

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2022





A word cloud of French values and concepts, including: Pédagogie, Dialogue, JUSTICE, Équilibre, LÉGITIMITÉ, Apaisement, INDÉPENDANCE, Neutralité, Gratuité, Compétence, Empathie, CONFIDENTIALITÉ, Transparence, Impartialité, Expertise, Efficacité, and Équité. The words are arranged in a circular pattern, with some in red and others in purple.

Pédagogie
Dialogue JUSTICE
Équilibre LÉGITIMITÉ
Apaisement INDÉPENDANCE
Neutralité Gratuité Compétence
CONFIDENTIALITÉ Empathie
Transparence Impartialité Expertise
Efficacité Équité



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2022

■ AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE	p. 4
■ 1. LE MOT DU MÉDIATEUR	p. 8
■ 2. L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES	
● Une influence accrue	p. 22
● Les chiffres clés 2022	p. 23
● Les saisines	p. 25
● Les médiations effectuées	p. 35
■ 3. LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE	
● Gouvernance et ressources de la Médiation de l'Assurance	p. 42
● Les principaux contributeurs	p. 44
● Une équipe dédiée à la résolution des litiges	p. 47
■ 4. FOCUS	
● A. La formation du contrat d'assurance	p. 50
● B. L'expertise en assurance	p. 52
■ 5. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ	
A. La relation contractuelle	
● Le devoir de conseil de l'assureur lors de la souscription d'un contrat	p. 62
● Tout changement en cours de contrat doit être déclaré	p. 64
● L'assuré doit respecter les mesures de protection antivol exigées par son contrat	p. 65
● L'assuré peut-il devoir une indemnité à son assureur après un accident de voiture ?	p. 66
● L'indemnité peut être réduite en cas de déclaration inexacte du capital à assurer	p. 68
● L'assureur peut solliciter pendant 5 ans une indemnisation indûment versée	p. 70
● L'assureur peut déduire de son remboursement le montant de la dette de l'assuré	p. 71
B. L'application du contrat	
● L'effraction du véhicule n'est pas forcément matérielle	p. 74
● Panne mécanique : quand le remplacement des seules pièces défectueuses est impossible	p. 75
● La force majeure n'est pas toujours opposable lors d'intempéries exceptionnelles	p. 76
● La réception de l'ouvrage peut être tacite	p. 78
● La chute sur un bâtiment d'un arbre sans infection visible est un accident	p. 80
● L'assureur peut conserver les sommes allouées au titre des frais et dépens	p. 82

■ 6. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

A. La relation contractuelle

- Le bilan patrimonial permet à l'assureur de justifier le conseil donné p. 88
- L'assuré doit être mis en garde lorsque son contrat prévoit des garanties restrictives p. 89
- Une clause d'exclusion ne doit pas être discriminatoire p. 90
- Les antécédents connus par l'assureur avant sinistre
ne peuvent faire l'objet d'une sanction pour fausse déclaration p. 91
- La désignation du bénéficiaire d'annuités garanties est irrévocable p. 92
- La faculté de rachat s'exerce librement sans acceptation conforme du bénéficiaire p. 94

B. La mise en œuvre du contrat

- L'expertise médicale permet de déterminer si la garantie peut être mobilisée p. 98
- La faculté de rachat d'un contrat retraite
ne dépend plus de la cause de la perte d'emploi p. 100
- Un objet statique dans sa position normale
n'est pas une « cause extérieure » en cas d'accident p. 101
- La garantie incapacité de travail
peut prévoir l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle p. 102
- Le transfert d'un contrat article 83 n'est pas toujours possible
en cas de fusion-absorption p. 103
- Le transfert d'un contrat article 83 est possible après le départ à la retraite de base p. 104
- La revalorisation du capital de l'assurance vie en cas de décès en cours d'exercice p. 106

■ 7. ANNEXES

- La procédure de médiation p. 110
- Comment saisir le Médiateur ? p. 111
- La Charte du Médiateur de l'Assurance p. 112
- La Charte du Club des Médiateurs de Services au Public p. 114
- La médiation de l'assurance à l'international p. 116
- Textes de référence p. 117
- Adresses utiles p. 118

■ 8. INDEX

p. 120



Corinne DROMER

*Présidente du conseil
d'administration de la
Médiation de l'Assurance*

*Présidente du Comité
consultatif du secteur
financier (CCSF)*

Le succès des dispositifs de médiation est croissant et la Médiation de l'Assurance (LMA) l'illustre bien. En effet, nous sommes désormais, au printemps 2023, sur un rythme de 30 000 saisines par an, alors que notre Médiation recevait moins de 15 000 saisines annuelles avant la crise sanitaire.

Ce succès est largement lié à l'action des pouvoirs publics, qui ont facilité le recours à la médiation en créant un dispositif souple, gratuit pour le consommateur et qui aide à désengorger les tribunaux. La médiation est également une chance, puisque le médiateur peut prendre des positions en équité, ce que ne peut pas faire un juge, strictement tenu par la règle de droit. En outre, la médiation porte des valeurs fortes d'indépendance et d'impartialité qui permettent de conserver, ou de restaurer si nécessaire, le lien de confiance entre le particulier, le professionnel et l'entreprise avec laquelle porte le contentieux.

L'actualité de la Médiation de l'Assurance, c'est d'abord l'entrée en vigueur de la réforme de la médiation et du traitement des réclamations, avec, par voie de conséquence, un accès simplifié à la médiation. Cette réforme était souhaitée par les associations de consommateurs depuis des années. Elle a été préparée en juillet 2021 par les travaux sur la médiation du Comité consultatif du secteur financier (CCSF), dont les recommandations ont été largement reprises par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). Puis l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a modifié sa recommandation sur le traitement des réclamations, laquelle est entrée en vigueur le 31 décembre 2022. C'est un changement de philosophie profond puisque, désormais, l'assuré peut saisir le Médiateur deux mois après l'expression d'un mécontentement écrit. Pendant ce délai de deux mois, l'entreprise a toute liberté pour organiser le traitement de la réclamation de son client.

La forte hausse des saisines de la Médiation de l'Assurance constatée sur les premiers mois de 2023 est sans doute liée à une période d'adaptation des assureurs et courtiers à la mise en place de la réforme. Celle-ci devrait nécessairement se traduire par un renforcement de leurs services de gestion et de réclamation, afin de respecter le nouveau délai de deux mois issu de la recommandation de l'ACPR.

Pour ce qui est de LMA, le conseil d'administration suit avec une grande attention, mois après mois, l'impact de cette réforme sur le volume de dossiers à traiter afin d'allouer aux équipes les moyens permettant d'y faire face.

Notre premier objectif est la réduction des délais. En effet, malgré la hausse des saisines et de leur recevabilité, nous avons fortement réduit le délai de réponse qui était en 2022 de sept mois en moyenne, avec une réponse dans les trois mois dans 30 % des cas, contre treize mois fin 2019. Nous devons encore améliorer nos délais de réponse. C'est un objectif primordial.

Notre second objectif était de réaliser des gains de productivité. Ce que nous avons fait avec notamment une modernisation de notre site internet, doté désormais d'un espace réclamant, et avec une remarquable mobilisation des équipes. Pour faire face à ce challenge, elles ont fortement accru leur productivité et travaillent à des propositions de solution plus courtes et plus pédagogiques face à la complexité des contrats.

Enfin, les constats de LMA en 2022 ont été le point de départ de travaux du CCSF et se sont traduits par des avancées importantes pour les consommateurs. Ils ont ainsi conduit à l'harmonisation des conditions de résiliation des contrats d'assurance, en permettant une extension du champ des contrats qui pourront désormais être résiliés « à tout moment », mais aussi, en assurance affinitaire, à un allongement du délai de rétractation, une modification du recueil du consentement et un renforcement de l'information annuelle. Voilà des progrès concrets qui sont issus, entre autres, des observations faites par l'équipe de LMA.

Par ailleurs, notre Médiateur a appelé la Profession de l'assurance à faire disparaître des contrats les clauses d'exclusion floues, condamnées à ce titre par la Cour de cassation, et à progresser dans la clarté des contrats. Les définitions parfois très restrictives de ce qu'est un « accident » ou une « effraction » sont souvent causes d'incompréhension et de frustration chez les assurés, ce qui n'est bon pour personne.

Je félicite enfin notre Médiateur, Arnaud Chneiweiss, pour le renouvellement de son mandat, souhaité à l'unanimité par notre conseil d'administration et validé à l'unanimité également par la CECMC.

Au nom de l'ensemble de notre conseil, je remercie vivement notre Médiateur ainsi que toute son équipe pour la qualité de leurs travaux, pour l'attention qu'ils portent à chacune des demandes qui leur sont soumises et pour leur engagement sans faille au service de l'intérêt général. ●





INTRODUCTION

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE VUE PAR LE PRISME DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE



Arnaud CHNEIWEISS
*Le Médiateur
de l'Assurance*

« La vraie générosité envers l'avenir consiste à tout donner au présent. »
Albert Camus

La Médiation de l'Assurance a reçu plus de 21 500 saisines en 2022 ⁽¹⁾, c'est-à-dire autant d'expressions de mécontentement des assurés vis-à-vis de leur assureur ⁽²⁾ ou de leur courtier. Certes, ces saisines ne sont pas toutes recevables ⁽³⁾, ni toutes fondées ⁽⁴⁾.

Elles donnent toutefois une bonne idée des reproches adressés par la population au secteur de l'assurance, en gardant à l'esprit que, par définition, nous ne voyons à la Médiation de l'Assurance que « les trains qui déraillent », en tout cas les difficultés dans la relation client, pas les situations où tout se passe bien ⁽⁵⁾.

Ces 21 500 saisines donnent aussi une bonne idée des difficultés et tensions qui travaillent la société française.

Que voyons-nous ?

1/ LA SOCIÉTÉ DE DÉFIANCE

Cette défiance de la société française, soulignée depuis des années notamment par les enquêtes du Cevipof ⁽⁶⁾, s'illustre de multiples façons.

a) Défiance envers l'expert

L'expert est en général le premier visage que voit l'assuré dans le cadre du règlement de son sinistre, et peut-être le seul lorsque le reste des échanges avec l'assureur s'effectue par téléphone ou par courriel. Dès que le sinistre est significatif – chaque assureur ayant ses propres critères de ce à quoi cela correspond – un expert est envoyé sur place par l'assureur, par exemple après une catastrophe naturelle ou un dégât des eaux, pour évaluer l'ampleur des dommages. En assurance de personnes, un rendez-vous sera pris avec un médecin-expert pour évaluer le degré d'incapacité de la personne assurée, qui déclenchera ou non la délivrance d'une garantie incapacité de travail ou invalidité.

Bien qu'en pratique ce ne soit pas toujours le cas – ce qui peut alimenter le reproche d'opacité –, les conclusions de l'expert doivent être transmises à l'assuré ⁽⁷⁾. Lorsqu'elles lui sont défavorables, il met souvent en cause l'impartialité de l'expert – par exemple si ce dernier estime que les fissures de l'habitation ne peuvent pas être rattachées de façon « déterminante » à un arrêté de catastrophe naturelle publié pour la commune et concernant une période précise, car d'autres causes existent, notamment un défaut de construction.

L'expert n'est pourtant pas un salarié de l'assureur. Il est indépendant, avec ses compétences – dans le bâtiment par exemple pour évaluer les origines d'un sinistre affectant une habitation – et sa déontologie. Cependant, le simple fait qu'il ait été directement missionné par l'assureur le rend suspect de partialité : n'est-il pas « tenu », dans une dépendance économique par rapport à l'assureur qui lui confie des missions ?

Cette question peut bien sûr s'entendre. Un expert dont les conclusions seraient régulièrement « hors normes », excessivement généreuses pour l'assuré, finirait probablement par être écarté par l'assureur. L'argument nous paraît cependant davantage refléter le manque de compréhension

⁽¹⁾ Au printemps 2023, le volume de saisines pour l'année est estimé à 30 000 saisines.

⁽²⁾ Quelle que soit la forme juridique de l'assureur : mutuelle, société anonyme ou filiale d'assurance d'un groupe bancaire.

⁽³⁾ Nous ne traitons que les litiges portant sur l'application du contrat d'assurance.

⁽⁴⁾ En nous saisissant, les assurés ont cependant obtenu gain de cause, en tout ou partie, dans 46 % des cas, chiffre que je considère élevé puisque l'assureur avait étudié le dossier à deux reprises avant qu'il ne nous arrive.

⁽⁵⁾ Avant la crise sanitaire liée à la Covid-19, la Médiation recevait 15 000 saisines par an. L'augmentation est donc de plus de 40 % entre 2019 et 2022. Mais ce volume des litiges qui remontent jusqu'à nous peut être relativisé en notant que les assureurs règlent plus de 13 millions de sinistres par an rien qu'en assurance de dommages.

⁽⁶⁾ Centre de recherches politiques de Sciences Po (Cevipof), Baromètre de la confiance en politique.

⁽⁷⁾ Conformément à un engagement déontologique pris par la Profession de l'assurance dans le cadre du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) en 2005.

du contrat par l'assuré – les garanties peuvent être très limitées selon le contrat souscrit, et c'est cela la vraie cause de frustration de l'assuré. D'ailleurs, il existe dans tous les contrats une possibilité de recourir à une contre-expertise en cas de désaccord, certes aux frais de l'assuré, et cette possibilité est très rarement mise en œuvre.

Pour casser la défiance ressentie à l'égard de l'expert envoyé par l'assureur, qui rejoint d'ailleurs une défiance générale de la société française envers « les experts », quel que soit le domaine évoqué, il serait intéressant de :

- ◆ **réfléchir à un mécanisme de désignation aléatoire de l'expert, à partir d'une liste d'experts référencés par toute la Profession de l'assurance ;**
- ◆ **renforcer les règles professionnelles et déontologiques** entourant le métier d'expert, afin de réduire les doutes sur leur indépendance et leur compétence (une certification pourrait être mise en place). Le principe du contradictoire devrait également être consacré et la mission de l'expert explicitée : convocation des parties, réception de leurs arguments, réponses à ceux-ci... ;
- ◆ **fixer un délai raisonnable pour la désignation de l'expert** lorsqu'elle est nécessaire, à compter de la déclaration de sinistre, par exemple quinze jours. Un délai raisonnable devrait également être fixé **pour la conduite de l'expertise et la remise du rapport**, par exemple trois mois à compter de la désignation, avec une possibilité de prolongation pour une nouvelle période de trois mois après information des parties.

b) Défiance envers l'assureur

Autre signe de la société de défiance, c'est bien sûr celle qui s'exprime envers l'assureur lui-même : pourquoi ne verse-t-il pas les capitaux décés de la tante décédée, dont le réclamant est persuadé qu'ils lui sont destinés ? Ce remboursement des frais dentaires à hauteur de 332 euros est-il le bon et ne manque-t-il pas 100 euros ? L'assuré n'a-t-il pas cotisé pour un contrat inutile, « à fonds perdus », la preuve en est qu'aucun sinistre n'a été réglé depuis des années, ce qui traduit un mauvais conseil à la souscription ? Rappelons que dans les sondages cités plus haut, relatifs à la confiance des Français, le secteur de l'assurance ne recueille la confiance que de 32 % des Français, soit à peu près le même niveau que les médias (8). C'est mieux que les partis politiques (seulement 19 % des Français leur accordent leur confiance) mais moins bien que le secteur de la banque (39 %) et beaucoup moins bien que l'Armée, la Gendarmerie ou la Police (autour de 80 % de confiance).

La Médiation de l'Assurance joue alors un rôle utile de tiers de confiance, en vérifiant si l'assureur a versé les capitaux décés aux bons destinataires comme indiqué par la clause bénéficiaire – dont la compréhension est parfois ardue selon la manière dont l'assuré s'est exprimé au moment de sa rédaction –, en vérifiant le calcul de l'indemnité versée ou en expliquant que si le contrat d'assurance n'a pas eu à jouer... c'est plutôt une heureuse nouvelle.

Quand la Médiation de l'Assurance va au bout de l'analyse d'un litige en exprimant une « proposition de solution », selon le jargon utilisé par le Code de la consommation, nous allons dans le sens de l'assuré, en tout ou partie, dans environ 31 % des cas (et confirmons donc que l'assureur a correctement appliqué le contrat dans 69 % des cas) (9).

(8) Il est bien sûr probable que si la question était : « avez-vous confiance en votre assureur ? », le taux de réponses positives serait beaucoup plus élevé.

(9) La Médiation de l'Assurance a exprimé environ

4 400 « positions » en 2022.

Quand nous allons dans le sens de l'assuré (31 % des cas), nous sommes quasi systématiquement suivis par l'assureur ou le courtier, ce qui est le signe à la fois de la discipline de la Profession, que je remercie pour cela, et de la qualité de la production de la Médiation.

Si l'on ajoute les situations où, dès que la Médiation a été saisie, l'assureur a réagi en transmettant une proposition de règlement amiable, l'assuré a obtenu gain de cause dans 46 % des cas lorsqu'il a saisi la Médiation de son litige.

Renouer un lien de confiance fort avec les Français sur le fait que les contrats d'assurance sont clairs et bien appliqués doit bien sûr être une priorité du secteur, qui passe par la qualité du conseil lors de la souscription et tout au long de la vie du contrat, la clarté dans la rédaction du contrat et l'empathie dans les explications au moment du sinistre.

c) La violence dans l'expression

Nous voyons bien dans les saisines qui nous sont adressées, et parfois dans les retours déçus des assurés lorsque nous avons confirmé la position de l'assureur, les signes de frustration, voire de colère, le sentiment d'une lecture rébarbative et de ne pouvoir maîtriser les subtilités de rédaction d'un contrat d'assurance long de plusieurs dizaines de pages, l'idée d'un déséquilibre dans la relation entre l'assuré et l'assureur, l'un profane, l'autre tenant la plume de la rédaction du contrat et maîtrisant la matière.

Plus nous parviendrons à développer chez les assurés l'éducation financière, la compréhension du fonctionnement d'un contrat d'assurance (10); et chez les assureurs la qualité du conseil délivré au moment de la souscription et tout au long de la vie du contrat, la clarté dans l'expression des garanties, plus nous pourrons espérer réduire ces signes de frustration et de colère.

Toutefois, de même que les paranoïaques peuvent avoir de vrais ennemis, **cette défiance des Français est parfois justifiée**. Voici deux exemples à propos desquels je me bats depuis ma prise de fonctions au printemps 2020.

● Les assurances de téléphone portable

Tous les assureurs en la matière ne se comportent pas mal, mais de vrais problèmes demeurent, puisque les assurances « affinitaires » représentent 18 % des saisines de la Médiation en assurance de dommages en 2022, et les assurances de téléphone portable en particulier 12 %.

Le sujet est devenu un « marronnier » facile pour les journalistes, car il est aisé de recueillir des témoignages de tentative de vente forcée de la part du vendeur dans de grandes enseignes de distribution (11). Le sujet est connu de tous. En 2022, la Direction générale de la Concurrence et de la Répression des fraudes (DGCCRF) du ministère de l'Économie et des Finances a engagé des poursuites contre un courtier important (12) et les associations de consommateurs dénoncent de façon régulière certaines pratiques (13).

Heureusement, sous l'impulsion du Comité consultatif du secteur financier (CCSF), qui rassemble toutes les parties prenantes (professionnels, consommateurs, pouvoirs publics...), et à partir des constats faits, entre autres, par la Médiation de l'Assurance, des avancées ont eu lieu depuis deux ans. D'abord avec l'adoption d'un premier avis, le 29 avril 2022, qui a décidé de l'extension du délai de renonciation au contrat, le faisant passer de quatorze à trente jours, d'une part ; et faisant débiter ce délai seulement à compter du paiement de la première prime en cas de période de gratuité, d'autre part.

Cette idée d'extension du délai de rétraction, afin de vérifier le consentement du consommateur, est apparue tellement pertinente que le législateur l'a reprise dans la loi dite « pouvoir d'achat » du 16 août 2022.

(10) Ce qui implique une volonté de comprendre l'étendue des couvertures proposées par l'assureur en y consacrant un peu de temps et non l'envie de souscrire au plus vite *via* quelques clics sur internet en pensant, à tort, que tous les contrats d'assurance sont identiques.

(11) Voir le reportage, « Les secrets du plus jeune milliardaire de France », Envoyé spécial, France 2, 19 janvier 2023.

(12) « Pratiques commerciales trompeuses : la DGCCRF a transmis à l'autorité judiciaire les résultats de ses dernières investigations concernant les sociétés du groupe INDEXIA (SFAM) », DGCCRF, 4 avril 2022.

(13) « Chez SFR, des clients assurés malgré eux », 60 millions de consommateurs, 8 septembre 2021.

De nouvelles avancées ont eu lieu dans le cadre du CCSF, avec un second avis le 24 janvier 2023. Ce dernier vise à améliorer fortement :

- ◆ la bonne information du consommateur par un récapitulatif annuel des caractéristiques de son contrat et des modalités possibles de résiliation ;
- ◆ les pratiques commerciales, avec un avertissement sur le fait que les rémunérations variables, touchées par les vendeurs quand ils placent ces produits, ne doivent pas fausser l'information et le conseil, et ne doivent pas être versées avant la vente rémunérée.

J'espère enfin que les Autorités de supervision et de contrôle parviendront à sanctionner les quelques acteurs qui ont ces pratiques incorrectes, afin d'assainir le marché et d'envoyer un signal à ceux qui seraient tentés de les imiter, courtiers ou assureurs (14). Ces quelques acteurs portent atteinte non seulement à la réputation des « assurances affinitaires » mais à toute la Profession de l'assurance tant ces sujets concernent le grand public.

● Des clauses d'exclusion illégales encore dans les contrats (15)

Autre sujet de nature à alimenter la défiance du public : j'ai constaté en prenant mes fonctions que les décisions de la Cour de cassation ne conduisent pas toujours les assureurs à modifier leurs nouveaux contrats. Je parle ici des clauses d'exclusion floues condamnées de longue date par la plus haute instance judiciaire du pays sur le « *défaut d'entretien* » de l'habitation, la « *négligence* » ayant facilité un sinistre, la maison qui doit être construite selon les « *règles de l'art* ». En assurance de personnes, il s'agit des « *troubles psychiques* » ou de tout « *autre mal de dos* », notions que la Cour de cassation a estimées vagues et en cela contraires à la loi, qui demande que ces clauses soient précises, « *formelles et limitées* ».

Je dénonce cette situation depuis ma prise de fonctions et suis heureux de voir que de très grands acteurs ont décidé en 2022 de modifier leurs pratiques et de faire disparaître ces clauses de leurs contrats. Je comprends les intentions de responsabiliser l'assuré en le rendant acteur de la prévention du risque et je m'associe à la volonté de lutter contre la fraude. Mais ces buts louables ne peuvent être poursuivis en utilisant des clauses déclarées illégales par la plus haute juridiction du pays.

Outre les appels du Médiateur à se mettre en conformité, le durcissement de la jurisprudence de la Cour de cassation par une décision du 17 juin 2021 a sans aucun doute joué un rôle décisif (16). Dans cette décision relative à une clause d'exclusion en assurance emprunteur ayant conservé l'expression « *autre mal de dos* », elle a estimé que ce ne sont pas seulement ces quelques mots qui étaient inopposables à l'assuré, mais toute la clause, y compris d'autres circonstances d'exclusion tout à fait précises. Dans son rapport annuel pour l'année 2021, publié à l'été 2022, la Cour de cassation a souligné l'importance de sa décision de juin 2021 en consacrant trois pages à l'explication de celle-ci (17). Elle a ainsi conclu :

« La deuxième chambre civile de la Cour de cassation, par l'arrêt du 17 juin 2021, commenté, a décidé qu'une clause d'exclusion contenant des causes d'exclusion ne satisfaisant pas aux exigences de l'article L. 113-1 du Code des assurances est nulle dans sa globalité. Cette décision, par une approche similaire à celle mise en œuvre par la CJUE (18) dans le domaine des clauses abusives, prend en compte les exigences de protection des consommateurs affirmées par

(14) En avril 2023, l'ACPR a prononcé à l'égard de la société SFAM une mesure d'interdiction temporaire d'exercice de l'activité de distribution de contrats d'assurance.

(15) Le lecteur aura une excellente compréhension du problème en lisant le Cahier de la Médiation de l'Assurance consacré à ce sujet, publié en février 2023.

(16) Cass. 2^{ème} Civ., 17 juin 2021, pourvoi n° 19-24.467, publié au Bulletin.

(17) Rapport annuel 2021 de la Cour de cassation.

(18) Cour de justice de l'Union européenne.

le législateur national et les normes européennes. Elle est de nature à assurer tant l'effet dissuasif que l'effet incitatif de la sanction de l'annulation ».

Plusieurs acteurs majeurs m'ont indiqué ces derniers mois leur volonté de faire évoluer leurs contrats en faisant disparaître ces clauses d'exclusion floues. J'appelle l'ensemble du secteur à le faire dans les meilleurs délais, à la fois pour son image – le respect du droit – et pour son potentiel impact économique en vertu de la nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation.

2/ L'INCOMPRÉHENSION DEVANT LES RÈGLES À APPLIQUER

L'assurance est un domaine dans lequel on voit bien toutes les contradictions des réglementations : on veut protéger à la fois l'assureur, qui joue un rôle économique et social important (il doit donc dégager des profits afin de préserver sa solvabilité) et l'assuré (protection du consommateur *via* des pratiques commerciales loyales). On veut des contrats simples à lire mais également détaillés sur ce qui est couvert et exclu. Si bien qu'à force de réglementations européennes et françaises visant, d'une part, à protéger le consommateur, d'autre part, à expliquer à l'assureur comment il doit exercer son devoir d'information et de conseil et être gouverné, on en arrive à des contrats faisant des dizaines de pages, que l'assuré, en pratique, ne lit pas au moment de la souscription.

Le débat sur les garanties pertes d'exploitation des commerçants pendant la crise sanitaire l'a bien montré : il y avait en général plusieurs documents à consulter (conditions particulières, conditions générales, avenant propre au secteur de la restauration par exemple) si bien que le mécanisme de la garantie était très compliqué à comprendre pour l'assuré... mais aussi parfois pour l'assureur !

Un important travail sur la clarté des contrats reste à mener, à compléter par un travail sur la qualité du conseil, qui doit se pratiquer tout au long de la vie du contrat et pas seulement lors de la souscription.

Autre difficulté : l'incompréhension devant le vocabulaire utilisé. **Derrière le même mot peuvent se cacher des réalités différentes.** On peut être reconnu « invalide » par la Sécurité sociale mais ne pas l'être par l'assureur, car le contrat d'assurance ne couvrira que la catégorie la plus extrême de la Sécurité sociale, celle où l'assuré a besoin de l'assistance constante d'une tierce personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne (19). Bien sûr, l'assureur indique en général dans le contrat qu'il n'est pas tenu par les définitions d'autres organismes, et notamment par celles de la Sécurité sociale. Il n'en demeure pas moins que cette situation est difficile à comprendre pour l'assuré, qui a reçu une carte tricolore d'invalidité de la part de la Sécurité sociale (par exemple de catégorie 2, où il n'est plus possible d'exercer des métiers ayant une dimension physique (20)) mais qui n'est pas reconnu invalide par l'assureur – à juste titre en vertu de la stricte application du contrat.

J'appelle les assureurs à veiller à ce que les définitions utilisées dans les contrats ne s'éloignent pas du langage courant. Au nom de la liberté contractuelle, deux parties à un contrat peuvent décider que pour le contrat en question tel mot, par exemple « *accident* », aura telle signification. Cela conduit cependant à des situations incompréhensibles pour l'assuré, qui a le sentiment d'avoir été trompé, en particulier si son attention n'a pas été attirée, au moment de la souscription, sur la définition très restrictive

(19) Se laver, se déplacer, s'habiller, se nourrir...

(20) Par exemple agriculteur, serveur de restaurant, infirmière...

retenue. Illustrons.

Dans le dictionnaire Larousse, voici la définition d'un accident : « *qui est l'effet du hasard ; qui n'est pas prévu ; fortuit* ».

La définition d'un accident varie d'un contrat à l'autre sur le marché. Voici une définition très habituelle figurant dans un contrat d'assurance emprunteur : « *toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure* ». Quel écart ! Et d'autres contrats ajoutent encore un critère, le fait que l'événement soit « *brutal* », ou qu'il résulte d'un « *choc* ».

Si bien que des situations vécues comme des « *accidents* » par les assurés, c'est-à-dire des événements non prévus et non souhaités, ne sont pas reconnus comme tels au sens du contrat, car ils ne sont pas tout à la fois « *soudains* », « *imprévisibles* », « *non intentionnels* » de la part de l'assuré et « *résultant directement et exclusivement d'une cause extérieure* » (21).

On pourrait donner **une autre illustration avec le mot « effraction »** dans le cadre des garanties vol, en assurance automobile par exemple. Les preuves exigées par l'assureur ne peuvent pas être si restrictives (telle une preuve du forçement de la colonne de direction) qu'elles en deviennent impossibles à fournir par l'assuré (cette technique de vol de voiture ayant disparu avec la modernisation des véhicules).

D'autres exemples ? La définition de ce qu'est une « *blessure* » dans un contrat protégeant contre les accidents de la vie (qui restreint la blessure aux cas de fractures et de brûlures) ou la définition de ce que sont les « *objets personnels* » en cas de vol à l'extérieur de l'habitation.

J'appelle assureurs et courtiers à **prendre le temps, au moment de la souscription**, d'explicitier ces notions aux prospects et assurés. De ce point de vue, il est de l'intérêt de tous que l'échange dure un certain temps pour que le devoir de conseil puisse s'exercer. Le conseiller en assurance doit pousser l'assuré à s'interroger sur ses souhaits et besoins. Par exemple en assurance habitation, a-t-il bien compté toutes les pièces de son habitation, y compris les caves et dépendances ? Y a-t-il des objets de valeur à assurer et pour quels montants ? Il faut rappeler l'importance de conserver des preuves de la valeur de ces objets (factures, photos...).

Quand je vois de nouveaux acteurs sur internet prétendre qu'avec eux le processus de souscription d'une assurance habitation peut être réduit à une minute et trente secondes par la réponse rapide à quatre questions, je me demande ce que l'assuré peut comprendre au produit auquel il adhère et si le devoir de conseil a pu être exercé.

Enfin, je rappelle que **le devoir de conseil doit s'exercer tout au long de la vie du contrat**. Trop souvent, les assureurs et courtiers ne font pas un point régulier avec leur assuré – **un entretien au moins tous les deux ans** serait une bonne pratique – pour savoir si des changements sont intervenus dans sa situation afin d'actualiser le contrat en conséquence – par exemple revaloriser le capital dédié aux « *objets de valeur* » dans l'habitation.

3/ LA COMPLEXITÉ RÉGLEMENTAIRE

Le secteur de l'assurance, sur-réglementé du fait de son importance économique et sociale, est un bon exemple de la difficulté à conserver une

(21) Par exemple : tomber d'une échelle ne sera pas considéré comme un accident si aucune cause extérieure à la personne n'a causé la chute ; de même si une personne chute à son domicile, est hospitalisée et décède quelques semaines plus tard, le caractère « *soudain* » du décès sera manquant pour délivrer la garantie décès accidentel.

réglementation pertinente, en partie parce que différentes administrations se trouvent en compétition pour réguler le secteur.

