

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**

*Un Peuple – Un But – Une Foi*

-----  
**MINISTERE DE L'ECONOMIE  
DES FINANCES ET DU PLAN**

-----  
**OBSERVATOIRE DE LA QUALITE  
DES SERVICES FINANCIERS**



**RAPPORT ANNUEL DU MEDIATEUR DES  
ASSURANCES**

**ANNEE 2015**

## SOMMAIRE

AVANT PROPOS .....	3
I- Rappel des missions dévolues au Médiateur des Assurances .....	6
1.1. Attributions du Médiateur des Assurances .....	6
1.2. Cadre organisationnel de la médiation des assurances .....	7
1.2.1. Modalités de saisine du Médiateur .....	7
1.2.2. Modalités de traitement des dossiers de médiation.....	7
II- Bilan annuel de la médiation.....	8
2.1. L'évolution des saisines .....	8
2.1.1. Traits marquants des saisines de la branche IART.....	10
2.1.2. Traits marquants des saisines de la branche VIE.....	17
2.2. Traits caractéristiques des saisines de l'année.....	21
2.2.1. Profil des réclamants .....	21
2.2.2. Nature des litiges de l'exercice.....	23
2.2.3. Compagnies mises en cause .....	27
2.3. Résultats annuels.....	28
2.3.1. Point sur les règlements de l'exercice.....	28
2.3.2. Point sur les indemnités versées au cours de l'exercice .....	28
III- Actions menées dans le cadre du Programme de Gouvernance Economique(PGE) .....	28
IV- CONCLUSION-RECOMMANDATIONS .....	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES .....	36

## AVANT PROPOS

Durant l'exercice 2015, l'activité de médiation des assurances s'est traduite par une baisse de 35% du nombre de saisines.

Quatre principaux facteurs sont à l'origine de ce recul.

- Le premier, le plus important, c'est l'effort mené par la plupart des compagnies pour se mettre aux normes afin d'éviter d'être épinglé pour des manquements dont elles peuvent se passer, d'autant qu'ils ne résultent pour l'essentiel que de problèmes organisationnels facilement surmontables.
- Le deuxième facteur procède des craintes des coups de semonce des autorités de tutelle (DA et CRCA) qui ont annoncé la couleur, en décidant désormais, de procéder à des contrôles ciblés, focalisés essentiellement sur l'audit de la gestion des sinistres. D'ailleurs, lesdites institutions effectuent maintenant de façon systématique des « contrôles sur pièces » centrés sur les « Règlements de sinistres des sociétés d'assurance » selon une périodicité mensuelle, trimestrielle et annuelle.
- Le troisième facteur a trait à l'évolution des mentalités de la population assurée, largement favorisée par le développement et l'approfondissement de la culture assurantielle qui a joué un rôle décisif dans le changement des comportements et l'éveil des assurés. Ces derniers, sous la poussée des mouvements consuméristes, devenus plus nombreux et plus puissants, sont davantage informés de leurs droits, mais également des voies et moyens à privilégier pour s'assurer une protection optimale. Il s'y ajoute le développement de l'Éducation Financière grâce à des projets initiés tous azimuts sous l'impulsion des pouvoirs publics à travers diverses structures relais, dont outre l'OQSF, nous citerons entre autres : la DMF, l'ADEPME, la DRS/SFD, le BIT et très récemment, en dernier lieu, la BCEAO qui a fini de décliner une « Stratégie Régionale d'Éducation Financière » couvrant toute la zone de l'UEMOA.

- Le quatrième et dernier facteur, mais non moins important, c'est la croissance exponentielle des demandes de consultations initiées par les assurés ou courtiers qui nous parviennent au quotidien, soit par voie épistolaire, soit par le biais du numéro vert, ce qui témoigne du regain d'intérêt suscité par la médiation au niveau du public. D'ailleurs, l'éclairage fourni par nos services sur les différentes questions soumises à notre appréciation a contribué à prévenir et à désamorcer de nombreux litiges potentiels.

Aujourd'hui, pendant que l'activité médiation des assurances, connaît une nouvelle tournure avec un recentrage bipolaire de ses activités entre le traitement des litiges et le Conseil-Préventif, voilà que de nouveaux chantiers viennent d'être ouverts, grâce à la mission et au rôle de catalyseur qui nous ont été assignés dans le cadre du Projet Gouvernance Economique (PGE) et qui ont déjà été largement évoqués dans mon précédent rapport.

Pour rappel, l'un des objectifs majeurs visés à travers ce projet, c'est l'institutionnalisation de la médiation et de la conciliation, comme mode alternatif de règlement des différends, en vue du désengorgement des tribunaux et de la réduction des délais et des coûts des procédures.

Il convient à cet égard de saluer la cooptation de l'OQSF dans le Conseil de Direction du Comité National de Médiation et de Conciliation du PGE présidé par le Directeur de Cabinet du Ministre de la Justice, à côté des experts de la Banque Mondiale et d'autres acteurs et organismes de médiation, en l'occurrence, les Maisons de justice, le Centre d'Arbitrage, de Médiation et de Conciliation de la Chambre de Commerce, le Barreau, l'ONECCA, l'ONEEAS et la Chambre des Notaires dont le travail collectif a conduit à l'élaboration du décret relatif à la médiation et à la conciliation signé par le Président de la République sous le numéro 2014-1653 du 24 décembre 2014 et qui consacre l'institutionnalisation au Sénégal du règlement extrajudiciaire et alternatif des litiges à caractère économique et financier.

Cette marque de reconnaissance, l'OQSF la doit essentiellement au succès obtenu dans l'exercice de sa mission de médiation financière grâce à l'appui, l'engagement

et l'entière coopération des opérateurs de services financiers au premier plan desquels, les banques et les sociétés d'assurances.

Nous leur réitérons au passage nos remerciements pour leur constance.

