétation large des conditions de sortie du PERP, cette invitation est toujours d'actualité, surtout lorsque la situation financière de l'assuré est urgente. Un déblocage du contrat peut éviter le surendettement.

LES CONSÉQUENCES FISCALES DES RACHATS

Par essence, les contrats d'assurance sur la vie sont des contrats de durée, souscrits initialement sur plusieurs années. Or, le souscripteur peut être dans la nécessité avant la fin du contrat de récupérer tout ou partie des sommes qu'il a versées en procédant au rachat.

Au titre de l'article 125-0-A du Code général des impôts, qui traite spécifiquement des contrats de capitalisation et d'assurance-vie, il est précisé que les produits des contrats sont normalement soumis à l'impôt sur le revenu. Mais, l'assuré a la faculté d'opter pour le prélèvement libératoire. Les produits sont alors exonérés de l'impôt sur le revenu. L'intérêt de l'une ou l'autre option dépend du taux d'imposition du bénéficiaire. Le choix de l'option s'exerce auprès de la société d'assurances, au plus tard lors de l'encaissement et devient alors irrévocable. En cas de silence c'est l'imposition sur le revenu qui s'applique.

J'ai été saisi de nombreuses demandes émanant d'assurés qui, à la suite du rachat et devant les conséquences fiscales sur leur imposition ont demandé à changer l'option initiale. Face au refus de l'assureur, ils reprochent alors à ce dernier un défaut de conseil, estimant n'avoir été ni informés ni alertés des conséquences de cette option. Dans ces dossiers, je rappelle qu'aucune disposition légale ne fait obligation aux organismes d'assurances sur la vie d'informer les assurés sur ces aspects fiscaux et que tout contribuable est censé connaître ses obligations fiscales.

Cependant, on ne peut ignorer que l'impact de ces dispositions peut être très important. Des assurés se trouvent imposés alors qu'ils ne l'étaient pas, le montant de leur pension de retraite est révisé, il y a des incidences sur les prestations sociales...

J'invite la profession à réfléchir sur ce sujet. Lorsque le client ne précise pas son choix fiscal, il conviendrait que la société d'assurances ne procède au rachat qu'après s'être enquis du choix effectif de son client. L'insertion d'une formule type dans les contrats imposant à l'assuré une réflexion préalable et une formalisation de sa décision pourrait être envisagée. Cette démarche de prudence va dans le sens des intérêts des clients et est de nature à éviter toute contestation ultérieure ou mise en cause de la responsabilité de la société.

LA DÉFINITION DE L'ÉTAT D'INVALIDITÉ, SOURCE D'INCOMPRÉHENSION

Par principes les parties liées par un contrat sont tenues de se conformer à ses dispositions et l'assureur n'est pas tenu d'aller au-delà de ce à quoi il s'est engagé.

Code général des impôts

*Article 41 duodecies
E de l'annexe 3 du CGI
« Dans les cas autres
que ceux prévus aux
articles 41 duodecies
C et 41 duodecies D
le prélèvement ne doit
être opéré par
l'établissement payeur
que si le bénéficiaire
des revenus opte pour
son assujettissement
à ce prélèvement,
dans les conditions
définies au I et IV de
l'article 125 A du code
général des impôts.
L'option, qui est
irrévocable, est exercée
au plus tard lors
de l'encaissement
des revenus ».*

On sait, d'expérience, et à se référer aux nombreux articles de doctrine juridique qui ont été publiés sur la question, que les définitions contractuelles de l'invalidité sont sources d'un important contentieux. Dans ce domaine, l'assureur, tenu par ses obligations contractuelles, n'est pas lié par une décision de la Sécurité Sociale qui avait elle-même reconnu l'assuré en état d'invalidité.

En effet, les dispositions contractuelles prévalent sur celles de la Sécurité Sociale et une personne peut être reconnue invalide selon les critères et les catégories de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale, sans pour autant pouvoir s'en prévaloir au titre de son contrat d'assurance.

Si cette situation est souvent mal comprise par les assurés, je ne peux cependant lorsque je suis saisi d'une réclamation que confirmer ce principe.

En revanche il en va différemment quand une stipulation contractuelle se réfère expressément aux décisions de la Sécurité sociale.

**Article 1134
du Code Civil**
« Les conventions
légalement formées
tiennent lieu de loi à
ceux qui les ont faites.
Elles ne peuvent être
révoquées que
de leur consentement
mutuel, ou pour
les causes que la loi
autorise. Elles doivent
être exécutées
de bonne foi ».

Dans un dossier, l'invalidité était définie par le contrat comme « invalidité physique ou mentale constatée avant l'âge de 65 ans mettant l'assuré dans l'incapacité d'exercer toute occupation lui rapportant gain ou profit (assimilable à la 2^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ». Alors que l'assuré avait été reconnu par la Sécurité sociale en état d'invalidité catégorie 2, l'assureur a refusé sa garantie au motif que « *Nos positions relatives à l'application des garanties pour nos assurés se fondent essentiellement sur les rapports d'expertise et nous ne sommes pas liés par la décision de la Sécurité Sociale* » et avait ajouté « *la définition de l'invalidité est assimilable à la 2^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale, ce qui signifie qu'elle peut être assimilée à (...) il ne s'agit donc pas d'une assimilation automatique* ».

J'ai estimé que dès lors que la définition figurant au contrat, au demeurant formulée de manière imprécise et ambiguë, faisait référence à l'une des catégories d'invalidité déterminées par le Code de la Sécurité Sociale, il y a lieu de s'y conformer même si elle était mentionnée entre parenthèses.

Je rappelle à cet égard que le Recueil de déontologie de la profession précise : « Il est recommandé d'introduire dans les documents d'information remis aux assurés une mise en garde explicite sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale relatives à l'incapacité ou à l'invalidité et celles des assureurs dans les mêmes domaines ».

LES CONTRATS À BARÈMES CROISÉS

Par ailleurs, dans un domaine voisin, j'avais évoqué il y a près de dix ans dans mon rapport les problèmes relatifs à l'utilisation des barèmes croisés contractuels dans les contrats d'assurance des emprunteurs.

Pour fixer le taux d'invalidité de l'assuré l'assureur prend en compte à la fois le taux d'incapacité fonctionnelle permanente partielle et le taux d'incapacité professionnelle. Un assuré peut ainsi se voir reconnaître une invalidité professionnelle de 100 % et une invalidité fonctionnelle de 20 %. Par le jeu du barème croisé contractuel, le taux de l'invalidité permanente partielle est fixé en deçà du seuil d'intervention de l'assureur, alors même que l'assuré ne peut plus exercer sa profession.

Au vu des dossiers venant en médiation, ce problème des barèmes croisés persiste alors que les conséquences de son utilisation peuvent être particulièrement graves, en particulier pour certaines catégories socio-professionnelles comme les artisans ou les musiciens. Ainsi par exemple, il sera très difficile pour un couvreur proche de l'âge de la retraite et gardant des séquelles fonctionnelles d'un accident, non garanti du fait de l'application du barème croisé, d'envisager une reconversion professionnelle pour poursuivre une activité.

