



RAPPORT ANNUEL **2008**

**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



# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b>	<b>04</b>
<b>01 LA MÉDIATION PRATIQUE ÉQUITABLE</b>	<b>06</b>
<b>02 LA MÉDIATION, FORCE DE PROPOSITION</b>	<b>10</b>
• Du devoir d'information et de conseil	12
• Des difficultés persistantes en assurances de personnes	14
• De la notion d'accident, encore et toujours	20
• Du bon usage du secret médical	21
<b>03 UN INDEX POUR LA MÉDIATION</b>	<b>24</b>
• La charge de la preuve	26
• Point de départ du délai de renonciation	26
• Déchéance et nullité	28
• Le non paiement des primes d'assurance vie	28
• L'arbitrage financier	29
• La prescription en assurance vie	30
• Délais : carence et franchise	31
<b>04 LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL</b>	<b>32</b>
• Le réseau FIN-NET	34
• Le réseau INFO	35
<b>05 LA MÉDIATION EN CHIFFRES</b>	<b>36</b>
• Les demandes de médiation	38
La recevabilité des demandes de médiation	39
La provenance des demandes	39
• L'objet des litiges	40
Les assurances de biens et de responsabilité	41
Les assurances de personnes	41
• L'enjeu des litiges	42
• Les résultats de la médiation	43
La nature des avis	43
Le suivi des avis	43
• Les délais	44
<b>CONCLUSION</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>48</b>

# introduction



L'assurance est une activité complexe par nature. Intimement liée à l'activité humaine, elle est un reflet de la société et de ses évolutions, et ce depuis ses origines.

Les exemples en sont nombreux, qu'il s'agisse initialement de la garantie des grandes expéditions commerciales, de l'assurance liée au formidable développement de l'automobile au siècle dernier ou plus près de nous de l'inexorable croissance du besoin de protection des personnes contre tous les aléas de l'existence qu'ils soient physiques, moraux ou financiers.

Par nature également la médiation reflète l'évolution des domaines dans lesquels elle est appelée à intervenir. On ne sera dès lors pas surpris que la crise financière apparue dès le second semestre de l'année 2008, ses conséquences sur l'épargne et la prévoyance des particuliers et les angoisses qu'elle engendre, soient le thème principal de ce 15<sup>ème</sup> rapport annuel du médiateur de la FFSA, même si le sujet des assurances de personnes avec les diverses difficultés souvent récurrentes que ces opérations peuvent provoquer aurait en tout état de cause nécessité qu'une part importante du rapport y soit, cette année encore consacrée.

La structure désormais fixée du rapport annuel permet au médiateur, à la lumière des dossiers qui lui sont soumis, d'exprimer, dans le souci d'une meilleure prévention des litiges, ses souhaits et ses propositions.

Tel sera notamment le cas dans le domaine des assurances de personnes, mais aussi en assurance non vie où, par exemple, les compréhensions divergentes de la notion d'accident sont toujours une source importante de difficultés.

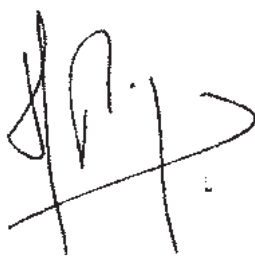
La rubrique consacrée à l'index donne l'occasion, toujours à partir des cas concrets, de rappeler certaines règles fondamentales mais parfois oubliées. Elle est établie dans un souci de rapprocher la réalité de l'acte d'assurance de l'idée que le public et parfois même certains professionnels, s'en font généralement.

Avant de donner l'aperçu chiffré de la médiation de l'assurance qui, cette année, s'affine encore avec l'intégration de l'ensemble des données qui me sont communiquées par les services de médiation des entreprises ayant choisi de désigner un médiateur particulier, je rendrai compte de l'activité croissante de la médiation au niveau international. Cet aspect international de la médiation apparaît de plus en plus

important. Il est la résultante à ce niveau de la généralisation des problèmes, notamment dans le domaine financier, et illustre le caractère universel de l'assurance et par voie de conséquence de la médiation qui lui est attachée.


En conclusion, j'aborderai au travers de récentes initiatives et des réflexions en cours dans le domaine des actions collectives, la question du rôle que peut y jouer la médiation.

Mais au préalable, j'ai souhaité à la lumière de certaines décisions judiciaires faire partager une réflexion sur ce que recouvre la notion d'équité qui s'impose au Médiateur, tenu par la Charte de la Médiation de préciser que ses avis sont établis en considération d'éléments de droit et d'équité.



*Francis Frizon*

MÉDIATEUR DE LA FFSA




# 01

PREMIER CHAPITRE

# La médiation pratique équitable

**L'article 8 de la Charte de la Médiation de la FFSA dispose que** « 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. »



**Cette référence à l'équité est inhérente à la médiation et plus généralement aux modes alternatifs de règlement extrajudiciaires des litiges dans le domaine économique, où qu'ils soient pratiqués en Europe et dans le monde.** Elle concrétise l'idée selon laquelle chaque individu en contrepoint de l'instauration d'un marché de libre échange doit en cas de litige avoir aisément accès à une forme de justice.

C'est probablement à partir de cette idée que l'on en est venu à opposer couramment droit et équité et, par voie de conséquence, les décisions du juge, tenu par la règle de droit, à l'intervention du médiateur qui dispose, lui, de la liberté de faire appel à l'équité.

A mon sens, il ne saurait y avoir ni ambiguïté ni antinomie. Il ne s'agit pas pour le médiateur d'ignorer à sa convenance le volumineux corpus législatif et réglementaire applicable à l'assurance, au respect duquel il est tenu comme tout citoyen. Il ne saurait non plus ignorer les interprétations et précisions qu'apporte la jurisprudence. La question est ailleurs en ce qu'il s'agit d'éviter que l'application pure et simple de la règle de droit dans des cas particuliers ne conduise à des solutions injustes.

Pour illustrer cette démarche, le cas de l'assurance vol est significatif.

J'ai, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur des situations difficiles engendrées par l'application stricte par l'assureur des conditions de preuves stipulées dans les contrats et qui conditionnent la garantie. Ainsi par exemple, alors même que la réalité du vol n'est pas contestée, lorsqu'il n'y a pas de trace d'effraction d'un local ou d'un véhicule, il est exigé de l'assuré victime qu'il prouve l'utilisation de fausses clés par les voleurs. Cette preuve est très difficile à rapporter compte tenu du perfectionnement du mode opératoire des malfaiteurs. Or, si la matérialité du vol n'est pas contestée et qu'il n'y a pas de trace d'effraction, il y a nécessairement une présomption précise, grave et concordante de l'utilisation par le voleur d'une clé volée ou fausse.

Dans ces situations d'une exigence de preuve pratiquement impossible à fournir - et où la bonne foi aurait dû prévaloir -, le médiateur peut heureusement proposer une solution en équité dont il est heureux de constater qu'elle est suivie dans la quasi-totalité des cas.

On relève que, dans des cas similaires, la Cour de cassation, après des hésitations et face à une jurisprudence partagée des juges du fond, valide désormais une conception rigide du droit du contrat qui, en rejetant la notion de liberté de la preuve, a pour effet de priver les victimes d'une garantie sur laquelle elles pouvaient légitimement compter.

L'application brutale de la règle édictée par l'article L 113-8 du Code des assurances qui frappe de nullité le contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur est un autre exemple.

D'une manière générale les tribunaux retiennent une application stricte de cette disposition dont les conséquences sont particulièrement sévères.

Autant cette sanction se trouve justifiée à l'égard du fraudeur avéré, autant ses conséquences sont injustes lorsqu'elles frappent des bénéficiaires qui ignoraient tout du comportement frauduleux. Tel est parfois le cas en assurance décès et, sans déroger à la loi, le médiateur peut dans ces cas particuliers préconiser une mesure d'équité qui, tout en actant l'annulation du contrat invitera l'assureur à renoncer à garder à titre de dommages et intérêts les cotisations versées. D'évidence une telle mesure ne saurait trouver sa place dans le dispositif d'un jugement.

On n'attend pas du médiateur qu'il sanctionne ou indemnise et tel n'est pas son rôle. En revanche il est espéré de lui une solution juste qui tienne compte tout à la fois des intérêts du particulier et de ceux de la collectivité des assurés que représente l'assureur. La crédibilité du médiateur dépendant par nature de sa position médiane, il se situe à un point d'équilibre entre les parties et ses préconisations, pour être utiles, se doivent d'être tout à la fois justes en droit et équitables.

Je me garderai de tenter de donner une définition particulière du droit, du juste et de l'équité, sauf à intégrer la rédaction limpide de Jean-Etienne Portalis dans ses travaux préparatoires du Code civil et, s'agissant de l'équité, la pensée d'Aristote.

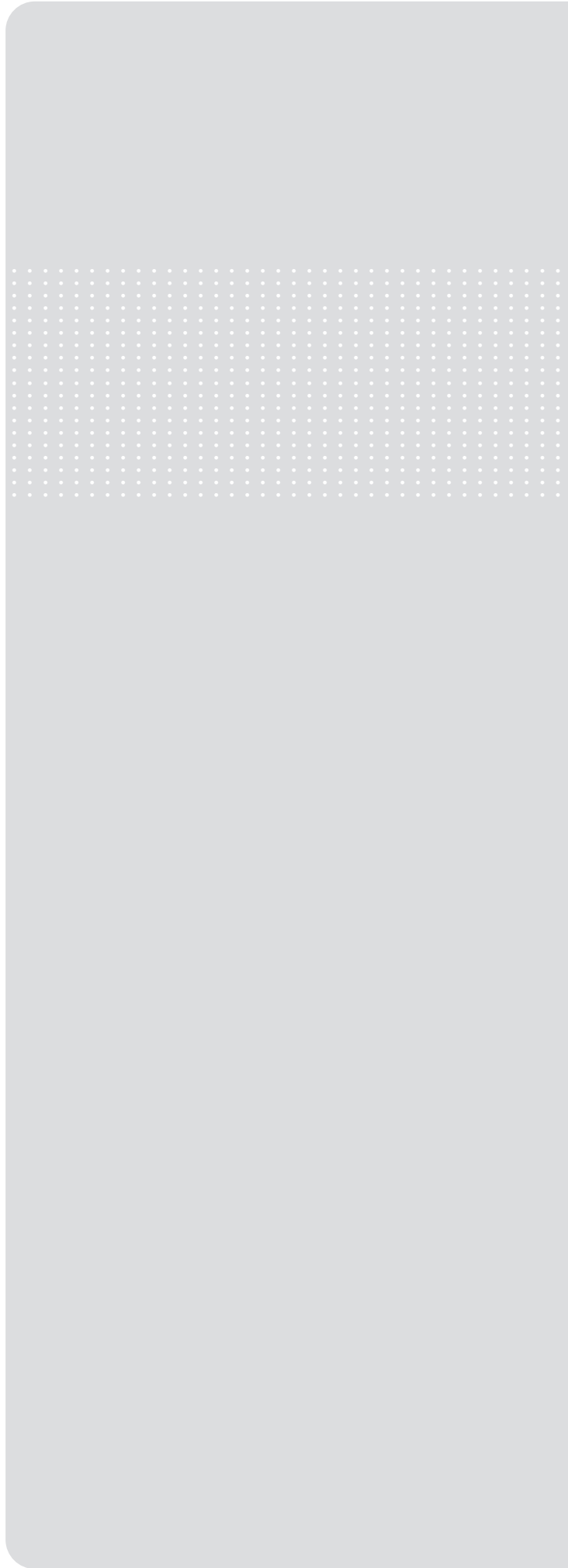
Le premier considérait que « Quand la loi est claire il faut la suivre, mais quand elle est obscure il faut l'approfondir et, si l'on manque de loi, il faut consulter l'usage ou l'équité. L'équité est le retour à la loi naturelle... ».

Le second disait de l'équité qu'elle « laisse espérer une vraie justice car c'est une justice tempérée par l'amour dans la mesure où l'équité permet de donner une dimension humaine à la rigide froideur de la règle de droit ».



# 02

DEUXIÈME CHAPITRE



# La médiation, force de proposition

**Il incombe au médiateur de formuler des recommandations d'ordre général.** Au delà du traitement des cas particuliers, son positionnement privilégié en termes de veille et d'écoute lui permet, en tirant enseignement des situations dont il a à connaître, de proposer des modifications de textes, de procédures ou de pratiques. Ce faisant, la médiation fait œuvre de prévention tout en participant à l'amélioration du service rendu par les entreprises au profit des particuliers.

