

1. APERCU DE L'ACTIVITE 2009

1.1.

En Suisse, 218 entreprises d'assurance bénéficient de l'agrément pour exercer leur activité, et 74 d'entre elles sont affiliées à l'office de médiation. Elles constituent le groupe des compagnies associées disposées à coopérer avec l'office de médiation en cas de conflit avec un client ou un requérant. Bien que notre compétence ne s'étende pas à toutes les compagnies opérant en Suisse, nous n'avons dû refuser que 20 cas pour non appartenance au groupe des entreprises affiliées.

1.2.

En 2009, 4210 affaires ont été présentées à l'office de médiation, dont 3805 cas relevaient de sa compétence. La plus grande partie en a pu être directement tirée au clair avec les intéressés. Par ailleurs, notre site web a enregistré 7800 visites en chiffre rond.

Total des demandes	De notre compétence	Cas réglés directement.	Interventions
4210 (4434) ¹	3805 (3913)	3416 (3551)	389 (362)

1.3

Demandes sortant du domaine de compétence de l'office de médiation

Branches	2009	2008
AC	3	5
AI	31	33
AVS	11	17
Assurances cantonales	3	10
Assurance militaire ²	0	10
Caisses-maladie	265	340
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	16	28
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	6	5
Assureurs privés non affiliés à la fondation	20	16
Divers	47	56
Assurance-maternité	3	1
Total	405	521

Au total, le nombre des cas a régressé de 224. La moitié environ concernaient toutefois des problèmes pour lesquels l'office de médiation n'est pas compétent. Le recul dans sa sphère

¹ Chiffres 2008 entre parenthèses

² A partir de 2009, l'office de médiation traite avec la Suva également les cas de l'assurance militaire

de compétence s'est élevé à 108 cas. Ces chiffres s'inscrivent dans une marge de fluctuation normale.

1.4.

Dans l'allocution qu'il a prononcée à l'occasion des 25 ans de l'office de médiation (en 1997), l'ombudsman d'alors, Monsieur Eduard Amstad, a relevé que, depuis la création de la Fondation, quelque 35 000 requêtes lui étaient parvenues.

A comparer ce chiffre avec la statistique actuelle, on voit combien l'évolution a été fulgurante depuis. Le bilan des quelque 35 000 demandes et plaintes enregistrées au cours des 25 premières années a été dépassé rien que dans les 8 dernières années.

L'augmentation des cas atteste le besoin du public de pouvoir s'adresser à un organe indépendant et neutre, qui intervienne en tant que conciliateur en cas de conflit. Ce qui avait été une prestation d'avant-garde lors de la création de la Fondation en 1972 est maintenant devenu la norme, dans l'espace européen comme dans plusieurs Etats hors d'Europe.

Les offices de médiation sont institués par la loi dans un grand nombre de pays. C'est d'ailleurs ce que propose le Département fédéral des finances dans l'avant-projet portant sur la révision de la LCA/LSA.

Le règlement de litiges par la négociation continuera à prendre de l'importance à l'avenir. Cette manière de procéder est efficace et économiquement avantageuse. Elle n'est pas placée sous le signe de la confrontation, comme c'est le cas dans une procédure, mais veut plutôt résoudre les problèmes par la recherche d'un consensus. Il en va de l'intérêt des consommateurs comme des prestataires.

1.5.

Sur les 3805 dossiers à traiter, 2056, soit 54%, concernaient les assurances de personnes, dont 651 relevaient de l'assurance accidents obligatoire, suivis de 648 demandes concernant des polices d'assurance sur la vie.

Alors qu'en raison de la crise financière l'année 2008 a été marquée par de fréquentes plaintes au sujet de polices liées à des fonds et financées par une prime unique, cette thématique a un peu perdu de son acuité pour l'office de médiation, grâce notamment à un lent redressement de la bourse. Le fait que quelques assureurs en soient venus à proposer aux preneurs d'assurance de reprendre des parts de fonds au lieu de leur verser un capital a aussi contribué à cette évolution. Malgré cela, il faut relever que les valeurs de rachat, les

participations aux excédents et les prestations en capital restaient insatisfaisantes pour beaucoup de preneurs d'assurance et ont été à l'origine de nombreuses questions.