Leur pleine collaboration est encore beaucoup plus que nécessaire à l'heure où l'OQSF doit faire face à un surcroît d'activité lié au processus déjà engagé de basculement à son profit d'une multitude de dossiers judiciaires se rapportant au contentieux économique et financier qui vont être extraits progressivement du rôle, pour lui être confiés. Il va sans dire que la prise en charge de ce nouveau volant d'activité, si accaparant soit-il et malgré les impératifs de célérité déjà affichés, ne devrait en aucune façon être cause d'amoindrissement des performances habituellement obtenues dans notre cœur de métier, c'est-à-dire, dans notre mission première de résolution amiable des différends opposant assureurs et usagers des services d'assurances.

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

Nos remerciements réitérés s'adressent de nouveau à 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 de maintenir le curseur à son niveau habituel de 94%, qui correspond encore cette fois-ci, au taux de réussite obtenu sur la totalité des dossiers ouverts durant l'exercice qui s'achève.

**Le Médiateur des Assurances**

**Cheikh Tidiane DIOP**

## **I- Rappel des missions dévolues au Médiateur des Assurances**

### **1.1. Attributions du Médiateur des Assurances**

Pour rappel, la médiation des assurances qui est logée au sein de l'Observatoire de la Qualité des Services Financiers, à l'issue du décret présidentiel n° 2009-95 du 06 février 2009, a pour mission le règlement amiable des litiges individuels opposant les compagnies d'assurances et leur 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.).

Les attributions et conditions d'exercice de la mission du Médiateur des Assurances sont définies par l'arrêté ministériel n° 0256 du 02 mars 2009, duquel, il ressort 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,
- les avis formulés par le Médiateur doivent avoir comme fondement le droit et l'équité, de façon à favoriser la conclusion par les parties d'un accord équitable sur tout litige soumis à son examen.

Par ailleurs, il convient de préciser que sont exclus du champ de la médiation les domaines susvisés ci-dessous:

- les litiges pendants devant un tribunal ou une instance arbitrale ;
- les litiges en instance d'instruction auprès d'une autorité de supervision et de contrôle ;
- les différends 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. Cadre organisationnel de la médiation des assurances**

### **1.2.1. Modalités de saisine du Médiateur**

La saisine du médiateur peut être initiée par toute personne y ayant intérêt, qu'il s'agisse d'un assuré, d'un assureur, voire d'un usager quelconque, pourvu qu'un différend individuel l'oppose à une compagnie d'assurance. Le bénéfice des prestations du Médiateur profite à titre gratuit à tout requérant habilité à condition que sa requête soit postérieure à l'épuisement des voies de recours auprès des services de réclamation internes de la compagnie.

Une fois enclenché, le processus de médiation peut être conduit jusqu'à son terme et aboutir à la formulation par le médiateur d'un avis de conciliation mettant fin au litige ou faire l'objet d'une suspension anticipée dans l'hypothèse d'une mésentente persistante entre les parties en conflit.

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

### **1.2.2. Modalités de traitement des dossiers de médiation**

Pour tous les litiges qui lui sont soumis, le Médiateur s'attache à trouver une solution équitable et jugée mutuellement bénéfique pour les parties. Pour cette raison, il s'emploie au maximum de ses possibilités pour rapprocher leurs points de vue de façon à dégager une position consensuelle équilibrée et n'ayant pour fondement que le droit et l'équité.

Tout au long du processus de conciliation, le médiateur en sa qualité de seul juge des diligences à accomplir, peut soit rencontrer les parties ensemble ou séparément et si nécessaire s'attacher les services d'experts indépendants des sociétés d'assurances.

L'obligation de réserve et le strict respect du secret professionnel, dont est tenu le médiateur, sont autant de raisons qui fondent le médiateur à adopter les règles de conduite suivantes :

- s'interdire de représenter ou de conseiller l'une des parties dans une procédure judiciaire relevant d'un litige qui lui a été préalablement soumis pour médiation ;

- s'interdire de donner ou de recevoir quelques instructions que ce soit de la part des parties ou de toute autre personne ou institution impliquées dans un litige ;
- s'interdire toute immixtion dans les modalités de mise en œuvre de la politique commerciale adoptée par les compagnies, particulièrement celle ayant trait à la réduction tarifaire ou à la négociation d'un geste commercial au profit d'un assuré ;
- de manquer à l'obligation de neutralité, d'impartialité et d'indépendance qui lui incombe à l'égard des parties en litige ;
- 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.

Toutefois, les parties demeurent libres d'accepter ou de rejeter les avis formulés par le médiateur et peuvent par conséquent porter à tout moment leurs litiges devant les tribunaux.

## **II- Bilan annuel de la médiation**

### **2.1. L'évolution des saisines**

De sa création en 2009 à fin 2015, six exercices se sont écoulés au cours desquels, la médiation des assurances s'est vue soumettre 712 dossiers de médiation dont 553 relevant de la branche IARD soit 77% contre 159 requêtes relatives à la branche VIE, soit 23%.

L'examen de ces saisines laisse transparaître la poursuite de la même tendance que celle précédemment relevée, à savoir une évolution en dents de scie, marquée pour ce dernier exercice par un recul de 35 points par rapport à l'année précédente. Cette baisse ainsi relevée revêt une allure uniforme tant pour la branche IARD que pour celle de la VIE, contrairement au constat fait lors du précédent exercice où des



disparités avaient été notées entre ces deux branches, dont la première avait accusé un repli de 7 points, tout le contraire de l'autre qui s'était signalée par un bond d'égal montant.

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

Branche	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Cumul des saisines
IARD	37	101	124	113	108	70	553
VIE	29	47	26	15	25	17	159
TOTAL	66	148	150	128	133	87	712

La forte baisse notée dans le nombre de saisines, plutôt que d'être interprétée comme un phénomène conjoncturel, doit tout au contraire être considérée comme une tendance lourde pour différentes raisons à savoir :

- Les conséquences de l'institution du paiement au comptant de la prime d'assurance dont une nette amélioration du volant de trésorerie des compagnies, favorisant incidemment une accélération des cadences de règlement des sinistres. (Article 13) ;
- L'entrée en vigueur des nouvelles sanctions à l'encontre des compagnies d'assurances en cas de retard accusé dans le règlement à bonne date des sinistres ;
- La rationalisation des procédures de règlement, de façon à minimiser les risques de litiges ;
- Les efforts consentis par la plupart des compagnies en vue d'améliorer leur système organisationnel.