## DU DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

**S'il est un domaine où le médiateur a été amené à formuler observations et recommandations c'est celui de la nécessaire information du preneur d'assurance et de la qualité du conseil prodigué par le professionnel.**

Il y a plusieurs années maintenant j'avais été amené, après avoir constaté à plusieurs reprises que certains documents contractuels - pas nécessairement explicites dans leur présentation ou leur rédaction - étaient revêtus d'un simple tampon « valant notice », à exprimer l'opinion dans un rapport qu'une telle pratique n'allait pas dans le sens d'une clarification de l'information nécessaire.

Un débat s'était alors 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.

Des décisions de justice avaient très sévèrement sanctionné des entreprises d'assurances sur ce point et une intervention du législateur est venue modifier l'article L 132-5-2 du Code des assurances qui précise désormais que la proposition ou le contrat « vaut note d'information » lorsque les éléments obligatoires - énoncés dans l'article du Code lui-même - y sont indiqués, notamment à l'aide d'un encadré.

Dans ce domaine les multiples interventions tant des tribunaux que des Pouvoirs publics, auxquelles s'ajoutent les initiatives des instances professionnelles de l'assurance, démontrent le souci partagé de la prise en considération d'un aspect essentiel de l'équilibre des relations contractuelles. Il faut s'en féliciter. La satisfaction est d'autant plus grande qu'elle s'accompagne d'une refonte du recueil des engagements à caractère déontologique relatifs à la commercialisation des assurances de personnes établi par l'Association Française de l'Assurance et approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA et la commission exécutive du GEMA.

Ainsi désormais, pour ne citer que l'exemple de l'assurance des contrats d'assurance des emprunteurs - qui a engendré plusieurs années consécutives les réactions du médiateur dans ses rapports - gageons que :

☐ à côté de la jurisprudence confirmée de la Cour de cassation concernant les banquiers et les notaires distributeurs de garanties d'assurance et

...  
L'évolution  
des pratiques et  
des moyens,  
gage d'une meilleure  
information  
des assurés.

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 » et dont la conséquence est que c'est la banque ou le notaire qui commercialise l'assurance et non l'assureur qui est tenu d'éclairer le client sur un refus de garantie, compte tenu de son âge et de sa situation personnelle ;

☐ de la finalisation, en accord avec la FFSA, le GEMA et la Fédération bancaire française sous l'égide de la Ministre de l'économie, d'une fiche standardisée d'information à destination des candidats à l'emprunt, portant sur les conditions de l'assurance du prêt et qui doit entrer en vigueur courant 2009, fiche qui constitue une réelle avancée en ce qu'elle doit décrire précisément à travers un exemple adapté à la situation du candidat emprunteur les diverses composantes de l'assurance qui viendra garantir la bonne fin de l'opération de crédit ;

le Recueil déontologique de l'Association Française de l'Assurance qui porte sur des points d'importance comme les devoirs des conseillers en assurance, la commercialisation du Plan d'épargne retraite populaire, la transformation de contrats d'assurance vie en euros en contrats en unités de compte ou encore la communication publicitaire des contrats d'assurance vie, ne devrait pas manquer de limiter les causes de litiges soumis à la médiation.


Il faut également saluer l'initiative de la Commission de médiation de la convention AERAS qui s'est trouvée confrontée, comme moi-même à plusieurs reprises, au désarroi de candidats à l'accession à la propriété qui ont dû renoncer à leur projet, la banque rejetant leur demande de prêt en cas de refus d'assurance. Ces situations sont - à juste titre - très mal perçues lorsque l'annonce du refus, simplement verbale dans la plupart des cas, est faite par la banque tardivement, ne laissant plus d'alternative au demandeur qui se trouve alors du fait de ces impérities contraint de renoncer à son projet d'acquisition. Pour s'expliquer, la banque se retranche le plus souvent derrière le retard apporté par l'assureur à faire part de sa décision, mais ceci n'est pas toujours démontré. Quoi qu'il en soit, il est anormal que les candidats à un prêt conditionné à une garantie d'assurance soient pénalisés par de telles conditions de traitement de leurs dossiers.

Aussi, la réforme de la procédure de notification des décisions d'assurance, dans le cadre de la convention AERAS qui impose désormais la notification des refus par écrit adressée directement par l'assureur à l'intéressé, devrait apporter une amélioration. Pour autant, toutes les difficultés, notamment

●●●  
**La déontologie  
 commune de  
 la profession.**

●●●  
**La difficulté  
 des emprunteurs  
 à s'assurer.**

●●●  
**Convention AERAS  
 « S'Assurer et  
 Emprunter avec  
 un Risque Aggravé  
 de Santé ».**



...  
La crise financière  
et les effets  
d'aubaine.

pour les ajournements de décision et surtout pour les dossiers, les plus nombreux, qui ne sont pas traités dans le cadre de la convention, ne sont pas réglés.

Tout en se félicitant de ces prises de conscience et avancées significatives, l'expérience du médiateur le contraint à tempérer un trop grand optimisme. On a vu qu'il restait des efforts à accomplir dans le domaine de l'assurance des emprunteurs et il suffit par ailleurs de relever que nombre de réclamants n'ont manifestement pas lu les documents d'information qui leur ont été remis et plus généralement qu'une information non discernée et trop volumineuse reste de peu d'effet au niveau individuel.

De même, on ne peut que constater que, dans les périodes de crises où l'angoisse devant la fonte d'un patrimoine tributaire de fluctuations boursières est grande, des mesures globales d'information préalable sont insuffisantes à prévenir des tentatives - plus ou moins judicieuses selon les cas et très souvent opportunistes -, de récupérer des fonds placés lorsque les jours étaient meilleurs sur des contrats en unités de compte. Opportunisme et effet d'aubaine se conjuguent souvent.

## DES DIFFICULTÉS PERSISTANTES EN ASSURANCES DE PERSONNES

**Au-delà des efforts sensibles des organisations professionnelles de l'assurance en matière de déontologie, subsistent des comportements sur lesquels il convient d'attirer à nouveau l'attention tant leur caractère récurrent est nuisible à l'image de la profession et met à mal les efforts que celle-ci fournit par ailleurs.** A cet égard, trois sujets seront évoqués : les contrats dits in fine, sujet déjà mentionné dans un précédent rapport, les litiges résultant de la rédaction de la clause bénéficiaire et, crise financière oblige, les difficultés d'exercice du droit de renonciation.

### Les contrats dits « in fine »

Depuis mon rapport pour l'année 2004 où j'avais évoqué la question des montages spéculatifs qui, à travers une opération de crédit in fine adossée à un contrat d'assurance en unités de compte, peuvent se révéler désastreux lors d'une conjoncture boursière difficile, très peu de nouveaux dossiers

m'avaient été soumis. Tel n'est plus le cas et j'ai constaté pendant la période écoulée une recrudescence significative du nombre des plaintes pour des contrats de ce type. Ceci correspond à une période boursière difficile et certaines demandes d'intervention du médiateur, qu'il ne convient pas d'encourager, sont manifestement opportunistes.

L'introduction des « unités de compte constituées de valeurs mobilières », validée par le Législateur, dans l'article L 131-1 du Code des assurances, a fait de l'assurance vie un instrument de spéculation financière à la portée d'une clientèle d'épargnants que le « boursicotage » ne rebute pas, mais qui n'est pas pour autant prête à prendre de grands risques.

L'intrusion des banques dans ces opérations a parfois conduit à la mise en place de montages financiers à hauts risques. Le système consiste, pour la banque, à ouvrir un crédit - généralement un prêt in fine où le capital est remboursable à la fin du prêt - à un client à charge pour lui de l'investir simultanément dans un contrat d'assurance vie libellé en unités de compte. Le contrat, diffusé par une entreprise d'assurance qui souvent appartient au même groupe, est fourni en nantissement à la banque en garantie du prêt. A la base de cette opération, le client espère une plus-value confortable, sans disposer de fonds personnels.


Ce pari est en fait très risqué puisqu'il peut arriver - comme actuellement - que la valeur inscrite au contrat d'assurance donné en garantie soit insuffisante pour couvrir l'emprunt.

Les réactions de ces spéculateurs, contraints de procéder au rachat du contrat d'assurance par la banque bénéficiaire du nantissement, sont généralement dirigées vers l'entreprise d'assurance coupable, selon eux, de manquement au devoir de conseil.

Cependant, comme je l'avais indiqué dans mon rapport pour l'année 2004, lorsque l'établissement prêteur et l'entreprise d'assurances font partie d'un même groupe et que c'est la banque qui, à l'occasion du même acte commercial, a établi, en privilégiant les assurances proposées par sa filiale, le contrat de prêt et le contrat d'assurance vie destiné à garantir la bonne fin de l'opération, il me semble que l'on peut estimer, au moins en équité, que la banque ne saurait se désintéresser de la gestion de l'insuffisance éventuelle de la valeur au terme du contrat d'assurance donné en garantie.

Il importe donc de savoir qui dans les faits, - du banquier ou de l'assureur - a proposé de tels montages spéculatifs que l'on pourrait qualifier de scabreux, et à qui.

...  
**Bourse, spéculation,  
 prêts bancaires et  
 contrats d'assurance :  
 un mélange détonnant.**



Proposée à un consommateur néophyte, dépourvu de compétence en matière financière, une telle opération engagerait certainement la responsabilité de l'organisme qui l'a préconisée, comme l'a jugé à plusieurs reprises la Cour de cassation en retenant 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 excessif au regard de leurs facultés contributives.

Une fois encore, espérons que les nouvelles mesures intervenues en faveur d'une amélioration des conditions de l'information et du conseil dispensés par les professionnels et qui viennent d'être évoquées aideront à limiter ces pratiques préjudiciables aux plus faibles.

### **Les clauses bénéficiaires**

A plusieurs reprises, au fil des médiations j'ai été confronté à des conflits familiaux provoqués par la clause du contrat selon laquelle sont bénéficiaires de la prestation souscrite « le conjoint de l'assuré, à défaut ses enfants nés ou à naître, à défaut ses héritiers ».

Cette formule, reproduite à l'envi dans les conditions particulières des contrats d'assurance de personnes, est source de difficultés, notamment quand un des bénéficiaires désignés vient à décéder avant l'assuré dans la mesure où cette désignation stéréotypée a pour conséquence d'exclure de la distribution du capital garanti les enfants du bénéficiaire prédécédé. Autrement dit, si le bénéfice est attribué « aux enfants » et si l'un d'eux vient à décéder avant le souscripteur, la prestation prévue ne peut pas - sauf volonté contraire exprimée par ce dernier - échoir à ses petits-enfants par le jeu de la représentation.

Or, l'institution juridique que constitue « la représentation » - prévue aux articles 751 à 755 de notre Code civil - est si ancrée dans nos mœurs que les souscripteurs de contrats sont loin de pouvoir imaginer que cette stipulation propre à l'assurance de personnes y porte atteinte.

Saisi de ce genre de litiges, qui mettent aux prises les membres d'une famille, je ne saurais m'immiscer dans le conflit et je ne peux que respecter à la lettre la disposition contestée, quand bien même dans certains cas je la trouve injuste.

•••  
**La clause bénéficiaire  
source de conflits  
familiaux.**

Cependant, les choses risquent de changer lorsque les personnes, écartées de la dévolution des capitaux garantis par l'application d'une telle clause bénéficiaire invoquent la responsabilité de l'entreprise d'assurance qui, pour avoir reproduit la clause stéréotypée sans avoir éclairé le souscripteur de ses conséquences et sans s'être préoccupée de ses réelles intentions, les a privées de la chance de percevoir la partie de capital attribuée à leur auteur.

Dans cette hypothèse, l'action des requérants a pour objet non pas de revendiquer la part de capital dont ils estiment avoir été indûment privés mais d'obtenir des dommages et intérêts équivalents. Le risque pour l'entreprise d'assurance, convaincue de légèreté, est donc d'avoir à payer deux fois. Ceci n'est pas une hypothèse d'école et la Cour d'appel de Paris n'a pas manqué de souligner qu'« il convient pour l'assureur, s'agissant de contrats d'assurance vie soumis à une législation spécifique exorbitante du droit commun, d'informer le souscripteur assuré qu'à l'inverse des règles de la dévolution successorale, la représentation des enfants prédécédés par leurs enfants n'est ni de droit ni automatique, ce afin d'écartier tout risque de confusion chez un assuré profane » et qu'en conséquence la formule désignant à titre de bénéficiaires « le conjoint, à défaut ses enfants nés et à naître, à défaut ses héritiers » était « de nature à induire en erreur le souscripteur sur l'identité des bénéficiaires de second rang ». Dans cette décision, les juges n'avaient pas manqué non plus de relever l'incongruité de l'expression « enfants à naître », l'assurée étant âgée de 81 ans au moment de la souscription du contrat...

