

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**

*Un Peuple-Un But-Une Foi*

.....  
**MINISTRE DE L'ECONOMIE  
ET DES FINANCES**  
.....



**OBSERVATOIRE DE LA QUALITE DES SERVICES FINANCIERS**

# **RAPPORT ANNUEL DU MEDIATEUR DES ASSURANCES**

**ANNEE 2014**

---

## SOMMAIRE

<b>AVANT PROPOS</b> .....	3
<b>I- Rappel des missions et attributions du Médiateur des Assurances</b> .....	7
<b>1.1. Termes de références du Médiateur des Assurances</b> .....	7
<b>1.2. Procédures de saisine et de traitement des dossiers de médiation</b> .....	8
<b>1.2.1. Procédures de saisine</b> .....	8
<b>1.2.2. Procédures de traitement</b> .....	8
<b>II- La médiation en chiffres</b> .....	9
<b>2.1. La demande de médiation</b> .....	9
<b>2.1.1. Les saisines relatives à la branche IARD</b> .....	11
<b>2.1.2. Les saisines relatives à la branche VIE</b> .....	20
<b>2.2. Les sources de saisine</b> .....	23
<b>2.2.1. Profil des requérants</b> .....	23
<b>2.2.2. Caractéristiques des litiges de l'exercice</b> .....	27
<b>2.2.3. Nombre de compagnies impliquées</b> .....	29
<b>2.3. Résultats obtenus</b> .....	30
<b>2.3.1. Nature et nombre de dossiers réglés</b> .....	30
<b>2.3.2. Les indemnités en montant de l'exercice 2014</b> .....	30
<b>III- Actions de vulgarisation entreprises au cours de l'année 2014</b> .....	31
<b>IV- CONCLUSION-RECOMMANDATIONS</b> .....	31
<b>ANNEXES</b> .....	39

## AVANT PROPOS

Après cinq ans d'exercice, la médiation des assurances s'est affirmée comme l'une des principales sources de progrès et d'innovation parmi les différentes voies de règlement amiable des litiges. D'ailleurs, l'appréciation favorable des résultats obtenus n'est pas étrangère à l'espoir qu'elle suscite tant au niveau national qu'international et qui lui ont valu diverses manifestations d'intérêt, dont entre autres : les projets de duplication en gestation tant au niveau de l'espace FANAF (Cf. Résolution 7 de la 37<sup>ème</sup> AG de la FANAF) qu'au sein de la zone UEMOA.

La dernière en date et qui retient le plus notre attention, c'est la mission et le rôle de catalyseur qui viennent de lui être assignés dans le cadre du Projet de Gouvernance Economique (PGE) au travers de deux de ses composantes phares, à savoir :

- L'amélioration de l'environnement des investissements ;
- L'amélioration du fonctionnement de la justice et de ses relations avec les entreprises.

Lesquelles composantes visent entre autres objectifs, l'amélioration de l'efficacité de la justice en termes de nombre d'affaires traitées et la célérité de leur traitement. A cette fin, le PGE prévoit outre l'amélioration des conditions de travail dans les tribunaux et le renforcement des moyens de la justice afin de faciliter l'exercice de sa mission, davantage de recours aux procédures de médiation de façon à désengorger les tribunaux qui sont envahis par un stock de plus en plus important de dossiers en souffrance qui méritent d'être exhumés et traités au grand bonheur des justiciables.

A cet effet, il est prévu la mutualisation des services offerts par les différents organismes s'activant dans le domaine de la médiation et parmi ceux ciblés : la Médiation Financière logée à l'OQSF.

Ce choix porté sur la médiation Financière, plutôt que d'être interprété comme un sacre dont il faut s'enorgueillir, apparaît à nos yeux comme une invite au dépassement, pour mériter la confiance placée à notre endroit.

Pour cette raison, nous envisageons la réorganisation de nos services afin d'assurer une prise en charge optimale de ce nouveau volant d'activité mais également pour impulser une dynamique dans la réalisation de notre mission première de résolution amiable des différends opposants assureurs et usagers des services d'assurance, pour que celle-ci demeure notre principale activité et ne puisse être noyautée de quelque façon que ce soit.

A cet égard, nous en appelons à tous, assureurs, courtiers, organisations consoméristes, pour ensemble relever ces nouveaux défis.

Notre invite s'adresse en premier aux compagnies, parce que tout autant que les courtiers qui sont à l'origine de 60% de nos saisines en IARD, elles se doivent également de s'approprier le dispositif de médiation.

Ceci est d'autant plus vrai que toute saisine initiée par un courtier a son pendant au niveau de la compagnie de domiciliation du risque sinistré. Il s'y ajoute toute la masse des dossiers relatifs à des polices souscrites en direct (hors de toute intermédiation) et qui génèrent des litiges que les compagnies pourraient également transférer à la médiation des assurances.

Pour cette raison, il n'y a pas de doute que le potentiel de dossiers transférables par les compagnies est de loin supérieur aux possibilités dont dispose le secteur du courtage, même si cette catégorie est parvenue à se hisser au premier plan en raison de son degré d'engagement qui nous a valu en partie les résultats que nous sommes fiers de présenter dans les lignes qui suivent.

Cela dit, les évolutions en cours et qui doivent être accélérées notamment par l'information et l'éducation, impliquent une prise de responsabilités, elle aussi plus grande des consommateurs et de leurs organisations. Il s'agit non seulement de mieux informer, par exemple sur les aspects techniques des produits d'assurance, mais aussi d'impliquer plus activement les associations consoméristes à la constitution et à la présentation des dossiers de réclamations de leurs adhérents et de les faire participer à la définition des grandes orientations du secteur.

Leur participation plus active dans le processus de médiation est souhaitable, et ne pourrait qu'être bénéfique aux consommateurs, qui du reste sont très ouverts à une coopération permanente avec les professionnels. Ce qui nous évitera également, en l'absence de l'appui et l'assistance dont cette catégorie a besoin pour mieux se pourvoir et de défendre ses intérêts auprès des compagnies, les réactions de rejet qui pourraient se faire jour et dont les conséquences dommageables pourraient être regrettables.

Enfin, nous ne saurions clôturer cette page sans attirer l'attention sur la récurrence de certains griefs, qui sont régulièrement au rendez vous dans nos différents rapports annuels et que 2014 n'a pu démentir, il s'agit :

- des lenteurs accusées dans la désignation des experts et dans la production de leurs rapports ;
- des corrections de devis dans des proportions jugées exagérées et qui sont effectués par des agents de sinistre non formés pour l'accomplissement de telles tâches ;
- des contestations relatives à l'étendue des garanties due à une insuffisance d'information à la souscription ;
- des lenteurs accusées dans la libération des indemnités due aux assurés sinistrés.

Nous nous devons de résoudre ces problèmes et pour y arriver, il faut dès à présent : améliorer l'information précontractuelle fournie aux assurés, pour l'heure notoirement insuffisante ; améliorer la formation initiale et continue, souvent inadaptée, de nombre de rédacteurs sinistres ; préparer dans la concertation entre partenaires, l'introduction inéluctable d'un nouveau type de partenariat entre assureurs et experts apte à favoriser la réduction drastique des délais de production des rapports d'expertise, afin d'en réduire les effets négatifs. Il faut enfin, renforcer l'information et l'éducation des assurés, afin de substituer à des situations parfois conflictuelles un dialogue constructif, profitable à tous.

D'ailleurs, ces problèmes devraient faire l'objet de réflexions périodiques auxquelles seraient associés tous les acteurs du secteur : FSSA, SACA, DA, Consoméristes, Experts et OQSF.

A cet égard, nous ne pouvons que saluer les initiatives telles que l'organisation des portes ouvertes sur l'assurance et les débats qui l'ont entourée, qui a servi de prétexte à la Fédération des assureurs, pour mettre l'accent sur une politique d'information plus juste et de s'en donner les moyens.

La Médiation des Assurances demande à être associée à l'organisation des prochaines éditions.

Je ne saurais clore ce chapitre introductif sans réitérer mes sincères remerciements à l'endroit de la Direction des Assurances dont la constance dans l'appui à nos services, ne s'est jamais démentie et aux membres de la FSSA dont l'esprit très coopératif a permis d'aboutir à un dénouement rapide des différents litiges dont nous avons été saisis au cours de l'exercice 2014 et dont 94% ont pu être solutionnés.

**Le Médiateur des Assurances**

**Cheikh Tidiane Diop**

## **I- Rappel des missions et attributions du Médiateur des Assurances**

### **1.1. Termes de références du Médiateur des Assurances**

Selon les termes mêmes du décret présidentiel n° 2009-95 du 06 février 2015 instituant l'Observatoire de la Qualité des Services Financiers qui abrite le dispositif de médiation, le médiateur des assurances a pour mission de favoriser le règlement amiable des litiges individuels opposant les compagnies d'assurances et la clientèle dans le domaine des services offerts, à l'exclusion des différends relatifs à leur politique commerciale (politique tarifaire, règles de souscription, de sélection ou d'acceptation des risques, etc.).