C'est pour cette raison que les dissensions afférentes aux assurances sur la vie ont, tant par leur nombre que par leur valeur litigieuse, constitué les dossiers les plus importants à traiter. Ces cas ont aussi donné lieu à un nombre très élevé d'interventions multiples auprès des compagnies.

Pourcentage d'interventions dans les différents secteurs

Assurance privée	11,6%	(10,61%)
Assurance accidents obligatoire/LAA	5,4%	(4,35%)
Fondations collectives LPP	6,9%	(7,17%)

1.6.

Malgré le plus petit nombre de cas, les interventions ont passé de 362 à 389 par rapport à l'année précédente, et 358 cas ont pu être menés à bonne fin. Dans 251 cas (70%) le résultat a été positif, alors que dans 95 cas il a été négatif pour le requérant. Dans 12 cas, il ne s'est agi que d'une simple information, raison pour laquelle le résultat a été réputé neutre. Dans 93 cas, de multiples interventions ont été nécessaires pour le même objet, la réponse de la compagnie ayant été incomplète et non convaincante, voire insatisfaisante, ou alors de nouveaux points de vue sont apparus au cours de l'intervention.

1.7.

A partir de 2009, les cas d'interventions multiples font l'objet d'une statistique par branches, ce qui permet un dépouillement encore plus détaillé.

Un bon tiers des cas ayant nécessité une intervention ont demandé que l'office de médiation intervienne plus d'une fois, et ce surtout dans les branches vie (36%) et assurance privée maladie et accidents (38%). Ces taux ne surprennent pas, car les assurances de personnes soulèvent souvent des questions de fait et de droit d'une extrême complexité, qui impliquent des entretiens poussés avec toutes les parties jusqu'à la clarification du cas. Non seulement les problèmes à traiter étaient exigeants du point de vue juridique, mais la « traduction » des tenants et aboutissants juridiques et des expressions techniques dans une langue compréhensible pour le profane constituait une tâche supplémentaire et pas toujours simple. Il n'a pas été rare que cela ait entraîné un volumineux échange de correspondance et de téléphones avec les requérants.

1.8.

Intervention par branche / secteur

Branche/Secteur	Sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total des cas
RC Auto	318	29	5	1	1	354
Chômage	1	0	0	0	0	1
Ménage	181	20	1	0	0	202
Vol	78	4	1	0	0	83
Eléments naturels	14	0	0	0	0	14
Incendie	17	2	0	0	0	19
Casco	96	19	3	1	0	119
Bâtiments	54	1	0	0	0	55
Bris de glace	6	0	0	0	0	6
Resp. civile	302	44	3	1	0	350
Maladie	420	36	17	2	0	475
Cautionnement	3	1	0	0	0	4
Garantie crédits	43	5	1	0	0	49
Vie	566	51	25	5	1	648
Machines	2	0	0	0	0	2
Voyages	92	8	3	1	0	104
Protect. juridique	284	17	6	0	0	307
Bijoux	5	1	0	0	0	6
Transport	7	0	1	0	0	8
Animaux	3	0	0	0	0	3
Accidents (privés)	36	6	6	1	0	49
Dégâts d'eau	55	5	1	2	0	63
LAA	616	31	4	0	0	651
LPP	217	15	1	0	0	233
Total	3416	295	78	14	2	3805

2. L'ACTIVITE DE L'OFFICE DE MEDIATION EN DETAIL

2.1.

La population suisse compte parmi les mieux assurées du monde. Chaque personne dépense en moyenne 6380 USD³ en chiffre rond par an pour les assurances. Le volume en primes généré dans le pays se chiffre à plus de 33 milliards d'euros par année (Etat 2008).

