

RAPPORT ANNUEL • 2003

# Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

# Sommaire

|   |      |
|---|------|
| AVANT-PROPOS.....   | P 3  |
| INTRODUCTION .....  | P 4  |
| I – LA NÉCESSITE DE MOTIVER LES DÉCISIONS.....  | P 7  |
| II – L'INCIDENCE DE LA SITUATION ÉCONOMIQUE<br>SUR LE JEU DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE..... | P 9  |
| III – LES LITIGES LIÉS À LA PLURALITÉ D'INTERVENANTS<br>AU CONTRAT D'ASSURANCE .....        | P 12 |
| IV – L'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE.....   | P 17 |
| V – LES THÈMES DE CONFLITS RÉCURRENTS .....   | P 19 |
| LE NON RESPECT DE LA PROCÉDURE DE MÉDIATION .....   | P 19 |
| LES PRINCIPALES CAUSES DE LITIGE .....  | P 20 |
| VI – LA MÉDIATION EN CHIFFRES.....  | P 25 |
| Les demandes.....   | P 25 |
| Les saisines.....   | P 26 |
| Provenance des demandes de médiation.....   | P 27 |
| La recevabilité des demandes .....  | P 27 |
| Les résultats de la médiation .....   | P 28 |
| La nature des avis .....  | P 28 |
| Le suivi des avis .....   | P 29 |
| L'objet des litiges .....   | P 29 |
| Les conflits transfrontaliers.....  | P 31 |
| CONCLUSION .....  | P 32 |

# Avant-propos

*De plus en plus largement répandue, présente dans les grands secteurs d'activité économique et de services au public, la médiation s'affirme aujourd'hui comme le mode privilégié de règlement extrajudiciaire des conflits de consommation.*

*En France, les assurances font figure de précurseur avec une Charte de la médiation qui a été mise en place il y a maintenant plus de dix ans, à l'initiative de la Fédération française des sociétés d'assurances et en étroite collaboration avec l'Institut national de la consommation et les pouvoirs publics. Nombre de secteurs professionnels se sont par la suite inspirés de cette initiative, tout comme le législateur, qui a récemment imposé la médiation à l'ensemble des établissements bancaires.*

*Ainsi, dans le domaine des prestations de services, et plus particulièrement celui de l'assurance, le recours à la médiation est devenu désormais un droit, et est perçu comme tel par les particuliers aussi bien que par les sociétés d'assurances.*

*Mais il ne s'agit pas, loin s'en faut, d'une exception hexagonale. Depuis quelques années, la médiation se généralise, notamment dans les pays de culture anglo-saxonne, et en Europe cette tendance est favorisée par la volonté des autorités communautaires. En corollaire avec le développement des échanges transfrontaliers dans l'espace économique de l'Union européenne, a été mis en place un dispositif déjà conséquent de protection du consommateur par le biais de directives et de recommandations, dont il est significatif que la plupart d'entre elles intègrent la possibilité de recourir à un mode alternatif de règlement non judiciaire des éventuels litiges. Cette volonté de la Commission européenne est confortée par l'instauration, toujours à son initiative, de plusieurs réseaux européens pour le traitement extrajudiciaire des litiges (FIN-NET et EEJ-NET). Sans nul doute une directive viendra-t-elle prochainement élargir encore cette pratique en procédant, notamment pour ce qui concerne la médiation, aux harmonisations nécessaires.*

*Ce dixième rapport annuel du médiateur de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), disponible comme les deux précédents sur les sites internet de l'INC et de la FFSA, rendra compte de la pratique au quotidien des médiations. Ce faisant il permettra une nouvelle fois de mettre en avant des situations qui, bien que limitées en nombre, constituent des indicateurs de tendances dont on constate bien souvent qu'elles s'accroissent au fil des années.*



Francis Frizon  
Médiateur de la FFSA

# Introduction

Lorsqu'on interroge un médecin sur la santé de ses concitoyens il ne peut que se montrer inquiet et évoquer les effets des épidémies hivernales, de la canicule ou encore du tabagisme, passant sous silence la santé florissante de la majorité de la population.

Le médiateur est dans une situation similaire, car bien évidemment ne convergent vers lui que les motifs de mécontentement et les affaires litigieuses alors que l'activité de l'assurance en France se concrétise par plusieurs dizaines de millions de contrats qui s'exécutent conformément aux souhaits de leurs signataires.

Et pourtant, la médiation permet d'enregistrer aussi des sujets de satisfaction et tel aura été le cas en 2003, où trois d'entre eux retiennent particulièrement l'attention.

Le premier concerne l'activité au cours de l'exercice, qui marque une stabilisation du nombre global des requêtes par rapport à 2002 (724). Compte tenu de la forte progression (près de 50 %) des demandes enregistrées lors des exercices précédents, on ne peut que s'en féliciter.

Un deuxième motif de satisfaction est la disparition d'un type de litige qui a abondamment alimenté, pendant des décennies, le contentieux judiciaire des entreprises d'assurances.

Les requêtes pour des litiges relatifs à l'indemnisation des conséquences corporelles des accidents de la circulation, déjà devenues rares dans les dernières années, ont été cette année inexistantes. Cette constatation est d'autant plus réjouissante qu'elle résulte des efforts conjoints de tous les intervenants, professionnels, organisations, pouvoirs publics, et des actions de la justice et du législateur pour apporter une solution alternative à des conflits pourtant longtemps considérés comme inévitables et nécessairement judiciaires. Souhaitons que cette situation se perpétue.

Enfin, le troisième sujet de satisfaction réside dans la forte augmentation cette année du nombre des médiations réalisées sans que le médiateur ait été contraint de formuler un avis par écrit.

En 2003, ce sont 448 réclamations (en augmentation de près de 50 % par rapport à l'exercice précédent) qui ont ainsi trouvé une solution. Ce chiffre est honorable dans la mesure où il montre une volonté et une réelle participation des parties en cause dans la recherche d'un accord amiable. Il révèle aussi une meilleure efficacité des procédures internes de traitement des réclamations et laisse présager une influence grandissante des personnes responsables dans les entreprises de l'application des engagements déontologiques.

Certes, on peut toujours regretter qu'il n'ait pas été possible d'aboutir à de tels règlements en dehors de l'intervention du médiateur, mais ces prémices d'une modification des comportements sont encourageantes.

Les efforts didactiques nécessaires, régulièrement évoqués dans mes précédents rapports, sont d'évidence à poursuivre, mais on doit apprécier à sa juste valeur l'augmentation sensible du nombre des requêtes adressées au médiateur qui trouvent une solution amiable au sein des entreprises.

En revanche, certains comportements laissent le médiateur perplexe. En effet, bien qu'il soit évident que tout litige génère par nature une situation difficile, déplaisante, voire stressante, que peut-on penser de ceux qui, tout en sollicitant la médiation, n'hésitent pas à formuler des doutes quant à l'impartialité du médiateur, à sa compétence ou simplement à sa capacité à comprendre et à résoudre le litige ?

Sans être fréquents, ces a priori ne sont plus l'exception. Dans un cas, l'outrance des propos, mettant en cause notamment la probité du médiateur, l'a amené à en prendre acte et à refuser d'intervenir.

La gratuité du recours à la médiation pour le requérant est peut-être une explication, elle ne saurait être une justification. Le plaignant qui ne se résout pas à intenter un procès pour un enjeu aléatoire de quelques centaines d'euros n'hésitera pas à recourir au médiateur, dont l'intervention gratuite et non contraignante lui apparaît comme un dû quels que soient le bien-fondé et la pertinence de la demande. De même, il est fait une utilisation abusive du devoir de conseil qui s'impose aux professionnels et qui est de plus en plus souvent utilisé par les requérants comme un « fourre-tout » autorisant les demandes les plus diverses.

Parfois encore, les réclamants confondent le médiateur avec le tribunal. Ils recourent à lui comme tel, exigeant sanctions et dommages-intérêts et s'insurgeant contre l'absence de force obligatoire des avis. A cet égard, comment comprendre la réaction d'une association de consommateurs qui à la suite d'une interview où j'avais dit que « la médiation ayant pour objectif d'éteindre effectivement le litige, le médiateur n'est pas censé porter un jugement ou édicter une sanction mais permettre de réengager un dialogue », a déclaré que cette définition était à ses yeux « l'illustration parfaite de ce que l'association ne veut pas » ?

Il est possible à tout un chacun de regretter que la voie judiciaire ne soit pas l'unique mode de règlement des litiges, mais on ne peut sans remettre en cause l'acquis de dix années de médiation demander que celle-ci intervienne de la même manière que le juge.

S'agissant des entreprises d'assurances, on regrettera, tout en constatant l'amélioration sensible du traitement des réclamations, que certaines aient encore tendance à considérer le médiateur comme un exutoire et à renvoyer vers lui le réclamant sans s'être le moins du monde investies dans la recherche d'une solution.

Pour ce qui est de l'objet des litiges, la tendance qui s'était amorcée en 2002 s'est accentuée au cours de l'exercice 2003, où les conflits concernant les assurances de

personnes ont été largement dominants. Ces assurances représentent désormais près de 60 % des litiges soumis à la médiation, et parmi ceux-ci la part des conflits dans le cadre d'assurances collectives s'est également confirmée.

Le tiers des conflits en assurances de personnes concernent une assurance liée à un emprunt et en 2003, les litiges relatifs à l'assurance des emprunteurs ont été plus nombreux que les litiges en assurance automobile, toutes garanties confondues.