*Tableau 2: Répartition des saisines entre les deux principales branches*

Années	2011		2012		2013		2014		2015	
Branche	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
IART	101	68%	124	83%	113	88%	108	81%	70	80%
VIE	47	32%	26	17%	15	12%	25	19%	16	20%
<b>TOTAL</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>	<b>86</b>	<b>100%</b>

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

L'exercice 2015 se signale par une forte baisse du nombre de saisines qui est passé de 133 à 87 soit un recul de 35 %. La part de l'IART est de 80%, contre 20% pour l'assurance VIE. L'examen de la répartition des sinistres IART, laisse lire une forte prépondérance de la garantie automobile qui représente 94.2% des réclamations, contre 2.8% pour la maladie, l'assurance Incendie et l'assurance Bris de Machine comptant chacune pour 1.5%.

La sinistralité automobile soumise à la médiation est essentiellement constituée de dossiers matériels, lesquels comptent pour 86% contre 14% de dossiers corporels.

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

L'analyse des saisines de l'exercice frappant la branche Auto, a permis de mettre en évidence différents griefs formulés à l'encontre des compagnies incriminés , à savoir :

- Les retards de règlement :
  - Désignation tardive d'expert
    - retard dans les nominations d'expert, symptomatique d'un comportement insouciant de certains régleurs, insuffisamment sensibilisés sur tous les enjeux liés au règlement des sinistres ;
    - longs délais d'attente avant le dépôt des rapports, par défaut de formalisation des procédures devant régir les relations entre assureurs et experts ;

- tendance des experts à ne pas remettre de copie de leurs rapports aux assurés, attitude fréquemment adoptée par certains assureurs qui se réservent la primeur des informations que recèle le rapport, sans considération des risques que ce déni de transparence pourrait induire. Cette posture qui favorise la transmission tardive du rapport, alimente en effet des suspicions de manipulations ;
  - Inexistence au niveau de certaines compagnies de procédures de règlement des sinistres ou non application rigoureuse de celles censées être en vigueur, entraînant par moment ce que certains courtiers appellent ironiquement « des règlements au lance-pierres » c'est-à-dire non assis sur des critères rationnels, transparents et sans parti-pris.
  - Accords de règlement non suivis d'effet : certaines compagnies, nonobstant le consentement du client qui marque son accord sur l'offre de règlement soumis à son approbation, se complaisent à retarder sans raison la libération de l'indemnité. Sur certains des dossiers passés en revus, le délai d'attente peut parfois porter sur une longue période, plus de 6 mois.
  - Mode de programmation des règlements très contraignants : certains dossiers fin prêts pour le règlement après parachèvement total de leur processus d'instruction mettent parfois plusieurs semaines voire des mois sans règlement au motif que la libération des indemnités est assujettie à une programmation dont seule la Direction Générale a le secret.
- Non-respect de l'article 10 encadrant les motifs de déchéance :
- Malgré l'encadrement par l'article 10 des motifs de déchéance qui sont limitativement énumérés, certaines compagnies manifestent encore des velléités de se défaire de leur obligation contractuelles en arguant de motifs non opposables aux victimes et tiers lésés.

➤ Procédures d'échanges de chèques entre compagnies :

Le passage en revue de certains dossiers de saisine a permis de relever que certains bénéficiaires d'indemnités ont été amenés à faire les frais des systèmes de compensation inter compagnie **dont**, ils sont loin d'être parties prenantes. A cet égard, il m'a été donné de constater que les retards accusés dans les procédures d'échange de chèques entre compagnies rivales, sont souvent à la base des rétentions d'indemnités et des règlements différés dont se plaignent la plupart des tiers lésés.

➤ Mauvaise tenue des fichiers clients avec comme effets induits, les difficultés d'identification des assurés. Il s'agit là de problèmes d'organisation interne des services de production, dont se prévalent à tort certaines compagnies pour retarder les règlements dus aux bénéficiaires de la garantie

➤ L'absence d'interlocuteurs : il convient de souligner des déficiences manifestes dans la qualité des services à la clientèle, dont l'un des aspects le plus prégnant, c'est la non désignation de personnes préposées à la tâche de chargés de clientèle avec pour mission, d'assurer l'interface entre la compagnie et ses clients. Pour cette raison, nombre de clients manquent d'interlocuteurs auxquels, ils sont en droit de s'adresser pour exprimer les diverses requêtes qu'ils aimeraient formuler en direction de leur assureur, dans le cadre de la gestion au quotidien de leur contrat d'assurance. Cette question revêt une acuité particulière en cas de sinistre, car l'absence de répondant dédié pour orienter l'assuré, peut être source de préjudices incommensurables dans l'accomplissement des diligences requises pour écourter les délais de règlement des prestations dues par l'assureur.

➤ Contestations des rapports d'expertise et des propositions d'indemnisation

La contestation des rapports d'expertise est l'un des facteurs ayant le plus contribué à retarder le processus d'indemnisation. En effet, l'examen des réclamations laisse apparaître divers griefs à l'encontre des experts mandatés par les compagnies à l'effet d'évaluer les dommages subis par les bénéficiaires d'indemnités, dont entre autres :

- Les forts taux d'abattement appliqués dans la détermination du prix des pièces de rechange,
- La fixation des taux d'usure à des niveaux anormalement élevés, sans tenir compte de la qualité de l'entretien des véhicules sinistrés,
- Le niveau souvent jugé ridicule des propositions d'indemnisation préconisées par les régleurs de sinistres qui se complaisent à charcuter sans se justifier les devis des garagistes préposés à la réparation des véhicules et qui n'en sont pas moins des hommes de l'art,
- Le défaut d'uniformisation du taux horaire favorisant chez certaines compagnies la propension à appliquer aux assurés des règles discriminatoires :
  - En fixant à son niveau de 1982 le taux horaire de main d'œuvre soit 1 750 FCFA l'heure, dans les cas où la victime est assurée dans une compagnie adverse,
  - En appliquant le taux concessionnaire nettement plus avantageux car variant de 8 000 à 10 000 FCFA l'heure, dans les cas où le bénéficiaire de l'indemnité se trouve être leur propre assuré.

