Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

RAPPORT ANNUEL 2014 2015

Direction Artistique : Virginie Heid. Imprimé en France par Agefim.

Sommaire

INTRODUCTION 04

1 PROBLÈMES RÉSOLUS, QUESTIONS PERSISTANTES 07
L'assurance de protection juridique 08
Les contrats Garantie des Accidents de la Vie 09
L'intervention des experts 10
La preuve du sinistre 11
La rémunération des contrats 12
L'intervention des intermédiaires 14
L'assurance des emprunteurs 16
Les assurances affinitaires 19
L'obligation d'information et le devoir de conseil 20
La bonne foi 21

2 PROBLÈMES NOUVEAUX, QUESTIONS FUTURES 25
La garantie des loyers 26
La résiliation dans les contrats collectifs 26
L'information des bénéficiaires 27

3 UN INDEX POUR LA MÉDIATION 29

4 LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL 33
La médiation au niveau européen 34
FIN-NET 35
Le Centre européen des consommateurs 35
La médiation au niveau mondial 36

5 LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA MÉDIATION 39

6 LA MÉDIATION EN CHIFFRES 41

CONCLUSION 50

ANNEXES 53



Introduction

Francis Frizon
MÉDIATEUR DE LA FFSA

C'est en 1993 que la médiation de la Fédération française des sociétés d'assurances a été instituée et ce 21ème rapport du Médiateur sera le dernier publié sous cette forme. En effet, la profession de l'assurance a saisi l'occasion offerte par la directive européenne du 21 mai 2013 qui impose la création dans tous les secteurs de la consommation d'un dispositif de règlement extrajudiciaire des litiges, pour mettre en place un service de médiation unique, commun à toutes les entreprises et leurs intermédiaires.

La nouvelle organisation de la médiation de l'assurance entre en vigueur au mois de septembre de cette année. Aussi ce rapport rendra-t-il compte de l'activité couvrant la période du 1er janvier 2014 au 31 août 2015.

Comme les années précédentes le nombre des demandes de médiation n'a cessé de croître dans des proportions très importantes - plus 30 % en 2014 par rapport à 2013 et de manière encore plus significative au cours du premier semestre de 2015 - pour atteindre 16 340 demandes sur l'ensemble de la période. Pour mémoire, lors de ma prise de fonction en 2000, je n'ai été saisi que de 534 demandes.

Il faut s'attendre à une augmentation encore plus forte dans les mois à venir du simple fait de la publicité faite d'une manière générale autour de la médiation à l'occasion de la transposition dans notre droit de la directive européenne et surtout de la possibilité qui sera offerte aux assurés et aux tiers d'un traitement en ligne de leurs dossiers.

Le rapport annuel est l'occasion privilégiée, au vu des difficultés portées à la connaissance du médiateur, d'attirer l'attention sur des points particulièrement sensibles et de formuler des souhaits ou des propositions. Ainsi, ce dernier rapport du Médiateur de la FFSA me donne-t-il l'occasion de rappeler, de façon non exhaustive, les évolutions constatées et celles qu'il reste nécessaire d'accomplir.

De nombreuses questions ont été résolues, même si certaines ne le sont encore que partiellement, grâce à un engagement déontologique de la profession dans certains cas, mais dans d'autres situations l'intervention du législateur a été nécessaire. Heureusement, la plupart des évolutions souhaitées se sont faites volontairement, la publication régulière du rapport étant l'occasion d'une prise de conscience à la fois des problèmes et des solutions possibles.

Bien évidemment, toutes les difficultés n'ont pu être ainsi résolues et certaines demeurent récurrentes depuis de nombreuses années. Les plus significatives seront tout d'abord évoquées.

Un second chapitre sera consacré aux sujets émergents qu'ils soient liés à des pratiques ou des offres de garanties nouvelles ou encore résultent de l'application de nouveaux textes. L'apparition régulière de ces nouveaux sujets tout en marquant le dynamisme de l'activité de l'assurance justifierait à elle seule l'existence de la médiation, garante des équilibres et de l'équité dans les rapports entre les entreprises et leurs clients.

Depuis plus de 10 ans maintenant un chapitre du rapport intitulé « Un index pour la médiation » regroupe régulièrement les sujets qui, à partir des situations concrètes ayant particulièrement retenu l'attention, ont nécessité un rappel aux règles de droit ou de bon sens afin de prévenir les litiges ou leur répétition. Il me paraît utile dans la même démarche d'en faire aussi le rappel, sous la forme d'une liste alphabétique.

N'ayant eu de cesse depuis ma prise de fonction d'être présent dans les instances internationales pour y représenter la médiation de l'assurance française au niveau européen comme au niveau mondial, je consacrerai un chapitre à cette activité. La volonté affirmée d'une protection plus efficace des consommateurs dans un environnement de libre marché exacerbé toujours plus performant se traduit par des initiatives, auxquelles il est important que les médiateurs soient associés. L'élaboration et la mise en œuvre de la directive européenne relative à la médiation en est un exemple significatif.

La partie du rapport consacrée aux données chiffrées traitera séparément l'année 2014 et le premier semestre de l'année 2015. Elle permettra de prendre la mesure des évolutions, qu'il s'agisse de la forte augmentation des demandes ou des variations selon les différentes branches d'assurance.

En conclusion, les incidences de la nouvelle réglementation sur la médiation financière seront évoquées avec les évolutions propres à la médiation de l'assurance, son organisation et son fonctionnement. •

Problèmes résolus, questions persistantes

De nombreuses observations, suggestions, propositions ou souhaits ont été formulés par le médiateur au fil des années. Si tous n'ont pas été suivis d'effet, loin s'en faut, on constate cependant que certaines questions ont été résolues de manière quasi définitive, que d'autres ont connu une amélioration, voire une solution partielle, mais aussi que plusieurs difficultés restent récurrentes.

L'assurance de protection juridique

L'assurance dite de « Protection juridique » qu'elle soit attachée à un contrat spécifique ou général présente un intérêt certain et est largement diffusée. L'assuré souscripteur d'une telle garantie est d'évidence dans l'attente, en contrepartie de la cotisation qu'il a payée par avance, d'une protection accrue en cas de contentieux.

J'avais fait le constat il y a quelques années de l'importance du nombre des demandes de médiation liées à ces assurances au regard du nombre total des litiges portés à ma connaissance. A plusieurs reprises j'ai regretté une frilosité de la part de certains assureurs à délivrer la garantie due. Ce fut le cas une première fois dans mon rapport de 2003 et je le rappelais l'année suivante en constatant que « *Les litiges où la mise en jeu d'une garantie de protection juridique, ou de défense recours a donné lieu à une saisine du médiateur, portent encore essentiellement sur la réticence de l'assureur à exercer une action pour le compte de son assuré* ». De surcroît, force était de constater que la rédaction même des contrats les rendait peu lisible pour les non-initiés aux termes juridiques, mettant en péril la clarté de leur consentement.
Je ne pouvais que regretter que la vocation de cette garantie, destinée à faciliter l'accès au droit au plus grand nombre, soit entachée par l'incapacité de certains à offrir une prestation conforme aux attentes. Aussi ai-je invité les professionnels à une réflexion d'ensemble, tout autant sur le fond que sur l'intelligibilité de ces contrats, notamment par une simplification du vocabulaire.

Répondant à cet appel, les sociétés adhérentes de la FFSA ont signé au mois de juin 2005 un Engagement à caractère déontologique par lequel « *L'assureur de protection juridique s'engage, dans le cadre des garanties offertes par le contrat, à mettre en œuvre dans les meilleurs délais, les moyens amiables ou judiciaires permettant à l'assuré d'obtenir la solution la plus satisfaisante à son litige* ».

Cet engagement, peut être tardif, n'a pas paru suffisant au législateur qui a adopté la loi le 19 février 2007 portant réforme de l'assurance de protection juridique.
Ce texte modifie le Code des assurances notamment en favorisant et facilitant le recours et l'intervention d'un avocat librement choisi par l'assuré.
Une nouvelle version de cet Engagement a été adoptée par la profession en décembre 2011. Le nouveau texte intègre les dispositions de la loi et invite les assureurs à « *adopter un vocabulaire spécifique au contrat de protection juridique afin de répondre aux besoins de l'assuré en matière de transparence et de compréhension des garanties offertes* » ainsi qu' « *à donner toutes informations utiles sur le contrat d'assurance à l'assuré* ».

Au fil des années et des réformes j'ai constaté les changements et je peux affirmer que désormais les litiges qui me sont soumis portent essentiellement sur le mécontentement de l'assuré à qui la garantie a été délivrée mais qui n'ayant pas obtenu gain de cause en impute la responsabilité à l'assureur en contestant la façon dont son dossier a été géré. Ces demandes sont généralement non fondées et on constate désormais une baisse continue des réclamations concernant l'assurance de protection juridique. Il faut s'en féliciter en saluant ces avancées positives qui sans doute ont contribué à apporter un regain de vitalité et d'intérêt pour cette assurance.

Les contrats Garantie des Accidents de la Vie

Les assurances Garantie des accidents de la vie, dites GAV, ont pour objectif d'offrir une assistance et/ou une indemnisation selon les règles du droit commun en cas de dommages corporels ou de décès à la suite d'un accident de la vie privée. Ces assurances permettent une indemnisation des imprévus du quotidien, un accident médical ou encore des dommages corporels suite à un attentat ou une infraction. Mise en place au début des années 2000 cette nouvelle garantie a immédiatement trouvé un écho auprès des consommateurs.

Cependant, très rapidement des litiges sont apparus portant sur l'interprétation de la notion d'accident et partant de l'octroi ou non de la garantie. Constatant une disparité dans les interprétations données par les sociétés d'assurances j'ai, dès mon rapport pour l'année 2003, alerté les professionnels en les invitant à définir avec la plus grande rigueur la notion d'accident ouvrant droit à la garantie dans ces contrats. Les années suivantes, je n'ai pu que faire le constat d'une dérive dans la pratique très restrictive des assureurs allant jusqu'à vider ainsi le sens même de ce type de garantie. Tout en rappelant la position également restrictive des tribunaux, j'ai évoqué dans mon rapport pour l'année 2008, à un moment où les accidents de la vie courante étaient à l'origine de 4,5 millions de blessures corporelles et de près de 20 000 décès, soit 4,5 fois plus que les accidents de la circulation, le risque de voir déconsidéré du fait de cette attitude un produit d'assurance d'ores et déjà reconnu comme apportant un réel progrès dans la couverture de nos concitoyens, et de nouveau invité la profession à prendre les mesures en conséquence.

C'est ce qui a été fait au travers de l'édition par la profession d'une définition et d'un référentiel de la notion d'accident dans les contrats GAV, et d'une labellisation de ces contrats avec l'adoption d'un « Socle de garantie ». Ceci constitue une base de stabilité pour le consommateur en imposant une information minimum et en donnant une définition précise et moins restrictive de l'accident, ce qui était la principale source des conflits.

Quelques dossiers reviennent de temps en temps, essentiellement à propos de cette notion d'accident. Il s'agit alors pour le médiateur de faire un rappel de ces engagements sans l'intervention desquels on aurait pu craindre la disparition d'une assurance qui répond sans conteste à une nécessité. Félicitons nous de cette issue.

L'intervention des experts

Rares auront été les rapports du Médiateur où le sujet de l'expertise, son importance mais aussi les difficultés qu'elle engendre, n'auront pas été évoqués.
La désignation d'un expert permet de procéder à un examen technique de la situation, de déterminer l'origine du sinistre, d'évaluer la nature et la gravité du dommage, et d'estimer le montant de l'indemnité. Souvent indispensable au règlement du sinistre, l'expertise de par ses rôles multiples et les modalités de sa pratique peut être en elle-même une source de litiges.
Le refus par l'assureur de communiquer le rapport de l'expert qu'il a désigné et sur lequel il fonde sa position engendre bien évidemment des incompréhensions et des contestations. J'ai très tôt dénoncé cette situation et invité les assureurs à plus de transparence. Le CCSF, Comité consultatif du secteur financier, a ensuite émis le souhait que la communication du rapport de l'expert établi à la suite d'un dommage et susceptible de donner lieu à une indemnisation soit effectuée dans les plus brefs délais à compter de la demande de l'assuré.
La totalité des problèmes que posent le recours, ou l'absence de recours à l'expertise par les assureurs, comme par les assurés n'a cependant pas été réglée.
Un rapide rappel de la procédure d'expertise amiable prévue par la plupart des contrats d'assurance s'impose. Lorsque l'assuré déclare un sinistre à son assureur, ce dernier procède généralement à la désignation d'un expert qui, suite à une étude technique, va rendre un rapport. Lorsque l'assuré conteste les conclusions de l'expert de la société sur lesquelles cette dernière fonde sa décision, il peut faire procéder à une contre-expertise, à ses frais. En cas de contradiction avec le premier expert, il est prévu dans la quasi-totalité des contrats la possibilité de faire appel à frais partagés à un tiers expert dont la décision, en tant qu'arbitre, s'imposera, mettant ainsi fin au litige.
Malheureusement, telle n'était pas la pratique et j'ai rapidement été contraint d'imposer la mise en jeu de la clause d'expertise/tierce expertise comme faisant partie des préalables à la médiation. En effet, le recours à cette procédure simple et efficace permet de mettre fin à tous les litiges portant sur l'origine des dommages, leur évaluation ou sur une appréciation d'ordre médical avant d'arriver en médiation.
Si les assureurs ont rapidement compris l'intérêt d'y recourir dans un souci d'efficacité mais aussi de transparence et de bonne foi, depuis quelque temps je fais le

constat que la réticence vient désormais des assurés eux-mêmes. Alors qu'ils sont en désaccord avec les conclusions de l'expert de l'assureur, tout en maintenant leurs propres arguments, ils se refusent parfois à mettre en place une contre-expertise, souvent en raison de son coût.