Ces barèmes permettent, par la prise en compte des deux taux, de limiter certains excès, mais leur application ne doit pas porter préjudice à des personnes dont l'état physique justifierait sans conteste une indemnisation.

Il conviendrait de veiller à ce que lors de la souscription des contrats l'attention de ces catégories de personnes particulièrement exposées soit attirée sur les conséquences de ces dispositions contractuelles particulières. Aujourd'hui, de par l'intervention de la Loi dite Lagarde sur la déliaison, la concurrence s'est accrue et il devrait être plus facile pour un emprunteur de souscrire à un contrat mieux adapté en fonction des risques liés à sa profession.

LES GARANTIES « VALEUR À NEUF »

Souhaitant obtenir la couverture la plus étendue possible, de nombreux assurés font le choix de souscrire à l'option valeur à neuf de leurs contrats d'assurances.

Vu le nombre des demandes de médiation qui me sont adressées, je constate que cette garantie est encore à l'origine d'un contentieux important.

D'évidence, la formulation « valeur à neuf » induit en erreur les assurés qui affirment être dans leur droit en sollicitant la « réparation intégrale » de leur préjudice. En pratique, de nombreux assurés font une lecture sommaire et considèrent que du moment qu'ils ont souscrit cette garantie, l'assureur doit remplacer par un bien neuf de même nature le bien sinistré, quel que soit l'âge et l'état de ce dernier.

C'est ignorer le principe indemnitaire inscrit à l'article L. 121-1 du Code des assurances qui dispose que l'indemnité d'assurance ne peut constituer une source d'enrichissement pour l'assuré.

**Alinéa 1 de l'article
L.121-1 du Code
des assurances**
*« l'indemnité due par
l'assureur à l'assuré
ne peut pas dépasser
le montant de la valeur
de la chose assurée au
moment du sinistre ».*

Afin de respecter la législation en vigueur, les assureurs rédigent les contrats de telle sorte qu'il ne puisse y avoir un enrichissement indu notamment en prévoyant une clause de vétusté, totale ou limitée. Je suis régulièrement amené à confirmer la légalité de telles clauses tout en rappelant les principes de l'assurance.

Par ailleurs, certains assurés contestent le mode de détermination de la valeur des biens. Généralement, la garantie valeur à neuf prévoit le remplacement du bien endommagé par un bien de même nature. On entend par là, un bien présentant les mêmes caractéristiques techniques et technologiques que celui sinistré. Mais, l'évolution des technologies est tellement rapide et importante que selon les domaines certains biens se retrouvent très vite obsolètes.

Ainsi, un assuré ne peut raisonnablement prétendre obtenir le remplacement d'un matériel informatique « haut de gamme » acheté il y a 8 ans par un nouvel équipement considéré comme haut de gamme au jour du sinistre.

Afin de respecter le principe indemnitaire, il faut rappeler le bien fondé d'un calcul de l'indemnité sur la base de l'acquisition d'un bien présentant des caractéristiques techniques similaires ou les plus proches du bien sinistré.

J'invite les assureurs à clarifier, autant que faire se peut, la rédaction de ces clauses et à faire preuve de pédagogie à l'occasion des réponses qu'ils apportent aux interrogations de leurs clients lors de la souscription ou en cas de contestation.

LA PRÉCISION NÉCESSAIRE DES CLAUSES DES CONTRATS

La rédaction insuffisamment précise des conditions générales des contrats est une source permanente de litiges.

A titre d'exemple, une définition insuffisante des moyens de paiement a donné lieu à une intervention du médiateur lorsqu'un assuré, bénéficiant d'une assurance attachée à sa carte bancaire, a demandé à être indemnisé pour la perte de son porte-monnaie qui contenait des espèces.

Le premier alinéa de la clause de la garantie vol du contrat couvrait la perte ou le vol du chéquier ou de la carte bancaire et l'alinéa suivant précisait que « seuls la perte ou le vol des moyens de paiement peuvent permettre une indemnisation du sac ou du portefeuille... ».

L'assureur ayant refusé d'accorder sa garantie au motif que le porte-monnaie disparu contenait uniquement des espèces, le problème a été de savoir si les espèces devaient être ou non considérées comme un « moyen de paiement » au sens du contrat.

Ce dernier se référant uniquement aux « moyens de paiement » sans précisément les énumérer, il convenait de se reporter aux dispositions de l'article L. 311-3 du Code monétaire et financier. Selon ce texte « sont considérés comme moyens de paiement

les instruments qui permettent à toute personne de transférer des fonds, quel que soit le support ou le procédé technique utilisé». Les espèces n'étant pas un support permettant de transférer des fonds mais les fonds eux-mêmes la position de l'assureur était envisageable.

Mais, pour un utilisateur non averti des subtilités du droit bancaire, il est concevable de penser que de l'argent en espèces sonnantes et trébuchantes est le moyen idéal pour payer un bien ou un service. Par ailleurs, l'article L. 133-2 du Code de la consommation dispose que les « clauses des contrats proposés par les professionnels aux consommateurs ou aux non-professionnels doivent être présentées et rédigées de façon claire et compréhensible. Elles s'interprètent en cas de doute dans le sens le plus favorable au consommateur ou au non-professionnel ».

Ainsi, en équité, et en vertu de ces textes, la clause n'étant pas suffisamment précise dans la définition des moyens de paiement, j'ai estimé que les espèces devaient être considérées comme un moyen de paiement garanti et que l'assureur se devait en conséquence d'indemniser son assuré pour la perte de son porte-monnaie.

J'invite les sociétés d'assurances responsables de la rédaction des contrats qu'elles proposent au public, à être particulièrement vigilantes lors de la rédaction des clauses des conditions générales afin d'éviter la possibilité d'interprétation qui, en cas de doute ne pourra de par la loi qu'être favorable aux non professionnels.

En cas de doute, le Code de la consommation interprète en faveur du non professionnel les clauses contractuelles insuffisamment claires et compréhensibles.

LES CLAUSES CONSIDÉRÉES COMME ABUSIVES

On sait que la Commission des clauses abusives est chargée de rechercher si les conventions proposées par les professionnels à leurs co-contractants non professionnels ou consommateurs, comme par exemple par les assureurs aux assurés (article L. 534-1 du Code de la consommation) ne sont pas abusives. Ces dispositions concernent aussi l'activité d'assurance et les réclamations soumises au médiateur sont parfois liées à des clauses dont la validité est contestée.

On doit alors s'interroger sur le caractère abusif ou non, au sens de l'article L. 132-1 du Code de la consommation, des clauses litigieuses qui sont définies comme celles qui, « dans les contrats conclus entre professionnels et non-professionnels ou consommateurs, (...) ont pour objet ou pour effet de créer, au détriment du non-professionnel ou du consommateur, un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat ».

Cette appréciation a dû être réalisée dans deux domaines différents : les clauses encadrant la procédure d'expertise et les clauses reconnaissant à l'assureur la possibilité de modifier un élément du contrat.

