

Rapport du
médiateur
des mutuelles du GEMA
2010

Sommaire

p.1 Hommage au professeur Georges Durry par Gérard Andreck, président du GEMA

Panorama quantitatif 2010

p.2 Nombre des saisines et des avis

p.3 La teneur des avis

Panorama qualitatif 2010

p.4 Questions générales

- p.4 Incompétence pour juger de la politique d'une mutuelle
- p.4 Le droit des assurés à bénéficier d'une jurisprudence favorable
- p.5 Application dans le temps d'une garantie
- p.5 Renonciation de l'assureur
- p.5 Interprétation stricte des exclusions
- p.5 Déclaration tardive du sinistre
- p.6 Restitution par l'assuré d'une indemnité versée à tort
- p.6 Devoir de renseignement et de conseil

p.8 Questions spécifiques

- p.8 Assurances de choses
- p.8 Assurance automobile
- p.9 Assurance de protection juridique
- p.10 Assurances de personnes

Annexes

p.12 Protocole de la médiation

p.13 Publications et adresses utiles

Hommage au professeur Georges Durry par Gérard Andreck, président du GEMA



Gérard Andreck
président du GEMA

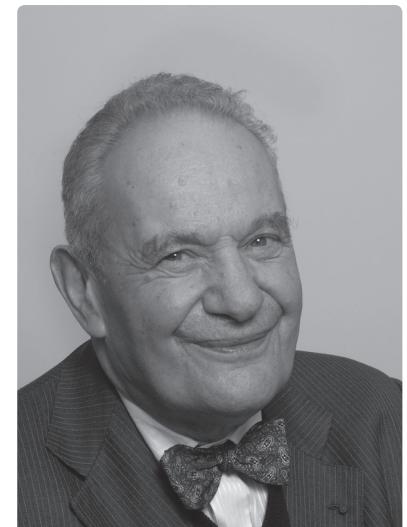
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...

Si les mutuelles du GEMA ont été de véritables pionnières en matière de médiation, c'est aussi au professeur Durry qu'elles le doivent. En effet, il a accepté dès 1988, alors qu'il était président de l'Université Panthéon-Assas, d'endosser le rôle de médiateur. Grâce à sa compétence incontestée et son indépendance statutaire, la médiation du GEMA a acquis ses lettres de noblesse. De moins de 10 saisines annuelles à l'origine, nous en sommes à plus de 300 en 2010. L'encadrement des mutuelles du GEMA a aujourd'hui parfaitement intégré le « réflexe médiation » dans le traitement des dossiers. Un effort constant a été fourni pour communiquer sur l'existence du médiateur.

Sous l'impulsion bienveillante du professeur Durry, les mutuelles considèrent de manière de plus en plus attentive les réclamations de leurs sociétaires. La qualité de la médiation du GEMA

est connue et reconnue et contribue largement à la crédibilité de notre Groupement. Car, rappelons-le, l'avis du médiateur s'impose aux mutuelles adhérentes, ce qui est une spécificité de taille.

Après plus de vingt ans passés au service de la médiation, le professeur Georges Durry passe aujourd'hui la main pour une retraite bien méritée et présente son dernier rapport. Au nom de la Commission exécutive du GEMA, nous lui adressons nos plus chaleureux remerciements. C'est le professeur David Noguero, ancien collaborateur de Georges Durry, qui prend la relève. Spécialiste en droit des assurances, il saura également accorder la plus grande attention aux demandes de nos assurés. Nous lui souhaitons pleine réussite dans ses missions et renouvelons toute notre reconnaissance au professeur Durry pour sa fidélité et son engagement.



Georges Durry
médiateur du GEMA

...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...
...

Panorama quantitatif 2010

Nombre des saisines et des avis

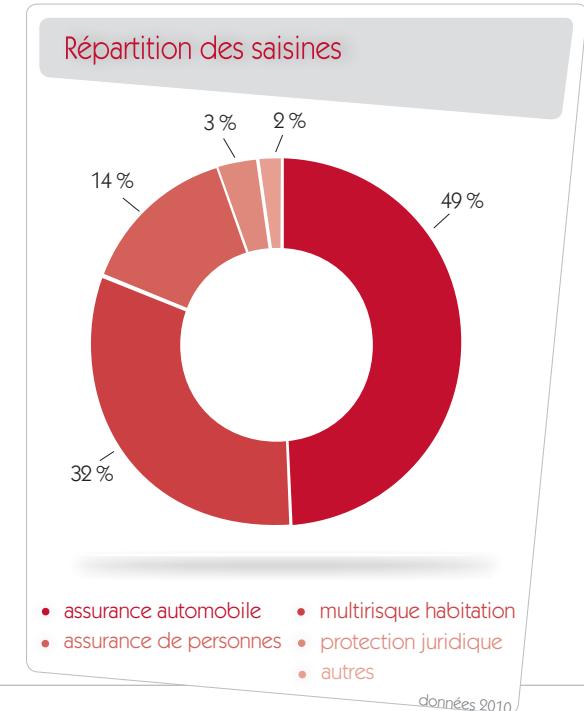
Comme tous les précédents, ce dernier rapport du médiateur originellement désigné par les mutuelles du GEMA (alors GSACM) en 1988, débute par la description chiffrée de l'activité du service de médiation.