La preuve du sinistre

En vertu des dispositions de l'article 1315 du Code civil, c'est à celui qui réclame l'exécution d'une obligation d'en apporter la preuve. Aussi, en matière d'assurance, l'assuré doit-il apporter la preuve de la réalité du sinistre à l'occasion duquel il demande la mise en œuvre de la garantie. La preuve du sinistre est une condition indispensable à l'obtention d'une indemnisation et la conformité de la déclaration de sinistre à la réalité constitue l'expression même de la bonne foi.

Cependant dans certains cas cette preuve peut s'avérer délicate, notamment en matière de vol. Dans ce domaine, en assurance automobile comme pour l'habitation, les contrats conditionnent la mise en jeu de la garantie à la constatation non seulement de la réalité du vol mais aussi d'une effraction caractérisée. Néanmoins, la preuve d'un sinistre s'avère de plus en plus difficile en raison de l'évolution et du perfectionnement des méthodes utilisées par les délinquants qui peuvent agir sans laisser de traces d'effraction.

Déjà dans mon rapport de 2004, j'estimais à ce propos que « *L'obligation contractuelle faite à l'assuré d'apporter à la fois la preuve de la réalité du vol et celle des conditions dans lesquelles il a été perpétré - par exemple l'effraction, l'introduction clandestine ou l'usage de fausses clefs -, pour justifiée qu'elle puisse paraître, reste une source majeure de conflit et de déception. Cette dernière est encore plus grande lorsque l'assureur ne conteste pas le vol* ». Apporter la preuve du vol et d'une effraction peut se révéler complexe, voire impossible dans les cas où aucune effraction n'est constatée. C'est le cas des vols suite à un home ou car jacking, ou encore à l'utilisation de fausses clefs.

J'ai rappelé à cet égard qu'il convient de distinguer la preuve du fait, qui est libre, de celle du sinistre, qui ne l'est pas. Il ne faut pas en effet confondre le fait, le vol, et le sinistre qui n'est autre que le fait dommageable de nature à engager l'assureur.

Ainsi, l'assuré devra prouver d'une part, l'existence du fait, par tous moyens, et d'autre part, que ce fait est dommageable et qu'il entre bien dans les prévisions du contrat.

Mais, la preuve du fait dommageable peut se révéler difficile si la preuve n'est pas libre et doit répondre à des impératifs du contrat comme par exemple des traces d'effraction. Ainsi, dans le cas de l'usage de fausses clefs, j'avais préconisé en 2006 que, si la réalité du vol n'est pas contestée, le recours aux présomptions précises, graves

et concordantes sur l'utilisation par le voleur de fausses clefs comme moyen d'effraction s'imposait.
Il n'en reste pas moins que cette exigence de preuve de l'effraction est justifiée au regard des tentatives de fraude de la part des assurés, même si dans mon rapport de 2012, j'avais affirmé que « *Force est de constater qu'il y a plus de fraudes soupçonnées que de fraudes avérées* ».
Par ailleurs, il subsiste encore une habitude regrettable de la part de certains assureurs. Lorsqu'il y a une impossibilité de preuve de l'effraction ou un doute sur le caractère frauduleux de la déclaration d'un sinistre, l'assureur a souvent tendance à se contenter de ne pas procéder au règlement ce qui, faute d'explication, a pour conséquence d'augmenter le nombre de réclamations portées devant le médiateur.
J'ai rappelé et je répète que si l'assureur soupçonne une fraude mais s'abstient de prouver le caractère frauduleux du sinistre, il n'a d'autre possibilité que d'honorer le contrat et indemniser l'assuré. Si la fraude n'est pas avérée, le médiateur saisi ne pourra devant la réticence non justifiée de l'assureur que statuer en faveur de l'assuré.
En conséquence je persiste à inviter les assureurs à adopter une position non contestable : soit la preuve du sinistre est apportée et il convient de délivrer la garantie ; soit tel n'est pas le cas et l'assuré doit connaitre le motif du refus.
En cas de soupçon de fraude l'assureur n'a d'autre choix que d'intenter une action judiciaire contre son assuré pour fraude ou tentative de fraude.
De telles situations sont de plus en fréquentes et il va de l'intérêt de tous que les sociétés d'assurances adoptent une position et une attitude claire sur cette question.

La rémunération des contrats

La rémunération des contrats est un sujet particulièrement sensible. Les récentes crises financières ont multiplié les réclamations et ce quel que soit le montant des sommes en cause. Il s'agit d'un sujet complexe pour lequel il faut distinguer deux aspects principaux. Celui de la rémunération proprement dite sur la base de taux d'intérêt d'une part, et celui de la participation aux bénéfices d'autre part.

LES TAUX MINIMUM GARANTI

Le taux minimum garanti, dit aussi taux d'intérêt technique, est à différencier des taux d'intérêt variables annoncés par les sociétés. Le taux minimum garanti concerne la rémunération des contrats d'assurance sur la vie d'une durée supérieure à huit ans. Les sociétés d'assurances sont autorisées à en garantir le versement uniquement dans les limites fixées par la loi. Fixé initialement à 4,50 % au maximum, il est désormais, conformément à l'article A 132-1 du Code des assurances, limité à 3,50 % ou

à 60 % du taux moyen des emprunts de l'Etat. Il s'agit donc en réalité d'un taux de rémunération maximum que les sociétés sont autorisées à garantir.
J'ai été saisi à plusieurs reprises par des assurés qui avaient l'impression que leur contrat avait été modifié sans leur accord lors de la modification du taux garanti et à qui il a fallu expliquer à chaque fois qu'il s'agissait d'une modification imposée par la loi aux sociétés d'assurances.
La confusion s'est trouvée aggravée par le fait que pour les contrats collectifs les modifications effectuées par l'assureur prennent effet sans avoir à recueillir le consentement des adhérents dès lors qu'ils en ont été informés d'avance par le souscripteur.
Dans mon rapport de 2012, j'invitais les entreprises d'assurances « *à un effort pour donner une meilleure explication du mécanisme de revalorisation de leurs contrats pour éviter l'incompréhension manifeste de l'assuré voire sa suspicion* ». C'est une préconisation que je réaffirme.

LA PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

Les sociétés d'assurances sur la vie et de capitalisation qui réalisent, au cours d'une année des bénéfices techniques et financiers doivent en redistribuer une partie à leurs assurés dans les conditions prévues à l'article L 331-3 du Code des assurances. Cette redistribution est dénommée participation aux bénéfices.
Lorsque les assurés voient le montant de la participation diminuer au fil des années ils s'inquiètent et demandent des explications. Ces dernières aussi complètes soient-elles, restent souvent source d'incompréhension et de méfiance au regard de la complexité du système. Les assurés qui s'adressent alors au médiateur se plaignent d'avoir été défavorisés ou d'avoir subi une modification unilatérale de leur contrat.
Je dois rappeler régulièrement que la répartition de la participation aux bénéfices relève du pouvoir discrétionnaire de la société d'assurance aussi bien en ce qui concerne le choix du type de contrat concerné que de la hauteur ou de la durée de la rémunération. La répartition de la participation aux bénéfices est décidée chaque année par le Conseil d'administration de l'entreprise. Ainsi, un assuré peut voir sa participation aux bénéfices varier à la hausse ou à la baisse, sans son consentement, ce qui lui sera notifié dans le relevé annuel d'information concernant son contrat. Ce pouvoir reste l'apanage de la société d'assurance et ni l'assuré, ni le souscripteur ne sont en droit d'en réclamer l'application.
Depuis de nombreuses années je suis régulièrement saisi de demandes sur ce sujet, encore plus souvent depuis la campagne médiatique concernant cette participation bénéficiaire dans le cadre des contrats d'assurance des emprunteurs.
Ma position est en adéquation avec l'arrêt du Conseil d'Etat du 23 juillet 2012, qui a réaffirmé que l'octroi d'une participation aux bénéfices est à la discrétion de l'assureur et qu'elle est dépourvue de droits individuels. Ce principe a été confirmé

dans un jugement récent du Tribunal de Grande Instance de Paris qui, saisi du sujet dans le cadre d'une action de groupe, a débouté l'association de consommateurs initiatrice de cette action en affirmant également que les parties ne disposaient pas d'un droit individuel sur les bénéfices techniques et financiers. On peut penser que ce type d'actions sera suivi d'autres tentatives.
Quels que soient les changements ou les évolutions sur ce thème, je crois à tout le moins nécessaire et équitable que les assurés aient plus facilement accès à la connaissance des décisions du Conseil d'administration relatives aux choix opérés quant à l'attribution d'une participation aux bénéfices. De même il est souhaitable que les sociétés d'assurances et leurs intermédiaires, dans un souci de plus grande transparence, délivrent lors de la souscription du contrat une information explicite des tenants et aboutissants de la participation bénéficiaire.

L'intervention des intermédiaires

La vente des produits d'assurance se fait désormais au travers de modes de distribution très divers. Traditionnellement l'assurance est distribuée, soit directement par les sociétés avec leurs salariés, boutiques ou réseaux, soit en faisant appel à des intermédiaires, agents généraux ou courtiers d'assurances.
L'évolution constante des pratiques a vu apparaitre de nouveaux distributeurs qui ont su progressivement prendre une place majeure. Il s'agit en premier lieu des réseaux bancaires qui sont intervenus tout d'abord dans le domaine des produits financiers, de l'assurance vie et de la prévoyance, puis dans celui des assurances de dommages et de responsabilité.
Dans le même temps on a pu observer le développement spectaculaire des assurances collectives de personnes, vie, retraite, invalidité, décès notamment, au travers d'associations. Tout d'abord avec la création d'associations d'assurés souhaitant bénéficier des avantages tarifaires et fiscaux attachés aux assurances de groupe, puis avec la mise en place d'associations destinées à leurs assurés par les sociétés elles-mêmes. S'ajoute la pratique en pleine évolution de la vente à distance, par téléphone ou via les réseaux internet. Se développe également la vente d'assurance par les commerçants de produits grand public ou de services, comme par exemple les loueurs de véhicules et les agences de voyages.
Le Code des assurances, reprenant les termes de la directive européenne de décembre 2002 définit l'intermédiation comme « L'activité qui consiste à présenter, proposer ou aider à conclure des contrats d'assurance ou de réassurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion. »
Répondant à cette définition, tous les intervenants cités se trouvent soumis aux dispositions du Code des assurances, notamment pour ce qui concerne le devoir

d'information et de conseil. Certes, leur responsabilité directe dans la survenance des litiges n'est pas toujours engagée, mais les conditions dans lesquelles le contrat a été conclu, et les informations qui ont été données ou passées sous silence y jouent toujours un rôle prépondérant. Il est significatif que souvent, l'identité et l'existence de la société d'assurance elle-même sont ignorées de l'assuré qui ne réalise qu'à l'occasion du litige que c'est auprès de cette dernière, et non de l'intermédiaire ou de l'association, que la garantie a été souscrite.

Les salariés, et les agents généraux en tant que mandataires, engagent directement la société qui, responsable de droit, doit supporter les conséquences de leurs actes en cas de litige.

Les entreprises commerciales, banques et autres, qui distribuent des produits d'assurance ont toutes opté pour le statut de courtier. En théorie, le courtier est un commerçant indépendant dont l'activité a pour objet en tant que représentant de son client d'intervenir dans le choix de l'assureur et de l'assister lors de la souscription et au cours de la vie du contrat. Cependant, dans les faits la majorité des courtiers représentent la société dont ils distribuent les produits. Certains apposent même sur leur papier à en-tête, à côté de leur nom, celui de l'assureur auquel ils s'adossent. La confusion est grande lorsque de surcroît le courtier accomplit des tâches de gestion pour le compte de la société d'assurance. Elle est encore plus grande lorsqu'il s'agit d'un établissement bancaire qui dispose lui-même d'une société d'assurance dont il distribue les produits à ses guichets, pour le compte de cette dernière.