Concernant la procédure d'expertise, les contrats d'assurance contiennent souvent

une clause prévoyant la possibilité, en cas de désaccord entre les conclusions de l'expert de l'assureur et la contre expertise demandée par l'assuré, de recourir à un tiers expert pour départager les deux premiers. Les dispositions contractuelles encadrant cette procédure sont généralement inscrites dans un chapitre intitulé « arbitrage » et conduisent la société d'assurances à proposer à l'assuré de signer un compromis d'arbitrage. N'ayant pas vocation à se prononcer sur le bien fondé ou non des avis émis par les experts, le médiateur invite fréquemment les réclamants qui contestent les conclusions d'un expert à mettre en œuvre la clause contractuelle de contre expertise ou de tierce expertise.

Cependant les réclamants contestent parfois le fait que l'arbitrage implique la renonciation à tout recours amiable ou judiciaire des conclusions de l'arbitre.

Je suis alors attentif à la rédaction de la clause inscrite dans les conditions générales du contrat d'assurance. En effet, l'article R. 132-2 du Code de la consommation dispose que « Dans les contrats conclus entre des professionnels et des non-professionnels ou des consommateurs, sont présumées abusives au sens des dispositions du premier et du deuxième alinéas de l'article L.132-21, sauf au professionnel à rapporter la preuve contraire, les clauses ayant pour objet ou pour effet de : (...) 10° Supprimer ou entraver l'exercice d'actions en justice ou des voies de recours par le consommateur, notamment en obligeant le consommateur à saisir exclusivement une juridiction d'arbitrage non couverte par des dispositions légales ou à passer exclusivement par un mode alternatif de règlement des litiges ».

La 1^{ère} chambre civile de la Cour de cassation a jugé dans un arrêt du 25 février 2010 que « le compromis d'arbitrage signé, hors toute clause compromissaire insérée à la police d'assurance, entre l'assureur et l'assuré après la naissance d'un litige, ne constitue pas une clause figurant dans un contrat conclu entre un professionnel et un non-professionnel ou un consommateur, et n'est donc pas susceptible de présenter un caractère abusif au sens de l'article L. 132-1 du Code de la consommation ».

Il convient dès lors de bien distinguer les clauses compromissaires insérées dans la police d'assurance de celles qui prévoient la possibilité de recourir à un compromis d'arbitrage.

Dans le dossier en cause, la clause litigieuse était ainsi rédigée : « En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur, les parties pourront convenir par convention d'un arbitrage (...) afin de les départager ». Cette clause n'étant pas une clause compromissaire, elle n'a pas été considérée comme abusive.

Toutefois, j'ai rappelé au requérant qui contestait le compromis d'arbitrage qui contenait une clause de renonciation à recours, qu'il avait toujours la possibilité de

refuser de mettre en œuvre la clause contestée et de demander une expertise judiciaire.

Les clauses réservant à l'assureur la faculté de modifier des éléments contractuels font également l'objet de contestation. Leur validité au regard de la réglementation sur les clauses abusives peut être soulevée dans la mesure où l'article R. 132-1 du Code de la consommation prévoit que « dans les contrats conclus entre des professionnels et des non-professionnels ou des consommateurs, sont de manière irréfugable présumées abusives, au sens des dispositions du premier et du troisième alinéa de l'article L.132-21 et dès lors interdites, les clauses ayant pour objet ou pour effet de : (...) 3° Réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement les clauses du contrat relatives à sa durée, aux caractéristiques ou au prix du bien à livrer ou du service à rendre ».

Par exemple, dans un dossier qui m' a été soumis, l'une des clauses des conditions générales d'un contrat de capitalisation au porteur prévoyait que le facteur de réduction de marché (FRM) destiné à protéger la valeur de l'épargne « ne s'applique pas lorsque le montant cumulé des retraits programmés n'excède pas, sur une période de 12 mois, 7,5 % de l'épargne constituée ». Ce texte précisait cependant que « ces montants maxima, en cas de retraits programmés ou de rachat total ou partiel, en vigueur à la date de prise d'effet du contrat, pourront être par la suite modifiés par décision du Conseil d'Administration de l'Assureur. Celui-ci s'oblige à en informer au préalable par écrit chaque souscripteur en précisant la date de prise d'effet de ces modifications ».

Par la suite, la société d'assurances avait informé par courrier ses assurés que le seuil d'application du FRM serait abaissé à 5 % au lieu des 7,5 % prévus initialement.

Plusieurs années plus tard, l'assuré s'étant vu refuser un retrait programmé, il contesta la modification du seuil d'application du FRM.

J'ai alors estimé que le seuil d'intervention du facteur de réduction de marché n'étant pas une caractéristique essentielle du contrat de capitalisation, la clause litigieuse n'avait pas à être considérée comme abusive.

Une fois encore, je pense devoir attirer l'attention des sociétés d'assurance sur l'importance que revêt une rédaction claire, compréhensible et bien sûr conforme à la réglementation des conditions générales des contrats. ●

La Commission des clauses abusives et l'assurance.

Clauses d'arbitrage et modifications unilatérales des contrats.

La médiation au niveau international

La confiance des consommateurs dans les systèmes financiers et leurs acteurs repose sur deux axes fondamentaux.

Le premier, la solvabilité des entreprises, le second la protection des consommateurs. Au niveau européen, comme au niveau mondial, la question prioritaire de la solvabilité a été et reste la préoccupation majeure des autorités législatives, de régulation et de supervision. Au sein de l'Union européenne des organisations nouvelles ont été mises en place et de nombreux textes sont déjà intervenus. Ils doivent permettre d'assurer le développement harmonieux et la pérennité du secteur. Dans cet environnement la nécessaire protection du consommateur prend maintenant toute sa place.

Mais, point ne suffit de fixer des règles et de contrôler, nécessairement a posteriori, leur application. Au quotidien, les consommateurs ne peuvent accorder leur pleine confiance dans les diverses institutions que s'ils savent qu'en cas de défaut ils bénéficieront de la possibilité d'accéder à un moyen efficace de redressement de la situation.

Les organisations internationales oeuvrent dans cette direction, leur implication et leur activité vont croissant avec, notamment en Europe des résultats désormais visibles.

Les organisations mondiales

LE G20 ET L'OCDE

Lors du sommet de Cannes en novembre 2011, les leaders du G20 ont confirmé l'adoption des dix « Principes de haut niveau sur la protection financière des consommateurs » préparés par le Fonds de stabilité financière et l'OCDE. Parmi ces principes fondamentaux figurent notamment celui d'une coopération renforcée entre les Autorités de contrôle des institutions financières, l'éducation du public, la gestion des plaintes et la généralisation de mécanismes indépendants de recours qui doivent être peu coûteux, impartiaux, équitables, fiables et efficaces. Ces principes ont été réaffirmés lors du sommet de Mexico en juin 2012 et par les ministres des finances du G20 réunis à Moscou au début de l'année 2013.

Dans l'intervalle, le groupe de travail mis en place sous l'égide de l'OCDE pour la mise en œuvre de ces décisions a élaboré un plan d'action qui devrait être approuvé lors du prochain sommet à Saint-Petersbourg. S'agissant plus particulièrement du « 9^{ème} Principe » qui est relatif au traitement des réclamations et aux modes alternatifs de règlement des litiges - médiateurs/ombudsman -, les travaux du groupe de travail, à l'occasion desquels j'ai été invité à présenter les activités de FIN NET et d'INFO, s'inscrivent dans la même ligne que celle des recommandations que formulent la Banque mondiale au niveau global et la récente Directive européenne relative aux modes alternatifs de règlement des litiges de consommation.