Au niveau national, citons le ministère de l'Économie et des Finances *via* les Directions générales du Trésor d'une part, de la Concurrence et de la Répression des fraudes d'autre part ; l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) qui veille à la solvabilité des assureurs et à la protection des assurés, et émet des recommandations, ce que l'on appelle de la « *soft law* » ; la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) qui veille au respect des données personnelles en faisant part de « lignes directrices » ; l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui veille à la protection des épargnants et publie également des recommandations ; l'Autorité de la concurrence qui aura à se prononcer en cas de rapprochement entre acteurs afin d'éviter les positions dominantes qui nuiraient aux consommateurs...

Au niveau européen, citons au moins la Commission européenne qui a le monopole de proposition d'une directive ou d'un règlement, et l'EIOPA (22), qui la conseille et émet ses propres recommandations à destination des superviseurs et des assureurs (23).

À cela s'ajoutent les jurisprudences de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) et de la Cour de cassation française, qui peuvent jouer un rôle décisif – par exemple pour la première à propos de ce qu'il faut comprendre par « *support durable* » et pour la seconde à propos de la prescription des litiges – mais aussi contribuer à alourdir la rédaction des contrats par les précisions requises.

Chacun est dans son rôle et je ne doute pas que chacun essaie de faire de son mieux pour mener à bien la mission confiée. Mais chacun est aussi « dans son silo ». Ce nombre élevé d'intervenants, tous légitimes dans leur domaine mais qui se coordonnent peu (24), qui pensent trop souvent que leur valeur ajoutée consiste à produire de nouvelles normes afin de prouver leur vigilance, contribue à la complexité des règles à respecter et à la difficile lisibilité des contrats.

Une bonne illustration réside dans les modalités de résiliation du contrat d'assurance. Il y avait jusqu'à présent seize modalités possibles de résiliation d'un contrat !

Cela résulte de strates de réglementation qui se sont ajoutées les unes aux autres au fil du temps.

Les modalités de résiliation diffèrent selon que l'on soit en assurance de dommages ou assurance de personnes, que la résiliation du contrat soit à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur, qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance collectif ou individuel... Selon les cas, il faut prévenir l'autre partie un mois à l'avance, deux mois, trois mois... ; par lettre recommandée ou non. La résiliation « à tout moment » a été rendue possible par le législateur, progressivement, pour certains contrats, un an après la souscription (automobile, habitation, assurance affinitaire, santé) mais pas pour les autres. Tout ceci est incompréhensible pour l'assuré et parfois également pour l'assureur qui se trompe dans la règle à respecter.

J'ai alerté sur le sujet et le CCSF a eu le courage et l'énergie de s'emparer du dossier. Tous les acteurs, consommateurs comme assureurs et courtiers, ont convenu que cette complexité n'était bonne pour personne et ne résultait d'aucune vision.

(22) *European Insurance and Occupational Pensions Authority* ou, en français, Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (AEAPP).

(23) Voir à ce sujet : « *Compliance, une illusion dangereuse* », Arnaud Chneiweiss et Maud Vautrain, *Revue Risques*, 2015, n° 102, où nous évoquions le concept d'avalanche réglementaire.

(24) À noter que l'AMF et l'ACPR coopèrent dans un but de protection des épargnants notamment, avec des publications conjointes.

Les travaux de place ont duré moins d'un an et un avis du CCSF a été publié en mai 2022 pour une mise en œuvre au 1^{er} juin 2023 : la philosophie est d'aller vers la simplification des modalités de résiliation par l'extension de la possibilité de résilier « à tout moment » après un an de détention du contrat. Quelques contrats de nature saisonnière (navigation de plaisance, chasse, assurance scolaire...) restent encore à l'écart du dispositif mais ce sera un progrès considérable.

Cet exemple montre que **la complexité réglementaire n'est pas une fatalité**. Si tous les acteurs concernés peuvent être réunis et emmenés dans une dynamique – ici les professionnels de l'assurance, les consommateurs et les pouvoirs publics dans le cadre du CCSF –, ils peuvent convenir de la manière de simplifier les règles. Il faut beaucoup d'énergie chez celui ou celle qui anime les travaux, et de la bonne volonté chez les différents acteurs pour y parvenir, mais faire confiance aux discussions entre les principaux acteurs concernés est souvent la bonne manière de réguler, quitte à ce que le consensus soit ensuite repris sur certains points par le législateur.

4/ LE MANQUE DE CONNAISSANCE ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE DES FRANÇAIS

Via les dossiers étudiés à la Médiation de l'Assurance, on constate aussi la méconnaissance chez les Français des mécanismes économiques et financiers, et du fonctionnement d'un contrat d'assurance.

En assurance vie, les assurés s'étonnent régulièrement auprès de nous de la diminution du rendement de leurs supports en euros par rapport au moment où ils ont souscrit dans les années 1990, comme si la rentabilité de ces derniers pouvait cheminer à l'écart du mouvement historique de baisse des taux d'intérêt vécu au cours des trente dernières années. Ou l'on affirmera ne pas avoir été correctement informé de la volatilité possible des supports en unités de compte, qui sont liés à l'évolution des marchés financiers.

En prévoyance, certains assurés regrettent d'avoir souscrit des garanties « à fonds perdus » (incapacité de travail, invalidité, décès...), comme si elles avaient été inutiles.

Mais c'est bien la nature d'un contrat d'assurance d'être souscrit pour faire face aux éventuels coups durs de la vie, et tant mieux si l'assureur n'a pas eu à indemniser un sinistre, cela veut dire aussi qu'il n'est rien arrivé à l'assuré !

Pendant la crise sanitaire, de nombreux assurés nous ont dit ne pas comprendre pourquoi leur assurance automobile n'était pas moins chère, puisqu'ils avaient moins ou pas roulé pendant les périodes de confinement. Mais une voiture doit être assurée en continu, car même à l'arrêt elle peut provoquer des dégâts (fuite d'huile, explosion...) et les mêmes assurés ne s'interrogeaient pas, si l'utilisation de leur voiture était plus élevée, quant à une augmentation de leur prime d'assurance. En France, très peu de contrats d'assurance font varier le niveau de la prime en fonction du nombre de kilomètres parcourus.

Un exemple type de contrats incompris est celui relatif au financement des frais d'obsèques. Ce type de contrats garantit le versement d'un capital, au moment du décès de l'assuré, aux personnes désignées. Si l'assuré meurt jeune, il aura peu cotisé mais l'assureur versera le capital convenu aux

bénéficiaires désignés (par exemple 4 000 euros). À l'inverse, si l'assuré vit très longtemps, il va cotiser nettement plus que le capital qui sera versé aux bénéficiaires désignés pour financer les obsèques. Au total, un équilibre est trouvé par l'assureur afin de fixer son tarif. Mais dans le cas de ceux qui ont « trop » cotisé, c'est souvent une source d'incompréhension pour les héritiers, que le total des cotisations ne soit pas reversé en capital au moment du décès (25).

On en revient à la nécessité de **bien expliquer le fonctionnement d'un contrat d'assurance, qui repose sur les notions d'aléa, de risque, de mutualisation**. La vocation d'un contrat d'assurance est de bien protéger en cas de coup dur, pas de fournir une avance de trésorerie ou d'être source d'enrichissement (à l'exception de la catégorie très particulière des contrats d'épargne bien sûr).

D'une façon générale, ma conception personnelle est qu'il faut inciter à souscrire une assurance qui protège bien en cas de sinistre, en particulier dans le cas de ménages aux revenus modestes, et qui forcément coûte plus cher qu'une assurance minimale. Une assurance peu chère... couvrira probablement peu au moment du sinistre. Un ménage aisé pourra puiser dans son assurance vie ou ses autres ressources financières pour faire face à un coup dur. Pour un ménage aux revenus modestes, la panne de la voiture ou le dégât des eaux peuvent avoir des conséquences lourdes s'il ne peut financer les réparations.

À tout le moins, les différentes options doivent être présentées au prospect afin qu'il souscrive en toute connaissance de cause. Faute de quoi, l'assuré dira alors au moment du sinistre qu'il a été mal conseillé à la souscription – argument que nous entendons souvent à la Médiation de l'Assurance.

Tous les acteurs peuvent répondre à ce besoin de développer la pédagogie et l'éducation financière : les assureurs et courtiers, les associations de consommateurs, les pouvoirs publics *via* notamment la Banque de France, l'ACPR et l'AMF. Sur ce plan, l'abondance de contributions ne nuit pas.

Je considère que c'est également une mission essentielle de la Médiation de l'Assurance, car sans une bonne compréhension des principes assurantiels, comment trouver un apaisement dans le conflit entre l'assuré et l'assureur ?

5/ L'INÉGALITÉ ENTRE CEUX QUI SE BATTENT POUR FAIRE VALOIR LEURS DROITS ET LES AUTRES

En 2022, quand un assuré a décidé de saisir la Médiation de l'Assurance, il a obtenu satisfaction en tout ou partie dans 46 % des cas (26), alors que le dossier avait pourtant déjà été examiné deux fois par l'assureur. Soit parce que l'assureur a spontanément proposé une transaction amiable quelques semaines après la saisine, ayant réétudié le dossier (c'est notamment fréquent à propos des assurances de téléphone portable). Soit parce que la Médiation de l'Assurance, ayant été au bout du processus en rédigeant une proposition de solution, est allée dans le sens de l'assuré (27).

Cette statistique montre l'utilité de la Médiation pour apaiser les tensions. Elle doit aussi faire réfléchir assureurs et courtiers sur la qualité de leur gestion de sinistres. Ceux qui ont persisté à contester la position de leur assureur, parfois assistés par une association de consommateurs, ou leur assureur de protection juridique, ou un avocat, ont eu raison de le faire

(25) Je pense qu'à propos de ce type de contrats, un engagement pourrait être pris de cesser de prélever les primes d'assurance quand l'assureur a collecté deux fois le montant du capital qui sera versé aux bénéficiaires désignés.

(26) Si le dossier était recevable. Début 2023, ce pourcentage a franchi la barre des 50 %.

(27) Je rappelle que lorsque la Médiation de l'Assurance donne raison à l'assuré, nous sommes quasi systématiquement suivis par l'assureur ou le courtier.

dans presque un cas sur deux. C'est beaucoup.

Bien sûr on peut penser que ce chiffre est biaisé : ceux qui nous ont saisis avaient souvent de bons arguments pour le faire. On ne saurait donc étendre cette statistique à la gestion de l'ensemble des sinistres traités en France par la Profession de l'assurance. Il n'en demeure pas moins qu'elle soulève la question de l'inégalité de traitement entre les assurés qui savent se défendre, ou ont l'énergie de le faire, et les autres.

Les assureurs doivent être perçus comme des repères solides dans un monde instable. Ils vendent de la confiance, la promesse qu'ils seront là, aux côtés de l'assuré, si dans quelques mois un coup dur se produit, qu'il s'agisse d'un accident de voiture, d'un dégât des eaux ou d'un problème de santé. Si l'idée se répand dans le public que leur parole doit être contestée au moment de l'indemnisation, c'est ce socle de confiance qui serait atteint.

Pour maintenir la relation de confiance, les services « gestion de sinistres » et « réclamations » doivent sans doute être renforcés. D'autant plus que désormais le délai pour traiter une réclamation a été réduit à deux mois à la suite de la recommandation de l'ACPR du 9 mai 2022 (28) : deux mois après l'expression, par écrit, d'un mécontentement de l'assuré, ce dernier peut désormais saisir la Médiation. Le très fort afflux de saisines constaté début 2023 (+ 40 % par rapport à la même période de 2022) montre que les assurés se sont vite emparés de cette nouvelle possibilité.

CONCLUSION : LA PERTINENCE DE SOUPAPES DE SÉCURITÉ DANS LE SYSTÈME JUDICIAIRE FRANÇAIS

Depuis des années, les gouvernements souhaitent développer les formes de règlement amiable des litiges, en Europe comme en France. La médiation de la consommation dans sa forme actuelle résulte d'une directive européenne de 2013 (29), transposée en droit français en 2015.

Dans notre pays, citons la loi du 23 mars 2019 de réforme pour la justice, qui a imposé le recours préalable à une médiation ou un conciliateur de justice en cas de litige dont l'enjeu est inférieur à 5 000 euros (30). En janvier 2023, le ministre de la Justice a annoncé que l'un des principaux axes du « Plan d'action pour la Justice » serait le développement d'une « politique de l'amiable » (31). Le but poursuivi est bien sûr de désengorger les tribunaux.

En outre, la Médiation est un dispositif souple, pragmatique, qui prend position plus vite qu'une action en justice, qui est gratuit pour les assurés puisque nous sommes totalement financés par les assureurs et courtiers – c'est ce qui résulte de la Directive européenne et de la loi – et qui permet des prises de position en équité.

Nous pouvons ainsi aller dans le sens de l'assuré pour « rétablir le juste » d'une façon qui n'est pas ouverte aux juges, qui s'en tiennent à la règle de droit. Quand nous estimons que la stricte application du contrat conduit à une situation absurde au vu des circonstances du sinistre, nous pouvons émettre une position en équité. Ce fut le cas en 2022 dans presque 6 % des cas.

Étant quasi systématiquement suivis par les assureurs, y compris sur ces cas en équité, nous contribuons à apaiser la relation.

Dans une société française plus défiante que jamais (32), et alors que les

(28) ACPR, Recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations.

(29) La Directive 2013/11/UE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et modifiant le règlement (CE) n° 2006/2004 et la directive 2009/22/CE (directive relative au RELC)

généralisant l'obligation pour une entreprise d'avoir un système de médiation. La Commission européenne travaille à compléter cette directive.

(30) « Favoriser les modes amiables de règlement des litiges », ministère de la Justice, 10 décembre 2020.

(31) « Lancement de la politique de l'amiable », ministère de la Justice, 13 janvier 2023.

(32) Voir les enquêtes du Cevipof, « Le baromètre de la confiance en politique ».

questions d'assurance sont essentielles à la cohésion sociale, la Médiation de l'Assurance a un rôle important à jouer. Pour dire, cas par cas, ce qui apparaît juste, en droit ou en équité. Pour expliquer, apaiser, jouer le rôle d'un tiers de confiance. Pour dénoncer aussi, parfois, des comportements ou des contrats choquants.

Ce rôle est de mieux en mieux reconnu. Je cite comme l'année dernière le Professeur Luc Mayaux, directeur de l'Institut des assurances de Lyon, qui a écrit dans la Revue générale du droit des assurances en septembre 2021 : « *L'expression de « mode alternatif de règlement des conflits » n'a jamais été autant d'actualité, la médiation devenant un concurrent pour la justice. [...] La lecture du rapport du médiateur de l'assurance, et des « études de cas » qu'il comporte, va devenir aussi nécessaire (horresco referens) que celle du rapport annuel de la Cour de cassation. À quand un commentaire comparé des deux rapports qui paraîtrait tous les ans dans cette Revue ? On n'en est pas là, mais on voit que la médiation n'est pas seulement un phénomène sociologique, qui en dit beaucoup sur le monde contemporain. Elle est aussi une réalité juridique. Au moins en assurance, le médiateur est devenu un acteur du droit à part entière* ».

REMERCIEMENTS

Au moment de commencer un nouveau mandat de Médiateur de l'Assurance, je souhaite remercier tous ceux qui ont permis à la Médiation de faire de grands progrès au cours des trois dernières années, puisque nous répondons désormais en sept mois en moyenne alors qu'il fallait attendre plus d'un an quand j'ai pris mes fonctions début 2020 et que dans le même temps le nombre de dossiers à traiter a augmenté de plus de 50 % :

- ◆ Le conseil d'administration bien sûr, à commencer par sa Présidente, Corinne Dromer, qui m'a toujours soutenu et accordé des moyens supplémentaires pour faire face à l'ampleur croissante de nos missions. Les crises et défis n'ont pas manqué au cours des trois dernières années (crise sanitaire qui nous a affectés tant par l'afflux de dossiers traités que par les perturbations dans les équipes ; gains de productivité pour répondre à la forte hausse du nombre de dossiers à traiter ; réforme des modalités de saisine de la Médiation ; rapport au Ministre sur les dossiers pertes d'exploitation des PME...). Nous avons su répondre à chacun en étant pragmatiques et unis dans notre désir de faire de la Médiation de l'Assurance un acteur de référence, dans l'intérêt des assureurs comme des assurés ;
- ◆ Les équipes de la Médiation de l'Assurance, qui ont fourni de grands efforts pour progresser en tous domaines. La qualité des réponses et des arguments est là, comme le montre le fait que nous sommes quasi systématiquement suivis. Dans le même temps, beaucoup de progrès ont été faits pour apporter des réponses allant à l'essentiel, rédigées dans un langage clair. En 2022, nous avons exprimé 4 370 positions, soit 40 % de plus que lorsque j'ai pris mes fonctions en 2020, alors que le nombre de juristes n'a progressé que de 25 %.

Nous nous sommes également ouverts sur l'extérieur, devenant plus accessibles aux assurés. Le site internet a été renouvelé en 2021 et désormais la moitié des saisines se fait par ce canal, contre 25 % en 2019. En 2022, un « espace réclamant » a été ouvert pour les assurés, leur permettant de déposer en ligne les pièces de leur dossier, de suivre l'évolution de celui-ci et d'échanger au besoin avec le juriste en charge. C'est un succès puisque 80 % des réclamants ont ouvert leur espace dédié. Nous sommes désormais une soixantaine de personnes. L'équipe a beaucoup de talent, de potentiel, et nous allons réussir à progresser encore pour absorber la réforme de la saisine de la Médiation. Je suis heureux que nous ayons réussi à diversifier les profils qui nous rejoignent, avec des personnes plus expérimentées, cherchant à donner du sens à leur engagement professionnel.

Bravo à mon équipe rapprochée sans laquelle rien ne serait possible : Marie-Cécile Letzelter, Secrétaire générale, qui est mon complément ; Sébastien Masseret-Bergeron, responsable de l'organisation et des process ; Aude Picart, qui dirige le pôle assurance de biens et de responsabilité ; Marion Chartier, qui dirige le pôle santé/prévoyance ; Vincent Yahiaoui, responsable du pôle épargne retraite et assurance vie ; Karine Mespoulet-Beauves, responsable du pôle études juridiques ; enfin mon assistante Latifa Bakkassi qui jongle avec les contraintes.

Merci enfin à tous ceux qui ont pensé que ce serait une bonne chose que je poursuive mon activité de Médiateur. À l'unanimité, le conseil d'administration de LMA et la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) m'ont exprimé leur confiance. C'est une responsabilité et un honneur de poursuivre la mission. ●

Arnaud Chneiweiss

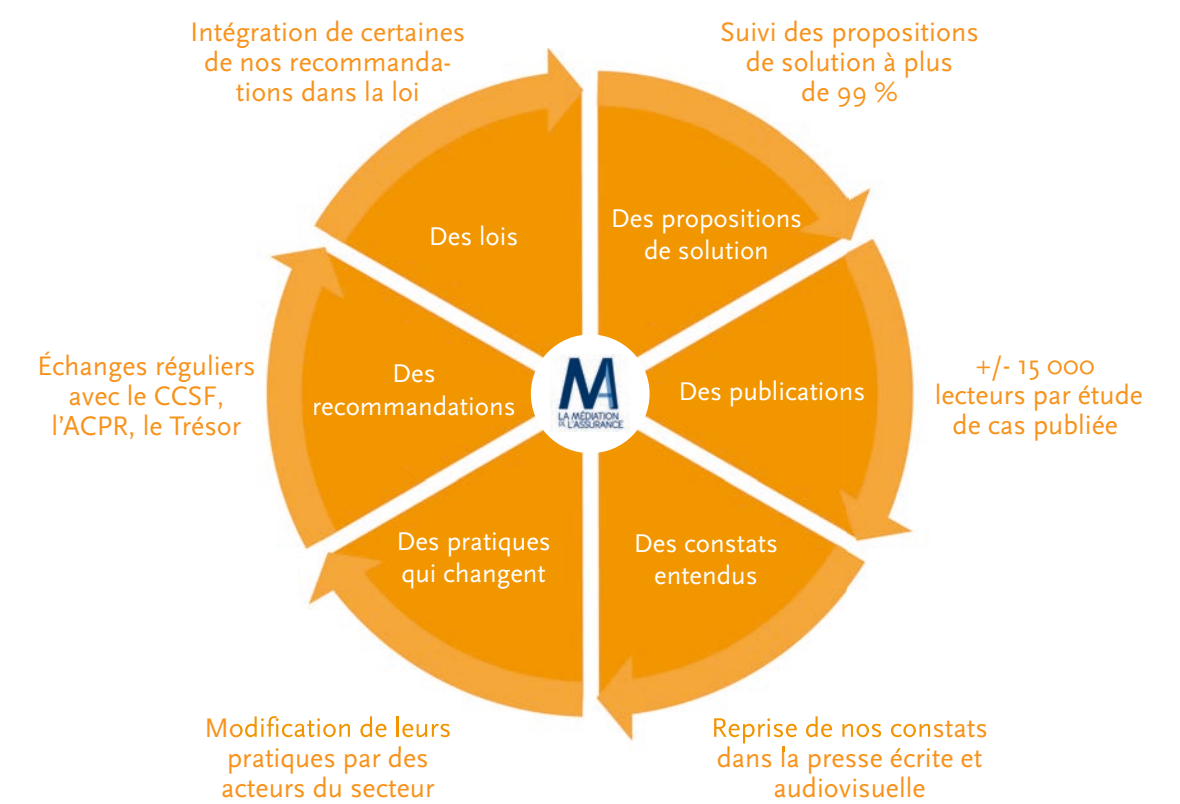






L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES

UNE INFLUENCE ACCRUE



LES CHIFFRES CLÉS 2022

4 368
propositions
de solution



21 502
saisines



46 %
de solutions
favorables à l'assuré



1 255
règlements
amiables

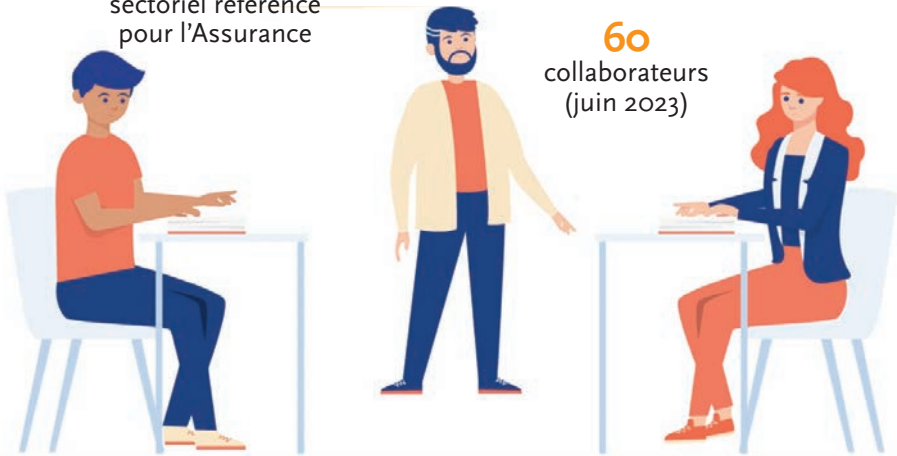


99 %
des propositions
acceptées par
l'assureur



¹
Médiateur
sectoriel référence
pour l'Assurance

60
collaborateurs
(juin 2023)



47 %
de saisines
en ligne



34 %
de saisines
recevables



13 500
professionnels
adhérents



Des enjeux financiers de



0 € à 120 000 €





L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES

LES SAISINES

LES SAISINES

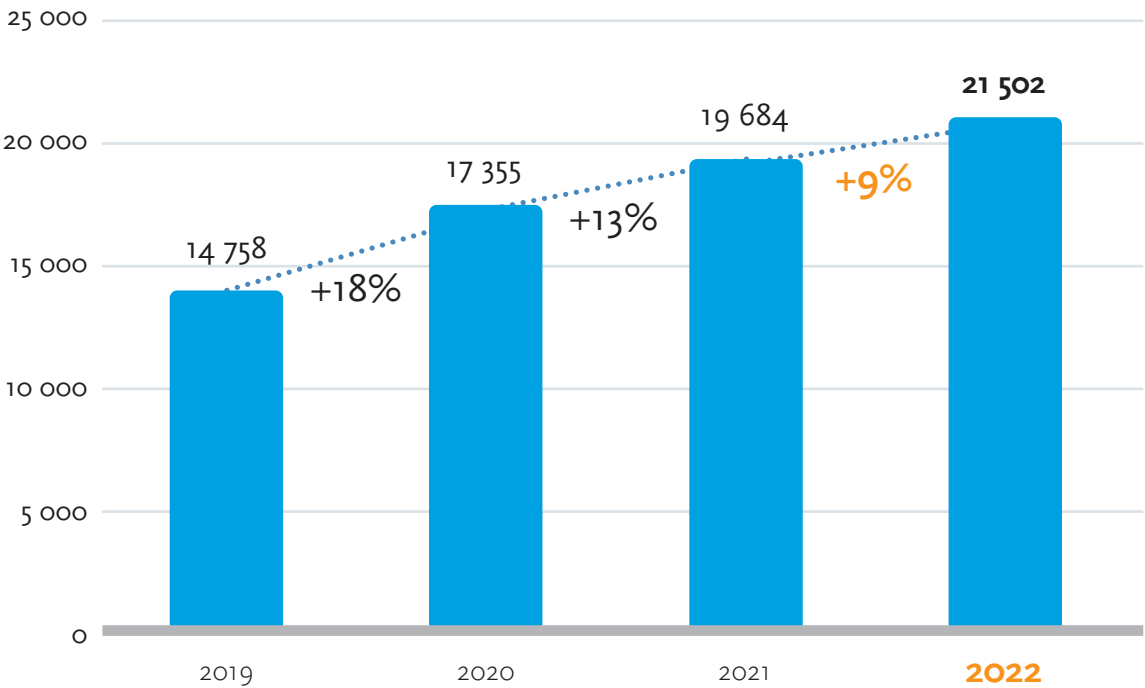
1. LES SAISINES REÇUES

En 2022, la Médiation de l'Assurance a reçu 21 502 saisines, soit une progression de 9,2 % en un an et presque de 50 % sur les trois dernières années.

L'augmentation du nombre de saisines est portée par différents facteurs :

- ◆ La Médiation de l'Assurance a accueilli de nouveaux adhérents, dans le monde du courtage notamment ;
- ◆ Les saisines portant sur des contrats d'assurance affinitaires, et notamment concernant les assurances de téléphones portables, ont fortement augmenté ;
- ◆ Pour les litiges dont l'enjeu est inférieur à 5 000 euros, il faut d'abord tenter une médiation ou une conciliation avant d'aller en justice ;
- ◆ La Médiation de l'Assurance est plus accessible : la simplification de la saisine en ligne en 2021 a permis de développer et de pérenniser ce canal de saisine, qui représente maintenant près de la moitié des dossiers reçus ;
- ◆ La Médiation de l'Assurance est mieux connue. D'une part, les assureurs communiquent davantage sur ce recours possible. D'autre part, nos efforts de communication se sont poursuivis cette année :
 - ▲ les études de cas sont reprises par des sites internet, dans la presse (L'Argus de l'assurance, l'Agefi Actifs) et diffusées au sein des associations de consommateurs ;
 - ▲ un nouveau format pédagogique, les « Cahiers de LMA », a vu le jour ;
 - ▲ la page LinkedIn de la Médiation de l'Assurance compte maintenant plus de 8 000 abonnés et chaque publication hebdomadaire du Médiateur dépasse les 15 000 vues.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les assurances professionnelles, 788 saisines ont été reçues en 2022. Ce chiffre est stable et représente 3,7 % du total des saisines de la Médiation de l'Assurance.●

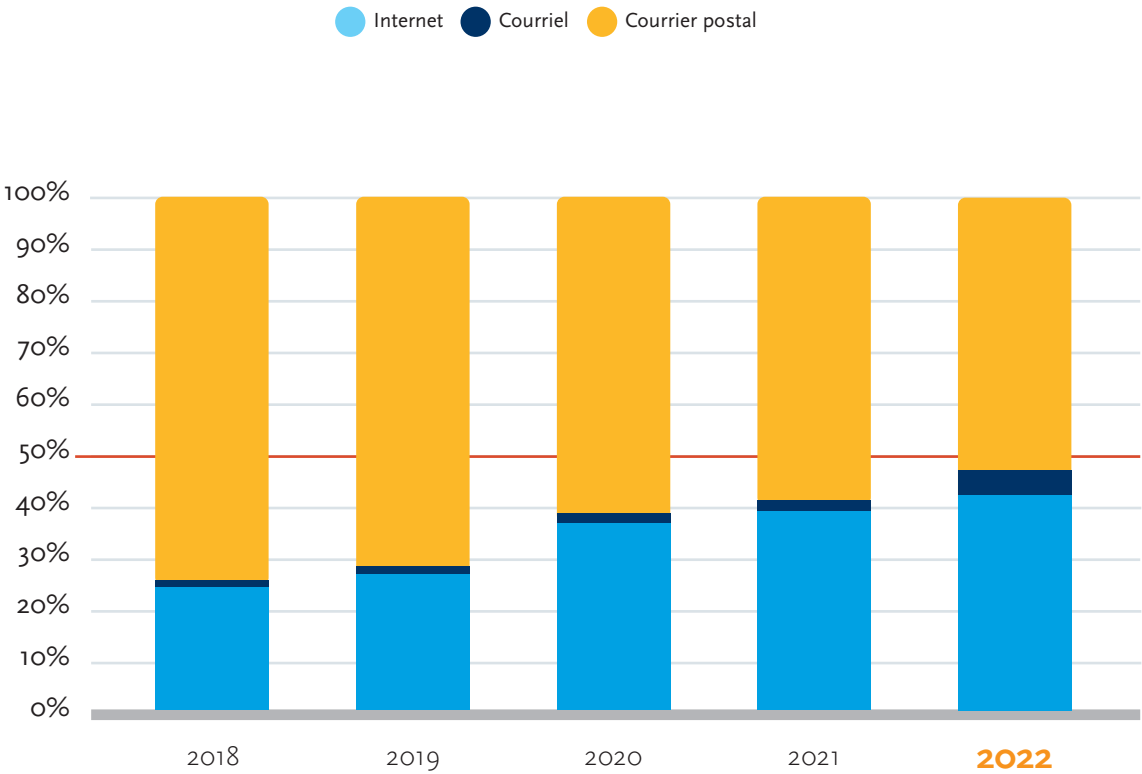


2. LA PROVENANCE DES SAISINES

Lorsqu'un assuré rencontre un litige avec son assureur et que ses démarches de réclamation n'ont pas abouti dans un délai de deux mois, il peut saisir la Médiation de l'Assurance par plusieurs moyens :

- ◆ Saisine en ligne, *via* le site internet de la Médiation de l'Assurance (mediation-assurance.org) ;
- ◆ Courrier postal ;
- ◆ Courriel.