L'année 2010 a été marquée par un accroissement considérable des saisines du service. Comme toujours, ce sont les contrats liés à l'automobile, puis les multirisques habitation qui donnent lieu très majoritairement à saisine du médiateur. Même si on laisse de côté le nombre des dossiers irrecevables (128) -la plupart parce qu'ils visaient un assureur qui n'est pas membre du GEMA- qui imposent tout de même que le dossier soit examiné et qu'une réponse soit adressée à l'auteur de la demande, il reste que 333 dossiers de prémédiation ont été ouverts. Or, en 2009, on avait relevé seulement 189 prémédiations. C'est donc une augmentation de 76 % que l'on doit constater. Alors que, les années précédentes, l'accroissement était assez régulier, on peut affirmer qu'il y a cette fois changement d'échelle.

Le nombre croissant des saisines ne peut que se traduire sur le terrain du nombre des avis rendus par le médiateur. Ils se sont élevés à 274 (plus deux arbitrages au titre de l'article L. 127-4 du code des assurances), soit exactement 102 de plus que l'année précédente, ce qui représente un surplus de 54 %.

Ces chiffres appellent de la part du médiateur plusieurs commentaires. D'abord, on ne peut juger sur une seule année et, pour savoir s'il s'agit d'une véritable tendance, il sera nécessaire d'attendre les chiffres de l'année suivante. Mais on doit relever que, sur le premier trimestre 2011, une nette augmentation a pu être observée par rapport à la même période en 2010. Pour l'instant donc, le mouvement se poursuit. Ensuite, on peut s'interroger sur les causes du phénomène. Comme il avait déjà été indiqué dans le rapport de l'an dernier, il résulte pour

une part de ce que la faculté de recourir à la médiation est de mieux en mieux connue des sociétaires, ce dont on ne saurait que se féliciter. En outre, on peut supposer que la dureté des temps amène les assurés à défendre avec acharnement ce qu'ils pensent, parfois à juste titre, être leurs droits. Cette supposition est encore confortée par un phénomène, également signalé en 2009, mais qui va lui aussi croissant, du nombre des demandes de révision par le médiateur de l'avis qu'il a rendu. Le réexamen des dossiers qui s'ensuit est très "chronophage".



Panorama quantitatif 2010

La teneur des avis

L'année dernière, il avait été relevé une sensible diminution des résultats favorables, pour les sociétaires, du recours à la médiation. Cette tendance ne s'est pas confirmée, et l'on en est revenu à peu près à ce qui était la moyenne habituelle.

Ce sont en effet 37 sociétaires qui ont obtenu totale satisfaction et 62 dont la réclamation a été partiellement accueillie. Cela représente respectivement 15 % et 22 % des avis rendus.

En cas de satisfaction partielle, une offre est donc faite au sociétaire, offre qui précise expressément qu'il n'a aucune obligation de l'accepter et que sa faculté de porter son différend devant les tribunaux reste entière. Un seul sociétaire a fait savoir qu'il n'acceptait pas la solution transactionnelle qui lui était proposée et qu'il saisissait la justice.

Issues des saisines

sociétaires satisfaits

37

sociétaires partiellement satisfaits

62

sociétaires insatisfaits

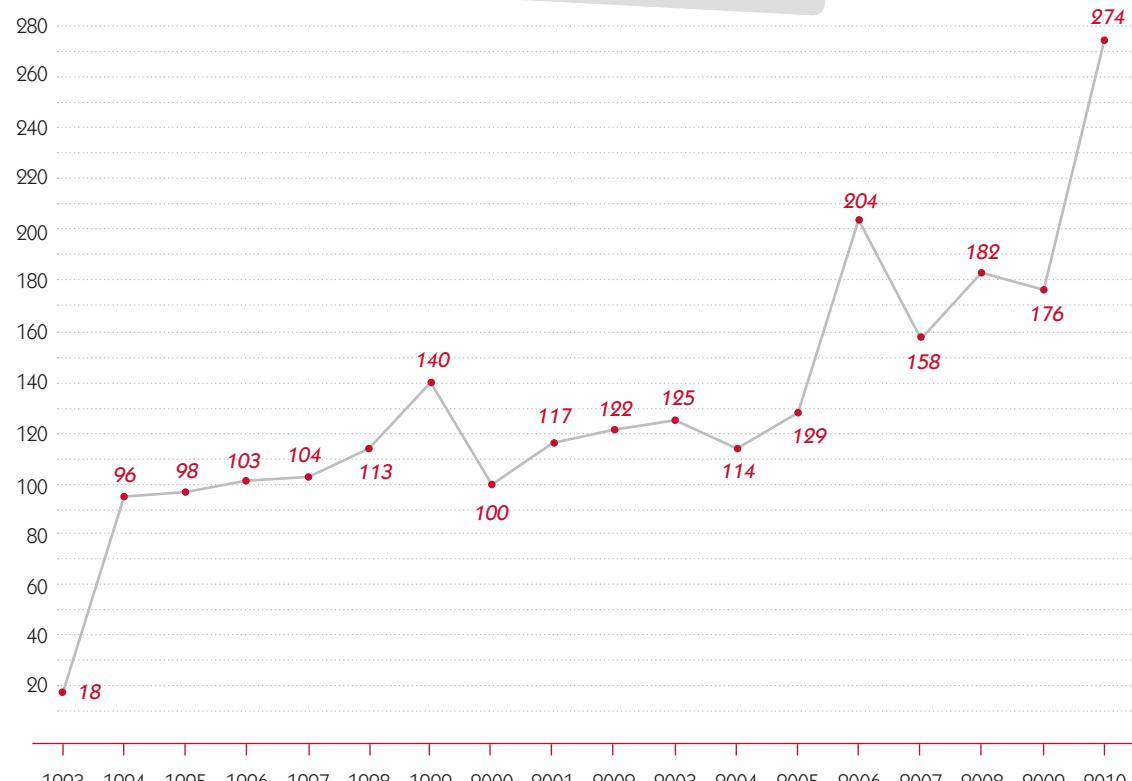
175

Total

274

données 2010

Évolution du nombre d'avis rendus - 1993-2010



Panorama qualitatif 2010

Questions générales

Bien des problèmes soumis au médiateur sont récurrents. On citera à ce titre :

- l'opposabilité aux assurés de documents contractuels dont il est prétendu qu'ils n'ont pas été reçus ;
- les fausses déclarations des assurés et leur éventuelle mauvaise foi ;
- la détermination des responsabilités lors d'un accident de la circulation ;
- les contestations des évaluations des préjudices par les experts et/ou les assureurs ;
- le lien entre une catastrophe naturelle et le dommage dont a souffert le sociétaire.

