

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 2017

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	3
I- Rappel des missions dévolues au Médiateur des Assurances	5
1.1. Attributions du Médiateur des Assurances	5
1.2. Cadre organisationnel de la médiation des assurances	5
1.2.1. Modalités de saisine du Médiateur	5
1.2.2. Modalités de traitement des dossiers de médiation	6
II- Bilan annuel de la médiation	7
2.1. L'évolution des saisines	7
2.1.1. Traits marquants des saisines de la branche IART	8
2.1.2. Traits marquants des saisines de la branche VIE	12
2.2. Traits caractéristiques des saisines de l'année	14
2.2.1. Profil des réclamants	14
2.2.2. Nature des litiges de l'exercice	16
2.2.3. Compagnies mises en cause	18
2.3. Résultats annuels	18
III- Conclusion - Recommandations	19
ANNEXES	24

AVANT PROPOS

L'exercice 2017 s'est singularisé par une baisse drastique des plaintes enregistrées naguère dans la branche VIE, dont le total des récriminations est passé de 47 unités en 2011 à 2 unités à fin 2017.

Cette forte régression notée sur cette branche traduit les efforts consentis par les assureurs VIE pour se mettre aux normes, afin de restaurer la perte de confiance qui commençait à gagner nombre d'assurés désabusés par la longue période de turbulences ayant suivi la reprise de ILLICO par la SAAR VIE.

Maintenant que tout semble rentré dans l'ordre pour la VIE, le grand chantier auquel il convient de s'attaquer, concerne la branche IARD dont certains des acteurs, peu nombreux tout de même, continuent de se signaler par des modes opératoires peu recommandables en matière de service après-vente. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, les saisines enregistrées ont connu un accroissement de 37% nettement supérieurs à l'augmentation du chiffre d'affaires du marché.

Les facteurs explicatifs de cette péjoration sont à rechercher dans les maux répertoriés ci-après, qui risquent de gangréner le secteur, faute de solutions appropriées pour les conjurer, à savoir :

- Le déficit persistant noté dans l'information précontractuelle ;
- Les déficiences perceptibles dans la culture assurantielle des populations, dont l'amélioration ne semble pas encore faire partie des priorités de l'association des assureurs, qui tarde à mettre en place un programme d'éducation financière spécifique dédié aux populations assurables ;
- Le défaut de rationalisation des relations entre assureurs et experts malgré nos mises en garde réitérées ;
- Les confusions de rôle maintes fois décriées entre experts et régulateurs ;
- La non atteinte de la taille critique qui est le lot de certaines compagnies dont la situation nette est en deçà des standards internationaux requis pour devenir compétitifs.

Cependant s'agissant du dernier point ainsi évoqué, qui semble être le plus important de tous, l'espoir est permis en raison du Règlement CIMA intervenu en 2016, décidant d'une augmentation du capital des sociétés d'assurances en faisant passer le minimum de 1 milliard à 5 milliards pour les sociétés anonymes et de 800 millions à 3 milliards pour les sociétés d'assurance mutuelles, qui aura pour conséquence, le renflouement considérable de la trésorerie des compagnies.

L'analyse des répercussions que ne manquera pas d'avoir cette réforme sur la qualité des services rendus à la clientèle, met en lumière les éléments favorables de l'amélioration de la situation nette, notamment en ce qui concerne l'accélération de la cadence de règlement des sinistres, sans faire oublier cependant, les implications négatives tenant notamment à la disparition de certaines compagnies avec les risques induits de mouvements de portefeuille dont on ne pourra faire l'économie.