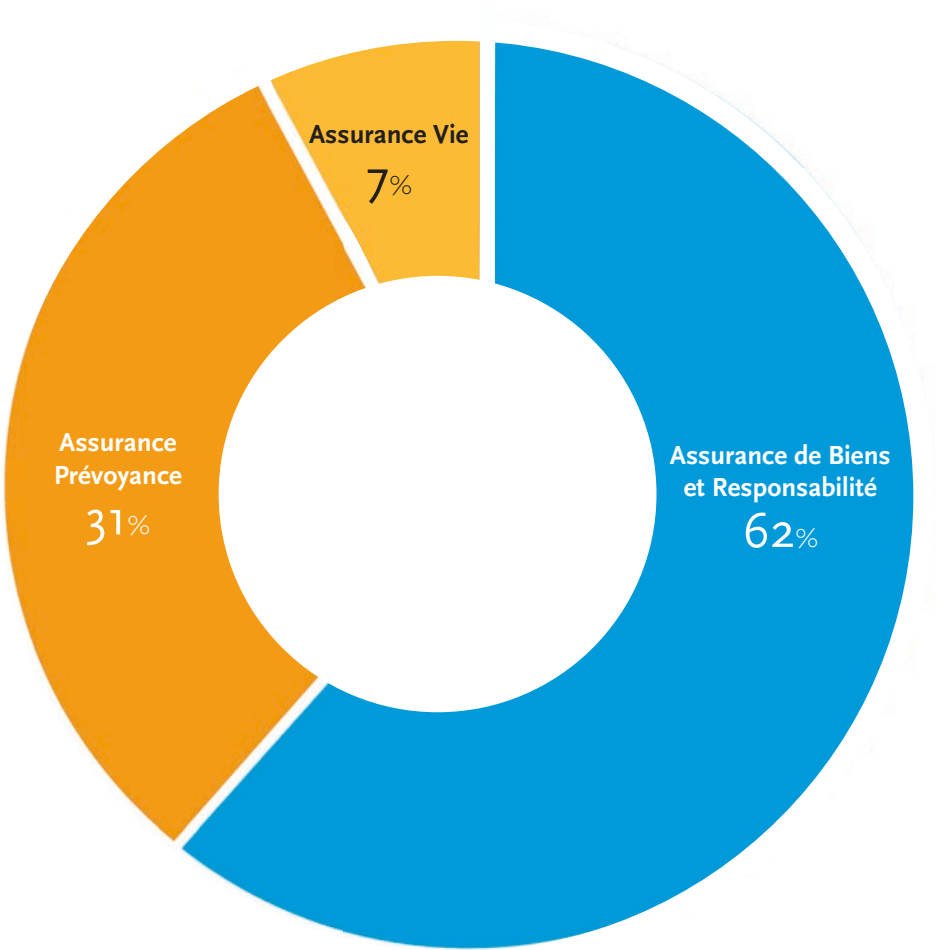
En 2022, **près de la moitié des assurés (47 %) ont saisi la Médiation de l'Assurance par voie électronique**, soit par le biais du formulaire en ligne (42 %), soit par courriel (5 %). ●



LES SAISINES

3. LA RÉPARTITION DES SAISINES

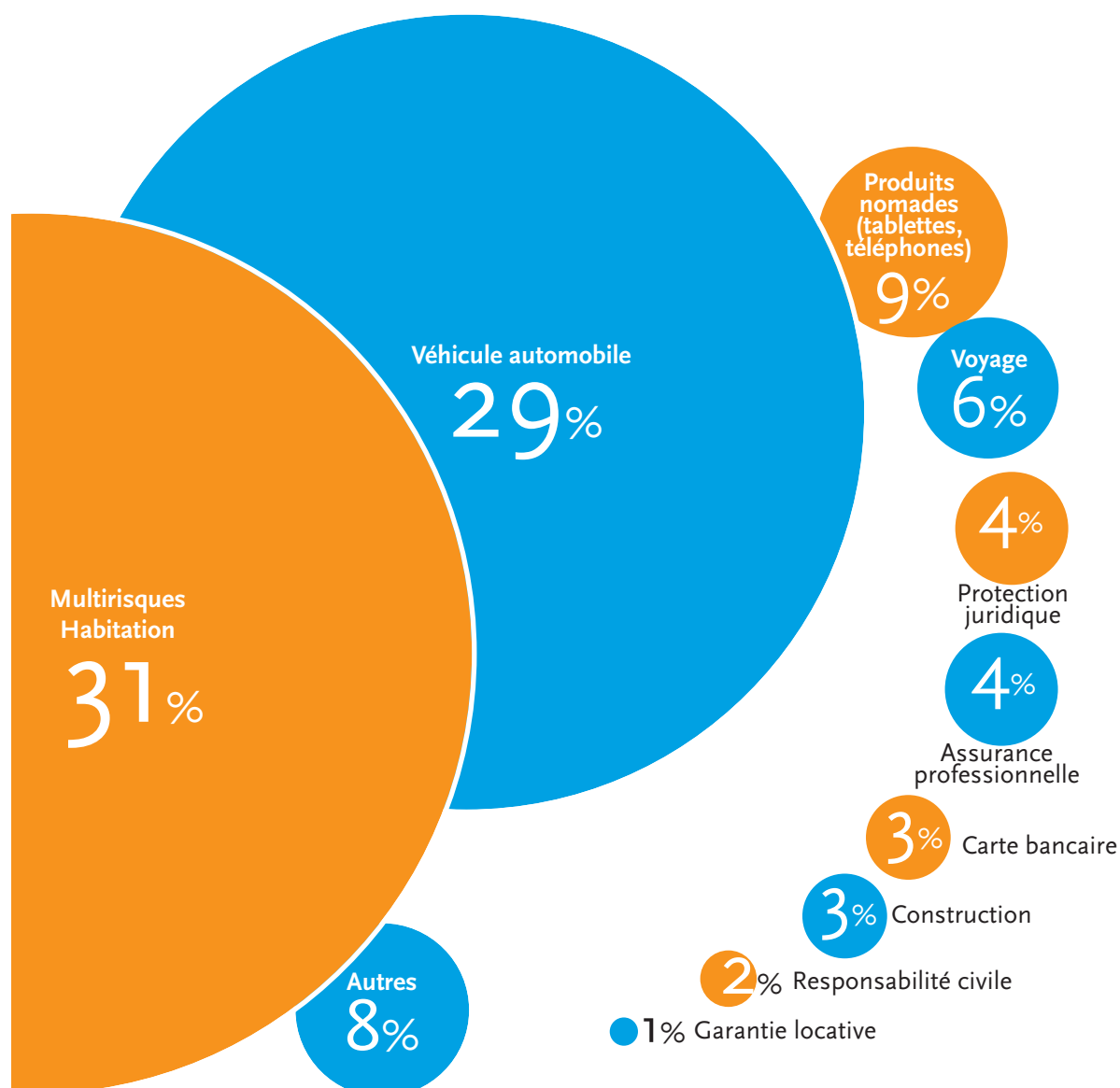
Les litiges qui concernent un contrat d'assurance de Biens et de Responsabilité sont toujours les plus représentés en 2022, avec 62 % des saisines. Les litiges relatifs aux assurances de Personnes comptent pour 38 % des demandes de médiation, dont 31 % portent sur des contrats de prévoyance (santé, retraite, obsèques, emprunteurs...), et 7 % des contrats d'assurance vie. ●



4. LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

Les litiges relatifs aux contrats d'assurance Multirisques Habitation (31 %) et Automobile (29 %) ont, ensemble, représenté en 2022 près des deux tiers des saisines.

Les contrats d'assurance dits « affinitaires » – produits nomades, annulation de voyage, carte bancaire – ont fait l'objet de 18 % des litiges portés à la connaissance de la Médiation de l'Assurance en 2022. Le nombre de dossiers portant sur une assurance de téléphone portable a en effet fortement augmenté en 2022 (+ 80 %). Les litiges sur les assurances d'annulation de voyage, après avoir marqué une diminution en 2021, ont de nouveau nettement progressé en 2022 (+ 38 %). ●

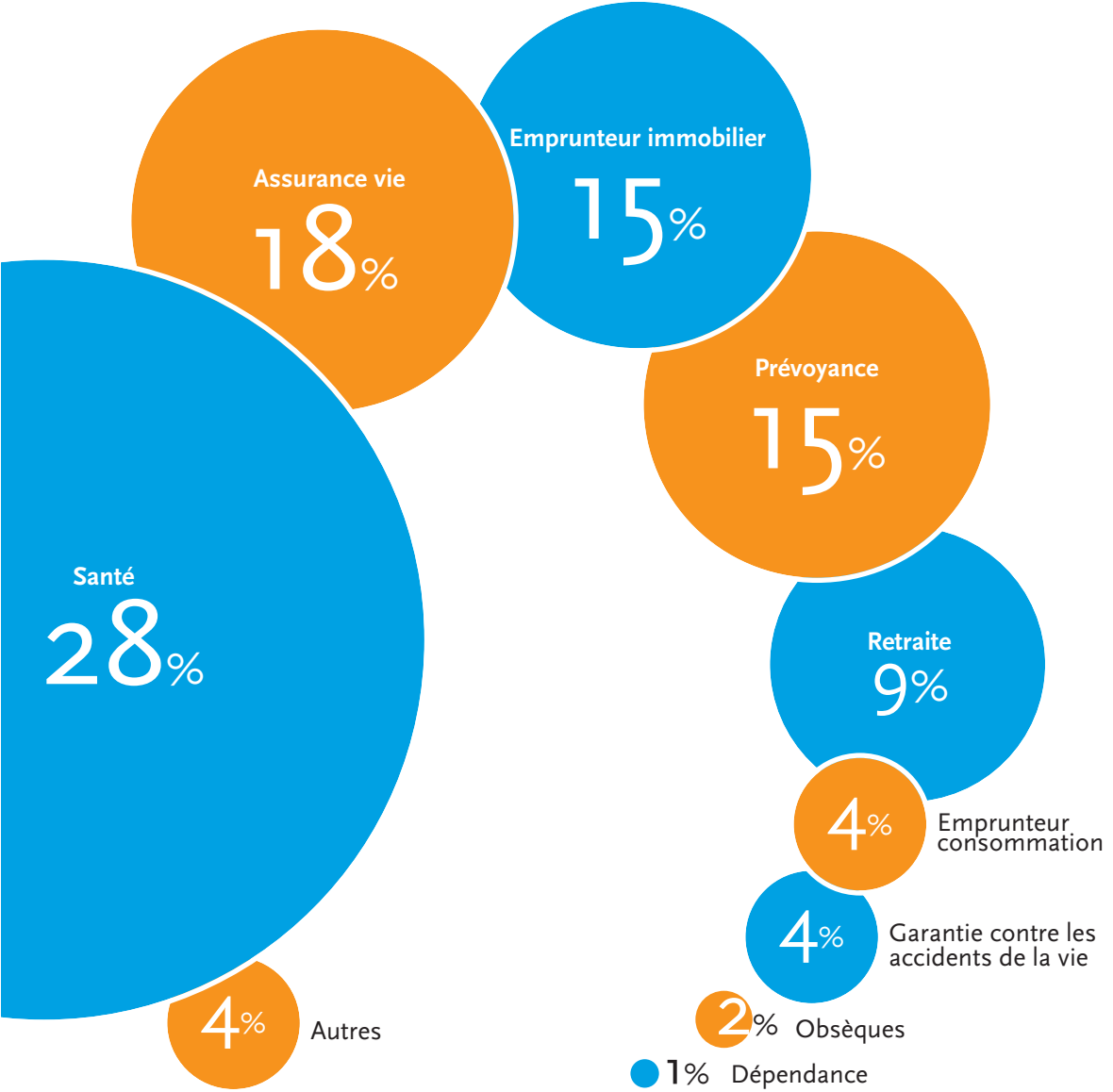


LES SAISINES

5. LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

En assurance de Personnes, les contrats d'assurance Santé (28 %) sont la source la plus importante de litiges.

Les différends portant sur l'assurance emprunteur, prêts immobiliers ou à la consommation, sont à l'origine de 19 % des saisines en assurance de Personnes ; 18 % concernent l'assurance vie et 15 % concernent des contrats de prévoyance, garantissant le décès, l'invalidité ou l'incapacité. ●



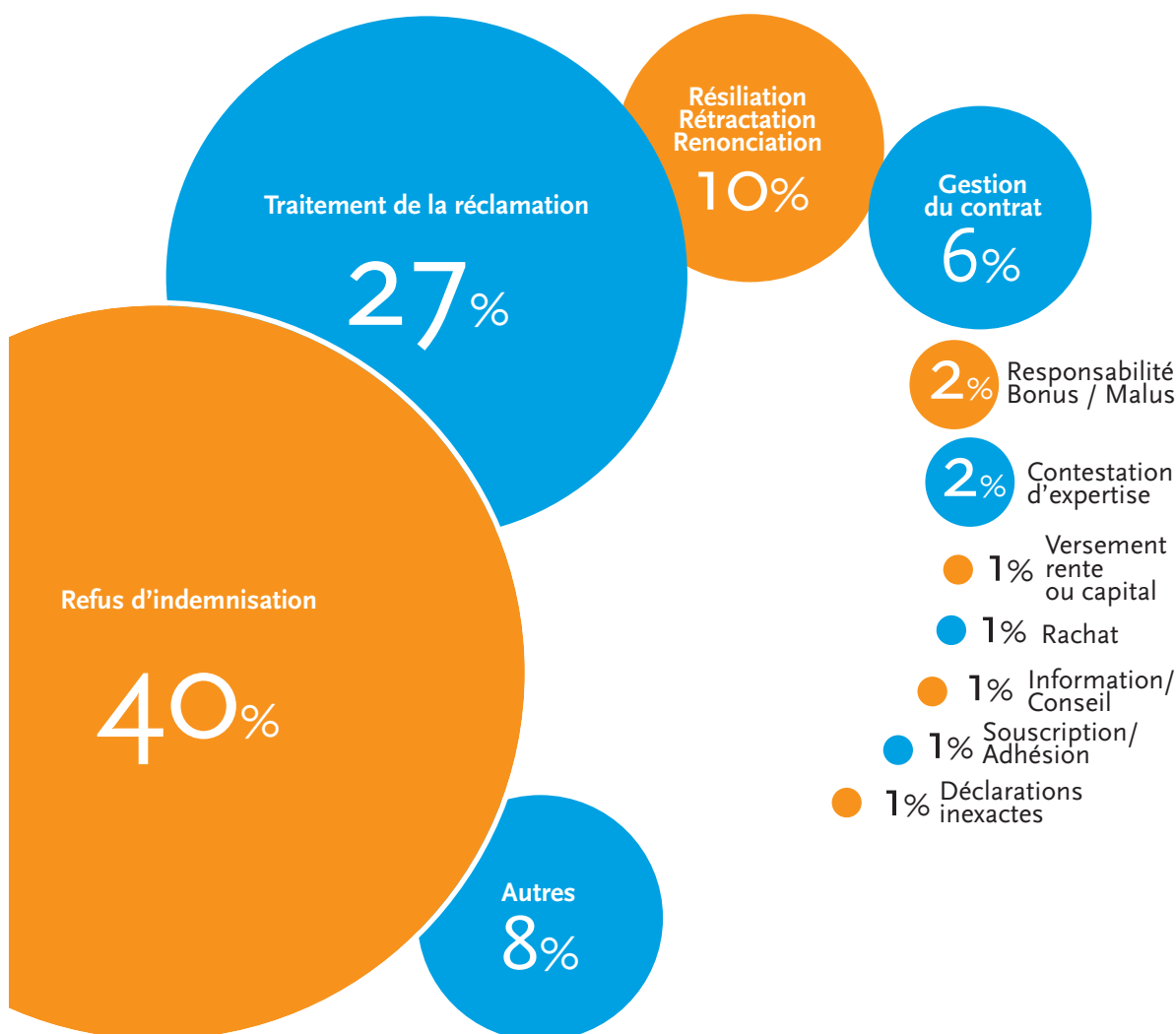
6. LES MOTIFS DE LITIGES

En 2022, les litiges ont eu pour origine :

- ♦ d'une part, **le refus d'indemnisation par l'assureur** (40 %) : beaucoup d'assurés, s'étant vu refuser le bénéfice total ou partiel d'une garantie, se tournent vers la Médiation de l'Assurance. Cela implique qu'une incompréhension persiste régulièrement sur les raisons de ce refus après la réponse de l'assureur ;
- ♦ d'autre part, la **gestion de la réclamation ou du contrat par l'assureur** (33 %), c'est-à-dire que la source du mécontentement des assurés est un dysfonctionnement – réel ou ressenti – de la relation entre les parties.

Les difficultés liées à la résiliation, à l'initiative de l'assureur ou de l'assuré, génèrent de nombreuses incompréhensions et litiges puisqu'elles représentent encore 10 % des saisines en 2022. Plusieurs évolutions en 2022 ont visé à simplifier les modalités de résiliation des contrats d'assurance et pourraient permettre de réduire le nombre de ces différends ⁽¹⁾. Le premier « Cahier de LMA » publié en octobre 2022 traite de ce sujet complexe ⁽²⁾. ●

⁽¹⁾ CCSF, Avis du 29 avril 2022 sur l'harmonisation des délais de résiliation des contrats d'assurance et l'extension du délai de renonciation des contrats affinitaires, publié le 5 mai 2022 ; Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat. ⁽²⁾ La résiliation d'un contrat d'assurance, Cahier de LMA n° 1, 20 octobre 2022.



LES SAISINES

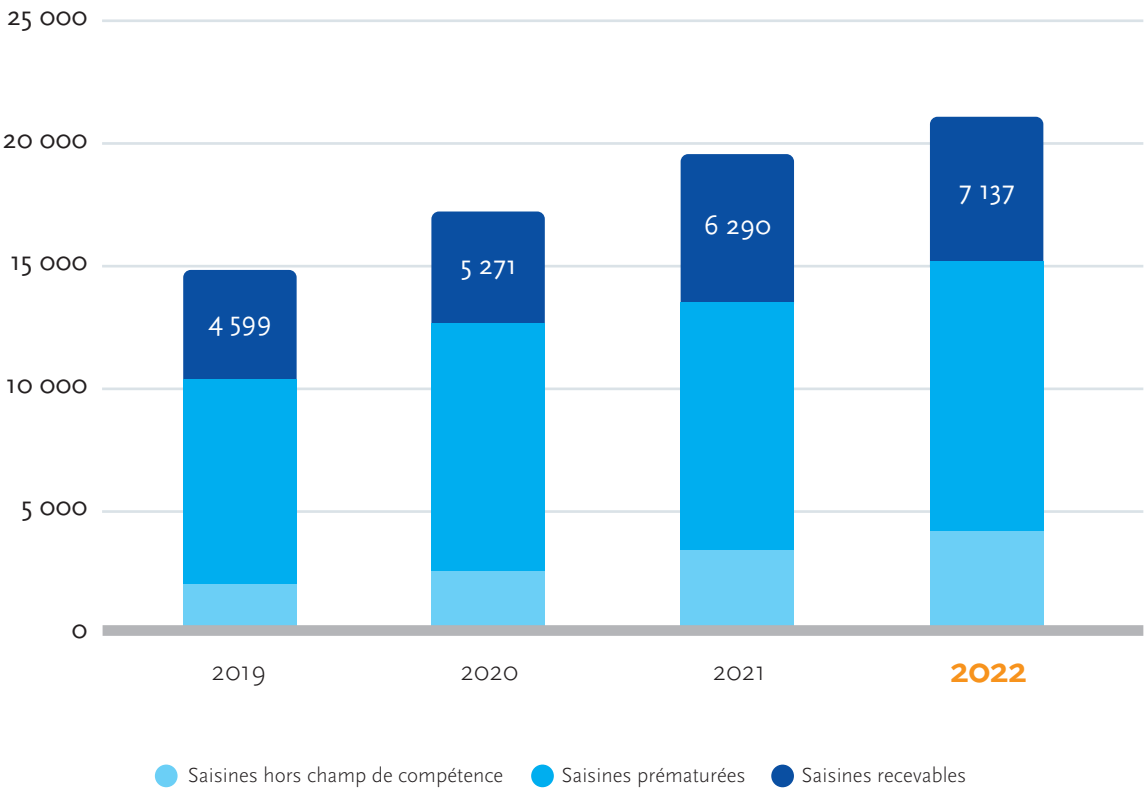
7. LA RECEVABILITÉ DES SAISINES

La proportion de saisines reçues en 2022 déclarées recevables s'élève à 33,9 %. Leur nombre a ainsi augmenté de 13,5 % depuis 2021, et de plus de 55 % en trois ans.

La part des saisines déclarées irrecevables au sens de l'article L.612-2 du Code de la consommation reste importante en 2022 (67 %) :

- ◆ 22 % des saisines étaient hors du champ de compétence de la médiation de la consommation :
 - ▲ la saisine ne concernait pas l'application ou l'interprétation d'un contrat d'assurance (par exemple, le litige concernait une relation bancaire) ;
 - ▲ le professionnel d'assurance concerné n'était pas adhérent à la Médiation de l'Assurance (par exemple, le litige était de la compétence du médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou du Centre Technique des Institutions de Prévoyance) ;
 - ▲ la réclamation avait déjà été examinée ou était en cours d'examen par un autre médiateur ou un tribunal ;
 - ▲ la demande était manifestement abusive ou infondée.
- ◆ 43 % d'entre elles étaient prématurées, c'est-à-dire que l'assuré a saisi la Médiation de l'Assurance avant d'avoir effectué toutes les démarches prévues par son contrat auprès de son assureur, en amont de sa saisine, notamment avoir saisi le service Réclamations.

Dans tous ces cas, notre pôle « recevabilité » répond à l'assuré pour lui indiquer le bon interlocuteur ou la procédure à suivre. ●



Les travaux menés par le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) (3), visant à permettre un recours plus rapide aux médiateurs du secteur financier ont abouti à une évolution de la réglementation.

La Recommandation de l'ACPR 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations, qui modifie la recommandation précédente qui datait de novembre 2016 (4), est entrée en application le 31 décembre 2022.

Elle simplifie l'accès à la médiation en permettant au consommateur de saisir le Médiateur deux mois après avoir fait part de son premier mécontentement par écrit, quel qu'en ait été le destinataire (l'assureur lui-même, un courtier, un délégataire de gestion...) et quel que soit le dispositif de réclamation prévu à son contrat.

C'est un changement de philosophie très important, puisque l'on passe du respect d'une procédure d'escalade à plusieurs niveaux à un temps limité de deux mois, soit un délai fortement réduit par rapport à ce que nous pouvons constater quant aux pratiques existantes pour traiter une réclamation.

Nous constatons début 2023 une très forte hausse du nombre de dossiers à traiter par la Médiation de l'Assurance à la suite de cette réforme. ●

(3) Rapport du Comité consultatif du secteur financier, « La médiation bancaire et de l'assurance », juillet 2021.

(4) Recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, modifiée le 6 décembre 2019.





L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES

LES MÉDIATIONS EFFECTUÉES

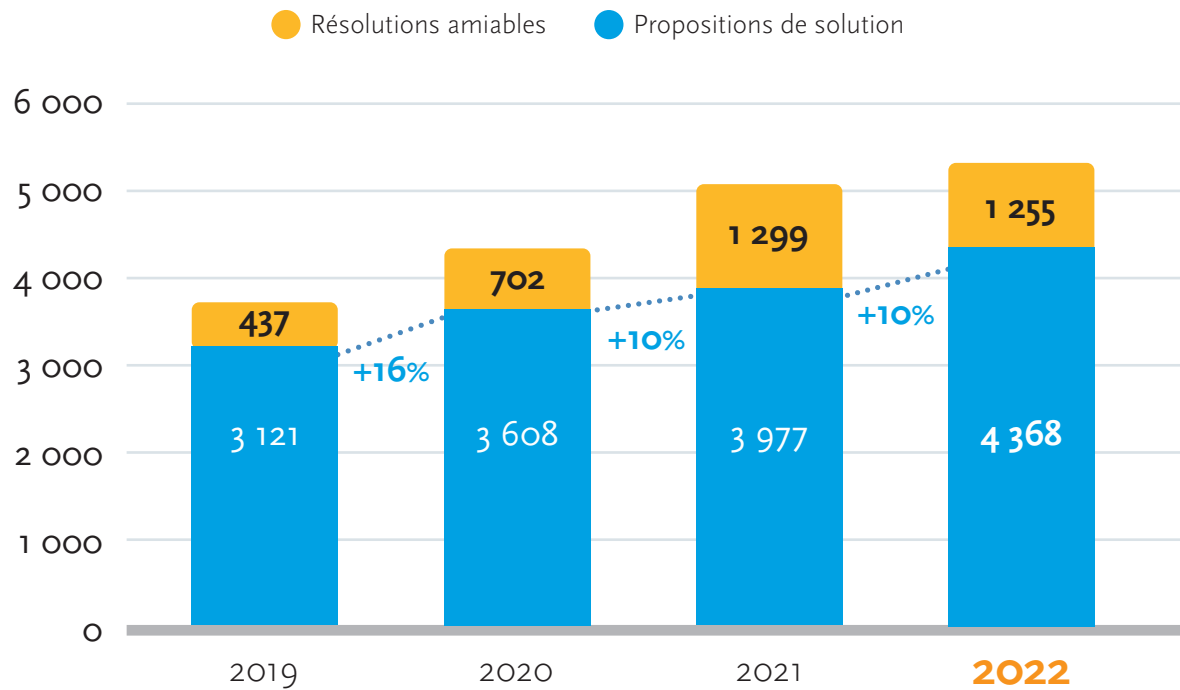
LES MÉDIATIONS EFFECTUÉES

1. LES PROPOSITIONS DE SOLUTION

En 2022, la Médiation de l'Assurance a formulé 4 368 propositions de solution, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2021.

Par ailleurs, après la saisine de la Médiation de l'Assurance, les assureurs et intermédiaires d'assurance peuvent encore proposer une transaction amiable. Elle passe alors par l'intermédiaire de la Médiation de l'Assurance. Si elle est acceptée par l'assuré, la Médiation de l'Assurance enregistre cet accord et la procédure s'arrête. En 2022, 1 255 litiges ont ainsi été résolus par un règlement amiable en cours de procédure, avant l'émission de la proposition de solution de la Médiation de l'Assurance. On voit ainsi que le simple fait de saisir la Médiation de l'Assurance a parfois le mérite de provoquer un réexamen immédiat par le service Réclamations de l'assureur qui corrige une appréciation précédente.

Une trentaine de dossiers ont été interrompus par l'engagement d'une procédure judiciaire en cours de médiation par une des parties au litige et 997 médiations ont été clôturées en l'absence de transmission des éléments nécessaires à l'examen de la demande ou abandon de la procédure par le réclamant. ●



2. LA NATURE DES SOLUTIONS

En tenant compte des transactions amiables effectuées sous l'égide de la Médiation de l'Assurance, son action a permis de proposer une issue favorable au réclamant, en tout ou partie, dans 46 % des cas.

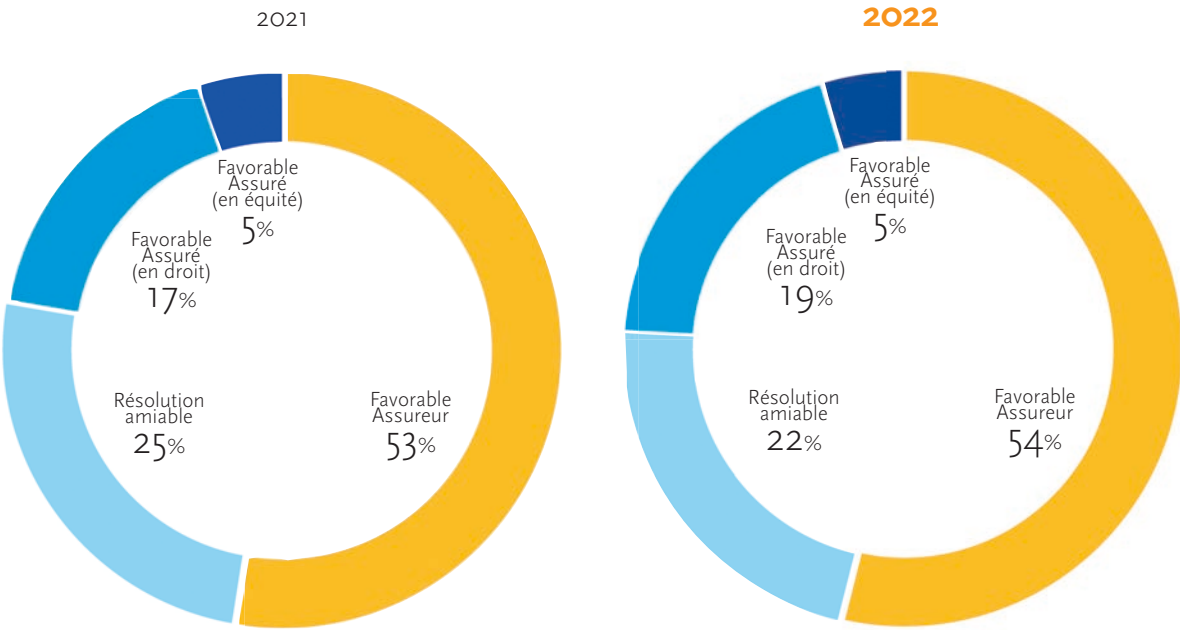
La médiation est une procédure écrite. Après étude de l'ensemble des pièces et des arguments communiqués par les parties, la Médiation de l'Assurance émet une proposition de solution.

En 2022, 31 % des solutions formulées par la Médiation de l'Assurance ont été, en tout ou partie, favorables à l'assuré, dont 6 % au titre de l'équité.

Dans 69 % des solutions exprimées, la Médiation de l'Assurance a donc confirmé la position de l'assureur et aidé l'assuré à mieux la comprendre en lui apportant des éléments pédagogiques. La Médiation de l'Assurance joue alors le rôle d'un tiers de confiance, en confirmant à l'assuré que le contrat a été correctement appliqué par son assureur.

Lorsque la Médiation de l'Assurance propose une solution différente de celle émise par le professionnel, les parties sont invitées à faire connaître leur accord sur la mise en œuvre de la proposition émise.

