**OBSERVATOIRE DE LA QUALITE DES SERVICES FINANCIERS**

*Un Peuple – Un But – Une Foi*

------------------

**MINISTERE DES FINANCES ET DU BUDGET**

------------------

**OBSERVATOIRE DE LA QUALITE**

**DES SERVICES FINANCIERS**

****

**RAPPORT ANNUEL DU MEDIATEUR DES ASSURANCES**

**(ESUB - 2015)**

**ANNEE 2021**

**SOMMAIRE**

[**AVANT PROPOS** 3](#_Toc113021111)

[**I-** **Rappel des missions du Médiateur des Assurances** 6](#_Toc113021112)

[**1.1.** **Attributions du Médiateur** 6](#_Toc113021113)

[**1.2.** **Organisation de la médiation des assurances** 7](#_Toc113021114)

[**1.2.1.** **Voies de saisine du Médiateur** 7](#_Toc113021115)

[**II-** **Bilan annuel de la médiation** 8](#_Toc113021116)

[**2.1.** **L’évolution des saisines** 8](#_Toc113021117)

[*Tableau 1: Evolution du nombre de saisines par branche* 9](#_Toc113021118)

[**2.1.1.** **Traits marquants des saisines de la branche IART** 10](#_Toc113021119)

[**.** **Traits marquants des saisines de la branche VIE** 13](#_Toc113021120)

[**2.2.** **Traits caractéristiques des saisines de l’année** 13](#_Toc113021121)

[**2.2.1.** **Profil des réclamants** 13](#_Toc113021122)

[***Tableau 2: Répartition des saisines par source de réclamation*** 16](#_Toc113021123)

[**2.2.2.** **Nature des litiges de l’exercice** 16](#_Toc113021124)

[**2.2.3.** **Compagnies mises en cause** 17](#_Toc113021125)

[**2.3.** **Résultats annuels** 17](#_Toc113021126)

[**III-** **Conclusion - Recommandations** 18](#_Toc113021127)

[**ANNEXES** 25](#_Toc113021128)

**AVANT PROPOS**

L’exercice 2021, s’est singularisé par une baisse drastique du nombre de saisines formelles parvenues au Médiateur des assurances, qui s’est traduite par un recul de 70% par rapport à l’année précédente, pendant que parallèlement, on a assisté à une croissance exponentielle des demandes de consultations émanant des usagers, comme on en a jamais vu auparavant.

En effet, la conjonction de trois facteurs inédits, apparaît comme étant la principale cause ayant induit un tel retournement de situation :

* La pandémie de COVID 19 est le premier facteur mis à l’index, d’autant qu’elle a été à l’origine de restrictions de toutes sortes, dont entre autres :
* Le retrait momentané de la circulation de la plupart des véhicules impliqués dans le transport interurbain en raison des limitations frappant cette catégorie de trafic ;
* L’institution quasi généralisée du télétravail, avec comme conséquence directe, la mise en parking de nombreux véhicules, à laquelle s’ajoutent des perturbations notoires, dans le système de distribution du courrier, entravant par la même occasion, toute possibilité d’acheminement à bon port, des potentielles lettres de saisine adressées au Médiateur des assurances ;
* Enfin, l’instauration de mesures barrières jugées très drastiques, qui, outre les mises en quarantaine, s’est traduite par une baisse sensible des possibilités de contacts physiques, qui généralement, sont de nature déterminante dans les processus de conciliation applicables au sein de la médiation.

Toutes choses qui ont dû favoriser, d’une part, une sérieuse entrave à la distribution du courrier, contrariant de ce fait, les possibilités de saisine qui doivent être faites par écrit et d’autre part, une forte réduction du nombre de véhicules mis en circulation, avec comme corollaire, la baisse de la sinistralité et par voie de conséquence, le recul des réclamations qui atterrissent à la table du Médiateur.

* Le deuxième facteur mis à l’index, c’est le renforcement du programme de contrôle mis en œuvre par les autorités de régulation, en l’occurrence, la Direction des Assurances (DA) et la Commission Régionale de Contrôle des Assurances (CRCA) qui procèdent à des contrôles ciblés, focalisés essentiellement sur l’audit de la gestion des sinistres. D’où, le surcroît d’effort fait par les assureurs pour tenir leurs engagements contractuels afin d’éviter d’être épinglés par les contrôleurs, avec comme effet induit, une baisse substantielle des perspectives contentieuses ;
* Le troisième facteur justificatif, se trouve être l’appétence pour les consultations à distance à travers le numéro vert qui sont privilégiées par la plupart des requérants et qui d’ailleurs, contribuent à prévenir et à désamorcer de nombreux litiges potentiels.

Par ailleurs, d’autres phénomènes sans rapport avec la pandémie, doivent également être prises en compte, au nombre des éléments explicatifs du recul noté dans les saisines de l’exercice, à savoir :

* L’institution du paiement au comptant de la prime d’assurance dont une nette amélioration du volant de trésorerie des compagnies, favorisant incidemment une accélération des cadences de règlement des sinistres. (Article 13)
* la crainte des sanctions à l’encontre des compagnies d’assurances qui se verraient épinglées par le régulateur pour cause de paiement tardif des sinistres .
* La rationalisation des procédures de règlement et de façon plus générale, l’amélioration du système organisationnel constatables dans la plupart des compagnies, contribuant incidemment à minimiser les risques de litiges.

Toutefois, il convient de relever que le recul de la pandémie constaté en fin d’exercice, préfigure une inversion de tendance dès l’année prochaine, qui sera favorisée par le retour progressif à la vie normale, en raison des assouplissements constatés dans l’application des gestes barrières et la fin des restrictions frappant le secteur du transport. Il s’y ajoute l’évolution des mentalités de la population assurée, largement favorisée par le développement et l’approfondissement de la culture assurantielle qui favorisent le changement des comportements et l’éveil des assurés. Ces derniers, sous la poussée des mouvements consuméristes, devenus plus nombreux et plus puissants, sont davantage informés de leurs droits, mais également des voies et moyens à privilégier pour s’assurer une protection optimale.

Je ne saurais clore ce chapitre, sans réitérer mes remerciements à l’endroit de la Direction des Assurances, pour son soutien multiforme, à l’AAS pour l’engagement et l’entière coopération de ses membres tout au long des processus de médiation, à l’OQSF, particulièrement les experts Papa Cissé et mme Coura Seye, pour leur dévouement au soutien apporté dans l’exercice de ma mission.

**Le Médiateur des Assurances**

**Amadou Kane DIALLO**

1. **Rappel des missions du Médiateur des Assurances**
   1. **Attributions du Médiateur**

Logé au sein de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers, le dispositif de Médiation des Assurances a pour mission, le règlement amiable des litiges individuels nés des relations contractuelles entretenues entre les sociétés d’assurances et leurs clients, à l’exclusion des différends se rapportant à leur politique commerciale ou tarifaire. (Cf. décret présidentiel n° 2009-95 du 06 février 2009))

L’arrêté ministériel n° 0256 du 02 mars 2009, définit les attributions et conditions d’exercice de la mission dévolue au Médiateur des Assurances

* La faculté de saisine du Médiateur est offerte à tout client ou usager, (personne physique ou petite entreprise) confronté à un différend à caractère individuel l’opposant à une compagnie d’assurances et portant sur des services ou prestations fournis par cette dernière ;
* Le traitement des saisines parvenues au Médiateur doit déboucher sur la formulation d’un avis devant avoir comme fondement le droit et surtout l’équité, de façon à favoriser la conclusion d’un accord jugé équitable par les parties et mettant fin au litige.