Dans ces conditions, en cas de conflit avec un assuré, il ne peut être sérieusement question d'invoquer, pour tenter de dégager sa responsabilité, l'argument selon lequel le courtier n'est pas l'assureur mais le représentant du client.

Très généralement, qu'il soit mandataire réel ou apparent, le courtier engage l'assureur.

La situation diffère pour les associations d'assurés. Bénéficiant d'un régime juridique spécifique, elles sont cependant soumises aux obligations du Code des assurances qui incombent aux souscripteurs de contrats collectifs d'assurance. Bien que certaines de ces associations assument des tâches de gestion pour le compte de la société d'assurance il est délicat de les assimiler à des intermédiaires au sens classique du terme. En revanche leur responsabilité envers leurs adhérents en cas de manquement à leurs obligations légales, notamment celle d'information de ces derniers, reste entière.

Les entreprises d'assurances savent qu'un seul dossier mal géré, mais pris en exemple pour ses aspects médiatiques ruinera leurs efforts de préservation ou d'amélioration de leur image. Cependant, alors qu'il est relativement aise, pour elles d'intervenir au niveau interne, on conçoit aisément qu'une délégation avec une externalisation accrue des tâches, soit beaucoup moins aisée à contrôler. Mais, quoi qu'il en soit c'est à la société d'assurances d'assumer les conséquences des incompétences

et des fautes commises par l'organisme distributeur qu'elle a librement choisi, quitte à se retourner par la suite contre lui.
A cet égard on peut regretter que la directive européenne de 2002 sur l'intermédiation en assurance, tout en posant le principe que tout intermédiaire d'assurance doit posséder les connaissances et aptitudes appropriées, ait permis lors de sa transposition dans notre droit de maintenir la dispense de cette obligation pour les personnels salariées de ces intermédiaires. Il en résulte que le statut de courtier qui est celui choisi par les banques, les entreprises de distribution de produits ou de services et certains souscripteurs de contrat de groupe, autorise les salariées de ces entreprises à présenter des opérations d'assurance au même titre que les personnes qui sont soumises aux obligations de formation professionnelle préalable, alors que, d'évidence, ils ne l'ont pas reçue.
Face à cette situation, la question n'est plus en cas de litige de déterminer juridiquement qui de tel ou tel intervenant doit en supporter la responsabilité et les conséquences.
Même si elles ne sont pas directement responsables du litige avec l'assuré, on ne peut que considérer que les sociétés d'assurances sont, pleinement et seules, responsables du choix de leurs distributeurs et qu'elles doivent de ce fait en assumer entièrement les conséquences.
Il appartient aux instances dirigeantes des sociétés de mieux prendre la mesure de l'impact du choix qu'elles font des personnes qui les représentent et qui va au-delà_ des seuls avantages économiques et financiers. Dans ce domaine, comme dans d'autres, est souhaitable. Faut-il encore pour éviter la réglementation de l'activité que son intervention ne soit pas tardive, trop partielle ou insuffisamment volontariste.

L'assurance des emprunteurs

L'assurance des emprunteurs tient une place à part dans l'activité de la médiation aussi bien du fait de l'importance du nombre des litiges qu'elle génère, leur variété et leur persistance, que du nombre des interventions professionnelles et réglementaire qu'elle provoque.
Les contrats emprunteurs ont pour objet de garantir la prise en charge des remboursements d'un prêt à la suite de certains événements comme le décès, une invalidité permanente, une incapacité temporaire de travail ou encore la perte d'un emploi. Souscrites au profit de l'établissement prêteur ces assurances conditionnent très souvent l'octroi du prêt.
Ces contrats sont l'une des sources principales des réclamations soumises à la médiation. Selon les années, elles équivalent aux litiges concernant l'assurance automobile ou l'habitation, voire les dépassent en nombre. En moyenne sur les dix dernières années les réclamations concernant les contrats emprunteurs ont représenté 20 % du

total des dossiers, plus de 40 % de ceux relatifs aux assurances de personnes et la quasi-totalité de ceux concernant un contrat collectif.
Les conflits résultant d'une déclaration inexacte de l'assuré sur son état de santé ont été et restent prépondérants. On a vu que les sanctions en cas de déclaration inexacte sont particulièrement graves. J'ai eu l'occasion de dénoncer les difficultés résultant de la pratique de la « déclaration de bonne santé » lors de la souscription, d'évidence insuffisamment précise pour garantir une bonne exécution du contrat. Pratiquement abandonnée après que la Cour de cassation eut décidé qu'une déclaration inexacte de l'état de santé était insuffisante à caractériser la mauvaise foi de l'assuré, cette méthode d'appréciation du risque a été remplacée par le questionnaire de santé. Le recours au questionnaire n'a pas mis fin aux conflits. Il a fallu un arrêt de la chambre mixte de la Cour de cassation. Depuis, si l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, ce dernier ne peut néanmoins se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration de l'assuré que si celles-ci procèdent de réponses apportées à des questions claires et précises.
De leur côté les assurés ne comprennent pas les décisions de nullité du contrat fondée sur une déclaration inexacte sans rapport avec la cause du sinistre. Il faut constamment rappeler que la déclaration du risque est un des fondements du contrat d'assurance et qu'une fausse déclaration, notamment dans le domaine de la santé, qu'elle soit intentionnelle ou non, remet en cause l'existence même de celui-ci car elle vicie le consentement.

Enfin, je me suis étonné de ce que lors des opérations de prêt, parmi tous les documents qui sont établis en double, le questionnaire de santé n'apparaisse qu'en un seul exemplaire, celui destiné à la banque. En cas de litige la situation est inégale. J'invite à nouveau les établissements à y remédier.
Les problèmes liés à la déclaration ne sont pas la seule cause des difficultés rencontrées avec l'assurance des emprunteurs, loin s'en faut. Sans prétendre être exhaustif, il faut citer :

LE DÉFAUT D'INFORMATION ET DE CONSEIL

La plupart des contrats emprunteurs sont des contrats collectifs souscrits par une banque à l'intention de sa clientèle. En tant que souscripteur, la banque est tenue par la loi de fournir la notice d'information aux adhérents. En cas de défaut, elle est responsable de la mauvaise information.
Au regard du devoir de conseil, je dois rappeler que la Cour de cassation a affirmé que la banque manque à ses obligations à l'égard d'emprunteurs profanes en ne vérifiant pas leurs capacités financières et en leur accordant un prêt, avec l'assurance jointe, excessif par rapport à leurs facultés contributives.

L'ÉTENDUE DES GARANTIES

▣ Il est souvent prévu au contrat que les garanties cessent à la survenance de la retraite de l'assuré. J'ai eu à dénoncer des situations particulièrement difficiles où la mise en retraite anticipée résulte directement de l'incapacité ou de l'invalidité garantie mais où l'assureur refuse néanmoins sa prestation. Cette situation préjudiciable était d'autant plus flagrante pour les salariés de l'Etat, mis encore jeunes à la retraite d'office pour invalidité, et dès lors privés de leurs garanties d'assurance.

▣ La survenance de la possibilité nouvelle d'une rupture conventionnelle du contrat de travail, non prévue par les contrats au titre de la garantie perte d'emploi. Ceci était mal compris et m'a incité à inviter les entreprises à clarifier la situation en offrant la possibilité de souscrire à une garantie spécifique.

▣ L'insuffisance de la garantie du contrat à couvrir l'engagement financier de l'emprunteur.

L'INDEMNISATION

La pratique des barèmes croisés qui prend en compte à la fois celui de la Sécurité sociale et celui spécifique au contrat est une source d'incompréhension. J'ai depuis longtemps dénoncé que son application sans discernement porte préjudice à des personnes dont l'état physique justifierait sans conteste l'indemnisation dont ils se trouvent exclus. Aussi, se félicite-t-on de l'adoption de l'engagement déontologique établi à la demande des pouvoirs publics qui donne des définitions plus précises de l'incapacité et de l'invalidité et recommande d'introduire sur ces sujets dans les documents d'information une mise en garde sur l'absence de lien entre les décisions de la sécurité sociale et celles de l'assureur.

LE LIBRE CHOIX DE L'ASSUREUR

La distribution au travers de contrats collectifs de l'assurance emprunteur est le fait en quasi-totalité des établissements financiers, banques et sociétés spécialisées et jusque récemment l'obtention d'un prêt sans assurance et sans l'adhésion au contrat proposé par le prêteur s'avérait quasi impossible.

Deux initiatives majeures sont intervenues.

Tout d'abord la création de la convention AREAS pour permettre l'accès à l'assurance emprunteur des personnes présentant un risque aggravé de santé. Il faut saluer cette initiative et la pugnacité des intervenants pour que soit offert, malgré toutes les frilosités et les réticences, un réel service à nos concitoyens parmi les plus frappés par le sort.

Ensuite, les initiatives législatives pour offrir aux candidats à l'emprunt la possibilité d'échapper à l'assurance imposée par le prêteur.

La loi du 1er juillet 2010 permet le libre choix de son assureur à condition que la garantie présente un niveau équivalent à celui de l'assurance proposée par la banque. Après bien des confusions lors de sa mise en place et de fortes réticences pour sa mise en œuvre, ce texte n'a toujours pas éteint les réclamations. La grille des critères mise en place, non sans difficultés, par le CCSF pour qu'une banque doive accepter ou refuser de manière objective le changement d'assurance emprunteur vient d'entrer en vigueur et devrait améliorer la situation.
Enfin, la loi sur la consommation de 2014 permet un assouplissement des conditions de résiliation des contrats d'assurance de particuliers. En assurance emprunteur, l'assuré disposera d'un délai de 12 mois à compter de la souscription de son contrat pour en demander la résiliation et, après avoir obtenu l'accord du prêteur, y substituer un autre de son choix aux garanties équivalentes.

Force est de constater que rares sont les sujets dans le domaine de l'assurance qui auront suscité tant de difficultés et autant d'interventions qu'il s'agisse, entre autres, du législateur, de la Cour des comptes, des Autorités, de l'Inspection générale, du Comité consultatif du secteur financier, de la profession et des organisations de consommateurs, pour ne pas citer le médiateur, sans pour autant parvenir à tarir les sources de conflits. La pluralité des intervenants au contrat collectif, emprunteur, souscripteur, distributeur, intermédiaire, assureur et adhérent, l'opacité des rémunérations et l'importance des enjeux pour toutes les parties en sont peut-être la raison profonde.

Les assurances affinitaires

L'apparition massive de nouveaux produits tels que les smartphones ou les tablettes tactiles a entrainé le développement d'un nouveau type de contrats d'assurances qualifiés d'affinitaires. Ces contrats sont généralement proposés directement par les vendeurs de produits dans les domaines de l'électronique et de l'électroménager. J'ai très tôt évoqué ce sujet du fait des nombreux litiges qui ont été quasi immédiatement enregistrés. La question reste d'actualité étant donné l'augmentation persistante du nombre de réclamations.
Ces assurances étant proposées aux consommateurs par des vendeurs qui n'ont pas reçu une formation nécessaire en termes d'assurances, l'essentiel des réclamations porte sur des manquements à l'obligation d'information et au devoir de conseil. A cet égard j'ai déjà rappelé que la directive européenne de 2002 sur l'intermédiation en assurance, impose que tout intermédiaire d'assurance doit posséder les connaissances et aptitudes appropriées que les Etats membres doivent déterminer.
Du fait des dysfonctionnements constatés dans le règlement des sinistres et surtout

de la tendance à interpréter de manière particulièrement restrictive les clauses des contrats, j'avais affirmé dans mon rapport pour l'année 2012, d'une part que « *il appartient aux instances dirigeantes des sociétés de mieux prendre la mesure de l'impact des choix qu'elles font des personnes qui les représentent et qui va au-delà des seuls avantages économiques et financiers* » et d'autre part, qu'il en va de l'intérêt général de s'attacher à offrir une prestation de qualité au regard des tarifs pratiqués et de la très large diffusion des produits susceptibles d'être assurés.
Aussi, faut-il saluer la création de la Fédération des garanties et assurances affinitaires (FG2A) qui a permis d'instaurer un label de référence afin d'encadrer au mieux les pratiques et d'accompagner le consommateur dans le choix de son contrat d'assurance. On espère que le nombre des réclamations, encore en très forte croissance cette année, diminue bientôt.