Cependant, c'est l'arrêté ministériel n° 0256 du 02 mars 2009 qui fixe les attributions et conditions d'exercice de la mission, assignée au Médiateur des Assurances.

Il ressort dudit arrêté que le Médiateur peut être saisi par tout client ou usager, personne physique ou petite entreprise d'un litige à caractère individuel l'opposant à une société d'assurances et portant sur des services ou prestations qui lui ont été fournis ou des contrats conclus avec cette société.

A cet égard, le Médiateur est tenu de statuer en droit et/ ou en équité, afin de favoriser la conclusion par les parties d'un accord équitable sur tout litige soumis à son examen, en formulant notamment des avis et/ou recommandations.

Toutefois, sont exclus du champ de la médiation les cas visés ci-dessous :

- les litiges faisant l'objet d'une procédure judiciaire pendante devant un tribunal ou une instance arbitrale ;
- les litiges faisant l'objet d'une enquête ouverte par une autorité de supervision et de contrôle ;
- les litiges opposant un assureur à un intermédiaire, au comité des sociétés d'assurance ou au syndicat des courtiers, ainsi que ceux opposant un courtier à son client.

## **1.2. Procédures de saisine et de traitement des dossiers de médiation**

### **1.2.1. Procédures de saisine**

La saisine du médiateur est gratuite et s'effectue directement par écrit à l'initiative de toutes personnes habilitées, à savoir assuré, assureur ou usager qu'un différend individuel oppose à une compagnie d'assurance ou son représentant habilité, à condition qu'elle soit consécutive à l'épuisement des voies de recours internes en usage au sein de la compagnie et que le litige soit en rapport avec des services offerts ou des contrats conclus entre les parties.

Pour cette raison, la saisine procède toujours d'une démarche volontariste des parties en conflit, qui conviennent de s'en remettre à la conciliation du médiateur en sa qualité d'entité neutre, susceptible de proposer une solution conciliatoire équilibrée fondée sur le droit et l'équité. A cet égard, elles restent libres d'interrompre à tout moment le processus de médiation ou de le prolonger jusqu'à son terme qui se matérialise par la formulation par le médiateur d'un avis de conciliation mettant fin au litige.

La procédure de médiation est régie en détail par une charte, dont copie en annexe.

### **1.2.2. Procédures de traitement**

Mu par l'objectif ultime de résolution des litiges soumis à son appréciation, le Médiateur consacre à sa mission toute la diligence requise et tous les moyens dont il dispose. Pour cette raison, il est à la quête constante de solutions équitables et équilibrées jugées satisfaisantes par les parties, en direction desquelles, il s'attache à toujours formuler des avis et recommandations réalistes fondées essentiellement sur le droit et l'équité.



Par ailleurs, il jouit d'une totale autonomie dans la conduite de sa mission de conciliation et peut en conséquence, rencontrer les parties ensemble ou séparément et en tant que de besoin entendre des tiers et prendre si nécessaire les avis d'experts indépendants des sociétés d'assurance.

Tenu au strict respect du secret professionnel, le médiateur s'interdit :

- de représenter ou de conseiller l'une des parties dans une procédure relative au litige faisant l'objet de sa médiation ;
- de solliciter, encore moins de recevoir d'instructions émanant des parties au litige ou de toute autre personne ou institution ;
- de manquer à l'obligation de neutralité, d'impartialité et d'indépendance qui lui incombe à l'égard des parties en litige ;
- de porter une appréciation personnelle sur la politique commerciale ou tarifaire d'une compagnie ;
- de chercher à influencer la décision souveraine de la compagnie en matière de réduction tarifaire ou de consentement d'un geste commercial au profit d'un assuré ;
- d'invoquer, dans une procédure judiciaire ou arbitrale ou dans toute instance ayant un rapport avec le litige, les constatations, déclarations, opinions, suggestions ou aveux recueillis à l'occasion de la médiation ainsi que l'avis personnel du Médiateur ; cette interdiction s'appliquant tout autant au médiateur qu'aux parties en litige.

Il convient toutefois de préciser que le client ou l'utilisateur et la société d'assurances ne sont pas obligés d'accepter les avis exprimés par le médiateur et restent libres de porter leurs litiges devant les juridictions compétentes.

## **II- La médiation en chiffres**

### **2.1. La demande de médiation**

En cinq exercices s'étendant de 2010 à 2014, la médiation des assurances a eu à son actif le traitement de 625 litiges, soit une moyenne annuelle de 125 dossiers.

Le constat qui se dégage de l'examen des statistiques 2014 confirme la tendance notée déjà l'année dernière d'une évolution en de scies du rythme des saisines, qui a connu en 2014 un léger accroissement avec 133 dossiers traités contre 128 en 2013 , soit une hausse globale d'environ 4%. Cette augmentation, si faible soit-elle cache de profondes disparités dans le comportement de ses deux composantes. En effet, la branche IARD s'est signalée par un net recul du nombre de saisines qui est passé de 113 à 108, ramenant sa part de 88% à 81%, soit un repli de 7 points ; tout le contraire de la branche VIE, dont le nombre de saisine est passé de 15 à 25, portant sa part de 12% à 19%, soit un gain de 7 points.

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

Branche	2010	2011	2012	2013	2014	Cumul des saisines
IARD	37	101	124	113	108	483
VIE	29	47	26	15	25	142
TOTAL	66	148	150	128	133	625

Cette faible hausse de 4% du nombre de saisines assimilable à une situation de quasi-stagnation trouve sa justification dans la conjonction de deux phénomènes à incidences contraires, à savoir :

- Un relâchement noté dans la qualité des prestations fournies par une société vie, qui s'est traduit par une augmentation de son taux de mises en cause qui est passé de 12% en 2013 à près de 19% en 2014. Il s'agit là d'une inversion de tendance survenue contre toute attente, d'autant que ladite société avait déjà procédé à une recapitalisation, avec comme effets induits l'amélioration de son volant de trésorerie censée impacter positivement sa capacité à faire face à ses engagements contractuels.
- La poursuite et la consolidation des améliorations déjà notées dans les procédures de règlement des sinistres sous l'effet combiné de l'institution du paiement comptant de la prime d'assurance (Article 13) et de la crainte des nouvelles sanctions édictées par le code en cas de manquement dûment constaté dans l'application rigoureuse des nouvelles modalités d'indemnisation des sinistres.

Tableau 2: Répartition des saisines entre les deux principales branches

Années	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
IART	37	56%	101	68%	124	83%	113	88%	108	81%
VIE	29	44%	47	32%	26	17%	15	12%	25	19%
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>	<b>148</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>

### 2.1.1. Les saisines relatives à la branche IARD

L'exercice 2014 apparaît comme un prolongement des tendances perceptibles les années précédentes avec comme fait marquant la prépondérance des litiges se rapportant à la garantie auto qui représente 94% du total 2014, contre 96% en 2013 et 90% en 2012. Les autres garanties incriminées, à savoir, la maladie et les risques techniques ne comptent que pour une part très marginale dans les déclarations de litiges, soit respectivement 4% et 1%. Autre constat récurrent, c'est encore la prédominance des dossiers matériels qui représentent 89% des litiges relevant de la branche Automobile contre 11% de dossiers corporels.

En 2013, ce rapport était de 87% contre 13%.

#### a) Litiges relevant de la branche Auto:

L'examen des cas litigieux soumis à la médiation au cours de l'exercice 2014 a permis de mettre en exergue les principales causes des récriminations émanant des assurés et des ayant droits ou de leurs représentants dûment mandatés, à savoir :

- **La non désignation ou la désignation tardive** par certains assureurs d'expert préposé à l'évaluation des dommages, sur des sinistres engageant la responsabilité totale des assurés qu'ils ont couverts. Il n'y a pas de doute que la généralisation d'une telle pratique finira par rendre inopérante la garantie «Défense et Recours»,

- **Les retards de règlement**

- Tendances notées chez certains assureurs de rendre systématique l'application de planning de règlements moratoriés ;
  - Fixation de jours dédiés au règlement, alors qu'il n'y a pas de jours dédiés à l'encaissement des primes ;
  - L'attitude regrettable de certaines compagnies d'assurance, qui se complaisent à retarder ou différer sans raison le versement de l'indemnité due au client, nonobstant le fait que celui-ci ait déjà marqué son accord sur la proposition d'indemnité qui lui a été faite par l'assureur,
- La tendance persistante notée au niveau d'une compagnie de la place à prononcer à l'encontre des tiers lésés des déchéances de garanties fondées sur l'impossibilité d'identification de ses propres assurés tenus responsables des sinistres qui lui sont déclarés, quand bien même, ces derniers seraient détenteurs d'une attestation d'assurance en état de validité. Il s'agit manifestement d'une entorse aux règles consacrées, car le motif invoqué ne fait pas partie des exceptions opposables aux tiers, telles qu'en dispose l'article 210 alinéa 2 du Code des Assurances. Pour rappel, ladite disposition n'a prévu qu'un seul motif de déchéance opposable aux victimes ou à leurs ayants droits; celui-ci a trait à la suspension régulière de garantie pour non-paiement de prime.
- les contestations par les assurés des rapports d'expertises produits par les experts commis par les compagnies, dont les causes les plus récurrentes sont les suivantes :
    - attitudes contestables des régleurs de sinistres, souvent enclins à se substituer aux experts pour corriger les devis de réparation présentés par les clients, alors qu'ils ne justifient d'aucune qualification les rendant aptes à apporter des modifications recevables sur de tels documents, établis par

les spécialistes de la réparation (concessionnaires et garagistes);