Il convient de préciser que la médiation exclut de son champ de compétence tout litige porté devant un tribunal, une instance arbitrale ou en instance d’instruction auprès d’une autorité de supervision et de contrôle, à l’exclusion des litiges faisant l’objet d’une médiation judiciaire confiée au médiateur des assurances de l’OQSF.

En revanche, le Médiateur peut connaître des litiges opposant deux ou plusieurs assureurs, ou survenus entre un assureur et un intermédiaire dès lors que lesdits différends portent sur l’exécution des engagements contractuels.

* 1. **Organisation de la médiation des assurances**
     1. **Voies de saisine du Médiateur**

La faculté de saisine du médiateur est ouverte à titre gratuit, à toute personne y ayant intérêt, à savoir : assuré, assureur, tiers lésé ou usager quelconque, confronté à un différend individuel l’opposant à une société d’assurances.

Toutefois, la recevabilité de la saisine est assujettie à l’épuisement des voies de recours auprès des services de réclamation internes de la compagnie.

La médiation est régie par une charte consensuelle, dont le processus conduit jusqu’à son terme, peut déboucher sur la formulation par le médiateur d’un avis de conciliation mettant fin au litige ou faire l’objet d’une suspension anticipée dans l’hypothèse d’une mésentente persistante entre les parties en conflit.

* + 1. **Processus de traitement des dossiers de médiation**

Les actions de conciliation amiables menées par le Médiateur sont généralement centrées sur la recherche d’une solution équitable et jugée acceptable par les parties. A cet égard, le résultat attendu du Médiateur est le rapprochement des points de vue exprimés par les parties de façon à dégager une position consensuelle équilibrée, équitable et respectant le Droit.

Etant tenu d’une obligation de réserve et de strict respect du secret professionnel, le médiateur s’interdit de poser un certain nombre d’actions susceptibles de compromettre sa neutralité, dont entre autres :

* L’immixtion dans un procès en cours à titre de conseil ou de représentant de l’une des parties ;
* Toute implication personnelle dans une procédure d’instruction d’un litige né d’un contrat d’assurance, tant lorsqu’il s’agit l’exercice d’un recours ou d’assurer la défense de l’une quelconque des parties en conflit ;
* Toute immixtion dans la stratégie commerciale mise en avant par les compagnies, notamment celle ayant trait à la réduction tarifaire ou à la négociation d’un geste commercial au profit d’un assuré ;
* Tout manquement à l’obligation de neutralité, d’impartialité et d’indépendance qui lui incombe à l’égard des parties en litige ;
* L’invocation dans une procédure judiciaire ou arbitrale ou dans toute instance ayant un rapport avec le litige, de constatations, déclarations, opinions, suggestions ou aveux recueillis à l’occasion de la médiation.

Il convient de préciser que l’avis exprimé par le Médiateur est loin d’être contraignant, d’où la possibilité pour les parties, de l’accepter ou de le rejeter ou même de porter leurs litiges devant les tribunaux.

1. **Bilan annuel de la médiation**

**2.1. L’évolution des saisines**

En douze exercices s’étalant de 2009 à fin 2021, la médiation des assurances s’est vue soumettre 1450 dossiers de médiation dont 1257 relevant de la branche IARD soit 87% contre 193 requêtes relatives à la branche VIE, soit 13%.

L’examen de ces saisines laisse transparaître une évolution en dents de scie, marquée pour ce dernier exercice par un recul de 70 points par rapport à l’année précédente.

La forte baisse notée dans le nombre de saisines, doit être interprétée comme un phénomène conjoncturel, dû principalement à l’impact de la pandémie, qui d’ailleurs n’a épargné aucun secteur d’activité.

Diverses causes ont concouru au recul ainsi enregistré, dont entre autres :

* Les mesures de distanciation sociale, rendant impossible les rencontres B to B habituellement en usage au sein de la médiation pour faciliter l’harmonisation des positions exprimées par les parties en conflit ;
* L’institution du télétravail, avec comme corollaire l’immobilisation d’une bonne partie du parc automobile national ;
* L’interdiction du trafic interurbain, avec comme conséquence le retrait de la circulation d’un nombre considérable de véhicules, au premier plan desquels, ceux dédiés au transport public de voyageurs (TPV) qui sont responsables de la plupart des accidents dénombrés annuellement sur le territoire national. A cet égard, malgré les difficultés d’appréhender l’importance numérique des véhicules TPV immobilisés, du fait de l’absence de statistiques consacrées à l’étude de cette question, il convient tout de même, de relever que ledit retrait, si court soit-il, environ 3 mois, a contribué à une baisse drastique du nombre d’accidents, avec comme effets induits la baisse de la sinistralité et subséquemment un recul considérable des réclamations dirigées vers le Médiateur ;
* L’annulation de toutes les réunions publiques d’informations prévues en 2021 en raison de l’état de catastrophe sanitaire institué pendant la quasi-totalité de l’année, compromettant incidemment la campagne de vulgarisation du dispositif de médiation

## *Tableau 1: Evolution du nombre de saisines par branche*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Branche | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Cumul |
| IARD | 37 | 101 | 124 | 113 | 108 | 70 | 116 | 159 | 130 | 106 | 147 | 46 | 1257 |
| VIE | 29 | 47 | 26 | 15 | 25 | 17 | 14 | 2 | 4 | 4 | 8 | 1 | 193 |
| TOTAL | 66 | 148 | 150 | 128 | 133 | 87 | 130 | 161 | 134 | 110 | 155 | 47 | 1450 |

**2.1.1. Traits marquants des saisines de la branche IART**

L’exercice 2021 se singularise par une forte baisse du nombre de saisines relevant de la branche IARD qui est passé de 147 à 46 soit un recul d’environ 69%. La totalité des réclamations parvenues au Médiateur, relève de la garantie automobile dont 42 portant sur des sinistres matériels, soit 91% et 4 portant sur des sinistres corporels, soit 11%.

**Litiges relevant de la branche Auto :**

L’analyse des saisines de l’exercice permet de mettre en exergue, la récurrence des griefs habituellement relevés à l’encontre des sociétés d’assurance, à savoir :

* **Les retards de règlement**

De multiples causes concourent au retard de règlement, dont les compagnies sont régulièrement incriminées, à savoir :