Cette année, le détail chiffré des affaires dont la médiation a eu à connaître sera traité à la fin de ce rapport. Place sera d'abord faite aux sujets de fond : la nécessité pour les entreprises de motiver leurs décisions ; l'incidence de la situation économique sur le jeu des contrats d'assurance vie ; les litiges liés à l'intervention conjointe au contrat d'assurance de différents acteurs ; le fonctionnement de l'assurance de protection juridique ; la persistance de thèmes de conflit récurrents. En conclusion seront évoqués les espoirs que suscite la démarche déontologique dans la prévention des litiges. ■

# La nécessité de motiver les décisions

Même si l'on peut comprendre que tout un chacun cherche à éviter les affrontements et à éluder les questions difficiles, il est de la responsabilité des entreprises de veiller à ce que tout soit mis en œuvre par leurs collaborateurs pour traiter les réclamations le plus en amont possible afin d'empêcher la cristallisation du conflit.

A cet égard, la pratique de la lettre type, encore trop fréquente, est évidemment à proscrire. Au demeurant, l'objet des courriers préétablis étant le traitement de masse, l'utilisation de telles missives dans le cadre de réclamations ne laisse pas d'inquiéter

Dans la grande majorité des cas, les entreprises d'assurances motivent leur décision quand elles opposent à leurs assurés ou à des tiers une fin de non recevoir, un refus de garantie ou une réduction de celle-ci. Mais il arrive qu'une telle décision soit signifiée sans la moindre justification. Lorsqu'une réponse est apportée, elle ne doit être ni sibylline ni hermétique, et tout refus doit être motivé.

C'est manquer de professionnalisme pour une entreprise que d'exprimer sa position par une affirmation telle que : « Il ressort de l'examen du dossier que nous sommes en mesure d'opposer à votre demande la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle », sans que l'assuré ou le bénéficiaire soit en mesure de connaître sur quel document cette assertion est fondée.

Se limiter à indiquer au client qui en réclame l'application que : « Dans (son) cas, la garantie n'a pas à être accordée » est insuffisant.

Ecrire en réponse à une demande d'explication sur des taux appliqués dans le cadre d'une assurance sur la vie que : « Nos calculs font appel à des notions de mathématiques qui nécessitent un certain niveau d'expertise » puis, devant l'étonnement et l'insistance du client, réitérer en ajoutant : « Vous constaterez que les calculs font appel à des notions complexes que nous ne détaillerons pas » n'est pas admissible.

L'absence de justification est en soi une source de conflit et son refus est générateur d'agressivité. Il faut rappeler que certains textes spécifiques, par exemple dans le domaine de l'assurance construction, exigent de l'assureur des prises de position argumentées. De par la Charte de la médiation, le médiateur est tenu de délivrer un avis motivé. Cette exigence doit être le droit commun.

S'ils constituent des épiphénomènes, ces exemples sont cependant significatifs des efforts qui restent à accomplir pour que, dans un contexte non judiciaire, les parties en conflit adoptent chacune avec sincérité l'attitude et la démarche permettant l'établissement du dialogue nécessaire à l'accord.

A ce propos, le refus, encore maintes fois constaté, de recourir, en cas de désaccord sur le montant de l'indemnité ou sur l'appréciation du risque, à une simple contre-expertise, le plus souvent prévue au contrat, reste un exemple topique, d'autant plus regrettable qu'il est aussi fréquemment le fait de l'assureur que celui du réclamant.

La mention de ces diverses attitudes conduit tout naturellement le médiateur à évoquer la notion de bonne foi des personnes en conflit.

Dans un domaine éminemment subjectif, il convient que les parties, notamment les entreprises d'assurances, gardent présent à l'esprit le fait que leur incapacité, pour des raisons souvent purement matérielles et d'organisation, à produire des documents probants, ou simplement à expliquer clairement ce qui fonde leur position, ne peut qu'amener à les faire apparaître de mauvaise foi. Il en va de même pour le demandeur, dont la propre bonne foi n'est pas toujours certaine.

Ainsi, dans plusieurs affaires où subsistait un doute, force a été au médiateur, constatant l'absence de preuve fournie à l'appui de la position soutenue, de donner raison à la partie la plus habile dans son argumentation. ■

# L'incidence de la situation économique sur le jeu des contrats d'assurance vie

En assurance de personnes, les fluctuations de l'économie et de la Bourse ont des incidences directes sur la rentabilité des conventions et, par ricochet, sur les saisines du médiateur.

Avant de revenir sur les contrats d'assurance sur la vie libellés en unités de compte, qui ont déjà fait l'objet d'un long développement lors du précédent rapport, il faut attirer l'attention sur le fonctionnement des clauses de participation aux bénéfices.

En effet, dans le cadre de contrats collectifs d'assurance retraite, plusieurs bénéficiaires se sont plaints auprès du médiateur de la faible - voire inexistante - revalorisation de leurs rentes.

La suppression par les pouvoirs publics, à partir de janvier 1987, du mécanisme de majoration légale des rentes résultait, d'une part, de la maîtrise de l'inflation et, d'autre part, de la mise en place par les organismes débirentiers de systèmes de participation aux bénéfices. Il était dès lors légitime que les crédirentiers s'attendent à ce que leurs pensions soient revalorisées afin de compenser l'érosion monétaire.

Dans plusieurs dossiers soumis au médiateur, tel n'a pas été le cas, et les entreprises d'assurances concernées ont invoqué l'absence de bénéfice technique afférent aux rentes constituées. Dans ces cas, la régularité de l'application des dispositions contractuelles n'étant pas en cause, le médiateur n'a pu que regretter que l'entreprise n'ait pas été en mesure de compenser l'érosion monétaire, et indiquer qu'il ne lui appartient pas de porter une appréciation ni sur la gestion financière ni sur la comptabilité des entreprises.

Comme en 2002, les contrats libellés en unités de compte ont donné lieu pendant cet exercice à de nombreux commentaires et interventions, notamment dans les médias spécialisés, alors que, au sein de la réflexion qui nécessairement s'impose, le médiateur constate, d'une part, la relative modicité du nombre d'avis qu'il a été amené à rendre dans ce type de dossiers (7 en 2002, 12 en 2003, soit 6 % des avis relatifs aux assurances de personnes) et, d'autre part, l'absence de fondement sur cette base de la plupart des requêtes qui lui ont été adressées.

On pouvait attendre de la relative amélioration de la situation boursière un retour à un climat plus serein, mais l'importance des moins-values enregistrées a maintenu une pression dont on peut désormais penser qu'elle se poursuivra quelque temps encore.

On observe que cette pression s'exerce essentiellement à travers la mise en cause quasi systématique du devoir d'information et de conseil, dont les réclamants prétendent qu'il n'a pas été correctement accompli.

En effet, en ce qui concerne les prétendus manquements au devoir de conseil, il faut rappeler que dans les contrats en unités de compte le capital, au lieu d'être libellé en francs ou en euros, est exprimé en unités de compte constituées par des placements. Au terme de ces contrats, les droits de l'assuré sont mesurés à partir de la valeur atteinte par ces unités de référence. A l'échéance, ou en cas de rachat, le capital est payé en fonction de la valeur atteinte par l'unité de compte et l'assuré perçoit les plus-values, ou supporte les moins-values. Autrement dit, si l'assuré bénéficie de la valorisation, il supporte aussi le risque de dépréciation.

C'est manifestement un aspect que les souscripteurs de ce type de contrats ont parfois tendance à oublier lorsqu'une « crise » économique, financière, boursière, immobilière affecte les supports, Sicav, FCP, SCI, Sicomi etc. de sorte qu'ils sont prompts à en faire grief à l'assureur ou à l'intermédiaire par qui l'opération a été souscrite.

Or, à partir du moment où les documents d'information sont explicites, et notamment que, conformément aux articles A.132-4 et A.132-5 du Code des assurances, ils portent l'énumération des valeurs de référence, la nature des actifs entrant dans leur composition et l'indication en caractères très apparents que l'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte, et non sur leur valeur, sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse, les tribunaux se montrent réticents, à juste titre, à étendre le devoir de conseil de l'assureur jusqu'à lui faire endosser les conséquences d'une dégradation des valeurs de référence.

D'une manière générale, le devoir de conseil ne s'évalue pas *in abstracto*. Son étendue s'apprécie au regard des facultés intellectuelles et des connaissances de celui à qui le conseil est prodigué. Par exemple, il été jugé que le souscripteur d'une assurance vie fondée sur des supports financiers, en tant que juriste d'entreprise, et même si sa spécialité n'est pas financière, ne pouvait ignorer le mécanisme de l'opération et ses aléas. De même, un souscripteur est mal venu à prétendre que son investissement en capital est garanti contre la baisse de valeur des parts de SCI alors que la note d'information précise que l'évolution de la valeur de la part choisie comme support financier détermine l'évolution des garanties pendant la durée du contrat. Même un consommateur profane sait qu'en cas de baisse du marché immobilier la part de SCI adossée à ce marché baissera en proportion, en l'absence de toute garantie en valeur du capital placé, ce type de contrats constituant un pari sur la hausse du marché et comportant d'importants aléas.

Pareillement, un assuré ne saurait reprocher à l'assureur un manquement au devoir de conseil alors que la diversification des placements sur des supports multiples offre une garantie supérieure à un placement sur un seul support et qu'il est parfaitement informé de la nature des contrats souscrits, notamment de l'absence d'un taux de rendement minimum garanti.

C'est ainsi que, à de rares exceptions (deux cas en 2003), le médiateur a relevé que, de par leur qualité, leur profession ou leur culture, les requérants étaient d'évidence rompus à la lecture et à l'appréciation de documents contractuels et il a considéré qu'ils ne pouvaient valablement prétendre que leur consentement avait été surpris et qu'ils n'étaient pas à même de comprendre les conséquences du choix qu'ils avaient opéré en souscrivant un contrat en unités de compte. Tel a été le cas, entre autres, d'un avocat, ancien bâtonnier de l'Ordre.