- méprises sur l'interprétation des clauses du contrat, qui résultent d'une méconnaissance par l'assuré des garanties octroyées lors de la souscription ;
  - Fixation fantaisiste du nombre d'heures de main d'œuvre et application d'un taux horaire sous-évalué, dont le montant est resté stationnaire depuis plus de 30 ans ;
  - Inexistence de règles précises de détermination du taux d'usure applicable ;
- **L'inclination affichée par une compagnie de rejeter systématiquement les sinistres dont le suivi est confié à des agents d'affaires dûment mandatés ; une position que nous jugeons inappropriée pour les raisons suivantes**
    - lesdits agents d'affaires tirent leur pouvoir des dispositions des articles 457 et suivants du Code des Obligations Civiles et Commerciales, ce qui les habilite à agir en lieu et place de leurs mandants pour entreprendre toutes démarches nécessaires à l'exécution des missions qui leur sont confiées ;
    - par ailleurs, les populations illettrées ou résidentes dans des zones reculées ont plutôt intérêt que le contraire à s'attacher les services de tels émissaires,
    - enfin, l'activité d'agent d'affaire est un métier dont l'exercice, outre sa licéité, n'a aucun caractère indigne. Il est pratiqué par de braves et honnêtes citoyens qui méritent considération et respect.

Pour cette raison, plutôt que de faire montre d'ostracisme à l'endroit de ces professionnels de l'intermédiation, ce qui pourrait être interprété comme une fuite en avant de l'assureur face à ses responsabilités, il est préférable de s'animer d'un esprit coopératif et leur permettre d'exercer convenablement leur mission de facilitation des procédures de

mobilisation des indemnités de sinistre, dont le règlement aux ayants droits constitue la véritable raison d'être des compagnies d'assurance.

Toutefois, l'assureur peut s'autoriser, dans l'hypothèse où il nourrit des craintes quant aux conditions de mise à disposition desdites sommes à leurs destinataires légitimes, de se libérer directement au moment du paiement, entre les mains des bénéficiaires concernés.

- **Les retards enregistrés tant dans la nomination des experts que dans la production de leurs rapports, qui sont dus aux causes suivantes :**
  - défaut de formalisation des procédures devant régir les relations entre assureurs et experts ;
  - Tendance des experts à ne plus remettre copie des rapports aux assurés, ce qui dénote un manque de transparence dont se plaignent de plus en plus les assurés, dont certains redoutent que des manipulations ex-post puissent y être apportées dans le but de se conformer aux directives des compagnies ;
  - Paiement tardif des honoraires dus à l'expert, entraînant de la part de celui-ci, des mesures de rétorsion se traduisant par des rétentions de rapport. A cet égard, il nous a été donné de constater des retards de règlement de plus d'1 an, voire 2 ans dont se sont rendues coupables certaines compagnies.
  - **Défaut de diligence dans le traitement et l'instruction des dossiers sinistres :** que rien ne justifie, hormis les failles dans l'organisation et le suivi des dossiers par la hiérarchie au sein de certaines compagnies. A cet égard, il nous a été donné de relever maints cas de sinistres déclarés qui sont restés plusieurs mois voire une année entière sans qu'il ait été procédé à un début d'instruction.

## **b) Litiges relatifs à l'assurance Maladie**

La pratique du système de « Tiers Payant » en assurance maladie a été encore émaillée par diverses récriminations dues au retard de règlement par les assureurs des factures des prestataires, membres des réseaux de soins mis en place par les assureurs.

Pour rappel, cette formule de couverture se singularise par la mise à disposition des assurés éligibles d'une minuscule carte de santé (généralement à puce électronique), garantissant au détenteur l'accès sans bourse déliée, aux soins fournis dans le cadre d'un réseau constitué de divers prestataires médicaux (médecins, pharmaciens, hôpitaux, cliniques, laboratoires, etc.), en contrepartie de l'engagement de l'assureur, à procéder au règlement mensuel des factures de soins, de fournitures de services médicaux ou de produits pharmaceutiques.

Ce système de couverture quoique très prisé par les assurés en raison de ses multiples avantages (absence d'avance de fonds, célérité dans la prise en charge et le traitement, mise à disposition des médicaments sur simple présentation d'une prescription médicale, etc.) est aujourd'hui menacé de disparition du fait de manquements récurrents de certaines des compagnies impliquées dans sa mise en œuvre et qui peinent à honorer à bonne date leurs engagements auprès des prestataires

Cette situation a conduit à une désaffection croissante de ces derniers vis-à-vis de cette formule, se traduisant par des suspensions répétitives de l'accès aux soins, voire la défection de certains prestataires qui préfèrent se retirer pour opérer en marge des réseaux en raison de l'importance des préjudices induits par de tels manquements.

A l'instar des années précédentes, 2014 a encore été marquée par diverses plaintes émanant des prestataires qui se plaignent de façon générale du non-respect des engagements souscrits par les compagnies, notamment ceux relatifs aux règlements de la facturation des services fournis. L'examen des litiges qui nous sont soumis, a permis de faire les constats suivants :

- l'existence d'arriérés de règlement qui remontent à plus de deux ans malgré les relances réitérées des prestataires lésés, restées le plus souvent sans réponse de la part des assureurs incriminés. Le plus étonnant dans cette affaire, c'est que les défaillances ainsi dénoncées sont le fait de compagnies dont la solvabilité n'a jamais été mise à défaut et dont on a du mal à cerner le bien-fondé de leur attitude qui est de nature à aggraver le discrédit dont souffre déjà la profession,

dont l'image déjà peu reluisante auprès du public, reçoit ainsi un sacré coup.

- Des suspensions de plus en plus fréquentes des prestations signalées çà et là, de la part de clients désabusés, pris devant le fait accompli de se voir interdits d'accès aux soins sans aucune notification préalable de préavis.

Il va sans dire que les manquements ainsi relevés dans les engagements contractuels de l'assureur sont sources de préjudices incommensurables pour les clients, dont entre autres :

- Privation de se soigner ou le démarrage tardif des soins en cas d'atteinte physiologique ou de maladie ;
  - Des arrêts brusques de traitement auxquels ils n'étaient pas préparés ;
  - Blocage de l'admission dans les cliniques et hôpitaux agréés même face à des cas d'urgence avérés.
- Des arriérés de règlement en suspens dont est redevable une compagnie d'assurance engagée dans une procédure de liquidation judiciaire.

Rien n'a pu être fait sur ce dossier, dont le requérant est tenu de se plier aux rigueurs de la procédure qui sera conduite jusqu'à son terme et dont l'aboutissement ultime sera l'arrêté par le juge commissaire de l'état des créances et la mise en place d'un plan de remboursement des différentes catégories de créances. A ce jour nous n'avons aucune maîtrise sur les délais de règlement desdites créances, encore moins sur la quote part du passif remboursable, d'autant que la réalisation de l'actif est entravée par une procédure judiciaire relative aux modalités de vente de certains biens immobiliers, dont le dénouement ne semble pas être pour demain.

### **c) Litiges relatifs à l'assurance Risques Techniques (RC Décennale /BDM)**

Le seul litige dont nous avons été saisis dans cette catégorie a trait à une plainte d'un courtier au sujet d'un litige se rapportant à une couverture RC Décennale accouplée à une garantie Bris de Machine, qui se résume comme suit :



Par suite d'une demande de couverture des risques précités, la société d'assurance a fait parvenir au client via son courtier, une double proposition de couverture ne laissant transparaître aucune réserve ou conditionnalité, pour les 2 volets Responsabilité Civile Décennale et Bris de Machine dont les primes fixées par la compagnie ont fait l'objet d'un encaissement sans réserve de cette dernière

Deux mois plus tard, la compagnie signifie au client que, faute d'avoir trouvé un réassureur, elle n'a d'autre alternative que de se rétracter et de dénoncer le contrat en cours.