LA BANQUE MONDIALE

Depuis plusieurs années, la Banque mondiale pour la reconstruction et le développement multiplie les études et les initiatives dans les domaines de la protection du consommateur et de l'éducation financière. Elle a repris les conclusions des rapports que j'ai co-rédigés à sa demande avec mon collègue alors principal ombudsman du Financial Ombudsman Service du Royaume Uni sur le thème de la résolution extrajudiciaire des litiges entre les consommateurs et les établissements financiers et des principes fondamentaux qui s'y attachent. La Banque organise des missions ponctuelles d'études et d'analyse de la situation financière des populations dans divers pays. Cette année, j'ai participé à une mission au Tadjikistan et mon collègue anglais à plusieurs, au Pérou et en Ukraine notamment, toutes en vue de l'instauration à terme de mécanismes de médiation financière qui devront être en conformité avec les principes désormais reconnus.

LE RÉSEAU INFO

Depuis 2007, le réseau international de médiateurs financiers INFO - International Network of Financial services Ombudsman schemes -, regroupe des médiateurs/ombudsman dans le domaine financier du monde entier. Il comprend aujourd'hui 56 membres représentant 37 pays de tous les continents.

INFO est dirigé par un comité 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. Un bulletin alimenté directement par les membres est publié chaque mois sur Internet.

De nombreux litiges sont résolus grâce à la collaboration entre les membres du réseau. La conférence annuelle d'INFO qui réunit pratiquement tous les adhérents permet d'accroître la collaboration et le soutien réciproque entre les médiateurs/ombudsman. On constate en effet de plus en plus fréquemment une mise en cause de ces systèmes alternatifs de règlement des conflits, tant de la part de professionnels que de politiques. Or, ces mécanismes originaux permettent souvent d'offrir localement une forme d'accès à la justice par ailleurs difficile, voire inexistant. Aussi, afin de mieux réagir, le réseau se propose, tout en tenant compte de la grande diversité des situations, d'aider ses membres à se conformer aux principes fondamentaux énoncés dans le rapport repris par la Banque mondiale, en priorité ceux concernant l'indépendance du médiateur/ombudsman et la transparence de ses activités.



Par ailleurs cette année encore, plusieurs pays ont manifesté leur intérêt pour la médiation financière et j'ai été invité à participer à des conférences internationales en Arménie et en Italie. J'ai également répondu aux demandes et reçu la visite de plusieurs universitaires étrangers intéressés par les systèmes de médiation.

Les organisations européennes

EIOPA

L'éducation, l'information et la protection des consommateurs sont au centre des préoccupations des Autorités européennes de supervision du secteur financier qui ont été mises en place en 2010. EIOPA, l'Autorité compétente pour l'assurance, est particulièrement active dans ce domaine et a d'ores et déjà pris plusieurs initiatives, notamment dans le domaine du traitement des réclamations par les entreprises et par leurs intermédiaires. J'ai participé régulièrement aux réflexions et travaux du Stakeholder group qui est placé auprès de EIOPA et je me félicite de la coopération accrue qui s'instaure dans ce domaine entre les trois Autorités financières de la banque, de l'assurance et des marchés.



LES CEC

Le Centre européen des consommateurs Franco-Allemand, basé à Kehl, appartient au réseau européen EEC-net et travaille en collaboration étroite avec les médiateurs dans les différents pays de l'Union pour le règlement des litiges trans-frontières dont il est saisi. Le Centre, constitué sous la forme d'une association dont je suis membre, favorise depuis 20 ans le développement de la médiation, notamment par ses actions pugnaces en faveur de l'éducation et de l'information des consommateurs.

LE RÉSEAU FIN NET

FIN NET, réseau européen des médiateurs financiers, en place depuis 2001 a pour principal objet la résolution des litiges transfrontaliers survenant dans l'Espace économique européen.

Deux nouveaux membres ont intégré le réseau qui comprend en 2012, 57 membres de 21 pays. Tous ont été notifiés par leurs gouvernements respectifs comme respectant les principes édictés par la Commission dans ses deux Recommandations sur les modes alternatifs de règlement des litiges, condition sine qua non de leur adhésion au réseau. Liés par un Protocole d'accord, les membres du réseau collaborent activement pour résoudre les litiges entre un consommateur et un prestataire établi dans un autre pays de l'EEE. En 2012, ce sont 2 727 dossiers transfrontaliers, dont 1 325 dans le secteur bancaire, 919 dans le secteur des assurances et 165 dans le secteur des services d'investissement qui ont été traités. Ainsi, le réseau aura connu une augmentation du nombre des dossiers traités de 160 % sur les six dernières années. A noter que pour l'assurance, l'augmentation est de 78 % par rapport à l'an passé. Les membres de FIN NET se réunissent deux fois par an sur la base d'un ordre du jour préparé par un comité directeur dont je fais partie. Ces réunions permettent de renforcer les liens entre les membres, d'échanger informations et expériences et de faire le point sur les initiatives de la Commission.



Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

L'UNION EUROPÉENNE

Poursuivant sa politique en faveur du développement des modes alternatifs extrajudiciaires de règlement des litiges - une dizaine de Directives en ce sens sont intervenues depuis 2000 dans le seul domaine financier - l'Union vient d'adopter deux textes fondamentaux complémentaires l'un de l'autre :

▣ La Directive 2013/11/UE relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation (REL) qui vise à garantir la mise en place dans chacun des pays de l'Union des systèmes extra-judiciaires de règlement pour tous les litiges de consommation, nationaux ou transfrontaliers, découlant du contrat de vente d'un produit ou d'un service, à l'exception du secteur des soins de santé et des services d'intérêt général non économique.

▣ Le Règlement UE 525/2013 relatif au règlement en ligne des litiges de consommation (RELL) qui vise à créer une plateforme européenne en ligne permettant à chaque citoyen d'un pays de l'Union de soumettre dans sa langue un litige lié à un achat sur Internet. La réclamation sera transmise, et suivie, par la plateforme à l'organe de REL compétent.

Ces textes reprennent l'essentiel des principes fondamentaux des deux Recommandations de la Commission de 1998 et de 2001, concernant notamment l'indépendance, la transparence et l'efficacité des médiateurs. Contrairement aux Directives précédentes, il ne s'agit plus seulement d'inviter ou d'inciter les Etats membres à mettre en œuvre de tels systèmes mais d'une obligation. Ainsi, ces nouveaux textes européens, qui fixent les règles minimales que les Etats ne pourront modifier lors de leur transposition que pour les renforcer, vont permettre tout à la fois de combler les lacunes en imposant des médiateurs dans les secteurs où ils n'existent pas encore et d'assurer, en imposant le respect des principes fondamentaux, l'existence de médiations indépendantes de qualité dans tous les secteurs de l'économie. Ceci, dès le mois de juin 2015, date limite de la transposition de la Directive dans les droits nationaux. Il faut s'en féliciter.