En 2021, lorsque la Médiation de l'Assurance est allée dans le sens de l'assuré, nous avons été suivis dans plus de 99 % des cas par le professionnel (assureur ou intermédiaire d'assurance). Dans les très rares cas (moins d'une dizaine) où l'assureur n'a pas souhaité suivre la proposition exprimée, l'assuré peut saisir la justice de son différend en présentant au juge les arguments de la Médiation de l'Assurance. ●

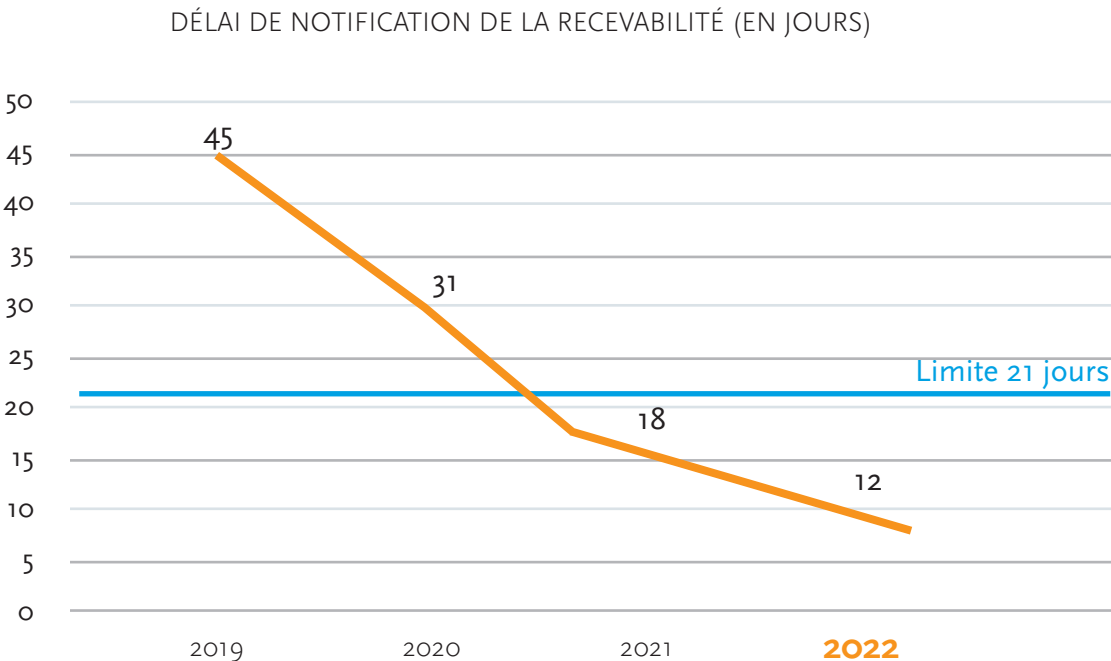


3. LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

En 2022, la réduction des durées de traitement est restée un objectif essentiel.

L'amélioration de notre organisation et les modernisations informatiques ont permis des gains de productivité importants. Nous avons ainsi pu réduire les délais de traitement tant sur la phase d'analyse de la recevabilité que sur celle du traitement de la saisine recevable.

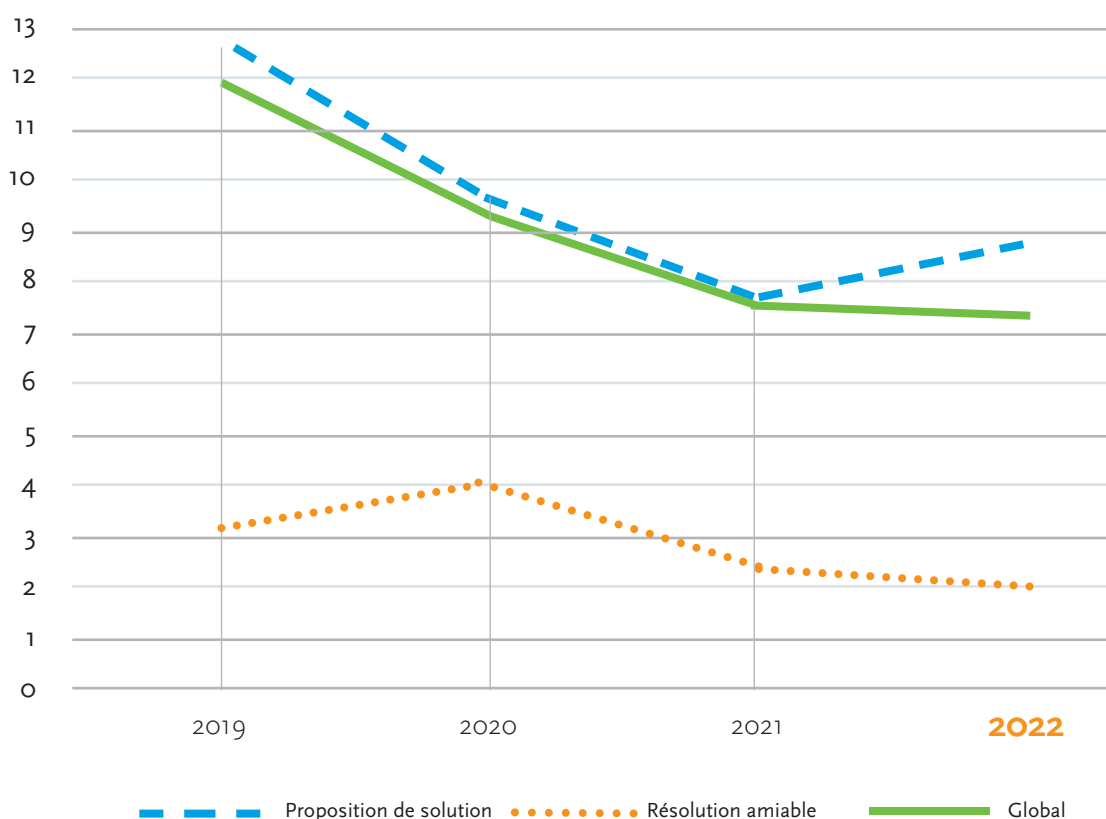
Le délai moyen d'envoi de la notification de recevabilité, en moyenne de 12 jours en 2022, respecte l'obligation de 21 jours établie par le Code de la consommation. ●



Le délai d'émission d'une proposition de solution à partir de la recevabilité a été de 9 mois en 2022. En fin d'année, 18 % des propositions de solution étaient traitées dans les 3 mois. Quant aux résolutions amiables, elles aboutissent en moyenne dans les 69 jours après la notification de la recevabilité.

En prenant en compte les résolutions amiables, le délai pour aboutir à une solution en 2022 a été de 7 mois et demi. Au global, les réclamants ont obtenu une solution de la Médiation dans les 90 jours dans 30 % des cas. ●

DÉLAI DE TRAITEMENT (EN MOIS)

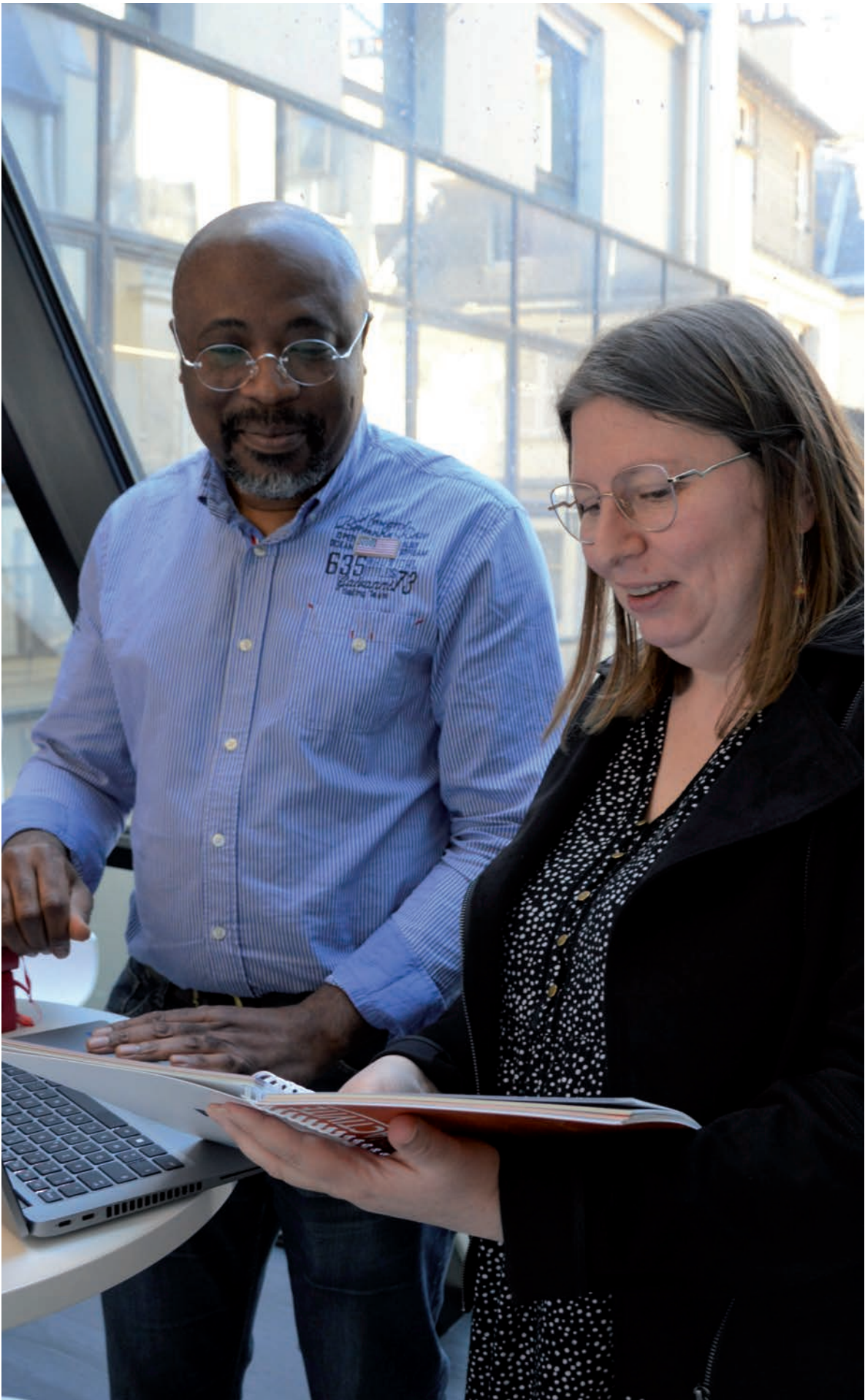


La modernisation de la Médiation de l'Assurance s'est poursuivie en 2022 avec l'ouverture sur notre site internet d'un « espace réclamant ».

Cet espace permet aux réclamants :

- ◆ de communiquer par voie électronique les pièces nécessaires à l'étude de leur dossier ;
- ◆ de prendre connaissance des courriers de la Médiation de l'Assurance de façon beaucoup plus rapide ;
- ◆ de communiquer directement leur décision sur les propositions qui leur sont faites.

Il fluidifie les relations entre le consommateur et la Médiation de l'Assurance et permet de réduire notablement le délai d'obtention de pièces nécessaires à l'étude des dossiers. ●





LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

GOUVERNANCE ET RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

La Médiation de l'Assurance (LMA) offre aux consommateurs un dispositif gratuit de règlement des litiges pouvant intervenir entre les particuliers et les entreprises ou les intermédiaires d'assurance dans le cadre d'une procédure de médiation de la consommation.

LMA est placée sous l'autorité du Médiateur de l'Assurance référencé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). Arnaud Chneiweiss a été désigné en mars 2020 et son mandat a été reconduit en mars 2023 pour une durée de trois ans.

Le conseil d'administration de l'association, présidé par Corinne Dromer, présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF), est composé des personnalités suivantes :

- ◆ Béatrice Blanchard-Duhayon, personnalité qualifiée, vice-présidente de la Commission Enjeux globaux de la Conférence des OING francophones ;
- ◆ David Charlet, président de l'ANACOFI ;
- ◆ Bernard Delas, personnalité qualifiée, délégué général de l'Association pour le développement de l'assurance française (ADAF), ancien vice-président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;
- ◆ Grégoire Dupont, directeur général d'AGEA ;
- ◆ Daisy Facchinetti, secrétaire générale d'ENDYA ;
- ◆ Patrick Jacquot, président-directeur général de la Mutuelle des Motards ;
- ◆ Jean-Max Labonté, président du Syndicat des courtiers d'assurance de La Réunion et de l'Océan indien (SCAR-OI) ;
- ◆ Philippe Poiget, conseiller à la présidence de France Assureurs ;
- ◆ Emmanuelle Rivé, déontologue d'AXA France.

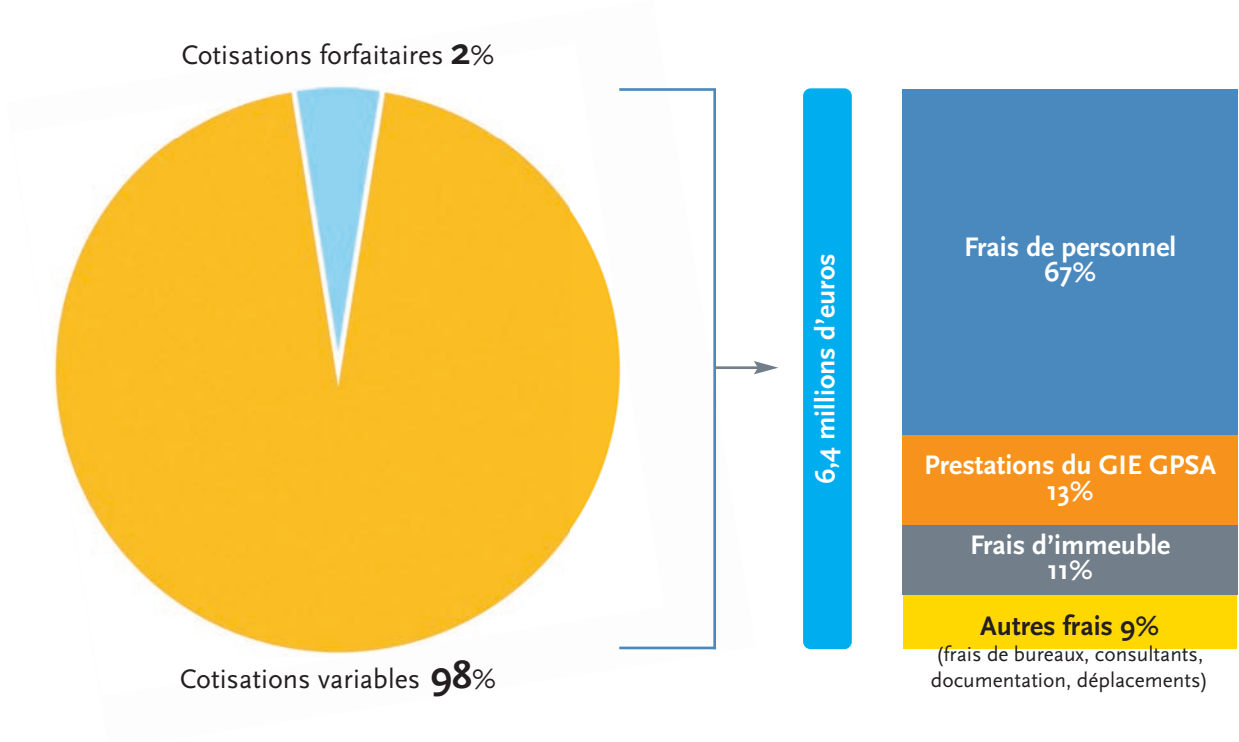
UN BUDGET DE 6,4 MILLIONS D'EUROS EN 2022

Le recours à la médiation est gratuit pour le consommateur. Le budget de fonctionnement de LMA est donc entièrement financé par les professionnels de l'assurance adhérent à LMA :

- ◆ **2 % du budget de LMA est constitué de la cotisation forfaitaire annuelle** versée par tous les adhérents ;
- ◆ **Les 98 % restants sont financés par une cotisation variable** calculée chaque année pour chaque adhérent, en fonction du nombre des saisines recevables qui le concernent.

Le budget de LMA est donc établi par répartition entre les adhérents. Par exemple, si 10 % des saisines recevables de LMA concernent un groupe d'assurance, ce dernier participera au budget à hauteur du même pourcentage, en dehors de la cotisation forfaitaire.

En 2022, LMA a présenté un budget de fonctionnement de 6,4 millions d'euros, dont 67 % attribués aux frais de personnel. Les fonctions support (ressources humaines, comptabilité, informatique, moyens généraux), apportées par le GIE GPSA, ont représenté en 2022 13 % du budget total, soit un coût de 841 000 euros. ●



LES ADHÉRENTS DE LMA

La Médiation de l'Assurance regroupe différents métiers de l'assurance.

En 2022, 343 adhérents représentant plus de 13 500 professionnels de l'assurance – entreprises d'assurance, courtiers, gestionnaires de patrimoine, agents généraux – ont confié leur médiation à LMA :

- ◆ 305 entreprises d'assurance relevant du Code des assurances ;
- ◆ 34 intermédiaires d'assurance, adhérent à titre individuel ;
- ◆ 4 syndicats professionnels d'intermédiaires d'assurance :
 - ▲ AGEA, Fédération nationale des syndicats d'agents généraux ;
 - ▲ ANACOFI Courtage, qui représente les conseillers en gestion de patrimoine indépendants dans leurs activités de courtage d'assurance ;
 - ▲ Planète CSCA, organisation patronale du courtage français ;
 - ▲ Planète CSCA La Réunion-Océan Indien (SCAR-OI), chambre régionale de Planète CSCA dans cette zone géographique.

En 2023, à la suite de la réforme du courtage, les associations d'autorégulation du courtage Endya et VotrAsso ont également rejoint LMA avec leurs adhérents. ●

LES PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

Les professionnels les plus représentés dans les saisines recevables reçues par la Médiation de l'Assurance sont les principaux contributeurs au budget, établi par répartition entre les adhérents. Compte tenu de l'importance de leurs parts de marché, les groupes d'assurance majeurs du pays figurent dans les tableaux ci-dessous. Ainsi, quinze groupes d'assurance financent 81,2 % du budget :

GROUPE OU SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	% 2022	% 2021
CNP ASSURANCES HOLDING ⁽¹⁾	9,2%	8,9%
AEMA ⁽²⁾	8,6%	11,8%
COVEA ⁽³⁾	8,0%	9,5%
GENERALI	7,4%	6,7%
GROUPAMA	7,1%	7,3%
AXA	7,0%	9,4%
CRÉDIT AGRICOLE S.A.	5,8%	4,3%
ALLIANZ	5,7%	4,8%
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	4,1%	3,8%
BPCE	3,7%	2,6%
MAIF	3,6%	3,3%
SWISS LIFE	3,1%	2,7%
BNP PARIBAS	2,8%	3,7%
ASSURANCE CRÉDIT MUTUEL	2,7%	3,1%
CHUBB EUROPEAN GROUP Ltd	2,4%	2,2%

(1) CNP ASSURANCES HOLDING : CNP 7,2 % ; La Banque Postale 2 %
(2) AEMA : Abeille 2,6 % ; Macif 5,8 % ; Autres 0,2 %
(3) COVEA : GMF 1,7 % ; Maaf 2,9 % ; MMA 1,7 % ; COVEA PJ 0,7 % ; BPCE IARD 0,6 %

ASSURANCES DE BIENS ET RESPONSABILITÉ
% de saisines recevables

GROUPE OU SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	% 2022	% 2021
AEMA	11,4%	11,9%
COVEA	11,1%	13,4%
GROUPAMA	9,0%	9,1%
AXA	7,6%	9,8%
GENERALI	7,1%	6,5%
ALLIANZ	6,4%	5,5%
CRÉDIT AGRICOLE S.A.	5,6%	3,4%
MAIF	5,2%	5,1%
CHUBB EUROPEAN GROUP Ltd	3,8%	3,7%
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	3,3%	3,4%
BPCE	3,2%	2,2%
MATMUT	3,1%	2,5%
CELSIDE INSURANCE (SFAM)	2,7%	inf à 0,1%
LA BANQUE POSTALE	2,5%	2,2%
ASSURANCE CRÉDIT MUTUEL	2,5%	2,9%

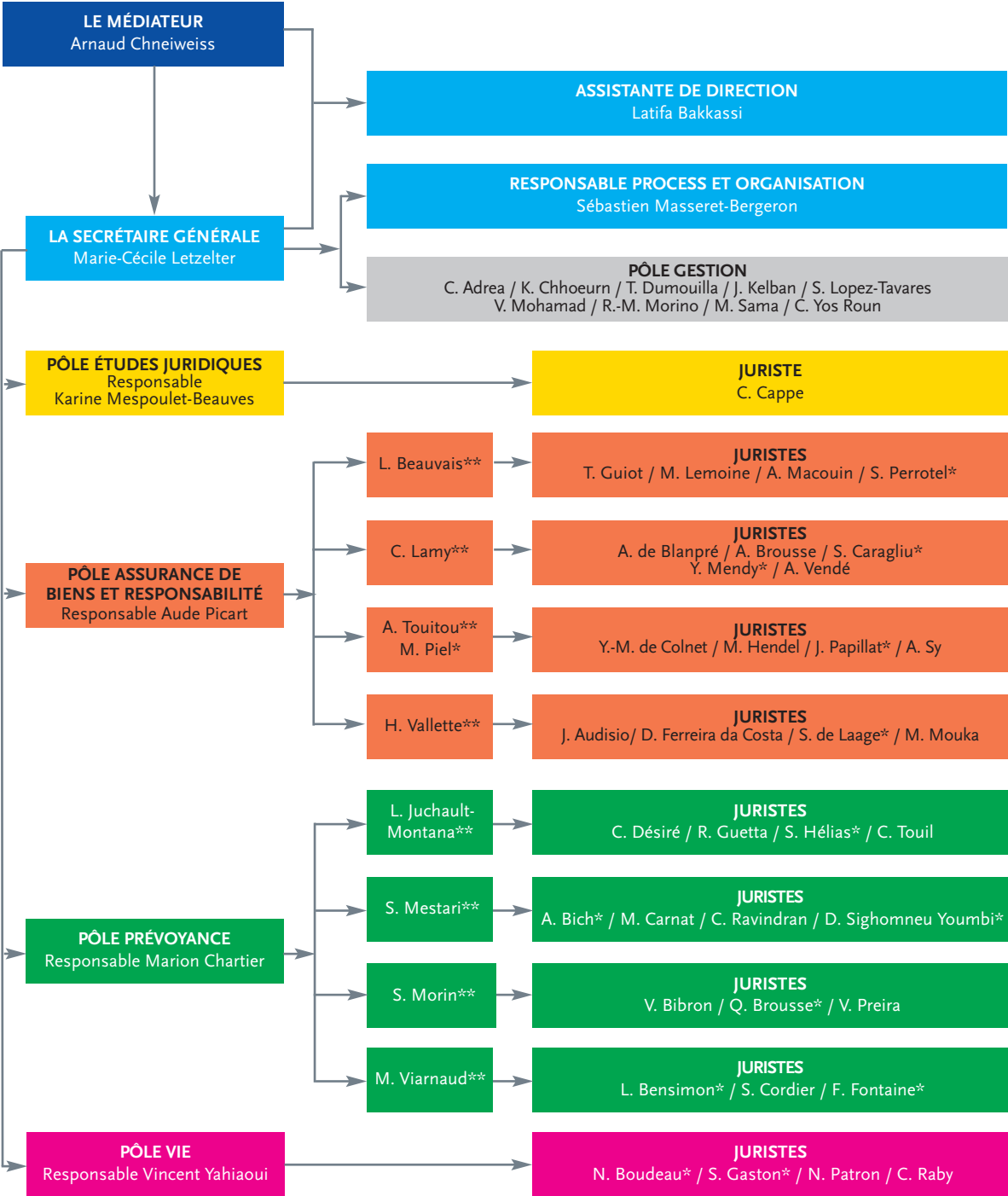
ASSURANCES DE PERSONNES
% de saisines recevables

GROUPE OU SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	% 2022	% 2021
CNP ASSURANCES HOLDING	20,3%	16,9%
GENERALI	8,0%	7,0%
SWISS LIFE	7,7%	5,2%
CRÉDIT AGRICOLE S.A.	6,1%	5,4%
AXA	6,0%	9,1%
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	5,6%	4,2%
BPCE	4,4%	3,2%
ALLIANZ	4,4%	3,6%
PLANÈTE CSCA	4,3%	2,9%
BNP PARIBAS	3,9%	5,5%
GROUPAMA	3,9%	4,9%
AEMA	3,8%	3,4%
ASSURANCE CRÉDIT MUTUEL	3,0%	3,6%
COVEA	2,9%	3,8%
MALAKOFF MEDERIC HUMANIS	1,6%	1,4%

UNE ÉQUIPE DÉDIÉE À LA RÉOLUTION DES LITIGES

Le Médiateur est entouré d'une équipe de plus de 60 personnes qui participent au traitement administratif des saisines et à l'élaboration des propositions de solution exprimées. ●

Organigramme de La Médiation de l'Assurance au 1^{er} juin 2023



(*) juriste confirmé (**) juriste référent



FOCUS

LA FORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

LE PRINCIPE DE CONSENSUALISME

La formation du contrat d'assurance est régie par le principe du consensualisme, issu de l'article 1172 du Code civil, qui dispose que « *Les contrats sont par principe consensuels. Par exception, la validité des contrats solennels est subordonnée à l'observation de formes déterminées par la loi à défaut de laquelle le contrat est nul, sauf possible régularisation* ».

Un contrat consensuel, conformément à l'article 1109 du Code civil, se forme par le seul échange des consentements, quel qu'en soit le mode d'expression, à l'inverse du contrat solennel dont la validité est subordonnée à des formes déterminées par la loi.

Le contrat d'assurance est donc parfait dès la rencontre des volontés de l'assureur et du souscripteur.

Ce principe a été affirmé à plusieurs reprises par la Cour de cassation ⁽¹⁾.

Néanmoins, pour que le contrat puisse être valablement formé, il faut que la volonté de l'assureur et celle du souscripteur portent sur le même objet. Ainsi, tant qu'une divergence persiste entre les parties, le contrat ne peut être formé.

La manifestation du consentement peut être expresse ou tacite.

En effet, si, en vertu de l'article L.112-3 du Code des assurances, le contrat d'assurance est établi par écrit, cela n'est pas nécessaire à sa validité, mais uniquement dans un but probatoire.

LA PREUVE DE L'EXISTENCE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Il ressort de l'article L.112-3 du Code des assurances que **la preuve de l'existence du contrat nécessite, par principe, un écrit**. C'est ainsi que la Cour de cassation explique que « *si le contrat d'assurance constitue un contrat consensuel parfait dès la rencontre des volontés de l'assureur et de l'assuré, sa preuve est subordonnée à la rédaction d'un écrit* » ⁽²⁾.

L'article L.112-2 du Code des assurances vise spécialement la police d'assurance et la note de couverture, qui constatent l'engagement réciproque des parties et constituent des preuves parfaites de leur accord, plus généralement. Cependant, l'assuré peut se prévaloir de « *tout écrit (pouvant être utilisé comme moyen de preuve pour établir l'existence d'un contrat d'assurance* » ⁽³⁾ dès lors qu'il émane de la personne à laquelle on l'oppose ⁽⁴⁾. Ce sont les juges du fond qui apprécieront ensuite souverainement la force probante de ces écrits. La signature de la police ne fait donc que constater l'engagement réciproque des parties ⁽⁵⁾.

S'agissant de la charge de la preuve, le 1^{er} alinéa de l'article 1353 du Code civil dispose que « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* ». Il en résulte que la charge de la preuve pèse sur celui qui invoque l'obligation.

⁽¹⁾ Voir notamment : Cass. 1^{ère} Civ., 2 juillet 1991, n° 90-12.644.

⁽²⁾ Cass. 1^{ère} Civ., 14 novembre 1995, n° 93-14546, Cass. 2^{ème} Civ., 21 janvier 2021, n° 19-20.699.

⁽³⁾ Cass. 1^{ère} Civ., 5 mars 1974, n° 73-10.178.

⁽⁴⁾ Cass. 1^{ère} Civ., 2 mars 2004, n° 00-19.871.

⁽⁵⁾ Cass. 1^{ère} Civ., 13 janvier 2004, n° 02-14.604.

Ainsi, lorsque l'assuré conteste la souscription du contrat, il revient à l'assureur de prouver son existence. Celui-ci peut alors fournir le contrat signé par les deux parties, considéré comme un écrit parfait.

En cas de difficulté pour l'assureur à produire la police d'assurance signée ou si cela lui est matériellement impossible, un faisceau d'indices peut être étudié pour démontrer un accord de volontés intervenu entre les parties. Il peut s'agir par exemple d'un écrit émanant de l'assuré rendant vraisemblable la souscription et corroboré par des éléments externes, tels que l'encaissement de la prime, et d'un écrit émanant de l'assureur permettant de prouver l'accord de volontés intervenu entre les parties sur la formation d'un contrat d'assurance.

L'accord des parties au contrat d'assurance peut donc être établi par « *toute preuve littérale* » (6). Plus précisément, tout écrit, quelle qu'en soit la forme, peut être utilisé.

Cette problématique de formation du contrat est régulièrement étudiée dans le cadre des dossiers soumis à la Médiation de l'Assurance.

Ainsi, un assuré a contesté l'existence de son contrat sur le fondement de l'article L.112-2 du Code des assurances, qui dispose, en son alinéa 6, que « *La proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur ; seule la police ou la note de couverture constate leur engagement réciproque* ».

Cependant, l'assuré avait signé une proposition d'assurance pour un contrat, en y joignant un acompte de 800 euros.

Cette proposition indiquait explicitement que le contrat ne serait conclu qu'à compter de l'acceptation de l'assureur, matérialisée par l'envoi d'un courrier. L'assureur a adressé ce courrier quelques jours plus tard.

L'article L.112-2 du Code des assurances indique que « *La proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur* », mais cela vaut tant que l'assureur n'a pas manifesté son accord à la conclusion du contrat. En effet, une fois l'accord de l'assureur formulé, il y a eu rencontre des volontés et, par conséquent, formation du contrat.

Toutefois, postérieurement à cette rencontre des volontés, l'assuré a fait part de son souhait de ne plus souscrire le contrat.

Nous avons cependant constaté que l'assureur a présenté, d'une part, une proposition d'assurance signée par l'assuré, à laquelle était joint un premier règlement et, d'autre part, un courrier de sa part manifestant son accord sur les conditions décrites dans la proposition et indiquant que cette dernière valait désormais conditions particulières.

L'assureur a donc rapporté la preuve écrite de l'existence du contrat, c'est-à-dire de la rencontre des volontés entre son assuré et lui-même. Dès lors, le Médiateur a confirmé la formation du contrat d'assurance. ●

(6) Cass. 1^{ère} Civ., 12 juillet 1962, n° 60-11.410.

L'EXPERTISE EN ASSURANCE

INTRODUCTION

En assurance de dommages, le principe indemnitaire s'applique : l'indemnité versée par l'assureur en réparation des dommages subis par l'assuré ne peut être source d'enrichissement pour ce dernier ⁽¹⁾.

Il est donc indispensable pour l'assureur, avant de verser toute indemnité à son assuré, d'une part, de déterminer la cause du sinistre pour vérifier que ce dernier entre bien dans les conditions de garantie prévues au contrat, et d'autre part, d'évaluer le montant des dommages. Ce sont les deux objectifs de la mission confiée généralement par une entreprise d'assurance à un expert.

Cette expertise, d'importance majeure tant pour l'assureur qui en a besoin pour apprécier l'étendue de ses engagements contractuels, que pour l'assuré qui attend une juste réparation de son dommage, est source de nombreux litiges. Les raisons en sont multiples : méconnaissance de la procédure, doute sur l'indépendance de l'expert (ou sa compétence), contestation du rapport (lorsqu'il a été transmis à l'assuré, ce qui n'est pas toujours le cas), etc.