Face à ces situations délicates répétées, je pense utile de recommander que les entreprises d'assurance et leurs apporteurs abandonnent la clause rituelle et s'enquière avec précision des intentions successorales effectives de leurs assurés. On pourrait trouver avantage à ce qu'ils s'inspirent de la formule préconisée par le Bureau commun des assurances collectives selon laquelle les capitaux sont attribués « Au conjoint ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut aux descendants par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendant, à défaut aux père et mère par parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès ou, à défaut, aux héritiers ».

D'évidence une telle clause qui envisage les cas les plus fréquemment rencontrés apparaît de nature à limiter à la fois le nombre des litiges et les risques encourus par les entreprises d'avoir à payer deux fois.

●●●  
**La modification  
nécessaire  
de la clause  
bénéficiaire type.**



...  
**La crise financière  
et la tentation de  
renoncer au contrat  
souscrit.**

### **La renonciation au contrat**

Nul ne peut contester aujourd'hui la corrélation entre le nombre de dossiers soumis à la médiation et la chute des places boursières. Entre deux périodes de turbulences financières, les demandes d'annulation des contrats formulées par des assurés faussement ignorants des choses de la Bourse et se prétendant avoir été mal conseillés dans leurs placements ont eu tendance à diminuer, jusqu'à disparaître.

La crise financière actuelle a paradoxalement grandement favorisé l'éducation financière du public en ce que les médias ont été amenés à en expliquer, en détail et de manière répétée, les différentes composantes. Aujourd'hui, aucun titulaire d'un contrat adossé à des actions ne saurait sérieusement prétendre ignorer l'existence de risques liés aux fluctuations des marchés boursiers.

Il n'en reste pas moins que l'une des conséquences de la dépréciation des unités de compte a consisté pour certains assurés à invoquer - outre le manquement au devoir de conseil - l'exercice du droit de renonciation inscrit à l'article L 132-5-1 du code des assurances.

Tel est le cas de cet assuré qui devant la baisse des valeurs entendait obtenir la restitution de son investissement d'origine au motif qu'il avait fait des versements complémentaires successifs dont il prétendait que chacun lui ouvrait droit à renonciation. Tel autre, dans le même objectif, prétendait ne pas avoir pu exercer ce droit en raison d'incertitudes quant à la date de conclusion du contrat. Et que penser encore de cet assuré qui entendait exercer son droit de renonciation alors même qu'il avait précédemment procédé au rachat du contrat.

Dans tous ces cas le médiateur n'a pu que rejeter les demandes, non sans avoir rappelé que les contrats d'assurance vie ont été par nature souscrits sur des périodes longues et que toute intervention précipitée, motivée uniquement par les écarts boursiers survenant dans l'intervalle, pouvait se révéler préjudiciable. En parallèle, s'agissant de l'attitude de certains assureurs, j'ai été contraint, à l'occasion d'une réclamation fondée sur le défaut d'information quant à l'ouverture du droit pour l'assuré de renoncer au contrat, de rappeler que la loyauté doit présider aux relations entre assureurs et assurés.

**Le cas mérite d'être mentionné.** Un assuré ayant adhéré à un contrat d'assurance collective sur la vie à capital variable a reçu une lettre recommandée circulaire de l'assureur lui expliquant qu'« une récente évolution de la réglementation applicable en assurance vie en matière d'information des

assurés [l'] amène à [lui] adresser une note d'information reprenant les dispositions essentielles de [son] contrat d'assurance ».

Quelque temps plus tard, alerté sur les conséquences de cette formalité par une lettre similaire que lui avait adressée un autre assureur auprès duquel il avait également souscrit un contrat, l'assuré a envoyé au premier assureur une lettre de renonciation fondée sur l'article L 132-5-1 du Code des assurances demandant en conséquence le remboursement intégral des sommes versées, tout en lui faisant grief d'avoir omis de préciser, contrairement à d'autres compagnies, que l'envoi de la nouvelle note d'information rouvrait le droit à renonciation au contrat.

L'assureur a rejeté la demande comme tardive en faisant valoir d'une part, qu'une lecture attentive de cette note d'information permettait d'exercer la faculté de renonciation dans la mesure où elle rappelle les dispositions du Code des assurances concernant le droit de renonciation du souscripteur et d'autre part, que si d'autres sociétés d'assurance ont expressément indiqué que l'envoi de la nouvelle note rouvrait le droit à renonciation, chaque compagnie d'assurance dispose de sa propre pratique.

Pour le médiateur, il est apparu d'évidence que lorsque la société d'assurances a pris l'initiative d'adresser à ses assurés une nouvelle note d'information, c'est, non pas en raison comme elle l'a prétendu d'une récente évolution de la réglementation applicable en assurance vie en matière d'information des assurés, mais afin de se mettre à l'abri des conséquences éventuelles de la jurisprudence de la Cour de cassation. En effet, dans ses arrêts du 7 mars 2006 la Haute juridiction a condamné la pratique des « conditions générales valant note d'information » comme contraire aux stipulations de l'article L 132-5-1 du Code des assurances dans sa rédaction antérieure à la loi du 15 décembre 2005, si bien que le souscripteur se trouvait toujours apte à exercer la faculté de renonciation tant que l'assureur n'avait pas procédé à une nouvelle information.

Certes, rien n'obligeait formellement l'assureur à informer ses assurés sur les effets de cette nouvelle présentation des documents contractuels mais, force m'a été de relever qu'en se taisant, il avait péché non seulement par omission mais aussi par manque de loyauté, car il lui appartenait, à l'instar d'autres compagnies d'assurance sur la vie, d'attirer l'attention des souscripteurs sur les droits qui découlaient de cette mise en harmonie des documents contractuels avec la jurisprudence de la Cour de cassation.

Ainsi, dans la médiation, en théorie comme en pratique, l'équité recouvre le droit.

•••  
**La loyauté  
 dans les relations  
 contractuelles.**

## DE LA NOTION D'ACCIDENT, ENCORE ET TOUJOURS

**Les ayant largement évoquées dans mon précédent rapport, je ne reviendrai pas en détail sur les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des garanties des contrats dits GAV.** Je constate que des difficultés persistent, comparables pour beaucoup en ce qu'elles portent généralement sur l'interprétation de la clause définissant la notion d'accident qui donne fréquemment lieu à des interprétations divergentes.

Je citerai à titre d'exemple une réclamation formulée par une personne mise en arrêt de travail à la suite d'un accident sur la voie publique. Cet assuré qui avait demandé à bénéficier des indemnités journalières prévues par son contrat, s'est vu opposer un refus au motif que l'affection ayant entraîné l'arrêt de travail, et qui découlait de l'accident, était la conséquence d'un risque exclu des garanties du contrat.

...

**L'impératif de la rédaction claire et précise des clauses contractuelles.**

Après avoir relevé que la clause litigieuse n'était pas rédigée de façon suffisamment claire et précise pour permettre sa bonne compréhension par l'assuré et devait donc, en conformité avec les dispositions de l'article L 132-2 du Code de la consommation, s'interpréter dans le sens le plus favorable à l'assuré, le médiateur a dû rappeler la nécessaire distinction entre la cause de la lésion, qui doit être accidentelle, et la nature du dommage. Dans le cas présent, l'événement à l'origine de l'arrêt de travail était bien l'accident et la pathologie dont souffrait l'assuré n'était que la conséquence directe de ce dernier. Dans la mesure où selon le contrat, c'est la survenance de l'événement accidentel qui ouvre droit à la garantie, j'ai invité l'assureur à fournir la prestation des indemnités journalières prévues.

Je ne peux, à nouveau, qu'insister sur la nécessité qu'il y a de rédiger avec la plus grande prudence, la plus grande précision et la meilleure lisibilité possible, ces clauses essentielles des contrats dits GAV afin de ne pas courir le risque - à un moment où les accidents de la vie courante sont à l'origine de 4,5 millions de blessures et de près de 2 000 décès, soit 4,5 fois plus que les accidents de la circulation -, de voir déconsidérer un produit d'assurance d'ores et déjà reconnu comme apportant un réel progrès dans la couverture de nos concitoyens.

La conception du caractère accidentel d'un événement qui conditionne le droit à garantie est bien évidemment variable selon les individus mais j'ai eu

à connaître d'une situation en assurance de dommages qui recule les limites de l'audace concernant les arguments avancés par certains assurés.

C'est ainsi que son véhicule Alfa Roméo s'étant retrouvé ensablé alors que l'assuré tentait de tracter son bateau en dehors de la plage, la voiture, malgré les efforts déployés, a été submergée par la marée montante.

Dégagé à marée basse le véhicule a été déclaré techniquement irréparable et l'assureur a refusé sa garantie au motif que le sinistre décrit ne présentait pas le caractère accidentel requis par le contrat, la marée étant un événement ni soudain ni exceptionnel.

L'assuré pour sa part a maintenu que la cause du sinistre était l'ensablement accidentel du véhicule, ce qui avait provoqué son immersion.

Aucune clause du contrat, qu'elle soit de garantie ou d'exclusion, ne faisant référence au cas très particulier du requérant, c'est à la définition de l'accident garanti comme « un événement soudain, involontaire et imprévu » qu'il convenait de se référer.

J'ai rappelé à cette occasion que le dommage matériel est l'atteinte subie par un bien et entraînant sa détérioration ou sa destruction et que ce dommage doit être la conséquence directe, visible et palpable de l'atteinte au bien.

En l'occurrence, c'est l'action de l'eau de mer qui a été à l'origine des dégâts, l'ensablement ayant seulement entraîné l'immobilisation du véhicule. Si le véhicule n'avait pas été submergé par la marée, il n'aurait jamais été endommagé du seul fait de l'ensablement.

La marée étant un phénomène naturel et cyclique connu, y compris par l'assuré qui indiquait qu'elle était d'un fort coefficient le jour du sinistre, son flux ne peut pas être considéré comme « un événement soudain, involontaire et imprévu ».

●●●  
L'interprétation  
des clauses doit se  
faire de bonne foi.

## DU BON USAGE DU SECRET MÉDICAL

**L'obligation des professionnels au strict respect du secret et notamment du secret médical repose sur des dispositions législatives impératives du Code pénal.** Article 226-13 « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende » et du Code de la santé publique : Article L 1110-4 du Code de la santé publique « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établis-



sement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

Ces règles absolues protègent les individus. Leur rigueur nécessaire ne doit pas leur nuire.

Le domaine d'application le plus sensible est celui de l'assurance des emprunteurs. Nombre de candidats, faute de pouvoir pour des raisons médicales obtenir une garantie d'assurance, se voient opposer un refus de la part de l'établissement prêteur.

Cette situation ne concerne pas les seuls « risques aggravés » traités dans le cadre de la convention AERAS dont la commission de médiation indique qu'une grande majorité des réclamations porte sur la non obtention des raisons médicales à l'origine d'un refus d'assurance.

Mon intervention a été à plusieurs reprises sollicitée à la suite du refus de l'assureur de communiquer à l'intéressé les raisons d'ordre médical pour lesquelles il a rejeté la demande d'assurance ou, après la souscription du contrat, dénié sa garantie.

Expliquer, sous couvert du secret médical, de tels refus à l'assuré ou aux bénéficiaires, en cas de décès de ce dernier, par une phrase lapidaire comme « Il résulte des éléments en notre possession que notre position est entièrement justifiée et nous sommes au regret de devoir vous confirmer notre refus de prise en charge » est un peu court.

Il n'est pas plus admissible de refuser, toujours sous couvert du secret médical, de communiquer à l'assuré une copie de ses propres déclarations de santé lorsqu'il les réclame quelle qu'en soit la raison, perte ou autre. Il n'est pas plus justifiable de refuser, sous couvert du secret, la communication aux ayants droit de l'assuré décédé de la déclaration de santé que ce dernier a faite et sur laquelle s'appuie l'assureur. Le secret protège la vie privée des individus, il ne saurait protéger un mort au préjudice des vivants.

Au cas par cas, je suis intervenu auprès des entreprises concernées en rappelant qu'il est essentiel de motiver chaque décision afin que les assurés et les bénéficiaires soient en mesure de comprendre la raison du refus et de prendre les dispositions nécessaires pour éventuellement en contester les fondements et faire valoir leurs droits.

En cas de vie, c'est à l'assuré protégé par le secret qu'il incombe de décider s'il entend ou non divulguer à l'appui de sa demande ou de sa réclamation

...

**Le secret médical ne doit pas être préjudiciable à l'assuré qu'il prétend protéger.**

telle ou telle information médicale le concernant.