L'obligation d'information et le devoir de conseil

L'ignorance est une source majeure de conflits. Aussi, une obligation d'information et un devoir de conseil de la part du professionnel à l'intention du consommateur ont-ils été déclarés comme un principe général du droit par la jurisprudence de la Cour de cassation. C'est ce principe qui a été par la suite intégré à l'article L.111-1 du Code de la consommation.
Au fil du temps, une réglementation particulièrement abondante est venue encadrer ces notions parfois délicates à cerner. Pour l'essentiel, l'obligation d'information qui pèse sur l'assureur est de délivrer divers documents, notes et notices dont la forme est parfois précisément réglementée, préalablement à la conclusion du contrat et en cas de modification. Le devoir de conseil est un devoir général au profit du consommateur qui s'impose aux assureurs - et à leurs intermédiaires - à tout moment de la vie du contrat, avec comme objectif principal l'adéquation du contrat aux besoins réels de l'assuré.
En cas de litige, invoquant un défaut d'information ou de qualité du conseil prodigué, le réclamant se tournera prioritairement vers la société d'assurance. Il convient alors de faire le départ des responsabilités entre les différents intervenants au contrat.
S'agissant du non-respect de l'obligation d'information, le rôle du médiateur est facilité par le fait qu'il s'agit d'une infraction à la réglementation. C'est le cas notamment d'un défaut de fourniture de notices explicatives ou d'informations essentielles noyées dans le corps du texte contractuel. Il m'arrive encore d'avoir à rappeler l'article L 112-4 du Code des assurances qui impose la rédaction des exclusions de garantie en caractères très apparents.
En ce qui concerne la fourniture d'une notice d'information détaillée, dès le début de mon activité, j'avais appelé l'attention sur la nécessité d'abandonner des pratiques

consistant à simplement apposer sur les conditions générales un tampon « valant notice », ce qui était manifestement insuffisant. En 2006, allant dans le même sens, la Cour de cassation a imposé que la notice d'information soit effectivement distincte des conditions générales, les assurés ayant, à défaut, la possibilité de renoncer à leur contrat. L'évolution s'est poursuivie avec l'affirmation de la Cour selon laquelle « le souscripteur d'une assurance de groupe est soumis à un devoir de conseil et d'information envers ses adhérents et la remise d'une notice ne suffit pas à satisfaire à cette obligation ».
De son côté, la profession a accompagné ces évolutions en procédant à une première refonte du Recueil des engagements à caractère déontologique intégrant la nouvelle jurisprudence et en finalisant une fiche d'information standardisée mise en circulation en 2009. Un second engagement déontologique réaffirme en 2011 la nécessité d'une information et de conseils de qualité aussi bien de la part des sociétés que des intermédiaires.

Ces questions ont revêtu une acuité particulière pour les contrats souscrits en unités de compte. En période de chute de la bourse, on observe la mise en cause quasi-systématique de la fiabilité des conseils prodigués par le professionnel. Le nombre des réclamations concernant ce type de contrats reste fluctuant alors même que les consommateurs sont aujourd'hui clairement avertis de l'insécurité de ces placements financiers. Dans ce domaine particulier, les tribunaux, comme le médiateur, se montrent réticents à caractériser un manquement au devoir de conseil.
Au vu de ces évolutions, j'ai à plusieurs reprises et depuis longtemps rappelé que le devoir d'information et de conseil qui pèse sur les professionnels trouve sa limite dans l'obligation qu'a l'assuré de prendre connaissance des dispositions du contrat auquel il adhère librement. D'une manière générale le conseil à prodiguer aux assurés est, outre de déclarer sincèrement le risque à garantir, de lire le contrat qu'ils signent, de vérifier que les garanties souscrites sont celles souhaitées et de préserver les preuves à apporter en cas de sinistre. Si lors de la souscription d'un contrat ce simple rappel était systématiquement fait, bien des litiges seraient évités.

La bonne foi

La Cour de cassation affirme que « *La bonne foi largement entendue (loyauté, solidarité, proportionnalité et souci de l'équilibre contractuel) s'impose dans toutes les phases de la vie du contrat : négociation, information, conclusion, exécution, interprétation, modification, renégociation, inexécution, rupture et ses conséquences" et qualifie le contrat d'assurance d'« extrême bonne foi* »
L'expression de la bonne foi des parties doit être présente tout au long de la vie du contrat et elle revêt une importance particulière lors de la souscription car elle condi-

tionne la prise en charge par l'assureur du risque proposé. Les dossiers qui font référence à une fausse déclaration, intentionnelle ou non, sont un thème récurrent pour la médiation, particulièrement en assurance de personnes avec la déclaration de l'état de santé, mais aussi en assurance de biens à l'occasion de la déclaration du sinistre.

On peut revenir sur les différents comportements.

La bonne foi étant présumée, c'est à l'assureur de rapporter la preuve de la fausse déclaration de l'assuré. Si la preuve d'une fausse déclaration intentionnelle est rapportée, l'article L 113-8 du Code des assurances dispose que le contrat peut être déclaré nul et l'assureur peut être indemnisé en gardant les cotisations qui ont été versées. Il s'agit d'une sanction particulièrement lourde et qui peut s'avérer grave de conséquences. Lorsque la preuve de l'intention frauduleuse à l'occasion de la déclaration inexacte n'est pas rapportée, l'article L 113-9 du Code des assurances prévoit une réduction de l'indemnisation à proportion de la cotisation qui aurait dû être payée si l'assureur avait eu une connaissance exacte du risque à garantir.
Les sociétés d'assurances, comme d'ailleurs fréquemment les juridictions, ont tendance à invoquer systématiquement la nullité de l'article L 113-8 du Code des assurances sans rechercher la nature intentionnelle ou non de la fausse déclaration. De manière tout aussi systématique, j'ai dénoncé dans mes rapports ces comportements. Au fil du temps, on a pu remarquer un changement des comportements, certaines entreprises allant jusqu'à renoncer comme je l'ai suggéré à l'application de la sanction pécuniaire de l'article L 113-8 lorsqu'elle a pour effet de frapper une tierce partie au contrat ignorante des conditions de sa souscription. Il faut se féliciter de ces évolutions qui vont dans le sens d'un meilleur équilibre des relations.
J'ai également été amené à attirer plusieurs fois l'attention sur les conséquences d'une application trop restrictive par les professionnels du secret médical qui ne doit pas s'avérer préjudiciable aux personnes physiques qu'il entend justement protéger.
Chaque personne est, sauf dans le but de camoufler une fraude, libre de garder secrets ou de révéler partiellement ou en totalité les éléments de son dossier médical.
Devant la persistance de pratiques où l'assureur entendait invoquer la nullité sur le fondement de l'article L 113-8 pour une fausse déclaration intentionnelle imputée à l'assuré décédé, tout en refusant aux ayants droit la communication des éléments d'ordre médical justifiant cette position, j 'ai été amené à rappeler avec insistance que ni pour le patient ni, après sa mort pour ses ayants droit, il n'existe de secret les concernant qui leur soit opposable. Au contraire, la loi dite KOUCHNER proclame leur droit à l'information. L'intéressé, comme ses ayants droit peuvent se faire remettre les certificats médicaux ou les copies de dossiers les concernant et rien ne leur

interdit de les communiquer par la suite à qui bon leur semble en citant les dispositions de l'article L 1110-4 alinéa 7 du Code de la santé publique : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaitre les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ».

En revanche, le médecin, notamment dans le cadre de son activité en tant que conseil d'une société d'assurances ne saurait communiquer aucun élément d'ordre médical à un tiers, y compris au médiateur. C'est tout le sens de la procédure de transmission des pièces médicales que j'ai mise en place et qui a été avalisée en 2008 par la Commission médicale de la FFSA.

Ces différentes interventions ont permis entre autres améliorations de prévenir l'image de mauvaise foi que l'invocation sans discernement du secret médical, de plus en plus rarement constatée, a pu entrainer.

Enfin, certaines organisations de consommateurs n'hésitaient pas à défendre jusqu'à l'acharnement les demandes de leurs adhérents en soutenant des positions indéfendables, voire à présenter des dossiers dont les éléments établissaient à l'évidence une tentative de fraude. Ces comportements sont devenus rares. Il faut s'en féliciter.

Ainsi, dans tous ces domaines la règle de la bonne foi a repris, souhaitons que ce soit de manière pérenne, la place prépondérante qui est la sienne. •

Problèmes nouveaux, questions futures

Il n'est de pratiques nouvelles ou d'innovations qui ne se traduisent au moins dans un premier temps par des difficultés voire des errements.
On en a vu des exemples dans le passé. En suivent ici d'autres récemment apparus qui occuperont certainement la médiation durant les prochains mois.

La garantie des loyers

La persistance des litiges relatifs aux contrats offrant des garanties contre les loyers impayés mérite que l'on porte attention à cette situation.
La succession des dispositifs législatifs destinés à protéger les propriétaires bailleurs contre les défaillances de leurs locataires a créé une situation complexe où l'imbrication des systèmes mis en place et l'exigence d'un grand nombre de critères pour activer la garantie sont autant de sources d'incompréhension voire de suspicion pour les assurés. On constate que les assureurs eux-mêmes, réticents à délivrer la garantie souscrite, sont parfois perdus et dès lors peu convaincants dans leurs tentatives d'explication. En cas de sinistre, la part de responsabilité incombant à chacune des -parties, assurés, assureurs, organismes gestionnaires des immeubles crée une confusion difficile à démêler.
Les systèmes d'assurance réglementée des loyers impayés n'ayant pas rencontré auprès des propriétaires bailleurs le succès escompté, on voit apparaitre plusieurs situations. Soit les propriétaires souscrivent un contrat directement auprès d'un assureur, soit ils adhérent à un contrat collectif souscrit par le professionnel de l'immobilier auquel ils ont confié la gestion du bien. Ces deux types de souscription sont également source de litiges. Dans la plupart des dossiers qui me sont soumis, je constate que l'application reste difficile au regard de l'existence ou non d'un aléa, condition de la mise en jeu de la garantie.
Le mécanisme de ces différents contrats conduit à constater que systématiquement l'assuré propriétaire bailleur n'est informé qu'après le sinistre que le risque pour lequel il a souscrit un contrat ne répondait pas aux exigences de ce dernier. Dans ce domaine c'est donc à l'assuré qu'il incombe selon ces contrats de vérifier les conditions de solvabilité du locataire, en fonction de critères propres au regard des critères propres à l'assureur. Outre que cette exigence est difficile à remplir pour un particulier, ce dernier n'a généralement aucune connaissance de ces critères lorsqu'il accorde un mandat de gestion à son agent immobilier.
Le partage des obligations qui pèsent sur chacune des parties, gestionnaire, assureur et assuré, que ce soit lors de la souscription du contrat ou lors du sinistre s'avère inextricable dans certains dossiers. Cette situation conduit parfois à s'interroger sur la conformité de ces contrats aux principes et au droit de l'assurance qui rappelons-le reposent sur la notion fondamentale d'aléa.

La résiliation dans les contrats collectifs

Il s'agit d'un sujet nouveau pour le médiateur dans la mesure où le contrat d'assurance de groupe est conclu entre un assureur et une entité juridique distincte des

adhérents bénéficiaires des garanties du contrat. Dès lors, sous réserve de l'obligation d'information qui lui incombe, seul le souscripteur ou l'assureur peut résilier le contrat. Cependant, il n'est pas rare que des assurés contestent le refus que leur a opposé l'assureur du contrat auquel ils ont adhéré pour garantir un prêt bancaire notamment. Je ne peux, face à ces demandes, que rappeler que c'est au souscripteur du contrat et non à ses adhérents qu'appartient la possibilité d'en demander la résiliation.

La Cour d'appel de Bordeaux vient de donner raison à un particulier qui souhaitait résilier à l'échéance annuelle son assurance emprunteur. Selon les juges les contrats collectifs d'assurance emprunteurs sont résiliables comme les autres contrats d'assurances. Certains assurés ayant adhéré à ce type de contrat se prévalent désormais de cette décision pour soutenir leur demande de médiation. Le débat judiciaire n'est pas clos mais si le principe de cette décision venait à être confirmé le médiateur n'aurait pas d'autre choix que de s'y conformer en invitant l'assureur à procéder à la résiliation souhaitée par l'adhérent et en attirant l'attention de ce dernier sur les éventuelles conséquences de son choix.

L'information des bénéficiaires

Ce sujet n'est pas nouveau. Déjà en 2011, j'avais rappelé qu'il était souhaitable que pour les contrats obsèques, comme pour les assurances « dépendance », qui sont souscrits individuellement pour permettre aux proches de faire face à des situations financières difficiles lorsque survient l'événement garanti, les intéressés soient informés de leur souscription pour éviter que des familles ne découvrent trop tard l'existence d'une aide dont ils devaient bénéficier.