On peut également se féliciter qu'à l'occasion de l'élaboration de ces textes qui sont d'application générale, l'efficacité de FIN NET dans le secteur financier ait été reconnue et citée comme l'exemple à suivre. Il est significatif que la Commission, qui a par ailleurs conclu à la nécessité de renforcer encore la visibilité du réseau, invite dans le projet de Directive IMD2 sur l'intermédiation dans l'assurance, les Etats membres à encourager tous les systèmes REL compétents en place, en mesure de le faire, à adhérer à FIN NET. ●



La médiation en chiffres

Le rapport annuel du médiateur de la FFSA permet en intégrant les données que lui communiquent les sociétés qui ont choisi de désigner un médiateur particulier* 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.

Différents organismes reçoivent des plaintes, réclamations et demandes de médiation qui mettent en cause une entreprise d'assurance.

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

L'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) - qui est chargée de veiller au respect de la réglementation par les sociétés d'assurances et leurs intermédiaires - indique dans son rapport annuel avoir reçu 4 030 demandes écrites en 2012 contre 3 647 en 2011 et près de 11 500 appels téléphoniques, en baisse sensible par rapport à l'an passé du fait précise-t-elle d'une moindre inquiétude concernant les rachats de contrats d'assurance vie. Les demandes relatives à l'assurance concernent essentiellement la gestion des sinistres et la délivrance des garanties, notamment en assurance de dommages et de responsabilité. L'Autorité communique au réclamant une information sur les voies de recours dont il dispose, notamment les coordonnées du médiateur compétent. Elle organise une réunion d'information annuelle avec les médiateurs des différents secteurs.

La Direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes, DGCCRF, indique avoir enregistré 87 000 plaintes et réclamations en 2012, en baisse de 3%. Celles qui concernent le secteur de l'assurance, 2,4% du total des plaintes enregistrées, restent stables.

Le Département information de la FFSA a reçu 473 courriers contre 700 l'an dernier, et 1 365 e-mails, contre 1 100 en 2011, qui portaient sur une réclamation. Ces chiffres 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'assurance.

La Boîte postale médiation assurance 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. Ces demandes sont de nouveau en baisse, 1 730 courriers ont été réorientés cette année contre 2 209 l'an passé. Les proportions restent stables : 73,5 % des courriers concernaient les sociétés adhérentes de la FFSA, 10,5 % celles du GEMA et 16 % n'étaient pas identifiables ou ne concernaient pas la médiation.

Les demandes de médiation

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012, 8 412 demandes de médiation concernant les sociétés adhérentes de la FFSA ont été reçues. Si l'on ajoute à ce chiffre les 555 dossiers qui ont concerné le médiateur du GEMA, ce sont 8 967 demandes de médiation, toutes sociétés d'assurances confondues, qui ont été formulées en 2012. La progression annuelle s'accélère : + 30 % de 2008 à 2010, + 59 % de 2010 à 2012.

À ces chiffres s'ajoutent les 448 dossiers traités par le médiateur de la Chambre syndicale des courtiers d'assurances cette année, en augmentation de 46 %, ceux du médiateur du Centre interprofessionnel des institutions de prévoyance qui a enregistré 74 demandes lors de son premier exercice et de la FNMF qui, dans son premier rapport rendu public, indique avoir traité près de 400 dossiers.

On peut penser que la Recommandation de l'ACP de décembre 2011 sur le traitement des réclamations n'est pas étrangère à l'augmentation des saisines des médiateurs en ce qu'elle s'applique aux intermédiaires qui doivent désormais indiquer les coordonnées du médiateur, avant même que le litige n'ait été traité par l'entreprise, ce qui est pourtant un préalable.

La très forte augmentation des demandes de médiation est certes le signe d'une confiance accrue dans la médiation mais, conjointement avec la complexité croissante des dossiers, elle n'est pas sans incidence sur la charge de travail et par voie de conséquence sur les délais de traitement, d'autant que les réclamants utilisent de plus en plus le téléphone et Internet en parallèle à la voie postale.

Sur les 2 482 appels téléphoniques, + 24 % par rapport à 2011, la grande majorité concerne de nouvelles demandes et des informations juridiques ou techniques. Un quart des appels concernent les dossiers en cours.

8 412

DEMANDES DE
MÉDIATION,
PRÈS DE...

1 500

DE PLUS
QU'EN 2011

2 944

DOSSIERS
PRÉMATURÉS,
RENOVÉS VERS
LES SERVICES
INTERNES DE
TRAITEMENT DES
RÉCLAMATIONS

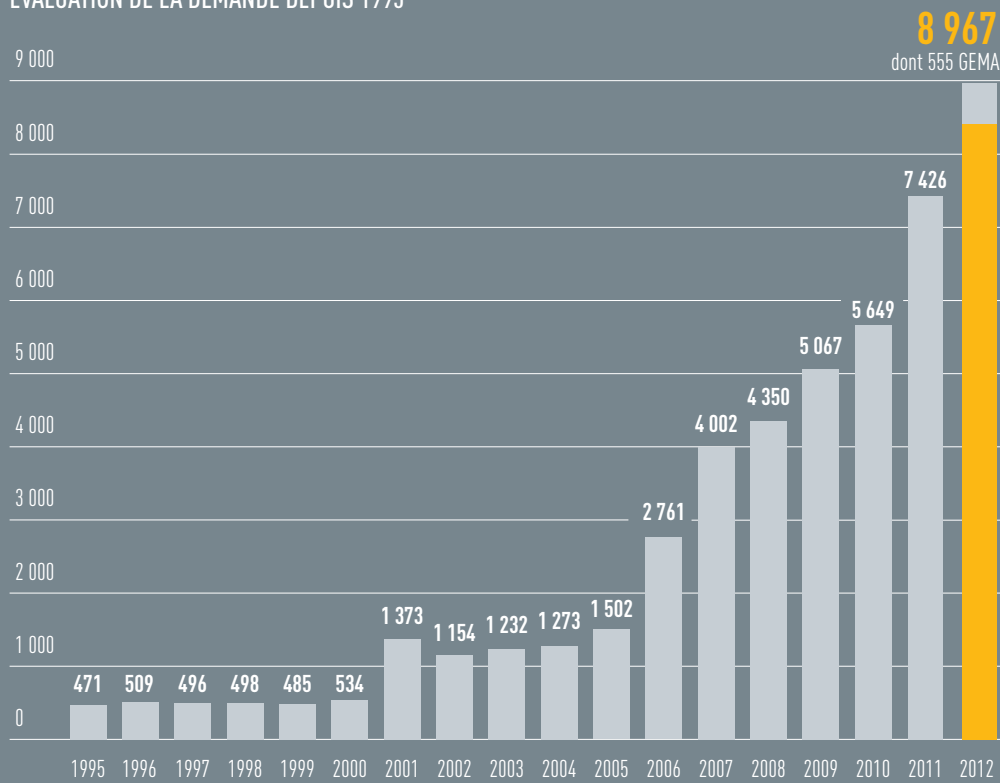
5 468

PRÉCONISATIONS,
DONT...