Pour clore ce chapitre, nous réitérons nos remerciements à la Direction des Assurances dont la constance dans l'appui à nos services, ne s'est jamais démentie et aux membres de l'Association des Assureurs du Sénégal dont l'esprit très coopératif a permis de maintenir de nouveau, 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

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, à l'association des assureurs 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

Le médiateur peut être saisi à l'initiative de tout usager des services d'assurance intéressé, dans le cadre de la recherche d'une solution amiable dans les contentieux opposant les compagnies d'assurances à leurs clients. Les prestations du Médiateur quoique gratuites, ne peuvent être mises à profit qu'après l'épuisement des voies de recours auprès des services de réclamation internes de la compagnie.

Au terme du processus de règlement à l'amiable du litige qu'il conduit, le médiateur sur la base des prétentions des parties, identifie la solution la mieux appropriée pour mettre fin au litige les opposant et formule un avis dans ce sens. Toutefois, ces dernières restent libres de l'entériner, tout comme, elles peuvent décider d'en rejeter l'application pour s'en référer à la voie judiciaire de règlement de leur contentieux.

Il est heureux de constater que grâce à la charte consensuelle régissant le processus de médiation, les avis émis par le médiateur rencontrent la plupart du temps l'assentiment des parties qui en arrivent régulièrement à plébisciter la quasi-totalité des propositions de solutions qui leur sont prescrites pour mettre fin à leurs différends.

1.2.2. Modalités de traitement des dossiers de médiation

Le médiateur ne détient pas de solutions miracles, ni de panacée préconçue réussissant à tous les coups à solutionner les litiges qui lui sont soumis. Pour cette raison, loin d'imposer son point de vue, il s'emploie en y mettant toute son énergie à rapprocher les positions des parties en vue de leur trouver une solution consensuelle équilibrée, équitable et mutuellement bénéfique fondée essentiellement sur le droit et l'équité.

En sa qualité de seul juge des diligences à accomplir dans le cadre de sa mission, il lui est loisible de décider de rencontrer les parties ensemble ou séparément et si nécessaire, s'attacher les services d'experts indépendants des sociétés d'assurances.

Il est tenu au strict respect du secret professionnel et de l'obligation de réserve auxquels, il est assujéti et qui sont autant de raisons qui l'amènent à adopter les règles de conduite suivantes :

- s'interdire toute interférence dans les modalités de mise en œuvre de la politique commerciale des compagnies, particulièrement celle relative au choix des tarifs applicables ou l'appréciation de l'opportunité des rabais, des remises et autres gestes commerciaux à consentir à la clientèle.
- s'abstenir de représenter ou de conseiller l'une des parties dans une procédure judiciaire se rapportant à un litige qui lui est soumis pour médiation ;
- s'abstenir 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'en tenir à l'obligation de neutralité, d'impartialité et d'indépendance qui lui incombe à l'égard des parties en litige ;
- s'interdire 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 reste entendu que les parties sont 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

En huit ans d'exercice s'étalant de sa création en 2009 à fin 2017, le médiateur des assurances s'est vu soumettre 1003 dossiers de médiation dont 828 relevant de la branche IARD soit 83% contre 175 requêtes relatives à la branche VIE, soit 17%.

En plus de ces saisines directes, faites sous forme épistolaire et requérant des investigations approfondies pour concilier les parties en conflit, le médiateur est consulté régulièrement par des usagers soucieux d'avoir un éclairage avisé sur les prérogatives que leur confère leur contrat d'assurance. Lesdites consultations qui se chiffrent en moyenne à 500 par an, permettent de déjouer un nombre extrêmement important de litiges potentiels en plus qu'elles contribuent à baliser la relation contractuelle en rappelant à chacune des parties prenantes, les droits et obligations dont ils sont tenus au titre de leur police d'assurance.

L'examen de ces saisines laisse lire une tendance haussière perceptible à partir de 2015 avec un accroissement de 49% en 2016 et de 24% en 2017, contrastant nettement avec l'évolution en dents de scie perceptible dans toute la période antérieure.

Cette hausse étant tirée essentiellement par la branche IARD qui a enregistré un accroissement de 65,7% en 2016 et de 37% en 2017 pendant que la branche VIE accusait un repli en 2016 (-17,6%), passant en 2017 à -85,7%.