Cette question a pris un relief particulier avec les dispositions spécifiques concernant les contrats d'assurance sur la vie non réclamés par leurs bénéficiaires et qui représentaient selon la Cour des comptes, 2,76 milliards d'euros en 2011. Devant cette situation, le législateur est intervenu à trois reprises, d'abord en 2005 pour permettre à toute personne de demander à l'organisation professionnelle de l'assurance si elle est ou non bénéficiaire d'un contrat, puis en 2007 pour imposer aux assureurs d'identifier leurs assurés décédés, de rechercher les bénéficiaires désignés et de reverser les sommes dues dans un délai d'un mois. Le dernier volet législatif intervenu, en juin 2014, a renforcé le dispositif et les obligations mises à la charge des assureurs tout en prévoyant des sanctions en cas de retard dans l'exécution. C'est en partie sur ce fondement que l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution) a infligé d'importantes sanctions pécuniaires à des sociétés d'assurances en 2014, leur reprochant notamment de ne pas avoir procédé à la revalorisation des capitaux entre la date du décès de l'assuré et le règlement. Il est prévu qu'un décret en Conseil d'Etat

qui doit entrer en vigueur au 1er janvier 2016, imposera un taux de revalorisation minimum qui devra intervenir dès le décès de l'assuré. A ce jour, ce décret n'a pas encore été pris.

Face à la recrudescence des demandes de médiation relatives à des contrats d'assurance-vie en déshérence, j'ai estimé qu'il convenait de déterminer, sans attendre l'entrée en vigueur de la réglementation annoncée, les modalités de réparation du préjudice subi par les bénéficiaires.

Après que j'eus examiné le bien-fondé et la pertinence des réclamations et saisi les sociétés d'assurances concernées, la plupart ont proposé une revalorisation du capital calquée sur la revalorisation qui aurait été appliquée au contrat si celui-ci était resté en vigueur, ce qui apparaît un minimum. Aussi ai-je estimé qu'au-delà de la simple revalorisation du capital, se posait également la question de l'indemnisation du préjudice subi par les bénéficiaires du fait de l'indisponibilité des fonds. Il m'est apparu opportun de proposer une indemnisation complémentaire fondée sur l'élément objectif qu'est le taux d'intérêt légal simple appliqué à compter de la date du décès de l'assuré.

Souhaitons que les litiges relatifs aux contrats d'assurance-vie en déshérence soient circonscrits à l'année 2015. •

Un Index pour la médiation

Dans le but de limiter la résurgence de sujets traités et de contribuer à la prévention des litiges, j'ai publié dans chaque rapport annuel, depuis celui de l'année 2006 et sous le titre « Un index pour la médiation », une série de rappels de règles, de droit ou de simple bon sens, dont l'application aurait sûrement évité les conflits dont j'ai eu à connaître. Je crois nécessaire dans publier ici la liste alphabétique en indiquant l'année de référence.

A

L'abus de faiblesse (2010)
Acceptation du bénéfice du contrat et rachat vie (2007)
Action en « bon père de famille » (2007)
L'antisélection (2010)
L'application de l'article L 113-9 du Code des assurances (2011)
L'arbitrage financier (2008)
Assurance auto et fonds de garantie (2006)
Assurance pour compte (2006)

B

Bonne foi (2006)

C

La charge de la preuve (2008)
Les clauses considérées comme abusives (2012)
Les coefficients de vétusté (2010)
Les conséquences des pratiques d'habitude (2012)
Les conséquences fiscales des rachats (2012)
La conservation des dossiers (2012)
Les contestations liées à l'expertise (2013)
Les contrats à barèmes croisés (2012)
Les contrats dits « Madoff » (2009)
Les contrats retraite « Article 83 » (2013)
Contre assurance (2006)

D

Date du sinistre et mise en jeu de la garantie (2011)
Déchéance et nullité (2008)
La définition de l'état d'invalidité (2012)
Délais : carence et franchise (2008)
De l'assurance de groupe à l'assurance individuelle (2011)

E

Le fait générateur (2010)
Fausses clefs (2006)
La fourniture de relevés annuels au contractant (2012)
Franchise (2007)

G

La garantie n'est due que pour les sinistres prévus au contrat (2013)
Les garanties « valeur à neuf » (2012)
Geste commercial (2006)

H

Hospitalisation (2006)

I

Information – Conseil (2006)
L'intérêt à agir (2009)

L

Les litiges de la modernité (2010)
La loi Evin (2009)

N

Le non-paiement des primes d'assurance vie (2008)

P

Le paiement des cotisations (2013)
Participation bénéficiaire (2007)

Les Plans d'Epargne Populaire : PERP (2012)
Point de départ du délai de renonciation (2008)
La précision nécessaire des clauses des contrats (2012)
Prescription biennale (2007)
La prescription en assurance vie (2008)
Les « prestations immédiates ou différées, acquises ou nées » (2010)
La protection juridique (2013)

R

Rachat du contrat d'assurance vie (2007)
Les réactions face à un soupçon de fraude de l'assuré (2012)
Rémunération de l'épargne (2006)
La rente viagère et le droit au rachat (2010)
Rente viagère et rente certaine (2009)
Résiliation et nullité (2009)
Responsabilité civile et assurances (2007)
La revalorisation des rentes (2011)

S

Le secret médical et les intérêts des ayants droit (2009)
La situation personnelle, condition de la garantie (2013)

T

Taux garanti et prorogation du contrat (2011)
Le taux minimum garanti (2012)
La transaction (2011)
La transférabilité des contrats de retraite (2011)

V

Voyages (2006)

La médiation au niveau international

La volonté affirmée de développer dans un souci de protection des consommateurs les modes alternatifs de règlement des litiges s'affiche sur tous les continents et il est significatif que les plus importantes organisations internationales s'y attachent. Les grandes institutions comme le G20, l'OCDE, la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe, le Parlement Européen et bien sûr, la Commission Européenne au quotidien, s'emploient, sur le fondement des principes énoncés dans l'article 10 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme des Nations Unies et l'article 6 de la Convention Européenne des droits de l'Homme, à promouvoir et consolider ces systèmes, sur un plan général et plus particulièrement dans le domaine financier.

J'ai été et suis encore régulièrement amené, à participer à la réflexion et aux travaux menés par ces différents organismes internationaux. C'est ainsi que j'interviens comme consultant lors de missions pour la Banque mondiale. C'est pour le compte de cette dernière que j'ai co-rédigé en 2012 avec mon collègue ombudsman financier du Royaume-Uni un rapport qui détermine les principes fondamentaux de la médiation dans le domaine financier. J'apporte également en contribution mon expérience de la médiation de l'assurance, notamment à l'Autorité de contrôle Européenne des assurances, EIOPA, en tant que membre du Stakeholder group placé auprès d'elle, ainsi qu'au comité directeur du réseau FIN-NET des médiateurs financiers. Les organisations internationales de juristes, spécialisées ou non dans le domaine de l'assurance, ne sont pas en reste dans cette volonté de réflexion commune et je suis appelé à participer à des rencontres organisées par l'Académie de droit européen, l'Association internationale des juristes d'assurance ainsi qu'à de nombreux colloques organisés sur ce thème.

J'ai été aussi régulièrement invité à intervenir en Europe ainsi qu'en Asie centrale, à la demande de pays désireux de mettre en place des systèmes de médiation dans le domaine financier, et à recevoir sur ces mêmes sujets des représentants de plusieurs pays d'Afrique ou d'Asie.

Le besoin d'échanges et de collaboration entre les systèmes de médiation déjà en place dans les différents pays se fait ressentir avec de plus en plus d'acuité. Les structures qui regroupent des médiateurs du secteur financier, au niveau européen et au niveau mondial, sont évidemment les lieux privilégiés de ces échanges.

La médiation au niveau européen

Les actions de l'Union Européenne pour le développement de la médiation afin de régler les litiges de consommation sont une constante de la construction du marché unique. La liste suivante (non exhaustive) des directives qui invitent depuis 2002 les Etats membres à encourager la mise en place de systèmes alternatifs pour le règlement des litiges dans le domaine financier, parle d'elle-même.

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

Il faut ajouter les textes non spécifiques au domaine financier comme la directive de mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale et bien sûr la directive du 21 mai 2013 qui vient d'être intégrée dans le droit Français par l'ordonnance du 20 août 2015.

FIN-NET

Ces différents textes sont postérieurs à la mise en place par la Commission du réseau FIN-NET des médiateurs financiers qui permet depuis 2001 de résoudre les litiges transfrontaliers dans ce domaine. Ses membres doivent avoir été notifiés par leurs Gouvernements respectifs comme respectant les principes, notamment d'indépendance et de transparence, édictés par la Commission dans ses Recommandations du 30 mars 1998 et du 4 avril 2001, et sont liés par un Protocole d'accord. Ce sont ces principes qui ont été repris dans la directive de 2013 sur le règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Régulièrement cité comme l'exemple à suivre, le réseau FIN-NET est mentionné dans les considérants de la directive ainsi que dans le règlement relatif au règlement en ligne des litiges de consommation qui va entrer en vigueur en suite de la directive au mois de janvier 2016.

FIN-NET
Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

A la fin 2012, le réseau FIN-NET comptait 57 organisations de médiation couvrant les secteurs financiers de 23 pays de l'espace économique européen. En tant que membre du comité directeur, j'ai agi avec la Commission pour renforcer la visibilité du réseau et celle des systèmes qui y adhérent et étendre sa couverture, principalement en participant à l'information des diverses instances et en collaborant à la sensibilisation des nouveaux pays membres ou candidats.

La collaboration active entre les membres de FIN-NET a permis en 2012, la résolution de 2 727 litiges transfrontaliers, dont 1 325 dans le secteur bancaire, 919 dans le secteur des assurances, 318 dans le secteur des services d'investissement. Au total, avant l'intégration des chiffres des deux dernières années, encore en augmentation, ce sont plus de 10 300 litiges financiers transfrontaliers qui auront été réglés depuis 2007 grâce au réseau.

LE CENTRE EUROPÉEN DES CONSOMMATEURS

L'apport des organisations de consommateurs au niveau Européen est très important et je suis particulièrement sensible à la qualité des relations entretenues avec le centre européen de la consommation Franco-Allemand qui œuvre sans relâche pour la promotion de la médiation. Le centre, exemple significatif de la coopération européenne avec l'entité Française basée en Allemagne, a été créé il y a vingt ans. Basé à

Kehl, il appartient au réseau européen EEC-net. Il travaille en collaboration étroite avec les médiateurs dans les différents pays de l'Union pour le règlement des litiges transfrontaliers dont il est saisi. En l'absence de médiateur dans un secteur, il traite directement le dossier, plus de 12 000 plaintes cette année, tous domaines économiques confondus. Le centre, constitué sous la forme d'une association dont je suis membre depuis plusieurs années, favorise sans relâche le développement de la médiation, notamment par ses actions en faveur de l'éducation et de l'information des consommateurs. Depuis 2003, il héberge le Médiateur allemand du commerce électronique qui a traité plus de 1 500 litiges en 2014.
Cité à plusieurs reprises lors des travaux préparatoires de la directive sur la médiation ainsi que lors de la préparation de l'ordonnance de transposition de cette dernière en France, le centre de Kehl qui est pressenti en Allemagne pour devenir, en prenant appui sur le Médiateur du commerce électronique, le Médiateur résiduel prévu par l'article 5 de la directive, a naturellement vocation à assumer cette même fonction pour la France.

La médiation au niveau mondial

Dans le même esprit d'échanges et de partage d'expériences, a été créé à Londres il y a dix ans maintenant Le réseau international de médiateurs financiers INFO, pour International Network of Financial services Ombudsman schemes.
Il regroupe des systèmes de résolution extra judiciaire des litiges dans le domaine financier du monde entier et comprend aujourd'hui 58 membres répartis dans 37 pays. Tous les continents sont représentés.
S'agissant du traitement des litiges transfrontaliers, INFO offre au public une plateforme d'information permettant aux consommateurs de contacter les médiateurs financiers compétents selon les pays. Le réseau favorise ainsi, grâce à la collaboration entre ses différents membres, la solution des litiges au niveau international.
Le but premier d'INFO est de développer la compétence et l'expertise de ses membres au travers d'échanges d'informations et d'expériences. Priorité est donnée aux thèmes universels comme les modes de gestion des réclamations, les relations avec les Autorités, la formation permanente des collaborateurs, le développement de la médiation financière dans le monde, etc.

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

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

Tous les membres du réseau sont désormais invités à respecter les principes fondamentaux de la médiation financière qui figurent dans le rapport que nous avons remis à la Banque mondiale et que INFO a repris à son compte. Par ailleurs, depuis l'origine j'ai facilité les échanges entre INFO et FIN-NET, dont les membres peuvent pour certains rejoindre les deux réseaux, et incité à la mise en place d'un lien internet favorisant ainsi la mise en place progressive d'un réseau opérationnel mondial d'ombudsman/médiateurs indépendants pour le secteur financier. •

La nouvelle organisation de la médiation

La médiation dans le secteur de l'assurance est l'une des plus anciennes en France après la mise en place du Médiateur de la République.

