

Résoudre les litiges en parfaite équité

La Médiation de l'assurance a été créée, par la profession, le 1^{er} septembre 2015. Elle résulte de la fusion des médiations antérieures de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et du groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), assortie de l'abandon par des groupes majeurs d'assurance de leur propre offre de médiation. Philippe Baillot, qui en assure les commandes depuis sa création, revient sur la résolution des différends qui lui sont soumis.

Profession CGP : *Quand et comment intervient le médiateur de l'assurance ?*

Philippe Baillot : L'activité de la médiation de l'assurance (LMA) est désormais régie par le Code de la consommation. A ce titre, j'interviens dans le cadre d'un litige opposant un consommateur – entendu comme toute personne physique qui agit à des fins n'entrant pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale, libérale ou agricole – à une entreprise ou intermédiaire d'assurance, membre de la Médiation de l'assurance, et portant sur l'exécution d'un contrat. Conformément aux dispositions du Code de la consommation, LMA intervient « en aval » des procédures internes de règlement des litiges propres aux entreprises d'assurance et « en amont » d'une éventuelle saisine des tribunaux.

Une fois saisie, la médiation dispose d'un délai de vingt-et-un jours pour se prononcer sur sa compétence. Les modalités de dépôt de la demande par le consommateur sont très souples. Ainsi peut-il adresser sa saisine

“

Conformément aux dispositions du Code de la consommation, LMA intervient “en aval” des procédures internes de règlement des litiges propres aux entreprises d'assurance et “en amont” d'une éventuelle saisine des tribunaux.

”



PHILIPPE BAILLOT, médiateur de l'assurance.

Philippe Baillot est médiateur de l'assurance depuis le 1^{er} novembre 2015. Il a précédemment occupé de nombreuses fonctions dans le secteur de l'assurance. Il a été secrétaire général du département des assurances de personnes de l'UAP en 1986, puis il a rejoint Abeille Vie en 1988 en tant que directeur juridique et, après plusieurs postes à responsabilité dans le réseau et la présidence de filiales de courtage, est nommé directeur du développement en 1997. En 2000, il a pris la direction du marketing stratégique d'Aviva France. Il était, depuis 2002, directeur de BRED Banque privée. Philippe Baillot est professeur associé à l'université de Paris II-Panthéon-Assas et auteur de plusieurs ouvrages sur l'assurance.

par Internet ou par voie postale. Il peut se retirer à tout moment du processus. Il lui est, par ailleurs, loisible de se faire représenter par un avocat, une association de consommateurs, ou toute personne de son choix. En outre, le principe *non ultra-petita* ne s'applique pas : une fois légitimement saisie d'une difficulté rencontrée par un assuré, LMA en analyse l'ensemble des dimensions sans se limiter aux termes, parfois imprécis, de sa saisine. En sa qualité de médiation de la consommation, LMA est gratuite pour le consommateur. L'assuré gardera donc à sa seule charge les frais d'élaboration de son dossier (photocopies, envois, etc.) ou d'éventuels conseils (avocats...).

Quant aux professionnels, en l'absence de *free lunch*, ils subissent la totalité du coût de la médiation. Ce coût doit surtout s'analyser en un investissement efficient. Elle constitue, en effet, une opportunité unique d'amélioration des services offerts aux assurés, en supprimant des dysfonctionnements ressentis par les consommateurs. Par ailleurs, à la différence des tribunaux, LMA pourra rendre son avis en équité et toujours dans un souci de règlement amiable. Cette caractéristique permet, en faveur du seul assuré, de s'abstraire d'une stricte application des termes du contrat ou de la règle de droit, lorsqu'elle conduirait à une solution contraire au bon sens ou manifestement injuste.

Ainsi la solution apportée par la médiation s'avérera-t-elle ponctuellement différente d'une décision judiciaire. Un avis de LMA ne revêtant aucun caractère obligatoire, tant pour le consommateur que pour le professionnel, ces derniers restent libres de saisir les tribunaux. A cet égard, le fait que seuls deux assurés, lors du dernier recensement, aient saisi les tribunaux l'année passée postérieurement à un avis constitue une réelle satisfaction.

PCGP : *Ce recours est devenu obligatoire avant toute procédure judiciaire...*

P. B. : Le décret 2015-282 du 11 mars 2015 a posé le principe selon lequel une assignation doit mentionner les diligences entreprises en vue de parvenir à une résolution amiable du litige. En l'absence d'une telle mention, sauf les dérogations prévues dans le Code de procédure civile, le juge peut proposer aux parties une mesure de conciliation ou de médiation.

Ce principe de conciliation préalable a été réaffirmé par la récente loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle qui contraint les justiciables, préalablement à la saisine du tribunal d'instance par déclaration au greffe, à une tentative de conciliation. La sanction de l'inexécution de cette tentative de conciliation est l'irrecevabilité de la demande.