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

La branche Maladie a été frappée par 2 réclamations, à savoir :

- Une première émanant d'un tiers payeur dont le règlement des prestations servies à un bénéficiaire dûment couvert par une police en cours de validité a été rejeté au motif que ledit prestataire ne figurait pas dans la liste du réseau de soins agréé par la compagnie. Après examen de la plainte de l'assuré, nous nous sommes aperçu que celui-ci n'avait d'autre alternative que celle à laquelle, il a eu recours, d'autant que la localité dont il est originaire ne comptait aucun prestataire coopté dans le réseau mis en place par l'assureur. C'est d'ailleurs, la raison qu'il nous a été donné d'invoquer pour convaincre la compagnie du bon droit du prestataire à accéder au remboursement de ses services, qui ont profité à un assuré dont la validité de la garantie était incontestable. C'est le lieu de remercier l'assureur, qui par cette démarche a privilégié l'attitude qui favorise l'exécution de ses engagements contractuels, plutôt que celle qui pourrait être de nature à paralyser l'application du contrat.
- Une seconde réclamation a trait à une plainte d'un courtier dont un des clients bénéficiaires d'une « Garantie Assistance/Voyage » s'est vu refuser le remboursement des frais de traitement exposés à l'occasion d'une maladie survenue lors d'un séjour à l'étranger. Pour justifier son rejet, l'assureur a invoqué comme raison, le non-respect par son client d'une des dispositions contractuelles au titre de laquelle, la demande de remboursement des frais exposés lors d'un séjour à l'étranger doit être soumise à l'Assisteur qui est en charge d'organiser les modalités d'accès aux soins. Lesdites dépenses ne sauraient en aucune façon faire l'objet de remboursement par l'assureur au retour du voyage.

### **c) Litiges relatifs à l'assurance Incendie**

Le seul litige dont nous avons été saisis en assurance Incendie a trait une plainte motivée par un retard de règlement dû à un manque de réactivité de l'assureur, qui s'est permis de ne donner aucune suite à la déclaration du sinistre 6 mois après qu'elle lui soit parvenue. A cet égard, nous relevons qu'un tel manquement, si préjudiciable aux intérêts de l'assuré, contribue sans nul doute à ternir l'image du secteur, déjà fortement écornée par divers clichés et stéréotypes déclamés à tort ou à raison par les victimes ou bénéficiaires de contrats.

C'est à la suite des relances réitérées de l'assuré, que la compagnie a été finalement amenée à commettre un expert. Il en a résulté un rapport qui a été contesté par l'assuré qui s'est résolu en conséquence à initier une contre-expertise, dont les conclusions ont été finalement rejetées par l'assureur. L'analyse du dossier a permis de s'apercevoir que l'assureur était dans son bon droit, parce que le montant de l'indemnité préconisé dans le rapport de contre-expertise avait manqué de prendre en compte la vétusté. C'est pour cette raison, que nous avons été amenés à formuler une proposition de réajustement indemnitaire conformément aux engagements contractuels, laquelle a été favorablement accueillie par l'assuré qui s'en est ouvert à son expert qui a procédé aux corrections requises, ce qui permit la libération immédiate de l'indemnité.

### **d) Litiges relatifs à l'assurance Bris de Machine**

La garantie « Bris de Machine » s'est signalée par une seule saisine initiée par un requérant dont la demande d'indemnisation a été rejetée par l'assureur au motif que la garantie n'était pas acquise par l'assuré en vertu de l'application à son encontre des dispositions de l'article 13 du code des assurances, qui subordonne la prise d'effet du contrat au paiement de la prime. Or dans cette affaire, le règlement de la prime est intervenu postérieurement à la survenance du sinistre dont d'ailleurs la déclaration a été retardée à dessein, pour n'être effectuée qu'après la régularisation du retard de paiement ainsi décrié. Pour cette raison, la Médiation s'est contentée de

rappeler la règle de droit applicable en la matière et les sanctions prévues en cas de transgression en espérant que l'assuré va en tirer toutes les conséquences.

*Tableau 3: Répartition des saisines IART*

Objet des litiges	Nombre de saisines	%
Assurance AUTO	66	94,3%
Assurance Incendie	1	1,4%
Assurance Santé	2	2,9%
Assurance Bris de Machine	1	1,4%
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

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

Nature des Garanties	Nombre de saisines				
	2011	2012	2013	2014	2015
Assurance AUTO	91	121	109	100	66
Personnes Transportées	0	1	0	0	0
Assurance Santé	8	0	3	4	2
Assurance VOL	0	1	0	0	0
Assurance Transport	2	0	0	0	0
Assurance Incendie	0	2	1	1	1
RC Décennale /BDM	0	0	0	1	1
Commissions arriérées	0	0	0	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>125</b>	<b>113</b>	<b>108</b>	<b>70</b>



### 2.1.2. Traits marquants des saisines de la branche VIE

Le passage en revue des réclamations soumises à la médiation au cours de l'exercice écoulé laisse transparaître une nette régression des cas litigieux frappant la branche vie, lesquels sont passés de 26 à 16, soit une baisse de 38 points.

L'examen des dites saisines amène à constater qu'à l'instar des années précédentes, c'est encore la même compagnie qui occupe le haut du pavé en totalisant à elle seule 63% des cas de récriminations, ce qui n'en apparaît pas moins comme une amélioration au regard de sa situation lors de l'exercice antérieur lors duquel elle était responsable de 89% des litiges recensés

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

Les réclamations se rapportant à la garantie Complémentaire Retraite ont enregistré un repli de 63%.