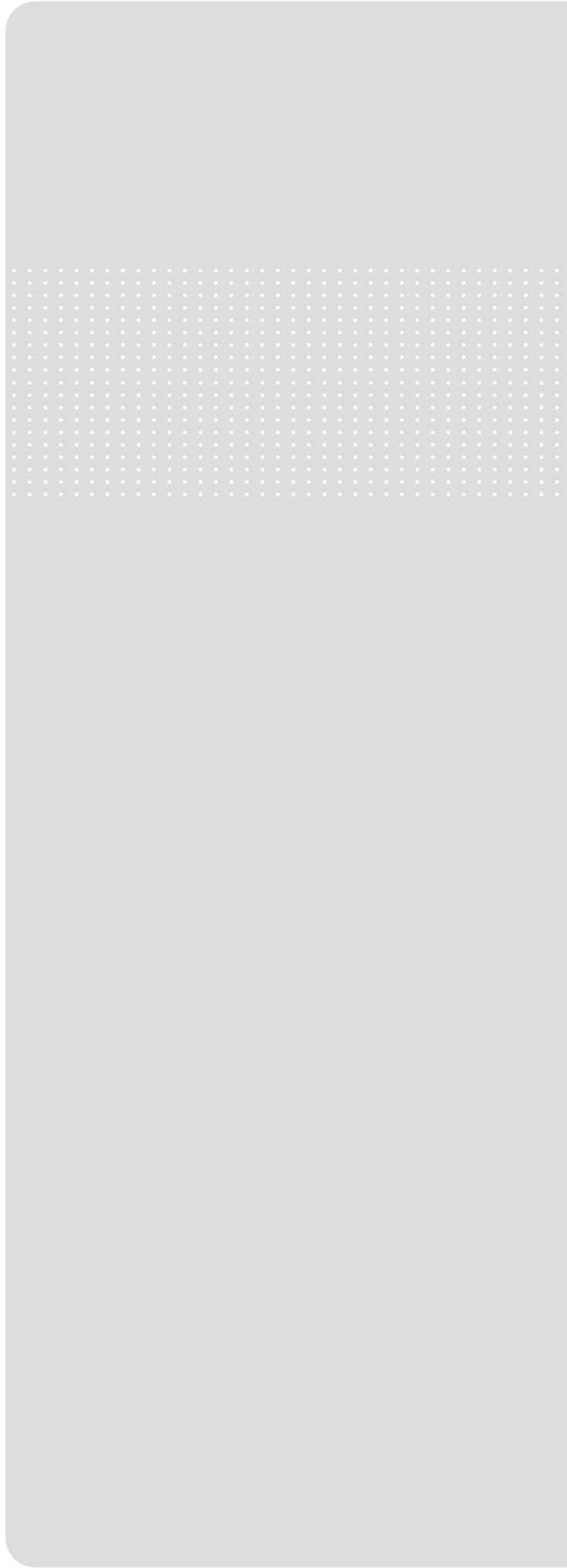
En cas de disparition de l'assuré, l'assureur doit fournir aux ayants droit les éléments sur lesquels il fonde sa position de refus.

Dans le cadre de la médiation, la connaissance des éléments motivant les positions respectives de l'assuré et de l'assureur est indispensable. Le respect des nouvelles procédures de communication d'informations récemment mises en place sous l'égide de la Commission médicale de la FFSA devrait apporter une solution qui, tout en respectant les impératifs du secret médical, permette à tous les intéressés de faire valoir leurs droits.



# 03

TROISIÈME CHAPITRE



# Un index pour la médiation

**Très souvent le simple rappel de dispositions existantes suffit à régler les litiges.** L'expérience démontre que la seule lecture de la règle applicable impose la solution. Persuadé que ce rappel systématique des règles, que j'ai initié il y a maintenant trois ans, - que celles-ci soient de droit, de bon sens ou d'équité - est un outil dans la prévention des conflits, il me paraît utile de compléter l'index d'année en année.

ARTICLE 1315  
DU CODE CIVIL

« Celui qui réclame l'exécution  
d'une obligation doit la prouver.  
Réciproquement, celui qui  
se prétend libéré doit justifier le  
paiement ou le fait qui a produit  
l'extinction de son obligation ».

## LA CHARGE DE LA PREUVE

Compte tenu de la fréquence des dossiers dans lesquels le requérant se contente de réclamer à l'assureur une indemnisation sans étayer sa demande, il est utile de rappeler que la charge de la preuve incombe à celui ou celle qui entend demander l'exécution ou l'extinction d'une obligation. Un assuré qui entendait faire jouer son contrat de protection juridique pour obtenir une indemnisation de son préjudice s'est vu refuser la garantie au motif qu'il n'apportait aucune preuve de la réalité de ce dernier. J'ai rappelé à cette occasion que la mise en œuvre d'un contrat d'assurances est liée à la survenance d'un sinistre causant un dommage direct ou indirect à l'assuré ou à l'un de ses biens couverts. Il est donc essentiel de déterminer et prouver l'existence d'un dommage avant de prétendre au versement d'une indemnité. Fonder sa demande sur un préjudice hypothétique est insuffisant.

La charge de la preuve incombe également à l'assureur qui entend se décharger de l'une de ses obligations. J'ai d'ores et déjà rappelé à de nombreuses reprises, que l'assureur qui entendait se prévaloir de la nullité du contrat pour fausse déclaration en vertu de l'article L 113-8 du Code des assurances ne démontrait que trop rarement le caractère intentionnel et dolosif de la fausse déclaration alors que cette preuve est indispensable à l'application d'une sanction particulièrement lourde de conséquences pour l'assuré. Il est nécessaire que ces règles de preuve qui transcrivent la transparence et la sincérité tout au long de la vie du contrat soient respectées par toutes les parties.

## POINT DE DEPART DU DELAI DE RENONCIATION

La faculté de renoncer au contrat d'assurance est une disposition particulièrement protectrice du consommateur qui est expressément prévue par le Code des assurances. Elle permet au candidat à l'assurance de renoncer à un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation pendant un délai de trente jours à compter du moment où il a été informé de la formation du contrat.

Cette formulation n'est pas aussi simple qu'il y paraît et à plusieurs reprises j'ai eu à prendre connaissance de litiges où les deux parties s'opposaient sur le point de départ du délai de renonciation. On peut d'ailleurs regretter que

le délai de « renonciation » soit parfois qualifié de « rétractation », une double dénomination pour une même possibilité n'allant pas dans le sens de la clarté.

Dans un cas qui m'a été soumis, l'assureur considérait que la faculté de renonciation était ouverte une fois qu'il avait accepté le contrat et qu'il avait perçu les fonds. De son côté l'assurée estimait que le délai pour renoncer ne commençait à courir qu'à la réception de son contrat.

En fait il y avait un hiatus entre différentes dispositions en ce que l'une affirmait que le contrat était conclu dès l'encaissement alors que d'autres soumettaient sa validation à la réalisation de certaines autres conditions.

Dans l'esprit du nouvel article L 132-5-1 du Code des assurances, il est impératif que le contrat soit parfaitement formé pour que l'assureur puisse le signifier à l'assuré et ainsi faire naître le délai de renonciation.

Aussi, ne suffit-il plus d'écrire par exemple que « le contrat est conclu dès l'encaissement du premier versement » pour qu'il le soit réellement, encore faut-il que soient réunis tous les éléments constitutifs d'un accord définitif des parties. Il est évident que tant que la personne qui a fait acte de souscription n'a pas été mise en possession des documents déterminant ses droits et ses obligations, elle n'est pas à même d'y donner son consentement. A ce stade le contrat n'est pas formé. On ne peut dès lors prétendre que le contrat est conclu dès l'encaissement puisque cette affirmation ignore les normes élémentaires de la formation des contrats.

En conséquence, le droit de renoncer au contrat ne peut exister qu'une fois que l'assuré a signé et renvoyé les documents contractuels portant la mention expresse de l'acceptation par l'assureur de la proposition d'assurance. C'est seulement à ce stade que l'échange des consentements est concrétisé et que le contrat peut être considéré comme parfaitement formé.

La signature d'un bulletin d'adhésion ou de souscription n'est donc qu'une étape préalable à la formation du contrat car il n'exprime que le souhait du candidat à l'assurance.

Aussi, semble-t-il utile que désormais d'une part, une seule appellation soit retenue pour qualifier le droit du souscripteur de revenir sur sa décision de contracter une assurance - je propose que la terminologie « renoncer » retenue par le Code prévale - et d'autre part, que les modalités d'exercice de ce droit à renoncer soient précisées avec minutie dans les contrats afin d'éviter toute confusion.

ARTICLE L 132-5-1  
DU CODE DES  
ASSURANCES  
(EXTRAIT)

« Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer (...) pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu... ».

## DECHEANCE ET NULLITE

Une confusion existe encore, y compris de la part de professionnels, entre la notion de déchéance de garanties et celle de nullité.

En matière d'assurances, la déchéance se traduit par la privation du droit de l'assuré à être indemnisé par suite d'un manquement constaté dans le respect d'une obligation contractuelle à laquelle il avait pourtant librement consenti. Ainsi, par exemple dans le cadre d'un contrat multirisque habitation l'assureur demande parfois à ses assurés de mettre en place des mesures de sécurité qui peuvent prendre la forme de portes blindées, d'installation de systèmes d'alarmes ou encore de barreaux aux fenêtres. Si à la suite d'un sinistre, l'expert vient à constater un manquement à l'une des obligations énoncées dans le contrat, l'assureur a la faculté de prononcer la déchéance des garanties à l'encontre de son assuré. Cette déchéance a pour effet de priver l'assuré de l'indemnisation au titre de ce même sinistre.

La nullité quant à elle n'est pas la privation d'un droit de l'assuré, mais la sanction d'un vice qui a entaché la formation du contrat comme par exemple l'absence de capacité à contracter du souscripteur, la cause du contrat ou son objet contraires à une obligation légale, ou encore l'absence de consentement de l'une des parties

Si après l'application d'une déchéance de garantie, le contrat continue à exister et à produire ses effets pour l'avenir, la nullité - beaucoup plus lourde de conséquences - entraînera la disparition du contrat plaçant de manière rétroactive les parties dans la situation où elles se trouvaient avant la conclusion du contrat. Il est donc particulièrement important que ces notions soient utilisées avec la plus grande précaution, leurs effets juridiques respectifs étant bien distincts et leurs conséquences plus ou moins graves pour l'assuré.

## LE NON PAIEMENT DES PRIMES D'ASSURANCE VIE

En assurance vie, l'assureur ne peut exiger le paiement des primes. En cas de cessation du paiement des primes ou cotisations par l'assuré, conformément aux dispositions énoncées dans l'article L 132-20 du Code des assurances, l'assureur a la faculté, au terme d'une procédure rigoureuse, de procéder à la mise en réduction des contrats ou, lorsque la valeur de rachat est insuffisante ou insignifiante de résilier purement et simplement

ARTICLE L 112-4  
DU CODE  
DES ASSURANCES  
conditionne la validité des clauses  
de déchéance des contrats  
à leur rédaction en caractères  
très apparents.

le contrat en gardant les primes versées précédemment. Si la valeur de rachat permet la mise en réduction, le contrat continue à produire ses effets entre les parties mais les engagements de l'assureur sont réduits proportionnellement au montant des cotisations perçues et donc de la provision mathématique effectivement constituée.

Cette faculté offerte à l'assureur est soumise à une procédure rigoureuse d'information de l'assuré et à de stricts délais.

L'application de ces dispositions peut donner lieu à difficultés et les assurés ne comprennent pas aisément pourquoi ils ne peuvent récupérer l'intégralité des sommes versées.

Dans un dossier, une personne qui avait appris l'existence d'un contrat d'assurance sur la vie souscrit par l'un de ses parents décédé, s'était étonnée auprès de l'assureur du faible montant du capital disponible. Ce dernier avait alors confondu la mise en réduction du contrat et le rachat. L'intervention du médiateur expliquant à la réclamante que, suite à l'arrêt du paiement des cotisations, le contrat avait été mis en réduction en contrepartie de garanties moins élevées, a mis fin à la réclamation.

Dans une autre affaire, il a été plus difficile de convaincre la requérante qui avait décidé d'arrêter ses versements après une seule année en informant la société. L'assureur ayant indiqué qu'il avait procédé à une « résiliation partielle », la confusion était grande, pour une somme en cause de 305 euros. En fait l'assureur avait bien procédé à la mise en réduction du contrat et rien ne pouvait lui être reproché sur le plan financier. En revanche, la procédure d'information de l'assurée n'avait pas été suivie, la lettre de rappel de paiement non envoyée et l'assurée non prévenue de la mise en réduction du contrat dans le délai légal de 40 jours.