Opérationnelle depuis 1993, comme celle créée plus tôt par le GEMA, la médiation de la FFSA respectait, avant même leur formulation, les principes fondamentaux notamment d'indépendance et de transparence édictés par la Commission européenne dans ses recommandations successives, principes repris dans la directive.

Cependant, l'augmentation du nombre des demandes depuis 2006, spectaculaire depuis les cinq dernières années, nécessitait des aménagements dans son organisation et son fonctionnement. Parmi ceux-ci, la mise en place d'un médiateur unique, souhaitée par beaucoup, notamment par les organisations de consommateurs peu favorables à la médiation d'entreprise, n'avait pu aboutir. Aussi, l'occasion de la directive du 21 mai 2013, entrée en vigueur le 9 juillet 2015, a-t-elle été saisie par la profession, dans son ensemble, pour enfin unifier la médiation de l'assurance et procéder aux aménagements indispensables pour lui permettre de faire face à l'accroissement de sa charge de travail. Lors des travaux préparatoires à l'ordonnance de transposition de la directive, tant au niveau de la commission de préparation de la DGCCRF qu'à celui de la commission parlementaire, la médiation de l'assurance est citée comme l'exemple à suivre.

Une association entre l'Association française de l'assurance, la FFSA et le GEMA dénommée « La Médiation de l'Assurance » a été créée au mois de juin 2015. Elle a pour objet, dans le respect de la directive du 21 mai 2013, de mettre à la disposition du public un dispositif gratuit de règlement amiable des conflits mettant en cause une entreprise d'assurance ou un intermédiaire et de désigner un médiateur en garantissant son indépendance. Le comité de désignation du médiateur est, comme c'était le cas pour le Médiateur de la FFSA, composé du président de l'Institut national de la consommation, du Président du Comité consultatif du secteur financier et d'un représentant de l'Association française de l'assurance. Ce comité veillera à ce que le médiateur dispose de moyens matériels et humains en adéquation avec l'étendue de ses tâches.

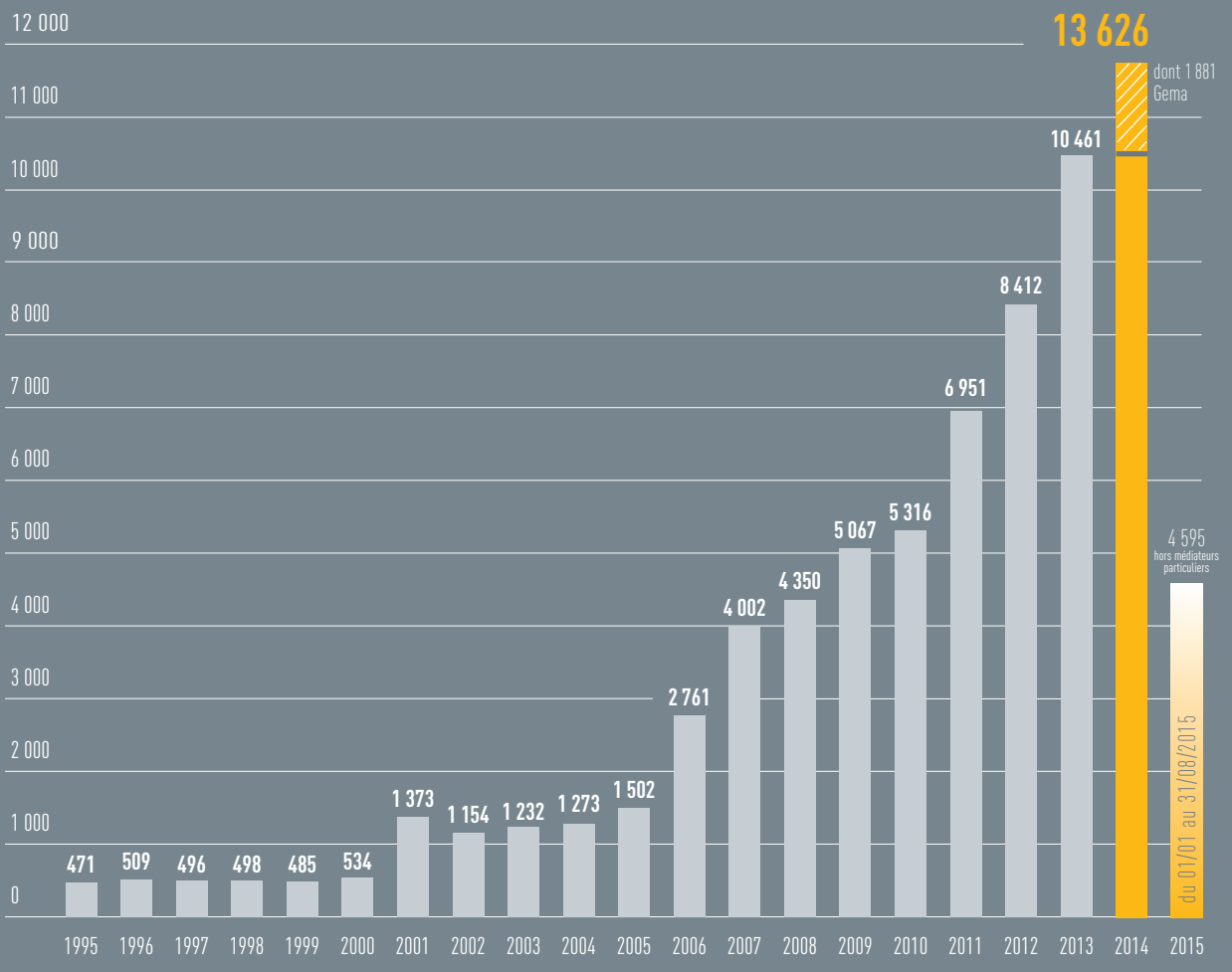
Il faut se réjouir de ces initiatives. Avec la possibilité désormais offerte aux réclamants, conformément à la directive et au règlement européen applicable en janvier prochain, de saisir le médiateur et de soumettre les justificatifs nécessaires en ligne, la médiation de l'assurance franchit une étape supplémentaire. Il conviendra de veiller à ce que ces procédures ne viennent pas déshumaniser la relation privilégiée instaurée entre le médiateur et les diverses parties prenantes. •

La médiation en chiffres

Différents organismes reçoivent des plaintes, réclamations et demandes de médiation qui mettent en cause une entreprise d'assurance.
L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) indique dans son rapport annuel avoir reçu, tous secteurs banque et assurances confondus, 5 636 demandes et réclamations en 2014, en augmentation de plus de 18 %.
La Direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes, DGCCRF, indique avoir enregistré 75 647 plaintes et réclamations en 2014, en baisse de 12 %.
Celles qui concernent le secteur de l'assurance, 2,8 % du total des plaintes enregistrées, restent stables.

C'est à partir de l'année 2008 que l'augmentation forte et régulière des demandes de médiation a débuté. La croissance s'est encore accélérée ces dernières années. Les chiffres sont présentés d'une part, pour l'année 2014 où ils réunissent ceux du Médiateur de la FFSA et ceux des sociétés ayant leur médiateur particulier* et d'autre part, pour la période couvrant les huit premiers mois de l'année 2015 où les chiffres ne concernent que le seul Médiateur de la FFSA.

ÉVALUATION DE LA DEMANDE DEPUIS 1995



*AXA, CNP, Generali, MMA, GMF, Groupama, Neuflize Vie

POUR L'ANNÉE 2014

Les demandes de médiation

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014, 11 745 demandes de médiation concernant les sociétés adhérentes de la FFSA ont été reçues. Si l'on ajoute à ce chiffre les dossiers qui ont concerné le médiateur du GEMA, ce sont 13 626 demandes de médiation, toutes sociétés d'assurances confondues, qui auront été formulées en 2014.

La progression s'accélère
+ 21 % de 2011 à 2012
+ 25 % de 2012 à 2013
+ 30 % de 2013 à 2014

11 745
DEMANDES DE MÉDIATION, ONT ÉTÉ REÇUES EN 2014

1 284
DEMANDES DE PLUS QU'EN 2013

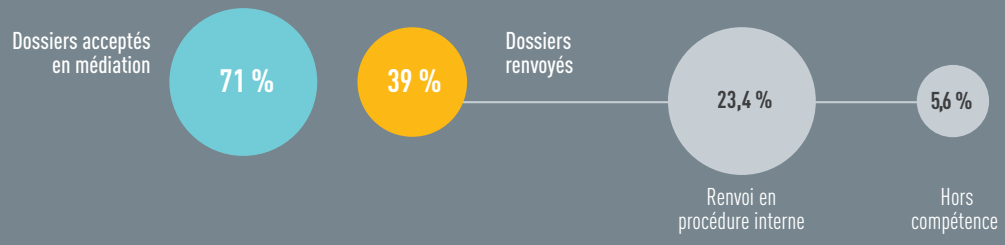
6 695
PRÉCONISATIONS ONT ÉTÉ ADRESSÉES, DONT 985 AVIS FORMALISÉS POUR L'ANNÉE 2014

3 280
DOSSIERS PRÉMATURÉS ONT ÉTÉ RENVOYÉS VERS LES SERVICES INTERNES DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS SANS QU'ILS REVIENNENT ENSUITE EN MÉDIATION

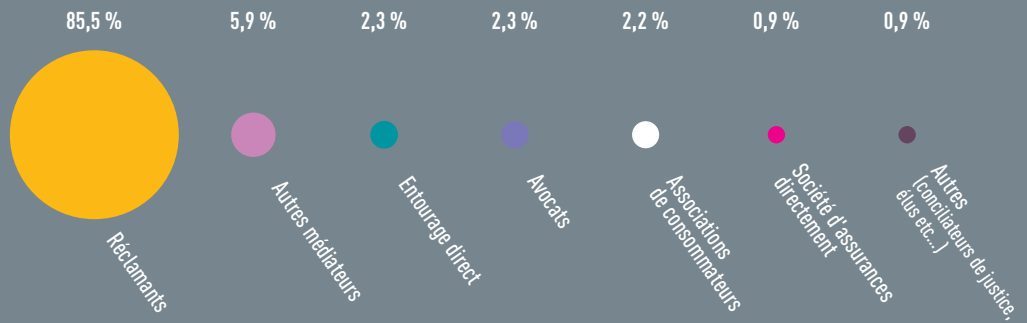
POUR L'ANNÉE 2015

4 595
DEMANDES ONT ÉTÉ ADRESSÉES ENTRE LE 1ER JANVIER ET LE 31 AOÛT AU SEUL MÉDIATEUR DE LA FFSA, AUTANT QUE POUR TOUTE L'ANNÉE 2013. DOIVENT ÊTRE AJOUTÉS LES CHIFFRES NON ENCORE DISPONIBLES DE L'ACTIVITÉ DES MÉDIATEURS PARTICULIERS D'ENTREPRISES JUSQU'AU 31 AOUT 2015

CAUSES DU RENVOI DES DEMANDES DE MÉDIATION



PROVENANCE DES DEMANDES



RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION EN 2014



RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION EN 2015 (1ER JANVIER AU 31 AOÛT)



LA RECEVABILITÉ DES DEMANDES DE MÉDIATION

En 2014, sur 11 745 demandes reçues, 785 dossiers ne relevaient pas de la compétence de la médiation et 3 280 demandes, irrecevables en l'état, ont été renvoyées vers les sociétés concernées afin que soient mises en œuvre ou parachevées les procédures internes de règlement qui conditionnent la validité de la saisine. Pour la première partie de l'année 2015, plus de 600 dossiers ne ressortissaient pas à la compétence du médiateur.

L'objet des litiges

En 2014, la tendance amorcée en 2010 s'est inversée. Les assurances de biens et de responsabilité qui ont représenté jusque près de 58 % des litiges en 2013 n'en sont plus responsables que d'un peu plus de 48 %. C'est l'apparition en assurance de personnes de nouveaux litiges concernant les assurances dépendance et l'augmentation des conflits en assurance santé qui peuvent expliquer en partie cette inversion.