De tels chiffres font que la concurrence a considérablement augmenté entre les assureurs. De plus, la libéralisation du marché de l'assurance a provoqué une telle multiplicité de produits que l'on ne peut plus guère les embrasser du regard. S'il est encore relativement

³ Sans les primes des assurances sociales et la part LPP obligatoire (source ASA)

facile pour le consommateur d'apprécier les offres sur la base des primes, cela est devenu quasiment impossible pour ce qui est du contenu du produit.

Face à cette situation, les assureurs et les intermédiaires assument, dans l'intérêt des clients, la responsabilité considérablement accrue d'apporter tous les éclaircissements indispensables.

Les contrats d'assurance prévoyant fréquemment un engagement à long terme, les conseils donnés dans la phase précontractuelle revêtent une importance primordiale. Leur qualité influence non seulement la conclusion du contrat, mais aussi le « climat » des relations futures entre les parties au contrat.

2.2

Des exigences de qualité sont aussi, et à juste titre, requises dans le travail de l'office de médiation. La confiance qui lui est accordée requiert de tous ses collaborateurs et collaboratrices un haut niveau professionnel et une disponibilité supérieure à la moyenne. Toute l'équipe est dès lors tenue - en plus du travail quotidien - de se maintenir à jour par la formation et le perfectionnement. Par ailleurs, il est veillé à ce que des mesures systémiques garantissent des prestations d'un niveau aussi élevé que possible.

L'objectif primordial d'assurer un service correct et efficient, qui soit perçu comme « fair », impartial et répondant aux besoins tant du public que des assureurs, ne peut être atteint que si des règles précises sont observées.

Au sein de notre office où chacun dispose d'une bonne vue d'ensemble, chaque collaboratrice et collaborateur dispose d'un haut niveau d'indépendance dans sa sphère d'activité. Mais tous sont tenus de se solidariser avec la « philosophie » de l'office de médiation et de s'en tenir strictement aux « business rules ». Dans une institution reposant sur un consensus réciproque et sans pouvoir souverain, c'est un élément essentiel de fiabilité pour tous les partenaires. Une manière de procéder ad hoc arbitraire n'a pas sa place à l'office de médiation.

A des fins de contrôle, tous les processus sont enregistrés. Ceci permet aux collaboratrices et collaborateurs de rechercher les données qui leur sont nécessaires. Tout écrit envoyé de l'office de médiation est contrôlé par deux paires d'yeux.

De plus, il est chaque mois procédé à une analyse des statistiques et des succès/insuccès lors des interventions.

La documentation et la gestion des dossiers s'effectuent grâce à un système de traitement statistique mis au point par le responsable de notre bureau décentralisé de Lausanne, grâce auquel les problèmes déjà traités peuvent être consultés via une banque de données électronique établie selon des mots clés. Ceci facilite le travail lorsque des problèmes de même nature se présentent et permet de traiter les cas de manière expéditive.

Une attention particulière est accordée à la gestion des cas en suspens, car le facteur temps est déterminant pour la satisfaction résultant de notre travail. C'est la raison pour laquelle les délais ainsi que les Input/Output sont régulièrement contrôlés via l'enregistrement électronique du travail accompli.

2.3

Demandes et plaintes en fonction des trois régions linguistiques

Total des demandes reçues	2009	2008	Différence	
Suisse allemande	3361	3572	-	211
Suisse romande	523	537	-	14
Suisse italienne	326	325	+	1
Total	4210	4434	-	224
Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2009	2008	Différence	
Suisse allemande	3178	3265	-	87
Suisse romande	383	391	-	8
Suisse italienne	244	257	-	13
Total	3805	3913	-	108
Interventions	2009	2008	Différence	
Suisse allemande	322	306	+	16
Suisse romande	53	43	+	10
Suisse italienne	14	13	+	1
Total	389	362	+	27

2.4.