Après analyse, nous avons été amenés à contester le bien-fondé de la position adoptée par la compagnie d'autant que selon une jurisprudence constante l'encaissement de la prime vaut acceptation du risque objet de l'offre de couverture. Par ailleurs, le motif invoqué, relatif aux difficultés de placement auprès des réassureurs est une affaire personnelle de l'assureur qui ne saurait en aucune façon, être prétexte à une dénonciation du contrat. (Cf. article 4 du Code des Assurances)

De surcroît, la proposition telle que formulée remplit toutes les conditions d'une note de couverture car, elle comprend les éléments essentiels, à savoir : la nature de la garantie couverte (RC Décennale), le montant du capital, la période de garantie (10 ans à compter de la réception provisoire) et le montant de la prime.

En justification supplémentaire de notre avis, nous avons été amenés à attirer l'attention de l'assureur sur les différents cas de jurisprudence ci-après :

« La loi n'a pas réglementé la forme de la note de couverture et elle peut être constituée par des manifestations écrites qui, sans ambiguïté, prouvent la rencontre des consentements des partenaires sur le risque, sa garantie et la prime » (Cass.civ. 22 janvier 1947 : RGAT 1947, 144-Cass.civ.I, 19 décembre 1989 : RGAT 1990,78 note H.Margeat et J.Landel). Ce qui à n'en pas douter correspond à notre cas de figure.

« Il y'a échange de consentements entraînant prise d'effet de la police, dès lors que la proposition est suivie de l'encaissement sans réserve de la première prime » (Cf.Cass.civil, 19 février 1964 :RGAT 1965,34).

- « Le paiement d'acomptes par l'assuré relatifs à une police non signée par l'assuré » Cf.Cass. civ.I,25 octobre 1989, RGAT 1990.306 H. Margeat et J.Landel) et même un téléphone d'acceptation du mandataire se l'assureur suivi d'une lettre du même jour (Cass.Civ. I 11 octobre 1988 RGAT 1988, 779 note J.Bigot).

Pour ces différentes raisons, nous avons été amenés à demander à la compagnie de faire droit aux prétentions du courtier, sommes toutes légitimes et de bien vouloir lui transmettre son contrat afin d'éviter ainsi les risques d'atteinte à l'image et à la notoriété du secteur qui pourrait découler d'une telle dérobade de l'assureur face à ses responsabilités.

#### **d) Assurance Multirisque Professionnelle**

La seule plainte dont nous avons été saisie sur cette catégorie, a été initiée par un courtier qui assurant la défense des intérêts de ses clients, s'était plaint de l'attitude d'une compagnie de la place, qui outrepassant les dispositions de l'alinéa 3 de l'article 13 modifié par suite de l'adoption du REGLEMENT N°0001/CIMA/PCMA/PCE/2011, s'était permis, après avoir renouvelé un contrat d'assurance dont la prime n'a pas été payée, de comptabiliser cette prime de renouvellement comme une créance dont serait redevable l'assuré et d'en exiger le paiement.

Il convient cependant de souligner que l'assureur s'est montré très coopératif dès notre premier entretien, lors duquel, nous lui avons rappelé les dispositions suivantes du code, applicables en la matière :

- *d'une part, « Il est interdit aux entreprises d'assurance, sous peine des sanctions prévues à l'article 312, de souscrire un contrat d'assurance dont la prime n'est pas payée ou de renouveler un contrat d'assurance dont la prime n'a pas été payée »*
- d'autre part, au regard de l'article 14 tel qu'en dispose le même « Règlement précité » l'assureur est tenu : *de faire parvenir à l'assuré, un avis d'échéance 45 jours à l'avance, en lui rappelant que le contrat sera résilié de plein droit si la prime de renouvellement n'est pas payée dans les délais prévus à l'article 13.*

Dès ce rappel à l'ordre, l'assureur a aussitôt reconsidéré sa position, ce qui a débouché sur une résolution immédiate dudit différend.

### e) Réclamation de commissions arriérées

La seule requête qui nous est parvenue dans cette catégorie, a trait à une plainte d'un assuré sinistré, qui a été destinataire d'une offre d'indemnisation jugée insuffisante. La prise en main du dossier a permis de trouver un compromis, à la suite de la mise en œuvre d'une procédure de contre-expertise ayant abouti à une revalorisation de l'indemnité favorablement accueillie par l'assuré.

*Tableau 3: Répartition des saisines IART*

Objet des litiges	Nombre de saisines	%
Assurance AUTO	100	92%
Assurance Multirisque Professionnelle	1	1%
Assurance Santé	4	4%
Assurance Risques Techniques (RC Décennale /BDM)	1	1%
Réclamation de commissions arriérées	2	2%
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

*Tableau 4: Evolution de la répartition des saisines IARD*

Nature des Garanties	Nombre de saisines				
	2010	2011	2012	2013	2014
Assurance AUTO	36	91	121	109	100
Personnes Transportées	0	0	1	0	0
Assurance Santé	1	8	0	3	4
Assurance VOL	0	0	1	0	0
Assurance Transport	0	2	0	0	0
Assurance Incendie	0	0	2	1	1
RC Décennale /BDM	0	0	0	0	1
Commissions arriérées	0	0	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>101</b>	<b>125</b>	<b>113</b>	<b>108</b>

### **2.1.2. Les saisines relatives à la branche VIE**

Il ressort de l'examen des litiges vie soumis à la médiation que les garanties incriminées sont à quelques différences près, les mêmes que celles de l'année dernière et se présentent comme suit :

#### **a) Litiges affectant la garantie *Complémentaire Retraite* :**

Le pourcentage de litiges affectant cette garantie est passé de 67% en 2013 à 73% en 2014.

L'analyse des mises en cause met à l'index une des compagnies de la place qui se signale encore par l'importance des récriminations formulées à son encontre par des assurés pas du tout satisfaits de la qualité des prestations servies qui sont loin de refléter les engagements contractuels pris par l'assureur lors de la souscription. Cette compagnie est à elle seule responsable de 89% des litiges frappant cette garantie, lesquels apparaissent comme autant d'entorses vis-à-vis de la réglementation ou de l'application des clauses contractuelles.

Entre autres reproches faits à l'endroit de cette compagnie, nous citerons :

- Refus par l'assureur de libérer l'épargne constituée au terme du contrat. Une attitude très nocive qui semble être érigée en règle d'or par l'assureur susvisé ci-dessous, dont certains clients en sont amenés à rester 1 ou parfois même 2 ans ou plus, avant de se décider à transférer le litige à la médiation des assurances,
- des propositions de moratoires faites par l'assureur en lieu et place du règlement global du capital dû lors de l'arrivée à maturité des contrats,
- des retards récurrents dans le règlement des demandes de rachat formulées par les assurés,
- des offres de règlements partiels du capital dû à l'arrivée à maturation des contrats faites par l'assureur qui, non content d'imposer le placement du reliquat comme il en a l'habitude, se permet de procéder à

des reconductions automatiques desdits placements à leur échéance annuelle sans accord express de l'assuré.

Il convient de souligner qu'au regard desdits manquements, la plupart des assurés se voient contraints de ratifier contre leur gré, les propositions de placement ainsi initiées par l'assureur et qui leur sont soumis par voie d'avenants établis de façon unilatérale, sans aucune possibilité d'en négocier les conditions (durée du placement, taux de rémunération et Participation Bénéficiaire)

#### **b) Litiges affectant la garantie Rente Education :**

La part de cette garantie dans les litiges est passée de 20% en 2013 à 23% en 2014.

A cet égard, il convient de préciser que seules deux compagnies parmi les sept (7) sociétés vie que compte le marché, sont impliquées chacune pour moitié dans les litiges relatifs à cette garantie.

Cependant, si l'analyse des récriminations relevées pour l'une, met en exergue des retards dans la mise à disposition de l'épargne constituée, imputables à des problèmes organisationnels ; il en va autrement pour l'autre compagnie qui est confrontée à des difficultés de trésorerie, perceptibles déjà depuis plusieurs années.

De tels manquements sont sources de préjudices incommensurables pour les assurés dont les projets nourris pendant de longues années ou tout au long de leur carrière pour certains, sont voués à l'échec du fait de l'incapacité manifeste desdites compagnies à honorer leurs engagements contractuels.

En effet, la souscription d'une police « Rente Education » est un acte de prévoyance dont l'objectif principal est la constitution de ressources pour faire face aux frais d'études futures d'un enfant, à la retraite du chef de famille ou en cas de décès prématuré de celui-ci. A cet égard, toute défaillance dans le

respect des engagements peut compromettre la poursuite de la scolarité de l'enfant pour compte duquel, cette épargne prévoyance a été constituée.

En conséquence, il est regrettable de constater que l'une des compagnies qui est en butte à des difficultés financières, plutôt que de tenir à ses engagements à l'échéance, se complaît à proposer à ses adhérents le versement partiel du capital dû et la rétention du reliquat qu'elle reconvertit sous forme de placement à des conditions non négociables, qui sont loin de garantir la préservation des intérêts des bénéficiaires (durée du placement, taux de rémunération et Participation Bénéficiaire)

Il convient à cet égard de relever, que la ratification par les adhérents ainsi floués de l'avenant de placement imposé par l'assureur est loin de signifier leur pleine et entière adhésion à la règle de dénouement ainsi prônée par l'assureur.