Il n'en sera pas fait état dans ce rapport, parce que, tout à la fois, il s'agit essentiellement de problèmes de fait et que, dans ce qu'ils pourraient avoir de général, ils ont été amplement traités au cours des rapports précédents. On ne s'attardera donc qu'à des questions, soit totalement nouvelles, soit qui présentent un aspect particulier qu'il a paru intéressant de mettre en lumière.

Incompétence pour juger de la politique d'une mutuelle

Le médiateur s'est toujours refusé à s'immiscer dans la gestion générale des mutuelles. Ainsi écarte-t-il systématiquement les contestations qui portent sur les augmentations tarifaires générales.

C'est un problème de cet ordre que posait la réclamation d'un sociétaire, assuré sur la vie, qui prétendait que la mutuelle favorisait indûment l'un des contrats qu'elle offrait à la souscription, au détriment d'un autre. Mais il n'invoquait aucune violation précise des engagements de la mutuelle à son égard.

Le médiateur a considéré qu'il s'agissait typiquement d'une critique de la politique de la mutuelle et s'est donc déclaré incompétent.

Le droit des assurés à bénéficier d'une jurisprudence favorable

Bien qu'il s'agisse d'un problème qui ne devrait plus se poser à l'avenir, puisque la loi du 15 décembre 2005 a complètement réécrit les articles L. 132-5-1 et 132-5-2 du Code des assurances, il ne paraît pas inutile de relever un dossier dont le médiateur a été saisi, et auquel s'appliquaient les textes antérieurs.

Très classiquement, le souscripteur d'une assurance vie prétendait exercer, sans doute parce qu'il s'agissait d'un contrat en unités de comptes et que la Bourse avait baissé, la faculté de renonciation, accordée depuis 1981 et par dérogation au droit commun dans ce type d'assu-

rance, bien longtemps après la souscription du contrat et l'expiration du délai d'un mois après son premier versement. Il tirait argument de ce qu'il n'avait pas reçu la notice, distincte des conditions générales, prévue alors par l'article L. 132-5-1.

Pour s'opposer à la résiliation, la mutuelle répliquait qu'elle avait, depuis, réparé cette omission en adressant à tous les assurés concernés la notice manquante par une lettre, dont l'envoi était attesté par constat d'huissier. Mais l'assuré contestait l'avoir jamais reçue. Comme la mutuelle n'était pas à même de présenter un récépissé, on ne pouvait que considérer qu'elle ne rapportait pas la preuve, qui lui incombaît, de la réception.

Dès lors, le médiateur devait s'en tenir à sa position constante à faire bénéficier les sociétaires des jurisprudences bien établies de la Cour de cassation, quoi qu'il puisse penser de leur bien-fondé (et en l'espèce, il en pensait le plus grand mal !). Or, l'on sait que par des arrêts de 2006, dont la solution a été constamment maintenue depuis malgré de vives critiques doctrinales, la Haute juridiction a jugé que l'absence de remise d'une notice indépendante des conditions générales devait, sous l'empire de l'article L.132-5-1 ancien, être sanctionnée par la prolongation du délai de renonciation.

Il a donc été demandé à la mutuelle concernée d'accepter la renonciation qui lui était adressée et, en conséquence, de restituer à l'assuré l'intégralité des sommes versées par lui lors de la conclusion du contrat.

Panorama qualitatif 2010

Application dans le temps d'une garantie

Ayant fait une chute dans sa cuisine, l'assuré n'en avait pas ressenti de conséquence immédiate. Quelques années plus tard cependant, il manifesta des crises d'épilepsie, qu'une expertise estima être la suite de l'accident initial. Entretemps, il avait modifié son contrat en doublant le montant de la garantie. La question était de savoir s'il avait droit aux indemnités en vigueur au jour de la chute ou au jour de la crise d'épilepsie.

Le médiateur a considéré qu'il convenait de s'en tenir au jour de la chute, pour cette raison, décisive à ses yeux, que, si les crises d'épilepsie n'avaient pas été considérées comme une conséquence de celle-ci, l'assuré n'aurait tout bonnement eu droit à aucune indemnisation. Il n'était en effet couvert que par une police "accidents", excluant formellement ce qui n'était que manifestation d'une maladie.

Renonciation de l'assureur

Un sociétaire avait souscrit un contrat qui, en cas d'accident, lui donnait droit à une assistance et à des indemnités journalières. La mutuelle lui avait accordé sans réserve aucune l'assistance prévue, mais refusait de régler les indemnités, en prétextant de l'absence de caractère accidentel du sinistre. Le médiateur a estimé que l'attitude prise à propos de l'assistance valait renonciation à prétendre que le sinistre n'était pas accidentel.

En revanche, lorsque c'est l'attitude prise par l'assureur à l'occasion d'un précédent sinistre qui est invoquée à l'appui d'une nouvelle

prétention, le médiateur considère que cela ne vaut pas renonciation de l'assureur, mieux éclairé, à son droit d'adopter une position différente et moins favorable à l'assuré.