* Désignation tardive des experts préposés à l’évaluation des dommages. Ce phénomène est imputable à des déficiences dans la formation des régleurs de sinistres, dont certains sont insuffisamment qualifiés ;
* Le dépôt tardif des rapports d’expertise, dû à l’absence de règles contraignantes assignant aux experts des délais limites pour la production de leurs rapports ;
* L’opacité qui entoure la communication relative aux données ressortant desdits rapports, dont les premières moutures sont réservées aux compagnies, ce qui est de nature à entretenir un climat de suspicion, au regard des risques de manipulation redoutés par les plaignants. Il s’agit là, d’un déni de transparence qu’il convient de proscrire, pour mettre davantage en confiance les assurés et bénéficiaires de contrats d’assurance
* I ‘inexistence au niveau de certaines compagnies, de procédures de règlement des sinistres assis sur des critères rationnels, transparents et sans parti-pris ;
* la croissance exponentielle d’accords de règlement non suivis d’effets : une compagnie est seule à se singulariser par sa propension à ne jamais donner suite immédiate aux accords de règlement validés par ses assurés en faisant subir à ces derniers des délais d’attente pouvant parfois porter sur une période de plus de 2 ans. Ladite société devenue incapable de faire face à ses engagements contractuels, ne doit plus être autorisée à exercer impunément, en raison des énormes préjudices qu’elle cause aux assurés et bénéficiaires de contrats ;
* la fixation de jours spécifiques dédiés au règlement, ce qui est de nature à allonger davantage les délais de liquidation des sinistre dus ;
* l’absence d’une Chambre de compensation inter-compagnie qui allonge les délais de règlement des dettes réciproques nées d’opérations d’assurance impliquant conjointement plusieurs compagnies. L’inexistence d’un tel dispositif, favorise les retards accusés dans les procédures d’échange de chèques entre compagnies rivales et sont souvent à la base des rétentions d’indemnités et des règlements différés dont se plaignent la plupart des victimes et tiers lésés.
* La mauvaise tenue des fichiers clients, rendant difficile l’identification des assurés. Il s’agit là, de problèmes d’organisation interne, constatables au sein de certaines compagnies et qui sont de nature à retarder les règlements dus aux bénéficiaires des garanties souscrites ;
* la non désignation au sein de certaines compagnies, de personnes préposées à la tâche de « Chargés de clientèle » avec pour mission, d’assurer l’interface entre la compagnie et ses clients. Pour cette raison, nombre de clients manquent d’interlocuteurs auxquels, ils sont en droit de s’adresser pour exprimer les diverses requêtes qu’ils aimeraient formuler en direction de leur assureur, dans le cadre de la gestion au quotidien de leur contrat d’assurance. Cette question revêt une acuité particulière en cas de sinistre, car l’absence de répondant nommément désigné pour orienter l’assuré, peut être source de préjudices incommensurables dans l’accomplissement des diligences requises pour écourter les délais de règlement des prestations dues par l’assureur.
* la récurrence des contestations des rapports d’expertise qui est source d’allongement des délais d’indemnisation, favorisé par les procédures subséquentes de contre-expertise ou de tierce expertise ;

En effet, l’examen des réclamations laisse apparaître divers griefs à l’encontre des experts mandatés par les compagnies à l’effet d’évaluer les dommages subis par les bénéficiaires d’indemnités, dont entre autres :

* Les forts taux d’abattement appliqués dans la détermination du prix des pièces de rechange,
* La fixation des taux d’usure à des niveaux anormalement élevés, sans tenir compte de la qualité de l’entretien des véhicules sinistrés,
* Le niveau souvent jugé ridicule des propositions d’indemnisation préconisées par les régleurs de sinistres qui se complaisent à charcuter sans se justifier les devis des garagistes préposés à la réparation des véhicules et qui n’en sont pas moins des hommes de l’art,
* Le défaut d’uniformisation du taux horaire favorisant chez certaines compagnies la propension à appliquer aux assurés des règles discriminatoires.

**. Traits marquants des saisines de la branche VIE**

La branche Vie n’a été touchée que par une seule complainte se rapportant à une police complémentaire retraite. Il s’agissait d’un problème purement administratif, lié à une modification affectant les modalités de domiciliation de salaire d’un assuré. Ledit problème a été très vite résolu par le Médiateur dès qu’il a été saisi.

Il convient également de préciser que la seule compagnie qui s’était illustrée par l’afflux de réclamations, dont elle était l’objet, est sortie de l’ornière et aborde désormais un nouveau tournant prometteur favorisé par la restauration de sa solvabilité et le regain de confiance manifesté par ses assurés.

**2.2. Traits caractéristiques des saisines de l’année**

**2.2.1. Profil des réclamants**

1. **Profil des requérants IARD**

Les réclamations qui nous sont parvenues ont émané de trois sources distinctes au premier plan desquels les sociétés d’assurances qui ont eu à initier 74% des requêtes IARD, contre 22% provenant des tiers lésés et 4% issues des courtiers.

* **Tiers lésés**

Le nombre de saisines initié par des tiers lésés, est passée de 97 en 2020 à 10 en 2021, soit une régression de 89,7%. Cette forte régression des réclamations figure au nombre des conséquences induites par la pandémie.

L’examen de l’éventail des griefs y afférents, renvoie au même constat que les années précédentes, marqué par une prépondérance de récriminations liées aux retards récurrents accusés dans le règlement, ce qui met en exergue les principales causes répertoriées ci-après :

* Les retards accusés dans la nomination des experts ou dans la production des rapports d’évaluation des sinistres ;
* Les contestations liées à l’offre d’indemnisation qui est toujours estimée insuffisante pour assurer une compensation adéquate des dommages subis par les tiers lésés ;
* L’inclination des régleurs de sinistres à se substituer aux experts afin d’apporter des corrections aux devis de réparation apprêtés par les garagistes alors qu’ils ne justifient d’aucune expertise les habilitant à accomplir de telles tâches ;
* Les retards anormalement élevés dans la libération des indemnités de sinistre, qui aux yeux des clients, apparaissent comme des cas patents d’insolvabilité, notamment dans les cas où, par suite d’une offre de règlement de la compagnie dûment acceptée par le bénéficiaire, celle-ci affiche une incapacité totale à libérer l’indemnité. Il est regrettable de constater que cette situation se produit de façon répétitive et dans certains cas traités, les délais d’attente peuvent s’étaler sur de longues périodes, allant de 1 à 2 ans, voire plus.
* **Courtiers**:

Contrairement à l’année précédente, une nette régression a été notée dans le nombre de saisines émanant des courtiers d’assurance qui est passé de 22 à 2, soit une baisse d’environ 91%. Du fait dudit recul, cette catégorie qui occupait la 1ère place en 2014 est nettement devancée cette année par les compagnies d’assurances qui sont pourvoyeuses d’environ trois quarts des saisines.

L’engouement des courtiers pour la médiation, procède de leur souci constant à optimiser la qualité de service offerte à leurs clients au titre de laquelle, la célérité dans le règlement des sinistres apparaît comme le critère d’appréciation le plus déterminant.

* **Compagnies**

Elles ont été à l’initiative de 74% des saisines parvenues au Médiateur au cours de l’exercice 2021, alors qu’elles ne comptaient que pour 16% l’année dernière.

L’engouement manifesté par les compagnies à l’endroit de ce mode alternatif de résolution amiable des litiges, est dû à la célérité constatée dans le dénouement de la plupart des différends soumis au Médiateur.

Entre autres motivations, poussant les compagnies à privilégier le recours à la médiation, l’on peut citer :

* Les retards notés dans la concrétisation des recours intentés à l’encontre des assureurs des responsables de sinistres automobile, d’autant que ce phénomène peut favoriser la désaffection de la souscription de la garantie Défense et Recours ;
* Les retards vivement décriés par les assureurs dans l’aboutissement des recours intentés à l’encontre de leurs confrères assureurs des responsables de dommages directs. La persistance d’un tel phénomène peut décourager la souscription de la garantie Dommages Tous Accidents ;
* Les difficultés de récupération notées dans les avances consenties au titre des garanties « Avance sur Recours ou Substitution Débiteurs », dont la persistance pourrait favoriser la perte d’intérêt pour les assureurs à commercialiser ledit produit ;

***Tableau 2: Répartition des saisines par source de réclamation***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Statut du réclamant** | 2020 | | 2021 | |
| **Nombre de réclamants** | **Proportion** | **Nombre de réclamants** | **Proportion** |
| Tiers lésés | 97 | 66% | 10 | 22% |
| Courtiers | 22 | 15% | 2 | 4% |
| Compagnie | 23 | 16% | 34 | 74% |
| Ayant droit | 5 | 3% |  | 0% |
| **TOTAL** | **147** | 100% | **46** | 100% |

1. **Profil des requérants VIE**

La branche Vie n’a enregistré au cours de l’exercice, qu’un requérant personne physique.