### **c) Litiges affectant la garantie Mixte :**

L'analyse des requêtes nous amène à constater une légère régression des incriminations affectant cette garantie, dont la part dans les litiges déclarés, est passée de 6% en 2013 à 4% en 2014.

Les manquements relevés sont le fait d'une seule compagnie qui n'a pu tenir ses engagements de libération de l'épargne constituée à l'arrivée à maturation du contrat souscrit.

Il convient de rappeler pour mémoire que la souscription de cette garantie est souvent dictée :

- soit par le souci de constituer un capital dédié à la réalisation d'un projet personnel ou à la reconversion professionnelle après la retraite,
- soit de constituer un capital de prévoyance dédié à la prise en charge temporaire des héritiers dans l'hypothèse d'un décès prématuré.

Dans le cas qui nous concerne, l'assuré est resté plus de trois ans après le terme de son contrat sans mise à disposition de l'épargne constituée et sans qu'aucune explication ne lui soit fournie. De guerre lasse, après des relances

réitérées, il a fini par transférer le dossier à la médiation, avant d'être rétabli dans ses droits.

*Tableau 5: Répartition des saisines VIE*

Nature des Garanties	Nombre de contrats		Pourcentage de variation
	2013	2014	
Complémentaire Retraite	11	19	73%
Rente Education	3	6	23%
Mixte	1	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

*Tableau 6: Evolution de la répartition des saisines VIE*

Nature des Garanties	Nombre de saisines				
	2010	2011	2012	2013	2014
Retraite Complémentaire	17	42	19	11	19
Rente Education	9	3	2	3	6
Mixte	3	1	5	1	1
Temporaire Décès	0	1	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>26</b>

## 2.2. Les sources de saisine

### 2.2.1. Profil des requérants

#### a) Profil des requérants IARD

Il ressort de l'analyse des réclamations que 107 dossiers nous sont parvenus, lesquels émanent de quatre sources distinctes au premier plan desquelles les courtiers pour 60%, suivis des « Tiers lésés » qui comptent pour 39%, ensuite des compagnies pour 1% (Cf. Tableau n°7 ci-dessous).

#### Tiers lésés :

Le nombre de tiers lésés ayant initié des saisines est passé de 46 à 42, soit une légère régression. Cependant force est de constater que les griefs formulés à l'encontre des compagnies présentent les mêmes similitudes que ceux des

années précédentes, ce qui nous amène à penser que les compagnies sont loin d'avoir totalement mis en œuvre les mesures préconisées dans nos différents rapports en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations et résorber ainsi les manquements récurrents qui leur sont reprochés.

En effet, le constat qui se dégage de l'examen des requêtes, laisse entrevoir la résurgence des mêmes plaintes qui ont pour noms :

- 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 (qui sont des hommes de l'art), 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.

Par ailleurs, toujours dans cette catégorie des tiers lésés, il nous été donné de recevoir une plainte émanant d'un pharmacien qui, en sa qualité de membre d'un réseau de soins, est resté deux ans sans encaisser le moindre règlement de la part de l'assureur, qui s'était pourtant engagé à honorer les factures des prestataires selon une périodicité mensuelle.

Outre les tensions de trésorerie dont a souffert cette pharmacie et qui lui a valu de sérieuses difficultés financières, cet état de fait a causé de pénibles désagréments à la clientèle « Tiers Payant » qui à eu à essuyer diverses rebuffades, dont entre autres, des services au compte gouttes et même dans



certains cas extrêmes, la suspension de la validité des cartes de soins, avec comme conséquence : l'interruption totale de livraison des médicaments.

- **Courtiers :**

Cette année encore, à l'instar de l'année précédente, est marquée par une prépondérance des saisines issues des courtiers, lesquelles se sont élevées à 60% du total des requêtes de l'exercice.

Les principales motivations desdites requêtes sont dictées par des impératifs liés à la mission de conseil qui leur est dévolue auprès de leurs clients. En effet, c'est au courtier qu'incombe le diagnostic des besoins de couverture de son client ainsi que la mise au point des types de contrats les mieux adaptés pour lui assurer une protection optimale. Pour cette raison, toute difficulté rencontrée dans le respect des engagements de l'assureur auprès duquel sont domiciliés les risques dont la gestion est confiée au courtier, est interprétée comme un propre manquement dont doit répondre ce dernier en sa qualité de conseil. C'est d'ailleurs, la raison pour laquelle, le dispositif de médiation a suscité tant d'engouement au niveau de cette catégorie de professionnels, qui y trouve une réponse appropriée pour satisfaire les attentes légitimes de ses mandants en matière de qualité de service.

Il convient à cet égard de préciser pour s'en féliciter que la totalité des saisines initiées par les courtiers au nombre de 64 ont toutes fait l'objet d'un règlement dans des délais raisonnables, ce qui témoigne de l'esprit coopératif dont ont fait montre les compagnies dans la gestion conjointe desdits dossiers.

- **Compagnie :**

Le seul dossier dont la saisine a été initiée par une compagnie, se rapporte à des difficultés de dénouement des règles de compensation inter-compagnies, qui ont été à l'origine de retards accusés dans libération de l'indemnité de sinistres, causant ainsi d'énormes préjudices à un client qui n'était aucunement concerné par ce litige.

Pour rappel des faits, la compagnie créancière de l'indemnité de sinistre avait bloqué à dessein le règlement dû à l'assuré de la compagnie adverse, au motif que cette dernière lui devait des règlements en suspens se rapportant à des primes de coassurance non encore reversées.

Notre intervention sur ce dossier a permis de rappeler à la compagnie défaillante, qu'elle n'était pas fondée à se prévaloir d'un retard accusé dans le règlement de la quote part de prime lui revenant sur une police coassurée, pour bloquer la libération de l'indemnité due en assurance de responsabilité, car un tel motif ne saurait être motif à déchéance, d'autant qu'il ne fait pas partie des exceptions opposables aux tiers lésés (Cf. Article 210 du code des assurances).

Notre avis a été aussitôt pris en considération par la compagnie et a abouti à la résolution du litige.

*Tableau 7: Répartition des saisines par source de réclamation*

Statut du réclamant	2013		2014	
	Nombre de réclamants	Proportion	Nombre de réclamants	Proportion
Tiers lésés	46	41%	42	39%
Courtiers	64	57%	64	60%
Assuré	1	1%	0	0%
Compagnie	0	0%	1	1%
Ayant droit	1	1%	0	0%
Etat	1	1%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

## **b) Profil des requérants VIE**

Toutes les requêtes relatives à la branche Vie ont été directement initiées par les souscripteurs des polices incriminées.

## 2.2.2. Caractéristiques des litiges de l'exercice

### 2.2.2.1 Recevabilité des saisines IARD

Sur un total de 107 saisines IARD parvenues à la médiation des assurances au cours de l'exercice 2014, 101 sont jugées recevables et ont fait l'objet d'un traitement diligenté par nos services contre 7 qui n'ont pu être instruites et qui se répartissent comme suit : 3 dossiers incomplets, 1 dossier dont le traitement est du ressort de l'Agent Judiciaire de l'Etat, 3dossiers jugés irrecevables

- **3 dossiers jugés irrecevables, dont :**
  - ❖ 1 dossier se rapportant à un sinistre dont le règlement incombe à une compagnie engagée dans une procédure de liquidation judiciaire. Pour cette raison, nous avons renvoyé le plaignant à se pourvoir auprès du liquidateur en charge de la conduite de cette opération.
  
  - ❖ 1 dossier estimé irrecevable pour défaut d'assurance. Son examen nous a permis de réaliser que le civilement responsable ne s'était pas acquitté lors de la survenance du sinistre de l'obligation de souscription d'une assurance responsabilité civile auto qui s'impose à toute personne impliquée dans la mise en circulation d'un véhicule terrestre à moteur, conformément aux dispositions de l'Article 200 du Code des Assurances.
  
- **2 dossiers incomplets :** pour lesquels, nous avons été amenés à réclamer la production des pièces manquantes, dont le défaut de production constitue une entrave sérieuse à leur traitement.

Il convient de préciser que le processus de leur institution sera relancé dès réception des compléments de dossiers requis.

- **2 dossiers redirigés dans les conditions suivantes :**
  - **L'un vers l'Agent Judiciaire de l'Etat :** Ce dossier est relatif à un sinistre impliquant un véhicule de l'armée et dont le processus d'instruction avait fait déjà l'objet de négociations engagées entre la Fédération des

Sociétés d'Assurances Sénégalaises et l'Agent Judiciaire de l'Etat. C'est pour cette raison que nous nous sommes interdit toute immixtion dans cette affaire qui est déjà entre de bonnes mains.