Dans la plupart des dossiers soumis au médiateur, une lecture, même cursive, des documents remis, notamment les notices d'information présentant les caractéristiques propres à chacun des supports choisis, suffisait à comprendre le fonctionnement du contrat souscrit.

La notion de défaut de conseil ne doit pas être utilisée pour tenter sa chance en formulant une réclamation dans l'espoir de ne pas subir les conséquences normales d'un risque librement pris. Ceci pourrait, et ce serait dommageable, occulter les problèmes que posent la non-fourniture ou le travestissement des informations ou encore les abus de faiblesse de la part de certains vendeurs. Mais c'est là un autre sujet sur lequel nous aurons à revenir.

S'agissant du mode d'information du souscripteur, un débat pluraliste s'est ouvert quant à la validité et au bien-fondé de la pratique consistant à délivrer des conditions générales de contrat « valant note d'information », au regard du formalisme et de la lettre de l'article L. 132-5-1 du Code des assurances. On ne peut que s'en féliciter. Pour ce qui le concerne, le médiateur, après avoir constaté à plusieurs reprises que certains documents contractuels, pas nécessairement explicites dans leur présentation ni leur rédaction, étaient revêtus d'une simple mention « valant notice », a exprimé l'opinion dans un précédent rapport qu'une telle pratique n'allait pas dans le sens d'une clarification de l'information nécessaire. Il ne s'agit là en aucune manière d'une remise en cause de la validité des contrats souscrits, dès lors que les documents qui ont été remis aux souscripteurs sont dénués d'ambiguïté et remplissent les exigences réglementaires quant aux points devant faire l'objet d'une information.

Au demeurant, en matière d'information, point n'est besoin d'imposer la fourniture, et donc la lecture, d'une multiplicité de documents, au contraire. Dans une recherche d'efficacité, il faut savoir raison garder et éviter l'écueil de la facilité qui consiste à fournir trop de peur de ne pas fournir assez. A cet égard, il convient d'attendre les effets qu'auront ou n'auront pas les textes d'application des lois récentes sur l'information des souscripteurs.

Quelle que soit la situation au regard du respect d'obligations purement formelles, l'important est la délivrance, dans le souci de créer une relation contractuelle équilibrée, d'une information réciproque non ambiguë sur l'essentiel des engagements et leur portée.

En tout état de cause, l'interprétation et l'application de bonne foi du contrat, qui sont de la responsabilité et doivent être le fait de chacune des parties, sont et restent les éléments primordiaux aux yeux du médiateur. ■

# Les litiges liés à la pluralité d'intervenants au contrat d'assurance

Pour ne pas être nouveau, il s'agit cependant là d'un sujet qui revêt une acuité réelle du fait de l'importance prise par la distribution des garanties collectives d'assurance par l'intermédiaire d'établissements financiers à réseau, et dont l'actualité s'est trouvée ravivée par la mise en place de la médiation bancaire lors de l'adoption de la loi du 11 décembre 2001, dite loi Murcef.

Plusieurs domaines d'activité sont concernés, mais l'accent doit être mis sur les conflits relatifs aux assurances liées au crédit dans la mesure où, en 2003, les contrats souscrits par les emprunteurs ont représentés, à eux seuls 30 % des litiges d'assurances de personnes soumis au médiateur.

Deux aspects sont à évoquer. L'un concerne la situation des bénéficiaires qui en cas de conflit se trouvent confrontés à la difficulté d'identifier un interlocuteur, l'autre, plus général, touche à la finalité de l'assurance dans ce domaine.

Sur le premier point, on observe que dans la quasi-totalité des cas les garanties souscrites à l'occasion d'un emprunt et couvrant divers risques, tels l'invalidité, le décès ou encore la perte d'emploi, sont accordées dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance. Ces contrats sont souscrits entre les entreprises d'assurances et les organismes prêteurs, banques ou sociétés financières, soit directement soit par l'intermédiaire d'un courtier. Elaborés à l'intention des clients emprunteurs, certains contrats collectifs sont souscrits par une association à laquelle il est demandé d'adhérer pour pouvoir bénéficier de l'assurance collective. Il s'agit là d'une configuration relativement complexe où, en cas de conflit portant sur la garantie d'assurance, la relation entre les différents intervenants et leurs responsabilités respectives n'apparaissent généralement pas clairement au client final. L'organisme prêteur tout comme l'association souscriptrice du contrat collectif, lorsqu'il en existe une, restent le plus souvent ignorés du réclamant, qui recherche et attend une solution de la part du seul assureur. L'exception pouvant confirmer la règle, il faut citer, à titre anecdotique, la déclaration de principe d'un réclamant qui « regrettait de devoir mettre en cause le guichetier de la banque comme souscripteur représentant le groupe d'assurances... mais la position définitive et inébranlable de la société d'assurances collectives l'y amenait inexorablement ». Il est vrai que son épouse, agent général d'assurances, était probablement au fait des subtilités de ce mode de distribution.

Quoi qu'il en soit, dans ce domaine la plupart des conflits résultent d'une carence à l'occasion de la présentation de l'opération, lors de la demande d'adhésion au contrat, moment où la responsabilité directe de la société d'assurances n'est que rarement en cause.

En effet, pour ce qui a trait notamment aux réclamations concernant l'absence de remise de la notice correspondant au bulletin individuel d'adhésion ou un manquement au devoir d'information ou de conseil, pour ne citer que les plus courantes, il faut garder présent à l'esprit qu'il ressort, tant du Code de la consommation que du Code des assurances, que la responsabilité de la délivrance d'une notice d'information incombe au seul souscripteur, c'est-à-dire à l'organisme prêteur souscripteur du contrat d'assurance collective.

Il est évident que l'assureur, parce qu'il est étranger au contrat de prêt, ne peut pas être impliqué dans l'absence d'information sur les conditions de garantie, et ceci d'autant plus que la règle de droit posée par l'article L. 140-6 du Code des assurances réputant le souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe mandataire de l'assureur ne s'applique pas aux contrats de groupe souscrits par un établissement de crédit ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt.

Il en va de même pour un éventuel manquement au devoir d'information ou de conseil. Cette obligation pèse exclusivement sur le souscripteur du contrat collectif d'assurance. Elle ne peut pas être mise à la charge de l'assureur de groupe, dont le rôle se limite à recueillir la demande d'adhésion et à l'accepter ou à la rejeter en fonction de ses critères de sélection sans qu'il puisse, faute de relations directes avec l'emprunteur, l'informer ou lui fournir des conseils sur l'adéquation des garanties proposées avec ses besoins.

Il ressort par ailleurs de la jurisprudence constante des tribunaux que, débiteur d'un devoir d'information et de conseil à l'égard de l'emprunteur, l'organisme prêteur, souscripteur du contrat collectif d'assurance, est responsable des conséquences qui s'attachent à une information inexacte ayant induit en erreur l'assuré sur la nature ou l'étendue de ses droits.

Ainsi, il incombe aux établissements prêteurs qui assument cette fonction de distribution de l'assurance de veiller à ce que le collaborateur qui propose l'opération d'assurance, lors de la relation directe avec le client, fournisse toute la documentation informative qu'impose la réglementation, les explications et conseils, et, bien évidemment, attire l'attention sur le montant des garanties accordées et la nécessité d'une déclaration correcte du risque. Force est au médiateur de constater que tel n'est pas toujours le cas. Ce sont pour lui des dossiers particulièrement délicats à traiter car, après avoir dénoué l'écheveau des responsabilités en cause dans le litige, il se trouvera souvent démuné pour suggérer efficacement une solution ou formuler une préconisation, lorsque celle-ci implique un autre intervenant qu'une société d'assurances signataire de la Charte de la médiation.

Comment partager le champ de compétences ? Préconiser, comme l'a suggéré le médiateur de la Fédération bancaire française, que « s'il s'agit d'un problème lié à la mise en place du contrat à sa commercialisation, c'est le secteur bancaire qui est concerné mais

qu'en revanche, si c'est un problème d'ordre technique, le dossier sera transmis au médiateur de la compagnie d'assurances qui gère le contrat, à savoir, dans la plupart des cas, celui de la Fédération française des sociétés d'assurances », est une solution de bon sens. Mais elle peut dans certains cas s'avérer inadaptée tant les opérations sont étroitement imbriquées et les responsabilités des professionnels dans le litige, conjointes ou partagées. Dans ces situations où pourtant ni le bien-fondé de la réclamation ni le principe et le montant d'une juste compensation ne sont contestés, il n'est pas concevable de laisser le réclamant démuné au motif que chacun des intervenants entend arguer de ce que sa responsabilité n'est pas seule en cause.

Aujourd'hui, fréquemment, ce sont les entreprises d'assurances qui, ne souhaitant pas départager clairement les responsabilités entre elles-mêmes et leurs réseaux de distribution, paraissent assumer seules la charge de l'ensemble. D'un point de vue pragmatique pour les requérants, il faut certainement s'en féliciter. Cependant, la raison, dans une optique de prévention des conflits par la responsabilisation de chacun des intervenants, voudrait qu'une réelle distinction soit faite afin de sensibiliser tous les intervenants, assureurs, organismes prêteurs et intermédiaires, à l'importance et à la spécificité de leurs rôles respectifs.

Un second aspect à évoquer à l'occasion des litiges portant sur les contrats d'assurance des emprunteurs et résultant de la pluralité d'intervenants concerne la portée même de la garantie d'assurance proposée.