Tableau 1 : Evolution du nombre de saisines par branche

Branche	2011	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul des saisines
IARD	37	101	124	113	108	70	116	159	828
VIE	29	47	26	15	25	17	14	02	175
TOTAL	66	148	150	128	133	87	130	161	1003

La forte baisse notée dans les saisines se rapportant à la branche VIE, est le signal d'une solvabilité retrouvée au sein des compagnies faisant antérieurement l'objet de récriminations récurrentes de la part des assurés. En effet, le secteur a été favorablement impacté par différentes mesures ayant concouru à l'amélioration du volant de trésorerie des compagnies, dont entre autres :

- L'augmentation du capital social et du fonds d'établissement intervenu en 2016 avec une hausse de 1 à 5 milliards pour les sociétés anonymes d'assurances et de 800 millions FCFA à 3 milliards FCFA pour les sociétés mutuelles d'assurances ;
- Les menaces de sanction qui pèsent désormais sur les contrevenants à l'obligation de règlement à bonne date des sinistres ;
- La suppression de l'assurance à crédit sauf pour des cas particuliers bien encadrés (risques de pointe et risques étatiques) ayant fortement contribué au soulagement de la trésorerie des compagnies ;
- La rationalisation des procédures de règlement et des systèmes organisationnels, de façon à minimiser les risques de litiges.

Tableau 2 : Répartition des saisines entre les deux principales branches

Années	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
Branche	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
IART	101	68%	124	83%	113	88%	108	81%	70	80%	116	89%	159	99%
VIE	47	32%	26	17%	15	12%	25	19%	16	20%	14	11%	2	1%
TOTAL	148	100%	150	100%	128	100%	133	100%	86	100%	130	100%	161	100%

2.1.1. Traits marquants des saisines de la branche IARD

L'exercice 2017 se signale par une forte hausse du nombre de saisines qui est passé de 130 à 161 soit une progression de 24 %. La part de l'IARD est de 99%, contre 1% pour l'assurance VIE.

L'examen de la répartition des sinistres IARD, laisse lire une forte prépondérance de la garantie automobile qui représente 97% des réclamations, contre 2% pour l'assurance Vol, l'assurance Maladie ne comptant que pour moins de 1%

La sinistralité automobile soumise à la médiation est essentiellement constituée de dossiers matériels, lesquels comptent pour 90% contre 10% de dossiers corporels.

a) Litiges relevant de la branche Auto :

L'examen de l'éventail des plaintes qui transparaissent dans les dossiers de saisine se rapportant à la branche Automobile, laisse lire la récurrence de différents griefs formulés à l'encontre des compagnies incriminés , à savoir :

➤ Les retards de règlement dont se plaignent la plupart des victimes

Parmi les multiples causes concourant à retarder l'indemnisation des victimes, nous citerons les suivantes :

✚ Désignation tardive d'expert :

- Manque de promptitude des compagnies dans la désignation des experts commis à l'effet d'identifier les causes et circonstances des sinistres et d'identifier le quantum de préjudice indemnisable ;
- Imprécision dans les lettres de missions des experts, amenant certains d'entre-eux à outrepasser leurs prérogatives, ce qui déteint sur la qualité des rapports avec comme conséquence de multiples contestations de nature à ralentir la cadence de règlement des sinistres ;
- Manque de rigueur dans la fixation des délais impartis aux experts pour la production de leurs rapports. A cet égard, il convient de souligner que pour parer à de telles dérives, certaines compagnies ont pris soin de conclure avec les experts relevant de leur réseau, des conventions assorties de délais précis qui leur sont impartis pour la production de leurs rapports ;
- Volonté de plus en plus affichée par certaines compagnies d'interdire aux experts la transmission directe de leurs rapports aux assurés et se réservant ainsi la primeur des évaluations qui en ressortent. Cette attitude qui s'apparente à un déni de transparence, outre qu'il alimente des suspicions de manipulation à posteriori desdits rapports faisant douter de l'impartialité requise des hommes de l'art, en charge des missions d'expertise, contribue énormément à retarder le processus d'indemnisation ;