Je rappelle à nouveau l'importance que revêt la délivrance d'une information précise quant au mode de calcul des valeurs de rachat ou de réduction des contrats. Ceci apparaît d'autant plus aisé que les procédures édictées par la réglementation sont précises et permettent de couper court aux réclamations qui se révèlent parfois abusives compte tenu des sommes en cause.

ARTICLE L 132-20  
DU CODE DES  
ASSURANCES (EXTRAIT)  
« En assurance vie « L'entreprise  
d'assurance n'a pas d'action pour  
exiger le paiement des primes...  
Le défaut de paiement...,  
entraîne soit la résiliation  
du contrat en cas d'inexistence  
ou d'insuffisance de la valeur  
de rachat, soit la réduction  
du contrat ».

## L'ARBITRAGE FINANCIER

Les périodes de baisse des cours de Bourse entraînent une augmentation du nombre des arbitrages financiers sur les contrats de type multi supports, de nombreux assurés souhaitant alors modifier leurs orientations financières en basculant leur épargne sur des fonds en euros ou en investis-

**ARBITRAGE FINANCIER**  
Faculté offerte par un contrat  
d'assurance sur la vie multi  
supports de transférer  
partiellement ou totalement  
l'épargne d'un support à  
un autre.

sant sur des unités de compte moins exposées. Les contrats d'assurances vie prévoient généralement cette faculté pour l'assuré de procéder à des arbitrages tout au long de la vie de son contrat afin qu'il puisse mettre en adéquation la situation financière à un moment donné et l'exposition au risque qu'il souhaite adopter en fonction de son profil d'investisseur.

J'ai eu à me prononcer à plusieurs reprises sur les conditions de réalisation de ces arbitrages et à constater que l'assuré qui souhaitait arbitrer son épargne investie en unités de compte vers des fonds en euros, pouvait enregistrer une différence à la baisse importante du capital disponible par rapport à la somme qui lui avait été annoncée lors de sa demande d'arbitrage. Généralement l'assureur explique que cette différence provient du délai inhérent à la procédure d'investissement/désinvestissement des unités de compte. Lorsqu'un assuré procède à un arbitrage, celui-ci n'est parfois réalisé qu'une semaine après la passation de l'ordre et ce délai peut correspondre en période sensible à une forte baisse du montant de l'épargne finalement disponible.

Un délai est d'évidence nécessaire pour concrétiser l'ordre d'arbitrage. Mais, le délai n'est pas toujours précisé dans les conditions du contrat et il faut avoir recours aux notices d'information des unités de compte concernées, pas toujours disponibles ou transmises. Les déceptions n'en sont que plus vives et les litiges plus âpres.

C'est pourquoi, je recommande la plus grande lisibilité quant aux modalités de réalisation des arbitrages financiers qui doivent pouvoir s'effectuer dans la transparence et, en tout état de cause, sans que la responsabilité du délai litigieux ne soit renvoyée de l'assureur vers l'établissement financier gestionnaire du compte ou réciproquement.

## LA PRESCRIPTION EN ASSURANCE VIE

ARTICLE L 114-1-2°  
« La prescription est portée  
à dix ans dans les contrats  
d'assurance sur la vie lorsque  
le bénéficiaire est une personne  
distincte du souscripteur... ».

Selon les dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes les actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites à l'expiration d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Cependant, en matière d'assurance sur la vie le 2 de ce même article dispose que « la prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie » à la condition toutefois que le bénéficiaire du contrat soit une personne distincte du souscripteur. Cette disposition spécifique protège les

intérêts des bénéficiaires qui ne découvrent que tardivement l'existence du contrat qui a été souscrit à leur profit.

De telles situations ne sont pas rares et cette disposition du Code des assurances permet d'éviter les conflits, ou le cas échéant de les résoudre facilement, lorsque l'enfant désigné en tant que bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit par son père par exemple n'a connaissance de cette stipulation que plusieurs années après le décès.

## DELAIS : CARENCE ET FRANCHISE

En assurance de personnes les contrats peuvent prévoir un délai pendant lequel l'assureur n'est pas tenu de délivrer sa prestation. Les effets sont cependant différents selon que la clause contractuelle prévoit une période de franchise ou un délai de carence.

Le délai de franchise prévu généralement dans les contrats d'assurance santé n'affecte pas la garantie. Il permet à l'assuré de percevoir les prestations mais seulement après l'expiration d'un délai pendant lequel il supporte seul les conséquences du sinistre. Le délai d'attente avant l'intervention de l'assureur est généralement compris entre un et trois mois. Si cette disposition est généralement bien comprise et acceptée, des difficultés peuvent surgir en cas de déclarations de sinistre successives pour rechutes de maladie par exemple. En effet, le délai de franchise s'appliquant pour chaque nouvelle déclaration de sinistre, il peut arriver que l'assuré du fait des périodes de franchises successives ne perçoive aucune prestation. Cette situation est mal vécue.

Le délai de carence est une période pendant laquelle les prestations garanties ne sont pas versées. Fréquent dans les contrats dépendance, il est généralement de un à trois ans à compter de la date d'effet du contrat. Si, alors qu'une telle disposition est prévue, l'assuré est déclaré en état de dépendance avant l'expiration du délai, les prestations prévues au contrat ne peuvent être versées. Le contrat est alors résilié et les cotisations déjà versées sont intégralement remboursées.

Cette disposition a pour objet d'éviter la prise en charge de situations qui existaient avant la souscription du contrat d'assurance et que, faute d'aléa, celui-ci ne peut bien évidemment garantir.

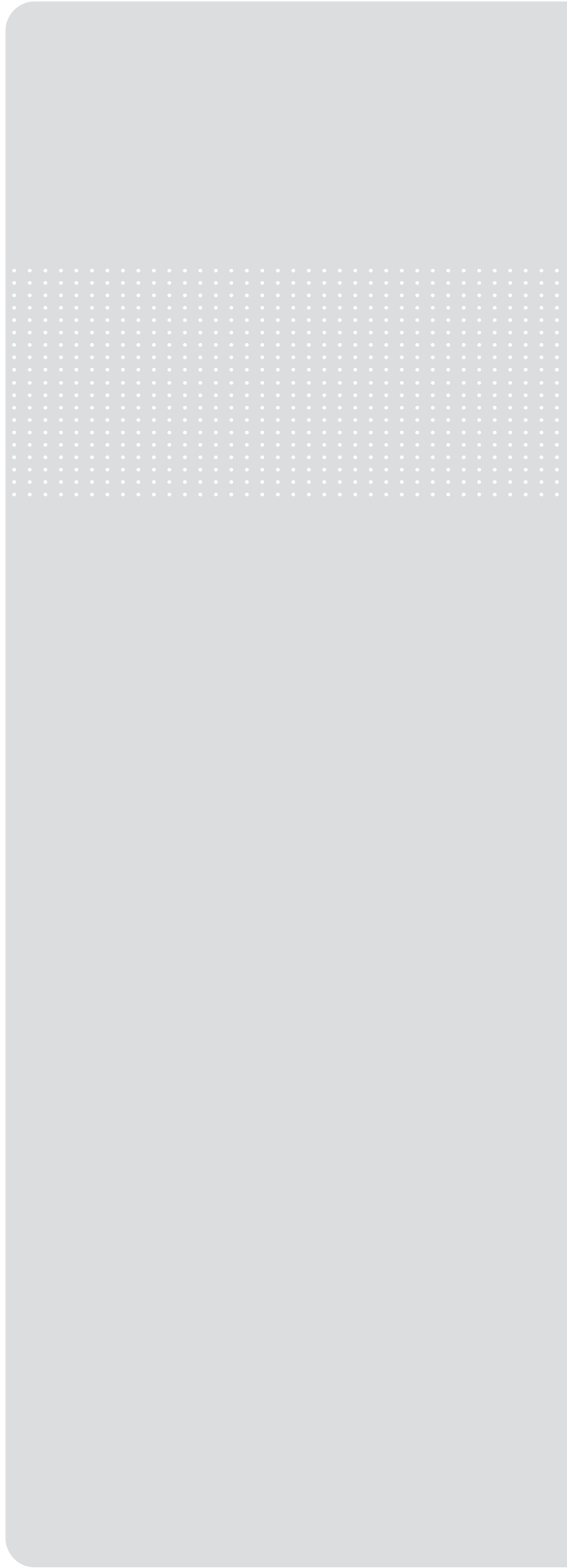
**CARENCE**  
Absence de biens  
ou de prestation.

**FRANCHISE**  
L'assuré reste son propre  
assureur pour une somme  
ou pendant une période  
déterminée.



# 04

QUATRIÈME CHAPITRE



# La médiation au niveau international

**L'intérêt pour les systèmes alternatifs extrajudiciaires de règlement des litiges des particuliers ne se dément pas et ce partout dans le monde.** Au niveau européen la période récente a été particulièrement riche en débats et initiatives autour de la procédure d'élaboration de la Directive du 21 mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale. La nouvelle Directive a provoqué un regain d'intérêt pour la médiation, au niveau de l'Union Européenne, comme au niveau national dans la perspective de son intégration dans le droit français. La coopération entre les différents systèmes de médiation s'est encore accrue avec un renforcement des contacts et des liens au sein des réseaux qui regroupent médiateurs et ombudsmen, qu'il s'agisse du réseau européen FIN-NET ou de l'International Network of Financial services Ombudsman schemes, INFO.

## LE RESEAU FIN-NET

La protection du consommateur fait partie intégrante de la construction européenne et en contrepoint du marché unique, la Commission Européenne s'attache à favoriser et développer les modes alternatifs de règlement extrajudiciaire des conflits. Elle s'appuie pour ce faire sur des réseaux institutionnalisés, notamment FIN-NET pour les services financiers et ECC-NET pour les litiges de consommation.

Ces réseaux regroupent les différents organes spécialisés de résolution extrajudiciaire des litiges qui, répondant aux principes et critères, notamment d'indépendance et de transparence, énoncés dans les Recommandations de la Commission de mars 1998 et avril 2001, ont été notifiés à la Commission par les autorités des Etats membres. Ce sont des lieux d'échanges privilégiés qui permettent par une collaboration active entre leurs membres d'apporter des solutions adaptées lors de litiges opposant un ressortissant à une entreprise d'un autre pays de l'Union.



Le médiateur de la FFSA est membre depuis l'origine du réseau FIN-NET et j'ai été appelé en 2008 à siéger au comité directeur. Je suis régulièrement invité à collaborer aux programmes d'information et d'assistance de la Commission destinés à promouvoir les modes alternatifs de règlement des litiges au sein de l'Union. J'entretiens également une relation suivie avec les Centres européens des consommateurs du réseau ECC-NET (27 Centres dans toute l'Europe), notamment le Centre Européen des Consommateurs Franco Allemand de Kehl.

Cette année, j'ai été saisi de plus d'une douzaine de dossiers qui s'inscrivaient dans ce cadre européen. Tous concernaient les assurances de biens ou de responsabilité et ont pu trouver une issue favorable. Depuis l'année 2000 ce sont plus de 80 dossiers qui ont été traités par la médiation de la FFSA dans le cadre des réseaux européens.

J'ai collaboré également à la mission d'information dévolue à la Commission en intervenant lors de conférences à destination des pays membres afin d'expliquer et promouvoir la médiation.

A l'occasion de la publication de la Directive sur la médiation et dans le cadre des réflexions des instances européennes concernant les actions de groupe des consommateurs, je suis intervenu avec deux de mes collègues du Club des Médiateurs du Service Public devant le Groupe consultatif des consommateurs européens mis en place par la Commission.

## LE RÉSEAU INFO



Créé lors d'une conférence internationale des médiateurs des services financiers qui s'est tenue à Londres en 2007, l'International Network of Financial Services Ombudsman Schemes INFO regroupe des systèmes de médiation dans le domaine financier, de toutes tailles et de tous horizons. Il a pour objectif premier le développement de l'expertise de ses membres en matière de résolution amiable des conflits et l'échange d'expériences et d'idées. INFO organise une conférence annuelle qui est l'occasion privilégiée d'accroître la collaboration entre les membres à travers les conférences et les ateliers de travail. Une lettre mensuelle du réseau est publiée sur Internet.

INFO regroupe aujourd'hui 34 organismes de médiation de 23 pays avec une large prépondérance des pays anglo-saxons. Les cinq continents sont représentés.

La conférence annuelle qui s'est tenue à l'automne 2008 à New York m'a permis de présenter la médiation de la FFSA dont l'originalité et l'efficacité ont été remarquées. A la suite de cette réunion j'ai été approché par les autorités de plusieurs pays dont le Japon et l'Arabie Saoudite qui souhaitent recueillir plus de détails sur le système de médiation français.