441

AVIS FORMALISÉS

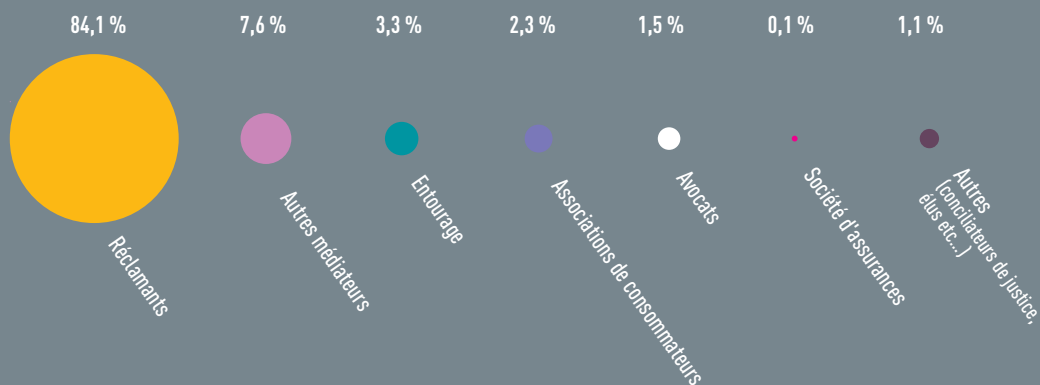
ÉVALUATION DE LA DEMANDE DEPUIS 1995



CAUSES DU RENVOI DES DEMANDES DE MÉDIATION



PROVENANCE DES DEMANDES



Les demandes via Internet quant à elles sont passées de 344 en 2009 à 2 482 en 2012, + 621 % en 4 ans de temps. Prévisible, cette évolution dénote de nouveaux comportements : impatience « J'exige une réponse demain ! », rédaction comminatoire « Ordonnez à cette compagnie de me payer ! », relances à la limite du harcèlement.

Je rappelle que l'utilisation de l'adresse électronique du médiateur n'implique pas un traitement différent du dossier qui, quel que soit le mode de saisine, nécessite un délai raisonnable pour mener son instruction de manière efficace. Par ailleurs, il ne suffit pas pour saisir valablement le médiateur de le mettre en copie d'un courriel de réclamation adressé à l'assureur et si la demande est insuffisamment précise elle ne peut évidemment pas aboutir avant d'être correctement complétée.

J'invite les consommateurs par le biais de leurs organisations et de leur conseils à faire preuve de rigueur pour faciliter l'exercice de la médiation et ainsi réduire les délais.

La mise en œuvre de la nouvelle Directive qui impose au médiateur la mise en place d'un site Internet dédié permettant le traitement en ligne des litiges, nationaux et transfrontaliers, va modifier sensiblement les pratiques. Espérons qu'il en sera de même et dans le bon sens, des comportements.

LA RECEVABILITÉ DES DEMANDES DE MÉDIATION

Sur les 8 412 demandes reçues, 649 dossiers ne relevaient pas de la compétence de la médiation et 2 944 demandes, irrecevables en l'état, ont été renvoyées vers les sociétés concernées afin que soient mises en œuvre ou achevées les procédures internes de règlement qui conditionnent la validité de la saisine. Ce chiffre est encore en forte augmentation. Il faut certes le rapporter au nombre des demandes mais, il est trop important et impose un redoublement des efforts de tous les intervenants pour faire comprendre que la médiation ne se substitue pas au service réclamation de l'entreprise et que le médiateur, dernière chance avant le procès, ne peut intervenir qu'une fois épuisées toutes les voies internes de règlement du litige.

LA PROVENANCE DES DEMANDES

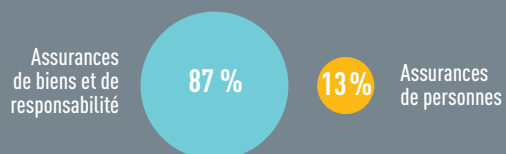
Les demandes directes formulées par les assurés et les bénéficiaires sont de plus en plus prépondérantes, plus de 84 %. Le nombre des demandes via les organisations de consommateurs reste faible, 2,1 % des dossiers cette année mais, souvent ces dernières parviennent à régler le litige en amont de la saisine. En tout état de cause, elles sont un interlocuteur privilégié en cas de litige persistant et le rôle pédagogique qu'elles jouent auprès des réclamants est important. On note une augmentation du nombre des saisines par l'intermédiaire d'un avocat.

Les saisines par l'intermédiaire de mes collègues européens, des médiateurs de services au public, des banques, des sociétés financières, du Défenseur des droits, sont le signe de la collaboration entre médiateurs, au niveau national comme au niveau européen.

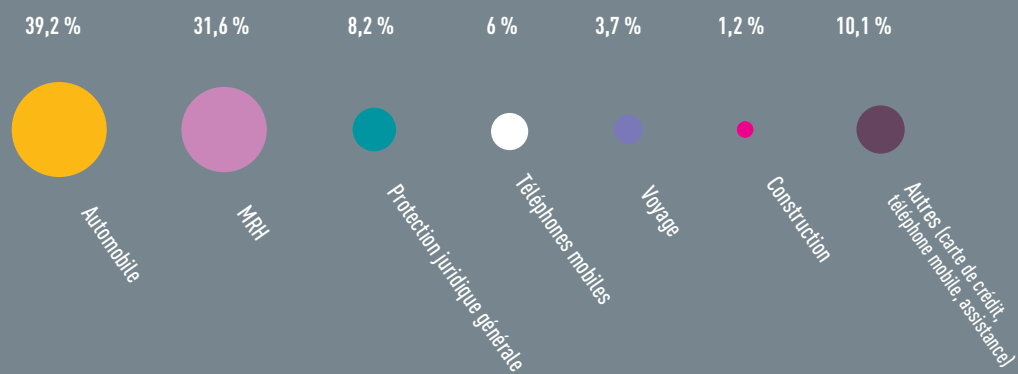
RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION



RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION DU GEMA



LITIGES IARD



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 GEMA. La tendance amorcée les deux années précédentes s'est accentuée, et les litiges concernant les assurances de biens et de responsabilité sont redevenus majoritaires. L'intégration des chiffres du GEMA où la part des assurances de biens et de responsabilité est très largement prépondérante, accentuerait fortement cette situation.

TYPOLOGIE DES RÉCLAMATIONS (HORS GEMA)

Assurances de biens et de responsabilité	50,5 %	Assurances de personnes : contrats individuels	22,7 %
Automobile	19,7 %	Vie	17,7 %
MRH	16,0 %	Santé	2,9 %
Protection juridique générale	4,1 %	Accident et GAV	0,5 %
Téléphones	3,0 %	Emprunteurs	0,3 %
Voyage	1,9 %	Autres (retraite, prévoyance)	1,3 %
Construction	0,6 %		
Autres	5,2 %	Assurances de personnes : contrats collectifs	26,8 %
		Emprunteurs	19,5 %
		Vie	3,4 %
		Santé	1,3 %
		Autres (retraite, prévoyance)	2,6 %

LES ASSURANCES DE BIENS ET DE RESPONSABILITÉ

La part des litiges liés à l'assurance automobile reste prépondérante 19,7 % de l'ensemble des demandes de médiation, prépondérance encore très largement accrue si l'on ajoute les conflits soumis dans ce domaine à la médiation du GEMA.