Provenance géographique des demandes et des plaintes

	Total/total/totale		VVG / LCA		UVG / LAA / LAINF		BVG / LPP		Unzuständig/ hors de notre compétence/ incompétente	
AG	271	(301)	195	(214)	54	(37)	11	(26)	11	(24)
AI	2	(6)	2	(4)	0	(2)	0	(0)	0	(0)
AR	16	(20)	10	(13)	5	(5)	0	(0)	1	(2)
BE	381	(437)	267	(276)	64	(92)	28	(26)	22	(43)
BL	153	(150)	105	(107)	26	(19)	9	(12)	13	(12)
BS	143	(142)	106	(110)	26	(16)	2	(2)	9	(14)
FR	90	(92)	56	(63)	7	(8)	3	(3)	24	(18)
GE	132	(152)	101	(113)	6	(14)	1	(2)	24	(23)
GL	29	(24)	17	(19)	6	(1)	2	(2)	4	(2)
GR	73	(79)	47	(56)	15	(9)	5	(7)	6	(7)
JU	21	(35)	17	(25)	0	(1)	1	(3)	3	(6)
LU	175	(210)	117	(129)	34	(46)	14	(13)	10	(22)
NE	76	(48)	54	(32)	9	(3)	2	(2)	11	(11)
NW	14	(20)	8	(15)	4	(3)	0	(0)	2	(2)
OW	15	(24)	9	(17)	5	(5)	1	(0)	0	(2)
SG	196	(203)	154	(135)	23	(39)	12	(14)	7	(15)
SH	41	(64)	21	(47)	10	(5)	3	(7)	7	(5)
SO	118	(107)	86	(60)	11	(21)	11	(10)	10	(16)
SZ	57	(68)	45	(45)	6	(12)	1	(5)	5	(6)
TG	95	(99)	75	(70)	8	(14)	4	(8)	8	(7)
TI	330	(335)	225	(222)	20	(39)	13	(8)	72	(66)
UR	20	(17)	17	(10)	2	(4)	1	(3)	0	(0)
VD	277	(290)	180	(177)	22	(32)	8	(8)	67	(73)
VS	92	(100)	66	(68)	11	(11)	6	(10)	9	(11)
ZG	55	(91)	37	(65)	13	(13)	4	(7)	1	(6)
ZH	1175	(1172)	793	(774)	236	(234)	83	(58)	63	(106)
Ausland/étranger/ Estero	163	(148)	111	(84)	28	(27)	8	(15)	16	(22)
Insgesamt/ total/totale	4210	(4434)	2921	(2950)	651	(712)	233	(251)	405	(521)

2.5.

Demandes et plaintes ventilées par branches

BRANCHE	2009	A	B	C	D	2008
Accidents (privé)	49	4	7	29	9	55
Animaux	3	1	0	2	0	10
Assurance voyages	104	8	7	81	8	113
Bijoux	6	1	0	5	0	11
Bâtiments / Bris de glaces	61	11	12	31	7	49
Casco	119	15	24	71	9	183
Cautionnement	4	0	1	1	2	3
Chômage	1	0	0	0	1	7
Dégâts d'eau	63	5	4	49	5	49
Incendie et éléments naturels	33	4	1	22	6	31
Ménage	202	61	63	52	26	230
Machines	2	0	0	2	0	1
Maladie	475	77	56	271	71	332
Protection juridique	307	46	39	164	58	263
Responsabilité civile	350	44	19	235	52	374
RC véhicules automobiles	354	70	71	174	39	337
Transport	8	0	1	7	0	16
Vie	648	294	33	199	122	752
Vol	83	8	3	63	9	73
Garantie de crédit	49	1	1	17	30	61
LAA	651	50	230	312	59	712
LPP	233	58	44	96	35	251
TOTAL	3805	758	616	1883	548	3913

- A : Contrat : étendue de la couverture ; réticence ; rachat (assurance-vie) ; adaptation à de nouvelles CGA ; changement de propriétaire/disparition du risque d'assurance
- B : Résiliation : adaptation des primes ; indivisibilité de la prime ; bonus/malus ; franchise
- C : Prestation/liquidation des sinistres : prestation d'assurance (insuffisante/refus) ; sous-assurance ; réduction de l'obligation d'indemniser / créance en recours ; prescription
- D : Divers : information générale sur l'assurance, sur le déroulement de la procédure ; conseils

2.6.