- ✚ absence de procédures rigoureuses de règlement des sinistres assises sur des critères rationnels et transparents, écartant les risques de parti-pris et de traitement discriminatoire des assurés ;
- ✚ lenteurs constatées dans la libération des indemnités après validation par les assurés et bénéficiaires de contrats des offres de règlement qui leurs sont soumises par les compagnies ;
- ✚ l'existence de planning de règlements peu respectueux des dispositions réglementaires régissant les procédures d'indemnisation des sinistres.
- ✚ Il convient de souligner à cet égard que certaines compagnies se complaisent à fixer des jours précis dédiés au paiement des sinistres alors qu'en revanche rien de pareil n'est prévu au moment de la souscription du contrat ou lors du règlement de la prime y afférente ;
- ✚ Inexistence au sein de certaines compagnies de personnes désignées pour assurer l'interface avec les clients. Il en résulte une multiplicité d'interlocuteurs préjudiciable à la qualité des services rendus à la clientèle. Cette question revêt une acuité particulière, car l'absence de répondant désigné pour assurer le suivi et l'orientation du client peut être source de préjudices incommensurables dans l'accomplissement des diligences requises tout au long de la vie contractuelle afin d'offrir à celui-ci une prestation de service conforme à ses attentes légitimes ;
- ✚ La fréquence des contestations des évaluations consignées dans la plupart de rapports d'expertise liée à de multiples causes, dont entre autres :
 - Les mécontentes liées à l'appréciation des taux de vétusté ou d'usure applicables aux organes endommagés, qui sont dus la plupart du temps, à une prise en compte peu rigoureuse de la qualité de l'entretien des véhicules sinistrés ;
 - Les offres d'indemnisation qui sont jugées souvent insuffisantes au regard des montants requis pour la réparation des dommages matériels tels que reflétés dans les devis des garagistes. Il convient toutefois de relever à la décharge des assureurs, la propension notée chez certains garagistes à établir des devis fantaisistes affichant des montants nettement supérieurs au coût réel des réparations à effectuer. Par ailleurs, tout autant que les garagistes, les assureurs ne sont pas exempts de péchés d'autant plus que la plupart des régisseurs de sinistres qui sont loin d'être des hommes de l'art, sont prompts à charcuter les devis qui leur sont soumis sans justification probante, mettant ainsi en

péril l'intégrité des droits à indemnisation revenant aux victimes et tiers lésés ;

- o Le plafond jugé très faible du taux horaire de la main d'œuvre, incitant certaines compagnies à adopter une attitude discriminatoire à l'endroit de la clientèle en faisant coexister deux taux distincts, dont celui officiel qui est fixé à 1750 FCFA qu'elles appliquent aux assurés des compagnies adverses contre celui fixé à 10000 FCFA qu'elles réservent à leur propre clientèle.

b) Litiges relatifs à l'assurance Maladie

La branche Maladie n'a été frappée que par une seule réclamation, se rapportant à une demande de remboursement de frais de soins exposés à l'étranger par une personne souscriptrice d'une garantie « Assurance Voyage ».

L'examen de l'étendue de la couverture octroyée dans le cadre de la police « Assurance Voyage » laisse transparaître l'une des deux conditions préalables qui doit être satisfaite pour que la garantie soit acquise à l'assuré, à savoir :

- Les soins requis à l'étranger résultent d'une atteinte corporelle accidentelle survenue au cours du voyage ;
- Les soins requis à l'étranger résultent d'une maladie brutalement survenue pendant le voyage, ce qui exclut d'office tout mal diagnostiqué antérieurement ou dont les symptômes se sont révélés avant le voyage.