J'ai également reçu une délégation chinoise intéressée par la médiation de l'assurance. Une entreprise d'assurance japonaise qui avait pris connaissance de mon rapport a souhaité me rencontrer en vue de mettre en place un mécanisme de prévention des litiges notamment en matière de contrats emprunteurs.



# 05

## CINQUIÈME CHAPITRE

**4 081**  
**DEMANDES**  
**ADRESSÉES**  
**À LA MÉDIATION**  
**DE L'ASSURANCE**  
**EN 2008 DONT...**

**1 411**

> DOSSIERS  
RENOYÉS  
EN PROCÉDURE  
INTERNE DE  
TRAITEMENT DES  
RÉCLAMATIONS

**2 670**  
**PRÉCONISATIONS,**  
**DONT...**

**297**

> AVIS FORMALISÉS  
DU MÉDIATEUR

# La médiation en chiffres

**Il n'est pas aisé de rendre compte des données chiffrées correspondant à l'ensemble des médiations dans l'assurance du fait des pratiques et des comptabilisations différentes selon que**

**l'on s'adresse à une médiation de société ou au médiateur de la FFSA.** Les chiffres publiés dans ce rapport intègrent, conformément aux nouvelles dispositions de la Charte de la Médiation, les données chiffrées correspondant à l'activité de médiation des entreprises qui ont choisi de désigner un médiateur particulier\*. Les variations importantes qui résultent de cette intégration rendent non pertinente la comparaison avec les données publiées dans les rapports des années précédentes. Mais, elle donne désormais une vision complète de la médiation dans l'assurance dès lors que l'on y ajoute les résultats de la médiation du GEMA.

Les plaintes, réclamations et demandes de médiation concernant les entreprises d'assurances sont adressées à différents organismes ou transitent par eux :

- L'Autorité de contrôle et de régulation de la profession est le réceptacle naturel des plaintes des assurés. Ainsi, l'ACAM - autorité de contrôle des assurances et des mutuelles - chargée de veiller au respect de la réglementation par les sociétés et leurs intermédiaires a reçu, en 2008, 3 227 réclamations, en légère diminution par rapport à l'an passé. En invitant, dans le cadre de sa mission de surveillance et de contrôle, les organismes concernés au respect des obligations

réglementaires, l'Autorité joue naturellement un rôle dans le règlement des litiges, même si ce n'est pas sa fonction première.

- Le Centre de documentation et d'information de l'assurance diffuse des informations pratiques auprès du public. Il a reçu en 2008, parmi les courriers qui lui ont été adressés, 839 lettres de réclamation, contre 1 224 en 2005 et 846 en 2006, ce qui est l'indication d'une toujours meilleure connaissance de la part des assurés et des tiers du cheminement à suivre en cas de désaccord avec un assureur.

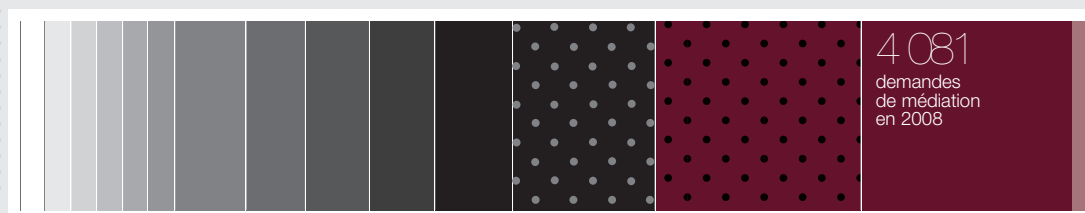
- La Boîte postale médiation assurance a pour mission de transmettre les demandes des particuliers à la personne ou au service qualifié au sein de l'entreprise d'assurance concernée pour procéder au traitement de la réclamation. C'est à ce service interne qu'il incombe, en cas de persistance du litige, d'orienter le réclamant vers le médiateur. La Boîte postale a reçu 1 876 courriers en 2008 contre 2 109 en 2007 et 2 270 en 2006.

La constante diminution de ces chiffres atteste également l'amélioration de la connaissance qu'ont les particuliers du processus de médiation. En 2008, 78,5 % des demandes adressées à la Boîte postale concernaient une société adhérente de la FFSA et 11,2 % une société membre du GEMA.

Les 10,3 % restants correspondent à des courriers sans identification possible de l'assureur en cause ou ne concernant pas la médiation.

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

## EVOLUTION DE LA DEMANDE DEPUIS 1995



ANNÉES	NBR DE DEMANDES	ANNÉES	NBR DE DEMANDES	ANNÉES	NBR DE DEMANDES
1995	471	2000	534	2005	1 502
1996	509	2001	1 373	2006	2 761
1997	496	2002	1 154	2007	4 002
1998	498	2003	1 232	2008	4 081 + 269 (GEMA) = 4 350
1999	485	2004	1 273		

## LES DEMANDES DE MÉDIATION

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2008, 4081 demandes ont été adressées à la médiation de l'assurance. J'attire de nouveau l'attention sur le fait que, comme je l'ai indiqué ci-dessus, le rapport du médiateur de la FFSA, sur la base des indications qui lui ont été fournies par les médiateurs d'entreprises, traite de l'ensemble de l'activité de médiation de l'assurance. Ce chiffre inclut donc la totalité des demandes de médiation formulées, qu'elles l'aient été auprès des services d'une entreprise ayant désigné un médiateur particulier ou du médiateur de la FFSA. Afin d'avoir une vision complète de la médiation de l'assurance j'ai ajouté au chiffre de l'année 2008 les 269 demandes reçues par le médiateur du GEMA.

CAUSES DU RENVOI  
DES DEMANDES DE MÉDIATION

DOSSIERS ACCEPTÉS DIRECTEMENT EN MÉDIATION	●	54,4 %
DOSSIERS RENVOYÉS	●	45,6 %
RENVOI EN PROCÉDURE INTERNE		34,5 %
HORS COMPÉTENCE		6,9 %
RENVOI POUR INSUFFISANCE D'INFORMATIONS		4,2 %

## PROVENANCE DES DEMANDES



RÉCLAMANTS	●	76,9 %
AUTRES MÉDIATEURS	●	12,9 %
AVOCATS	●	3,4 %
ENTOURAGE	●	3 %
ASSOCIATIONS DE CONSOMMATEURS	●	2,3 %
SOCIÉTÉ D'ASSURANCES	●	0,9 %
AUTRES (CONCILIATEURS DE JUSTICE, ÉLUS ETC...)	○	0,6 %

La recevabilité des  
demandes de médiation

Sur les 4081 demandes reçues, seuls 280 dossiers n'étaient pas du champ de compétence de la médiation.

La ventilation des différentes causes de renvoi des demandes de médiation confirme la meilleure connaissance par le public du mode de fonctionnement de la médiation.

La constance du nombre de dossiers renvoyés vers les sociétés concernées afin que soient mises en œuvre ou parachevées les procédures internes de règlement - 1411 cette année - impose de rappeler que préalablement à la saisine du médiateur toutes les mesures, contractuelles ou autres, susceptibles de permettre un règlement du litige en interne doivent avoir été mises en œuvre.

## La provenance des demandes...

La part des réclamations directes par les réclamants est prépondérante. La proportion des saisines, par l'intermédiaire d'avocats ou avec l'assistance d'une organisation de consommateurs, reste modeste. On peut s'étonner du faible nombre de saisines avec l'assistance d'une organisation de consommateurs (2,3 % des saisines cette année) qui sont pourtant des intermédiaires privilégiés et ont un rôle pédagogique et de conseil important à jouer auprès de leurs adhérents.

Cette situation devrait s'améliorer dans la mesure où les associations de consommateurs et le Club des Médiateurs du Service Public qui organisent des rencontres de concertation régulièrement viennent dans le cadre de ces échanges de formaliser leurs relations à travers un « Guide du partenariat entre les associations de consommateurs et le Club des médiateurs du service public ».

La proportion des saisines par l'intermédiaire de mes collègues médiateurs du service public, des banques, ainsi que du Médiateur de la République ne cesse de croître, signe de l'efficacité de la collaboration entre médiateurs, au niveau national comme au niveau européen. Les saisines en provenance d'un autre médiateur atteignent 13 % en 2008. Elles sont plus nombreuses que celles réalisées par l'intermédiaire des avocats - en augmentation cette année -, des organisations de consommateurs et de l'entourage du plaignant réunies.

Lorsque la demande est formulée par une entreprise d'assurance, 0,9 % des cas cette année, je requiers l'accord de l'assuré avant de procéder à la médiation.

## RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION (HORS MÉDIATION DU GEMA)

58,6 %  
Assurances de  
personnes

### L'OBJET DES LITIGES

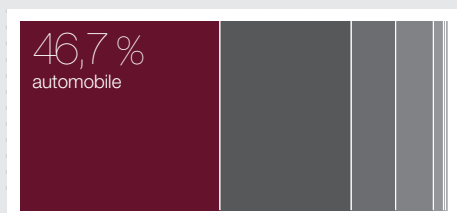
Comme déjà indiqué, les données ici mentionnées intègrent désormais toutes les médiations intervenues dans le domaine de l'assurance, hors celles relevant de la compétence du médiateur du GEMA ou de celle du médiateur de la Chambre syndicale des courtiers d'assurance.

Ainsi présentés les chiffres donnent une vision plus nuancée que les années passées. Les assurances de personnes, sont toujours largement majoritaires en tant que causes de litiges. Une vision globale, probablement encore plus nuancée résulterait de l'intégration des chiffres ventilés par branche d'assurance de l'activité de médiation du GEMA.

ASSURANCES DE PERSONNES	●	<b>58,6 %</b>
ASSURANCES INDIVIDUELLES DE PERSONNES		28 %
ASSURANCES COLLECTIVES DE PERSONNES		30,6 %
ASSURANCES DE BIENS ET DE RESPONSABILITÉ	●	<b>41,4 %</b>

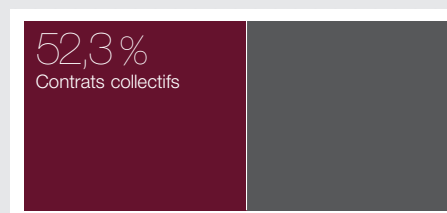
<b>Assurances de biens et de responsabilité</b>	<b>41,4 %</b>
Automobile	19,3 %
MRH	12,7 %
Protection juridique générale	4,3 %
Risque d'entreprise et RC professionnelle	1,9 %
Voyage	1 %
Construction	0,1 %
Autres	2,1 %
<b>Assurances de personnes : contrats individuels</b>	<b>28 %</b>
Vie	23,8 %
Santé	2,4 %
Accident et GAV	1,6 %
Autres	0,2 %
<b>Assurances de personnes : contrats collectifs</b>	<b>30,6 %</b>
Emprunteurs	25,2 %
Vie	3,4 %
Santé	1,4 %
Autres	0,6 %

## ASSURANCES NON-VIE



AUTOMOBILE	●	46,7 %
MRH	●	30,7 %
PROTECTION JURIDIQUE GÉNÉRALE	●	10,5 %
AUTRES (CARTES DE CRÉDIT, TÉLÉPHONES PORTABLES, ANIMAUX, BATEAUX, ASSISTANCE)	●	8,8 %
VOYAGE	●	2,5 %
RISQUE D'ENTREPRISE ET RC PROFESSIONNELLE	●	0,5 %
CONSTRUCTION	●	0,3 %

## ASSURANCES DE PERSONNES



CONTRATS COLLECTIFS	●	52,3 %
EMPRUNTEURS		82,4 %
VIE		11,2 %
SANTÉ		4,7 %
AUTRES		1,7 %
CONTRATS INDIVIDUELS	●	47,7 %
VIE		85,2 %
SANTÉ		8,7 %
ACCIDENT ET GAV		5,7 %
AUTRES		0,4 %

## Les assurances de biens et de responsabilité...

Les assurances de grande diffusion, automobile et habitation, sont bien sûr très largement prépondérantes. A noter que pour l'automobile, les litiges en cas de sinistre corporel sont l'exception, démontrant l'efficacité du régime législatif spécifique qui a été mis en place il y a maintenant plusieurs dizaines d'années dans un domaine où le procès était plutôt la règle que l'exception.

Par ailleurs, on note une élévation sensible du nombre de demandes consécutives à des vols de téléphones portables et de cartes de crédit.

## Les assurances de personnes...

Les assurances individuelles sur la vie et les contrats collectifs emprunteurs sont à l'origine de la majorité des conflits. On ne sera pas surpris que dans ce cadre la quasi-totalité des réclamations reçues au cours du dernier trimestre de l'année 2008 concerne des contrats d'assurance adossés à des unités de compte. Cette situation se concrétisera certainement tout au long de l'année 2009.