**2.2.2. Nature des litiges de l’exercice**

**2.2.2.1 Recevabilité des saisines IARD**

Sur un total de 46 saisines IARD parvenues à la médiation des assurances au cours de l’exercice 2021, 44 sont jugées recevables et ont fait l’objet d’un traitement diligenté par nos services contre 2 qui n’ont pu être car jugés irrecevables, **dont** :

* 1 dossier se rapportant à la requête d’un courtier portant sur des arriérés de commission qui lui sont dues ;
* 1 dossier irrecevable car resté incomplet malgré maintes relances adressées au requérant.

**2.2.2.2 Recevabilité des saisines VIE**

La branche VIE n’a été impliquée que dans une saisine qui a été vite réglée dès qu’elle m’est parvenue à mon bureau

**2.2.3. Compagnies mises en cause**

**a) Secteur IARD**

Le dépouillement des litiges ressortant du domaine de l’assurance IARD, met en exergue l’implication de 5 compagnies IARD sur les dix-neuf (19) que compte le marché.

Parmi celles-ci, une compagnie concentre à elle seule 50% des litiges

**b) Secteur VIE**

Seule une compagnie VIE sur les 10 en activité au cours de l’exercice 2015, a été impliquée dans un déclaré.

**2.3. Résultats annuels**

Courant 2021, les saisines du Médiateur ont porté sur 47 dossiers contre 127 dossiers enregistrés lors du précédent exercice, soit une baisse de 70%. Elles se répartissent comme suit : 46 relevant de l’assurance IARD et 1 concernant l’assurance VIE.

Les règlements de l’exercice ont concerné 18 dossiers IARD et 1 dossier vie sur le total de 45 recevables, tandis que 10 accord de règlement dûment conclus entre les parties, sont restés lettre morte depuis lors.  Les 16 dossiers restants sont en attente de l’offre d’indemnisation.

1. **Conclusion - Recommandations**

De façon générale, on constate une tendance à la régression des réclamations parvenues au Médiateur, qui nonobstant l’effet COVID, témoigne par ailleurs, des efforts déployés par les compagnies pour endiguer le contentieux commercial afin de lui trouver des solutions en interne acceptables par le client. C’est d’ailleurs ce qui explique en partie la baisse des saisines qui ont enregistré sur l’exercice un recul de 70%.

Cependant, force est de constater la récurrence des mêmes complaintes, dont plus de la moitié à l’endroit de mêmes compagnies, au nombre de 7 au total, dont 3 concentrent à elles seules plus de 90% des récriminations.

L’analyse de l’éventail des griefs formulés à l’encontre desdites compagnies, malgré les améliorations notables perceptibles dans la qualité de leurs services après-vente, nous amène à les exhorter davantage à maintenir le cap et à redoubler d’effort pour se mettre aux normes et contribuer ainsi à la restauration de la confiance des assurés et bénéficiaires de contrats et par-delà, requinquer l’image du secteur, encore entachée par la ténacité des dérives décriées à cor et à cri par les usagers.

Face à cette situation, il nous revient de rappeler certains grands principes qui fondent la démarche qualité au sein d’une compagnie d’assurance afin de prévenir les litiges et de formuler subséquemment comme à l’accoutumée, les quelques petites recommandations que nous suggère l’analyse de la situation contextuelle.

1. **Rappel de quelques principes élémentaires de la démarche qualité pour prévenir les risques de litiges au sein d’une compagnie d’assurance**

* Délivrer systématiquement à l’assuré l’information précontractuelle nécessaire pour éclairer son choix préalablement à la souscription et éviter ainsi l’asymétrie d’information susceptible de favoriser un consentement non éclairé de l’assuré ou sa méconnaissance de la relation entre la prime et le risque et les conditions applicables à son contrat à la souscription ;
* Instaurer la transparence tarifaire en n’entretenant aucune zone d’ombre dans les modalités d’application des tarifs en vigueur ;
* Réduire les délais de règlement des sinistres et à cet effet procéder à la nomination sans délai des experts dès la survenance du sinistre et leur assigner des délais impératifs de production des rapports ;
* Réduire la fréquence et les motifs de contestation d’expertise et à cet égard préciser plus strictement les limites de la mission des experts ;

- Favoriser la modulation des franchises contractuelles de façon à éviter les « sinistres de franchises » ;

* S’astreindre au respect rigoureux des engagements contractuels : respect des délais de règlement et propositions d’indemnités en adéquation avec les quantums de préjudices subis ;
* Diligenter le traitement des requêtes des usagers, notamment celles portant sur des demandes de modifications de contrats ou des demandes d’information ;
* Ecourter au minimum les procédures d’instruction des sinistres, dont les lenteurs peuvent inciter des assurés à accepter des règlements transactionnels nettement en deçà des engagements contractuels de l’assureur ;
* Transmettre systématiquement aux assurés les résumés des polices, avant leur date de renouvellement ;
* Améliorer la qualité des conseils donnés aux clients grâce au renforcement de la formation des conseillers clientèle, à la multiplication et la systématisation des visites-clientèles ;

1. **Recommandations**

L’analyse des différents problèmes recensés à l’issue du décryptage des dossiers qui nous été soumis pour médiation, nous amène à formuler les quelques recommandations suivantes :

**R.1.Information précontractuelle**

Pour éviter toute méprise de l’assuré sur les conditions applicables à son contrat, les compagnies doivent s’attacher du mieux qu’elles peuvent à fournir aux assurés les informations précontractuelles requises pour cerner l’étendue des garanties et les clauses contractuelles dont elles sont assorties , dont notamment, les modalités de résiliation, les exclusions, les plafonds de couverture, les causes de déchéance et les modalités de règlement de l’indemnité de sinistre ; toutes choses dont la connaissance par l’assuré doit précéder la conclusion du contrat.

**R.2.Révision du taux horaire main d’œuvre**

Les disparités constatées dans la fixation des taux horaires de main d’œuvre sont sources de multiples contestations élevées par les allocataires d’indemnités de réparation par suite de leur implication dans des accidents de circulation. Ce phénomène qui apparaît aux yeux de ces derniers comme un traitement discriminatoire en matière de vente, doit être jugulé et faire l’objet d’un traitement approprié par les acteurs du secteur, car il est anachronique de constater dans la fixation du taux horaire des écarts variant du simple au triple, voire au quadruple. Pour cette raison, nous en appelons à tous, régulateur, sociétés d’assurances membres de L’AAS, experts-évaluateurs, garagistes, concessionnaires pour prendre à bras le corps ce problème et lui réserver le traitement qu’il mérite. Il est grand temps, que soit rangé aux oubliettes le taux horaire dérisoire de 1750 FCFA qui remonte à plus de 30 ans et dont aucune compagnie n’est convaincue de la pertinence et qu’il soit procédé enfin à son relèvement, à son uniformisation et à son applicabilité à toutes les structures en charge de la réparation.