Reste que les parties peuvent se départir de cette obligation : si l'une d'entre elle sollicite l'homologation d'un accord ; si elles justifient d'autres diligences entreprises en vue de parvenir à une résolution amiable de leur litige ; ou encore si l'absence de recours à la conciliation est justifiée par un motif légitime.

Pour autant, si cette disposition rend un recours préalable à la médiation possible, cette dernière n'est pas obligatoire. En effet, la loi ouvre aux parties d'autres modes de résolution amiable de leurs différends.

Je profite de votre tribune pour rappeler l'interdiction prévue par le Code de la consommation, de toute clause ou convention obligeant le consommateur, en cas de litige, à recourir obligatoirement à une médiation préalablement à la saisine du juge. Cette interdiction a notamment été affirmée par la Cour de cassation dans un arrêt très récent (Cass. Civ 1^{re}, 16 mai 2018, n° 17-16.197).

PCGP : *Les décisions sont-elles plutôt favorables aux assurés ou aux compagnies ?*

P. B. : Dans deux tiers des cas, les avis sont en faveur des entreprises d'assurance. La médiation intervient en effet, en aval des services réclamation des entreprises d'assurance de sorte que les dossiers soumis ont le plus souvent fait l'ob-

jet de plusieurs analyses préalablement à ma saisine. Cette proportion s'explique principalement de ce fait.

En pratique, un assuré ne pourra acquiescer au rejet de sa demande qu'à condition d'en comprendre la légitimité. À cette fin, les avis sont donc très didactiques. Leur rédaction doit permettre à l'assuré de constater que sa requête a été effectivement comprise et analysée dans toutes ses dimensions, de manière approfondie et en toute indépendance. A cet égard, rien n'est plus satisfaisant que les lettres d'assurés à réception d'avis contraires à leur demande, remerciant simplement pour l'attention portée à leurs difficultés et les explications fournies.

Par suite de la dimension très juridique de l'industrie de l'assurance, cette nécessité conduit à l'élaboration d'avis relativement longs (de quatre à cinq pages), reprenant l'essentiel des faits de l'espèce et de la discussion de droit induite. La rédaction découlant de ces contraintes pourrait s'avérer absconse. Aussi est-elle toujours amendée, dans un souci didactique, afin de la rendre compréhensible par chaque réclamant. Le respect, pour l'essentiel, de cette nécessité pédagogique explique la rareté des cas où des assurés intentent une action en justice post-médiation.

LMA s'assure également de la compréhension des entreprises et de leurs services, dans une approche nécessairement pédagogique, pour voir leurs pratiques évoluer au bénéfice des assurés, et surtout acquiescer aux avis de la médiation dans plus de 99 % des cas.

PCGP : *Quels sont les principaux sujets qui vont être soumis ?*

P. B. : Pour ce qui concerne les assurances de biens et de responsabilités (59 % des saisines de LMA en 2017), une part importante des réclamations est relative à l'assurance automobile (38 %) et à la multirisque-habitation (27 %). Je relève simplement, dans cette catégorie, une surreprésentation des risques nomades.

Quant aux litiges relatifs aux assurances de personnes, l'assurance-vie est leur première source

(23 %), devant l'assurance-emprunteur (22,5 %) et les contrats santé (21 %).

A cet égard, la rédaction de la clause bénéficiaire, en particulier dans un contexte de famille recomposée, est à l'origine de nombreuses réclamations. Pour prévenir ces dernières, les clauses bénéficiaires de contrats d'assurance-vie devraient mieux traduire la réalité des choix du souscripteur, en s'abstenant de toute présomption (caractéristique des clauses-types) ; préciser l'identité du bénéficiaire pour éviter le risque d'homonymie ; éviter toute ambiguïté de nature à ralentir le règlement ; prévoir les modalités de renonciation du bénéficiaire ; faire l'objet d'adaptations périodiques, au rythme d'évolution des cercles affectifs ; optimiser, en présence de plusieurs contrats, la fiscalité selon leur ancienneté et le lien de parenté avec les bénéficiaires désignés. >>>

“
Je profite de votre tribune pour rappeler l'interdiction prévue par le Code de la consommation, de toute clause ou convention obligeant le consommateur, en cas de litige, à recourir obligatoirement à une médiation préalablement à la saisine du juge.
”

De même, la faiblesse du souscripteur est source de difficultés quant à l'application de la clause bénéficiaire. Dans ce type de situation, je recommande aux proches de ce dernier, de recourir à une mesure de protection, afin d'éviter la contestation ultérieure des opérations effectuées sur les contrats d'assurance-vie. « Et, en même temps », l'assureur qui perçoit un état de faiblesse du souscripteur, est invité à solliciter les éléments permettant de s'assurer de sa volonté certaine et non équivoque, avant toute modification d'une clause bénéficiaire.

Enfin, une dernière illustration est constituée par la contestation des assurés des délais de traitement de leurs rachats. Il revient à l'assureur d'attirer davantage l'attention du souscripteur sur les spécificités de son contrat, et leurs conséquences, notamment en termes de délais. Une pratique consistant à transmettre une information spécifique au cours des dernières semaines de l'année, pourrait être utilement généralisée sur les espaces client en ligne.