À eux seuls les contrats dits emprunteurs, qu'ils soient liés à un crédit immobilier ou à la consommation, représentent 25,2 % de la totalité des litiges soumis à la médiation de l'assurance.



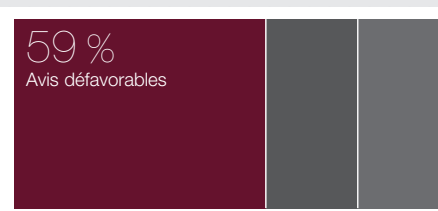
## L'ENJEU DES LITIGES

Il est une idée communément répandue selon laquelle la médiation aurait pour objet essentiel de traiter les « petits » litiges, ceux qui mettent en jeu de faibles montants. Il ne peut y avoir deux formes de justice, celle dont les enjeux vaudraient la peine de mobiliser une juridiction et les autres qu'on laisserait à la médiation le soin de traiter. Il est vrai que l'accès à la justice des tribunaux est complexe et d'un coût qui peut apparaître disproportionné par rapport aux sommes en cause. Le fait de pouvoir recourir à un mode alternatif de règlement du conflit est donc un avantage indéniable. Je considère que cette alternative doit rester un libre choix, quels que soient les enjeux afin de ne pas générer subrepticement une forme de justice à deux vitesses, pour ne pas dire à quatre si l'on considère aussi les différences en terme de délai de traitement des dossiers selon que l'on s'adresse au juge ou au médiateur.

En assurance de personnes comme en assurance de biens ou de responsabilité, j'ai eu à connaître de litiges dont l'enjeu se situait à moins de 15 euros pour un cas mais aussi à l'autre extrême à plus de 250 000 euros.

Je dis à nouveau qu'au-delà des considérations financières, il y a souvent dans la demande de médiation l'expression de la recherche d'une écoute et, au-delà encore, celle de la reconnaissance, à tout le moins, de la réalité du problème posé. Il n'est pas rare qu'un dossier me soit soumis sans qu'une somme d'argent soit réclamée mais « pour le principe » ou simplement pour que le problème soit examiné de façon neutre.

## NATURE DES AVIS



## 297 AVIS RENDUS EN 2008 DONT...

DÉFAVORABLES	● 59 %
FAVORABLES AU RÉCLAMANT	● 21,5 %
PARTIELLEMENT FAVORABLES	● 19,5 %

## LES RÉSULTATS DE LA MÉDIATION

297 dossiers ont donné lieu à un avis formalisé du médiateur et adressé à chacune des deux parties en cause.

Le médiateur du GEMA a pour sa part rendu 182 avis en 2008.

Les médiations les plus nombreuses et de loin, hors les cas où la formalisation d'un avis est nécessaire, s'effectuent sous des formes diverses, échanges de courriers, de courriels, échanges téléphoniques, réunions. Généralement un écrit de la part de l'entreprise concernée vient concrétiser l'accord intervenu grâce à la saisine du médiateur.

“ Près de 90 % des litiges trouvent une solution pendant la phase d'instruction du dossier consécutive à la saisine du médiateur, et cela avant que celui-ci ne soit contraint de rendre un avis formalisé adressé simultanément aux deux parties. ”

### La nature des avis...

Sur la totalité des avis formalisés rendus par le médiateur en 2008, près de 41 % des avis ont été favorables ou partiellement favorables au réclamant. Cette proportion est en augmentation par rapport aux années précédentes où le nombre d'avis défavorables au requérant était largement prépondérant. On ne peut tirer d'enseignement d'une seule année mais, il convient d'être attentif aux indications de tendance qui seront données par les prochains exercices.

### Le suivi des avis

Il ressort de l'enquête à laquelle je procède chaque année pour connaître les suites qui sont données aux dossiers que 1,5 % des avis n'ont pas été suivis par l'assureur ou ne l'ont été que partiellement.

L'article 6 de la Charte de la Médiation de la FFSA dispose que : « L'avis rendu par le médiateur ne lie pas les parties qui en conséquence sont libres de suivre ou non ses avis ». Tel est par exemple le cas d'un assuré qui n'ayant pas obtenu gain de cause se porte devant les tribunaux pour obtenir le règlement judiciaire de son litige ou celui d'une entreprise d'assurance qui ne souhaite pas donner suite à un avis formalisé.

Ces cas restent rares, aucun pour le médiateur de la FFSA en 2008. Il faut cependant citer celui dans lequel, alors que j'avais accédé à la demande du réclamant et que l'assureur avait décidé de suivre l'avis formalisé que j'avais rendu, le requérant a intenté une action en justice. Je trouve dommage d'avoir fait appel à la médiation puis de se tourner vers la justice pour tenter d'obtenir plus. La médiation a pour vocation d'éviter aux parties de se retrouver devant les tribunaux, étape qui marque une profonde rupture, alors qu'une procédure plus consensuelle leur est proposée qui permet le plus souvent la poursuite de la relation.



## LES DÉLAIS

Pour le réclamant, par nature les délais pour obtenir une solution sont toujours trop longs. Les délais prévus pour la médiation varient selon la Charte de la Médiation de la FFSA (3 mois), ou le protocole du GEMA (6 mois). Dans tous les cas, le requérant considère que le délai qui s'impose au médiateur part de la date de la première réclamation et il est mal compris que le médiateur, sitôt saisi, ne donne pas une solution plus rapidement, voire sur le champ.

Je rappelle que d'évidence le médiateur ne peut rendre un avis avant d'être en possession de tous les éléments, y compris ceux souvent manquants et nécessaires qu'il doit demander au réclamant lui-même au cours de l'instruction du dossier.

Grâce à une amélioration sensible du traitement des dossiers au sein des entreprises et à la nouvelle disposition de la Charte de la Médiation qui impose aux sociétés de répondre dans un délai maximum de 6 semaines à mes demandes d'information ou de documents, ce sont près de 86 % des avis qui sont rendus en moins de 3 mois. Bien évidemment, dans des affaires complexes, qui sont de plus en plus fréquentes, le délai avant de recevoir l'avis peut être plus long. A titre d'exemple, en 2008 le traitement d'un dossier qui a connu de nombreuses péripéties a nécessité 321 jours. A l'autre extrême, une affaire a été réglée en 15 jours.



# conclusion

**Cette année encore je remercie sincèrement et chaleureusement chacun de ceux qui dans les entreprises et les organisations participent activement à la réussite des médiations.**

C'est grâce à eux, à leur écoute confiante et attentive et à leurs initiatives que l'immense majorité des dossiers qui me sont soumis trouve une solution avant que je ne sois contraint de rendre un avis formalisé. Dans ces remerciements j'associe tous les médiateurs d'entreprises et leurs services pour leur collaboration et le soutien qu'ils apportent à la médiation.

Surtout, je veux exprimer ma reconnaissance aux collaborateurs du service de la médiation de la FFSA qui, bien que constituant une équipe restreinte en nombre, réussissent grâce à leur dévouement, leur compétence et leur efficacité à garantir au quotidien, dans une conjoncture chaque jour plus prégnante et dans un environnement de plus en plus conflictuel, la qualité et le bon fonctionnement de la médiation de l'assurance.

Dans une société axée sur la libre entreprise et la concurrence il est essentiel d'encourager tous les acteurs à jouer un rôle actif dans le maintien de relations équilibrées basées sur la bonne foi et la confiance réciproque. Aussi, lorsque des

obligations n'ont pas été remplies, les particuliers doivent-ils pouvoir accéder aisément, sans préjuger du bien fondé ou non de leurs demandes, à un mécanisme extra judiciaire de règlement du litige.

Depuis quinze ans, la médiation de la FFSA, avec ses caractéristiques dès l'origine en conformité avec les grands principes repris dans la récente Directive européenne, démontre son efficacité dans la résolution des litiges opposant des particuliers à des entreprises. Telle n'est pas la situation dans tous les domaines de l'économie, ni dans tous les pays, loin s'en faut. Aussi les réflexions, au niveau national et au niveau européen tendant à introduire dans le droit la possibilité pour les consommateurs d'exercer des actions collectives ont-elles tout naturellement vu le jour. La publication du Livre vert de la Commission Européenne à la fin de l'année 2008 a permis d'engager une large consultation et d'ouvrir un large débat entre les parties prenantes, mais la question de l'introduction de ce type de recours reste entière.

On comprend que dans certaines situations où le préjudice subi par chaque individu du collectif concerné est identique, une telle procédure soit envisagée. Un produit industriel de grande diffusion

qui ne fonctionne pas ou se révèle dangereux doit être remplacé par le producteur indifféremment de la qualité de son acheteur.

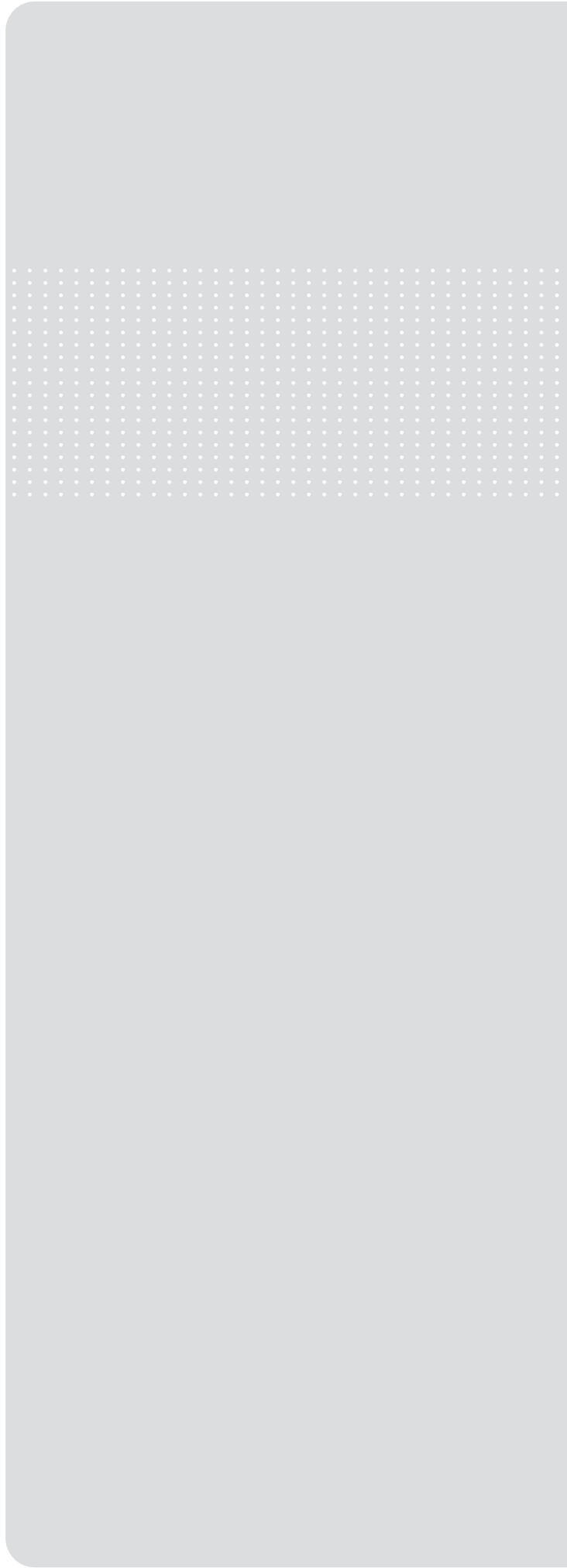
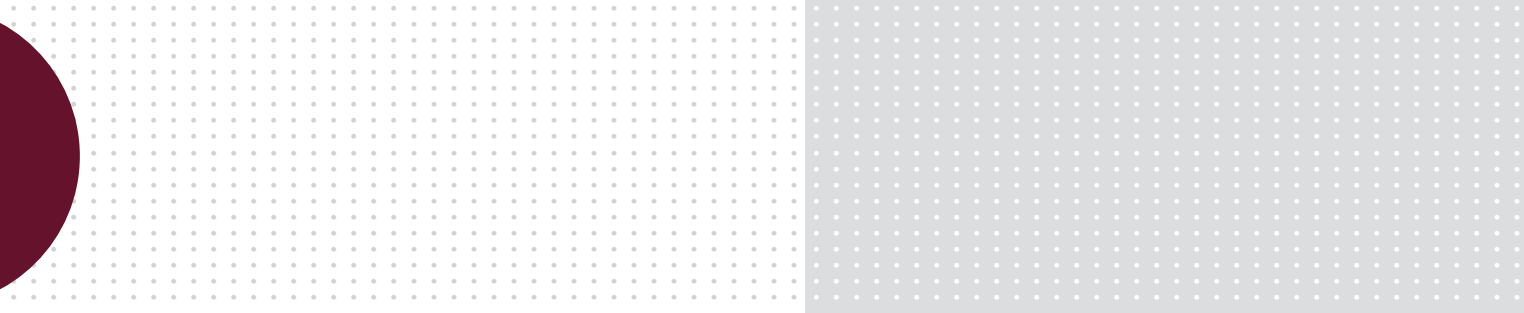
La situation est manifestement plus délicate dans le domaine des services financiers et encore plus dans celui de l'assurance où par essence il convient de tenir compte de la situation du contractant, de son niveau de compétence et d'information, chaque cas se révélant particulier. Sans faire de caricature, il ne serait pas équitable de considérer de la même manière la situation d'une personne âgée ignorante des choses de la Bourse à qui on aura fait souscrire un contrat en unités de compte qui se révélera désastreux avec celle d'un directeur financier qui pourtant se prétendra, profitant de l'aubaine, avoir été tout autant lésé par un contrat similaire.