TYPOLOGIE DES RÉCLAMATIONS 2014

Assurances de biens et de responsabilité	40,8 %
Habitation	12,8 %
Automobile	10,9 %
Produits nomades	6,5 %
Voyage	2,5 %
Carte Bancaire	2,2 %
Protection juridique générale	1,8 %
Construction	0,9 %
GRL	0,7 %
RC	0,4 %
Autres	2,1 %

Assurances de Prévoyance	48,4 %
Emprunteur	24,3 %
Dépendance	11,7 %
Santé	6,1 %
GAV	2,6 %
Retraite	1,0 %
PERP	0,9 %
Obsèques	0,3 %
Autres	1,5 %

Assurances Vie	10,8 %
UC	3,8 %
Fonds Euro	3,0 %
Capitalisation	0,6 %
Tontine	0,1 %
Vie Génération	0,1 %
Autres	3,2 %

TYPOLOGIE DES RÉCLAMATIONS 2015

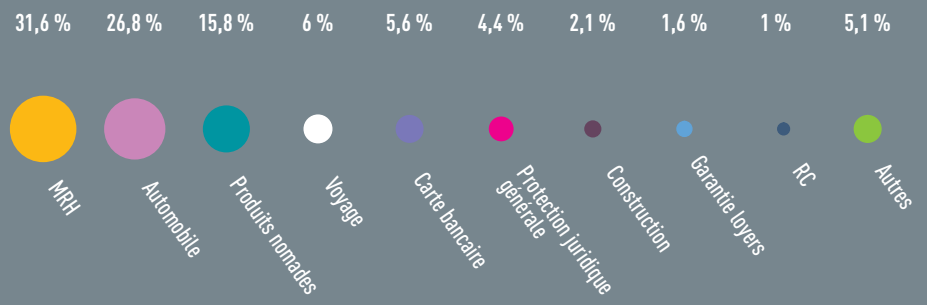
Assurances de biens et de responsabilité	49,9 %
Automobile	15,6 %
Habitation	13,6 %
Produits nomades	7,1 %
Carte bancaire	3,5 %
Voyage	2,1 %
Construction	1,9 %
Protection juridique générale	1,4 %
RC	1,3 %
GRL	1,0 %
Autres	2,4 %

Assurances de Prévoyance	37,6 %
Emprunteur	13,7 %
Santé	8,0 %
Retraite	3,0 %
PERP	2,9 %
Obsèques	1,3 %
GAV	1,0 %
Dépendance	1,0 %
Autres	6,7 %

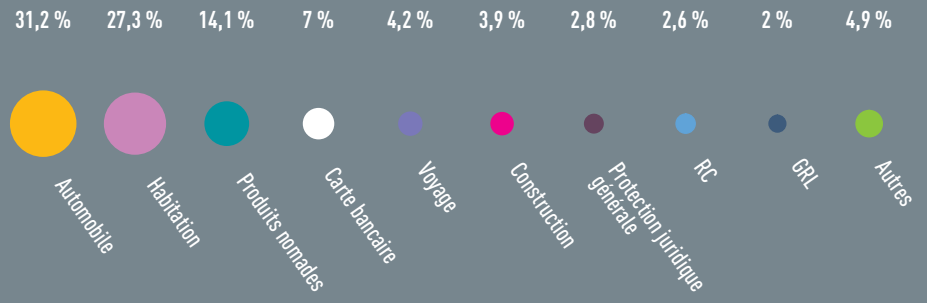
Assurances Vie	12,5 %
Fonds Euro	7,8 %
UC	3,3 %
Capitalisation	0,2 %
Tontine	0,1 %
Vie Génération	0 %
Autres	1,1 %

LES ASSURANCES DE BIENS ET DE RESPONSABILITÉ

LITIGES IARD 2014



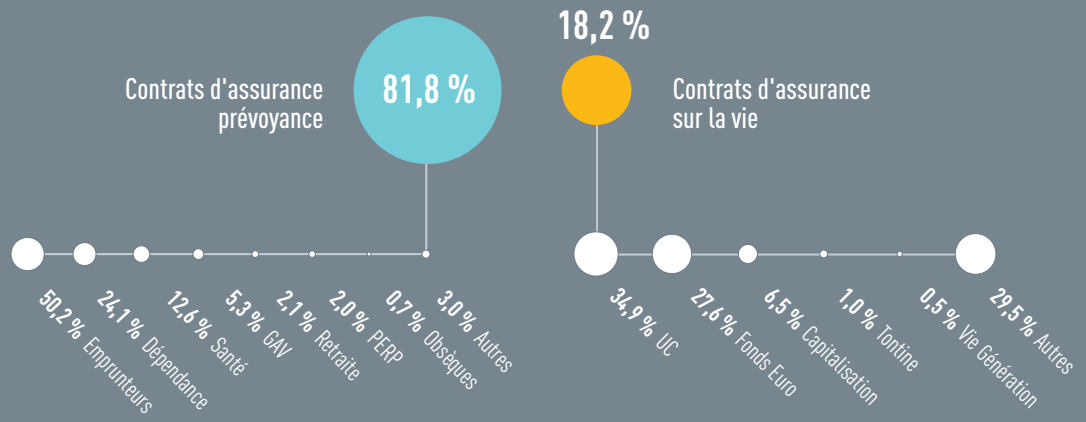
LITIGES IARD (01/01 AU 31/08 2015)



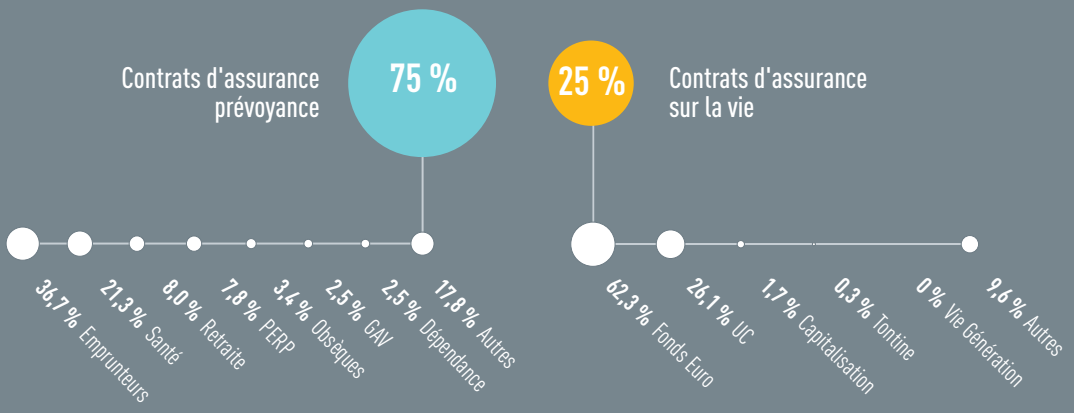
LES ASSURANCES DE PERSONNES

En assurances de personnes, quel que soit le mode de souscription, assurance individuelle ou adhésion à un contrat collectif, toutes assurances confondues, les garanties de prévoyance restent la cause principale des litiges en assurances de personnes.

LITIGES EN ASSURANCES DE PERSONNES EN 2014



LITIGES EN ASSURANCES DE PERSONNES EN 2015 (01/01 AU 31/08)



L'enjeu des litiges

Le montant des litiges portés devant le médiateur est très variable. Certains litiges peuvent porter sur des sommes importantes mais aussi sur de faibles montants pour lesquels on hésitera souvent à engager les frais d'une action en justice.
Parfois, la demande de médiation est faite uniquement « pour le principe » et ne présente pas d'aspect financier. Ou encore, et de plus en plus souvent, porte sur une somme insignifiante mais pour laquelle le requérant fait valoir que de nombreux autres contrats similaires sont peut-être être concernés. Il pourrait s'agir là des prémices à de futures actions de groupe.

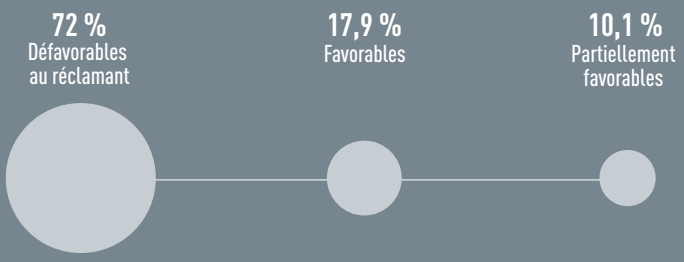
Les résultats de la médiation

La formalisation d'un avis par le médiateur - 985 en 2014 - implique qu'aucune solution n'a été trouvée, ni dans le cadre des procédures internes à l'entreprise, ni lors de la phase d'instruction du dossier. La plus grande part des dossiers trouve une issue satisfaisante avec l'assistance des services de la médiation dans une phase de ce que l'on peut appeler de pré-médiation, avant que le médiateur ne soit contraint d'adresser un avis formalisé aux parties.
Ces règlements avant avis formalisé sont les plus fréquents, et de loin, près de 6 695 cette année. Ils peuvent prendre diverses formes : échanges de courriers, de courriels, échanges téléphoniques, réunions, toutes formules qui permettent au médiateur de faire part de ses préconisations. J'invite alors l'entreprise concernée à concrétiser l'accord intervenu. Ce n'est qu'en cas de persistance du conflit que l'avis formalisé est adressé à chacune des deux parties en cause. L'expédition de l'avis met fin à la médiation, sauf élément nouveau.

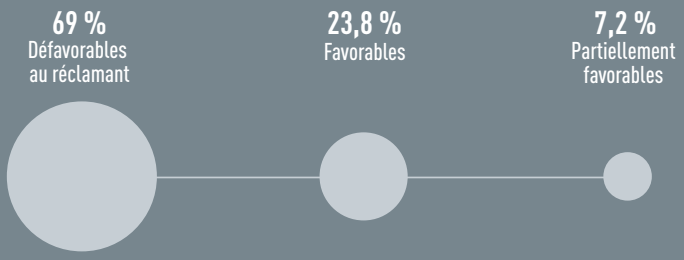
LA NATURE ET LE SUIVI DES AVIS

28,1 % des avis formalisés rendus par le médiateur en 2014 ont été favorables ou partiellement favorables au réclamant. La proportion des avis qui n'ont pas été suivis ou ne l'ont été que partiellement, que ce soit par l'assuré ou par l'assureur, est inférieure à 2 %.

NATURE DES AVIS 2014



NATURE DES AVIS (01/08 2015)



LES DÉLAIS

En 2014 et 2015, le délai de traitement des dossiers de médiation a été supérieur à 3 mois. Un délai de 90 jours est imposé par la directive européenne. La réforme des moyens et procédures de la médiation entreprise par la profession devra permettre à la médiation de s'exercer en conformité avec la nouvelle réglementation européenne.

Conclusion

Au moment où une nouvelle page de la médiation de l'assurance va s'ouvrir, le nombre de personnes à qui je souhaite adresser mes remerciements pour m'avoir accompagné jusqu'ici est tel que je risque fort d'en oublier. Je leur demande par avance de bien vouloir m'en excuser.

Tout d'abord, et le plus chaleureusement, j'exprime ma reconnaissance aux collaborateurs du service de la médiation de la FFSA. Depuis plusieurs années dans des périodes d'augmentation forte et continue de demandes complexes et délicates, toujours plus pressantes, voire agressives, ils savent au sein d'une équipe restreinte en nombre, faire montre de leur grand professionnalisme, répondant avec calme, compétence et efficacité aux sollicitations les plus diverses, sans se départir ni de leur enthousiasme, ni de leur bonne humeur. Merci tout particulièrement à Marie Cécile Letzelter, qui responsable du service a su insuffler cet esprit et cultiver ces qualités, tout en m'apportant quotidiennement sa précieuse collaboration.

Je qualifie souvent l'intervention du médiateur de dernière chance avant le procès. En effet, ne peuvent lui être soumis pour avis que les litiges pour lesquels tout a été préalablement mis en œuvre au niveau des entreprises concernées pour tenter d'y mettre fin. L'intervention des correspondants, dont j'ai exigé qu'un seul par société me soit désigné par les directions générales, permet de s'assurer que tel est bien le cas. Relais des conseils et préconisations du médiateur, ils insufflent l'esprit qui favorisera l'arrangement amiable plutôt que le contentieux. C'est leur action au quotidien en liaison et avec l'assistance du service de la médiation qui permet le règlement en nombre des demandes avant que, au mieux le médiateur ne soit contraint de rendre un avis, ou au pire l'affaire ne soit portée en justice. Qu'ils soient ici tous très vivement remerciés.