- **Le second dossier a été redirigé à la Direction des Assurances** : il s'agit d'un (1) dossier se rapportant à la réclamation par un courtier des arriérés de commission dus par la compagnie de domiciliation des risques de son client. Nous avons conseillé au plaignant de se rapprocher de la Direction des Assurances, qui hormis la voie judiciaire, est la seule institution compétente en sa qualité de régulateur pour trancher un tel litige.

Tableau 8: Répartition des dossiers de saisine IARD

Garanties	Nombre de saisines	Dossiers Irrecevables	Dossiers Incomplets	Dossiers Redirigés	Dossiers Recevables	Dossiers Réglés	Dossiers en instance
AUTO	102	2	2	1	97	90	7
Santé	1	0	0	0	1	1	0
Incendie	1	0	0	0	1	1	0
RC D /BDM	1	0	0	0	1	1	0
Commissions arriérées	2	1	0	1	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>101</b>	<b>94</b>	<b>7</b>

### 2.2.2.2 Recevabilité des saisines VIE

Les saisines dont l'assurance VIE a fait l'objet, au nombre de 26 sont toutes jugées recevables. Elles ont toutes fait l'objet d'un traitement ayant abouti à un règlement des capitaux dus, à l'exception d'un seul dossier relatif à une police de moins de deux ans d'existence. Au sujet dudit dossier, il convient de préciser que la compagnie est tout à fait fondée à ne pas accéder à la demande de rachat formulée par le client, car ce rejet découle d'une disposition contractuelle de portée générale des polices capitaux différés, au titre de laquelle, les opérations de rachat ne sont réalisables que sur des polices de plus de deux ans d'âge. Pour cette raison, nous avons été amenés à informer le contractant qui s'estimait abusé, que la compagnie n'a fait qu'appliquer les

conditions contractuelles et qu'en l'espèce les motifs qui fondent la licéité de ladite clause sont les suivants :

- La compagnie engage des frais d'acquisition lors de la mise en place des contrats, dont principalement ceux afférents aux démarches commerciales, en l'occurrence les commissions dues aux courtiers ou apporteurs d'affaires qui sont précomptées et payées par avance par la compagnie, sur la base de la durée de vie probable du contrat,
- La rupture du contrat initiée unilatéralement par le souscripteur est souvent de nature à déjouer les prévisions de recettes de l'assureur, dont le seul moyen de récupérer les frais engagés consiste à en assurer la compensation avec les cotisations perçues lors des deux premières années.

Tableau 9: Répartition des dossiers de saisine VIE

NATURE DES GARANTIES	Nombre de litiges	Nombre dossiers réglés	Défavorables	Rejeté
Complémentaire Retraite	19	18	1	0
Rente Education	6	6	0	0
Mixte	1	1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

### 2.2.3. Nombre de compagnies impliquées

#### a) Secteur IARD

Le dépouillement des litiges ressortant du domaine de l'assurance IARD, laisse entrevoir l'implication de dix compagnies IARD sur les seize (16) que compte le marché.

Parmi celles-ci, quatre concentrent à elles seules 95% des litiges, dont deux comptent pour 83%.

#### b) Secteur VIE

Deux compagnies VIE sur les sept en activité au cours de l'exercice 2014, sont les seules à être impliquées dans les litiges qui nous ont été déclarés, dont l'une pour 77% et l'autre pour 23%.

Par ailleurs, l'analyse de la répartition des mises en cause, laisse percevoir une inversion de tendance chez l'une des sociétés qui, après s'être illustrée par une baisse régulière des réclamations à son encontre pendant trois années successives, a enregistré en 2014 une hausse subite de 33% des plaintes formulées à son endroit.

Il convient également de faire remarquer que pour une première, une compagnie qui naguère jouissait d'une bonne réputation pour la qualité de ses services a manifesté des signes inquiétants de dégradation de ses services après-vente. Le seul bémol qui laisse croire, qu'il ne s'agit là que d'une situation conjoncturelle plutôt que structurelle, réside dans le fait que ladite compagnie s'est engagée au cours de l'exercice dans un processus de restructuration interne.

A cet égard, nous estimons que cette compagnie retrouvera bientôt la plénitude de ses capacités dès que la restructuration en cours sera conduite jusqu'à son terme.

## **2.3. Résultats obtenus**

### **2.3.1. Nature et nombre de dossiers réglés**

Sur les 133 litiges dont nous avons été saisi au cours de l'exercice, 127 ont été jugés recevables, dont 101 affectant la branche IARD et 26 relevant de la branche VIE.

Ils ont été traités par les services de la médiation et ont débouché sur des accords de règlement favorablement accueillis par les parties et ayant abouti au règlement effectif de 119 dossiers sur les 127 éligibles à l'instruction, soit un taux de réussite de 94%.

### **2.3.2 Les indemnités en montant de l'exercice 2014**

Le décompte des règlements effectués au titre de l'exercice 2014 s'élève globalement à **198 704 798 FCFA** dont **141 691 028 FCFA** pour la branche IARD et **57 013 770 FCFA** soit une progression de **138%** par rapport à l'exercice écoulé.

Il en résulte à la clôture de l'exercice 2014, des paiements d'indemnités d'un global de **650 millions de francs CFA**, qui ont pu être récupérés sur un nombre de dossiers en souffrance depuis 2010 évalué à 593 unités.

### **III- Actions de vulgarisation entreprises au cours de l'année 2014**

Au cours de l'exercice, le Médiateur accompagné des experts financiers a entrepris une tournée régionale qui s'inscrit dans le cadre de la campagne de sensibilisation et de vulgarisation du dispositif de médiation, encore quelque peu méconnu dans les zones de l'intérieur.

Lors desdits déplacements, l'équipe de la médiation a eu à visiter les localités suivantes : Ziguinchor, Ourosogui, Matam, Podor et Saint Louis.

En raison de l'intérêt grandissant que la médiation a suscité au niveau des populations cibles de l'intérieur, dont en l'occurrence, les enseignants, les corps militaires et paramilitaires, les commerçants et transporteurs, la poursuite desdites tournées s'impose et apparaît comme une demande fortement exprimée par les ressortissants des zones non couvertes lors des éditions antérieures.

C'est la raison pour laquelle, la médiation envisage de relancer son programme de tournées régionales en 2015. A cet égard, le focus sera mis sur la zone Est et Centre qui font partie des localités les plus accidentogènes du pays, zones dont sont ressortissants nombre de tiers lésés et ayants droits laissés à eux-mêmes et en direction desquels, la médiation nourrit une forte ambition en matière d'assistance et de protection sociale.

### **IV- CONCLUSION-RECOMMANDATIONS**

L'analyse des griefs les plus récurrents, formulés à l'encontre des compagnies, laisse lire d'une part, la résurgence des mêmes plaintes que celles exprimées les années précédentes et d'autre part, leur concentration d'année en année sur un même groupe de 4 compagnies qui totalisent à elles seules plus de 80% des récriminations.

Ce qui nous amène à nous interroger sur la capacité des dites sociétés à opérer les mutations nécessaires pour se mettre aux normes en adoptant les bonnes pratiques nécessaires afin de restaurer la confiance des assurés et de requinquer leur propre image fortement entachée et au-delà l'image globale de l'assurance gravement atteinte par la ténacité de telles dérives, décriées à cor et à cri par les usagers.

Cette situation nous amène à formuler les recommandations suivantes :

- **Règlement sans délai des sinistres objets d'une offre d'indemnité initiée par l'assureur et approuvée par le bénéficiaire :**

En raison du décalage de plus en plus perceptible entre la validation par l'assuré de l'offre d'indemnité de la compagnie et le délai mis par celle-ci pour en assurer le règlement effectif, certains assurés en sont amenés à se poser la question de savoir, si véritablement les compagnies disposent de ressources suffisantes pour faire face à leurs engagements contractuels. Cette attitude, outre l'atteinte à l'image qui en résulte, est également 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 beaucoup de désagréments, dont en l'occurrence la paralysie momentanée de leur activité.

Pour cette raison, nous préconisons aux compagnies de faire preuve de rigueur lors des offres d'indemnisation, dont la présentation aux assurés doit être assortie de la disponibilité préalable de ressources suffisantes pour en assurer un règlement immédiat. Toute autre attitude ne fera que contribuer davantage à ruiner la crédibilité du secteur et à jeter le discrédit sur les professionnels qui en sont les principaux animateurs.

- **Davantage de rigueur dans le respect des délais de règlement contractuels :**

Les griefs les plus récurrents à l'encontre de la branche vie ont trait à l'incapacité manifeste de certaines compagnies à respecter les délais contractuels de règlement de leurs prestations. A cet égard, il nous a été donné



de constater de façon systématique sur la plupart des requêtes qui nous sont parvenues, des retards de règlement qui vont de 1 an à 3 ans.

Il en résulte divers préjudices pour les bénéficiaires dont entre autres, l'avortement des projets muris pendant de longues années, l'interruption, voire l'arrêt brutal du cursus scolaire des enfants et l'indisponibilité des ressources nécessaires pour compenser la faiblesse des régimes légaux de prévoyance (IPRES, Fonds National de Retraite).