L'analyse des récriminations y afférents, a permis d'identifier les principales causes listées ci-après :

- Retard accusé dans la liquidation des prestations échues avec la propension au règlement tardif des polices arrivant à maturité qui commence à se faire jour au niveau de certaines compagnies qui étaient jusqu'ici épargnées par ce fléau.
- Les propositions de règlement échelonné en lieu et place du versement global du capital dû qui apparaissent de plus en plus comme des signes d'insolvabilité.
- Erreur de décompte des valeurs de rachat.
- Le non rappel aux assurés de l'arrivée à terme de leurs contrats.
- Le classement sans suite des requêtes clients.
- La tendance à privilégier un nouveau mode de règlements des prestations se traduisant par la libération de la moitié du capital dû, assortie de propositions de placement de l'autre moitié par l'assureur en lieu et place du

règlement global attendu par l'assuré lors de l'arrivée à maturité de son contrat.

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

Seules deux compagnies sont à répondre de la totalité des litiges affectant cette garantie dont la part dans les récriminations est passée de 23% en 2014 à 44% en 2015.

L'analyse des réclamations laisse transparaître les causes suivantes :

- un défaut de réponse aux requêtes formulées par les assurés sous de faux prétextes, dont entre autres : le changement de logiciels, des bouleversements dans le système organisationnel, le changement de gestionnaire ou la présence d'une mission de contrôle,
- Une erreur de décompte de la valeur de rachat imputable à des défaillances dans le système de classement et d'archivage des pièces comptables de la compagnie,
- Un refus catégorique de réponses aux demandes de rachat des assurés s'apparentant à du dilatoire symptomatique d'une situation d'insolvabilité manifeste que la compagnie semble avoir du mal à avouer.

Il nous a été donné de constater que dans certains dossiers soumis à notre médiation, l'assureur s'est permis de rester plus d'un an avant de daigner répondre aux requêtes de l'assuré, malgré des relances réitérées de la part de ce dernier.

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

Parmi les saisines qui me sont parvenues, il a été dénombré deux se rapportant à la garantie mixte. Leur analyse a permis d'identifier les causes suivantes :

- Pour l'une, l'assureur a mis plus de 2 ans après l'arrivée à maturité du contrat avant de soumettre une offre de règlement à l'assuré. Ce qui nous semble inadmissible.

Par ailleurs, le montant proposé dans l'offre a fait l'objet d'une contestation par l'assuré qui s'est estimé floué en raison des distorsions relevées entre le cumul de ses cotisations et le montant du capital proposé par l'assureur.

Cependant, l'examen du dossier a permis de s'apercevoir que le montant préconisé par l'assureur, quoique moins consistant que le cumul des versements faits par l'assuré, est conforme aux engagements souscrits. En effet, l'assuré a omis d'intégrer dans l'évaluation des capitaux auxquels il a droit, la garantie « Prévoyance » qui est une des composantes de la police d'assurance mixte. Partant du fait qu'une partie de la prime est absorbée au titre de la couverture octroyée sur cette garantie, le capital disponible au jour de l'échéance peut se révéler inférieur au cumul des primes reliquataires constitutives du capital retraite. Ce qui correspond à notre cas de figure.

Toutefois, il convient de signaler que l'assuré était loin d'avoir reçu les bonnes informations au moment de la souscription, d'où sa méprise par rapport à ses attentes, dont la clarification ne lui été apportée que très tardivement. Ce qui remet au gout du jour la problématique de l'information précontractuelle qui figure en bonne place des recommandations formulées dans la plupart de nos précédents rapports.

- Dans le second dossier, l'assureur s'est illustré par une incapacité manifeste à tenir ses engagements à bonne date, hypothéquant ainsi la réalisation des projets ayant motivé la souscription du contrat. Dans cette affaire, malgré l'arrivée à maturité du contrat à la date du 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'assureur a accusé plus de 11 mois de retard avant de sacrifier au règlement de sa prestation qui n'est intervenu que le 09 novembre 2015.

*Tableau 5: Répartition des saisines VIE*

Nature des Garanties	Nombre de contrats		Pourcentage de variation
	2014	2015	
Complémentaire Retraite	19	7	-63%
Rente Education	6	7	+17%
Mixte	1	2	+100%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>-38%</b>

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

Nature des Garanties	Nombre de saisines				
	2011	2012	2013	2014	2015
Retraite Complémentaire	42	19	11	19	7
Rente Education	3	2	3	6	7
Mixte	1	5	1	1	2
Temporaire Décès	1	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>16</b>

## 2.2. Traits caractéristiques des saisines de l'année

### 2.2.1. Profil des réclamants

#### a) Profil des requérants IARD

Les réclamations qui nous sont parvenues ont émané de trois sources distinctes au premier plan desquels les « Tiers lésés » qui ont eu à initier 56% des requêtes IARD, contre 37% provenant des courtiers et 7% , issues de réclamations soumises par des héritiers ou ayant droits (Cf. Tableau n°7 ci-dessous).

#### - Tiers lésés :

L'examen des statistiques des réclamations laisse transparaître une nette prépondérance des requêtes initiées par les tiers lésés qui comptent pour 56% des saisines, leur nombre passant de 42 à 39, soit une légère régression en valeur absolue.

Cependant, en valeur relative, on note à contrario un renversement de tendance avec le relèvement sensible du pourcentage de saisines issues de cette catégorie qui est passé de 39% en 2014 à 56% en 2015.