Les litiges portent essentiellement sur les garanties et l'évaluation de dommages. Les désaccords sur la responsabilité en cas d'accident sont de plus en plus fréquents, malgré l'utilisation du constat amiable que, soit on refuse de signer, soit on conteste après.

On constate une relative stabilité des catégories, à l'exception comme les deux années précédentes, d'une élévation du nombre de demandes concernant les téléphones portables.

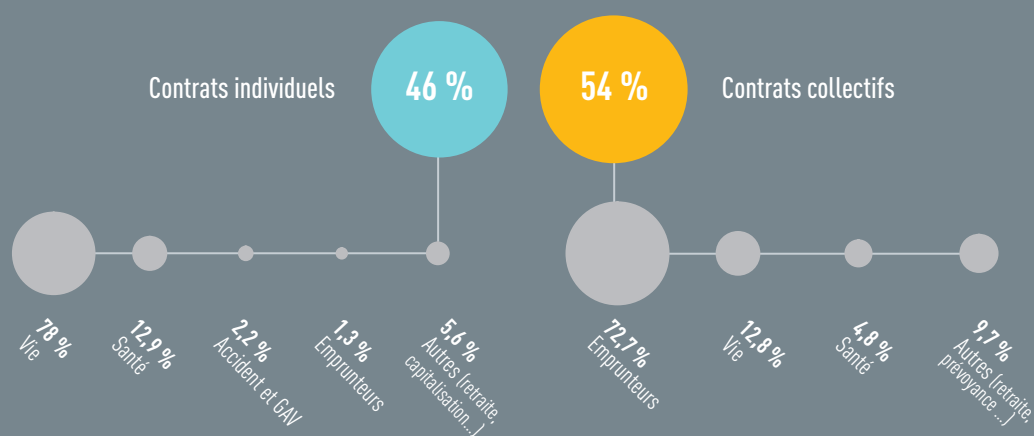
LES ASSURANCES DE PERSONNES

Les assurances individuelles sur la vie restent, avec les contrats d'assurance des emprunteurs, la cause principale des litiges en assurances de personnes.

Les assurances dites « obsèques », mentionnées l'an dernier dans le précédent rapport comme une source importante d'incompréhensions et de conflits, ont fait l'objet d'une Recommandation de l'ACP.

Les réclamations concernant les contrats adossés à des unités de compte qui représentaient l'an passé à eux seuls 38 % des requêtes en assurance vie, connaissent une baisse sensible de plus de 6 %.

LITIGES EN ASSURANCES DE PERSONNES



L'enjeu des litiges

La médiation permet de traiter des litiges de faible montant pour lesquels on hésitera souvent à engager les frais d'une action en justice. Ces litiges ne sont pas la majorité mais existent et sont bien évidemment examinés et traités sans discrimination.

Tous types d'assurances confondus, les enjeux financiers dont j'ai eu à connaître cette année se sont échelonnés de 143 euros à 1 000 000 d'euros, la moitié des dossiers, se situant entre 1 000 et 5 000 €. Parfois, la demande de médiation est faite uniquement « pour le principe » et ne présente pas d'aspect financier.

Les résultats de la médiation

441 dossiers ont donné lieu à un avis formalisé du médiateur en 2012.

Les avis sont adressés à chacune des deux parties en cause. La formalisation d'un avis par le médiateur implique qu'aucune solution n'ait été trouvée ni dans le cadre des procédures internes à l'entreprise, ni lors de la phase d'instruction du dossier de médiation.

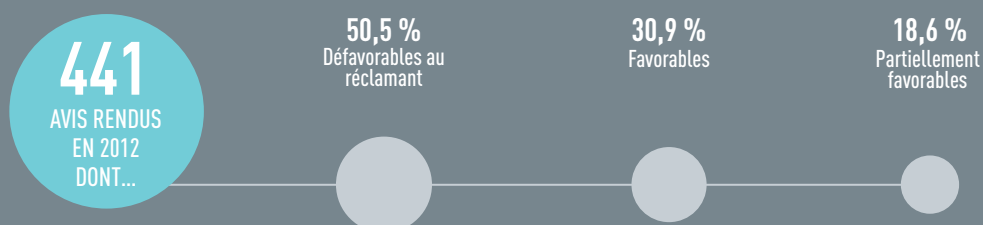
Lorsqu'une solution intervient après la saisine, et avant que je ne sois contraint de rendre un avis formalisé, c'est à mon instigation et éventuellement avec mon assistance. Ces règlements avant avis formalisé sont les plus fréquents, et de loin. Ils peuvent prendre diverses formes : échanges de courriers, de courriels, échanges téléphoniques, réunions, toutes formules qui permettent au médiateur de faire part de ses préconisations. J'invite alors l'entreprise concernée à concrétiser l'accord intervenu. Ce n'est qu'en cas de persistance du conflit que je rends un avis formalisé.

LA NATURE ET LE SUIVI DES AVIS

Sur la totalité des avis formalisés rendus par le médiateur en 2012, 49,5 % ont été favorables ou partiellement favorables au réclamant, encore en augmentation par rapport à l'an dernier.

Le nombre des avis favorables aux requérants avait déjà progressé les deux années précédentes et j'avais exprimé ma préoccupation face à cette évolution. En effet, un avis défavorable au requérant est le signe manifeste que sa réclamation a été traitée correctement par l'entreprise en amont de ma saisine et je ne peux qu'en prendre acte. Au contraire, une augmentation persistante du nombre des avis favorables au requérant est le signe d'une dégradation de la qualité du traitement des réclamations au sein des entreprises, aussi faut-il veiller en conséquence aux évolutions de cet indicateur important. La proportion des avis qui n'ont pas été suivis ou ne l'ont été que partiellement, reste inférieure à 2 %.

NATURE DES AVIS



LES DÉLAIS

La médiation se doit d'être et est plus rapide que la voie judiciaire. Les délais prévus par les Chartes de médiation sont relativement brefs : 3 mois pour la médiation de la FFSA et 6 mois pour celle du GEMA. La Directive européenne sur le règlement extrajudiciaire des litiges de consommation prévoit un délai de 90 jours. Mais, les délais de traitement s'allongent sensiblement. La forte augmentation du nombre des dossiers et leur complexification ont une incidence que l'amélioration du délai mis par les entreprises pour communiquer les pièces réclamées par le médiateur ne suffit pas à compenser. En 2012, la moyenne des délais de traitement des dossiers de médiation est d'environ 6 mois. Une réforme des moyens et procédures de la médiation sera nécessaire pour revenir au délai de 3 mois qui était celui des années 2006, 2007 lorsque les demandes n'excédaient pas 3 000 dossiers par exercice.

Conclusion

Il va de soi que c'est l'implication de tous les intervenants, dans les entreprises, les associations, les institutions et les organisations qui conditionne l'existence et l'activité de la médiation. Je les en remercie ici.

Je remercie tout spécialement et chaleureusement les collaborateurs du service de la médiation de la FFSA. Ils ont su et savent faire face à une situation lourde et compliquée dans un environnement toujours plus difficile. La pression est forte, les dossiers sont complexes et les situations délicates. Leur compétence et leur dévouement savent y répondre avec constance et bonne humeur.