1. LE RECOURS À L'EXPERTISE

A. Pourquoi recourir à l'expertise ?

En cas de sinistre, lorsqu'un assuré sollicite la mise en œuvre d'une garantie de son contrat, l'assureur doit vérifier en premier lieu que les conditions de cette garantie sont bien réunies au regard des circonstances décrites par l'assuré dans sa déclaration de sinistre. C'est la première finalité de l'expertise : vérifier les causes et circonstances du sinistre. Ensuite, l'expertise permettra, si les circonstances du sinistre entrent dans le champ de la garantie de l'assureur, d'affiner avec précision les types de préjudices subis par l'assuré et leur montant.

Cette double appréciation réalisée par l'expert (causes et circonstances du sinistre, et chiffrage des différents postes de préjudice de l'assuré) permet ainsi de déclencher la délivrance de la garantie à l'assuré puis le processus d'indemnisation de son sinistre. L'intervention d'un expert est souvent nécessaire. Son rôle n'est pas de se prononcer sur la mise en jeu de la garantie (les conditions de garantie) ou de tirer des conclusions juridiques (appréciation de la validité d'une exclusion de garantie) : il fournit un rapport factuel sur les causes et les circonstances du sinistre et chiffre le montant des dommages ⁽²⁾.

Pour permettre à l'expert de rendre son rapport, l'assuré doit donc conserver, en matière d'assurance de dommages, les preuves matérielles des biens ou objets avant leur destruction ou leur disparition à la suite d'un sinistre ⁽³⁾ et, en matière d'assurance de personnes, les pièces médicales nécessaires au médecin-conseil pour évaluer, par exemple, les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'assuré. L'assuré doit solliciter l'assureur avant d'engager toute mesure conservatoire

⁽¹⁾ Article L.121-1 du Code des assurances.

⁽²⁾ Si la cause du sinistre et le montant des dommages peuvent être déterminés sans mettre en place une procédure d'expertise, celle-ci n'est pas obligatoire, sauf dans certains cas. La réglementation se contente de rappeler à la victime d'un accident de la route la possibilité de recourir à l'expertise médicale pour évaluer ses dommages corporels (article R.211-44 du Code des assurances) et d'imposer l'intervention d'un expert technique dans le cadre d'un contrat d'assurance dommages-ouvrage (annexe 2 à l'article A.243-1).

⁽³⁾ Dans de nombreux cas, les seules photos ne suffisent pas.

d'urgence sur un bien, sous peine d'empêcher l'expert de réaliser sa mission, qui vise à constater la réalité et l'étendue des dommages subis par son bien lors du sinistre.

B. Qui peut recourir à l'expertise ?

Le recours à l'expertise relève de la liberté des parties. En principe, elles peuvent donc, l'une comme l'autre, désigner un expert, dans le cadre d'une expertise dite amiable (4). Le contenu d'une telle expertise amiable, même menée contradictoirement, sera toujours contestable par l'une ou l'autre des parties.

Sans entraver cette liberté, les contrats d'assurance comportent généralement une clause qui permet d'encadrer le déroulement de la procédure d'expertise, en établissant une sorte de « procédure d'escalade », par étapes.

Ces clauses prévoient souvent une première évaluation, de gré à gré entre assuré et assureur, pour laquelle ce dernier peut, si nécessaire, recourir à un expert qu'il désigne et dont il assume le coût (l'« expert d'assureur »). En cas de contestation des conclusions de l'expert d'assureur par l'assuré, ce dernier peut alors à son tour désigner un expert, dont il assumera le coût (l'« expert d'assuré ») dans le cadre d'une « contre-expertise ». Enfin, en cas de désaccord entre ces deux experts, les parties peuvent choisir, d'un commun accord, un troisième expert pour les départager (le « tiers expert ») : c'est que l'on appelle « la tierce expertise ».

Enfin, plusieurs conventions entre assureurs organisent le recours à l'expertise et les modalités de son déroulement (5). Cependant, ces conventions n'ont d'autorité qu'entre les assureurs qui les ont signées et ne peuvent en aucun cas s'imposer aux assurés.

C. Comment désigner l'expert ?

L'expertise amiable en assurance n'est pas reconnue comme une profession, mais comme une activité exercée par les membres d'une profession (pouvant parfois être encadrée par des règles déontologiques, ce qui est le cas des experts automobiles (6)). L'expert est celui qui a les compétences techniques nécessaires pour donner un avis éclairé sur des faits.

Cependant, les professionnels concernés ont organisé cette activité au sein d'associations. La Compagnie des experts en assurances (CEA) propose une description du métier d'expert, comme une profession à part entière. Elle décrit sa mission ainsi : « - évaluer le coût des dommages ou du préjudice subi par un assuré ou un tiers ; - rechercher les origines et causes du sinistre ; - envisager l'application du contrat d'assurance ou l'opportunité d'engager des actions judiciaires, ou non, auprès des éventuels responsables » (7).

Pour les assurés, il est donc difficile de savoir vers quel organisme se

(4) Si l'expert est désigné par un juge, il s'agit d'une expertise de justice.

(5) Les conventions IRSA (Indemnisation directe de l'assuré et Recours entre Sociétés d'assurance Automobile), IRCA (Indemnisation et Recours Corporel Automobile), CRAC (Convention de Règlement de l'Assurance Construction), IRSI (Indemnisation et Recours des Sinistres d'Immeuble) – qui actualise l'ancienne convention Cidre (Convention d'Indemnisation Directe et de Renonciation à Recours en Dégâts des Eaux).

(6) Code de déontologie de l'ANEA.

(7) Expert en assurance, CEA, rubrique « le métier ».

tourner pour choisir un expert afin d'évaluer ses dommages.

Les assureurs, conduits à recourir régulièrement à l'expertise, tissent en revanche des liens avec des experts ou sociétés d'expertise. Cela peut donc amener les assurés à douter de l'indépendance et de l'impartialité des experts, choisis et rémunérés par leur client assureur.

Que ce soit l'assuré ou l'assureur qui désigne et rémunère l'expert, ce dernier n'en devient pas pour autant leur mandataire (8). L'expert, lié par un contrat d'entreprise à son client, exerce en effet en toute indépendance et fournit une analyse factuelle de la situation, sans prendre parti.

L'encadrement du métier d'expert en assurance serait propre à faciliter les opérations d'expertise et à apaiser les relations entre assureurs et assurés, à un moment où ces derniers sont les plus vulnérables.

Sur les questions du choix de l'expert et de son indépendance, des suggestions pourraient être avancées pour normer la profession et apaiser les relations : par exemple réfléchir à un mécanisme de désignation aléatoire de l'expert, à partir d'une liste d'experts référencés par la Profession de l'assurance ? Des règles professionnelles et déontologiques du métier ne pourraient-elles pas être également développées dans le secteur de l'assurance pour réduire les doutes sur l'indépendance et la compétence des experts ? Pourquoi ne pas envisager la mise en place d'une certification pour pouvoir être référencé en tant qu'expert ?

2. LA TENUE DE L'EXPERTISE

Aucun délai n'encadre le déroulement de l'expertise ni la rédaction et le dépôt du rapport par l'expert.

Il est pourtant essentiel que l'évaluation des dommages soit effectuée rapidement après le sinistre, tant pour l'assuré que pour l'assureur. L'aggravation des dégâts qui pourrait survenir au cours de la période d'attente ne peut qu'être préjudiciable aux deux parties. De plus, l'indemnisation de l'assuré ne pouvant avoir lieu avant la fin de l'expertise, prolonger cette attente n'est pas propice à une communication apaisée dans la gestion du sinistre.

Une fois son rapport rendu par l'expert, l'assureur s'appuie sur ses conclusions pour le déblocage – ou non – de l'indemnisation. La difficulté réside dans le fait que les assurés n'ont pas toujours accès au rapport, ce qui ne leur permet pas de comprendre le montant de l'indemnité versée (par exemple en cas d'application, fréquente, par l'assureur de la vétusté en matière d'assurance de dommages). Cela n'est pas non plus propre à apaiser leur relation.

(8) Cass. 1^{ère} Civ., 25 février 1992, n° 89-21.404.

La communication du rapport d'expertise n'est pas non plus prévue par les textes. Certains contrats précisent qu'elle peut être faite à la demande de l'assuré, mais les assureurs se montrent souvent réticents à le transmettre. Pourtant, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a rendu en 2005 ⁽⁹⁾ un avis incitant les assureurs à communiquer à tout assuré personne physique son rapport d'expertise en matière d'assurance de biens.

De même qu'un éventuel encadrement de l'activité d'expert pourrait être envisagé, un encadrement de la procédure d'expertise amiable pourrait également être une solution pour rassurer l'assuré.

Les délais de procédure pourraient notamment être encadrés, en fixant des périodes raisonnables pour les différentes étapes, en particulier pour la désignation de l'expert (le délai pourrait être de deux semaines à compter de la déclaration de sinistre) et pour la conduite de l'expertise et la remise du rapport (par exemple, trois mois à compter de la désignation).

CONCLUSION

Le rôle de l'expert, en tant que professionnel indépendant et impartial, est de constater et d'évaluer les dommages subis et non de se prononcer sur l'application du contrat d'assurance. Il revient ensuite à l'assureur, au vu des conclusions expertales, de déterminer si les garanties souscrites sont mobilisables.

L'absence d'encadrement réglementaire de l'activité d'expert et d'information claire aux assurés sur le déroulement et les éventuels délais de l'expertise amiable rend complexe la mise en œuvre de la procédure d'expertise, pourtant essentielle pour les assurés. Une réflexion doit être menée sur le sujet pour poursuivre les efforts vers un marché de l'assurance apaisé et une meilleure compréhension, par les assurés, de la mission des experts.

Quelques propositions, exposées ci-dessus, sont des pistes vers cette amélioration, mais bien d'autres pourraient être également envisagées (mise en place d'une fiche d'information sur l'expertise ; avance des frais, par l'assureur, de l'expert d'assuré dans le cadre de la contre-expertise qui seraient ensuite déduits de l'indemnité versée à l'assuré ; suspension de la prescription biennale pendant la procédure d'expertise...). ●

⁽⁹⁾ CCSF, Avis du 23 novembre 2005 sur la communication à l'assuré du rapport d'expertise après sinistre.

EN RÉSUMÉ**1. À quoi sert l'expertise ?**

En cas de sinistre, l'assuré doit contacter au plus tôt son assureur qui pourra :

- ◆ demander à un expert d'en déterminer la cause et d'évaluer ses préjudices ;
- ◆ déterminer avec l'assuré les mesures d'urgence à prendre.

La décision d'indemnisation de l'assureur s'appuiera sur le rapport de l'expert.

2. Préparer l'expertise

Le contrat d'assurance précise les modalités du recours à l'expertise. L'assuré doit transmettre à son assureur tous les justificatifs listés (factures, photos, rapports médicaux, etc.). S'il manque des pièces, l'indemnité pourrait être partielle.

L'assuré ne doit pas négliger les convocations de l'expert : sans expertise, aucune indemnisation ne pourra intervenir.

3. En cas de désaccord avec les conclusions de l'expert

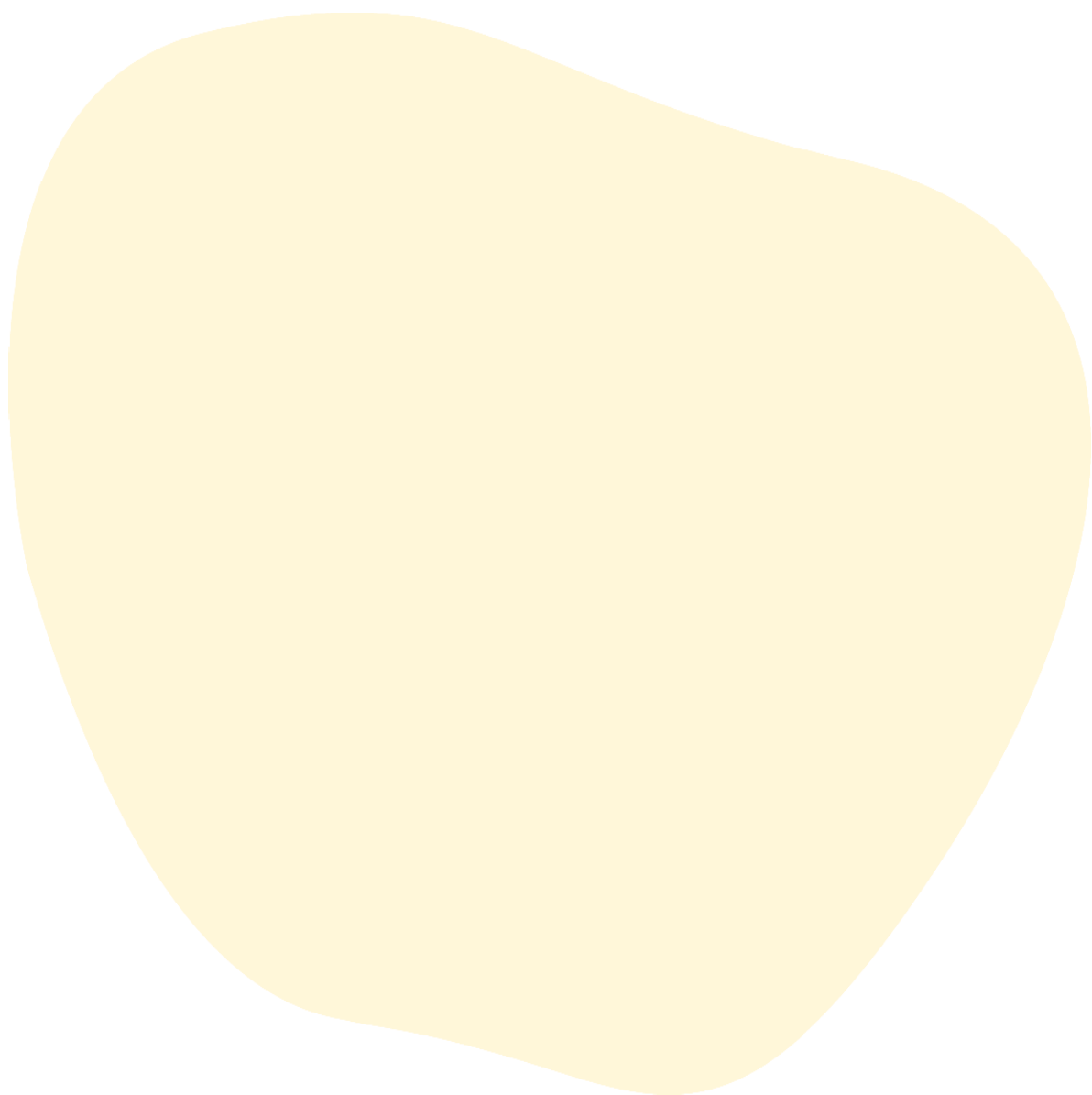
L'assuré peut demander à l'assureur d'organiser une contre-expertise. Elle se déroulera en présence des deux parties. Si elle est menée sans en avoir informé l'assureur, ses conclusions ne pourront pas lui être imposées.

4. En cas de désaccord avec les conclusions de la contre-expertise

Si un désaccord persiste, une nouvelle expertise peut être organisée avec un tiers-expert, choisi d'un commun accord. Chaque partie se fera également assister par son propre expert.

Enfin, si le désaccord persiste malgré le rapport du tiers-expert, l'assuré peut, le cas échéant, saisir les tribunaux.

La Médiation de l'Assurance est tenue par les conclusions des experts. Seul un autre expert peut les remettre en cause.







LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ



LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

LA RELATION CONTRACTUELLE



LE DEVOIR DE CONSEIL DE L'ASSUREUR LORS DE LA SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT

Lorsqu'un assuré sollicite un assureur pour souscrire un contrat qui corresponde à ses besoins, il lui incombe de vérifier le contenu des garanties effectivement souscrites avant de signer. Cela est d'autant plus vrai si la souscription s'effectue par téléphone.



Il appartient à l'assuré qui a exprimé un besoin spécifique d'assurance, *a minima*, de lire son contrat d'assurance pour vérifier que la garantie correspondante y figure bien. Le devoir d'information et de conseil qui incombe au professionnel trouve donc sa limite dans l'obligation qu'a le candidat à l'assurance de lire les documents qui sont soumis à son appréciation.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile en formule tous risques. Il déclare à son assureur l'incendie de son véhicule, au cours duquel celui-ci est entièrement détruit. À réception du rapport d'expertise, l'assureur indemnise l'assuré de la perte de sa voiture, mais refuse de prendre en charge les effets personnels qui se trouvaient à l'intérieur au moment du sinistre. En effet, l'option « effets personnels » n'avait pas été souscrite.

L'assuré conteste cette décision. Il indique en effet avoir précisé, au moment de la souscription par téléphone, souhaiter souscrire un contrat « avec toutes les options possibles ». Son conseiller lui aurait confirmé, toujours oralement, avoir validé sa demande. L'assuré considère alors que l'assureur a manqué à son devoir d'information et de conseil au moment de la souscription du contrat.

Selon les dispositions de l'article 1353 du Code civil, « *Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* ». C'est donc à l'assuré de prouver qu'il a demandé la garantie effets personnels à l'assureur, ce qui est délicat en présence d'une souscription par téléphone.

C'est la raison pour laquelle l'assuré invoque le manquement au devoir d'information et de conseil de l'assureur. En effet, la jurisprudence précise, depuis 1997, que c'est au professionnel de rapporter la preuve d'avoir satisfait à son devoir d'information et de conseil.

Néanmoins, le devoir d'information et de conseil qui pèse sur le professionnel trouve sa limite dans l'obligation qu'a l'assuré de prendre connaissance des documents remis à la souscription.

DEVOIR D'INFORMATION

En l'espèce, l'assureur s'est bien acquitté de son obligation d'information vis-à-vis de l'assuré, puisque ce dernier a signé les conditions particulières de son contrat, reconnaissant ainsi avoir reçu l'information préalable de son assureur sur l'absence de garantie effets personnels. La Cour de cassation précise à ce sujet que, dès lors que l'assuré reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions générales par la signature des conditions particulières, l'assureur est en mesure de prouver l'information préalable qui lui incombe ⁽¹⁾.

Ensuite, l'assuré ne rapporte pas la preuve d'avoir exprimé le besoin d'une couverture de ses effets personnels, ce qui induit que l'assureur n'avait pas à le conseiller sur la souscription d'une telle garantie. L'assuré ne s'était, par ailleurs, pas inquiété de l'absence d'une telle garantie

lorsqu'il a reçu ses conditions particulières.

L'assuré n'était donc pas fondé à invoquer un manquement de son assureur à son devoir d'information et de conseil lors de la souscription du contrat.

L'assureur a satisfait à son obligation d'information en remettant à l'assuré les conditions particulières informant de l'absence de souscription de la garantie effets personnels, conditions particulières que l'assuré a signées en l'état. L'assureur n'avait pas à conseiller la souscription de la garantie effets personnels en l'absence de preuve par l'assuré d'un besoin exprimé en ce sens. ●

(1) Cass. 2^{ème} Civ., 22 janvier 2009, n° 07-19.234.

DÉCLARATION DU RISQUE

Étude réalisée par Mélanie Piel

TOUT CHANGEMENT EN COURS DE CONTRAT DOIT ÊTRE DÉCLARÉ

En cas de réticence ou de fausse déclaration du risque au cours de la vie du contrat d'assurance, l'assureur peut en invoquer la nullité dans les mêmes conditions qu'à la souscription.



Tout changement survenu en cours de contrat, de nature à modifier le risque assuré, doit être déclaré à l'assureur. Pour déterminer si cette modification répond à cette condition, l'assuré peut se référer aux questions posées à la souscription.

L'assureur peut invoquer la nullité du contrat pour fausse déclaration du risque uniquement s'il apporte la preuve de son caractère intentionnel. Dans le cas contraire, il sera néanmoins en droit d'appliquer la règle proportionnelle d'indemnité prévue à l'article L.113-9 du Code des assurances.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile en mars 2021. À l'occasion d'un sinistre survenu en septembre 2021, l'assureur apprend que le permis de conduire de l'assuré a été suspendu en août 2021 pour une durée de quatre mois.

Dans le questionnaire de souscription, l'assureur interrogeait justement le candidat à l'assurance pour savoir s'il avait fait l'objet, au cours des deux années précédentes, d'une annulation, invalidation ou suspension de deux mois ou plus, du permis de conduire.

En outre, les conditions particulières signées renvoyaient aux conditions générales, qui comportaient un article sur les informations devant être déclarées par l'assuré, notamment les circonstances nouvelles qui modifient le risque assuré.

L'article L.113-2 du Code des assurances impose à l'assuré de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque.

En son alinéa 3, il précise également que l'assuré doit informer l'assureur des circonstances nouvelles de nature à aggraver les risques initia-

lement déclarés, ou d'en créer de nouveaux, rendant inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur à la souscription.

Ainsi, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour l'assureur, ce dernier peut invoquer la nullité du contrat prévue par l'article L.113-8 du Code des assurances.

Pour invoquer cette sanction grave, l'assureur doit établir que la fausse déclaration a été commise volontairement dans l'intention de tromper et qu'elle a eu pour conséquence de modifier son opinion sur le risque à assurer.

Dans cette affaire, l'assuré ne pouvait ignorer que son permis avait été suspendu, ni que cette information importante était de nature à modifier le risque que l'assureur avait accepté de garantir, puisque la question lui avait été explicitement posée lors de la souscription du contrat.

Dans ces circonstances, c'est à bon droit que l'assureur a prononcé la nullité du contrat d'assurance prévue par l'article L.113-8 du Code des assurances, la fausse déclaration intentionnelle étant caractérisée. ●

L'ASSURÉ DOIT RESPECTER LES MESURES DE PROTECTION ANTIVOL EXIGÉES PAR SON CONTRAT

La délivrance de la garantie vol est régulièrement subordonnée à la présence et à la mise en œuvre d'un système de protection antivol électronique de série ou à la mise en place d'un antivol électronique agréé SRA sur le deux-roues, en complément d'un système antivol mécanique.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance deux-roues afin de garantir son scooter. Ce dernier a été volé et l'assuré a déclaré son sinistre auprès de son assureur afin de mobiliser la garantie vol de son contrat d'assurance.

Le deux-roues a été retrouvé : l'assureur a alors missionné un expert qui a indiqué que le scooter comportait uniquement un antivol mécanique agréé SRA. L'assureur a alors refusé de prendre en charge le sinistre, au motif que le scooter n'avait pas de système de protection antivol électronique et que les mesures de protection exigées par le contrat n'étaient donc pas respectées.

L'assuré a contesté cette position. En effet, il estime que, pour que son contrat soit valide dès le départ, la facture de l'antivol requis aurait dû lui être demandée par l'assureur au moment de la souscription de son contrat d'assurance.

Les garanties vol incluses dans les contrats d'assurance automobile sont accompagnées d'exigences relatives aux moyens de protection devant être mis en place par l'assuré. Ce dernier doit donc disposer des antivol requis, mais aussi les actionner, pour que la garantie soit mobilisable.

Le devoir d'information et de conseil qui incombe au professionnel trouve sa limite dans l'obligation qu'a le candidat à l'assurance de prendre connaissance des dispositions du contrat auquel il adhère librement.

En l'occurrence, les conditions particulières du contrat précisaient expressément que le véhicule devait être obligatoirement équipé d'un double système de protection antivol (électronique et mécanique) pour bénéficier de la garantie vol. Une clause d'exclusion au sein des conditions générales le rappelait également. Une lecture de la police d'assurance aurait donc permis à l'assuré de connaître l'étendue de sa garantie.

Ainsi, en signant ses conditions particulières, l'assuré en a approuvé le contenu concernant notamment les mesures de protection, dans le cadre de la garantie vol.

De plus, l'assureur lui avait adressé un courrier complémentaire afin d'attirer son attention sur les mesures de prévention vol qui figurent sur les conditions particulières.

L'assureur n'avait donc commis aucun manquement à son devoir de conseil. Par conséquent, l'assuré aurait dû équiper son scooter des mesures de protection précitées afin que la garantie vol de son contrat puisse être mobilisée. ●



Il n'est pas obligatoire d'acheter un antivol agréé SRA lors de l'acquisition d'un deux-roues. Néanmoins, l'assureur peut insérer dans le contrat une clause exigeant un tel antivol agréé, sous peine de ne pas indemniser l'assuré en cas de vol.

L'assuré doit porter une attention particulière aux obligations liées à la mobilisation de la garantie vol de son contrat. Les moyens de protection exigés par le contrat doivent être placés sur le scooter au moment du sinistre.

CLAUDE PÉNALE

Étude réalisée par Yves-Marie de Colnet

L'ASSURÉ PEUT-IL DEVOIR UNE INDEMNITÉ À SON ASSUREUR APRÈS UN ACCIDENT DE VOITURE ?

En cas de non-respect d'une clause du contrat, certains assureurs prévoient des pénalités financières à la charge de l'assuré. Il s'agit alors de clauses pénales, qui doivent respecter certaines conditions afin de ne pas être réputées non écrites.



Aucune disposition légale n'interdit l'insertion de clauses pénales dans les contrats d'adhésion, tels que les contrats d'assurance, à condition de ne pas créer de déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties.

Un assuré a souscrit un contrat pour garantir son véhicule. Il a prêté sa voiture à son fils, qui a eu un accident de circulation dans lequel sa responsabilité a été pleinement engagée. L'assuré a déclaré le sinistre à son assureur afin de solliciter la prise en charge des dommages au véhicule.

L'assureur a appliqué une pénalité d'un montant de 3 000 euros s'ajoutant à la franchise contractuelle de 300 euros, au motif que son fils n'était pas un conducteur déclaré au contrat et qu'il était titulaire du permis de conduire depuis moins de cinq ans.

La valeur de remplacement du véhicule ayant été évaluée par l'expert à 600 euros, l'assureur a proposé à l'assuré de procéder par voie de compensation en déduisant le montant de ses dommages de la somme de 3 300 euros qu'il lui restait à devoir. L'assureur a ainsi invité l'assuré à lui adresser un règlement de 2 700 euros, alors que son véhicule venait d'être endommagé !

L'assuré a contesté cette demande de paiement, arguant qu'il n'avait pas les moyens financiers de verser une telle somme.

Les conditions particulières du contrat d'assurance prévoyaient l'application d'une franchise de 300 euros au titre de la garantie dommages accidentels. En outre, le contrat prévoyait que cette franchise serait majorée d'une pénalité complémentaire d'un montant de 3 000 euros en cas de conduite du véhicule assuré par un conducteur non-désigné au contrat et disposant d'un permis de moins de cinq ans.

Les conditions d'application de la franchise et de la pénalité étaient donc réunies.

La pénalité était définie par les conditions générales du contrat comme étant une « sanction financière à la charge de l'assuré suite au non-respect d'une clause ». Au regard de cette définition, la clause relative à la pénalité appli-

CLAUSE PÉNALE

quée par l'assureur devait être assimilée à une clause pénale, telle que visée par l'article 1231-5 du Code civil.

Or, si l'insertion d'une clause pénale dans un contrat d'assurance est permise, cette clause doit néanmoins respecter les dispositions de l'article 1171 du Code civil et ne pas créer de déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties, sous peine d'être réputée non-écrite.

L'assuré indiquait avoir acquis son véhicule pour un montant de 1 400 euros et précisait être dans une situation financière précaire compte tenu de son état d'invalidité. En outre, la valeur de remplacement de son véhicule avait été évaluée à 600 euros par l'expert.

Au regard de l'importance du montant de la pénalité, en comparaison de la faible valeur du véhicule, cette clause pénale avait pour effet de créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties.

Ainsi, la clause pénale appliquée par l'assureur devait être réputée non-écrite et ne pouvait être opposée à l'assuré. L'assureur a donc été invité non seulement à ne pas solliciter le paiement de la somme de 2 700 euros, mais également à indemniser l'assuré de la valeur de remplacement de son véhicule, déduction faite de sa franchise contractuelle de 300 euros. ●



Les assureurs doivent vérifier, au titre de leur devoir de conseil, que le contrat d'assurance proposé à l'assuré comporte une clause pénale adaptée à sa situation économique ainsi qu'à la valeur du bien assuré.

DÉCLARATION DU RISQUE

Étude réalisée par Yaya Mendy

L'INDEMNITÉ PEUT ÊTRE RÉDUITE EN CAS DE DÉCLARATION INEXACTE DU CAPITAL À ASSURER

En cas de déclaration inexacte du montant du capital à assurer, l'assuré encourt une réduction proportionnelle de capitaux découlant de l'article L.121-5 du Code des assurances.



Les assurés doivent mettre à jour régulièrement leur contrat d'assurance auprès de leur assureur afin d'éviter toute difficulté lors de la survenance d'un sinistre.

Le propriétaire d'un studio d'enregistrement, situé au sein de son habitation, a souscrit un contrat spécifique pour garantir ses instruments et son matériel de musique, optant pour une garantie « *en cas de dommages occasionnés par les eaux* » à hauteur de 50 000 euros. Ce montant correspond à la valeur déclarée au contrat des biens garantis.

Un dégât des eaux a endommagé les biens assurés. Le propriétaire a alors sollicité la mise en œuvre de la garantie susmentionnée auprès de son assureur. Ce dernier a mandaté un cabinet d'expertise afin de constater et d'évaluer les dommages subis.

Lors de sa visite, l'expert a relevé que le capital déclaré de 50 000 euros était nettement inférieur au capital réel, estimé à 70 450 euros hors taxes. Il a chiffré les pertes d'exploitation induites par le dégât des eaux à 52 000 euros.

L'entreprise d'assurance a alors limité le montant de l'indemnité à 36 770 euros en application de la règle proportionnelle de capitaux prévue au contrat.

L'assuré a contesté le montant de l'indemnité. Il estimait en effet être en droit de réclamer le montant contractuellement prévu, à savoir 50 000 euros.

L'assureur doit pouvoir apprécier exactement le risque qu'on lui propose de garantir avant de l'accepter. Pour cela, l'assuré doit répondre correctement aux questions posées lors de la souscription du contrat, en particulier le montant du capital à assurer.

Beaucoup d'assurés semblent insuffisamment conscients de l'importance de la précision de leur déclaration lors de la souscription de leur contrat. Pourtant, cette étape déclarative est décisive car l'assureur

DÉCLARATION DU RISQUE

peut réduire le montant de l'indemnité si l'assuré minimise son capital.

En effet, selon l'article L.121-5 du Code des assurances, « *S'il résulte des estimations que la valeur de la chose assurée excède au jour du sinistre la somme garantie, l'assuré est considéré comme restant son propre assureur pour l'excédent, et supporte, en conséquence, une part proportionnelle du dommage, sauf convention contraire* ».

Cette disposition légale donne la possibilité à l'assureur d'appliquer la règle proportionnelle de capitaux lorsqu'il constate, après un sinistre, que la valeur du capital déclaré était inférieure à la valeur réelle du capital à assurer.

L'assureur calcule alors l'indemnisation due à l'assuré après application de la règle proportionnelle de capitaux en procédant ainsi : montant des dommages x (valeur assurée/valeur réelle).

En l'espèce, l'assuré a obtenu, à l'issue de ce calcul, une indemnité de 36 770 euros. Pour le reste de ses pertes, l'assuré étant considéré comme son propre assureur, il n'a donc rien perçu.

Il est donc impératif de déclarer correctement le montant du capital à assurer.