Mais, lorsque l'assureur a renoncé, non pas implicitement, mais bien explicitement à se prévaloir d'un moyen de refuser sa garantie -en l'espèce, la prescription- ce que rien ne l'oblige à faire, il est libre de limiter les effets de sa renonciation. Ainsi, dans une espèce où l'assureur avait bien précisé que, s'il renonçait à opposer la prescription, il n'accordait à l'assuré qu'une indemnité qui ne serait pas révisable, le médiateur a écarté une demande de réévaluation pourtant présentée par l'assuré.

Interprétation stricte des exclusions

Une affaire peu ordinaire a amené le médiateur à rappeler que les exclusions devaient être entendues de manière stricte.

Pour dessoucher un arbre, un assuré avait procédé en deux temps. Il avait commencé par creuser tout autour de l'arbre, puis tenté d'arracher la souche au moyen d'une mini-pelle. Ce faisant, il avait endommagé un câble EDF.

Assigné en dommages-intérêts, il s'était tourné vers son assureur de responsabilité. Celui-ci lui avait alors opposé une exclusion des conséquences des "travaux de terrassement". Le médiateur a considéré que ne méritait cette appellation que la première phase et nullement la seconde. Or il n'était pas prouvé que ce fut au cours

de la première qu'il y avait eu dommage au câble. La charge de la preuve que les conditions d'une exclusion sont réunies incombe sans conteste à l'assureur, le médiateur a donc considéré que la mutuelle devait garantir.

Déclaration tardive du sinistre

Cela fait vingt ans que le législateur a subordonné la faculté de l'assureur d'opposer à son assuré la déchéance, toujours prévue par le contrat pour déclaration tardive du sinistre, à la preuve d'un préjudice. Le médiateur a dû le rappeler à des mutuelles qui ne faisaient état d'aucun préjudice.

En revanche, lorsque le préjudice est prouvé, le jeu de la déchéance n'exige nullement la preuve de la mauvaise foi de l'assuré. En conséquence, a été écartée la réclamation d'un sociétaire, bien qu'il protestât de sa bonne foi, qui avait déclaré le sinistre en retard et avait en outre fait procéder à des travaux de remise en état, privant ainsi l'assureur de toute possibilité d'expertise utile des dégâts.

Panorama qualitatif 2010

Restitution par l'assuré d'une indemnité versée à tort

Il est arrivé à plusieurs reprises qu'un véhicule volé soit retrouvé -on imagine dans quel état- plusieurs années après. L'expertise permet de constater l'absence de toute trace d'effraction des organes de direction, alors que la police en faisait une condition de la garantie. L'assureur demande alors restitution de l'indemnité versée à tort. On imagine la réaction de l'assuré !

Pour s'opposer à la prétention de la mutuelle, celui-ci invoque la prescription biennale. Mais la jurisprudence décide, à juste titre, que le point de départ de celle-ci est la date à laquelle l'assureur a pu constater que les conditions de la garantie n'étaient pas remplies, le jour de l'expertise donc. La demande de restitution de l'assureur est donc bien fondée, puisque l'on sait par ailleurs que la Cour de cassation a admis la validité de la clause faisant de l'effraction des organes de direction une condition de la garantie.

Il est évident que la solution est dure pour l'assuré. Aussi le médiateur use-t-il de son pouvoir de statuer en équité pour demander à la mutuelle, lorsqu'elle ne l'a pas déjà proposé d'elle-même, un échelonnement substantiel des remboursements.

Devoir de renseignement et de conseil

Il est de plus en plus fréquent que les assurés invoquent à l'appui de leurs réclamations, que ce soit à titre principal ou à titre accessoire, une violation par la mutuelle de son devoir de renseignement et

de conseil. Parfois, la solution est évidente. Ainsi, la fille d'un assuré reprochait à une mutuelle d'avoir fait souscrire à son père âgé de 70 ans, un contrat dont le rendement optimum ne pouvait être atteint qu'au bout de huit ans. Or l'assuré était mort d'un cancer au bout de quatre ans. Il a été facile de lui répondre que, d'une part les tables de mortalité donnaient à un homme de 70 ans une espérance de vie supérieure à huit ans ; d'autre part, l'existence d'un cancer était ignorée de l'assureur, auquel rien ne pouvait donc être reproché sur le terrain du conseil.

D'autres cas laissent plus hésitant. Comme déjà indiqué l'an dernier, le médiateur cherche, pour apprécier la valeur de l'argument, à distinguer les cas où l'assuré voudrait faire supporter à l'assureur ce qui est, en réalité, décision ou négligence de sa part, de ceux où, effectivement, tel ou tel élément du dossier aurait dû inciter la mutuelle à une intervention.

Manquement non démontré

Dans le premier ordre d'idées, il n'a pas admis que l'on fasse grief à l'assureur de ne pas s'être fait présenter la carte grise dans un cas où la proposition d'assurance faisait état d'un propriétaire qui n'était pas le bon, circonstance qui amenait l'assureur à considérer qu'il y avait réticence frauduleuse de nature à lui permettre d'invoquer la nullité du contrat.

Panorama qualitatif 2010

Pas davantage, n'a-t-il considéré qu'il y avait eu manquement au devoir de conseil dans un dossier où la sociétaire avait demandé la suppression de la garantie dommages initialement souscrite et avait eu, peu de temps après, un accident dont elle était responsable. Elle reprochait à sa mutuelle de n'avoir pas insisté fortement pour qu'elle conserve sa police "tous risques", ce qui était tout de même faire peu de cas de son propre libre arbitre.