Je remercie aussi les médiateurs.
Les médiateurs particuliers des entreprises qui avaient choisi d'instituer leur propre système de médiation. Grâce à une coordination lors de réunions cordiales et régulières l'homogénéité de la médiation de l'assurance a été maintenue.
Mes collègues du Club des médiateurs de services au public, dont je suis un des membres fondateurs et dont j'ai eu le plaisir d'assumer la vice-présidence pendant plusieurs années. L'impact des travaux du Club dans les réflexions et actions pour le développement d'une médiation de qualité dans tous les domaines n'est plus à démontrer. Je remercie particulièrement à cet égard le soutien que, depuis la création du Club, nous ont apporté le Médiateur de la République, puis le Défenseur des Droits et leurs services.
Mes collègues ombudsman et médiateurs des pays étrangers et des organisations internationales grâce auxquels j'ai pu acquérir une vision tout à la fois complète, complexe mais cohérente d'une activité devenant peu à peu universelle. Merci tout particulièrement à David Thomas, Ombudsman financier principal du Royaume Uni, avec lequel nous avons mené nombre de travaux et d'initiatives au niveau européen, au niveau mondial et dans plusieurs pays pour défendre et promouvoir « l'ombudsmanry ».
Les organisations de consommateurs. En cas de conflit, leur action aux niveaux de la pédagogie, de l'information et de l'explication, permet souvent de résoudre le litige à ce stade. Elles ont souvent aussi été un intermédiaire privilégié entre le consommateur et le médiateur. Qu'elles en soient ici remerciées. J'ai pu regretter l'insuffisance de l'implication de certaines associations, voire l'hostilité peu compréhensible d'une ou deux à l'idée même de recourir au médiateur en cas de conflit. J'en salue d'autant plus chaleureusement les actions menées par L'Institut national de la consommation en faveur de la médiation et l'appui que l'Institut et ses présidents successifs m'ont toujours apporté.

Merci aussi à la Commission européenne. Elle a su petit à petit, avec des collaborateurs impliqués organisant notamment le réseau FIN-NET, généraliser l'idée de la médiation dans l'Union, jusqu'à pouvoir y imposer partout avec la directive de 2013 la médiation de la consommation, gage d'une protection des consommateurs dans un marché construit et de plus en plus exacerbé de libre échange de produits et de services.

Enfin, la Fédération française des sociétés d'assurances a su grâce à la pugnacité de ses présidents successifs des vingt dernières années, et à l'action constante de son secrétaire général, tout d'abord convaincre les sociétés du bien fondé et de l'intérêt de la mise en place d'un médiateur, puis lui apporter un appui sans faille tout en garantissant sa totale indépendance d'action. Sans elle rien de ce qui est ici rapporté n'aurait été possible. Je l'en remercie très sincèrement.

En conclusion je souhaite aborder trois aspects caractéristiques de la médiation qui touchent à la nature des avis que l'on sollicite du médiateur.

Lorsque j'ai pris mes fonctions la proportion des avis rendus favorables à l'assuré était égale, voire supérieure à celle des avis défavorables. Au fil des années la tendance s'est inversée et la proportion d'avis défavorables a constamment augmenté jusqu'à atteindre plus de 70 %. Pour surprenant que cela puisse paraître, il faut s'en féliciter. En effet, un avis défavorable au requérant est le signe manifeste que sa réclamation a été traitée correctement par l'entreprise en amont de ma saisine et je ne peux qu'en prendre acte. Au contraire, une augmentation persistante du nombre des avis favorables au requérant est le signe d'une dégradation de la qualité du traitement des réclamations au sein de l'entreprise concernée. On doit donc se déclarer satisfait de cette situation qui est le signe d'un traitement amélioré des réclamations au sein des entreprises, signe d'autant plus significatif que dans le même temps le nombre des réclamations a considérablement augmenté.
Le caractère obligatoire ou non pour les entreprises des avis du médiateur est un sujet qui fait débat en France et en Europe. Pour ma part j'ai trouvé satisfaisant, alors que mes avis n'ont pas de caractère obligatoire, contrairement à ceux d'autres médiateurs, que la proportion de ceux qui n'ont pas été suivis ou ne l'ont été que partiellement, que ce soit par l'assureur ou par l'assuré, n'ait toujours été que de l'ordre de 2 %.
Pour terminer, on avance volontiers pour tenter d'expliquer l'attitude de moins en moins conciliante de nos concitoyens qui s'exprime au travers de l'augmentation des réclamations et des litiges, que nous sommes désormais dans une société de défiance. Défiance de tous vis-à-vis de tout. Je ne suis pas de cette opinion. La confiance dans l'autre, comme par nature celle de l'enfant dans l'adulte, est au contraire le fondement de nos sociétés. Ce n'est que lorsque la confiance a été trahie ou bafouée qu'elle se perd et qu'alors la défiance s'instaure.
Le fondement de l'assurance est la confiance. Confiance dans la garantie souscrite, confiance dans son prestataire qui, payé par avance, doit honorer son engagement. Lorsque tel n'est pas le cas la défiance peut s'installer. C'est alors le rôle du médiateur de tenter de rétablir la confiance perdue pour maintenir la relation. Contrairement au juge qui ne peut pas le faire car la décision judiciaire implique pour l'une des parties une sanction qui par là même provoque la rupture de la relation, le médiateur parce qu'il peut, lui, en appeler à l'équité, en a la possibilité. Je l'ai fait chaque fois que possible et nécessaire. C'est là tout l'enjeu de cette mission passionnante que j'ai eu l'honneur et le plaisir d'exercer. •

Francis Frizon



Annexes

Charte de la médiation 54

Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFSA et du GEMA 55

Charte des médiateurs de services au public 56

Textes 57

Publications, sites internet et adresses utiles 58

Charte de la Médiation de la FFSA

Les sociétés de la FFSA sont convenues de mettre en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles ci-après :

① Un médiateur de la FFSA est désigné à l'unanimité par un conseil composé du président de l'Institut national de la consommation, du président du Comité consultatif du secteur financier et du président de la Fédération française des sociétés d'assurances. Son mandat est de trois ans renouvelable.

② Le médiateur de la FFSA exerce sa mission en toute indépendance.

③ Il dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission. Les entreprises disposent d'un délai maximum de six semaines pour répondre aux demandes d'informations ou de documents émanant du médiateur de la FFSA.

④ Le médiateur de la FFSA a pour mission l'examen des litiges opposant en matière d'assurance un assuré ou un tiers à une entreprise d'assurance. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA.

⑤ Le médiateur de la FFSA peut être saisi par l'assuré, par un tiers ou, avec leur accord, par l'entreprise d'assurance, après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à cette entreprise. Dans ce cas, la prescription est interrompue. Le médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

⑥ Après avoir instruit le dossier avec le concours des parties, le médiateur de la FFSA rend un avis motivé dans les trois mois. L'avis ne lie pas les parties.
La décision de ne pas suivre l'avis du médiateur doit obligatoirement être prise au niveau de la direction générale de la société et portée à la connaissance du médiateur de la FFSA.

⑦ Le médiateur de la FFSA informe les assurés ou les tiers qu'ils conservent leurs droits de saisir les tribunaux.

⑧ Il est, dans tout avis rendu par le médiateur de la FFSA, précisé qu'il a été établi en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.

⑨ Une entreprise d'assurance peut désigner un médiateur particulier dès lors qu'il s'agit d'une personnalité indépendante et avec laquelle elle ne doit ni avoir, ni avoir eu aucun lien de subordination.
Ce médiateur d'entreprise se substitue alors au médiateur de la FFSA ; il intervient dans les mêmes conditions de forme et de délais que le médiateur de la FFSA telles qu'elles sont définies au 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 ci-dessus.
Il se coordonne avec lui pour assurer une harmonisation des avis rendus et le tient informé de ses activités.

⑩ Le médiateur de la FFSA publie un rapport annuel qui rend compte de son activité et de celle des médiateurs d'entreprises qui lui communiquent à cet effet un bilan de leurs interventions.

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

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

ENGAGEMENT SUR LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE MÉDIATION

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

En 1989 au GEMA et en 1993 à la FFSA, deux dispositifs de médiation ont été respectivement mis en place par les entreprises d'assurance membres.
A noter que la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 a introduit dans le Code des assurances un article L 112-2 qui fait obligation à l'assureur de préciser dans les documents d'information qui sont remis au preneur d'assurance les modalités d'examen des réclamations ainsi que l'existence de l'instance chargée de cet examen et à laquelle il appartiendra, en cas de persistance du conflit, de communiquer au requérant les coordonnées du médiateur.
Le présent engagement a pour objet de fixer les règles minimales applicables en matière de médiation.

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

- les médiateurs doivent êtres indépendants des entreprises d'assurance pour lesquelles ils interviennent et doivent exercer leur mission en toute indépendance ;

- les entreprises d'assurance doivent s'efforcer de répondre rapidement aux demandes d'informations et de documents émanant des médiateurs dans le cadre des dossiers dont ils sont saisis ;

- tout assuré au titre des risques du particulier a droit d'accéder gratuitement au médiateur compétent en fonction de l'entreprise d'assurance qui le garantit. Ce droit n'est toutefois acquis qu'après qu'il a épuisé les procédures de traitement des réclamations internes à l'entreprise ;

- l'engagement d'une procédure de médiation par l'assuré ou avec son accord entraîne suspension automatique des délais de prescription en cours jusqu'au rendu de l'avis du médiateur. A l'issue de la médiation, l'assuré conserve tous ses droits à l'introduction d'une éventuelle action contentieuse.



Le Club des médiateurs de services au public a été créé en 2002. Il rassemble les médiateurs d'organisations, d'entreprises, d'administrations et de collectivité. Elaborée en concertation avec le Médiateur de la République, sa Charte, rénovée en 2011, constitue le fondement des valeurs partagées par ses membres, et leur vision commune de la médiation institutionnelle.

Charte des Médiateurs de Services au Public

Le Club a accueilli, au fil du temps, de nouveaux membres, 23 à ce jour, et s'est constitué en association en 2010. Il représente aujourd'hui la seule organisation en France rassemblant des médiateurs intervenant dans le domaine de la médiation institutionnelle. Le Club a notamment mis au point un dispositif de professionnalisation des médiateurs et de leurs équipes dont il a confié le module central à l'IGPDE (Institut de la Gestion Publique et du Développement Economique). Il organise avec lui deux sessions de formation par an depuis 2010.

Depuis sa création, plus d'un demi-million de personnes a fait appel à au moins l'un de ses membres. En 2013, plus de 110 000 saisines, donnant lieu à près de 47 000 avis ou préconisations, ont été adressées aux médiateurs membres du Club.

Textes

Textes Européens

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

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

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

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

Loi n°94-5 du 4 janvier 1994

Code des assurances - Article L. 112–2 (extrait) 2e alinéa

« (...) Les documents remis au preneur d'assurance précisent la loi qui est applicable au contrat si celle-ci n'est pas la loi française, les modalités d'examen des réclamations qu'il peut formuler au sujet du contrat, y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice (...) »

Ordonnance du 20 août 2015

Relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation

Recommandations

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

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

Pour plus d'informations…

PUBLICATIONS

Rapport annuel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
www.acpr.banque-france.fr

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

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

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

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

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

Commission de médiation de la Convention AERAS Rapport d'activité 2009
www.aeras-info.fr

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

Rapport d'activité 2012 de la Commission de médiation bancaire
www.banque-france.fr

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

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

Rapport du groupe de travail relatif à la médiation et au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation
www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000374/index.shtml

Rapports David Thomas ; Francis Frizon pour la Banque Mondiale
« Resolving disputes between consumers and financial businesses :
- Fundamentals for a financial ombudsman »
- Current arrangements in central and eastern Europe »
http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALSECTOR/Resources/Financial_Ombudsmen_Vol1_Fundamentals.pdf
http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALSECTOR/Resources/Financial_Ombudsmen_Vol2_ECA.pdf

ADRESSES UTILES

Le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

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

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

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

Fédération Bancaire Française
18 rue Lafayette
75009 Paris
www.fbf.fr

SITES INTERNET

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

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

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

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

Site INFO
www.networkfso.org

Site EIOPA
https://eiopa.europa.eu

Site Centre Européen des Consommateurs
http://www.cec-zev.eu

La Médiation de la FFSA

FRANCIS FRIZON
MÉDIATEUR

MARIE-CÉCILE LETZELTER
RESPONSABLE DU SERVICE DE LA MÉDIATION

JÉRÔME BRUNEAU
RESPONSABLE D'ÉTUDES VIE

AMANDINE ZAWADZKI
RESPONSABLE D'ÉTUDES BIENS ET RESPONSABILITÉ

MARION GUIGUE
RESPONSABLE D'ÉTUDES PRÉVOYANCE

JEAN-PHILIPPE ROCHATTE
CHARGÉ D'ÉTUDES PRÉVOYANCE

SABRINA LEBOUAZDA
CHARGÉE D'ÉTUDES BIENS ET RESPONSABILITÉ

AURELIE DUBUS
ASSISTANTE JURIDIQUE BIENS ET RESPONSABILITÉ

ARLETTE GOSSELIN
CHARGÉE DE SECRÉTARIAT

CLARISSE TRILLAT
ASSISTANTE

SOPHIE PHANTHAVONE
SECRÉTAIRE

KANICA CHHOEURN
SECRÉTAIRE