Ce qui nous amène à recommander fortement que les compagnies s'attachent du mieux qu'elles peuvent au respect des délais de règlements contractuels.

Pour y parvenir, elles doivent se conformer strictement aux modalités de provisionnement et de représentation de leurs engagements contractuels telles qu'en disposent les articles 334 et 335 du Code des Assurances .

- **Transmission simultanée du rapport d'expertise à l'assureur et à la victime ou son ayant droit :**

Une nouvelle pratique fortement décriée par les créanciers de l'indemnité et consistant à l'interdiction de la transmission directe aux assurés des rapports apprêtés par les experts est en train de se généraliser sur le marché. Il s'agit d'un nouveau mode opératoire que les compagnies imposent progressivement aux experts de leur réseau afin d'éviter les contestations que certaines victimes seraient amenées à élever, dans l'hypothèse où l'indemnité retenue par le client serait moindre que celle ressortie dans le rapport. Pour cette raison, certaines compagnies préfèrent prendre les devants, en harmonisant leur position avec celle des experts avant de faire établir un rapport définitif transmissible à l'assuré. Cette nouvelle attitude imposée sans justification aucune, aux victimes et bénéficiaires d'indemnité, qui du reste, promeut le règne de l'opacité dans les rapports contractuels, est interprétée par ces derniers comme un recul dans la transparence et une volonté manifeste de collusion d'intérêts entre assureurs et experts.

En conséquence, elle ne saurait valablement être érigée en règle de conduite d'autant que le rôle de l'expert n'est pas de déterminer à la place de l'assureur, l'indemnité de sinistre dont la fixation du quantum procède d'une expertise

propre à la spécialité de l'assureur. Le rôle de l'expert étant plutôt circonscrit à l'identification des causes et circonstances des sinistres, à la détermination des responsabilités et à l'évaluation du montant des dommages qui est loin de correspondre à l'indemnité due par l'assureur. La détermination de l'indemnité prend en compte divers éléments qui sont hors du champ de compétence de l'expert, dont entre autres : les limites des garanties octroyées, les exclusions de couverture, les obligations de l'assuré dont le non respect peut être source de sanctions diverses, les franchises applicables, etc.

Fort de toutes ces considérations, nous estimons que l'assureur gagnerait à affiner davantage la communication menée à l'endroit des assurés pour les informer du rôle véritable de l'expert plutôt que de se prêter à un jeu de cache-cache, qui ne contribue qu'à attiser davantage le climat de suspicion émaillant habituellement les rapports entre assureurs et assurés.

- **Refus d'instruction des sinistres suivis par les agents d'affaires :**

Certaines compagnies se complaisent désormais à écarter du champ des dossiers éligibles à une prise en charge, ceux dont le suivi est dévolu à des agents d'affaires en leur qualité de mandataires. Les raisons brandies en justification de l'ostracisme dont elles font montre à l'endroit de ces professionnels de l'intermédiation sont les suivantes :

- La crainte d'exposer les victimes à des prélèvements de commissions anormalement élevés, sans rapport avec la charge de travail fournie par lesdits agents ;
- La rétention arbitraire d'indemnité pouvant se traduire par un retard tardif ou un détournement pur et simple ;
- La sauvegarde des intérêts des héritiers et ayants droits de la victime décédée. Il convient de noter, qu'il est signalé par moment, l'intrusion d'agents d'affaires sur des dossiers pour lesquels, ils ne disposent d'aucun mandat, ou tout au moins que d'un mandat tronqué dont ne sont pas parties prenantes certains des héritiers non informés de la procédure en cours, s'ils ne sont pas tout simplement écartés à dessein avec la complicité de leurs collatéraux.

Quoique louables, les motivations qui militent en faveur de la mise à l'écart des agents d'affaires dans le processus d'indemnisation laissent transparaître diverses limites qui sont autant d'entraves à la mise à disposition des indemnités entre les mains des véritables ayants droits.

En effet, n'eût été l'apport desdits agents :

- Nombre de victimes seraient laissées à elles-mêmes, du fait de la sous information sur leurs droits à réparation et leur méconnaissance manifeste des règles d'indemnisation ;
- Nombre de demandes d'indemnisation ne seraient pas présentées aux assureurs, parce que la plupart des victimes dont les dossiers sont gérés par lesdits agents d'affaires sont des ressortissants de zones péri urbaines ou de localités très éloignées de la capitale et relèvent souvent de catégories sociales vulnérables ou déshéritées ne disposant pas de ressources suffisantes pour entreprendre les diverses démarches que requiert le suivi d'un dossier d'indemnisation (pour assurer de fréquents déplacements sur Dakar en plus de devoir faire face aux divers débours nécessaires pour la constitution des pièces) ;
- Nombre de dossiers ne pourraient valablement être constitués de façon à être éligibles à une instruction sans anicroche. En effet, la constitution des pièces constitutives d'un dossier de demande d'indemnisation est une autre paire de manche que seuls des professionnels chevronnés sont capables d'assumer dans des délais raisonnables. Pour cette raison, les populations illettrées qui constituent la frange la plus importante des ayants droits des indemnités de sinistre ont énormément besoin d'appui et d'assistance lors de la constitution de leurs dossiers de réclamations, qui ne peuvent leur être procurés que par les agents d'affaires qui sont sur le terrain. Il convient de préciser que les compagnies malgré leurs bonnes intentions ne sont pas pourvues en catégorie de personnel dédiée à la réalisation des mêmes missions. Dès lors, la mise à l'écart des agents d'affaires dans le processus d'indemnisation sera de nature à favoriser l'impossibilité d'exercer dans toute sa plénitude la principale mission dévolue à l'assureur qui est celle de la réparation des préjudices et dommages causés aux victimes. Il n'y a pas de doute que la

suppression de ce volant d'activité dévolu aux agents d'affaires ne pourrait qu'engendrer :

- La mise à l'écart dans le processus d'indemnisation d'une frange importante des ayants droits ;
- La rétention par les compagnies d'indemnités représentatives de la contrepartie des primes encaissées et ceci au détriment des ayants droits potentiels qui sont privés ainsi de toutes possibilités de faire valoir leurs droits à indemnisation ;
- L'accentuation de la dégradation de l'image de l'assurance déjà fortement écornée par divers clichés et stéréotypes dont elle a du mal à se défaire.

Fort de toutes ces considérations, nous recommandons aux compagnies de s'inscrire résolument dans une dynamique de partenariat avec les agents d'affaires, en l'assortissant de la mise en œuvre des mesures suivantes :

- Requérir préalablement à l'accréditation de tout agent d'affaires, outre la procuration ou le mandat authentique qui l'habilite à instrumenter en qualité de mandataire au nom et pour le compte de son mandant, la présentation par celui-ci d'une convention additionnelle fixant les modalités de commissionnement dûment ratifiée par les ayants droits à l'indemnité. Dans ce cas de figure, nous préconisons qu'il soit procédé par les soins de l'assureur à la vérification du taux de commissionnement appliqué qui ne doit en aucune façon s'éloigner des pratiques habituelles en la matière et s'assurer que sa fixation n'est empreinte d'aucun vice de consentement. En l'espèce, nous suggérons que le plafond maximal pouvant être admis en taux de commissionnement soit fixé à 20%, sans aucune possibilité de dépassement pour quelque raison que ce soit ;
- Libeller les chèques d'indemnités au nom de l'ayant droit et dans le cas de multiplicité des bénéficiaires au nom de celui d'entre eux qui serait détenteur d'une procuration dûment ratifiée par chacun des bénéficiaires ;

- Se libérer exclusivement entre les mains des ayants droits dont le déplacement sur Dakar pourrait en cas de besoin, être préfinancé par l'assureur pour la remise en mains propres des chèques de règlement leur revenant. Préalablement à cette remise, il est suggéré à la compagnie de tenir une séance de travail tripartite entre l'agent d'affaires, l'ayant droit et le régleur sinistre en vue de repréciser pour que nul n'en ignore les termes de la convention, en mettant le focus sur le montant de la commission qui revient de droit à l'intermédiaire attitré pour solde de tous comptes.