L'examen de l'éventail des griefs y afférents, renvoie au même constat que les années précédentes, marqué par une prépondérance de récriminations liées aux retards récurrents accusés dans la mise à disposition des ayant droits des indemnités qui leur reviennent, ce qui met en exergue les principales causes répertoriées ci-après :

- o Les retards accusés dans la nomination des experts ou dans la production des rapports d'évaluation des sinistres ;
- o 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 ;
- o L'inclination des régleurs de sinistres à se substituer aux experts afin d'apporter des corrections aux devis de réparation approuvés 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 ont valu de sérieuses difficultés financières, cet état de fait a causé de pénibles désagréments à la clientèle « Tiers Payant » qui a été amenée à essayer 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 :**

Contrairement à l'année précédente, une nette régression a été notée dans le nombre de saisines issues des courtiers d'assurance qui est passé de 64 à 26 en valeur absolue et de 60% à 37% en valeur relative. Du fait dudit recul, cette catégorie qui occupait la 1<sup>ère</sup> place en 2014 a été nettement devancée cette année par les tiers-lésés qui sont à l'origine de plus de la moitié des saisines.

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

déterminant. Il n'y a pas de doute que, dans ce domaine précis de raccourcissement des délais de règlement, les résultats obtenus par la médiation des assurances en termes de diligence apportée dans la nomination des experts, la production de leurs rapports et la libération subséquente des indemnités militent en faveur d'un plus large recours à ce mode alternatif de règlement des litiges.

- **Héritiers et ayant droits :**

Les héritiers et ayant-droits des victimes dont l'absence avait été signalée l'année dernière, totalisent cette fois-ci 7% du total des requêtes de l'exercice.

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

Statut du réclamant	2014		2015	
	Nombre de réclamants	Proportion	Nombre de réclamants	Proportion
Tiers lésés	42	39%	39	56%
Courtiers	64	60%	26	37%
Compagnie	1	1%	0	0%
Ayant droit	0	0%	5	7%
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>	<b>70</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. Nature des litiges de l'exercice**

**2.2.2.1 Recevabilité des saisines IARD**

Sur un total de 70 saisines IARD parvenues à la médiation des assurances au cours de l'exercice 2014, 64 sont jugées recevables et ont fait l'objet d'un traitement diligenté par nos services contre 6 qui n'ont pu être instruites et qui se répartissent

comme suit : 4 dossiers jugés irrecevables, 1 dossier incomplet, 1 dossier dont le traitement est dévolu à la Fédération Sénégalaise des Sociétés d'Assurances (FSSA).

❖ **4 dossiers jugés irrecevables, dont :**

- 2 dossiers fondamentalement irrecevables pour 2 raisons :
  - car se rapportant à des sinistres se rapportant à des compagnies déjà liquidées, la Nationale d'Assurance et Alliance d'Assurances ;
  - de surcroît l'existence de procédures judiciaires déjà engagées sur ces sinistres, les met hors du champ de compétence de la médiation.

S'agissant de la Nationale d'Assurances, il convient de signaler, que sa procédure de liquidation ayant été déjà clôturée, le plaignant est désormais dans l'impossibilité totale de se pourvoir auprès du liquidateur en charge de la conduite de cette opération. En revanche, dès lors que son avocat s'est refusé à toute communication sur le dossier, il lui est conseillé de se rapprocher du greffe du tribunal pour consulter l'état de règlement des créances de la compagnie liquidée, de façon à s'assurer du sort qui a été réservée à sa créance.

En ce qui concerne Alliance d'Assurances dont le processus de liquidation est loin d'être achevé, le plaignant a été invité à se pourvoir auprès du liquidateur en produisant l'état de sa créance.

- 1 dossier estimé irrecevable pour cause de mésentente persistante entre les parties qui ne parviennent pas à s'entendre pour désigner d'un commun accord un tiers expert pour les départager. En effet, l'écart considérable constaté entre l'évaluation des dommages dans le rapport d'expertise et celle issue de la contre-expertise a rendu impossible toute perspective de conciliation des points de vue des parties. D'ailleurs, sur cette affaire, notre saisine est intervenue bien après celle de l'assuré auprès du Tribunal, il s'agit donc d'un dossier pendant devant la justice, qui est par conséquent hors du champ de compétence du Médiateur.



- 1 dossier irrecevable car relatif à un cas patent de tentative d'escroquerie à l'assurance qui a été démasqué. L'assuré s'étant permis tout de même d'engager une procédure judiciaire pour défendre une cause perdue d'avance.

Pour rappel des faits, postérieurement à la survenance d'un sinistre, l'assuré qui avait manqué de renouveler son contrat à l'échéance et d'en acquitter la prime conformément aux dispositions de l'article 13, du code des Assurances, est parvenu à tromper la vigilance de l'assureur, en lui faisant signer un avenant de renouvellement à effet rétroactif comme s'il s'agissait d'un contrat à tacite reconduction. Il s'agit là d'une tentative avérée de couverture d'un évènement déjà réalisé, donc inassurable par essence, ce que nous ne pouvions cautionner.

- ❖ **1 dossier incomplet** : au titre duquel, nous avons été amenés à réclamer le complément de dossier, dont le défaut de production est de nature à retarder le déclenchement du processus de médiation.

Il convient de préciser que le processus d'instruction dudit dossier sera relancé dès régularisation par l'assuré.

- ❖ **1 dossier soumis à l'arbitrage de la Fédération des Sociétés Sénégalaises d'assurances (FSSA) :**

Il s'agit là d'un accident soulevant des problèmes de responsabilités non encore élucidées en raison de désaccords profonds entre les différents points de vue qui s'affrontent, tant et si bien que l'assureur du responsable incriminé a fini par saisir la Fédération des Assureurs (FSSA) pour arbitrage. Ce dont le Médiateur a pris acte, d'autant que ladite décision est conforme aux dispositions de l'article 5 de l'arrêté fixant les attributions et conditions d'exercice de la médiation, au titre desquelles, le recours au Médiateur n'est recevable que s'il est postérieur à l'épuisement des voies de recours interne prévues à l'effet de solutionner les différends opposant les parties au contrat d'assurance.

En l'espèce, la Commission d'Arbitrage de la FSSA en tant qu'instance de recours interne aux sociétés d'assurances est tout à fait qualifiée pour connaître de ce litige.