Or la demande de remboursement de soins qui a été soumise à l'assureur a trait à une affection antérieure à la souscription de la police d'assurance voyage pour laquelle des prescriptions de soins avaient déjà été formulées par le médecin traitant. Ce qui place ce dossier hors du champ de couverture de l'assurance voyage. En conséquence, notre position sur cette affaire est sans équivoque.

Nous en avons aussitôt informé le client, l'amenant ainsi à taire ses prétentions injustifiées et lui éviter du même coup à exposer des frais en s'engageant dans une bataille judiciaire perdue d'avance.

c) Litiges relatifs à l'assurance Vol/Détournement

La garantie Vol/Détournement a fait l'objet de trois saisines initiées par un courtier se plaignant du refus d'indemnisation auquel il s'est heurté de la part de la compagnie, après maintes relances faites à celle-ci sur des retards de règlement insuffisamment justifiés. Les éléments constitutifs du dossier soumis à notre

attention permettent de fonder une opinion sur la solution qui convient pour dénouer le litige. Mais malheureusement, en considération de l'attitude du courtier qui s'était déjà engagé dans une procédure judiciaire préalablement à notre saisine, nous perdons l'habilitation requise pour intervenir sur lesdits dossiers aussi longtemps qu'ils seront pendents devant la justice. Ce dont nous avons informé le requérant.

Tableau 3 : Répartition des saisines IARD

Objet des litiges	Nombre de saisines	%
Assurance AUTO	155	97%
Assurance Maladie	1	1%
Assurance Vol	3	2%
TOTAL	159	100%

Tableau 4 : Evolution de la répartition des saisines IARD

Nature des Garanties	Nombre de saisines				
	2013	2014	2015	2016	2017
Assurance AUTO	109	100	66	115	155
Assurance Santé	3	4	2	0	1
Assurance VOL	0	0	0	0	3
Assurance Incendie	1	1	1	0	0
RC Décennale /BDM	0	1	1	1	0
Commissions arriérées	0	2	0	0	0
TOTAL	113	108	70	116	159

2.1.2. Traits marquants des saisines de la branche VIE

Au cours de l'exercice 2017, la branche VIE n'a enregistré que seuls deux cas de saisines se rapportant à la garantie mixte. Cette nette régression des cas litigieux frappant la branche vie était déjà perceptible depuis l'année dernière au cours de laquelle, les saisines qui nous sont parvenues sont passées de 26 à 16, soit une baisse de 38 points. La situation de l'exercice 2017 ne fait donc que consacrer la persistance

de cette tendance, qui témoigne du parachèvement du processus d'assainissement qui y était en cours depuis déjà quelques années.

a) Litiges affectant la garantie Mixte :

Les deux seules saisines affectant la branche vie ont trait à la garantie mixte dont la souscription revêt une double signification. En effet, il s'agit à la fois d'un acte de prévoyance pris en vue de se constituer une épargne retraite pouvant servir à la reconversion professionnelle ou à la mise en œuvre d'un projet personnel ; soit de constituer un capital à verser aux héritiers, en cas de décès prématuré.

Pour cette raison tout manquement de l'assureur dans la libération à bonne date du capital dû, peut s'avérer lourde de conséquences pour l'assuré ou ses ayant droits.

Dans les deux cas qui nous ont été soumis, le tort imputable à l'assureur a consisté à son défaut de promptitude dans la libération à l'échéance de l'épargne constituée.

Dans l'un et l'autre cas, l'assureur a accusé plus d'un an de retard avant la satisfaction de ses engagements contractuels qui n'est intervenue qu'après la prise en charge du dossier par nos services.

En raison de l'importance des préjudices liés à de tels manquements qui contribuent à ternir l'image de la profession, les assureurs doivent redoubler d'effort pour tenir leurs engagements contractuels, particulièrement sur cette catégorie de risques, réputée très sensible.