Dans quelques dossiers, le médiateur n'a pu que constater et regretter que la garantie d'assurance souscrite par l'établissement prêteur soit manifestement insuffisante par rapport à l'engagement financier de l'emprunteur. En cas de décès accidentel de l'assuré, la situation de la veuve qui découvre que la garantie de l'assurance qui a été vendue avec l'emprunt ne couvre qu'une faible partie de l'engagement financier a des conséquences dramatiques pour la famille concernée.

Ces circonstances relèvent de l'obligation d'information et de conseil qui s'impose aux professionnels que sont les établissements financiers. Mais elles sont le révélateur d'autres responsabilités que partagent tout à la fois ces établissements, les sociétés d'assurances et les courtiers qui interviennent dans leurs relations. Dans un marché hautement concurrentiel il faut admettre la nécessité de maintenir une tarification attractive. Néanmoins, dans le domaine de l'assurance des emprunteurs, où les contrats en concurrence sont ceux souscrits entre professionnels, il faut veiller à ce que l'essentiel pour le bénéficiaire final soit préservé, c'est-à-dire, dans le cas cité, un montant assuré adapté et correspondant à une réelle prévoyance et non une garantie au forfait. Pour ce type d'assurance, on ne peut accepter l'argument selon lequel c'est le consommateur qui pèse sur le prix dans la mesure où d'évidence dans son esprit, et sauf à en être prévenu, l'assurance liée à un emprunt ne peut que couvrir le montant à rembourser.

Parmi les différents postes permettant la recherche du meilleur coût concurrentiel d'un contrat d'assurance collectif, intermédiation, gestion, résultats techniques etc., on regrette que la minoration des garanties délivrées aux adhérents soit le moyen utilisé par des professionnels afin d'obtenir un marché.

Pour clore ce chapitre consacré à l'assurance des emprunteurs, il convient de revenir sur l'incompréhension des réclamants qui, titulaires d'un prêt, ont vu disparaître leur garantie incapacité et invalidité au moment de la retraite. Il s'agit d'un thème récurrent pour lequel les sociétés d'assurances en cause font valoir non sans raison que les contrats font la loi des parties. Cependant, la persistance des réclamations sur ce sujet amène à s'interroger, comme je l'ai fait dans mon précédent rapport, sur le bien-fondé de positions particulièrement rigides qui aboutissent à aggraver la situation de personnes invalides ou, plus difficile encore à concevoir, de personnes dont la mise à la retraite est la conséquence même de l'invalidité constituant le risque garanti et qui se trouvent privées de la prestation d'un contrat pourtant souscrit dans un souci de prévoyance.

En tout état de cause, il faut souligner que lorsque l'assuré a, lors de l'adhésion au contrat, déjà atteint un âge lui ouvrant droit à la retraite au cas où il serait reconnu inapte à exercer sa profession ou lorsque l'invalidité sera ipso facto convertie en retraite, cette garantie devient illusoire. Dans de telles situations, qui n'ont rien d'exceptionnel, la garantie souscrite n'aura pratiquement jamais à jouer.

Pour justifier de telles situations, l'assureur fait valoir que le taux de cotisation appliqué au contrat collectif souscrit par la banque pour garantir ses emprunteurs contre les risques d'invalidité et de décès a été calculé au plus juste pour s'intégrer au taux effectif global du prêt. Certes, mais le médiateur ne peut qu'être extrêmement perplexe lorsque la société d'assurances n'hésite pas ensuite à écrire : « en aucun cas ce contrat ne prévoit de suivre les pertes financières liées aux aléas de la vie ».

D'une manière générale et en conclusion, s'agissant de la diffusion de garanties d'assurances de personnes par l'intermédiaire d'associations d'assurés, deux questions retiennent plus particulièrement l'attention.

La première concerne la compétence du médiateur de la FFSA pour connaître d'un litige opposant un adhérent à son association et corrélativement à l'assureur. Certains dirigeants d'associations se refusent à la reconnaître alors que d'autres la revendiquent. Par définition, une association d'assurés n'est pas une entreprise d'assurances. Elle n'est ni adhérente de la FFSA ni signataire de la Charte de la médiation de cette dernière. Dès lors, le médiateur ne peut, en le regrettant parfois lorsque cela prive des particuliers de la possibilité d'un accès justifié à la médiation, que se déclarer incompétent.

La seconde question est relative à la gestion même des contrats qualifiés de « groupes ouverts ». Dans de nombreux cas, l'assureur a tendance à ignorer l'existence de l'association souscriptrice du contrat d'assurance de groupe. Il se comporte dans la gestion quotidienne comme un assureur direct, sollicite le paiement des cotisations, diffuse les informations sous sa marque, avise l'adhérent d'éventuelles modifications sur son papier à en-tête, etc. Mais, lorsqu'un litige survient, il est alors prompt à invoquer les dispositions du Code des assurances propres à l'assurance de groupe, souvent sans s'aviser que lesdites informations ou diligences qu'il a communiquées ou faites incombent au seul souscripteur, c'est-à-dire à l'association.

Il n'est jamais souhaitable de jouer sur deux registres. En ne respectant pas les textes régis-

sant les opérations d'assurances collectives, la société d'assurances se met elle-même en défaut, de sorte que le médiateur est souvent conduit à rappeler dans ses avis le rôle dévolu légalement à l'association, organisme souscripteur du contrat mais ignoré de l'assureur alors même que dans certains cas ce dernier a contribué à sa mise en place.

L'assurance collective est un mode de distribution moderne et efficace permettant de diffuser des garanties, notamment de prévoyance, au plus grand nombre et ainsi de limiter les cas, toujours à l'origine de situations dramatiques lors d'un sinistre, de défaut d'assurance par négligence ou manque d'information.

Il convient de la préserver en incitant les entreprises à veiller à l'application régulière des pouvoirs et obligations dévolus à ces associations, qui pour leur part doivent avoir pleine conscience de leur engagement lorsqu'elles souscrivent un contrat collectif au bénéfice de leurs adhérents. ■

# L'assurance de protection juridique

C'est là un thème cher au médiateur du Gema qui, depuis plusieurs années, ne manque pas de relever dans ses rapports d'activité que la garantie protection juridique, quelle que soit, parfois, la relative modicité de son coût, est une garantie d'assurance comme les autres, qui, lorsqu'elle a été souscrite, doit constituer pour l'assuré une certitude d'être réellement couvert si un litige survient avec un tiers.

On ne peut aujourd'hui que pleinement souscrire à cette affirmation. Les litiges portant sur les garanties de protection juridique, toutes appellations confondues, alors qu'ils ne représentaient guère plus de 4 % des dossiers concernant les assurances non-vie soumis au médiateur les années précédentes ont constitué 10 % des dossiers de réclamation en 2003. Cette augmentation spectaculaire ne trouve pas de justification dans une croissance du nombre de contrats souscrits.

La frilosité, pour ne pas dire la réticence, de l'assureur à exercer, comme il s'y est pourtant engagé contractuellement, une action pour le compte de son assuré contre un tiers est désormais trop fréquente. Lorsque ce refus d'intervention repose sur une affirmation sans preuve et inexacte de l'assureur quant à l'utilisation faite par l'assuré d'un bien immobilier, ou encore est basé sur la prétendue existence d'un lien contractuel, excluant du bénéfice de la garantie, entre l'assuré et un expert, alors que celui-ci est le mandataire de l'assureur qui l'a désigné, il n'est pas admissible. Il l'est d'autant moins que ces fausses assertions sont exprimées par des professionnels du droit à qui l'assuré a confié la défense de ses intérêts moyennant une cotisation payée par avance.

D'autres exemples, dont on ne peut que souhaiter qu'ils restent exceptionnels, pourraient être cités, comme le fait pour un assureur de protection juridique d'opposer à son client une prescription non encore acquise ou, plus curieux encore, de refuser d'intervenir à la suite d'une donation au motif que les litiges relatifs aux successions ne sont pas garantis, alors même que la succession n'est pas ouverte.

La garantie d'assurance de protection juridique, quel que soit son champ d'intervention – limité, en tant qu'annexe aux garanties d'assurance automobile et multirisque habitation sous l'appellation « défense recours », ou général, dans le cadre de contrats spécifiques – constitue un moyen efficace de faciliter l'accès au droit du plus grand nombre.

La vocation de cette garantie d'assurance ne doit pas être entachée. Aussi le médiateur se félicite-t-il vivement de l'initiative qui a été prise par les organisations professionnelles de l'assurance de faire procéder à une étude de fond dont le suivi des conclusions, ne serait-ce qu'au regard de la visibilité de la garantie, de la nécessaire clarifica-

tion des notions de défense recours et de protection juridique, ainsi que de la simplification du vocabulaire utilisé, apportera probablement un regain de vitalité à cette assurance.

Les exemples que constituent les dossiers soumis au médiateur amènent à s'interroger sur la capacité de certaines sociétés à offrir une prestation autre que la simple prise en charge financière de l'action juridique. La réglementation communautaire, parmi les plus anciennes en matière d'assurance, impose que la garantie de protection juridique soit délivrée dans le cadre d'entités distinctes de la société d'assurances elle-même. Cette obligation est pleinement justifiée par le caractère spécifique de la prestation juridique, sa complexité par nature, l'importance et la qualité des moyens humains qu'elle requiert. Il appartient aux sociétés d'assurance de s'interroger sur la meilleure façon d'offrir le service de cette garantie particulière et sur la forme qu'elle doit revêtir : prise en charge financière des frais et honoraires de professionnels et d'auxiliaires de justice spécialisés ou fourniture d'une prestation en nature dès lors qu'elle se situe à un niveau suffisant.