Pour cette raison, afin d'éviter toute entorse aux règles régissant nos missions, la médiation des assurances a préféré surseoir à l'instruction de ce dossier et d'en laisser le soin à ladite commission d'arbitrage.

**Tableau 8: Répartition des dossiers de saisine IARD**

Garanties	Nombre de saisines	Dossiers Irrecevables	Dossiers Incomplets	Pas d'accord	Dossiers Recevables	Dossiers Réglés	Arbitrage FSSA	Dossiers en instance
Auto	66	3	1	0	62	58	1	4
Santé	2	0	0	1	1	1	0	0
Incendie	1	0	0	0	1	1	0	0
RC D /BDM	1	1	0	0	0	0		0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

### 2.2.2.2 Recevabilité des saisines VIE

La branche VIE a été impliquée dans 17 saisines parvenues à mon bureau, dont toutes ont été jugées recevables à l'exception d'une seule considérée comme « sans effet ».

L'instruction desdits dossiers a abouti aux résultats suivants :

- Sur 12 dossiers, les capitaux dus ont été entièrement réglés
- Sur 4 dossiers 50% des capitaux dus ont été réglés sur chacune des affaires, 50% restant ayant fait l'objet à l'initiative de l'assureur d'une proposition de placement d'une durée annuelle par voie d'avenant au contrat de base.

S'agissant de ces dossiers partiellement réglés, il convient de souligner à nouveau que les propositions de placement préconisées par l'assureur témoignent de

l'incapacité de celui-ci à faire face à bonne date à ses engagements contractuels. En conséquence, il ne s'agit, ni plus, ni moins que de signes avant-coureurs d'un état d'insolvabilité qu'il convient d'endiguer avant qu'il ne soit trop tard. Au surplus, la ratification par les assurés des avenants de placements qui leurs sont soumis et dont se targue l'assureur pour accréditer la thèse de leur consentement, ne saurait en aucune façon être interprétée comme une preuve de leur adhésion à cette funeste pratique qui ne contribue qu'à compromettre irrémédiablement les projets dont sont porteurs, les bénéficiaires de la garantie.

**Tableau 9: Répartition des dossiers de saisine VIE**

<b>NATURE DES GARANTIES</b>	<b>Nombre de litiges</b>	<b>Nombre dossiers réglés en totalité</b>	<b>Nombre dossiers réglés partiellement</b>	<b>Rejeté</b>
Complémentaire Retraite	7	4	3	0
Rente Scolaire	7	6	1	0
Mixte	2	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

### **2.2.3. Compagnies mises en cause**

#### **a) Secteur IARD**

Le dépouillement des litiges ressortant du domaine de l'assurance IARD, met en exergue l'implication de 11 compagnies IARD dont 2 déjà liquidées et neuf (9) en activité sur les dix-sept (17) que compte le marché.

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

#### **b) Secteur VIE**

Deux compagnies VIE sur les sept en activité au cours de l'exercice 2015, sont les seules à être impliquées dans les litiges qui nous ont été déclarés, dont l'une pour 75% et l'autre pour 25%.

## 2.3. Résultats annuels

### 2.3.1. Point sur les règlements de l'exercice

Courant 2015, les saisines du Médiateur ont porté sur 87 dossiers contre 127 dossiers enregistrés lors du précédent exercice, soit une baisse de 31,5%. Elles se répartissent comme suit : 70 relevant de l'assurance IARD et 17 concernant l'assurance VIE.

Parmi celles-ci, 80 sont jugées recevables dont 64 affectant la branche IARD et 16 relevant de la branche VIE.

Les règlements de l'exercice ont concerné 60 dossiers IARD et 16 dossiers vie sur le total de 80 recevables, soit un taux de réussite de 95%, abstraction non faite des trois règlements partiels décrits plus haut.

### 2.3.2 Point sur les indemnités versées au cours de l'exercice

Le décompte des règlements effectués au titre de l'exercice 2015 s'élève globalement à **103 549 996 FCFA** dont **77 713 370 FCFA** pour la branche IARD et **25 836 626 FCFA**.

Il en résulte à la clôture de l'exercice 2015, des paiements d'indemnités d'un montant global de **753 millions de francs CFA**, qui ont pu être récupérés sur un nombre de dossiers en souffrance depuis 2010 évalué à 679 unités.

## III- Actions menées dans le cadre du Programme de Gouvernance

### Economique(PGE)

Dans le cadre du Programme de Gouvernance Economique(PGE), dont l'Observatoire est partie prenante, les activités menées au courant de l'année 2015 sont les suivantes :

- Janvier 2015 : installation par le Ministre de la Justice du Comité national de médiation et de conciliation.
- Septembre 2015 : participation de l'OQSF à l'organisation d'un séminaire national de partage avec les acteurs judiciaires du décret relatif à la médiation et à la conciliation. Ont pris part à cet atelier à côté de l'OQSF, l'ensemble des chefs de juridiction du Sénégal, les greffiers, les avocats, les huissiers et

commissaires-priseurs, les représentants des Universités publiques, l'APIX, l'ONEEAS, l'ONECCA, la chambre des notaires et les Maisons de Justice.

- Octobre 2015 : sous l'égide du Comité National de Médiation, l'OQSF a organisé à l'intention de ses experts, un atelier de partage du décret et du règlement de procédures.
- Novembre 2015 : toujours sous l'égide du comité national, l'OQSF a organisé à l'intention de ses experts, un deuxième atelier de partage d'expériences en matière de médiation avec les autres acteurs concernés.
- Décembre 2015, Outre les autorités judiciaires dont le Président du Tribunal de Grande Instance de Dakar, le Président des Maisons de Justice, le Secrétaire Exécutif du Comité National de Médiation et de conciliation, avaient pris part à cet atelier, à côté de l'Observatoire :
  - o Le Centre d'Arbitrage et de Médiation de Dakar,
  - o Les maisons de justice,
  - o l'Interprofession libérale, regroupant le barreau, l'Ordre National des Experts Comptables et Comptables agréés, l'Ordre National des Experts et Evaluateurs Agréés et la Chambre des Notaires.