Tableau 5 : Evolution de la répartition des saisines VIE

Nature des Garanties	Nombre de saisines					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Retraite Complémentaire	19	11	19	7	9	0
Rente Education	2	3	6	7	2	0
Mixte	5	1	1	2	3	2
Temporaire Décès	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	15	26	16	14	2

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 courtiers qui ont été à l'origine de 36,4% des saisines IARD, contre 35,2% provenant des tiers-lésés et 28,3% constituées de réclamations émanant des compagnies. Ce qui témoigne de l'intérêt grandissant que les principaux acteurs nourrissent à l'endroit de la médiation des assurances. (Cf. Tableau n°5 ci-dessous).

- Courtiers :

L'exercice 2017 s'est singularisé pour la première fois par la prépondérance des saisines initiées par les courtiers qui sont passées de 44 l'année précédente à 58 cette année, soit un accroissement de 32%.

L'intérêt sans cesse grandissant que les courtiers nourrissent à l'égard de la médiation, trouve sa justification dans les résultats probants obtenus ces trois dernières années, sur la quasi-totalité des requêtes qu'ils ont eu à initier.

Il en a résulté une nette amélioration de la qualité des services rendus à leurs clients, auxquels ils sont liés par un mandat de courtage leur conférant les pouvoirs les plus étendus pour tout ce qui a trait à la gestion de leurs risques en portefeuille. Pour cette raison, ils sont tenus en cas de sinistre de l'accomplissement de toutes les diligences requises auprès de l'assureur pour que leurs clients accèdent dans des délais réduits à une indemnisation conforme à leurs attentes légitimes. A cet égard, les résultats obtenus par la médiation des assurances en termes de diligence apportée dans la nomination des experts, la qualité des rapports produits et les délais de mise à disposition des indemnités sont autant de raisons qui militent en faveur d'un plus large recours à ce mode alternatif de règlement des litiges.

- Tiers lésés :

Sous l'appellation de tiers lésés se trouvent regroupés à la fois les victimes qui sans être parties au contrat d'assurance sont fondées à en revendiquer l'application en leur faveur du fait des préjudices qu'elles ont subis, ainsi que leurs héritiers et ayant droits. Ils sont au nombre de 56 soit 35,2% des saisines ce qui les place au deuxième rang. Le diagnostic issu de l'examen de leurs dossiers de réclamations laisse entrevoir la récurrence des mêmes causes que celles identifiées au cours des précédents exercices, à savoir :

- Désignation tardive des experts commis à l'effet d'évaluer les dommages. A cet égard, il convient de souligner que la célérité avec laquelle une compagnie d'assurance commet un expert en charge de l'évaluation des sinistres, figure en bonne place parmi les critères d'appréciation de la qualité de services. Le rôle de l'expert consiste en la détermination des circonstances du sinistre, l'identification de ses causes et l'évaluation des dommages en résultant. Or la quasi-totalité des requérants déplorent les longs délais de production des rapports d'expertise. Pour cette raison, nous ne recommanderons jamais assez aux compagnies d'être plus regardant sur cette question, en assignant aux membres des réseaux d'experts qu'elles se sont constituées, des engagements précis en termes de délai de production des rapports pour lesquels, ils sont commis ;
- Les contestations liées à l'insuffisance de l'offre d'indemnisation au premier plan desquelles, les écarts considérables souvent notés entre le devis initial de l'assuré et le quantum de dommages fixé par l'expert, ainsi qu'à un degré moindre, la non prise en compte de certains débours supportés par l'assuré ainsi que la surestimation du taux de vétusté applicable au bien sinistré ;
- Les corrections fantaisistes de devis de la part des régleurs de sinistres qui ne justifient d'aucune habilitation les qualifiant pour accomplir de telles tâches qui relèvent de la compétence exclusive des experts.