- **Gestion du réseau d'experts :**

Afin de réduire la fréquence des griefs relatifs aux procédures d'expertise, dont les plus récurrents ont trait aux délais de nomination des experts ou de production des rapports d'expertise, nous préconisons la mise en œuvre des mesures suivantes :

- ❖ De procéder à une répartition plus équitable des dossiers entre les différents experts selon leur domaine d'intervention de façon à éviter de surcharger certains d'entre eux, leur empêchant ainsi de produire leurs rapports dans les délais requis ;
- ❖ De mettre en place des conventions de collaboration applicables à tous les experts du réseau dont s'est dotée la compagnie, en y faisant figurer des engagements fermes leur assignant des délais impératifs de production de leurs rapports ;

- **Relèvement et uniformisation du taux horaire de main d'œuvre :**

Pour faire taire les différentes contestations élevées par les assurés et les garagistes en raison des disparités perceptibles dans la fixation des taux horaires de main d'œuvre, dont les niveaux estimés très faibles par la plupart des bénéficiaires concernés, varient du simple au quadruple, nous préconisons à l'adresse des compagnies l'organisation de concertations avec

tous les acteurs impliqués (concessionnaires, garagistes, membres de la Fédération des Assureurs et Ministère du commerce) en vue du relèvement et de l'uniformisation du taux horaire applicable aux structures en charge de la réparation .

- **Mise en place d'un comité de suivi de l'application des recommandations :**

Il s'agit là d'une préconisation déjà formulée dans le rapport 2013 que nous considérons être toujours d'actualité, car ce n'est qu'à cette condition que le marché parviendra à mettre à profit les différentes recommandations qu'appelle le diagnostic du secteur, duquel ressortent les principaux problèmes entravant son développement et dont la résolution ne peut se concevoir sans une ferme volonté des principaux acteurs d'en assurer dans un élan unitaire, une mise en œuvre adéquate.

Pour cette raison, nous préconisons de nouveau la mise en place d'un Comité tripartite de suivi des recommandations piloté par la Direction des Assurances auquel se joindront la FSSA et l'OQSF.

## ANNEXES

- 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

**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 Inter africaine 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 des institutions 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 matière ;
- 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 Ministre 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 et des 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 accompagnée 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 l'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'Observatoire 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,

**Article 18** – 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.

- **L'Observatoire de la Qualité des Services Financiers du Sénégal** ci-après désigné « l'Observatoire », d'une part,
- **les sociétés d'assurances**, d'autre part,

ont convenu d'adopter la présente charte destinée à régir la procédure de médiation instituée par le décret n° 2009-95 du 6 février 2009 portant création et organisation de l'Observatoire de la Qualité des Services Financiers.

La médiation est organisée selon les principes et règles ci-après :

#### **ARTICLE 1 : CHOIX DU MEDiateUR**

Le Médiateur pour les sociétés d'assurances, ci-après désigné « le Médiateur », est une personnalité indépendante, extérieure aux sociétés d'assurances, nommée par arrêté du Ministre de l'Economie et des Finances conformément au décret n° 2009-95 du 6 février 2009 portant création et organisation de l'Observatoire de la Qualité des Services Financiers.

#### **ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION DE LA MEDIATION**

Le Médiateur peut être saisi par tout client ou usager, personne physique ou petite entreprise telle que définie dans la loi d'orientation relative à la promotion et au développement des petites et moyennes entreprises, d'un litige à caractère individuel l'opposant à une société d'assurances et portant sur des services ou prestations qui lui ont été fournis ou des contrats conclus avec cette société.

Toutefois, le Médiateur ne peut connaître d'un litige relatif à la politique commerciale d'une société d'assurances.

La saisine du Médiateur n'est pas recevable lorsque le litige fait l'objet d'une procédure judiciaire ou arbitrale ou lorsqu'une enquête des autorités de supervision et de contrôle compétentes est ouverte sur les faits, objet du litige.

La société d'assurances a également la faculté de saisir le Médiateur.

#### **ARTICLE 3 : ROLE DU MEDiateUR**

Le Médiateur a pour mission de favoriser la conclusion par les parties d'un accord équilibré et définitif sur tout litige soumis à son examen, en formulant notamment des avis et/ou recommandations.

Le Médiateur est maître de la conduite de sa mission en vue de la résolution du litige. Il peut, pour les besoins de la médiation, entendre des tiers et prendre, en tant que de besoin, des avis d'experts indépendants des sociétés d'assurances. Le cas échéant, ces experts sont tenus au respect du secret professionnel et des règles de déontologie du Médiateur prévues à l'article 6.

Le Médiateur est libre de rencontrer les parties ensemble ou séparément.

Il statue en droit et/ ou en équité.

Le client ou l'usager et la société d'assurances ne sont pas obligés d'accepter ses avis et restent libres de porter leurs litiges devant les juridictions compétentes.

#### **ARTICLE 4 : MODALITES DE SAISINE**

Le client ou l'usager peut saisir le Médiateur d'un litige, après avoir épuisé toutes les procédures de réclamations et les voies de recours internes offertes par la société d'assurances sans avoir obtenu satisfaction.

Cette saisine vaut acceptation par le requérant de la présente charte.

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

#### **ARTICLE 5 : DUREE DE LA MEDIATION**

Le Médiateur est tenu de notifier à tout requérant la recevabilité ou le rejet de son dossier de réclamation dans un délai d'une (01) semaine à compter de la date de réception de sa lettre de saisine.

Le Médiateur dispose d'un délai maximum de deux (02) mois, à compter de la constitution complète du dossier de réclamation, pour rendre son avis qui doit être communiqué simultanément, par écrit, à la société d'assurances et au client ou usager. Chacune de ces parties coopère de bonne foi avec le Médiateur et lui transmet, dans les meilleurs délais, les informations et documents qu'il demande pour les besoins de l'instruction du dossier de médiation.

Les parties doivent, dans les quinze (15) jours ouvrables suivant la réception de l'avis du Médiateur, faire connaître à celui-ci leur acceptation ou refus d'en appliquer les dispositions.

En tout état de cause, la durée de la médiation ne peut excéder un (01) an à compter de la constitution complète du dossier de réclamation.

#### **ARTICLE 6 : REGLES DE DEONTOLOGIE**

- **Confidentialité**

Le Médiateur est tenu au strict respect du secret professionnel.

Les constatations, déclarations, opinions, suggestions ou aveux recueillis à l'occasion de la médiation ainsi que l'avis du Médiateur ne peuvent être invoqués, ni par celui-ci, ni par les parties, dans une procédure judiciaire ou arbitrale ou dans toute instance ayant un rapport avec le litige.

- **Loyauté**

Le Médiateur ne peut représenter, ni conseiller l'une des parties dans une procédure relative au litige faisant l'objet de la médiation.

Il consacre à la médiation toute la diligence requise et met en œuvre tous les moyens mis à sa disposition à l'effet de conduire sa mission avec célérité, équité et efficacité.

- **Indépendance**

Le Médiateur est neutre, impartial et indépendant. Dans le cadre de la médiation, il ne peut solliciter, ni recevoir d'instructions des parties au litige ou de toute autre personne ou institution.

#### **ARTICLE 7 : INFORMATION DU MEDIATEUR**

Dans le cadre de la médiation, le client ou l'usager autorise expressément la société d'assurances à communiquer au Médiateur tous documents et informations le concernant et pouvant être utiles à l'instruction du dossier.

#### **ARTICLE 8 : FIN DE LA MEDIATION**

A la fin de son instruction, le Médiateur rend un avis qui met fin à la médiation.

La médiation prend également fin dans l'un des cas suivants :

- signature d'un accord amiable valant transaction, mettant un terme à l'objet du litige ;
- désistement de l'une des parties notifié par écrit au Médiateur ;
- exécution volontaire mettant fin à l'objet du litige ;
- constat par le Médiateur de désaccord persistant entre les deux parties ;
- recours à la justice ou à l'arbitrage.

A l'issue de la procédure, quel qu'en soit le résultat, le Médiateur informe, par écrit, les parties de la fin de la médiation.



#### **ARTICLE 9 : RESPONSABILITE DU MEDIATEUR**

Le Médiateur ne peut voir sa responsabilité engagée à l'égard des parties au cours du déroulement de la procédure, sauf en cas de faute lourde. En particulier, sa responsabilité ne peut être mise en cause pour ses déclarations écrites ou verbales ainsi que pour la rédaction de documents ou lettres, dans la mesure où les principes déontologiques énoncés dans la présente charte sont observés.

#### **ARTICLE 10 : PUBLICITE DE LA MEDIATION**

Les coordonnées du Médiateur et ses modalités de saisine font l'objet d'une mention dans tous contrats ou polices d'assurances, dépliants ou brochures d'information sur les tarifs, produits ou services édités par les sociétés d'assurances à l'intention des clients ou usagers.

La charte de la médiation peut être consultée à partir des sites internet des sociétés d'assurances, de leurs associations professionnelles et de l'Observatoire de la Qualité des Services Financiers.

#### **ARTICLE 11 : RAPPORT ANNUEL DU MEDIATEUR**

Le Médiateur publie un rapport annuel qui rend compte de son activité en veillant à préserver l'identité des parties aux différents litiges qui lui sont soumis.

Le rapport du Médiateur est transmis au Ministre de l'Economie et des Finances, au Président du Conseil d'Orientation et au Secrétaire Exécutif de l'Observatoire de la Qualité des Services Financiers.

Il fait l'objet de diffusion auprès des sociétés d'assurances et d'une publication sur le site internet de l'Observatoire.