#### IV- CONCLUSION - RECOMMANDATIONS

De façon générale, on constate une tendance à la régression des litiges opposant les compagnies d'assurance à leurs clients, ce qui témoigne des efforts déployés par ces dernières pour endiguer le contentieux commercial afin de lui trouver des solutions en interne acceptables par le client. C'est d'ailleurs ce qui explique en partie la baisse des saisines qui ont enregistré sur l'exercice un recul de 35%.

Cependant, force est de constater la récurrence, quoique dans une proportion moindre, des mêmes plaintes, toujours à l'endroit des mêmes compagnies, au nombre de 5 au total, qui concentrent à elles seules plus de 80% des récriminations.

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

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

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

- Délivrer systématiquement à l'assuré l'information précontractuelle nécessaire pour éclairer son choix préalablement à la souscription et éviter ainsi l'asymétrie d'information susceptible de favoriser un consentement non éclairé de l'assuré ou sa méconnaissance de la relation entre la prime et le risque et les conditions applicables à son contrat à la souscription ;
- Instaurer la transparence tarifaire en n'entretenant aucune zone d'ombre dans les modalités d'application des tarifs en vigueur ;

- Réduire les délais de règlement des sinistres et à cet effet procéder à la nomination sans délai des experts dès la survenance du sinistre et leur assigner des délais impératifs de production des rapports ;
- Réduire la fréquence et les motifs de contestation d'expertise et à cet égard préciser plus strictement les limites de la mission des experts ;
- Favoriser la modulation des franchises contractuelles de façon à éviter les « sinistres de franchises » ;
- s'astreindre au respect rigoureux des engagements contractuels : respect des délais de règlement et propositions d'indemnités en adéquation avec les quantums de préjudices subis ;
- Diligenter le traitement des requêtes des usagers, notamment celles portant sur des demandes de modifications de contrats ou des demandes d'information ;
- Ecourter au minimum les procédures d'instruction des sinistres, dont les lenteurs peuvent inciter des assurés à accepter des règlements transactionnels nettement en deçà des engagements contractuels de l'assureur ;
- Transmettre systématiquement aux assurés les résumés des polices, avant leur date de renouvellement ;
- Améliorer la qualité des conseils donnés aux clients grâce au renforcement de la formation des conseillers clientèle, à la multiplication et la systématisation des visites-clientèles ;

## **2) Recommandations**

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

### **R.1.Information précontractuelle**

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

### **R.2.Révision taux horaire main d'œuvre**

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

### **R.3.Publication des résultats de la liquidation**

La récurrence des plaintes reçues de victimes se plaignant de n'avoir pas reçu les indemnités dont elles étaient en droit de s'attendre de la part des compagnies liquidées, nous amène à penser, qu'il est nécessaire de donner à cette catégorie de réclamants, la possibilité de vérifier si oui ou non des débours payés en leur nom ou



pour leur compte ont fait l'objet de détournement ou ont dû atterrir entre des mains non habilitées. Pour cette raison, nous préconisons que, la Direction des Assurances ou la FSSA soit au même titre que le greffe, ampliatrice de « l'état des règlements des créances » produit par les liquidateurs en charge du règlement du passif des compagnies disparues. Cette précaution, outre qu'elle contribuera à taire les multiples reproches faits aux avocats impliqués dans la gestion de ce type de contentieux, dont l'omerta fait souvent l'objet d'interprétation tendancieuse, ce qui permettra également de redorer l'image du secteur qui ne peut plus s'accommoder de scandales à répétition.

#### **R.4. Interdiction du paiement fractionné des indemnités de sinistre**

La propension de certains assureurs à privilégier le paiement fractionné en lieu et place du règlement global et intégral des indemnités dues, apparaît de plus en plus comme une tendance lourde qu'il convient de juguler avant qu'il ne soit trop tard.

Au départ, c'était le fait d'une compagnie dont les difficultés de trésorerie étaient connues de tous, mais à ce jour des signes de contagion commencent à se faire jour, avec l'entrée en scène progressive de nouveaux adeptes, en direction desquelles, un rappel à l'ordre du régulateur s'impose avec acuité.

#### **R.5. Améliorer l'efficacité des procédures de traitement des requêtes des clients, adopter des attitudes standards de prévention et de traitement des litiges.**

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

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

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

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

#### **R.6. Réduction des délais de règlement des sinistres**

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

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

Pour améliorer ces délais, il serait souhaitable de :

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

#### **R.7. Réduire la fréquence et les motifs de contestation d'expertise**

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

- prendre soin *d'expliquer aux assurés les différentes formules de couverture* applicables (couverture en valeur à neuf, en valeur de remplacement vétusté déduite ou en différence du vieux au neuf, etc.), pour aider à mieux appréhender les raisons des écarts souvent importants entre les devis de réparation présentés et le quantum de dommages fixé par l'expert ;
- *inviter les experts à se limiter à l'identification des circonstances du sinistre, à la recherche de ses causes et à l'évaluation des dommages.*

- organiser sous l'égide de la FSSA, des *séances de formation et de sensibilisation des experts* impliqués dans les expertises de risques d'assurance sur les exigences et limites de leurs missions.

#### **R.8. Règlement sans délai des sinistres objets d'une offre d'indemnité initiée par l'assureur et approuvée par le bénéficiaire :**

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

## 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 Interafricaine des Marchés d'Assurances signé à Yaoundé le 10 juillet 1992 et instituant un Code unique des assurances des Etats membres de la CIMA notamment en ses livres I, II et III relatifs aux entreprises d'assurances ;
- VU la loi n° 90-06 du 26 juin 1990 portant réglementation bancaire ;
- VU la loi n° 95-03 du 05 janvier 1995 portant réglementation 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'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.