Manquement avéré

En apparence, un autre dossier posait le même problème. Mais en réalité la situation était très différente. Une sociétaire, qui ne se servait que de véhicules loués, avait changé d'auto. À cette occasion, un nouveau contrat avait été substitué au précédent, presque identique, à ce détail près qu'il ne comportait plus la garantie dommages.

Dans ce contexte, le médiateur a pensé que la mutuelle aurait dû attirer l'attention de la sociétaire sur la disparition d'une garantie jusque là toujours souscrite et qui présentait un intérêt particulier pour elle, surtout s'agissant de véhicules loués et que l'on sait les loueurs fort pointilleux sur l'état dans lequel le véhicule est rendu. Dans un ordre d'idées voisin, on citera le cas d'une sociétaire qui n'avait pas souscrit la garantie "contenu du véhicule", proposée en option. A priori, elle ne pouvait que s'en prendre à elle-même. Mais la particularité de l'espèce est que la sociétaire s'était mon-

trée soucieuse d'avoir le maximum de garanties : elle avait en effet souscrit une assurance dommages et quatre garanties optionnelles. Donc la mutuelle aurait dû lui faire valoir avec insistance l'intérêt d'une option supplémentaire garantissant le contenu du véhicule et se réserver une preuve du conseil donné.

On objectera peut-être qu'il n'est pas sûr qu'elle l'eût pour autant souscrite. Pour tenir compte de cette éventualité, le médiateur a considéré qu'elle avait simplement perdu une chance, évaluée à 50 %, et ne lui a donc proposé qu'une garantie de moitié.

Une autre hypothèse est constituée par le cas où un courrier du sociétaire aurait dû attirer l'attention de la mutuelle sur les besoins particuliers de celui-ci, même maladroitement exprimés, et susciter une réponse spécifique et non pas stéréotypée.

Ainsi en était-il d'une femme qui avait écrit à sa mutuelle, en souhaitant que "ses droits lui soient précisés" et en joignant à sa demande un certificat médical indiquant qu'elle souffrait d'une affection grave. Il lui avait simplement été répondu qu'elle ne remplissait pas à l'époque, les conditions qui lui auraient permis de prétendre à sa garantie "frais d'hospitalisation", ce qui était parfaitement exact. Mais c'était négliger qu'elle était aussi titulaire d'une garantie "incapacité de travail définitive", dont il aurait fallu lui rappeler l'existence. Le médiateur a donc considéré qu'il y avait manquement au devoir de renseignement de la mutuelle. Cette appréciation a, on le notera, suscité l'étonnement -exprimé en termes vifs- de

la mutuelle, après que celle-ci se fut, bien entendu, conformée à la décision du médiateur.

De même, le médiateur a-t-il fait grief à une autre mutuelle de n'avoir pas signalé elle-même à un assuré que, mis au chômage, il avait de ce fait la possibilité exceptionnelle de sortir de son contrat de prévoyance en capital. Pourtant, l'assuré lui avait fait connaître son souhait d'obtenir un capital et non pas une rente, mais en se fondant sur un texte inapplicable. Pour le médiateur, il était du devoir de la mutuelle de rectifier spontanément le tir.

A fortiori, le médiateur a-t-il estimé, dans une hypothèse où le sociétaire prétendait, à tort, à une garantie "dégât des eaux" pour prendre en charge sa responsabilité envers son locataire, que la mutuelle était en faute pour ne pas l'avoir d'elle-même fait bénéficier d'une garantie de sa responsabilité de loueur (art. 1719 et 1721 du code civil), pourtant explicitement incluse dans les garanties prévues par sa police.

Panorama qualitatif 2010

Questions spécifiques

Assurances de choses

Variation sur le principe indemnitaire

La chute d'un bloc de glace tombé du ciel avait quelque peu endommagé le toit d'un sociétaire. L'expert missionné avait évalué à 855 € le coût des réparations. Mais il se trouve que la facture du couvreur s'éleva finalement à seulement 320 €. L'assuré prétendait avoir un droit acquis à la somme de 855 €.

Comme, ce point est essentiel, il n'était nullement prouvé que les réparations avaient été mal faites, le médiateur a estimé que la mutuelle avait rempli ses obligations en réglant le montant de la facture du couvreur. En effet, d'une part, l'évaluation de l'expert n'est qu'une estimation qui n'engage pas l'assureur ; d'autre part, accéder à la prétention de l'assuré eût été consacrer un enrichissement sans cause, ce que prohibe l'article L. 121-1 du code des assurances.

La notion de vol commis par ruse

Il est très rare que les polices d'assurance contre le vol garantissent toutes les formes de vol. Plus fréquemment, la définition du vol est restrictive. On trouve souvent la formule "vol commis par effraction, ou par ruse, ou par violence", ou toute autre analogue.

D'habitude, les litiges portent sur le point de savoir s'il y a eu effraction ou violence, étant rappelé que, s'agissant d'une condition de garantie, la jurisprudence estime que la charge de la preuve incombe à l'assuré. Un dossier a toutefois posé la question de ce qu'il fallait entendre par "ruse". En l'espèce, une assurée avait hébergé à son foyer deux personnes, qui avaient trahi sa confiance et lui avaient dérobé

divers objets. Elle soutenait que, ce faisant, ils avaient agi par ruse. Comme la mutuelle, le médiateur a été d'un avis opposé. Il lui a en effet semblé que, à partir du moment où elle les avait librement introduits elle-même chez elle, il était exclu de pouvoir admettre que les voleurs s'étaient introduits chez elle par ruse.