Le contrat prévoyait l'application d'une règle proportionnelle de capitaux si la valeur des biens assurés, au jour du sinistre, excédait de plus de 20 % la somme garantie. L'expert a constaté que la valeur réelle des biens assurés dépassait de près de 41 % le montant garanti par le contrat. Ainsi, la règle proportionnelle de capitaux trouvait à s'appliquer. ●



Les assurés doivent porter la plus grande attention au montant déclaré des capitaux à assurer car l'assureur peut réduire le montant de l'indemnité en cas de déclaration inexacte.

L'ASSUREUR PEUT SOLLICITER PENDANT 5 ANS UNE INDEMNISATION INDÛMENT VERSÉE

Lorsque l'assureur oppose une déchéance de garantie au cours de la gestion d'un sinistre, il peut s'appuyer sur les arguments soulevés à cette occasion pour solliciter le remboursement par l'assuré d'indemnités précédemment versées à tort.



Même après avoir versé une indemnité, l'assureur peut en solliciter le remboursement pendant un délai de cinq ans si les justificatifs fournis lui permettent d'opposer une déchéance de garantie pour fausse déclaration intentionnelle.

La déchéance de garantie est une sanction légitime en cas de fraude de la part de l'assuré. Cependant, pour être valablement opposée, il incombe à l'assureur de démontrer d'une part, la présence d'une déclaration inexacte, et d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré.

Un assuré déclare un dégât des eaux à son assureur et fournit un devis de réfection signé afin d'établir le montant et la matérialité des dommages. L'assureur organise une expertise et procède à l'indemnisation du sinistre.

Sept mois plus tard, il oppose à l'assuré une déchéance de garantie pour fausse déclaration intentionnelle car le devis produit est sujet à caution. Il réclame alors le remboursement des sommes versées au titre de cet événement ainsi que les honoraires d'expert et les frais d'enquête exposés.

Pour le même motif il sollicite aussi la restitution des indemnités versées dans le cadre de deux dégâts des eaux déclarés au cours des années précédentes, ainsi que des honoraires d'expert engagés pour ces sinistres. En effet, l'authenticité des factures présentées, établies par la même société, était également remise en cause.

L'assuré ne conteste pas la fausse déclaration. Il estime cependant que le délai légal de recouvrement de créances professionnelles est fixé à deux ans. Par ailleurs, selon lui, les frais de recouvrement ne devraient pas être mis à sa charge.

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toute action

dérivant d'un contrat d'assurance, qu'elle soit initiée par l'assuré ou par l'assureur, se prescrit dans un délai de deux ans.

Toutefois, l'article 1302-1 du Code civil précise qu'un paiement effectué à tort par l'assureur peut être sujet à une demande de remboursement. Celle-ci doit être effectuée dans un délai de cinq ans à compter du paiement non justifié.

Face à ces deux délais de prescription applicables, la Cour de cassation a tranché : « l'action en répétition de l'indu, quelle que soit la source du paiement indu, se prescrit selon le délai de droit commun applicable » (1).

Dès lors, la prescription biennale n'est pas applicable : l'assureur a cinq ans après le paiement injustifié pour demander à l'assuré le remboursement des indemnités indûment versées pour l'ensemble des dégâts des eaux déclarés.

Concernant les frais d'enquête, ils ont été exposés par l'assureur afin de faire valoir ses droits, plus particulièrement afin de démontrer que la garantie ne pouvait être mobilisée. Le remboursement de ces frais d'enquête, assimilés à des frais engagés pour le recouvrement amiable des indemnités, ne saurait être sollicité par l'assureur auprès de l'assuré (2).●

(1) Cass. 2^{ème} Civ., 4 juillet 2013, n° 12-17.427. (2) Article L.121-21 du Code de la consommation.

L'ASSUREUR PEUT DÉDUIRE DE SON REMBOURSEMENT LE MONTANT DE LA DETTE DE L'ASSURÉ

En cas de résiliation pour non-paiement des cotisations, si l'assureur est parallèlement redevable d'un remboursement envers l'assuré, il peut mettre en œuvre le mécanisme de compensation prévu par le Code civil pour déduire les impayés restant dus de la somme à verser.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile et un contrat Garantie Accidents de la Vie (GAV) auprès du même assureur.

Un mois plus tard, il a adressé un courrier à son assureur afin de solliciter l'annulation de son contrat GAV. En effet, il disposait déjà d'un tel contrat auprès d'une autre entreprise d'assurance. L'assureur a accepté de faire droit à sa demande et de lui rembourser les primes déjà versées.

Par ailleurs, lors de la souscription de son contrat automobile, l'assuré n'avait pas informé son assureur de l'existence de sinistres antérieurs. La prime d'assurance initialement prévue a donc été augmentée en conséquence par l'assureur.

L'assuré a contesté cette augmentation et a refusé de payer les nouvelles cotisations. L'assureur lui a alors adressé une lettre de mise en demeure pour non-paiement des primes et, en l'absence de règlement, a résilié le contrat automobile. La résiliation du contrat n'a cependant pas annulé la dette de l'assuré envers l'assureur. Ce dernier a donc procédé à une compensation entre les primes dues par l'assuré au titre du contrat automobile et celles qu'il devait lui rembourser au titre de l'annulation du contrat GAV. Dans ce cadre, aucune somme n'a été versée à l'assuré, qui restait encore redevable d'une somme d'argent envers l'assureur.

Le mécanisme de la compensation peut éteindre les obligations réciproques entre l'assuré et l'assureur, à condition que les règles prévues par le Code civil soient respectées.

L'article 1347 du Code civil définit la compensation comme « *L'extinction simultanée d'obligations réciproques entre deux personnes. Elle s'opère, sous réserve d'être invoquée, à due concurrence, à la date où ses conditions se trouvent réunies* ».

Par ailleurs, l'article 1347-1 du même Code en précise les conditions de mise en œuvre : les deux obligations doivent tout d'abord être « *fongibles* ». Cela signifie qu'elles doivent porter sur des biens de même nature et de même quantité, comme par exemple des sommes d'argent. Elles doivent également être « *certaines, liquides et exigibles* ». Les obligations réciproques entre l'assuré et l'assureur étaient bien fongibles puisqu'il s'agissait de sommes d'argent. Elles réunissaient également les autres conditions de mise en œuvre de la compensation car les créances étaient arrivées à échéance et étaient incontestables.

Ainsi, l'assureur était en droit de procéder à une compensation entre les primes d'assurance découlant du contrat automobile (pour lesquelles l'assuré était en dette vis-à-vis de l'assureur) et celles du contrat GAV (que l'assureur devait au contraire rembourser à l'assuré). ●



La compensation peut s'opérer à la condition d'être en présence d'obligations réciproques entre l'assuré et l'assureur. Avant de procéder à la compensation, l'assureur doit vérifier si celles-ci sont bien fongibles, certaines, liquides et exigibles.



LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

L'APPLICATION DU CONTRAT



AUTOMOBILE

Étude réalisée par Séverine Caragliu

L'EFFRACTION DU VÉHICULE N'EST PAS FORCÉMENT MATÉRIELLE

En cas de vol du véhicule assuré, l'assureur ne peut pas limiter le champ de sa garantie à une effraction matérielle si cette notion n'est pas clairement définie contractuellement.



En l'absence de définition contractuelle de l'effraction, il sera appliqué la définition du Code pénal, qui envisage la notion d'effraction de façon plus large, notamment par le recours aux techniques modernes d'ouverture d'un véhicule.

Si l'assureur veut limiter l'effraction du véhicule à un événement matériel, il doit le stipuler expressément dans le contrat d'assurance souscrit.

Une clause qui limiterait les moyens de preuve de l'effraction pourrait s'apparenter à une clause abusive.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile afin de garantir son véhicule.

Ce dernier a été volé, et le sinistre a été indemnisé par son assureur. Un mois après, le véhicule a été retrouvé.

Le rapport d'expertise mentionne que la vitre de la porte arrière droite du véhicule a été brisée. Cependant, l'expert n'a constaté d'effraction ni sur l'antivol ni sur la colonne de direction.

Ainsi, il y a bien eu effraction de l'habitacle, mais l'assureur a considéré qu'en l'absence d'effraction sur les ouvrants et l'antivol de direction, les conditions de la garantie vol n'étaient pas réunies. Le contrat conditionnait en effet la mise en œuvre de la garantie vol à l'effraction du véhicule permettant sa mise en route et sa mise en circulation. Aucune effraction matérielle n'ayant été démontrée, l'assureur a alors demandé la restitution de l'indemnité versée.

La garantie vol du contrat souscrit couvrait les dommages occasionnés « à la suite d'un vol ou d'une tentative de vol, du fait : [...] - de l'effraction du véhicule permettant sa mise en route et sa mise en circulation ».

Toutefois, le terme d'effraction n'était pas défini au contrat. Dans ce cas, il convient donc de se référer à la définition posée par l'article 132-73 du Code pénal, lequel dispose que « L'effraction consiste dans le forçement, la dégradation ou la destruction de tout dispositif de fermeture ou de toute espèce de clôture. Est assimilé à l'effraction l'usage de fausses clefs, de clefs indûment obtenues ou de tout instrument pouvant être frauduleusement employé pour actionner un dispositif de fermeture sans le forcer ni le dégrader ».

En application de cette disposition légale, l'effraction n'est pas nécessairement matérielle.

Dans le cas d'espèce, le véhicule avait été déplacé et le vol n'avait pas été contesté par les parties. En outre, après analyse, il a été conclu que le véhicule était équipé d'un système de verrouillage à distance.

En reprenant la définition du Code pénal, il a donc été considéré que le véhicule avait disparu à la suite d'un vol du fait d'une effraction occasionnée par un instrument permettant d'actionner un dispositif de fermeture sans le forcer ni le dégrader. L'effraction du véhicule permettant sa mise en route et sa mise en circulation est ainsi caractérisée. ●

PANNE MÉCANIQUE : QUAND LE REMPLACEMENT DES SEULES PIÈCES DÉFAILLANTES EST IMPOSSIBLE

Certains contrats d'assurance garantissent les pannes mécaniques, c'est-à-dire le remplacement de pièces qui, par leur dysfonctionnement, engendrent une panne du véhicule couvert. Or, le remplacement des seules pièces défectueuses peut parfois s'avérer impossible.

Un assuré a souscrit un crédit afin d'acquérir un camping-car. À cette occasion, il a adhéré au contrat d'assurance pannes mécaniques proposé par l'organisme de crédit. Trois ans plus tard, le camping-car est tombé en panne.

L'examen du véhicule a révélé que la panne provenait du moteur de ventilation, qui selon les constatations du professionnel intervenu, était « HS ».

Or, cette pièce n'existait plus, si bien que l'assuré se voyait contraint de procéder au remplacement complet du système de chauffage de son camping-car.

L'assureur a refusé de prendre en charge le système complet de chauffage car la panne ne concernait que le moteur de ventilation, seul élément couvert par le contrat.

Le contrat auquel l'assuré avait adhéré ne prévoyait que la prise en charge du remplacement des pièces expressément listées.

Or, s'agissant des pièces de chauffage, seuls le « *moteur de ventilation* » et le « *chauffage route* » étaient mentionnés.

Ainsi, selon les termes du contrat, l'assureur n'était pas tenu d'indemniser l'assuré pour le remplacement complet du système de chauffage de son camping-car, mais seulement pour le remplacement du moteur de ventilation.

Néanmoins, dans la mesure où il était établi que cette pièce n'existait plus, l'assuré ne pouvait être remplacé dans la situation dans laquelle il se trouvait avant son sinistre en l'absence de prise en charge du remplacement du système de chauffage complet.

Dans ces circonstances, le Médiateur a invité l'assureur, au titre de l'équité, à prendre en charge le remplacement complet du système de chauffage du camping-car de l'assuré. ●



L'assurance pannes mécaniques n'a vocation à couvrir qu'un nombre limitatif de pièces. L'assuré doit donc prendre connaissance avec attention de la notice de son contrat, listant ces pièces, avant d'y adhérer.

Bien que l'assureur ne puisse être tenu au-delà des stipulations du contrat, il est important de faire preuve de souplesse lorsque le remplacement de la pièce défectueuse ne permet pas de replacer l'assuré dans la situation qui était la sienne avant la survenance du sinistre.

CATASTROPHE NATURELLE

Étude réalisée par Anaïs Macouin

LA FORCE MAJEURE N'EST PAS TOUJOURS OPPOSABLE LORS D'INTEMPÉRIES EXCEPTIONNELLES

L'assureur ne peut refuser de garantir la responsabilité civile de son assuré en invoquant la force majeure lorsque la catastrophe naturelle s'est produite dans une zone géographique particulièrement exposée au risque naturel.



L'assureur est tenu de vérifier au cas par cas si les conditions de la force majeure sont réunies avant de l'opposer à son assuré ou au tiers victime.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance habitation pour garantir sa résidence principale située dans le département de l'Hérault.

À la suite d'une inondation, il a déclaré le sinistre à son assureur et a notamment sollicité la prise en charge des dommages causés chez son voisin par l'effondrement, sur son terrain, d'un talus de terre situé en bordure de propriété.

Par ailleurs, la commune a été reconnue en état de catastrophe naturelle, au cours de la période concernée par le sinistre, pour les dommages causés par les inondations et les coulées de boue.

Cependant, l'assureur a refusé de prendre en charge l'effondrement du talus de terre de l'assuré sur son terrain au titre de la garantie catastrophe naturelle du contrat, dans la mesure où le talus ne relevait pas des biens assurés au contrat.

Il a également refusé de prendre en charge, au titre de la garantie responsabilité civile souscrite, les dommages causés au voisin par le talus de terre au motif que l'assuré

pouvait s'exonérer de sa responsabilité en invoquant la force majeure liée au caractère exceptionnel de l'événement climatique à l'origine du sinistre.

Le talus de terre n'étant pas un bien assuré au titre du contrat, c'est à bon droit que l'assureur a refusé de prendre en charge son effondrement sur le terrain de l'assuré au titre de la garantie catastrophe naturelle du contrat.

Concernant le refus de l'assureur de mettre en œuvre la garantie responsabilité civile en opposant la force majeure, pour les dommages causés au voisin par le talus, il convient de préciser que la notion de force majeure est définie dans le Code civil ⁽¹⁾. Elle peut être valablement invoquée pour exonérer l'assuré de sa responsabilité civile si trois conditions sont réunies :

- ◆ un événement qui échappe au contrôle du débiteur ;
- ◆ qui ne pouvait pas être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat ;
- ◆ dont les effets ne pouvaient être évités par des mesures appropriées.

(1) Article 1218 (nouveau) du Code civil.

CATASTROPHE NATURELLE

Par ailleurs, un lien direct doit être établi entre l'événement invoqué comme relevant de la force majeure et le dommage au titre duquel la responsabilité est recherchée.

En l'espèce, le département dans lequel est survenue l'inondation, par sa configuration géographique et son climat, est particulièrement exposé aux risques naturels d'inondations. Dès lors, l'inondation ne pouvait être considérée comme totalement imprévisible.

La force majeure ne pouvait donc pas être retenue par l'assureur pour refuser de prendre en charge, au titre de la garantie responsabilité civile, les dommages causés au voisin à la suite de cet événement. Le Médiateur a donc invité l'assureur à prendre en charge l'enlèvement de la terre tombée sur le terrain du voisin de l'assuré, au titre de la garantie responsabilité civile du propriétaire assuré au contrat. ●



La force majeure ne peut pas être invoquée dans le cas d'une inondation survenue dans une zone particulièrement exposée à un tel risque, par sa configuration géographique et par son climat, faute de réunir la condition de l'imprévisibilité.

LA RÉCEPTION DE L'OUVRAGE PEUT ÊTRE TACITE

La réception de l'ouvrage est une condition pour mobiliser la garantie dommages-ouvrage. Elle peut être caractérisée même en l'absence de procès-verbal de réception.



La notion de « réception tacite » permet, dans les cas où la remise d'un procès-verbal de réception est impossible, de justifier de la réception de l'ouvrage. La prise de possession accompagnée d'un paiement caractérise la volonté de recevoir tacitement l'ouvrage.

En 2010, des époux ont acquis une maison en l'état futur d'achèvement auprès d'un promoteur immobilier. Celui-ci avait souscrit auprès du même assureur un contrat responsabilité civile décennale en tant que constructeur et un contrat dommages-ouvrage au bénéfice des futurs acquéreurs.

En effet, le contrat prévoyait que l'omission ou la déclaration inexacte du souscripteur était sanctionnée par la réduction de l'indemnité en proportion du taux de la cotisation payée par rapport au taux de la cotisation qui aurait été due si les risques avaient été complètement déclarés.

En 2020, avant l'expiration du délai décennal, les époux ont constaté des désordres qu'ils ont déclarés à l'assureur. Dans le cadre de la responsabilité décennale, l'assureur a soutenu qu'il incombait au souscripteur du contrat – le promoteur – de déclarer le sinistre. Or celui-ci, ayant été placé en liquidation judiciaire, ne l'avait pas fait.

S'agissant du contrat dommages-ouvrage, l'assureur a opposé aux époux bénéficiaires de la garantie, une règle proportionnelle car il reprochait au souscripteur de ne pas lui avoir transmis le procès-verbal de réception de l'ouvrage.

En matière d'assurance de responsabilité décennale, le maître de l'ouvrage (propriétaire de la maison) bénéficie du mécanisme de l'action directe de l'article L.124-3 du Code des assurances ⁽¹⁾ pour actionner directement l'assureur de responsabilité civile décennale du constructeur assuré responsable, de façon à bénéficier de la garantie décennale souscrite. Les époux étaient donc bien fondés à déclarer le sinistre auprès de l'assureur de responsabilité civile décennale du promoteur, même si celui-ci était en liquidation judiciaire.

(1) « Le tiers lésé dispose d'un droit d'action directe à l'encontre de l'assureur garantissant la responsabilité civile de la personne responsable [...] » (article L.124-3 du Code des assurances).

Concernant le contrat dommages-ouvrage, la réception des travaux est définie comme « l'acte par lequel le maître de l'ouvrage déclare accepter l'ouvrage avec ou sans réserve [...]. Elle est [...] prononcée contradictoirement » (article 1792-6 du Code civil). La Cour de cassation ⁽²⁾ retient toutefois la notion de « réception tacite ». Ainsi, la prise de possession accompagnée d'un paiement de l'essentiel du prix permet de constater la volonté de recevoir l'ouvrage. Ainsi, l'assureur ne pouvait pas opposer aux bénéficiaires de la garantie, en présence d'une réception tacite de l'ouvrage, l'absence de remise du procès-verbal de réception de l'ouvrage par le promoteur.

L'ouvrage ayant été livré, après paiement de l'intégralité du prix du bien par les époux, en décembre 2011, ils ont donc emménagé en janvier 2012, ce qui caractérise une réception tacite de leur maison. Parallèlement l'assureur,

ayant accepté d'indemniser les époux moyennant l'application d'une règle proportionnelle de prime, a renoncé à contester cette réception tacite de l'ouvrage. La condition de la réception de l'ouvrage étant remplie, les époux ne pouvaient donc pas se voir opposer par l'assureur dommages-ouvrage une règle proportionnelle de prime. ●



Les maîtres de l'ouvrage peuvent bénéficier, par une action directe contre l'assureur du constructeur responsable, des garanties de ce contrat, même lorsque le souscripteur est en liquidation judiciaire.

(2) Cass. 3^{ème} Civ., 18 avril 2019, n° 18-13.734.

DÉFINITION CONTRACTUELLE

Étude réalisée par Sandrine Perrotel

LA CHUTE SUR UN BÂTIMENT D'UN ARBRE SANS INFECTION VISIBLE EST UN ACCIDENT

De nombreux contrats d'assurance habitation ne garantissent pas les dommages causés par des micro-organismes (champignons, moisissures). Il est donc important de déterminer l'origine exacte de l'événement ayant causé les dommages au bien assuré.



L'assureur est tenu de vérifier que le caractère accidentel de l'événement ayant causé les dommages au bien assuré est établi.

Le propriétaire d'une maison a souscrit un contrat d'assurance habitation couvrant également une dépendance.

Un arbre est tombé sur cette dépendance et lui a causé des dommages. L'expert missionné a relevé que la cause du déracinement de l'arbre était due à un développement de champignons.

L'assureur a refusé de prendre en charge ce sinistre, au motif que la garantie tous risques immobiliers couvrant les dommages subis par l'habitation et la dépendance excluait les dommages causés par les champignons.

L'assuré a contesté cette décision : il estimait que les désordres survenus sur sa dépendance étaient liés à la chute d'un arbre et non aux champignons.

Les conditions générales du contrat souscrit précisait que la garantie tous risques immobiliers prenait en charge les dommages matériels consécutifs à un accident causé à l'habitation, à ses dépendances et dont l'assuré est propriétaire.

L'accident était contractuellement défini comme un événement non intentionnel, soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée.

À ce titre, étaient notamment garantis les dommages matériels résultant de « *la chute d'un arbre sans tempête* ». Le contrat prévoyait cependant une exclusion de garantie pour les dommages causés par les insectes, rongeurs ou par « *des micro-organismes (champignons, moisissures...)* » dont l'assureur devait prouver l'application.

DÉFINITION CONTRACTUELLE

En l'espèce, l'exclusion de garantie n'aurait trouvé à s'appliquer que si l'habitation et ses dépendances elles-mêmes (la charpente par exemple) avaient été endommagées par l'action directe des champignons. Les dommages subis par la dépendance étant consécutifs à la chute de l'arbre et non à l'action des champignons, les conditions d'application de cette exclusion de garantie n'étaient pas réunies.

La garantie tous risques immobiliers avait donc bien vocation à jouer.

En l'occurrence, la dépendance s'est effondrée à la suite de la chute d'un arbre, ce qui constitue un événement non intentionnel. L'expert a relevé qu'il n'y avait aucune trace d'infection visible à l'extérieur de l'arbre. Ainsi, la chute de l'arbre était bien soudaine et imprévue. Enfin, la chute de l'arbre était un événement

extérieur au bien endommagé (la dépendance).

L'événement ayant causé l'effondrement de la dépendance était bien non intentionnel, soudain, imprévu et extérieur à la chose endommagée et constituait donc un accident, tel que défini contractuellement. Les dommages causés à l'habitation n'étaient pas directement liés à des micro-organismes, mais bien à la chute de l'arbre, de sorte que l'exclusion contractuelle n'avait pas vocation à s'appliquer. Le Médiateur a donc invité l'entreprise d'assurance à prendre en charge les dommages déclarés. ●



Il ne peut se fonder sur une exclusion de garantie qui ne peut être appliquée directement au bien assuré endommagé pour refuser de prendre en charge le sinistre.

PROTECTION JURIDIQUE

Étude réalisée par Yaya Mendy

LES SOMMES OBTENUES EN JUSTICE AU TITRE DES FRAIS ET DÉPENS REVIENNENT D'ABORD À L'ASSURÉ

À l'issue d'une procédure judiciaire, l'assuré peut se voir allouer une somme pour récupérer ses frais et dépens. Il est alors prioritaire sur son assureur de protection juridique qui peut récupérer une partie des frais exposés pour la défense de son assuré, mais seulement si ce dernier a pu récupérer ses propres frais.



L'assureur de protection juridique peut utilement prévoir une clause dans son contrat d'assurance pour rappeler les dispositions de l'article L.127-8 du Code des assurances et éviter ainsi des incompréhensions de l'assuré concernant la récupération des sommes obtenues en justice par ce dernier au titre de l'article 700 du CPC et des dépens.

À la réception d'une construction, le maître de l'ouvrage a constaté plusieurs désordres et a assigné le constructeur, avec l'assistance de son assureur de protection juridique. À l'issue de la procédure judiciaire, le tribunal de grande instance a condamné le constructeur à régler à l'assuré la somme de 3 000 euros au titre de l'article 700 du Code de procédure civile (CPC) et des dépens.

L'assureur de protection juridique, qui a avancé les frais de procédure, a sollicité, auprès du constructeur, le remboursement de ces sommes à son profit.

Le maître de l'ouvrage (l'assuré) s'oppose à la récupération de ces sommes par son assureur et demande leur versement à son profit.

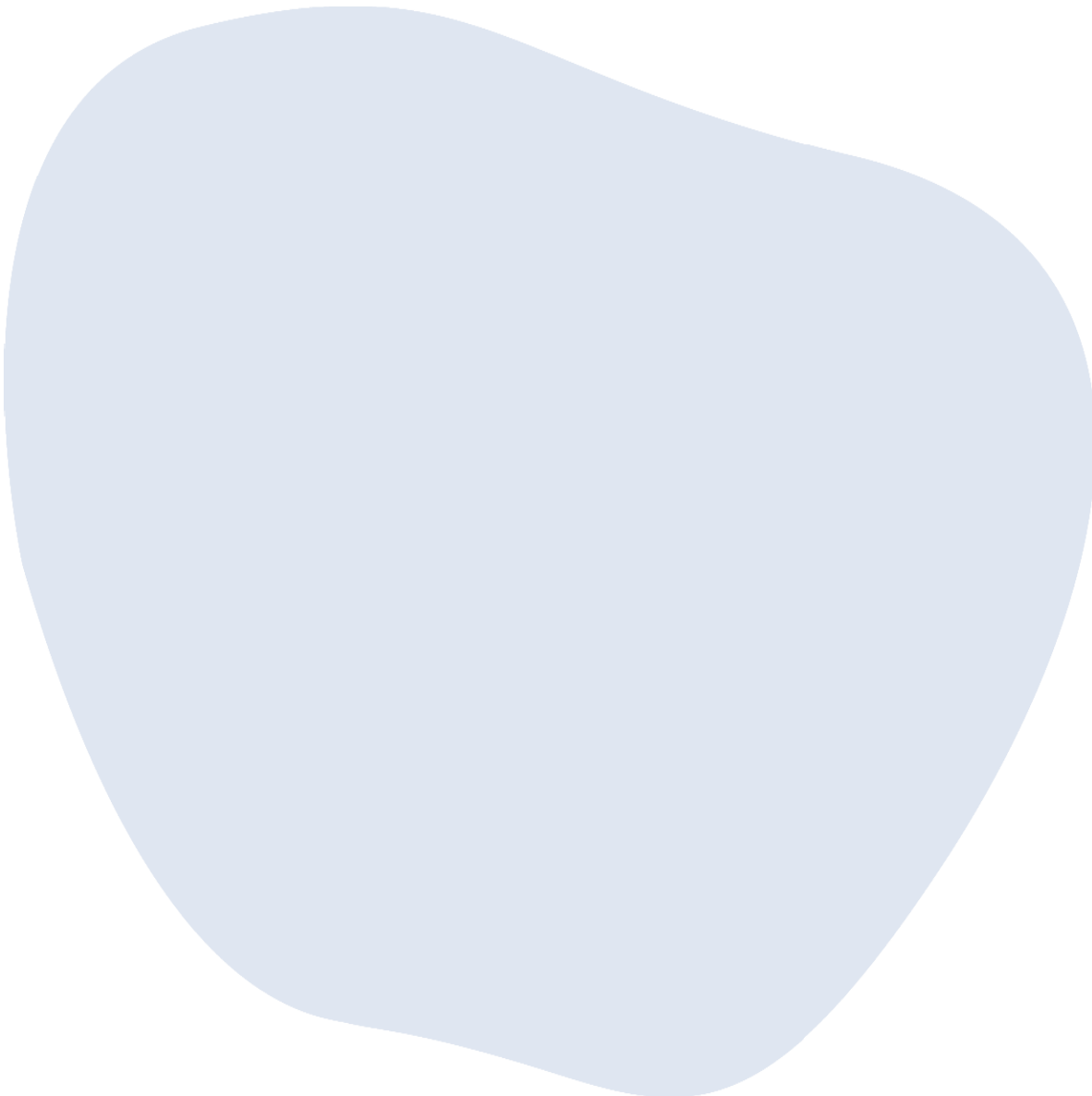
L'article L.127-8 du Code des assurances prévoit que « le contrat d'assurance de protection juridique stipule que toute somme obtenue en remboursement des frais et des honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficie par priorité à l'assuré pour les dépenses restées à sa charge et, subsidiairement, à l'assureur, dans la limite des sommes qu'il a engagées ».

Ainsi, l'assuré qui a exposé des frais pour sa défense conserve le droit de les récupérer par priorité à son assureur.

Les sommes allouées au titre de l'article 700 du CPC et des dépens reviennent prioritairement à l'assuré. L'assureur ne pourra récupérer une partie des frais qu'il a engagés qu'une fois l'assuré complètement remboursé de ses propres frais.

L'assureur a donc pour obligation de reverser en priorité à l'assuré qui a personnellement exposé des frais, en application de l'article L.127-8 du Code des assurances, une partie des sommes obtenues en justice au titre de l'article 700 du CPC et des dépens.

L'assureur a avancé la somme de 10 340 euros pour assurer la défense de son assuré. Ce dernier ayant de son côté justifié avoir dépensé personnellement la somme de 1 440 euros en frais d'avocat, il doit donc être remboursé en priorité à hauteur de cette somme sur les 3 000 euros accordés par le tribunal au titre de l'article 700 du CPC et des dépens. Le solde revient à l'assureur, soit la somme de 1 560 euros. ●





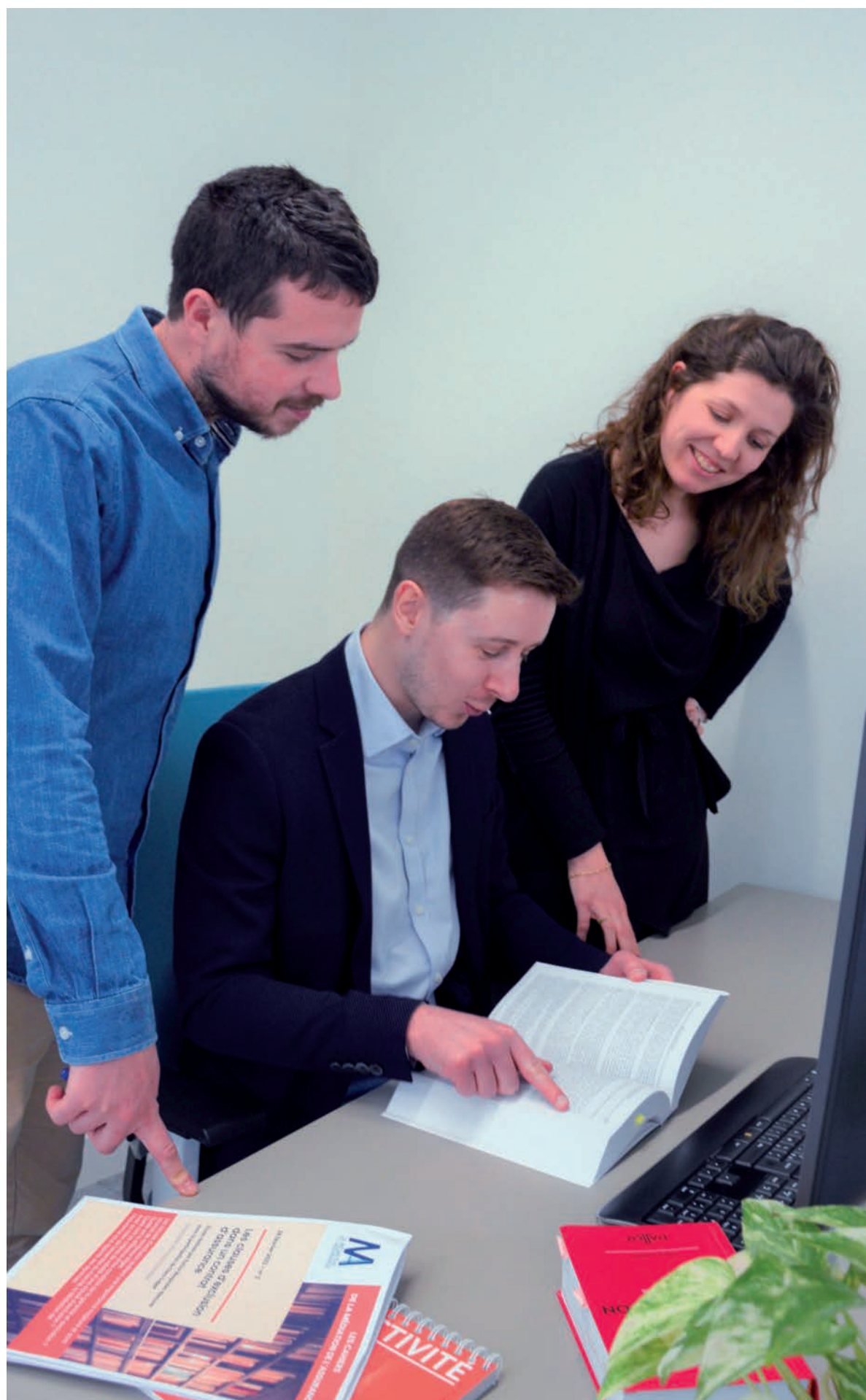


LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES



LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LA RELATION CONTRACTUELLE



LE BILAN PATRIMONIAL PERMET À L'ASSUREUR DE JUSTIFIER LE CONSEIL DONNÉ

Lors de l'adhésion à un contrat d'assurance vie, l'intermédiaire d'assurance est débiteur d'un devoir d'information et de conseil envers son client. Il doit recueillir ses exigences et ses besoins afin de lui proposer un contrat d'assurance adapté à sa situation.