L'existence d'une réelle capacité à remplir effectivement ses engagements contractuels est un préalable à la distribution des garanties correspondantes et relève de la déontologie professionnelle élémentaire. ■

# Les thèmes de conflits récurrents

La satisfaction exprimée dans les rapports annuels lorsqu'un thème de conflit diminue en fréquence, voire disparaît, invite à espérer que d'autres suivront la même évolution. Pour ce faire il est utile de rappeler que des dysfonctionnements ou des sujets de désaccord pourtant régulièrement évoqués et traités persistent. Ils concernent tout à la fois les règles de mise en œuvre de la médiation et la typologie des réclamations. Nous nous limiterons ici à l'évocation des plus significatifs.

## Le non respect de la procédure de médiation

S'agissant de l'énoncé des règles de mise en œuvre de la médiation et de l'importance de les respecter, la question est régulièrement évoquée et détaillée dans les rapports annuels précédents, et j'invite à s'y reporter. Toutefois, il faut rappeler ici, une fois de plus, que toutes les procédures internes de traitement des réclamations doivent avoir été épuisées avant que le médiateur puisse intervenir.

La mise en œuvre de ces procédures relève de la responsabilité du siège de l'entreprise, et plus particulièrement du service chargé de traiter les réclamations, dont les modalités de l'examen doivent figurer au contrat conformément aux dispositions de l'article L.111-2 du Code des assurances. La seule confirmation de la réponse faite précédemment par un mandataire ou un service de gestion ne peut être assimilée à l'exécution de ces procédures internes. Il est indispensable qu'une personne ayant le pouvoir d'engager l'entreprise fixe la position de l'assureur après qu'il a été répondu à toutes les questions et à tous les arguments du réclamant. De son côté le requérant doit utiliser toutes les possibilités de dialogue qui lui sont offertes avant de faire appel au médiateur. Le non-respect de ces procédures ne peut qu'entraîner des confusions, des désappointements et des délais supplémentaires.

Il convient en outre de rappeler que la médiation est un espace de liberté. Liberté pour les deux parties en cause de faire appel au médiateur, liberté de celui-ci dans la conduite de sa médiation et liberté des intervenants de suivre ou non l'avis qui est rendu. Or à

quelques reprises certains - des sociétés d'assurances ou, dans un cas, un requérant - insatisfaits des conclusions du médiateur, n'ont pas hésité à considérer l'avis rendu comme une simple péripétie dans la procédure de règlement du litige. Certes, la discussion après coup se limite généralement à une critique des conclusions ou des motivations de l'avis. Cependant, il arrive que l'une des parties, après la réception de l'avis, développe de nouveaux arguments ou même de nouvelles prétentions, et reproche qu'ils n'aient pas été pris en considération.

Le plus souvent, le médiateur se limite à rappeler que l'avis rendu et communiqué aux deux parties en cause, qui restent libres d'intenter une action en justice, met fin à la médiation. Dans quelques affaires, l'une des parties, pour justifier son désaccord ou sa décision de ne pas suivre un avis, a développé après coup des arguments qui ont contraint le médiateur à rédiger une note après avis. Dans un cas, il a été estimé nécessaire d'adresser cette note en copie au requérant afin de lui permettre de décider en connaissance de cause d'une éventuelle suite judiciaire à donner à sa réclamation.

La phase consacrée à l'instruction des dossiers de médiation, contradictoire et totalement ouverte, est suffisamment longue pour permettre à chacune des parties de bonne foi de faire valoir valablement ses arguments. On ne peut donc que regretter de tels comportements qui, lorsqu'ils se renouvellent, ne peuvent que discréditer ceux qui les adoptent.

## Les principales causes de litige

S'agissant des thèmes de conflit eux-mêmes, on relève la persistance de certains sujets mais aussi l'apparition de nouveaux dont la nature laisse à penser qu'ils perdureront quelque temps. Il en est ainsi, par exemple, des conflits portant sur la définition de la notion d'accident dans les nouvelles garanties dites des accidents de la vie et de l'application de la loi du 3 décembre 2001 sur l'assurance en cas de suicide.

### Les nouveaux sujets récurrents

Les conflits portant sur la définition contractuelle de l'accident garanti ont surgi très rapidement et sont la cause principale des litiges dans le cadre des contrats « garantie des accidents de la vie », dits GAV. Nombre de requérants n'hésitent pas à soutenir le caractère accidentel de maladies dans l'espoir de bénéficier de la prestation et on ne peut qu'insister sur la nécessité de définir avec la plus grande rigueur la notion d'accident ouvrant droit à la garantie dans ce type de contrats.

Concernant les nouvelles conditions de la garantie du suicide, la loi de 2001 a modifié l'article L. 132-7 du Code des assurances qui dans sa rédaction antérieure permettait d'exclure le suicide pendant les deux premières années du contrat. Les nouvelles dispositions législatives, qui sont d'ordre public et s'imposent en conséquence malgré toute convention contraire, précisent désormais au deuxième alinéa de l'article L. 132-7 :

« L'assurance en cas de décès doit couvrir le risque de suicide à compter de la deuxième année du contrat. ». Cette nouvelle disposition suscite des difficultés d'application dans le temps donnant lieu à des contestations. Pour sa part, le médiateur est d'avis que cette disposition législative d'ordre public est d'effet immédiat et applicable aux contrats en cours à compter de sa publication au *Journal officiel*, le 4 décembre 2001.

## Les thèmes persistants

### La méconnaissance des règles fondamentales qui président à la formation du contrat

Certaines entreprises considèrent toujours qu'il n'est pas besoin de recueillir l'accord de leur cocontractant pour modifier substantiellement un contrat en cours. Le médiateur doit encore trop souvent rappeler que l'adage populaire « Qui ne dit mot consent » n'a pas cours dans le droit français des obligations, qui n'admet pas, sauf circonstances exceptionnelles, que le silence puisse valoir acceptation.

Trop souvent aussi le médiateur est contraint de rappeler les conséquences juridiques du mandat que les sociétés d'assurances donnent à leurs agents généraux. Quel que soit le bien-fondé de la décision qu'un agent général, mandataire de l'entreprise, a fait connaître à un client ou à un tiers, cette décision engage l'assureur, qui ne peut s'y dérober comme il est parfois tenté de le faire.

La question s'avère plus délicate lorsqu'un courtier est en cause, l'assureur pouvant alors faire valoir l'existence d'un lien de représentation entre l'assuré et l'intermédiaire. Cependant, dans de nombreux cas le courtier dispose des documents à en-tête de l'assureur, se présente et agit comme son représentant, délivre les attestations, voire encaisse les cotisations. Dans deux affaires l'assureur a néanmoins maintenu, pour dégager sa responsabilité, que le cabinet de courtage qui avait conclu l'engagement litigieux était le mandataire de l'assuré, alors même que, notoirement, il s'agissait d'une société de courtage filiale de la société d'assurances concernée et délivrant les documents contractuels sous le timbre de cette dernière.

Les règles strictes de la prescription sont par nature une source de conflits. D'une manière générale, seules les courtes prescriptions donnent lieu à des contestations – peu nombreuses – soumises à l'avis du médiateur. Il convient de veiller à ce que les délais contractuels soient d'une durée suffisante pour permettre au contractant de former valablement sa réclamation. Les conditions de mise en œuvre des délais légaux doivent être, ce qui n'est pas toujours le cas, exemptes de toute manœuvre dilatoire pour tenter de parvenir à l'expiration du délai.

En cas de déclaration de sinistre après le délai prévu à l'article L.113-2 du Code des assurances, l'assureur a la possibilité d'opposer la déchéance de la garantie, mais à la condition d'apporter la preuve que le non-respect du délai lui a causé un préjudice. Le médiateur regrette que cette dernière condition qui s'impose à l'assureur doive être encore rappelée, dans la mesure où ce délai est particulièrement bref et contraignant pour les assurés.

Pour sa part, la Charte de la médiation prévoit que la saisine du médiateur interrompt la prescription. On se félicite de ce que, à une exception près, cette disposition qui est indispensable à la crédibilité et au fonctionnement de la médiation, et dont la valeur juridique mériterait d'être mieux assurée, ait toujours été respectée.

A maintes reprises, le médiateur a rappelé que la simple application des dispositions contractuelles offrant la possibilité de recourir, en cas de désaccord sur l'évaluation d'un dommage ou sur une appréciation d'ordre médical, à une contre-expertise, avec éventuellement l'intervention d'un tiers expert, est une méthode particulièrement efficace de règlement des litiges. Il est difficile de comprendre la raison des réticences que l'on constate encore souvent à utiliser cette technique éprouvée qui permet le règlement rapide des désaccords par l'entreprise sans qu'il soit besoin de l'intervention du médiateur.

A ce propos, il convient de souligner que les parties ne sont pas tenues de se conformer aux conclusions de l'expert désigné par compromis. L'expertise contradictoire amiable est décidée par accord entre les parties qui déterminent dans leur convention le choix de l'expert, l'étendue de sa mission et la charge de ses honoraires. Cette expertise n'étant pas un arbitrage, les conclusions de l'expert ne lient pas les parties. Cependant, ainsi décidée, l'expertise contradictoire amiable constitue une mesure d'information en vue d'aboutir à un accord des parties. Il s'agit d'une procédure de conciliation destinée à régler une contestation opposant des personnes de bonne foi. En cas de persistance du désaccord, elle constituera un élément d'appréciation important pour le médiateur ou le juge qui le plus souvent ne pourront alors que constater la légalité du compromis, la régularité des opérations d'expertise et le respect de la procédure contradictoire et en tirer les conséquences dans l'avis ou la décision.