**R.3.Améliorer l’efficacité des procédures de traitement des requêtes des clients, adopter des attitudes standards de prévention et de traitement des litiges.**

La prévention et la réduction de ces litiges appellent l’adoption et la mise en œuvre par les compagnies de normes standards de « management de la qualité ».

Il est par ailleurs souhaitable de mettre en place, dans chaque compagnie où il ferait défaut, un service efficient de traitement interne et de suivi des réclamations émanant des clients.

Il est tout aussi important, dès l’entrée en relation, d’informer le client des mécanismes de recours externes à sa disposition en cas de contentieux.

A cet égard, les coordonnées du Médiateur des assurances devraient lui être communiquées, à défaut d’être mentionnées dans les contrats et conventions-types de la compagnie.

**R.4. Réduction des délais de règlement des sinistres**

Le retard accusé dans le règlement des sinistres est attribué pour l’essentiel à deux principales causes :

* le retard accusé dans la désignation des experts ;
* les délais mis par les experts désignés, pour produire leurs rapports.

Pour améliorer ces délais, il serait souhaitable de :

* procéder à la *nomination des experts dès connaissance* par l’assureur *de la survenance d’un sinistre* couvert,
* *d’assigner aux experts des délais impératifs de production des rapports* en fonction des catégories de risque et veiller de façon rigoureuse au respect de ces délais.

**R.5. Réduire la fréquence et les motifs de contestation d’expertise**

Compte tenu de la fréquence des contestations liées aux divergences d’une part, entre les conclusions des experts et les attentes des clients et d’autre part, entre les évaluations « à dire d’expert » et les montants d’indemnités effectivement réglés, il est recommandé la mise en œuvre des mesures suivantes :

* Prendre soin *d’expliciter aux assurés les différentes formules de couverture* applicables (couverture en valeur à neuf, en valeur de remplacement vétusté déduite ou en différence du vieux au neuf, etc.), pour aider à mieux appréhender les raisons des écarts souvent importants entre les devis de réparation présentés et le quantum de dommages fixé par l’expert ;
* *Inviter les experts à se limiter à l’identification des circonstances du sinistre, à la recherche de ses causes et à l’évaluation des dommages*.
* Organiser sous l’égide de L’AAS, des *séances de formation et de sensibilisation des experts* impliqués dans les expertises de risques d’assurance sur les exigences et limites de leurs missions.

**R.6. Règlement sans délai des sinistres objets d’une offre d’indemnité initiée par l’assureur et approuvée par le bénéficiaire :**

Il a été noté que certaines compagnies éprouvent d’énormes difficultés pour libérer les indemnités dues, après même, qu’il ait été procédé à la validation par l’assuré de l’offre d’indemnité soumise par l’assureur. Ce qui nous amène à réitérer cette recommandation, qui quoique déjà formulée l’année dernière, demeure d’actualité car, ce sont encore les mêmes compagnies qui se complaisent à entretenir cette attitude qui ne fait ruiner la crédibilité du secteur. Il urge de la part du régulateur, de s’impliquer dans la traque des adeptes de ces fausses promesses sans lendemain, que les assurés interprètent comme des signes patents d’insolvabilité. Outre l’atteinte à l’image qui en résulte, de tels manquements peuvent également être cause de désaffection pour l’assurance, d’autant que le retard tardif d’indemnisation contraint certaines victimes à prendre en charge la réparation de leurs dommages de façon à s’éviter les désagréments susceptibles d’être induits par la paralysie momentanée de leur activité.

**R.7. Instauration d’une Chambre de compensation assurantielle** (**Cf.** TDR apprêté par mes soins et annexé au présent rapport**)**

**R.8. Organisation de Réunions Publiques d’Information à l’échelle nationale pour promouvoir l’inclusion assurantielle et la vulgarisation du dispositif de médiation**

**R.9. Parachever les travaux de la Commission de Réforme des Barèmes**

**R10. Organisation annuelle d’une grande assemblée générale de bilan de la médiation en invitant tous les acteurs des assurances.**

**ANNEXES**

* TDR Elaboration d’un dispositif de compensation assurantielle
* Décret N° 2009-95 du 06 février 2009 portant Création et Organisation de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers (O.Q.S.F/ Sénégal)
* Arrêté N°2256 du 02 mars 2009 fixant les attributions et conditions de l’activité de médiateur financier
* Charte de la médiation des pour les Etablissements de Crédit, Les Systèmes financiers Décentralisés et la Poste

*Un Peuple – Un But – Une Foi*

------------------

**MINISTERE**

**DES FINANCES ET DU BUDGET**

------------------

**OBSERVATOIRE DE LA QUALITE**

**DES SERVICES FINANCIERS**

****

|  |
| --- |
| **Elaboration d’un dispositif de compensation assurantielle inter-compagnies au Sénégal** |

**TERMES DE REFERENCE**

**JUILLET 2022**

1. **Contexte et justification**

Troisième marché de la zone CIMA, le Sénégal compte à présent 29 sociétés d’assurances, dont 19 sociétés IARD et 10 sociétés VIE qui ont réalisé en 2021 un chiffre d’affaires de 226 milliards FCFA, soit une progression de près de 10% par rapport à 2020.

Ce chiffre d’affaires se répartit à 65% pour l’IARD, soit 146,7 milliards FCFA et 35% pour la VIE soit 79 milliards FCFA. Les assureurs sénégalais ont toujours fait preuve d’un dynamisme assez remarquable qui s’est reflété tant dans la croissance soutenue de leur chiffre d’affaires annuel, avec un taux moyen annuel de croissance de 11,4% au cours de ces 5 dernières années, surpassant nettement, ceux constatables dans les autres pays de la zone CIMA, en l’occurrence la RCI et le Cameroun, qui ont enregistré au cours de la même période, des moyennes respectives de 8,22% et 3,26 %. D’ailleurs, si cette tendance se maintient, le Sénégal se positionnera comme 2ème marché dès fin 2022 et raccourcira considérablement dans les années à venir, l’écart le séparant de la Côte d’Ivoire, qui assume depuis toujours son statut de 1er marché de la zone CIMA.

Toutefois, l’avènement de l’ère pétro-gazière qui vient de s’ouvrir pourrait se révéler comme un puissant facteur d’accélération et de réduction des délais prévisionnels ainsi avancés.

Par ailleurs, les assureurs sénégalais, se sont toujours illustrés par leur capacité innovante et leurs sens de l’organisation, avec comme clef de voute, une organisation corporatiste extrêmement forte, l’Association des Assureurs du Sénégal (L’AAS) qui s’est bonifiée lors des mutations successives ayant jalonné ses cinquante ans d’existence.

A ce jour, l’AAS forte d’une trentaine de membres, est génitrice de divers organismes, qu’elle abrite en son sein, dont entre autres : le Pool TPV, la Nouvelle Prévention Routière du Sénégal (NPRS), la Carte Brune CEDEAO, le dispositif de constat amiable Taxawuleen et le Pool Pétrolier et Gazier, dont chacun, en ce qui le concerne est en charge d’une mission spécifique de résolution d’un problème prégnant, préoccupant la corporation.