- **Compagnies :**

Les compagnies sont loin d'être en reste dans la confiance dont est crédité le dispositif de médiation, car elles ont été à l'origine de 28,3% des saisines de l'exercice. Celles-ci ont eu essentiellement pour objet le recours à l'arbitrage du médiateur dans les cas de mésentente persistante des parties relativement à l'interprétation des garanties.

En effet, en sa qualité de tiers neutre, à équidistance des parties, affranchi de toutes contingences liées à la recherche d'un intéressement quelconque, le médiateur éprouve moins de difficultés que l'assureur pour convaincre l'assuré, du bien-fondé des positions qu'il défend. C'est pour cette raison que certaines compagnies ne se font pas prier pour recourir à son intervention à chaque fois que nécessaire pour trancher les litiges faisant l'objet de profondes divergences avec leurs clients.

Tableau 5 : Répartition des saisines par source de réclamation

Statut du réclamant	2016		2017	
	Nombre de réclamants	Proportion	Nombre de réclamants	Proportion
Tiers lésés	37	31,9%	56	35,2%
Courtiers	44	37,9%	58	36,4%
Compagnie	33	28,45%	45	28,3%
Assuré	2	1,72%	0	0%
TOTAL	116	100%	159	100%

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

L'exercice 2017 a enregistré un total de 159 saisines IARD, se répartissant comme suit :

A) 6 dossiers jugés irrecevables constitués :

- d'une part de trois dossiers de sinistre automobile déjà soumis pour arbitrage à l'autorité de régulation en l'occurrence la Direction des Assurances,
- d'autre part de 3 dossiers de sinistre Vol/Détournement encore pendants devant la justice.

En conséquence de quoi, tous ces 6 dossiers sont hors du champ de compétence du médiateur.

B) 8 dossiers incomplets

Il s'agit de dossiers objet d'un gel momentané et pour lesquels, les requérants sont invités pour mieux se pourvoir à produire les pièces complémentaires manquantes dont la non délivrance rend impossible le démarrage du processus de médiation.

C) 3 dossiers en instance de traitement :

Il s'agit de dossiers dont le processus de traitement est en cours de réalisation ; le médiateur s'employant à rapprocher les points de vue des parties.

D) 1 dossier objet d'un avis du médiateur défavorable à l'assuré

L'examen dudit dossier a permis de s'apercevoir d'une tentative de supercherie de l'assuré qui, se sachant malade, s'est permis de souscrire une assurance voyage en vue d'accéder à la gratuité des soins, dès son arrivée à l'étranger.

La garantie ne lui étant pas acquise, il lui a été rappelé les conditions de couverture de sa police d'assurance qui prévoient une exclusion formelle des maladies diagnostiquées préalablement à la souscription du contrat.

E) 1 dossier redirigé au médiateur après son rejet par le Fonds de Garantie Automobile (FGA)

Il s'agit d'un dossier non éligible à la prise en charge par le FGA car la victime qui s'est muée en requérante a été identifiée comme le responsable exclusif de l'accident, dont il se prévaut pour demander indemnisation.

Après lui avoir rappelé les conditions de prise en charge s'imposant au FGA, elle a demandé au médiateur d'entreprendre des démarches pour lui faire bénéficier d'un geste commercial. Une demande qui n'a pas été favorablement accueillie, car contraire aux dispositions règlementaires régissant la médiation des assurances.

Tableau 6: Répartition des dossiers de saisine IARD

Garanties	Nombre de saisines	Dossiers Irrecevables	Dossiers Incomplets	Pas d'accord	Dossiers Recevables	Dossiers traités	Dossiers Réglés	Arbitrage DA	FGA	Dossiers en instance
Auto	155	3	8	0	144	141	135	3	1	3
Santé	1	0	0	1	1	1	0	0		0
Vol/ Détournement	3	3	0	0	0	0	0	0		0
TOTAL	159	6	8	1	145	142	135	3	1	3

2.2.2.2 Recevabilité des saisines VIE

La branche VIE n'a été concernée que par 2 saisines jugées recevables et qui ont abouti au règlement par l'assureur des sommes mises à sa charge.