Ma pensée va aussi vers mes correspondants dans les entreprises qui ont un rôle essentiel dans la résolution amiable du litige, en amont et en aval de mon intervention. Mes remerciements s'adressent bien évidemment aussi aux médiateurs particuliers des entreprises.

La médiation repose sur un certain nombre de principes. Leur respect est l'une des conditions essentielles, de la crédibilité que l'on accorde ou non à ce système original de règlement des litiges.

Pour que la médiation réussisse, dans le domaine financier, comme dans celui de la consommation en général, la confiance doit être partagée. Ce thème a fait l'objet d'un colloque organisé au siège du Conseil économique, social et environnemental par le Club des médiateurs de services au public. A cette occasion, le Défenseur des droits et le Président du CESE ont tous deux mis l'accent sur les attentes des citoyens dans ce domaine. Il en va de même au niveau Européen, qu'il s'agisse des organisations ou de la Commission.

C'est tout le sens qui est donné par la Directive qui vient d'être adoptée relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation, et que certains qualifient déjà d'outil de démocratisation de la médiation, lorsqu'elle entend garantir à cette dernière plus d'indépendance. L'indépendance est un statut. Ce statut, répondant à des critères objectifs, permet de s'assurer que le médiateur/ombudsman est en mesure d'exercer en toute impartialité. En conformité avec les règles du statut, le médiateur peut bénéficier d'une confiance, qui alors peut être partagée.

La médiateur de la FFSA répond depuis l'origine à ces critères objectifs de par son mode de désignation collégial tripartite INC, CCSF, FFSA.

Il n'en doit pas moins s'adapter sur deux points. D'une part, celui de la mise à disposition du public d'un site Internet performant qui, outre les informations sur la médiation, son fonctionnement et ses résultats pour assurer la transparence, doit permettre l'introduction et le traitement en ligne des litiges nationaux et trans frontières. D'autre part, celui de son budget qui doit être distinct, spécifique et suffisant pour l'accomplissement de la mission.

Ces ajustements devront intervenir avant le mois de juin 2015, date limite pour la transposition par les Etats membres de la Directive qui, par ailleurs, fixant des règles a minima, ne pourra à cette occasion être modifiée que dans le sens d'une aggravation des obligations qu'elle impose.

Dans l'intervalle, l'organisation de la médiation de l'assurance du fait de l'augmentation importante du nombre des dossiers qu'elle reçoit désormais, doit être revue. Le service de la médiation change d'échelle et de pratiques pour pouvoir faire face à une demande toujours croissante. Pour autant, tous les aspects des litiges sont pris en compte, chaque dossier restant celui d'une personne, même si le cas soumis à examen s'avère être éventuellement récurrent. Le propre de la médiation est de pouvoir traiter de situations particulières, chacune originale et nécessitant une approche spécifique.

Ce challenge ne fait qu'illustrer le bien fondé et le succès de la médiation voulue et mise en place par la Fédération française des sociétés d'assurances il y a 20 ans avec l'appui des consommateurs et des pouvoirs publics. Je suis confiant, à la fois dans les moyens qui seront mis en œuvre pour y faire face, et dans la volonté de tous les acteurs pour faire perdurer ce qui constitue une originalité bénéfique dans le secteur financier, tant en France qu'à l'étranger. ●

Francis Frizon



Annexes

Charte de la médiation	54
Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFSA et du GEMA	55
Charte des médiateurs de services au public	56
Textes	57
Publications, sites internet et adresses utiles	58

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 L 112-2 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. Il rassemble les médiateurs d'organisations, d'entreprises, d'administrations et de collectivité. Tous avaient dès l'origine l'ambition de mieux écouter et traiter les litiges des citoyens / usagers / consommateurs, et participer ainsi à l'amélioration des dispositifs de règlement amiable des litiges.

Charte des Médiateurs de Services au Public

Le Club a élaboré en 2004 sa Charte, rénovée en 2011, en concertation avec le Médiateur de la République. Elle constitue le fondement des valeurs partagées par ses membres, et leur vision commune de la médiation institutionnelle.

Le Club a accueilli, au fil du temps, de nouveaux membres, 20 à ce jour, et s'est constitué en association en 2010. Il représente aujourd'hui la seule organisation en France rassemblant des médiateurs intervenant au niveau d'institutions.

Il participe activement aux travaux correspondants, en France et en Europe (Forum d'Iéna en 2006, travaux du CNC sur la médiation en 2007, Directive médiation en 2008, Assises de la Consommation en 2009, Commission de la Médiation de la Consommation en 2010, Colloque au CESE pour les 10 ans du Club...).

En 2009, il a mis au point un dispositif de professionnalisation des médiateurs et de leurs équipes dont il a confié le module central à l'IGPDE (Institut de la Gestion Publique et du Développement Economique). Il organise avec lui deux sessions de formation par an depuis 2010.

Depuis sa création, près d'un demi million de personnes a fait appel à au moins l'un de ses membres. Désormais, chaque année, ce sont près de 100 000 saisines qui sont adressées aux médiateurs membres du Club.

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 (...) »

Ordonnance

Ordonnance 2011-1540 du 16 novembre 2011 portant transposition de la Directive 2008/52/CE du 21 mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale

Recommandations

Recommandation de l'ACP 2011-R-05 du 15 décembre 2011 sur le traitement des réclamations

Recommandation 2013-01 du Comité de la médiation bancaire relative aux chartes de médiation du 30 avril 2013

Textes Européens

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)

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)

Directive 2013/11/UE du 21 mai 2013, relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation

Règlement (UE) N° 524/2013 du 21 mai 2013 relatif au règlement en ligne des litiges de consommation

Pour plus d'informations...

PUBLICATIONS

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

Rapport annuel 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 du Centre Européen des Consommateurs Franco-Allemand
www.cec-zev.eu

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 2009
www.aeras-info.fr

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

Rapport d'activité 2011 de la Commission de médiation bancaire
www.banque-france.fr

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

Actes du colloque du Conseil d'Etat du 4 mai 2011 « Les développements de la médiation »
La documentation Française

Rapports David Thomas ; Francis Frizon pour la Banque Mondiale
« Resolving disputes between consumers and financial businesses :
- Fundamentals for a financial ombudsman »
- Current arrangements in central and eastern Europe »
http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALS/ECTOR/Resources/Financial_Ombudsmen_Vol1_Fundamentals.pdf

http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALS/ECTOR/Resources/Financial_Ombudsmen_Vol2_ECA.pdf

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/financeservices-retail/finnet/index_fr.htm

Site INFO
www.networkfso.org

Site EIOPA
<https://eiopa.europa.eu>

Site Centre Européen des Consommateurs Franco-Allemand
<http://www.cec-zev.eu>

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

RESPONSABLE SECTEUR D'ÉTUDES

AMANDINE ZAWADZKI

CHARGÉE D'ÉTUDES

MARION GUIGUE

CHARGÉE D'ÉTUDES

AURÉLIE DUBUS

ASSISTANTE JURIDIQUE

ARLETTE GOSSELIN

CHARGÉE DE SECRÉTARIAT

ANNIE BALDUS

SECRÉTAIRE

CLARISSE TRILLAT

ASSISTANTE