Assurance automobile

Conséquences de l'indétermination des circonstances d'un accident

Il est fréquent que les circonstances d'un accident restent, faute de tout témoignage crédible, indéterminées, soit qu'aucun constat amiable n'ait été signé, soit que les déclarations des conducteurs portées au recto du constat signé soient irrémédiablement contradictoires. En pareil cas, aucune faute ne peut par définition être prouvée à l'encontre de l'un et l'autre conducteurs. Alors, la jurisprudence impose que chacun soit intégralement indemnisé sans franchise ; mais chaque assureur, peut, par conséquent, infliger un malus de 25 % à son sociétaire.

Or l'expérience montre que bien des réglementaires continuent, comme par le passé, à considérer qu'il y a lieu de partager les responsabilités 50-50, et, n'appliquent ainsi qu'un malus de 12,5 %, mais laissent à la charge de leurs assurés une demi-franchise et la moitié de ses dommages.

Panorama qualitatif 2010

Lorsqu'il est saisi par un assuré qui prétend à une indemnisation intégrale, le médiateur ne peut que lui donner raison. Mais, comme il n'est pas sûr que le demandeur ait bien perçu qu'il devra alors subir un malus de 25 %, le médiateur lui donne le choix entre la solution légale et le partage que lui avait proposé la mutuelle. À lui d'apprécier laquelle des deux formules lui apparaît comme la plus favorable.

Le rôle de l'assureur dans la procédure dite "véhicule économiquement irréparable"

Un sociétaire reprochait à sa mutuelle d'avoir déclaré à la préfecture qu'il avait refusé de lui vendre son véhicule, alors que l'expert avait estimé son véhicule valait moins (1 100 €) que le coût des réparations (quelque 1 400 €). En effet le sociétaire avait, d'une part, toujours contesté les évaluations de l'expert ; d'autre part, s'était heurté, après avoir fait réparer son auto, à bien des difficultés pour que le véhicule puisse de nouveau circuler.

Pourtant, le médiateur n'a pu que constater que la mutuelle avait tout simplement appliqué les textes très clairs (art. 327-1 à 3 du code de la route) qui ne s'attachent qu'à un point : l'opinion de l'expert que la valeur vénale du véhicule est inférieure au coût des réparations. L'assureur est alors obligé de proposer une indemnisation en perte totale contre remise du véhicule. Si l'assuré refuse l'offre, ou ne répond pas dans les trente jours, l'assureur doit en informer

les autorités. Normalement, l'administration doit procéder à l'inscription d'une opposition au transfert ultérieur du véhicule, qui ne sera levée qu'au vu d'un nouveau rapport d'expertise, attestant que les réparations ont été faites, et bien faites. En réalité, il semble qu'il y ait une malfaçon législative, car il n'est pas prévu que la contestation par l'automobiliste de l'expertise initiale arrête la procédure. Mais, de cela, la mutuelle n'était en rien responsable.

Assurance de protection juridique

Le médiateur a eu à rappeler à plusieurs reprises qu'un assureur de protection juridique ne doit pas s'incliner trop facilement devant le refus de l'adversaire du sociétaire de faire droit à sa réclamation. En conséquence, il a été amené à demander la reprise du dossier, "sans mollesse aucune" selon l'expression utilisée dans une hypothèse particulièrement typique, chaque fois que le sociétaire avait des arguments apparemment sérieux à faire valoir.

De même -et ceci est à rapprocher de ce qui a été écrit plus haut au sujet de l'obligation de renseignement et de conseil- a-t-il reproché à une mutuelle, assureur de protection juridique, de n'avoir pas prêté une attention suffisante aux pièces que lui avait adressées un sociétaire. En l'espèce, celui-ci désirait agir à l'encontre des responsables d'une construction affectée de malfaçons.

Quelque six mois avant l'expiration du délai décennal, il avait joint au dossier adressé à son assureur PJ, un seul document intitulé "Procès verbal - Levée des réserves". L'assureur PJ avait considéré que c'était la date de ce procès verbal qui faisait courir le délai de dix ans et fait délivrer une assignation quelques jours seulement avant son expiration.

Le défendeur fit valoir que l'assignation était en réalité tardive, car le procès verbal de réception datait, lui, de plus de dix ans. La réplique était imparable, car, depuis la loi du 4 janvier 1978, la prescription court depuis la réception, même si celle-ci a été assortie de réserves (art. 2270 ; aj. 1792-4-1 du code civil).

Il est apparu au médiateur que la mutuelle, recevant un procès verbal de "levée des réserves", aurait dû en déduire que la réception ne pouvait avoir eu lieu qu'auparavant et s'inquiéter de la date de celle-ci pour envoyer l'assignation à temps.

Panorama qualitatif 2010

Assurances de personnes

Assurance en cas de décès

De l'importance de la rédaction de la clause bénéficiaire

À juste titre, les journaux spécialisés dans la gestion de patrimoine attirent l'attention de leurs lecteurs sur l'importance des termes de la clause bénéficiaire dans l'assurance en cas de décès et conseillent de ne pas se satisfaire aveuglément des clauses pré-rédigées par l'assureur.

Un bon exemple de la pertinence de ce conseil est donné par l'espèce suivante. Une veuve assurée sur la vie laissait à son décès deux enfants et une petite-fille issue d'un troisième enfant précédé, et qui venait donc à la succession par représentation. Mais, en ce qui concerne l'assurance, la clause bénéficiaire visait "mon conjoint à la date du décès, ou à défaut mes enfants, ou à défaut mes héritiers". La mutuelle répartit le capital assuré entre les seuls enfants survivants. La petite-fille évincée ne comprenait pas pourquoi ce capital était attribué sur des bases différentes que la succession.