Il convient toutefois de souligner que ce dernier est loin d'avoir fait preuve de célérité dans le respect de ses engagements contractuels, portant ainsi énormément préjudice à ses clients.

Tableau 7: Répartition des dossiers de saisine VIE

NATURE DES GARANTIES	Nombre de litiges	Nombre dossiers réglés en totalité	Nombre dossiers réglés partiellement	Rejeté
Complémentaire Retraite	0	0	0	0
Rente Scolaire	0	0	0	0
Mixte	2	2	0	0
TOTAL	2	2	0	0

2.2.3. Compagnies mises en cause

a) Secteur IARD

Le dénombrement des litiges recevables ressortant du domaine de l'assurance IARD, laisse lire une répartition qui est loin d'être uniforme impliquant 11 assureurs, mais dont 67% des saisines concerne une seule compagnie. Elle est suivie de loin par trois autres compagnies qui sont responsables de 8%, 5% et 4% des saisines. Les 7 compagnies restantes se situent entre 1 et 3%.

b) Secteur VIE

S'agissant de la branche VIE les 2 seules saisines initiées concernent la même compagnie qui s'est énormément bonifiée au regard de la régression considérable du nombre de ses mises en cause.

2.3. Résultats annuels

Au cours de l'exercice, le Médiateur a été saisi de 161 dossiers dont 159 au titre de l'assurance IARD et 2 dossiers au titre de l'assurance VIE.

Du côté de l'IARD 145 dossiers sont jugés recevables dont 142 déjà traités et 3 sont en instance de traitement.

Du côté de la VIE les 2 seuls dossiers existants sont recevables et ont été traités.

Au final 135 dossiers ont fait l'objet d'un dénouement heureux salué par les parties sur un total de 144 dossiers dont le traitement a été conduit jusqu'à terme, soit un taux de réussite de 94%.

III- Conclusion - Recommandations

L'exercice 2017 s'est révélé très atypique, en raison de la forte baisse des saisines dont est objet la branche vie, qui a accusé une baisse de 85,7% ; le nombre de saisines la frappant qui était de 47 en 2011 est ramené à la clôture de l'exercice à seulement 2 saisines.

Tout le contraire constatable sur la branche IARD qui, dans une moindre mesure, reste sur la même tendance que l'année dernière avec un accroissement de 35,7% du nombre de saisines, ce qui est toutefois sans commune mesure avec le bond de 65,7% enregistré l'année dernière.

L'enseignement à en tirer, c'est le contraste qui se dégage dans l'évolution des deux sociétés ayant toujours totalisé le plus grand nombre de récriminations, dont l'une se maintient dans ses positions traditionnelles dans le domaine de l'assurance IARD alors que l'autre qui affichait les mêmes tendances dans le domaine de l'assurance VIE, s'est bonifiée en adoptant les bonnes règles prescrites en matière d'indemnisation.

Cependant, le constat de ténacité des plaintes récurrentes, à l'endroit des mêmes compagnies, m'amène en l'absence de changements majeurs dans leurs modes opératoires, à réitérer en 2017 les mêmes recommandations que l'exercice précédent.

Face à cette situation, nous exhortons les compagnies 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.

A cet égard, nous leur recommandons de s'approprier certains grands principes qui fondent la démarche qualité au sein d'une compagnie d'assurance.

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 35 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. 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.4. 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.5. Réduction des délais de règlement des sinistres

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

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

Pour améliorer ces délais, il serait souhaitable de :

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

R.6. 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'explicitier 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.7. 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
- Liste des compagnies d'assurances
- Liste des cabinets de courtage

**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'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.

Charte de la Médiation pour les Sociétés d'Assurances

- **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.