Pour éviter tout litige, l'assuré doit faire preuve de vigilance dans les réponses apportées au bilan patrimonial afin que le professionnel, qu'il soit assureur ou intermédiaire, l'oriente efficacement en lui proposant un produit en parfaite adéquation avec ses exigences et ses besoins.

Il est recommandé aux intermédiaires et assureurs de conserver le document de conseil signé par le client afin de pouvoir prouver qu'ils ont satisfait à leur devoir de conseil.

Un assuré a adhéré à un contrat d'assurance vie par l'intermédiaire d'une société de courtage.

Préalablement à la mise en place de l'adhésion, l'intermédiaire d'assurance a, pour fonder son conseil, posé un certain nombre de questions au futur assuré. Il en a consigné les réponses dans un bilan patrimonial qui lui a permis de déterminer le profil d'investisseur de l'assuré et le support correspondant.

L'assuré a décidé, suivant le conseil du courtier, de verser l'intégralité de ses primes sur un support en unités de compte.

Quelques années plus tard, constatant une évolution défavorable de son épargne, l'assuré a estimé que son courtier avait manqué à son devoir de conseil lors de son adhésion au contrat, au motif que celui-ci n'était pas adapté à sa situation. Il a également ajouté que l'intermédiaire lui avait affirmé « *oralement* » que le capital était garanti à 100 %.

Les dispositions contractuelles opposables à l'assuré précisaient en caractères très apparents que le

montant de l'épargne investi sur des supports en unités de compte n'était pas garanti et était sujet à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant de l'évolution des marchés financiers.

Il ressortait également des conditions générales que le contrat proposait une garantie en capital à hauteur de 45 %.

L'assuré avait donc connaissance d'une éventuelle perte en capital en cas d'investissement sur un support en unités de compte.

Par ailleurs, au regard des réponses apportées par l'assuré dans le bilan patrimonial établi avant l'adhésion, il apparaît, d'une part, que ce dernier avait indiqué avoir des connaissances en matière financière lui permettant d'appréhender les risques inhérents à un investissement sur des unités de compte et, d'autre part, qu'il avait accepté l'existence d'un risque de contre-performance.

Ainsi, le contrat d'assurance vie litigieux n'était pas inadapté à la situation de l'assuré. La société de courtage n'a donc pas manqué à son devoir de conseil. ●

L'ASSURÉ DOIT ÊTRE MIS EN GARDE LORSQUE SON CONTRAT PRÉVOIT DES GARANTIES RESTRICTIVES

L'assureur est libre de déterminer l'étendue des garanties qu'il souhaite délivrer. S'il choisit de limiter la couverture à des risques bien précis, l'assureur doit mettre en garde l'assuré sur le caractère restrictif de ses garanties.

Une assurée a souscrit en 2017 un contrat d'assurance destiné à lui garantir le versement d'un capital en cas de dommages corporels résultant d'un accident.

En 2020, elle s'est blessée à la main en chutant à son domicile et a été opérée pour une pathologie en lien avec cet événement. Elle a alors estimé être victime d'un accident, et a sollicité le paiement du capital prévu contractuellement en cas de « handicap » car cette pathologie l'empêchait d'exercer sa profession de coiffeuse.

L'entreprise d'assurance a refusé de faire droit à sa demande, en se fondant sur la clause selon laquelle toutes les maladies, y compris celles consécutives à un accident, étaient exclues des garanties du contrat. Ainsi, l'assureur a précisé que seules les séquelles directes et exclusives de l'accident et hors maladie étaient couvertes.

Par principe, les distributeurs d'assurance sont tenus à un devoir de conseil qui suppose qu'ils guident le contractant dans ses choix, orientent sa décision au regard de sa situation personnelle et le mettent en garde à chaque fois que la garantie envisagée comporte un risque.

L'entreprise d'assurance peut donc être amenée à prodiguer un « conseil négatif » consistant à mettre en garde l'assuré sur les inconvénients du contrat au regard de sa situation personnelle ou du contenu des garanties.

En l'espèce, les maladies consécutives à un accident ne sont pas

prises en charge au titre du contrat, ce qui restreint le champ d'application de la garantie aux blessures et non aux maladies engendrées par les blessures.

Or, au regard du tableau des garanties et de l'intitulé de la garantie qui sous-entendait une protection contre tout accident de la vie privée, l'assurée avait légitimement pu croire qu'elle serait couverte pour tout dommage consécutif à un accident, y compris en cas de maladie. En outre, les termes de « blessures » et de « maladie » n'étaient pas définis par le contrat. L'assurée étant une profane du secteur de l'assurance, cela ne lui a donc pas permis d'appréhender suffisamment l'étendue de ses garanties.

Le fait pour une entreprise d'assurance de ne pas alerter l'assuré sur le caractère restrictif des garanties de son contrat constitue un manquement à son devoir de conseil. L'assuré peut alors prétendre, en raison du préjudice subi, c'est-à-dire une perte de chance d'avoir pu souscrire un autre contrat plus adapté, à une indemnisation sous forme de dommages et intérêts.

Le Médiateur a donc invité l'assureur, en raison de la perte de chance subie par l'assurée de bénéficier d'une garantie plus adaptée couvrant toutes les conséquences d'un accident, à lui verser à titre de dommages et intérêts 80 % du capital prévu aux termes de la garantie accident. ●



Pour respecter son devoir de conseil, l'entreprise d'assurance doit mettre en garde l'assuré, au moment de la souscription, sur le caractère restrictif de sa couverture.

Pour permettre à l'assuré de comprendre l'étendue de ses garanties, la notice d'information du contrat doit être rédigée de manière à ne pas tromper l'assuré sur la réalité du contenu de ses garanties.

EXCLUSION

Étude réalisée par Angéline Bich

UNE CLAUSE D'EXCLUSION NE DOIT PAS ÊTRE DISCRIMINATOIRE

Une clause excluant toute affection survenant en cours de grossesse ne saurait être opposable par l'assureur, car elle est discriminatoire envers la femme assurée.



L'assureur doit s'assurer que les clauses d'exclusion sont formelles, limitées et mentionnées en caractères très apparents. Il lui appartient également de vérifier qu'elles respectent le principe d'égalité de traitement entre les hommes et les femmes.

Le contrat d'assurance est un contrat aléatoire. Ainsi, le congé légal de maternité ne peut être pris en charge par un assureur puisqu'il ne constitue pas un événement incertain.

Une assurée a adhéré à un contrat d'assurance ayant pour objet la prise en charge de ses échéances de prêt en cas d'incapacité temporaire totale de travail. Elle a sollicité la mobilisation de son contrat pour un arrêt de travail survenu au cours de sa grossesse, avant le congé légal de maternité.

L'assureur a refusé toute prise en charge en se fondant sur la clause d'exclusion suivante : « Ne sont pas considérées comme une période d'incapacité, la période de grossesse couverte ou non par le congé légal de maternité tel que prévu par le Code du travail ».

En vertu du principe de liberté contractuelle, l'assureur peut librement déterminer l'étendue des garanties qu'il souhaite délivrer, sous réserve du respect de la réglementation applicable.

La clause d'exclusion était formelle, limitée et mentionnée en caractères très apparents, conformément aux articles L.113-1 et L.112-4 du Code des assurances.

Toutefois, il ne s'agit pas de la seule réglementation à laquelle une clause d'exclusion doit se conformer pour être valable. En effet, le considérant 20 de la Directive 2004/113/CE du Conseil du 13 décembre 2004 met en œuvre le principe d'égalité de traitement entre les femmes et les hommes dans l'accès et la fourniture de biens et services.

L'article L.111-7 du Code des assurances confirme ce principe et dispose ainsi que « Toute discrimination directe ou indirecte fondée sur la prise

en compte du sexe comme facteur dans le calcul des primes et des prestations ayant pour effet des différences en matière de primes et de prestations est interdite. Les frais liés à la grossesse et à la maternité n'entraînent pas un traitement moins favorable des femmes en matière de primes et de prestations ».

En vertu de ces dispositions, une femme ne peut donc, en raison de son état de grossesse, percevoir des prestations moindres.

En l'occurrence, la clause d'exclusion prévoyait que tout arrêt de travail survenant pendant la période de grossesse ne constituait pas une incapacité temporaire totale de travail pouvant être prise en charge. En d'autres termes, toute affection survenant pendant la grossesse était exclue.

Certaines affections pouvaient donc être prises en charge si elles survenaient en dehors de la grossesse. Une distinction était ainsi opérée suivant que l'assurée était en période de grossesse ou non, ce qui impliquait une différence de traitement entre femmes enceintes ou non, et entre hommes et femmes.

La clause ne respectant pas la réglementation précitée, elle ne pouvait donc pas être opposée à l'assurée par l'assureur. Aucun élément n'avait été transmis au dossier s'agissant de l'affection dont était atteinte l'assurée. Le Médiateur a donc invité l'assureur à reprendre l'instruction du dossier et à se prononcer au regard des éléments qui seraient transmis par l'assurée. ●

LES ANTÉCÉDENTS CONNUS PAR L'ASSUREUR AVANT SINISTRE NE PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UNE SANCTION POUR FAUSSE DÉCLARATION

Les sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances en cas de fausse déclaration du risque ne s'appliquent pas lorsque l'assureur avait connaissance, avant la souscription d'un second contrat et avant la survenance d'un sinistre, des antécédents médicaux non déclarés par l'assuré.

Dans le cadre d'un premier prêt immobilier, un assuré a adhéré à un contrat d'assurance afin de garantir le remboursement des échéances de ce prêt, notamment en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT). À cette occasion, il a été invité à déclarer ses antécédents médicaux au moyen d'un questionnaire de santé et a déclaré une pathologie.

Un an plus tard, dans le cadre d'un second prêt, l'assuré a formulé une nouvelle demande d'adhésion auprès du même assureur. Il a de nouveau été convié à remplir un questionnaire de santé.

Placé ensuite en arrêt de travail pour une autre pathologie, l'assuré a demandé à l'assureur la mise en jeu de la garantie ITT de l'assurance emprunteur couvrant son second prêt immobilier.

Toutefois, l'entreprise d'assurance a refusé, au motif que l'assuré avait omis de signaler un de ses antécédents médicaux lors de sa seconde adhésion. Elle lui a donc opposé la sanction prévue par l'article L.113-9 du Code des assurances, en cas de fausse déclaration non-intentionnelle.

L'assuré a contesté cette décision, en estimant que l'assureur avait connaissance de son état de santé dès la souscription de son premier contrat.

En effet, bien que cet antécédent médical n'ait pas été déclaré lors de

sa seconde adhésion, il avait tout de même été porté à la connaissance de l'assureur par le biais du questionnaire de santé rempli et signé dans le cadre de sa première adhésion.

La Cour de cassation a admis de longue date⁽¹⁾ que si l'assuré établit que l'assureur avait connaissance de la circonstance non-déclarée, il peut échapper aux sanctions prévues en cas de fausse déclaration du risque. En l'espèce, les pièces du dossier prouvaient que l'état de santé de l'assuré avait bien été porté à la connaissance de l'assureur avant la souscription du second contrat et la survenance de l'arrêt de travail. Notamment, un courrier du médecin-conseil de la société d'assurance, adressé à l'assuré dans le cadre de sa déclaration d'état de santé pour sa première adhésion, l'invitait à remplir un questionnaire plus spécifique à cette pathologie.

L'assureur étant au courant de l'état de santé de l'assuré, il ne pouvait se prévaloir de l'article L.113-9 du Code des assurances pour refuser la prise en charge des échéances du prêt. En effet, la jurisprudence constante considère que les sanctions en cas de fausse déclaration ne s'appliquent pas aux informations que l'assureur connaissait ou aurait dû connaître. Dès lors, le Médiateur a invité la société d'assurance à délivrer sa garantie ITT. ●



Au moment de souscrire ou d'adhérer à un contrat d'assurance, le prospect doit répondre exactement aux questions posées par l'assureur relatives à son état de santé.

Toute omission, même sans lien direct avec la réalisation du sinistre, peut priver l'assuré d'une prise en charge par l'assureur. C'est pourquoi l'assuré doit veiller à n'omettre aucune information médicale lorsqu'il répond à un questionnaire de santé.

⁽¹⁾ Notamment : Cass. 1^{ère} Civ., 19 mai 1999, n° 97-14.120.

LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE D'ANNUITÉS GARANTIES EST IRRÉVOCABLE

L'assureur peut prévoir au sein d'un contrat de retraite le versement d'annuités garanties à un bénéficiaire désigné, en cas de décès de l'assuré-adhérent.



La désignation d'un bénéficiaire dans le cadre du versement d'annuités garanties prévu par un contrat de retraite est plus contraignante pour l'assuré que dans le cadre d'un contrat d'assurance vie.

Un assuré a adhéré à un contrat collectif d'assurance sur la vie dit article 83, ayant pour objet la constitution d'une retraite supplémentaire. À la suite de sa mise à la retraite, il a liquidé son contrat et choisi de percevoir une rente à vie. Son contrat prévoyait par ailleurs une garantie optionnelle dite d'« annuités garanties » selon laquelle, en cas de décès de l'assuré-adhérent, le solde de ses annuités sera versé au bénéficiaire qu'il aura désigné le jour de la liquidation de ses droits viagers.

En l'espèce, l'épouse de l'assuré-adhérent a été nominativement désignée en qualité de bénéficiaire des annuités garanties du contrat. En instance de divorce, l'assuré-adhérent a par la suite demandé la révocation de la bénéficiaire. L'assureur a refusé de faire droit à sa demande.

En principe, conformément à l'article L.132-8 du Code des assurances, la modification du bénéficiaire d'un contrat d'assurance sur la vie est possible, sous réserve que ce dernier n'ait pas accepté sa désignation. Dans ce cas, le souscripteur pourra modifier le bénéficiaire à tout moment.

A contrario, en vertu de l'article L.132-9

du Code des assurances, lorsque le bénéficiaire a accepté sa désignation dans les conditions prévues par la loi, son acceptation est irrévocable. Ces articles ne sont toutefois pas applicables concernant le bénéficiaire d'annuités garanties au titre d'un contrat de retraite.

En ce sens, il ressort du Bulletin Officiel des Finances Publiques⁽¹⁾ que certains contrats d'assurance peuvent offrir « à la souscription des adhérents une garantie optionnelle dite d'« annuités garanties » par laquelle l'assureur garantit aux intéressés une durée minimale de service de la rente [...]. Ainsi, en cas de décès de l'adhérent [...], le solde des annuités est versé à un bénéficiaire désigné par l'adhérent au jour de la liquidation de ses droits viagers ».

Aussi, il est précisé que « l'insertion d'une telle garantie, non expressément prévue par la loi, est toutefois autorisée sous réserve :

- ♦ [...] que le nombre d'annuités garanties n'excède pas l'espérance de vie de l'adhérent à l'âge auquel il liquide ses droits viagers (déterminée selon les tables de génération prévues à l'article A.335-1 du Code des

(1) BOI-IR-BASE-20-50-10, § 90.

RETRAITE

assurances et diminuée de cinq ans) ;

♦ [...] que les bénéficiaires des annuités garanties soient définitivement et irrévocablement désignés par l'adhérent au jour de la liquidation de ses droits viagers ».

Ainsi, et par exception aux dispositions des articles L.132-8 et L.132-9 du Code des assurances, la désignation du bénéficiaire des annuités garanties est définitive et irrévocable au jour de la liquidation des droits viagers de l'assuré-adhérent, peu importe que le bénéficiaire ait accepté ou non sa désignation.

Le bénéficiaire d'annuités garanties dans le cadre d'un contrat de retraite ne peut être modifié par l'adhérent-assuré. En effet, cette désignation est définitive et irrévocable au jour de la liquidation des droits viagers. L'assureur était donc fondé à refuser la révocation de la bénéficiaire désignée. ●



Les assureurs sont invités à alerter leurs assurés, au moment de la liquidation de leurs droits viagers, sur le caractère définitif et irrévocable de cette désignation pour les contrats retraite prévoyant le versement d'annuités garanties.

LA FACULTÉ DE RACHAT S'EXERCE LIBREMENT SANS ACCEPTATION CONFORME DU BÉNÉFICIAIRE

Tant que l'assuré et le souscripteur sont en vie, l'acceptation de l'assurance vie par le bénéficiaire doit répondre à certaines exigences légales. À défaut, la faculté de rachat, droit personnel du souscripteur, peut être exercée sans l'accord préalable de ce bénéficiaire.



Les assureurs doivent vérifier la conformité des documents d'acceptation qui leur sont communiqués et qui doivent nécessairement comporter, depuis le 19 décembre 2007, l'accord du souscripteur du contrat d'assurance vie.

En cours de contrat, le bénéficiaire d'une assurance vie fait parvenir à l'assureur un courrier par lequel il fait part de son acceptation du bénéfice de la stipulation faite à son profit. L'assureur l'informe de la non-conformité de cette acceptation en raison de l'absence de signature du souscripteur. Il invite alors le bénéficiaire à lui retourner un document d'acceptation portant à la fois sa signature et celle du souscripteur.

Quelques jours plus tard, le souscripteur sollicite le rachat partiel de son contrat. N'ayant pas reçu, de la part du bénéficiaire, d'acceptation régularisée, l'assureur exécute la demande de rachat. Le bénéficiaire conteste cette opération réalisée sans son accord préalable et en demande l'annulation.

L'assureur refuse de faire droit à sa demande au motif qu'en l'absence d'une acceptation respectant le formalisme prévu à l'article L.132-9

du Code des assurances, l'opération de rachat contestée n'était pas subordonnée à l'accord du bénéficiaire et devait être exécutée.

Conformément aux articles L.132-9 et L.132-12 du Code des assurances, le droit du bénéficiaire né de la stipulation faite à son profit n'est consolidé qu'à compter de son acceptation. Le droit au bénéfice dûment accepté devient alors irrévocable et le souscripteur ne peut plus exercer sa faculté de rachat sans l'accord préalable du bénéficiaire acceptant.

Néanmoins, l'acceptation du contrat par le bénéficiaire désigné, si elle intervient avant le décès de l'assuré ou du souscripteur, doit elle-même avoir été approuvée par ce dernier.

L'article L.132-9 susvisé prévoit en effet, depuis la loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007, que « pendant la durée du contrat, après acceptation du

bénéficiaire, le stipulant ne peut exercer sa faculté de rachat ». Il est précisé que « tant que l'assuré et le stipulant sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'entreprise d'assurance, du stipulant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé du stipulant et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit ». Ces dispositions s'appliquent aux acceptations postérieures au 18 décembre 2007.

Aussi, le bénéficiaire qui manifeste son souhait d'accepter le bénéfice du contrat doit recourir à l'une des formes prévues par la loi. Quelle que soit la forme utilisée, le souscripteur doit y avoir consenti en apposant sa propre signature sur le document d'acceptation. À défaut, l'acceptation ne peut être considérée comme conforme ni donc produire ses effets.

Du fait de la non-conformité du document d'acceptation reçu ne comportant pas de signature du souscripteur, et en l'absence de régularisation avant l'ordre de rachat, il ne pouvait être reproché à l'assureur d'avoir procédé à cette opération. En l'état, le souscripteur conservait le droit d'exercer librement sa faculté de rachat sur son contrat d'assurance vie sans l'accord du bénéficiaire. Ainsi, l'assureur a, à bon droit, refusé d'annuler l'opération de rachat. ●



Pour les acceptations antérieures au 19 décembre 2007, la Cour de cassation a posé le principe selon lequel le bénéficiaire acceptant ne peut s'opposer à une demande de rachat du souscripteur, sauf renonciation expresse de ce dernier à son droit.



LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT



L'EXPERTISE MÉDICALE PERMET DE DÉTERMINER SI LA GARANTIE PEUT ÊTRE MOBILISÉE

L'assureur ne peut être tenu au-delà des prestations prévues par le contrat. Pour déterminer si les conditions de mise en œuvre de la garantie, fixées au contrat, sont réunies, il peut avoir recours à une expertise médicale.



En cas de persistance d'un litige relatif à l'évaluation de son état de santé par l'assureur, l'assuré est en droit de solliciter auprès de lui la mise en œuvre d'une contre-expertise.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance emprunteur ayant notamment pour objet la prise en charge de ses échéances de prêt en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).

Il a été placé en arrêt de travail en raison d'une affection et a, dans un premier temps, fait l'objet d'une prise en charge par son assureur au titre de la garantie ITT. Toutefois, à la suite des conclusions de l'expertise médicale mise en œuvre par l'assureur, ce dernier a cessé de verser son indemnisation. En effet, l'expert a indiqué que l'assuré était apte à la reprise partielle de son activité professionnelle.

L'assuré a alors contesté cette décision en remettant en cause la légitimité des conclusions expertales, invoquant les conclusions de l'expertise médicale initiée par son employeur, qu'il estimait plus favorables.

En matière de prévoyance, l'assureur peut, s'il le juge nécessaire, mettre en œuvre une expertise médicale afin d'évaluer l'état de santé de

l'assuré. Cette évaluation médicale permet de décider si une prise en charge du sinistre peut être accordée ou refusée, ou si elle peut être poursuivie. Cette faculté, offerte à l'assureur, doit être prévue contractuellement.

Les assurés expriment souvent une incompréhension quant aux conclusions rendues, d'autant plus lorsque celles-ci divergent d'expertises rendues par d'autres organismes. Cependant, l'assureur ne peut être tenu par ces conclusions médicales. En effet, le médecin-expert a pour mission d'analyser l'état de santé de l'assuré à la lumière des conditions de garanties propres au contrat d'assurance auquel l'assuré a adhéré. Ce principe est généralement rappelé au sein des conditions générales remises à l'assuré lors de son adhésion.

L'assuré dispose néanmoins d'un recours dans ce type de situation, dans la mesure où l'expertise médicale diligentée par l'assureur déclenche le début d'une procédure contradictoire. Ainsi, s'il existe une opposition entre l'expertise médicale

et les éléments médicaux apportés par l'assuré, ce dernier possède le droit de solliciter une contre-expertise moyennant généralement le règlement des frais attenants à celle-ci. Ce droit doit obligatoirement être prévu par le contrat d'assurance afin de respecter le caractère contradictoire de la procédure. Enfin, si l'expert de l'assuré et celui de l'assureur ne parviennent pas à un accord, alors une tierce-expertise peut être engagée. Ce troisième expert est choisi d'un commun accord par les deux parties et les frais de cette tierce-expertise sont supportés conjointement.

Ainsi, grâce au caractère contradictoire de la procédure d'expertise, l'assuré reste libre – en cas de désaccord avec la décision du médecin-expert et/ou de doute sur la légitimité de ce dernier – de mettre en œuvre une contre-expertise. L'assureur avait bien proposé la mise en œuvre d'une contre-expertise à l'assuré, qui l'avait refusé. Les conclusions médicales rendues en première intention lui étaient donc opposables. ●



L'assureur est tenu de rappeler expressément au sein du contrat d'assurance que l'assuré dispose d'un droit à une contre-expertise. À défaut, le Médiateur peut l'inviter à diligenter une telle procédure à ses frais, à titre de sanction.

LA FACULTÉ DE RACHAT D'UN CONTRAT RETRAITE NE DÉPEND PLUS DE LA CAUSE DE LA PERTE D'EMPLOI

Le Code des assurances énumère strictement les événements qui permettent le déblocage anticipé d'un contrat retraite, notamment l'expiration des droits aux allocations chômage après une perte involontaire d'emploi.



Dans un esprit d'équité, compte tenu des évolutions législatives des dernières années, les assureurs sont invités à faire droit aux demandes de rachat des contrats de retraite supplémentaire souscrits antérieurement à la loi Pacte en cas d'expiration des droits aux allocations chômage de l'assuré même si la situation ne correspond pas à une « *perte involontaire d'emploi* » au sens de l'article L.132-23 du Code des assurances.

L'assuré, dont les droits aux allocations chômage octroyées à la suite d'une rupture du contrat de travail sont venus à expiration, peut solliciter le rachat exceptionnel de son contrat d'assurance retraite.

Un salarié a adhéré à un contrat collectif d'assurance sur la vie de type article 83, souscrit par son employeur, ayant pour objet la constitution d'une retraite supplémentaire. À la suite de la rupture conventionnelle de son contrat de travail, il a sollicité en septembre 2019, à la fin de ses droits d'allocations chômage, le déblocage anticipé de son contrat sur le fondement de l'article L.132-23 du Code des assurances. Ce dernier autorise en effet le rachat exceptionnel en cas d'expiration des droits aux allocations chômage accordées à la suite d'une perte involontaire d'emploi.

L'assureur a précisé que la rupture conventionnelle ne pouvait pas être considérée comme une perte involontaire d'emploi. Il a ainsi refusé de faire droit à la demande de rachat au motif que seul le licenciement figurait parmi les cas de déblocage anticipé prévus par le Code des assurances.

Avant la loi Sapin II (1), l'article susvisé prévoyait notamment la possibilité de rachat anticipé en cas d'expiration des droits de l'assuré aux allocations chômage accordées en cas de licenciement.

Cette loi est venue élargir les facultés de rachat des contrats de retraite supplémentaire à l'hypothèse, moins restrictive, d'une « *perte involontaire d'emploi* ».

Puis, la loi Pacte (2) est allée encore plus loin en supprimant la notion de « *perte involontaire d'emploi* » dans l'article L.224-4 du Code monétaire et financier, relatif au rachat anticipé des contrats Plan d'Épargne Retraite (PER). Ainsi, la loi n'exige plus que l'« *expiration des droits à l'assurance chômage* ».

Désormais, selon la volonté du législateur d'élargir les cas de rachat anticipé des contrats PER, les assurés titulaires de ces nouveaux contrats, disponibles depuis le 1^{er} octobre 2019, pourront ainsi procéder au rachat lorsque leurs droits aux allocations chômage arriveront à expiration, peu important la cause de rupture du contrat de travail ayant conduit à l'ouverture de ces droits.

Pour les autres contrats ne relevant pas de la loi Pacte, l'article L.132-23 du Code des assurances demeure applicable et n'est toujours pas aligné sur l'article L.224-4 du Code Monétaire et financier.

Dans l'esprit de cette dernière évolution législative, dans un souci d'équité, l'assureur a été invité à faire droit à la demande de rachat de l'assuré après l'expiration de ses droits aux allocations chômage perçues à la suite d'une rupture conventionnelle. ●

(1) Loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016.

(2) Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

UN OBJET STATIQUE DANS SA POSITION NORMALE N'EST PAS UNE « CAUSE EXTÉRIEURE » EN CAS D'ACCIDENT

Il n'existe pas de cause extérieure lorsque le sinistre résulte d'un processus interne au corps de l'assuré, ni en présence d'un élément extérieur se trouvant dans une position ou une dynamique normale lors de la réalisation du sinistre.

Un assuré a souscrit, pour garantir le remboursement de son emprunt, un contrat qui prévoyait notamment la prise en charge des échéances du prêt en cas d'arrêt de travail d'origine accidentelle.

L'assuré s'est agenouillé au sol pour ramasser un trombone tombé sous son bureau. Au moment de se relever, craignant de se cogner au meuble tiroir, il a effectué un mouvement pour l'éviter et s'est blessé le genou. Il a alors été placé en arrêt de travail.

L'assureur a refusé la mise en œuvre de la garantie, au motif que le sinistre n'était pas d'origine accidentelle au sens du contrat.

Le contrat d'assurance définit la notion d'accident. Aussi, lorsqu'un assuré demande la prise en charge d'un sinistre au titre d'une garantie assurant la couverture du risque « accident », l'assureur étudie la demande de prise en charge au regard des critères contractuels.

L'accident comprend traditionnellement la notion d'extériorité. Ainsi, l'assureur appréciera l'existence ou non d'un élément extérieur ayant concouru, en tout ou en partie, à la survenance du sinistre.

La cause extérieure s'oppose aux causes internes dues à l'état physique de l'assuré. Ainsi, pour que la cause du dommage soit extérieure, l'assuré ne doit notamment pas présenter de prédispositions pathologiques. En présence d'un élément extérieur, la position ou la dynamique normales ou anormales de cet élément sont également déterminantes.

La blessure de l'assuré a été causée par le fait qu'il se soit agenouillé et ait eu un mouvement pour éviter un objet statique.

L'élément extérieur – à savoir le meuble tiroir du bureau – présentait, au moment du sinistre, une position ainsi qu'une dynamique normales. Il n'est donc pas considéré comme une cause extérieure telle que définie par le contrat.

La notion d'extériorité faisant défaut, le sinistre ne constituait pas un accident au sens du contrat : le sinistre de l'assuré résulte d'un processus interne au corps sans intervention de l'élément extérieur qui présentait une dynamique ou une position normale au moment des faits.

La garantie du contrat, prévoyant la prise en charge des arrêts de travail d'origine accidentelle, ne peut donc pas être mise en œuvre. ●



La délivrance d'une garantie en cas de sinistre accidentel dépend de la définition contractuelle de l'accident : les assurés doivent lire attentivement les conditions générales et/ou la notice d'information de leur contrat, et notamment le lexique pour connaître l'étendue de leurs garanties.

L'assureur est libre de déterminer les risques qu'il entend garantir. Il peut donc proposer une définition contractuelle de la notion d'accident plus restrictive que l'usage du mot dans le langage courant.