Le médiateur n'a pu que lui répondre que la mutuelle avait parfaitement appliqué les principes posés en la matière par la Cour de cassation. En effet, il est certain que le prédécès d'un bénéficiaire rend caduque sa désignation (art. L.132-9, dernier alinéa, du code des assurances). Dès lors, les propres héritiers de ce bénéficiaire ne peuvent prétendre à rien, à moins que l'assuré n'ait expressément exprimé le contraire, ce que la grand-mère -volontairement ou pas, mais peu importe- n'avait pas pensé à faire.

Assurance accidents

Une mort brutale n'est pas pour autant une mort accidentelle

À deux reprises, le médiateur a été saisi par un veuf dont la femme était décédée au cours de son sommeil, sans que rien n'ait pu laisser prévoir une fin aussi brutale. Bien au contraire, l'un des deux maris produisait un certificat médical attestant que son épouse avait été examinée quelques jours auparavant et qu'elle était en parfaite santé. Dans les deux cas, il était soutenu qu'on devait considérer le décès comme accidentel.

C'était là confondre la soudaineté et l'imprévisible avec l'accidentel, en tout cas au sens des polices d'assurance. Comme le précisent tous les contrats, seul un événement extérieur à l'assuré mérite la qualification d'accident. Or, en l'espèce, les circonstances mêmes du décès, survenu au cours du sommeil, excluaient toute cause extérieure.

C'est un autre problème que de savoir si l'assureur est en droit d'exiger la preuve d'un événement précis qui ait provoqué l'accident. La Cour de cassation l'exige très clairement et, jusqu'à présent, le médiateur n'a pu que se conformer à sa jurisprudence.

Le mot de la fin

Pionnières en ce domaine, les mutuelles du GEMA ont prévu l'institution d'un médiateur dès 1988. Elles ont admis, dès l'origine, que l'avis du médiateur serait obligatoire pour les mutuelles, et, très vite, que le médiateur soit doté du pouvoir de statuer en équité.

Le signataire de ces lignes voudrait, à l'occasion de cet ultime rapport, attester qu'elles ont parfaitement joué le jeu de la médiation. Quoi qu'il pût leur en coûter, elles ont toujours exécuté ses décisions et jamais, avant qu'il rende un avis, il n'a été l'objet de la moindre pression pour trancher dans un sens favorable à la mutuelle concernée.

Tout cela lui a permis de jouer son rôle en toute sérénité d'esprit, ce qui n'exclut pas les hésitations parfois très vives avant de se prononcer. En tout cas, l'aventure a été passionnante et, au moment de passer la main à plus jeune, le médiateur tient à dire la conviction qui est la sienne que la médiation telle que conçue par le GEMA, est une institution utile, même si c'est à la marge, pour les sociétaires-assurés et à remercier les mutuelles pour la confiance qu'elles lui ont si longtemps manifestée.

Paris, le 14 février 2011

Georges Durry

Le parcours de Georges Durry

Sa carrière

- Agrégé des Facultés de droit (droit privé, 1959)
- Professeur aux Universités de Poitiers, Lille, Paris X (Nanterre), Paris XI (Sceaux), puis, à partir de 1972, Paris II (Panthéon-Assas)
- Professeur émérite de Paris II (Panthéon-Assas) depuis le 1^{er} septembre 1999

Ses fonctions universitaires

- Président de l'Université Panthéon-Assas (Paris II) (1988-1993)
- Président de la section de droit privé du Conseil national des Universités (1977-1991)
- Président du jury de l'agrégation de droit privé (1997)

Ses autres fonctions

- Membre depuis 2000 du Conseil national des assurances (et plus spécialement de la commission des entreprises de ce conseil, chargée de donner un avis sur les demandes d'agrément des sociétés d'assurance) puis du Comité des entreprises d'assurance.
- Président du Bureau central de tarification automobile depuis 1980, puis, de 1993 à 2005, du Bureau central de tarification des assurances (organisme comprenant depuis septembre 2003 une section spécialisée pour l'assurance de la responsabilité médicale).
- Médiateur national, depuis 1988, du GEMA.

Bibliographie indicative

Ouvrages

- La distinction de la responsabilité contractuelle et de la responsabilité délictuelle, *Étude de droit comparé franco québécois* (1986)
- L'assurance automobile, *Dalloz* (1998)

Études récentes

- Rapport de synthèse au colloque du Mans consacré à la responsabilité du fait personnel (2003)
- Notes d'arrêts consacrées aux assurances obligatoires en matière de construction (2004)
- Communication à la Cour de cassation sur l'introduction en droit français des dommages-intérêts punitifs (2004)
- Rapport conclusif d'un colloque consacré au projet de réforme du droit de la responsabilité délictuelle (2006)
- Rapport introductif au colloque de Rennes consacré aux distorsions du lien de causalité (2006)
- La distinction de la condition de garantie et de l'exclusion de risque, *Études Groutel* (2006)
- L'arbitrage sportif, *Journées annuelles de l'Association de philosophie du droit* (2008)
- La saga des EPERS, *Journées de la Citadelle, Nice* (2008)
- Les assurances de responsabilité en matière de construction et leur évolution depuis 1978, *Association Justice-Construction* (2008)
- Rapport conclusif au colloque de Tours consacré au préjudice (2009)

Annexes

Protocole de la médiation

Les sociétés du GEMA conviennent de mettre en place le dispositif décrit par le présent protocole, permettant à leurs assurés de pouvoir saisir le médiateur du GEMA, à l'issue d'une procédure interne de traitement de leurs réclamations. Elles s'engagent en leur nom et en celui de leurs filiales régies par le code des assurances (IARD, Vie, Protection juridique et assistance) à respecter ce protocole.