**En assurance de personnes**, les conflits récurrents portent toujours majoritairement sur :

- la confusion entre épargne et assurance, due au versement d'une cotisation unique ;
- la dépréciation des unités de compte, dont la responsabilité est imputée à l'assureur par le requérant ;
- la sanction de la fausse déclaration, notamment à travers le questionnaire de santé ;
- l'utilisation rarement justifiée de la sanction par la nullité de l'article L.113-8 du Code pour fausse déclaration intentionnelle ; on note dans ce domaine que l'application de la règle proportionnelle de l'article L. 113-9 n'est jamais évoquée spontanément par l'assureur ;
- le mutisme de l'entreprise d'assurances qui refuse de répondre aux demandes d'information sur le rendement du contrat ;
- le manque de transparence s'agissant de la participation aux bénéfices et des intérêts garantis ;
- les prévisions présentées comme ou assimilées à des promesses de rendement ;
- la définition insuffisamment précise des garanties invalidité et incapacité qui reste aussi une source importante de conflits.

Enfin, l'utilisation de barèmes croisés contractuels qui permettent de limiter le jeu des garanties par la prise en compte à la fois du taux d'incapacité permanente partielle fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle reste mal perçue. Par exemple, un arti-

san du bâtiment, victime d'un accident ayant entraîné des séquelles conséquentes, s'est vu reconnaître une invalidité fonctionnelle de 15 % et professionnelle de 40 % par l'expert de l'assureur. Mais, par le jeu du barème croisé contractuel, le taux de l'invalidité permanente partielle est ressorti à 25,20 %. Aussi, le contrat disposant que les invalidités d'un taux inférieur à 33 % ne donnent pas lieu à indemnisation, le sinistre n'a pas été pris en charge. Certes, l'assureur a strictement fait application des clauses contractuelles, mais il n'en demeure pas moins que l'assuré qui dans les faits ne peut plus exercer son activité professionnelle ne bénéficie pas de l'intervention de l'assureur, alors qu'il avait contracté dans la perspective et avec la certitude d'être couvert en cas d'événement grave.

**En assurance de biens et de responsabilité**, les thèmes de litige récurrents restent :

**La garantie vol**, avec la difficulté que pose encore l'obligation faite à l'assuré d'apporter la preuve de l'introduction clandestine ou de l'usage de fausses clés. Lorsque la réalité du vol et l'évaluation du préjudice subi ne sont pas contestées, le médiateur estime qu'en l'absence d'effraction il est réclamé à l'assuré une preuve impossible et invite l'assureur à en tirer les conséquences.

**En assurance multirisque habitation**, les conflits relatifs à la recherche des fuites ou de l'origine des dégâts des eaux afin de déterminer les éventuelles responsabilités sont encore fréquents, tout comme ceux liés à l'absence ou à l'insuffisance des moyens de protection contre le vol. Dans ce dernier cas, les assurés comprennent mal le refus de garantie qui leur est opposé alors que le défaut de protection n'est pas directement en cause dans la réalisation du sinistre, et le médiateur doit se montrer pédagogue en rappelant les principes élémentaires de l'assurance et des libres conditions de l'acceptation des risques par l'assureur.

**En assurance automobile**, les contestations qui s'élèvent à la suite du refus par l'assureur d'indemniser le vol partiel d'éléments du véhicule restent fréquentes. Dans plusieurs affaires ce refus a été d'autant plus mal ressenti que les vols non contestés d'éléments importants rendaient les véhicules totalement inutilisables. L'absence de tatouage des vitres, exigé cumulativement avec d'autres moyens de protection contre le vol des véhicules, reste également une source importante de conflits car son intérêt est mal compris des assurés dès lors que les autres moyens de protection imposés, généralement plus coûteux et considérés comme plus efficaces, sont en place. Les contestations *a posteriori* des constats amiables d'accident ne sont plus l'exception et le médiateur est souvent contraint de rappeler la valeur juridique d'un constat établi contradictoirement et signé des deux parties, qui dès lors s'impose aux assureurs concernés. Les suggestions du médiateur d'établir en cas de contestation, toujours contradictoirement et formellement, un nouveau document qui annule et remplace le précédent, afin d'autoriser l'assureur à revoir sa position, ne sont pas suivies d'effet.

**En assurance construction**, l'absence de souscription de la garantie dommages ouvrage, pourtant obligatoire, et les problèmes résultant du non-respect des délais réglementaires, demeurent les causes principales des conflits.

On a pu relever à l'occasion de certains litiges que des réclamants pensaient pouvoir se prévaloir d'attestations d'assurance qui avaient été délivrées à des professionnels de la construction. Or, la validité de ces attestations n'était qu'apparente, l'assureur ayant ultérieurement fait valoir que la garantie n'était en réalité pas acquise, du fait par exemple d'une résiliation intervenue pour non paiement de la cotisation. Dans de telles situations, le médiateur ne peut qu'approuver la position de l'assureur et souligner, là encore, que la souscription par le maître d'ouvrage d'un contrat dommages ouvrage aurait évité cette déconvenue.

Pour conclure cette approche non exhaustive, signalons un thème de conflit qui, pour ne pas être encore considéré comme récurrent, est d'ores et déjà bien présent. Il s'agit des garanties dépendance, dont le bien-fondé et l'utilité sont manifestes mais dont il est à craindre que le mode de souscription ne soit une source de déception et donc de litiges. En effet, nombre de ces garanties étant souscrites individuellement dans le but de se prémunir soi-même contre le risque de devenir dépendant de tiers ou de sa famille, ceux qui, en cas de survenance d'une pathologie lourde, assument la charge de la personne dépendante ne sont pas nécessairement informés de l'existence de cette garantie. Dans un dossier soumis au médiateur, cette assurance n'a été découverte par la famille qu'après le décès. Il y a là un sujet de réflexion pour les entreprises, qui auront le souci d'une information préventive à la souscription pour que cette garantie trouve la mesure de sa juste application. ■

# La médiation en chiffres

## Les demandes

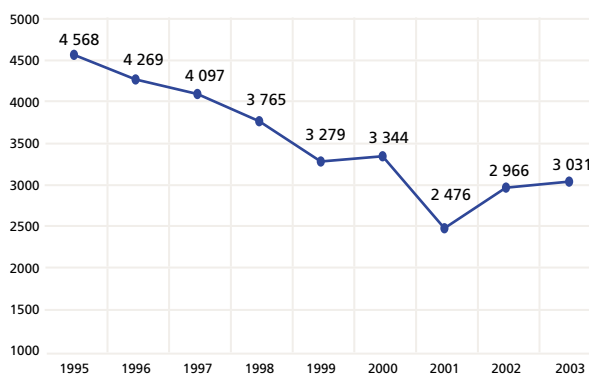
Les réclamations et les demandes de médiation s'expriment de manières diverses et par différentes voies.

La Commission de contrôle des assurances du ministère de l'Economie et des Finances La commission dispose d'une cellule spécifique, le Bureau des relations avec le public, qui reçoit et instruit les réclamations formulées à l'encontre des sociétés d'assurances placées sous son autorité. Depuis 1999, la commission traite environ 2 200 dossiers par an<sup>1</sup>.

Le Centre de documentation et d'information de l'assurance Sur l'ensemble des courriers que le centre reçoit, 1 849 lettres, contre 2 300 en 2002, comportaient une réclamation qui a été réorientée vers le service compétent de l'entreprise d'assurances en cause.

La boîte postale<sup>2</sup>, dont le rôle est de réceptionner les demandes puis de les transmettre, dans la société d'assurances concernée, à la personne chargée du traitement de la réclamation, a reçu 3 031 lettres en 2003, dont 2 789 concernaient une société membre de la FFSA et 242 une société adhérente du Gema. Le graphique montre l'activité de la boîte postale depuis la mise en place de la médiation. Il confirme la persistance de la difficulté d'accès au médiateur, puisque ce sont toujours plusieurs milliers de réclamants qui chaque année, ignorants des coordonnées du service chargé du traitement des réclamations de la société d'assurances concernée, sont contraints de s'adresser à elle.

*DEMANDES REÇUES PAR LA BOITE POSTALE MÉDIATION,  
TOUTES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES CONFONDUES*



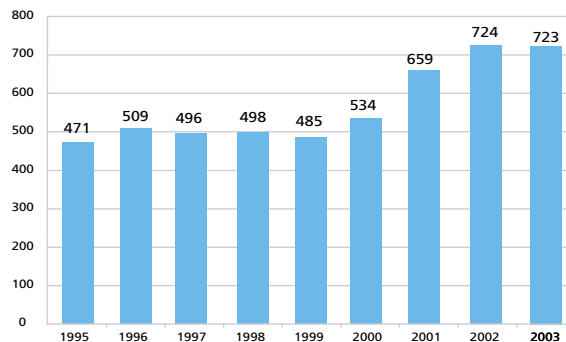
1. Rapport d'activité de la CCA, 54, rue de Châteaudun, 75009 Paris  
2. Boîte postale médiation, BP 907, 75424 Paris Cedex 09

## Les saisines

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2003, 239 (189 en 2002) demandes de médiation ont été adressées au médiateur du Gema et 509 aux médiateurs d'entreprises<sup>1</sup>.

Pendant la même période, le médiateur de la FFSA a été saisi de 723 demandes, une de moins que l'an passé.