LA GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL PEUT PRÉVOIR L'IMPOSSIBILITÉ D'EXERCER TOUTE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Pour bénéficier de la mise en œuvre de la garantie ITT, certains contrats exigent que l'assuré ne puisse plus exercer aucune activité professionnelle après la survenance du sinistre, et non la seule activité professionnelle qu'il exerçait auparavant.



Les assureurs doivent expliquer clairement dans leur contrat ce qui est pris en charge au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail et attirer l'attention des assurés, au moment de la souscription, sur les conditions de sa mise en œuvre.

Dans le cadre d'un prêt immobilier, un assuré a adhéré à un contrat d'assurance afin de garantir le remboursement des échéances de son prêt, notamment en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).

À la suite d'un accident de voiture, l'assuré a été placé en arrêt de travail. L'assureur a initialement accepté de prendre en charge les échéances de son prêt. Puis, à l'issue d'une expertise médicale, il a cessé d'indemniser le sinistre car l'assuré a été reconnu médicalement apte à la reprise d'une activité professionnelle.

En effet, son état de santé ne lui permet plus d'exercer son métier d'ambulancier. L'expertise médicale a cependant conclu qu'il pouvait occuper un poste administratif. L'assuré a donc contesté la décision de l'assureur : il estimait qu'il n'était pas apte à la reprise de son activité professionnelle, et qu'il convenait alors de poursuivre la prise en charge des échéances de son prêt.

La mise en œuvre de la garantie incapacité temporaire totale de travail, telle que prévue par le contrat d'assurance, impliquait que l'assuré ne puisse exercer aucune activité professionnelle, même partiellement.

Deux médecins-experts se sont prononcés sur l'état de santé de l'assuré. Le premier a estimé que le sinistre ne l'empêchait pas d'exercer l'activité professionnelle qu'il exerçait auparavant – chauffeur ambulancier. Le second a considéré que la reprise d'une activité professionnelle était possible mais a préconisé un reclassement professionnel sur un poste administratif.

Dès lors, même si les avis médicaux précités étaient divergents quant à la possibilité pour l'assuré de reprendre exactement la même profession que celle exercée avant son arrêt de travail, tous deux concluaient à la possibilité de reprise d'une activité professionnelle.

Ainsi, la condition contractuelle tenant à l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle pour percevoir la garantie n'était plus remplie.

L'assuré ne répondait plus aux conditions de mise en œuvre de la garantie ITT, tenant à l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle. Il ne pouvait ainsi plus prétendre à la prise en charge des échéances de son prêt. L'assureur était donc en droit de cesser le versement des prestations. ●

LE TRANSFERT D'UN CONTRAT ARTICLE 83 N'EST PAS TOUJOURS POSSIBLE EN CAS DE FUSION-ABSORPTION

L'assuré reste tenu d'adhérer au contrat article 83, et ne peut donc en demander le transfert, lorsque le contrat non résilié a été transféré à une nouvelle entreprise dans le cadre d'une opération de fusion-absorption.

Un assuré a adhéré à un contrat collectif de type article 83 ayant pour objet la constitution d'une retraite supplémentaire, souscrit par l'entreprise qui l'emploie. Cette dernière a été absorbée par une autre entreprise à l'occasion d'une opération de fusion-absorption.

L'assuré a alors considéré qu'il n'était plus tenu d'adhérer au contrat puisque son lien juridique avec l'entreprise qui l'employait initialement, par l'intermédiaire de son contrat de travail, avait été altéré par l'opération. Il a souhaité transférer son épargne retraite vers un contrat PERP.

L'assureur a refusé ce transfert, au motif que l'adhérent ne justifiait pas qu'il n'était plus tenu d'y adhérer au sens de l'article D.132-9 du Code des assurances, qui prévoit que « l'adhérent ayant quitté l'entreprise d'affiliation n'est plus tenu d'y adhérer ».

L'adhésion au contrat article 83 se dénoue lorsque l'assuré prend sa retraite. L'article L.132-23 du Code des assurances et son décret d'application prévoient néanmoins, en cours d'adhésion, la possibilité d'en transférer l'épargne vers un autre contrat de même nature.

Pour ce faire, il est nécessaire de remplir trois conditions : l'assuré ne doit plus être tenu d'adhérer au contrat article 83, le contrat d'accueil doit être un contrat de même nature, et les droits individuels de l'assuré doivent être en cours de constitution au jour de la demande de transfert.

L'article L.1224-1 du Code du travail prévoit le transfert automatique du contrat de travail du salarié de la société absorbée vers la société absorbante en cas de fusion-absorption. Cependant, il n'en est pas forcément de même pour le contrat article 83.

La Cour de cassation a mis un terme à ce débat (1) : d'une part, le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise absorbée est transmis automatiquement à l'entreprise absorbante en cas de fusion-absorption en vertu du principe de transmission universelle du patrimoine et, d'autre part, le contrat ne peut être résilié par l'assureur ou l'entreprise que par l'envoi d'une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance. Ces modalités sont d'ordre public.

Ni l'assureur ni la société absorbante n'ont dénoncé le régime mis en place et résilié le contrat article 83 dans le cadre de cette fusion-absorption. Par conséquent, le contrat a été transféré de l'entreprise souscriptrice initiale – absorbée – vers la nouvelle entreprise – absorbante. L'assuré, tenu d'adhérer à ce contrat, ne pouvait donc en demander le transfert.

Le contrat article 83 est automatiquement transféré de la société absorbée vers la société absorbante dès lors qu'il n'a pas été résilié. Dans ce cas, l'assuré ne peut en demander le transfert vers un PERP car il reste tenu d'y adhérer. ●



En cas de fusion-absorption de l'employeur initial par une nouvelle société, le Médiateur recommande aux assurés adhérant à un contrat article 83 de se rapprocher de leur employeur afin de connaître le sort réservé au contrat.

Si le contrat article 83 a été résilié, et que les deux autres conditions fixées par l'article L.132-23 du Code des assurances sont remplies, les assurés auront la possibilité, s'ils le souhaitent, d'en demander le transfert.

(1) Cass. 2^{ème} Civ., 1^{er} juillet 2003, n° 00-16.147.

LE TRANSFERT D'UN CONTRAT ARTICLE 83 EST POSSIBLE APRÈS LE DÉPART À LA RETRAITE DE BASE

Les assureurs refusent fréquemment de transférer un contrat dit article 83 vers un Plan d'Épargne Retraite (PER), au motif que le réclamant a déjà procédé à la liquidation de sa retraite de base.



La liquidation des droits à la retraite de base, n'empêche pas nécessairement le transfert d'un contrat article 83 vers un PER.

Un assuré avait adhéré, dans le cadre de son activité salariée, à un contrat dit article 83, souscrit par son employeur. Il est désormais à la retraite.

Il souhaite procéder au transfert de ce contrat vers un PER (Plan d'Épargne Retraite). L'assureur refuse au motif que le réclamant a liquidé ses droits à la retraite de base, et donc que le transfert est impossible, dans la mesure où les droits de l'assuré ne sont plus en cours de constitution.

En vertu de l'article L.132-23 du Code des assurances, et des articles D.132-6 à D.132-9, le transfert d'un contrat d'épargne retraite n'est possible que lorsque trois conditions sont remplies, à savoir, que l'assuré n'est plus tenu d'adhérer au contrat initial, que le contrat d'accueil est un contrat de même nature que le contrat transféré et que les droits individuels de l'assuré sont en cours de constitution au jour de la demande de transfert.

S'agissant de la première condition, le droit au transfert est possible lorsque l'adhérent n'est plus tenu d'adhérer au contrat article 83, notamment lorsqu'il quitte l'entreprise souscriptrice du contrat. En l'espèce, l'assuré n'était plus tenu d'adhérer au contrat souscrit par son employeur à compter de la date de son départ à la retraite.

Concernant la deuxième condition, la notion de contrat de même nature impose que les prestations du contrat d'accueil soient liées à la cessation d'activité professionnelle, ce qui est le cas du contrat PER.

S'agissant de la troisième condition, les droits individuels de l'assuré doivent être en cours de constitution au jour du transfert, ce qui implique que les droits individuels ne doivent pas être liquidés par la mise en œuvre d'un capital ou d'une rente.

Sur ce point, il y a lieu de préciser que la vie d'un contrat retraite connaît deux phases : la phase de

constitution durant laquelle l'épargne se forme par le versement des cotisations, et la phase de restitution qui débute lorsque le contrat est liquidé, c'est-à-dire que le capital constitué est transformé en rente.

Le transfert n'est possible que durant la phase de constitution.

Le départ à la retraite de base ne constitue pas un obstacle au transfert du contrat, dès lors que les autres conditions sont remplies. En effet, le contrat est toujours considéré « en phase de constitution », postérieurement à la liquidation des droits à la retraite de base, tant que le contrat article 83 n'est pas lui-même liquidé.

En d'autres termes, un assuré peut faire perdurer son contrat de retraite supplémentaire postérieurement à sa date de départ à la retraite de base. Le transfert de ce dernier demeurera possible tant que le versement, sous forme de rente ou de capital, des sommes dues au titre

du contrat n'a pas été mis en œuvre au profit de l'assuré.

Les trois conditions cumulatives nécessaires au transfert étant réunies, l'assureur a été invité à procéder au transfert du contrat article 83 vers le contrat PER, conformément à la demande de l'assuré. ●



La phase de constitution du contrat d'épargne retraite supplémentaire ne prend fin que lorsque le contrat est liquidé, c'est-à-dire lorsque la rente est mise en œuvre ou que le capital est versé.

LA REVALORISATION DU CAPITAL DE L'ASSURANCE VIE EN CAS DE DÉCÈS EN COURS D'EXERCICE

Si le contrat d'assurance vie prévoit un taux minimum garanti annuel, celui-ci peut être utilisé notamment pour calculer *prorata temporis* la revalorisation du capital en cas de décès en cours d'exercice, tandis que la participation aux bénéfices versée en fin d'année sera servie uniquement sur les contrats non dénoués à cette date.



Afin de permettre une information claire et complète, il est important que les contrats d'assurance vie indiquent avec précision les modalités de revalorisation du capital investi sur le support en euros, notamment en cas de décès avant l'attribution de la participation aux bénéfices servie en fin d'exercice.

Au décès d'un assuré titulaire d'un contrat d'assurance vie en euros, les bénéficiaires contestent le montant des capitaux qui leur sont versés. Ils sollicitent la revalorisation du capital investi, à hauteur du taux de participation aux bénéfices servi le 31 décembre au titre de l'année du décès, au *prorata* de la période comprise entre le 1^{er} janvier et la date de survenance de ce décès.

L'assureur refuse de faire droit à leur demande : il souligne qu'en cas de décès, les dispositions contractuelles prévoient une revalorisation de l'épargne *prorata temporis* sur la base du taux minimum fixé annuellement, lequel était de 0 % pour l'année considérée.

L'article L.132-29 du Code des assurances impose aux entreprises d'assurance vie de faire « *participer les assurés aux bénéfices techniques et financiers qu'[elles] réalisent* ». L'affectation de cette participation s'effectue selon des modalités de répartition librement définies par l'assureur (sauf clause prévoyant un droit individuel à participation).

Les entreprises d'assurance peuvent garantir contractuellement, par avance, une participation minimale aux bénéfices, *via* un taux minimum garanti déterminé chaque année et composé des intérêts techniques ainsi que de cette participation aux bénéfices.

Ce taux minimal doit être conforme aux règles édictées par les articles A.132-2 et A.132-3 du Code des assurances. Ces textes fixent des plafonds au-delà desquels les entreprises ne peuvent s'engager mais ne prévoient pas de minimum obligatoire.

En l'espèce, le contrat indiquait qu'une participation aux bénéfices était versée le 31 décembre et que celle-ci ne pouvait être inférieure à un taux garanti annuellement. Le contrat prévoyait en effet un taux minimum garanti annuel, sur la base duquel était calculée en cours d'année la rémunération du capital proportionnellement à la durée d'investissement. Il était précisé qu'en cas de décès, les bénéficiaires désignés recevaient le montant du

capital ainsi revalorisé en fonction de la date de ce décès.

Compte tenu de l'évolution des taux moyens des emprunts de l'État, le taux minimum annuel garanti avait été fixé à 0 % pour l'année au cours de laquelle était intervenu le décès de l'assuré. Ce dernier en avait eu connaissance *via* le relevé de situation établi pour l'année précédente.

Au regard de ce taux garanti nul et du dénouement du contrat par décès en cours d'année, le capital constitué n'avait pas été revalorisé au titre de l'exercice concerné.

Ainsi, l'entreprise d'assurance a fait une exacte application des dispositions contractuelles en ne procédant pas à la revalorisation du capital pour la période comprise entre le 1^{er} janvier de l'année du décès et la date de survenance de cet événement. ●





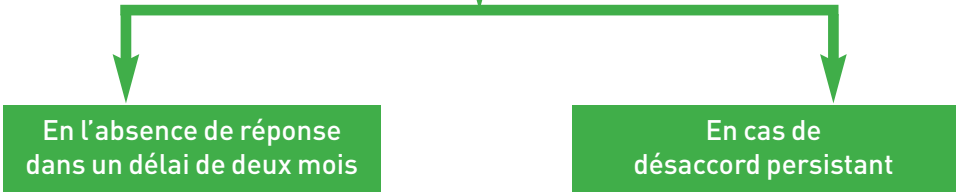
ANNEXES

LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

Quelques
étapes
importantes
avant de saisir
le Médiateur

VOUS ÊTES EN LITIGE AVEC VOTRE ASSUREUR OU VOTRE INTERMÉDIAIRE.

Faites part de votre réclamation au professionnel concerné.



VOUS POUVEZ SAISIR LE MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE.

Comment
saisir
le Médiateur ?

Rassemblez tous les documents nécessaires.

Envoyez votre dossier au Médiateur de l'Assurance



Le traitement
de votre
demande

EN CAS DE RECEVABILITÉ, LE MÉDIATEUR TRAITE VOTRE DEMANDE.

Le Médiateur étudie votre dossier et propose une solution.

COMMENT SAISIR LE MÉDIATEUR ?

FORMULAIRE DE SAISINE

EN LIGNE :

formulaire.mediation-assurance.org

OU PAR COURRIER :

La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

Votre saisine doit être accompagnée de documents clairs et lisibles. Un dossier complet fera l'objet d'une étude plus rapide.

Votre courrier de saisine doit comporter :

- les informations nécessaires au traitement de votre saisine :
vos coordonnées postales, le nom du professionnel d'assurance
– assureur ou intermédiaire d'assurance – et le type de contrat concernés ;
- un résumé de votre litige ;
- la solution attendue à votre problème.

Pensez à joindre à ce courrier la copie des documents permettant l'étude de votre demande :

- le courrier de réclamation adressé à l'assureur ou à l'intermédiaire
(datant de moins d'un an) ;
- les réponses éventuelles apportées par le professionnel exprimant sa position dans le litige ;
- votre contrat d'assurance accompagné des documents préalables à la souscription
(par exemple, la fiche conseil) ;
- tout autre document en lien avec le litige
(déclaration de sinistre, refus de prise en charge, etc.).

Les étapes de la procédure de médiation sont détaillées sur le site internet de la Médiation de l'Assurance :

<https://www.mediation-assurance.org/la-mediation-etape-par-etape/> ●



LA CHARTE DU MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE

PRÉAMBULE

L'association La Médiation de l'Assurance a pour objet de mettre à la disposition du consommateur un dispositif gratuit de règlement des litiges pouvant intervenir entre les particuliers et les entreprises d'assurance ou les intermédiaires d'assurance adhérant à la présente Charte et opérant en France, afin de rechercher des solutions amiables aux conflits opposant un consommateur à un assureur ou un intermédiaire portant sur la souscription, l'application ou l'interprétation d'un contrat d'assurance souscrit.

La présente Charte est adressée à toute personne qui saisit le Médiateur. Elle s'inscrit dans le dispositif légal de la médiation des litiges de la consommation, sous le Titre 1 du livre VI du Code de la consommation.

ARTICLE 1 : LE MÉDIATEUR

Le Médiateur de l'Assurance est désigné à l'unanimité, pour un mandat renouvelable de trois ans, par un Comité de désignation composé du Président du Comité Consultatif du Secteur Financier, d'un représentant désigné par les membres institutionnels et de deux personnalités qualifiées.

Le Médiateur est une personnalité indépendante et impartiale, reconnue pour ses qualités et ses aptitudes dans le domaine de la médiation.

Il accomplit sa mission avec diligence et compétence. Il ne reçoit aucune directive d'aucune partie.

Il dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.

Il est inscrit sur la liste des médiateurs notifiés à la Commission Européenne, conformément à l'article L.615-1 du Code de la consommation.

ARTICLE 2 : LE CHAMP DE COMPÉTENCE

Le Médiateur peut être saisi par tout consommateur, assuré ou bénéficiaire, d'un litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance.

Aux termes de l'article L.612-2 du Code de la consommation, le Médiateur ne peut être saisi lorsque :

- Le consommateur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le consommateur a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès du professionnel ;
- Le litige n'entre pas dans son champ de compétence.

ARTICLE 3 : LA SAISINE DU MÉDIATEUR

La procédure de Médiation est écrite.

Le consommateur peut saisir le Médiateur gratuitement :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org ;
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

Les parties ont la faculté, à leur charge, de se faire représenter par un avocat, ou un tiers de leur choix, à tous les stades de la procédure.

Le consommateur peut saisir le Médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par chaque établissement et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation (*) écrite auprès du professionnel, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part du professionnel.

Dans un délai de trois semaines à compter de la réception de la demande, le Médiateur informe le consommateur de la recevabilité ou non de celle-ci. Il peut être amené à solliciter auprès des parties des informations ou documents complémentaires.

ARTICLE 4 : LA PROCÉDURE

Si le Médiateur considère que certaines circonstances sont susceptibles d'affecter son indépendance ou son impartialité, il en informe les parties qui peuvent s'opposer à la poursuite de la procédure.

Le Médiateur est tenu à une obligation de confidentialité. Cette obligation ne peut être opposée à la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) dans le cadre de ses contrôles.

La saisine préalable du Médiateur entraîne la suspension jusqu'à la signification de la solution du Médiateur de tout recours judiciaire initié par le professionnel, à l'exception des actions intentées à titre conservatoire.

À compter de la notification de la recevabilité adressée au consommateur, la prescription est suspendue ; celle-ci court à nouveau à compter de la clôture de la procédure de Médiation, pour une durée qui ne saurait être inférieure à six mois, conformément aux termes de l'article 2238 du Code civil.

ARTICLE 5 : L'ISSUE DE LA MÉDIATION

À compter de la notification de la recevabilité de la demande et à partir des documents sur lesquels elle est fondée, le Médiateur formule une proposition de solution motivée en droit et/ou en équité, qu'il adresse aux parties dans un délai de quatre-vingt-dix jours au plus tard. La procédure de Médiation est alors clôturée. Ce délai peut être prolongé à tout moment si la complexité du litige l'exige.

Dans sa proposition de solution, le Médiateur rappelle aux parties :

- Qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition dans le délai d'un mois.
En cas de refus de l'entreprise ou de l'intermédiaire d'assurance, la Direction générale en informe le Médiateur en précisant les motifs de son refus ; en cas de silence dans le délai mentionné, la proposition de solution est considérée comme acceptée ;
- Que le recours à la Médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;
- Que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

La Médiation prend fin lorsque :

- Le réclamant et l'entreprise ou intermédiaire d'assurance acceptent la proposition faite par le Médiateur, ou l'une des parties la refuse ;
- L'une des parties demande au Médiateur de mettre un terme à la Médiation.

ARTICLE 6 : LE RAPPORT ANNUEL

Le Médiateur de l'Assurance établit chaque année un rapport sur son activité. Il y formule des recommandations visant à prévenir le renouvellement des litiges les plus fréquemment rencontrés dont il a été saisi. Ce rapport est public et mis en ligne sur le site internet de La Médiation de l'Assurance. ●

(*) Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC



Les Médiateurs du Club affirment les valeurs et principes applicables au processus de médiation qui, dans le respect permanent des règles de droit, sont le cadre de référence de leur action. Étant membre de son bureau, le Médiateur de l'Assurance s'y associe pleinement.

PRÉAMBULE

Le Club des Médiateurs de Services au Public, constitué en association, regroupe des médiateurs de la consommation, d'administrations, d'entreprises publiques et de collectivités, en charge de services au public. Ils pratiquent la médiation pour parvenir avec les parties à une solution amiable fondée en droit et en équité.

En outre, ils font des recommandations de portée générale en vue d'encourager les bonnes pratiques dans les relations avec les publics concernés. Ces médiations, gratuites pour les demandeurs et d'un accès direct, dès que les recours internes ont été respectés, s'exercent conformément aux principes fixés par la présente Charte des Médiateurs de Services au Public.

Cette Charte constitue le socle de référence éthique de la médiation pratiquée par les membres du Club des Médiateurs de Services au Public (ci-après le(s) « médiateur(s) »).

La médiation est un processus structuré par lequel des personnes physiques ou morales tentent, avec l'aide du médiateur, de manière volontaire, de parvenir à un accord amiable pour résoudre leur différend.

Le médiateur est un tiers compétent et indépendant, non impliqué dans le différend. Son éthique repose sur les valeurs portées par la présente charte. Il dispose d'une compétence sur les sujets qui lui sont confiés en médiation. Il actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques de la médiation par une formation continue, notamment dans le cadre du Club.

Le médiateur s'attache au respect des personnes et à leur écoute attentive afin que les parties puissent dépasser leur différend pour aboutir à une solution.

1. VALEURS DU MÉDIATEUR DU CLUB

Ces valeurs garantissent l'indépendance, la neutralité et l'impartialité du médiateur.

L'indépendance

Le médiateur est indépendant vis-à-vis de toute influence extérieure. Il ne reçoit aucune directive de quiconque. Son indépendance est garantie par les moyens dont il dispose, sa désignation, les conditions d'exercice et la durée de son mandat. Il s'engage à refuser, suspendre ou interrompre la médiation si les conditions de cette indépendance ne lui paraissent pas ou plus réunies.

La neutralité

Le médiateur est neutre : son avis n'est ni influencé ni orienté par des considérations externes aux demandes des parties.

L'impartialité

Le médiateur est impartial par rapport aux parties pendant toute la durée de la médiation. Il s'interdit toute situation de conflit d'intérêt.

2. PRINCIPES APPLICABLES AU PROCESSUS DE MÉDIATION

Les médiateurs membres du Club s'engagent à conduire leur médiation en respectant les principes suivants :

L'équité

Lorsqu'un avis est émis par le Médiateur, celui-ci est fondé en droit et en équité. Il doit prendre en compte le contexte propre à chaque cas et notamment lorsque l'application stricte du droit produit des effets disproportionnés ou manifestement injustes.

La transparence

Le médiateur garantit la transparence de son activité et, notamment, il informe :

- sur son champ de compétence de façon large et accessible, notamment sur son site Internet et sur celui du Club des Médiateurs de Services au Public.
- les publics de manière claire et complète sur les valeurs et les principes de la médiation ainsi que sur les conditions de déroulement du processus.
- sur les effets de la médiation, notamment, le cas échéant, sur la suspension des délais de prescription applicables et sur le fait que les demandeurs conservent leur droit de saisir les tribunaux.

Le médiateur rend public, chaque année, un rapport détaillé sur son activité.

La gratuité

Le recours à la médiation est gratuit pour les demandeurs.

La confidentialité

La médiation est soumise au principe de confidentialité. Le médiateur s'assure, avant le début de la médiation, que les parties ont accepté les principes d'un processus contradictoire ainsi que les obligations de confidentialité qui leur incombent.

L'efficacité

Le Médiateur s'engage à répondre avec diligence à toutes les demandes, à conduire à son terme la médiation et à en garantir la qualité. ●

LMA EST MEMBRE DU RÉSEAU FIN-NET

Au niveau européen, le réseau Fin-Net, créé par la Commission européenne en 2001 a pour double objectif de promouvoir la coopération entre les médiateurs nationaux, dans le domaine des services financiers, et d'offrir aux consommateurs, dans ce même domaine, un accès facile et efficace à des mécanismes extrajudiciaires de règlement des litiges transfrontaliers.



Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

Le réseau compte 60 membres de 27 pays de l'Espace économique européen (EEE). Leur liste est disponible sur le site de la Commission européenne, où les coordonnées des organismes sont également indiquées.

Toute autorité de médiation dans le domaine des services financiers peut rejoindre Fin-Net à la condition de respecter les principes énoncés dans la législation de l'UE sur le règlement extrajudiciaire et le règlement en ligne des litiges. Un protocole d'accord définit la manière dont les membres doivent coopérer dans le cadre du réseau.

La médiation française de l'assurance est présente au sein de ce réseau depuis sa création en 2001.

Ainsi, lorsqu'un réclamant français fait part au Médiateur de l'Assurance d'un litige avec une entreprise d'assurance régie par le droit d'un autre pays membre, la saisine sera transmise par LMA à l'organisme compétent pour qu'elle soit analysée sur la base des lois et des usages en vigueur dans le pays étranger.

À l'inverse, LMA est en mesure de traiter les saisines de ressortissants des pays membres, en litige avec une entreprise d'assurance régie par le droit français. La saisine peut être adressée directement par le consommateur ou par l'intermédiaire du médiateur du pays concerné. Dans ce cadre, LMA peut être saisie en français ou en anglais. La proposition de solution du Médiateur de l'Assurance est rédigée en français. ●

TEXTES DE RÉFÉRENCE

CODE DE LA CONSOMMATION

- **Articles L.612-1 à L.612-5**
Processus de médiation des litiges de consommation.
- **Articles L.616-1 à L.616-3**
Information et assistance du consommateur.
- **Articles R.612-1 à R.612-5**
Processus de médiation des litiges de consommation.

CECMC

Fiches de jurisprudence dégagée par la CECMC

ACPR

Recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations

CCSF

- Avis du 29 avril 2022 sur l'harmonisation des délais de résiliation des contrats d'assurance et l'extension du délai de renonciation des contrats affinitaires, publié le 5 mai 2022
- Avis du 17 janvier 2023 portant sur les assurances affinitaires, publié le 24 janvier 2023

SITE INTERNET DE LMA

- Saisir la médiation : formulaire.mediation-assurance.org
- Pour consulter les études de cas de LMA : mediation-assurance.org/etudes-de-cas
- Lire les cahiers de LMA : mediation-assurance.org/les-cahiers-de-la-mediation/

ARTICLES DE PRESSE

- **Médiation de l'Assurance : l'expérience du « soft power »**
Bulletin Juridique des Assurances, novembre 2020
- **Médiateur de l'Assurance : un rôle de tiers de confiance dans une « société de défiance »**
Miroir Social, janvier 2021
- **« Notre indépendance et notre impartialité sont essentielles à notre crédibilité »**
Codes courtage, janvier 2021
- **« Qu'est-ce que la Médiation de l'Assurance » ? Entretien avec le Médiateur, Arnaud Chneiweiss**
Assurland, mai 2021
- **« Nous devons convaincre, par notre indépendance et notre compétence »**
Interview du Médiateur Dalloz Actualité, septembre 2022
- **Nouveau traitement des réclamations : le défi du 1^{er} janvier 2023**
L'Argus de l'assurance, octobre 2022
- **La recherche de l'équité, clé de voûte de la réussite de la médiation**
L'assurance en mouvement, novembre 2021

ADRESSES UTILES

■ La Médiation de l'Assurance

mediation-assurance.org

■ Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation

economie.gouv.fr/mediation-conso/commission

■ France Assureurs

franceassureurs.fr

■ Planète CSCA

planetecscsca.fr/syndicat

■ Anacofi Courtage

anacofi.asso.fr

■ AGEA

agea.fr

■ ENDYA

endya.fr

■ VOTRASSO

votrasso.org

■ Comité consultatif du secteur financier

ccsfin.fr

■ Autorité de contrôle prudentiel et de régulation

acpr.banque-france.fr

■ Club des médiateurs de Services au Public

clubdesmediateurs.fr

■ Fin-Net

https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_fr

■ Centre européen de la consommation

cec-zev.eu

Suivez-nous sur LinkedIn !





INDEX

A

Acceptation du bénéfice	92, 94
Accident	4, 8, 52, 66, 80, 89, 101, 102
Affinitaire	4, 8
Aggravation du risque	52, 64
Aléa	8, 90
Annuités garanties	92
Antécédent médical	91
Antivol	65, 74
Arrêt de travail	90, 91, 98, 101, 102
Article 83	92, 100, 103, 104
Assurance vie	8, 88, 92, 94, 106
Automobile	8, 52, 62, 64, 65, 71, 74, 75

B

Bénéficiaire	8, 92, 94
Bilan patrimonial	88

C

Capital	8, 68, 88, 89, 104, 106
Capital-décès	8, 106
Catastrophe naturelle	8, 76
Cause extérieure	8, 80, 101
Chômage	100
Clause abusive	8, 74
Clause d'exclusion	4, 8, 65, 80, 89, 90
Clause pénale	66
Compensation	66, 71
Condition de garantie	52, 74, 98, 102
Congé maternité	90
Construction	8, 78, 82
Contre-expertise	8, 52, 98

D

Débloccage anticipé	100
Décès	92, 94, 106
Déchéance de garantie	70
Déclaration de sinistre	52, 70
Déclaration du risque	64, 68, 91
Définition contractuelle	4, 8, 74, 80, 101
Dégât des eaux	68, 70
Devoir de conseil	8, 62, 65, 66, 88, 89
Devoir d'information	8, 62, 65, 88, 106
Discrimination	90
Dommages ouvrage	78

Droits en cours de constitution	103, 104
---------------------------------	----------

E

Effraction	4, 8, 74
Emprunt	8, 91, 98, 101, 102
Équité	4, 8, 75, 100
Exclusion	4, 8, 65, 80, 89, 90
Expert/expertise	8, 52, 62, 65, 66, 68, 70, 74, 80, 98, 102
Extériorité	8, 80, 101

F

Fausse déclaration	64, 70, 91
Force majeure	76

G

Garantie des Accidents de la Vie (GAV)	71
Grossesse	90

H

Habitation	8, 68, 74, 80
------------	---------------

I

Incapacité temporaire de travail	8, 52, 90, 91, 98, 102
Incendie	62
Inondation	76

L

Loi Pacte	100
-----------	-----

M

Maternité	90
-----------	----

N

Nullité	64
---------	----

Vol 8, 65, 74



A word cloud of various values and principles, including 'Pédagogie', 'Dialogue', 'JUSTICE', 'Équilibre', 'LÉGITIMITÉ', 'Apaisement', 'INDEPENDANCE', 'Neutralité', 'Gratuité', 'Compétence', 'Empathie', 'CONFIDENTIALITÉ', 'Transparence', 'Impartialité', 'Expertise', 'Équité', and 'Efficacité'. The words are arranged in a circular pattern, with some words being larger and more prominent than others. The colors are primarily red and pink, with some words in purple.

Pédagogie
Dialogue JUSTICE
Équilibre
Apaisement LÉGITIMITÉ
INDEPENDANCE
Neutralité Gratuité Compétence
Empathie
CONFIDENTIALITÉ
Transparence
Impartialité Expertise
Efficacité Équité