Aujourd'hui les opinions sont partagées. Certains pensent que pour un litige de même nature une solution commune peut être donnée et que la médiation peut être collective. D'autres que la médiation ne peut apporter qu'une réponse personnalisée en tenant compte de la situation propre de chacun, de ses connaissances et facultés et qu'elle ne saurait en conséquence être collective. Parce que le contentieux judiciaire ne cesse de croître, parce que l'action collective est réclamée

depuis très longtemps par des associations de consommateurs et bénéficie de la faveur des dirigeants politiques au plus haut niveau, mais aussi parce qu'elle présente des avantages dans certains domaines, le temps de l'introduction d'une procédure exorbitante de notre droit est peut-être venu.

Je reste pour ma part persuadé de l'intérêt, y compris dans un tel cadre nouveau, de favoriser autant que faire se peut le développement de la médiation pour la généraliser jusqu'à en faire un préalable à l'action judiciaire, que celle-ci soit individuelle ou collective. En cas d'action collective non évitée, avec des responsabilités reconnues de la part du professionnel en cause, la médiation devrait aussi avoir un rôle à jouer avant la décision judiciaire finale. Il sera alors important que son intervention, dans des périmètres à définir précisément, soit spécifiquement prévue et organisée.

Il n'est pas de domaine où la médiation ne puisse jouer son rôle. Il est souhaitable que les réflexions se poursuivent afin de tirer tous les bénéfices des avantages que la médiation, facteur de paix sociale, offre en tant qu'alternative concrète et efficace à l'action judiciaire.



# Annexes

<b>Charte de la Médiation de la Fédération française des sociétés d'assurances</b>	<b>50</b>
<b>Recueil de déontologie de la FFSA</b>	<b>51</b>
<b>Charte des médiateurs du service public</b>	<b>52</b>
<b>Textes</b>	<b>53</b>
Loi n°94-5 du 4 janvier 1994	53
Recommandations de la Commission des communautés européennes	53
Directive 2008/52/CE sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale	53
<b>Publications, sites internet et adresses utiles</b>	<b>54</b>

# Charte de la Médiation

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

➤ 1

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

➤ 2

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

➤ 3

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

➤ 4

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

➤ 5

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

➤ 6

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

➤ 7

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

➤ 8

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

➤ 9

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

➤ 10

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

# *Recueil de déontologie de la FFSA*

extrait relatif à la Charte de la Médiation

- Cet engagement a été approuvé dans son principe par l'Assemblée Générale le 15 décembre 1992, cette dernière ayant habilité la Commission Exécutive à en fixer les modalités de mise en œuvre. Le texte de cet engagement a été adopté par la Commission Exécutive le 26 janvier 1993.

A noter que, par son objet, cet engagement ne concerne ni la réassurance, ni l'assurance de risques professionnels et que chacune des sociétés concernées a été individuellement invitée à le signer.

Cet engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale le 24 juin 2003. Il a ensuite été profondément modifié par l'Assemblée Générale du 16 décembre 2005.

La Commission consultative de l'assurance avait engagé en 1991 une réflexion sur le traitement des réclamations, réflexion qui avait conduit à la publication par son secrétaire général, en 1992, d'un rapport préconisant le développement de la médiation. Les membres du Comité de liaison de l'assurance, qui réunissait à l'époque la FFSA, Groupama et le GEMA, avaient approuvé les orientations définies par ce rapport et s'étaient engagés à prendre les dispositions nécessaires à leur mise en œuvre.

A noter que depuis l'adoption de cet engagement, la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 a introduit dans le Code des assurances un article L112-2 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.

En 2005, la profession a profondément remanié la Charte de la médiation afin de soumettre les médiateurs désignés par les entreprises à des règles identiques à celles qui s'imposent au médiateur de la FFSA et, par ailleurs, d'aménager certaines règles de délai et de procédure dans le sens des attentes exprimées par les interlocuteurs de la profession.

L'intégralité du recueil est disponible sur le site internet de la FFSA.

# Charte des médiateurs du service public

## LES SIGNATAIRES

- Le médiateur de la Caisse des dépôts et consignations
- Le médiateur d'EDF
- Le médiateur de l'Education Nationale
- Le médiateur de la Fédération française des sociétés d'assurances
- Le médiateur de France 2
- La médiatrice de France 3
- Le médiateur des programmes de France Télévision
- Le médiateur de Gaz de France
- Le médiateur de la Poste
- La médiatrice de la Ville de Paris
- Le médiateur du Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie
- Le médiateur de la RATP
- Le médiateur de la SNCF
- Le médiateur de la Mutualité sociale agricole
- La médiatrice de l'Autorité des marchés financiers

Le Club des médiateurs du service public qui regroupe intuitu personae les médiateurs d'organismes, administrations ou entreprises en charge d'un service au public a élaboré et publié une Charte exprimant leurs valeurs communes. Des extraits de cette Charte, signée le 16 septembre 2004, figurent ci-après.

Les signataires de la charte ont en commun une conception du service aux citoyens, aux clients et aux usagers qui privilégie l'écoute, le dialogue et le règlement amiable des différends (...).

La médiation institutionnelle est un mode alternatif de règlement des litiges. Comme la médiation conventionnelle, elle peut être mise en œuvre pour tenter d'éviter une action en justice et pour régler des litiges spécifiques et individuels entre les personnes physiques ou morales et les institutions ou les entreprises (...).

Elle est gratuite, rapide, d'accès libre, et intervient lorsque les autres recours internes sont épuisés (...).

Les médiateurs institutionnels sont des personnes qui ont un rôle clé non seulement dans le règlement des différends entre l'institution et son public mais également un rôle préventif et catalyseur de changement au sein des institutions ou des entreprises (...).

Les médiateurs du service public veillent en tout premier lieu au respect des règles de droit et ils s'appuient sur les valeurs intrinsèques de la médiation : la volonté de faciliter la recherche de solutions amiables aux différends ; l'équité ; l'impartialité par rapport au plaignant, à l'entreprise, à l'administration ; le respect du principe du contradictoire ; la transparence de l'activité ; la confidentialité (...).

Le statut particulier des médiateurs institutionnels est une garantie de leur impartialité dans le règlement des litiges. Ils sont indépendants par rapport aux structures de l'institution ou entreprise (...).

Par leur positionnement, leur expérience, leur autorité, morale et professionnelle, et par l'indépendance dont ils disposent au sein de l'institution les médiateurs (...) ont aussi une vision globale des problèmes détectés ce qui les aide à mieux cerner les dysfonctionnements de l'institution et leur permet de proposer des évolutions (...) des actions de progrès proposées dans le rapport annuel de leur activité (...).

“ Le Médiateur de la République est une Autorité Indépendante créée en 1973. Inamovible, irrévocable, à l'instar de ses collègues étrangers, il a vocation à faire des recommandations, notamment sur le fondement de l'équité, afin de régler à l'amiable les litiges survenant entre toute personne physique ou morale et tout organisme investi d'une

mission de service public. L'évolution de notre société, le souci de chaque service public d'améliorer ses relations avec ses usagers a conduit à la création des instances de médiation dans plusieurs secteurs d'activité. Le Médiateur de la République et les médiateurs des différents services publics affirment leur volonté d'œuvrer de concert, afin d'accroître

l'efficacité et la réactivité avec lesquelles il convient de répondre aux demandes de nos concitoyens. Le Médiateur de la République approuve les principes de la présente Charte visant à préciser les bonnes pratiques de la médiation institutionnelle afin d'éviter la banalisation de ce terme. ”

# Textes

## ... Loi n°94-5 du 4 janvier 1994

### Code des assurances - Article L112-2 (extrait)

#### 2<sup>e</sup> 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).

## ... Directive 2008/52/CE du Parlement Européen et du Conseil du 21 mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale



### ●●● PUBLICATIONS

Rapport annuel d'activité de l'Autorité de contrôle des assurances et mutuelles (ACAM)  
**[www.ccamip.fr](http://www.ccamip.fr)**

Rapport annuel d'activité du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)  
**[www.banque-france.fr/ccsf](http://www.banque-france.fr/ccsf)**

Rapport sur la médiation financière  
**[www.ccsfin.fr](http://www.ccsfin.fr)**

Rapport annuel d'activité d'Euro Info Conso  
**[www.euroinfo-kehl.com](http://www.euroinfo-kehl.com)**

Association Française de l'Assurance  
Recueil des engagements à caractère déontologique relatif à la commercialisation des assurances de personnes  
**[www.assfass.fr](http://www.assfass.fr)**

Rapport 2008 du médiateur des mutuelles du GEMA  
**[www.gema.fr](http://www.gema.fr)**

Commission de médiation de la Convention AERAS  
Rapport d'activité 2008  
**[www.aeras-info.fr](http://www.aeras-info.fr)**

GUIDE DU PARTENARIAT entre les associations de consommateurs et le Club des médiateurs du service public

MEDEF. Médiation et consommation  
Guide pratique à destination des entreprises et organisations professionnelles  
**[www.medef.fr](http://www.medef.fr)**

Comité de la médiation bancaire, Bilan 2007  
**[www.banque-france.fr](http://www.banque-france.fr)**

Rapport 2008 du médiateur auprès de la Fédération bancaire française  
**[www.fbf.fr](http://www.fbf.fr)**

### ●●● SITES INTERNET

Site de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)  
**[www.ffa.fr](http://www.ffa.fr)**

Site de l'Institut national de la consommation (INC)  
**[www.inc60.fr](http://www.inc60.fr)**

Site FIN NET  
**[http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/how\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/how_fr.htm)**

Site INFO  
**[www.networkfso.org](http://www.networkfso.org)**

# Pour plus d'informations...

## ●●● ADRESSES UTILES

### **Le Médiateur de la FFSA**

BP 290  
75425 Paris Cedex 09

### Boîte Postale Médiation Assurance

1, rue Jules Lefebvre  
75431 Paris Cedex 09

### Centre de Documentation et d'Information de l'Assurance (CDIA)

26, boulevard Haussmann  
75311 Paris Cedex 09

### Le Médiateur des mutuelles d'assurances du GEMA

9, rue de Saint Pétersbourg  
75008 PARIS

## ●●● MÉDIATEURS DE SOCIÉTÉS

### **AXA**

Secrétariat de la Médiation  
Terrasse 4  
313, terrasse de l'Arche  
92727 Nanterre Cedex

### **CNP ASSURANCES**

Direction Médiation  
4, place Raoul Dautry  
75716 Paris cedex 15

### **GMF**

Monsieur Le Médiateur  
Association nationale des sociétaires de la Garantie  
Mutuelle des Fonctionnaires  
91, avenue de Villiers  
75017 Paris

### **GROUPAMA**

Secrétariat de la Médiation  
5/7, rue du Centre  
93199 Noisy le Grand Cedex

### **GENERALI**

Secrétariat de la Médiation  
7, boulevard Haussmann  
75440 Paris Cedex 09

### **MMA**

Service Clientèle et Médiation MMA  
10, boulevard Alexandre Oyon  
72030 Le Mans Cedex 9

### **NEUFLIZE Vie**

Secrétariat de la Médiation  
3, avenue Hoche  
75410 Paris Cedex 08



# *La Médiation de la FFSA*

... Francis FRIZON

MÉDIATEUR

... Marie-Cécile LETZELTER

ADJOINTE DU MÉDIATEUR

... Jérôme BRUNEAU

CHARGÉ D'ÉTUDES

... Chantal MARTIN

RESPONSABLE DU SECRÉTARIAT DE LA MÉDIATION

... Annie BALDUS

SECRÉTAIRE