### DEMANDES DE MÉDIATION ADRESSÉES AU MÉDIATEUR DE LA FFSA



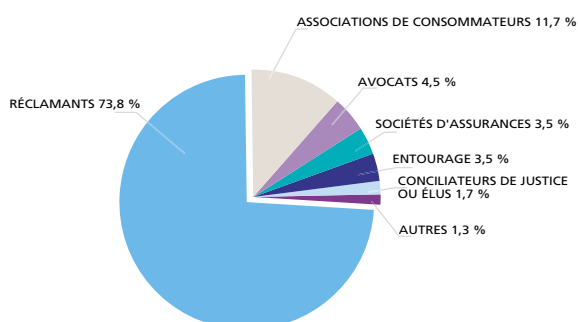
En 2003, ce sont encore 165 demandes, 11 de plus que l'an passé, que le médiateur de la FFSA a dû réorienter vers un médiateur d'entreprise, en indiquant au requérant les coordonnées de ce dernier. Parmi lesquelles 71 cas concernaient AXA, 33, Groupama-Gan, 16 MMA, 11 GMF, 10 CNP Assurances et 17 des sociétés adhérents du Gema. Ces chiffres montrent la difficulté persistante du réclamant à déterminer le médiateur compétent pour traiter son litige.

Sur l'ensemble des demandes reçues en 2003, 558 restaient de la compétence du médiateur de la FFSA.

<sup>1</sup> Le groupe AXA, la CNP, Groupama-Gan, la GMF et les Mutuelles du Mans ont désigné leur propre médiateur

## Provenance des demandes de médiation

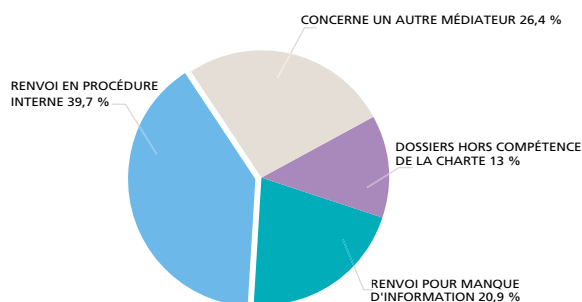
La répartition de la provenance des demandes de médiation reste stable dans l'ensemble. On note avec intérêt la forte progression (+ 150 %) des demandes de médiation formulées par un avocat.



## La recevabilité des demandes

En 2003, 81 dossiers ont été rejetés comme étant hors du champ de compétences du médiateur et 248 dossiers, irrecevables en l'état, ont été renvoyés vers les sociétés concernées en procédure interne de traitement des réclamations. Bien qu'en régression de 8 % par rapport à l'an dernier, le nombre de dossiers adressés prématurément au médiateur, sans qu'aient été épuisées toutes les voies de recours amiable, contractuelles ou autres, dont il appartient à l'assureur de proposer la mise en œuvre, reste préoccupant.

### CAUSES DU RENVOI DES DEMANDES DE MÉDIATION



## Les résultats de la médiation

561 dossiers de médiation ont été clos pendant l'exercice 2003, soit 38 % de plus qu'en 2002.

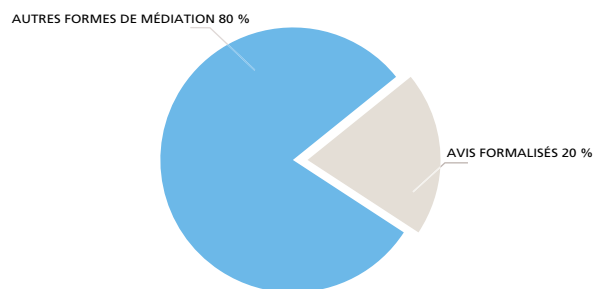
113 avis formalisés ont été rendus, soit 8 % de plus que l'an passé.

448 médiations ont été réalisées sans que le médiateur ait été contraint de formaliser un avis. De nouveau en hausse sensible par rapport à l'exercice précédent, près de 50 %, ce chiffre est satisfaisant dans la mesure où il montre une réelle participation et une volonté des parties dans la recherche d'un accord amiable.

L'échange de courriers reste très largement prépondérant, 94 % des dossiers, mais on note une augmentation sensible des médiations réussies par téléphone.

Parmi les dossiers n'ayant pas donné lieu à l'envoi d'un avis formalisé 6 ont été clos du fait de l'introduction d'une instance judiciaire pendant la médiation.

### MÉDIATIONS DÉFINITIVES



## La nature des avis

En 2003, 44 % des avis ont été favorables aux réclamants, 16 % partiellement favorables et 40 % défavorables.

Contrairement aux exercices précédents où la proportion entre les avis favorables et défavorables était stable, on enregistre cette année une baisse sensible du nombre d'avis qui rejettent les prétentions du requérant.

Il en va différemment des autres médiateurs. Pour celui du Gema, la proportion d'avis favorables totalement ou partiellement à l'assuré (29 %) a encore décliné.

De même pour les médiateurs d'entreprises, qui, pris globalement, ont rendu 81 % d'avis défavorables aux assurés.

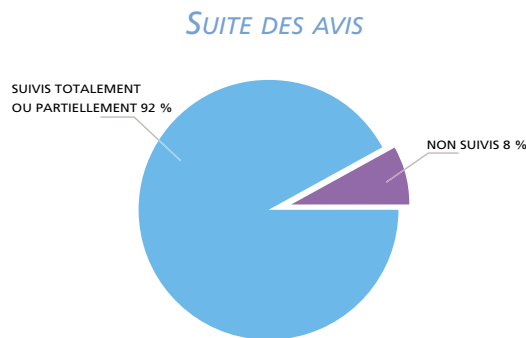
Il est délicat de tirer des conclusions de ces indications dans la mesure où la faiblesse des échantillonnages ne permet pas de leur donner une valeur statistique. Tout au plus s'agit-il d'une tendance dont on observe les variations chaque année.

## Le suivi des avis

Il ressort de l'enquête annuelle de suivi que, sur les 113 avis formalisés rendus par le médiateur de la FFSA en 2003, 9 n'ont pas été suivis par l'entreprise d'assurances concernée et 4 ne l'ont été que partiellement.

Un réclamant a notifié qu'il refusait les conclusions d'un avis qui lui était défavorable.

5 assignations en justice sont intervenues à l'initiative du requérant qui bénéficiait d'un avis favorable que la société d'assurances refusait de suivre. Dans 2 cas, l'assignation est intervenue en dépit du fait que la société avait décidé de suivre l'avis du médiateur.

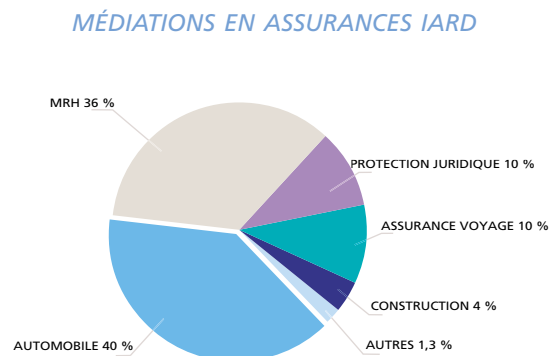


## L'objet des litiges

### Assurances de biens et de responsabilité

Avec 141 dossiers ouverts en 2003, les assurances de biens et de responsabilité représentent 42 % des litiges.

Si les dossiers concernant l'assurance automobile, 40 % des litiges, et l'assurance multirisque habitation, 36 %, restent stables par rapport à l'exercice précédent, le nombre des litiges dans le cadre d'une assurance de protection juridique a été plus que multiplié par trois et représente 10 % des conflits, auxquels il faut ajouter les litiges incidents qui surviennent au sujet des garanties défense recours annexes des contrats automobile et multirisque habitation.



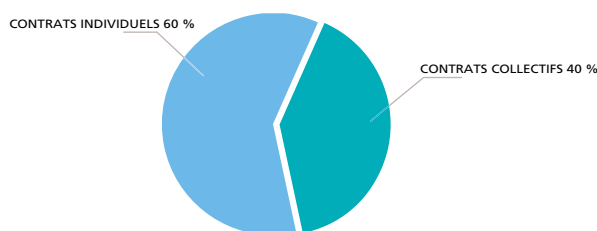
### Assurances de personnes

196 dossiers concernant les assurances de personnes ont été ouverts pendant cet exercice.

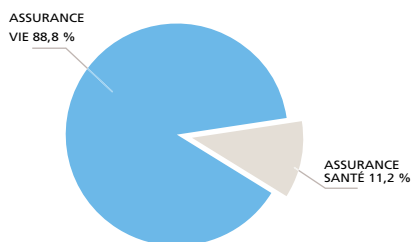
Les contrats individuels d'assurance sur la vie et d'assurance santé représentent ensemble 60 % des dossiers, contre 66,5 % en 2002.

Les litiges dans le cadre de contrats collectifs d'assurances sont en augmentation de 6,5 %. Parmi les conflits en assurances collectives, ce sont les contrats souscrits à l'occasion d'un emprunt qui sont de loin les plus nombreux. En augmentation de 14 %, ils ont représenté 73,7 % des litiges d'assurances souscrites collectivement en 2003.

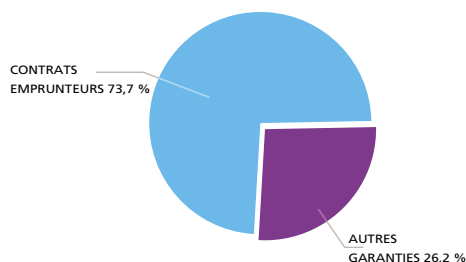
#### MÉDIATIONS EN ASSURANCES DE PERSONNES



#### CONTRATS INDIVIDUELS



#### CONTRATS COLLECTIFS



## Les conflits transfrontaliers

Depuis le 31 janvier 2001, le réseau FIN-NET regroupe les différents organes spécialisés de résolution extrajudiciaire des litiges des pays de l'Union européenne qui, répondant aux principes et critères, notamment d'indépendance et de transparence, énoncés dans les deux Recommandations n° 98/257/CE de mars 1998 et C (2001) 1016 d'avril 2001, ont été notifiés à la Commission par les Etats membres.