Par ailleurs, L’AAS a également mis en place huit commissions composites représentatives de ses différents membres, dont chacune est spécialisée dans le traitement de problèmes qui lui sont spécifiques et dont les plus connues sont :

* La Commission Assurance de Personnes en charge du traitement de toutes les questions techniques ressortant des branches d’assurance Vie ou Assurance Santé ;
* La Commission Transport, compétente pour connaître de tous les problèmes techniques affectant la branche Transport ;
* La Commission Technique IARD, spécialisée dans le traitement des questions ressortant des différentes catégories d’assurance IARD ;
* La Commission Arbitrage et Conciliation, en charge de la résolution amiable des contentieux inter-compagnie ;
* La Commission Communication en charge de l’élaboration et du suivi de la mise en œuvre du Plan de Communication de l’AAS.

Malgré l’existence dudit dispositif organisationnel très salutaire qui permet de prendre à bras le corps, la plupart des problèmes, auxquels se heurte la corporation ; force est de constater que certains sujets de préoccupation, non moins importants, n’ont pas encore fait l’objet du traitement qu’ils méritent.

Parmi ceux-ci, figurent en bonne place :

* Les problèmes liés au traitement des opérations de coassurance, dont les retards vivement décriés, notés tant dans les versements des quotes-parts de sinistres dues par certains Co-assureurs participants, que dans la récupération des quotes parts de recours encaissés pour compte commun ;
* Les retards notés pour faire aboutir triomphalement les recours intentés à l’encontre des assureurs des responsables de sinistres automobile. Il s’agit là, d’une situation extrêmement préoccupante, qui à terme, pourrait conduire à la désaffection de la souscription de la garantie Défense et Recours ;
* Les retards notés dans l’aboutissement des recours intentés par les assureurs dommages directs à l’encontre des assureurs des responsables. Une telle situation pourrait en cas d’amplification, décourager la souscription de la garantie Dommages Tous Accidents, autrement appelée Tierce Complète ou plus communément Garantie Tous Risques ;
* Les difficultés de récupération notées dans les avances consenties au titre des garanties Avance sur Recours ou Substitution Débiteurs, dont la persistance pourrait favoriser la perte d’intérêt pour les assureurs à commercialiser ledit produit, pourtant très prisé par la clientèle automobile.

La persistance de tous les problèmes sus évoqués est due à l’absence d’un mécanisme de compensation approprié, bâti sur des bases solides, assises sur des critères rigoureux et consensuels, fixés d’un commun accord entre les parties prenantes.

Au regard de la situation ainsi décrite, l’OQSF dans sa mission d’accompagnement des principaux acteurs de l’écosystème, sous l’impulsion du Médiateur des Assurances, en est arrivé, après une analyse approfondie de l’état des lieux, à la conclusion que la mise au point d’un mécanisme de compensation au sein du marché est la principale équation à résoudre pour l’assainissement du secteur, la préservation de son image et la restauration de sa crédibilité auprès des usagers.

A cet effet, le Médiateur des Assurances, a entrepris en collaboration avec l’Association des Assureurs Sénégalais et la Direction des Assurances, de mettre en route le projet de conception et de mise en œuvre **d’un mécanisme de compensation assurantielle**, pour venir définitivement à bout des différents problèmes précédemment recensés, dont la principale cause connue, est l’absence d’un tel dispositif*.*

1. **Objectifs du projet**

Le projet ambitionne :

* d’assurer la [compensation](https://fr.wikipedia.org/wiki/Compensation_(finance)) des créances et des dettes nées des opérations intervenues entre l’ensemble des [compagnies](https://fr.wikipedia.org/wiki/Banque) d’assurances implantées au Sénégal ;
* de déterminer selon une périodicité à définir, les soldes de compensation débiteurs ou créditeurs devant faire l’objet d’un apurement de la part des assureurs concernés dans des délais contraignants ;
* d’accroître le niveau de fiabilité des opérations d’assurances, par une réforme en profondeur des méthodes jugées très informelles, de gestion et de règlement des recours entre compagnies ;
* d’éviter les risques de conflits d'intérêts, en cas de rétention abusive de sommes dues et les risques de contagion systémique susceptibles d’en découler dans l’hypothèse d’une généralisation du phénomène ;
* d'encadrer l'activité de compensation inter assurantielle de façon à assurer la sécurité des transactions et la protection des intérêts des usagers des services d’assurance ;
* de formuler avec l’appui du régulateur, en l’occurrence la DA, des propositions de normes réglementaires, fixant des délais contraignants de règlement des soldes dus entre assureurs .

1. **Résultats attendus**

Les résultats attendus de la *mise en œuvre du projet sont les suivants :*

* *Rendre plus attractif* la commercialisation de la garantie Avance sur Recours ;
* Réduire les délais de récupération des paiements pour compte, réalisés dans le cadre des sinistres dommages Tous Accidents (garantie tierce complète), quand l’assureur du responsable est différent de la compagnie de domiciliation du risque couvert ;
* Réduire les délais de réponse et de mise à disposition des quotes-parts de sinistres à la charge des coassureurs ;
* Accélérer les procédures de récupération des quotes parts de recours encaissés pour compte commun des coassureurs (notamment dans la branche Transport).
* Juguler les risques financiers et tensions de trésorerie auxquels s’exposent les assureurs, en bute aux résultats infructueux de l’exercice de leurs droits à recours ;
* Mise au point d’un arrêté ministériel encadrant le dispositif, dès après son adoption consensuelle par les différentes parties prenantes (La DA et l’OQSF à travers le Médiateur des Assurances, seront en charge du pilotage de ce formalisme).

1. **Méthodologie**

La méthodologie préconisée regroupe les différentes séquences suivantes :

* Recensement des différentes catégories d’opérations éligibles à la compensation assurantielle, en complétant celles déjà citées plus haut ;
* Mise en place d’un mécanisme permettant l’agrégation par catégorie d’opérations de tous les paiements dus ou sommes à encaisser pour chaque assureur à l’égard de ses autres confrères, faisant ressortir le solde résiduel dû par l’une ou l’autre des parties (selon leur position débitrice ou créditrice) ;
* Constitution d’une somme séquestre initiale d’un montant prédéfini, issue des contributions respectives des différents assureurs, selon une clef de répartition à définir d’accord parties. Ladite somme devant servir à diligenter les règlements de soldes et à gérer les risques de contrepartie ;
* Fixation des jours dédiés aux opérations de compensation et détermination de la périodicité de la liquidation des soldes exigibles ;
* Mise en place d’une plateforme qui centralise toutes les opérations éligibles, détermine les soldes exigibles et propose les paiements à exécuter.

**Précision de taille** : le projet sera porté par l’AAS, L’OQSF à travers le Médiateur des Assurances et la Direction des Assurances qui assureront leur rôle de facilitateurs en tant que forces de réflexion et de propositions pour pousser à l’action. Après achèvement du projet, ils peuvent se muer en organes de suivi de la bonne marche du dispositif ainsi que du respect des dispositions de l’arrêté ministériel encadrant la mise en œuvre du projet et pour l’élaboration duquel, ils auront été parties prenantes.

**DECRET Portant Création et Organisation de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers (O.Q.S.F./Sénégal)**

**LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,**

VU la Constitution ;

VU le Traité de la Conférence Interafricaine des Marchés d’Assurances signé à Yaoundé le 10 juillet 1992 et instituant un Code unique des assurances des Etats membres de la CIMA notamment en ses livres I, II et III relatifs aux entreprises d’assurances ;

VU la loi n° 90-06 du 26 juin 1990 portant réglementation bancaire ;

VU la loi n° 95-03 du 05 janvier 1995 portant réglementation desIinstitutions Mutualistes ou Coopératives d’Epargnes et de Crédit ;

VU la loi n° 95-24 du 29 août 1995 autorisant la création de la Société Nationale La Poste ;

VU le décret n° 2007-826 du 19 juin 2007 portant nomination du Premier Ministre ;

VU le décret n° 2008-1026 du 10 septembre 2008 portant répartition des services de l’Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères ;

VU le décret n° 2008-1302 du 13 novembre 2008 nommant un Ministre d’Etat et fixant la composition du Gouvernement ;

SUR le rapport du Ministre d’Etat, Ministre de l’Economie et des Finances.