Principes

Indépendance : le médiateur du GEMA est désigné par la Commission exécutive en tenant compte de sa compétence et de son indépendance. Son mandat est de trois ans renouvelable. Il exerce sa mission en toute indépendance et il dispose des moyens humains et matériels nécessaires à celle-ci.

Gratuité : l'intervention du médiateur est une procédure écrite totalement gratuite.

Transparence : chaque année, le médiateur du GEMA rédige un rapport sur l'ensemble de son activité. Ce rapport est disponible sur le site internet du GEMA (www.gema.fr).

Portée : l'avis du médiateur est rendu en droit ou en équité et s'impose à la société concernée. En revanche, l'assuré demeure libre de saisir les tribunaux de sa requête à l'issue de la procédure de médiation. En outre, les sociétés s'engagent à ne pas faire état devant les tribunaux d'un éventuel avis négatif.

Domaine

Sont concernés : les litiges relatifs aux risques du particulier opposant une société à son assuré.

Sont exclus : les litiges opposant l'assuré à un tiers au contrat, à une société d'assurance non adhérente du GEMA, et ceux concernant les risques du professionnel. Est également exclu le contrôle de la motivation des résiliations décidées par les sociétés (si ce n'est dans l'hypothèse, exceptionnelle, dans laquelle le contrat est résilié immédiatement après un avis du médiateur). En outre, la saisine des tribunaux fait automatiquement sortir le litige du présent dispositif.

Procédure

Le médiateur peut être saisi soit par l'assuré, soit par la société d'assurance. Chaque assuré peut présenter au maximum deux saisines du médiateur par an.

Respect des voies de recours internes

Le médiateur ne peut intervenir, pour rendre un avis dans le litige opposant une société d'assurance à son assuré, qu'en cas d'échec de la procédure interne de réclamation. En cas de saisine directe du médiateur, il transmet les éléments en sa possession à la société concernée et en informe l'assuré, en lui précisant qu'avant toute saisine du médiateur, le dossier doit avoir été examiné au préalable par le service interne de la société.

Chaque société dispose d'une structure interne de traitement des réclamations et doit informer ses assurés, par tous moyens qu'elle juge appropriés (courriers, bulletins, numéro vert, etc) de l'existence de cette structure et de ses modalités de saisine, ainsi que de l'existence du médiateur du GEMA et de ses fonctions. Dans le cadre de cette procédure interne de traitement des réclamations, les sociétés

s'engagent à répondre à leurs assurés dans les plus brefs délais. À l'issue de cette procédure, elles informeront leurs assurés que, si le désaccord persiste, ils ont alors la possibilité de saisir le médiateur du GEMA.

Délais

Le médiateur rend un avis dans les six mois suivant la date à laquelle il a été saisi et le transmet aux deux parties. Dans les cas, exceptionnels, où ce délai se révèle insuffisant, le médiateur en informe, de façon motivée, les deux parties. Il instruit le dossier avec le concours de celles-ci. Les sociétés s'engagent à ne pas compter le délai pendant lequel le médiateur aura été saisi d'un dossier si elles entendent ultérieurement opposer la prescription à leur assuré. En outre, si les sociétés estiment la prescription acquise avant saisine du médiateur, elles doivent en informer explicitement l'assuré et le faire savoir, de façon motivée, au médiateur dès le premier échange de courrier avec ce dernier. À défaut, elles seront réputées avoir renoncé au bénéfice de la prescription.

Annexes

Défense-recours et protection juridique

Principe

En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, le médiateur du GEMA peut être saisi, par accord écrit de la société d'assurance et de l'assuré, en tant que tierce personne au titre de l'article L. 127-4 du code des assurances. En ce cas, il joue exceptionnellement le rôle d'arbitre dans les conditions prévues à l'article précité. À la différence de la procédure de médiation, la décision rendue par le médiateur du GEMA dans le cadre de cet arbitrage s'impose aux deux parties, assureur et assuré.

Exception

Lorsqu'une action en justice a été intentée par le, pour le, ou au nom de l'assuré dans le cadre d'une clause de défense-recours ou d'une assurance de protection juridique, le médiateur n'est compétent pour examiner, ni si le procès a été bien mené, ni si une voie de recours mérite d'être exercée.

Le médiateur du GEMA

9 rue de Saint-Pétersbourg
75008 Paris
Tél. : 01 53 04 16 00
Fax : 01 45 22 59 17
mediation@gema.fr

Publications et adresses utiles

Publications

Rapport annuel d'activité
de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP)
www.banque-france.fr/acp

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

Rapport sur la médiation financière
www.ccsfin.fr

Rapport annuel d'activité
d'Euro info conso
www.euroinfo-kehl.com

Commission de médiation
de la convention Aeras
(rapport d'activité 2008)
www.aeras-info.fr

Adresses utiles

Le médiateur du GEMA
Groupement des entreprises
mutuelles d'assurance
9 rue de Saint-Pétersbourg
75008 Paris
www.gema.fr
mediation@gema.fr

Le médiateur de la FFSA
BP 290
75425 Paris Cedex 09
www.ffsa.fr

**Centre technique
des institutions de prévoyance**
10 rue Cambacérès
75008 Paris
www.ctip.asso.fr

Le médiateur du GEMA Groupement des entreprises mutuelles d'assurance

9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 Paris. Tél. : 01 53 04 16 00 - Fax : 01 45 22 59 17. www.gema.fr - mediation@gema.fr