PCGP : Que pensez-vous de la DDA ?

P. B. : Je perçois dans la transposition de cette directive, une véritable opportunité d'améliorer l'image de la profession chez les assurés, et notamment, au travers de la mise en place de l'IPID (le document d'information sur le produit d'assurance). Ce document normalisé, remis avant la souscription, contribuera à une meilleure, et si cruciale, accessibilité aux informations essentielles du contrat. Il subsiste aujourd'hui sur le marché des notices d'information proprement illisibles. Les notices les plus récentes, fournies et détaillées, sont, quant à elles, par essence trop longues et trop rarement lues. L'IPID peut constituer un compromis entre la nécessité de fournir une information claire à l'assuré et l'exigence d'exhaustivité. Plus spécifiquement, ce document me semble particulièrement pertinent en matière d'assurances affinitaires, pour lesquelles de nombreux litiges ont pour cause première « l'information communiquée » à la souscription, réalisée par des non-professionnels de l'assurance. Un point non négligeable, compte tenu du coût de traitement des réclamations pour les compagnies.

Aujourd'hui, la nouvelle réglementation européenne est vécue comme une contrainte pour les courtiers, mais elle devrait plutôt être perçue comme une opportunité. Les intermédiaires disposeront, en effet, d'une plus grande facilité pour recueillir toutes les caractéristiques de l'assuré. Ils seront, ainsi, en mesure de proposer un produit pleinement adapté à la morphologie assurantielle de leurs clients. La traçabilité de leur conseil évitera tout contentieux. A cet égard, la capacité infinie de collecte d'informations et leur traitement par le digital, à un coût amoindri, constitue une extraordinaire opportunité pour répondre aux nouvelles contraintes réglementaires et, plus encore, pour apporter une nouvelle valeur ajoutée.

PCGP : Est-il possible de prévenir certains litiges ?

P. B. : Par essence, la pratique des entreprises d'assurance s'avère toujours perfectible. En non-vie, l'absence d'alerte spécifique sur des caractéristiques particulières, délimitant le périmètre des garanties du contrat – à l'image des mesures de prévention (par exemple, couper l'eau, fermer les volets, etc.) ou du titulaire de

la qualité d'assuré (par exemple, un enfant majeur vivant chez l'assuré) – conduit à une multiplication de saisines. Elles seraient « évitables » au bénéfice d'une information accrue et surtout mieux ciblée des assurés. En assurance de personnes, une alerte spécifique de l'assuré, quant à la nécessité de conserver l'ensemble des documents relatifs au contrat, pourrait sensiblement réduire le nombre de litiges.

Naturellement, « *la critique est aisée et l'art est difficile* ». De telle sorte que, ma suggestion consiste, toujours, avec humilité, à (encore) renforcer l'information des assurés, étant rappelé que la répétition constitue la base de toute pédagogie.

En outre, nombre de saisines de la médiation découlent d'une pure incompréhension de l'assuré de la motivation du refus par son assureur de couvrir son risque. Trop souvent, les entreprises semblent, en effet, faire leur, un trait de l'illustre avocat Vincent de Moro-Giafferi. Interrompu dans sa plaidoirie par un président, plongé dans la plus grande expectative, sur les articles

du Code civil en jeu, il avait répondu, avec la plus grande superbe, « *mais quand je plaide devant la première de la Cour, je plaide sur tout le Code civil* ».

A son image, trop communément, les entreprises d'assurance omettent, purement et simplement, de préciser les dispositions contractuelles visées lors d'un refus de garantie. Or pour réduire le nombre de contestations, il leur reviendrait de simplement motiver et expliciter leur décision, par un simple renvoi précis à l'article des conditions générales ou particulières, visé dans leur réponse.

Dans la même logique, au lendemain de la survenance d'un sinistre, les entreprises devraient rappeler, par tous moyens aux assurés la nécessité de

conserver les biens endommagés ou, pour le moins, la preuve du dommage et plus généralement la procédure à suivre. Je relève toutefois que sur 13 millions de sinistres recensés en assurances non-vie, moins d'un sur 1 745 donne lieu à une saisine de la médiation. Ainsi, à l'encontre d'une image, par trop répandue, les entreprises d'assurance semblent, pour l'essentiel, répondre de manière satisfaisante aux attentes des assurés. ●

Anne Simonet

“

La nouvelle réglementation européenne est vécue comme une contrainte pour les courtiers, mais elle devrait plutôt être perçue comme une opportunité.

”

La médiation de l'assurance en quelques chiffres

Sur 16 151 saisines en 2017 (+9 %), 24 % des avis du médiateur sont favorables au réclamant. Les saisines portent dans 41 % des cas sur de l'assurance-vie.

Les litiges en assurances de personnes intéressent :

- l'assurance-vie : 23 % ;
- les contrats emprunteur : 22,5 % ;
- la santé : 21 %.