**DECRETE**

**Article premier** : Il est créé, au sein du Ministère de l’Economie et des Finances, un observatoire dénommé « Observatoire de la Qualité des Services Financiers du Sénégal (O.Q.S.F./Sénégal) » placé sous l’autorité du Ministre de l’Economie et des Finances.

**Article 2** : Au sens du présent décret, les Services Financiers regroupent les services offerts par les institutions suivantes :

* les banques et les établissements financiers tels que définis par la loi portant

réglementation bancaire ;

* les sociétés d’assurances ;
* les institutions de microfinance ;
* la Société Nationale La Poste ainsi que ses filiales financières POSTFINANCES en particulier.

En tant que de besoin, cette liste pourra être élargie à d’autres catégories d’institutions proposant au public des produits financiers ou assimilés.

**Article 3** : l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers a pour objet d’assurer notamment :

* le suivi de la qualité des services rendus à la clientèle par les institutions visées à l’article 2 ;
* l’information et le renseignement du public sur les services financiers ;
* l’élaboration de publications périodiques sur les services financiers en vue de les vulgariser auprès du public et de diffuser les meilleures pratiques en la mantière ;
* la formulation de recommandation portant sur les services financiers ;
* le suivi du dispositif de la Médiation.

**Article 4** : Pour la réalisation de ces missions, l’Observatoire procède à la collecte des renseignements requis par le biais d’études, d’enquêtes et de consultations, à leur traitement, à l’élaboration d’indicateurs pertinents et à l’analyse de l’ensemble des données disponibles, de manière à apprécier la qualité des prestations offertes par les institutions ciblées.

L’Observatoire est également destinataire des rapports des Médiateurs et peut être saisi, pour information par tout client d’une des institutions concernées, des éventuels dysfonctionnement du dispositif de Médiation.

**Article 5** :

L’Observatoire de la Qualité des Services Financiers est administré par un Secrétaire Exécutif sous la supervision d’un Conseil d’Orientation.

**Article 6** : Le Conseil d’Orientation de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers est chargé entre autres :

* de définir les orientations de l’Observatoire ;
* d’approuver le programme d’activités, d’études et d’enquêtes de l’Observatoire ;
* d’adopter le budget et d’arrêter les comptes et les états financiers annuels ;
* d’examiner le rapport d’activités du Secrétaire Exécutif et les rapports annuels des Médiateurs ;
* d’adresser des recommandations aux Médiateurs, aux opérateurs des services financiers et aux autorités compétentes du secteur financier ;
* de proposer des réformes ou réaménagements des dispositions réglementaires en vigueur notamment en vue d’une amélioration de la qualité des services financiers.

**Article 7** : Le Conseil d’Orientation de L’Observatoire de la Qualité des Services Financiers est composé comme suit :

* deux représentants du Ministre de l’Economie et des Finances ;
* le Directeur National de la BCEAO ou son représentant ;
* le Directeur de la Monnaie et du Crédit (DMC) ;
* le Directeur de l’Appui au Secteur Privé (DASP) ;
* le Directeur des Assurances ;
* le Directeur Général de la Poste ;
* le Directeur chargé de la Réglementation et de la Supervision des Systèmes Financiers Décentralisés ;
* le Président de l’Association Professionnelle des Banques et Etablissements Financiers (APBEF) ;
* le Président de la Fédération Sénégalaise des Sociétés d’Assurances (FSSA) ;
* le représentant de l’Association Professionnelle des Systèmes Financiers Décentralisés ;
* le représentant de la Chambre de Commerce et d’Industrie de Dakar ;
* deux (02) représentants des Organisations de défense du consommateur ;
* deux experts, dont un juriste et un (01) chercheur désignés par arrêté du Ministre de l’Economie et des Finances.

Le Secrétaire Exécutif assiste à toutes les réunions et assure les fonctions de secrétaire du Conseil d’Orientation avec voix consultative.

**Article 8** : Sur proposition de ses membres, le président du Conseil d’Orientation est nommé par arrêté du Ministre de l’Economie et des Finances.

**Article 9** : Le Président et les membres du Conseil d’Orientation de l’Observatoire perçoivent une indemnité de session dont le taux et les conditions d’octroi seront fixés par arrêté du Ministre de l’Economie et des Finances.

**Article 10** : Le Secrétaire Exécutif de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers est nommé par le Ministre de l’Economie et des Finances après sélection sur appel à candidature.

Le Secrétaire Exécutif est assisté par des experts choisis au terme d’un appel à candidature et par un personnel d’appui.

**Article 11** : Le Secrétaire Exécutif assure la bonne exécution de l’ensemble des missions de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers. A ce titre, il est chargé notamment :

* de préparer le budget et les états financiers de l’Observatoire et de les soumettre au Conseil d’Orientation ;
* d’élaborer les programmes d’activités, d’études et d’enquêtes de l’Observatoire ;
* de rédiger les rapports d’activités ;
* de recruter, d’administrer et de gérer le personnel conformément à la réglementation en vigueur ;
* de préparer, en rapport avec le Président du Conseil d’Orientation, l’ordre du jour des différentes dudit conseil ainsi que les convocations y afférentes, les comptes rendus des délibérations et d’exécuter les décisions du Conseil d’Orientation ;
* d’assurer la gestion administrative et financière de l’Observatoire ;
* de représenter l’Observatoire dans les actes de la vie civile et en justice.

**Article 12** : Il est institué la fonction de médiateur financier ayant pour mission de favoriser le règlement amiable des litiges individuels qui naissent entre les organismes financiers et la clientèle dans le domaine des services offerts, à l’exclusion des différends relatifs à leur politique commerciale (politique tarifaire, taux d’intérêt sur crédit, décision de refus de crédit etc…).

Les médiateurs financiers sont nommés par arrêtés du Ministre de l’Economie et des Finances.

**Article 13** : Les attributions et conditions d’exercice de l’activité ainsi que les modalités de rémunération des médiateurs financiers sont définies par arrêté du Minsitre de l’Economie et des Finances.

**Article 14** : Les rémunérations des Médiateurs, du Secrétaire Exécutif et du personnel du Secrétariat Exécutif sont à la charge exclusive de l’Observatoire de la Qualité des Services financiers. Les modalités de fixation de ces rémunérations seront définies par arrêté du Ministre de l’Economie et des Finances.

**Article 15** : Les ressources nécessaires à l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers et à l’exécution de ses missions proviennent des contributions de l’Etat etdes institutions visées à l’article 2 établies sur le territoire de la République du Sénégal.

**Article 16** : Un règlement intérieur adopté par le Conseil d’Orientation et approuvé par le Ministre de l’Economie et des Finances définit les règles de fonctionnement de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers.

**Article 17** : Le Ministre d’Etat, Ministre de l’Economie et des Finances, est chargé de l’exécution du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République du Sénégal.