Les membres du réseau, au sein duquel le médiateur de la FFSA a été notifié dès l'origine par les autorités gouvernementales françaises, s'engagent à collaborer dans le respect d'un protocole en vue du règlement extrajudiciaire des litiges transfrontaliers.

17 dossiers de ce type avaient été traités en 2002. En 2003, seulement 4 réclamations de ressortissants de la Communauté confrontés à une difficulté avec une société d'assurances française m'ont été adressées par le réseau FIN-NET. Toutes concernaient une assurance de biens.

Je n'ai été saisi d'aucune demande d'un réclamant français et concernant un assureur communautaire, pour laquelle j'aurai eu à intervenir auprès d'un de mes collègues médiateur membre du réseau.

D'évidence l'activité du réseau FIN-NET est étroitement liée au volume des activités transfrontières, encore relativement modestes au sein de l'Union. Cependant, une plus large diffusion d'informations quant à l'existence même d'un réseau européen de médiateurs apparaît nécessaire. ■

# Conclusion

*La Charte de la médiation est le premier des engagements à caractère déontologique regroupés dans un recueil établi par la commission de déontologie mise en place par la Fédération française des sociétés d'assurances et présidée par le Pr André Babeau. Ces engagements, dont l'application est obligatoire pour les sociétés adhérentes de la FFSA, visent à garantir aux particuliers un niveau de qualité de l'information qui leur est donnée, des caractéristiques des produits qui leur sont proposés et des conditions dans lesquelles leurs demandes et dossiers sont traités.*

*Le Code des assurances est en lui-même le résultat d'une compilation de textes fondamentaux ayant, sauf exception comme dans le domaine de la prescription, la protection des consommateurs comme objectif. Il est bien évidemment le fondement essentiel des avis du médiateur. Les dispositions du Code de la consommation, dont on peut s'étonner qu'il n'énonce aucun principe concernant la médiation, ne sont pas absentes des interventions du médiateur, qu'il s'agisse des textes sur l'abus de faiblesse, les clauses abusives, l'interprétation des clauses ambiguës ou les ventes sans commande préalable, pour n'en citer que quelques-unes. Parfois, il est nécessaire de rappeler certaines des dispositions bicentennaires du Code civil, dont la limpidité et l'efficacité forcent l'admiration. La décision, à l'été 2003, de rendre public le recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurances a eu un fort impact par ce qu'elle a exprimé une volonté de faire connaître et de faire respecter des règles de bonne conduite. Aussi, depuis sa publication, le médiateur considère-t-il ce recueil comme un véritable code, auquel il est fait référence dans ses avis, au même titre qu'aux trois codes fondamentaux qui viennent d'être cités.*

*Certains dossiers de médiation ont déjà révélé que les engagements déontologiques, comme les autres normes codifiées, ne sont pas toujours respectés. Les exemples sont variés et touchent à la fois, et non limitativement, aux conditions de souscription et d'information en assurance vie, au démarchage de personnes en état de faiblesse physique ou psychique, au versement d'avances sur les contrats d'assurance vie, à la formulation des questionnaires médicaux, ou encore au contrat de protection juridique par une utilisation abusive dans ce domaine de la notion d'origine du sinistre.*

*On peut s'étonner que ces engagements déontologiques, simple expression d'une élémentaire et saine loyauté à l'égard des clients, des bénéficiaires et des tiers, ne soient pas systématiquement appliqués.*

*On peut surtout regretter, alors qu'il est permis de penser que le recueil a été largement diffusé et commenté au sein des entreprises, notamment auprès des services chargés de l'examen et du traitement des réclamations, que ces engagements soient encore ignorés de certains ou, lorsqu'ils sont connus, interprétés restrictivement. La déontologie est un état d'esprit et il serait dommage que son respect soit le résultat d'une contrainte plutôt que d'une libre adhésion.*

*Dans un domaine où rien ne saurait être figé, le recueil déontologique est présenté comme susceptible d'évoluer, d'être modifié ou complété. Aussi, qu'il me soit permis de suggérer l'avantage pour tous les intervenants d'élaborer et mettre en œuvre un recueil des bonnes pratiques, formalisées et réunies dans un code à l'instar des expériences réussies dans des pays européens voisins.*

*Le rappel réitéré au bon sens et à la responsabilité de chacun a permis cette année au médiateur de la FFSA d'enregistrer de nouvelles évolutions toujours plus encourageantes dans la voie du traitement pragmatique des réclamations et des litiges entre les particuliers et les entreprises d'assurances.*

*Il n'est pas de médiation qui puisse réussir sans la participation affirmée de chacun des acteurs, au premier chef desquels le requérant, dont trop souvent, après l'envoi d'une lettre de saisine, la passivité n'est interrompue que par des manifestations d'impatience dans l'attente de l'avis sollicité. Cette nécessaire implication ne se limite pas aux seuls assurés et assureurs, elle concerne également les intermédiaires, qui, dès lors qu'ils sont intervenus, à quel que stade que ce soit dans la relation, sont directement concernés par la recherche d'une solution au litige. Le médiateur ne disposant pas de la prérogative nécessaire pour les y inviter, c'est aux parties concernées, assureurs, assurés ou tiers, que cette responsabilité incombe. Le règlement des conflits au quotidien met clairement en évidence le rôle fondamental des décideurs lorsqu'ils s'impliquent directement dans le processus de médiation. Que ceux dans les entreprises d'assurances dont c'est la volonté et la démarche soient ici vivement remerciés.*

*Enfin, je suis persuadé du rôle essentiel qu'est appelée à jouer la Commission de déontologie de la Fédération française des sociétés d'assurances, qui est garante des engagements professionnels et de leur application. Son influence, à travers le réseau permanent de ses correspondants que les entreprises se sont engagées à mettre en place, ne pourra qu'inciter tous les acteurs concernés à mieux s'impliquer encore dans le traitement effectif des réclamations et la prévention des litiges. ■*

# Annexe I

## Charte de la Médiation

*Les sociétés membres de la FFSA conviennent de mettre en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier, soit au niveau de l'entreprise d'assurances, soit au niveau de la Fédération, d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. La présente charte établit les règles ci-après, qui pourront faire l'objet d'un réexamen à l'issue d'un délai de deux ans :*

### *Au niveau des entreprises d'assurances*

- *Une procédure peut être mise en place par les entreprises d'assurances. En ce cas, l'entreprise la confie à une personnalité extérieure qui est nommée pour une durée minimale de deux ans.*
- *Cette personnalité exerce sa mission en toute indépendance.*
- *Elle a accès aux dossiers des litiges dont elle est saisie et l'entreprise d'assurances met à sa disposition les moyens nécessaires à l'exercice de sa mission.*
- *Le champ d'application de la procédure est défini par l'entreprise d'assurances. Dans les cas où cette procédure ne couvre pas certains litiges en matière d'assurance concernant les particuliers, ces litiges sont portés devant le médiateur professionnel.*
- *La procédure peut être introduite par l'assuré, par un tiers ou, avec leur accord, par l'entreprise d'assurances, après épuisement des procédures internes préalables, lesquelles ne peuvent excéder un délai que s'impose l'entreprise.*  
*L'introduction de la procédure ne peut intervenir si une action contentieuse a été engagée. Elle interrompt la prescription.*
- *Un avis motivé est rendu dans les trois mois de l'introduction de la procédure. L'avis ne lie pas les assurés ou les tiers. L'entreprise d'assurances peut décider d'être liée en toute occasion par l'avis. Les parties s'interdisent de faire état de l'avis devant les tribunaux.*
- *L'entreprise informe ses assurés, et en cas de litige les tiers, de l'existence de la procédure. Lorsqu'elle n'a pas de procédure, l'entreprise les informe de l'existence du médiateur professionnel. Elle leur précise qu'ils conservent leurs droits de saisir les tribunaux.*

### *Au niveau de la FFSA*

- *Un médiateur professionnel est désigné à l'unanimité par un Conseil composé du président de l'INC, du président de la Commission consultative de l'assurance et du président de la FFSA. Son mandat est de deux ans renouvelable.*
- *Le médiateur professionnel exerce sa mission en toute indépendance.*
- *Il dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.*

• *Le médiateur professionnel a pour mission l'examen des litiges opposant en matière d'assurance un assuré ou un tiers à une entreprise d'assurances lorsqu'il n'a pas été institué pour ces litiges de procédure au niveau de l'entreprise.*

*Seuls les litiges concernant les contrats des particuliers sont de la compétence du médiateur professionnel.*

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

• *Le médiateur professionnel rend un avis motivé dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi, après avoir instruit le dossier avec le concours des parties. L'avis ne lie pas les parties et celles-ci s'interdisent d'en faire état devant les tribunaux.*

• *Le médiateur professionnel informe les assurés ou les tiers qu'ils conservent leurs droits de saisir les tribunaux .*

## Loi n° 94-5 du 4 janvier 1994

### *Code des assurances - Article L. 112-2 (extrait)*

.....  
*2° alinéa*  
.....

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

## Recommandations de la Commission des communautés européennes

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

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

# Annexe II

## Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

*Médiateur*

*Francis FRIZON*

*Assistant du médiateur*

*Alain BERNARD*

*Secrétaire de la médiation*

*Chantal MARTIN*



# Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09 - TÉL. : 01 45 23 40 71 - FAX : 01 45 23 27 15