Fait à Dakar, le 06 février 2009

**ARRETE N°02256 du 02.03.2009 Fixant les attributions et conditions**

**d’exercice de l’activité de médiateur financier.**

LE MINISTRE D’ETAT, MINISTRE DE L’ECONOMIE ET DES FINANCES,

VU la Constitution ;

VU le Traité de la Conférence interafricaine des Marchés d’Assurances signé à Yaoundé le 10 Juillet 1992 et instituant un code unique des assurances des Etats membres de la CIMA, notamment en ses livres I, II et III relatifs aux entreprises d’assurances ;

VU la loi n° 90-06 du 26 Juin 1990 portant réglementation bancaire ;

VU la loi n° 2008-47 portant réglementation des systèmes financiers décentralisés ;

VU la loi n° 95-24 du 29 aout 1995 autorisant la création de la Société Nationale « la Poste » ;

VU le Décret n° 2007-826 du 19 Juin 2007 portant nomination du Premier Ministre ;

VU le décret n° 2008-1026 du 10 septembre 2008 portant répartition des services de l’Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères ;

VU le décret n° 2008-1302 du 13 novembre 2008 nommant un Ministre d’Etat et fixant la composition du Gouvernement ;

VU le décret n° 2009-95 du 06 février 2009 portant création et organisation de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers (OQSF).

**ARRETE**

**Article premier** – En application de l’article 13 du décret n°2009-95 du 06 février 2009 portant création et organisation de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers, il est institué deux (02) médiateurs dans le secteur financier :

* Un médiateur unique pour les banques, les établissements financiers, les systèmes financiers décentralisés et la Poste ;
* Un médiateur pour les assurances.

Les médiateurs ont pour mission de favoriser le règlement amiable des litiges individuels qui naissent entre les organismes ci-dessus cités et la clientèle dans le domaine des services financiers à l’exclusion des différends relatifs à la politique commerciale des services financiers (politique tarifaire, taux d’intérêt sur crédit, décision de refus de crédit etc.).

Toutefois, dans le cadre du traitement des réclamations, les médiateurs sont compétents pour vérifier les conditions de tarification et notamment leur conformité aux guides tarifaires de l’établissement, aux pratiques usuelles du secteur financier et aux règles édictées par les autorités de supervision et de contrôle compétentes en la matière.

**Article 2** - les médiateurs sont indépendants des services financiers, ils sont nommés par arrêté du Ministre de l’Economie et de Finances pour une période de trois années renouvelable une fois.

Il ne peut être mis fin aux fonctions des médiateurs avant l’expiration de ce délai qu’en cas d’empêchement constaté par le Ministre de l’Economie et des finances ou de faute grave.

**Article 3** - les rémunérations de médiateurs ainsi que tous autres avantages financiers ou en nature liés à leur fonction sont fixés par arrêté du Ministre de l’Economie et des Finances.

**Article 4** – les médiateurs peuvent être saisis par toute personne physique ou morale répondant aux critères de la Petite Entreprise définie dans la loi d’orientation relative à la promotion et au développement des Petites et Moyennes Entreprises, d’un différend à caractère individuel l’opposant à un service financier dans le cadre des prestations qui lui sont offertes.

La saisine du médiateur est faite par écrit et est gratuite.

**Article 5** -la demande adressée au médiateur n’est recevable que si elle est accompagnée de la preuve de l’épuisement des voies de recours internes prévues à cet effet au niveau d l’organisme financier concerné.

La demande du client est recevable dans l’un des cas ci-après :

* Rejet total ou partiel d’une réclamation auprès des services financiers ;
* Absence de réaction du service financier dans le délai de soixante (60) jours à compter de réception de la requête du client ;
* Non satisfaction du client sur la proposition faite par le service financier.

**Article 6** -Toutes les demandes recevables doivent être examinées par le médiateur.

Le médiateur financier statue sur la recevabilité d’une demande qui lui est soumise par décision motivée.

Cette décision doit être notifiée aux parties dans le délai d’une semaine

.

**Article 7** -La demande doit être introduite auprès du médiateur par requête écrite, signée par la partie qui a pris l’initiative, comptant ses réclamations accompagnées des justificatifs éventuels.

**Article 8** -Le médiateur peut demander au service financier et au client de lui communiquer tous les documents et informations nécessaires à la conduite de sa mission.

Dans le cadre de la procédure, il entend le service financier et le client chaque fois que nécessaire. Il peut également interroger toute personne morale à même de l’éclairer en particulier les autorités de contrôle et de supervision du secteur.

**Article 9** – Les moyens nécessaires à l’exercice de l’activité des médiateurs sont inscrits dans le budget de l’Observatoire de la Qualité des Services Financiers.

Dans l’exercice de leur mission, les médiateurs peuvent recourir en tant que de besoin aux services des experts de l’Observatoire de la Qualité de Services Financiers.

**Article 10** – Le médiateur et les deux parties sont tenues à la confidentialité des informations résultant de la médiation ou relatives à celles-ci en préservant le secret sur l’identité des parties

Toutefois, tout en préservant l’identité des parties, les rapports des médiateurs doivent être rendus publics.

**Article 11** -Le médiateur statue en droit et/ou en équité et donne un avis dans un délai maximum de deux (02) mois à compter de la date de sa saisine.

Dans les cas où ce délai se révèle insuffisant, il en informe de façon motivée les deux (02) parties et s’engage à donner son avis dans un délai qu’il notifie à ses dernières.

Le médiateur informe simultanément, par écrit le service financier et le client de son avis.

**Article 12** -Le service financier et le client doivent dans les dix jours ouvrables à partir de cette information, faire connaître au médiateur l’acceptation ou le refus de cet avis

**Article 13** - Chacune des parties conserve le droit de porter le litige devant les tribunaux à tout moment de la procédure de règlement à l’amiable. Cette saisine met fin à intervention du médiateur.

**Article 14** – La médiation n’est pas possible si une procédure judiciaire est engagée, un jugement prononcé, ou une enquête des autorités de supervision et de contrôle compétentes en la matière est ouverte sur les faits objet du litige.

**Article 15** - Les constatations et les déclarations qui peuvent être effectuées ou recueillies à l’occasion de la médiation ainsi que l’avis du médiateur ne peuvent être invoqués dans une procédure judiciaire civile.

Il est interdit au médiateur d’intervenir dans une procédure engagée devant une juridiction ou de représenter l’une des parties devant la justice à propos du litige.

**Article 16** - La durée de la médiation ne doit pas excéder un an à compter du moment où tous les éléments utiles ont été communiqués au médiateur par l’une et l’autre des parties au litige.

La médiation prend fin par :

- la signature d’un accord amiable,

-le constat d’un désaccord persistant entre les parties,

- le désistement de l’une des parties.

Quelle que soit l’issue de la procédure, le médiateur informe, par écrit les parties de la fin de sa mission.

Le médiateur et les parties sont tenus à la plus stricte confidentialité.

**Article 17** - Les médiateurs adressent, au plus tard le 31 mars de chaque année, à l’Observation de la Qualité des Services Financiers (OQSF), au Ministère de l’Economie et des Finances et au Président du Conseil d’Orientation de l’OQSF un rapport annuel sur leurs activités,

**Article18** – Le Directeur de la Monnaie et du Crédit, le Directeur des Assurances, et le Directeur de la Réglementation et de la Supervision des Systèmes Financiers Décentralisés, sont chargés chacun en ce qui le concerne de l’exécution du présent arrêté qui sera publié au journal Officiel de la République du Sénégal.