Branches principales des 5 dernières années

 Branche	2009	2008	2007	2006	2005
Vie	648	752	654	627	608
RC auto	354	337	359	470	495
Maladie	475	332	358	407	508
RC générale	350	374	333	343	375
LAA	651	712	472	501	455

Alors que, dans les secteurs vie et LAA, les cas n'avaient jamais cessé d'augmenter depuis 2005 et avaient même fait un bond de 2007 à 2008, leur nombre a, pour la première fois depuis 5 ans, légèrement diminué en 2009, année où le secteur vie a retrouvé le niveau de 2007. Quant au secteur LAA, il s'est retrouvé dans la moyenne entre 2007 et 2008. Allant

en sens contraire, les requêtes dans le secteur maladie (assurances d'indemnités journalières) ont progressé de manière frappante, les cas de protection juridique suivant la même tendance.

3. APERCU DE L'ACTIVITE DE L'OFFICE DE MEDIATION

3.1.

En 2009,

- 2195 (2401) hommes
- 1651 (1711) femmes
- 364 (322) entreprises, autorités, organisations

se sont adressés à l'office de médiation et lui ont soumis les problèmes les plus divers. Les quelques exemples que voici montrent où le bât peut blesser.

3.2.

Nous avons toujours été surpris de constater combien les idées des preneurs d'assurance étaient imprécises au moment de conclure une police d'assurance. Beaucoup d'entre eux ne réalisaient pas exactement quels risques ils voulaient couvrir de manière judicieuse, c'est-à-dire quelles étaient les solutions propres à répondre à leurs besoins. A notre avis, expliquer clairement le sens et le but d'un produit d'assurance doit faire partie de l'entretien précontractuel. S'agissant d'assurances de personnes notamment, il y a lieu d'apprécier le degré de risque que l'assuré est prêt et capable d'assumer, et tant les points forts que les points faibles d'un produit devraient être exposés. Malgré son désir de conclure le contrat, l'intermédiaire doit informer le client aussi objectivement que possible. Dans ce contexte, la question de savoir si le preneur d'assurance sera en mesure de s'acquitter des primes pour toute la durée du contrat doit aussi être examinée.

Bien que tout ceci aille de soi, il ressort de notre expérience que ce n'est pas toujours le cas dans la pratique. Divers cas ont mis en évidence que des données portant sur l'étendue de la couverture ou de ses exclusions n'ont pas été précisées lorsque leur mention aurait pu compromettre les chances de l'intermédiaire de conclure le contrat.

3.3.

On ne peut pas comprendre que des contrats pour lesquels il devait déjà être visible, lors de la conclusion, que le preneur d'assurance aurait tôt ou tard des difficultés à payer les primes, aient été conclus. Indépendamment des incidences négatives dues au retard du débiteur à

s'acquitter des primes, les embarras financiers des assurés occasionnent aux assureurs un surcroît de travail administratif qui obère le système. Si des querelles doivent surgir lors de la procédure de sommation, il ne vaut guère la peine de conclure la police.

Dans la foulée de la rationalisation des processus de travail, les mises en demeure ont été « automatisées ». Pour des questions de coûts, les lettres de mise en demeure ne sont souvent pas envoyées sous pli recommandé. Plusieurs requérants dont les primes n'avaient pas été payées à temps et pour lesquels un sinistre s'était produit alors que la garantie était suspendue ont fait valoir que la lettre de mise en demeure ne leur était pas parvenue, ou alors ils contestaient la date d'envoi indiquée sur la lettre, date qui est déterminante pour le calcul du délai. Dans de tels cas, il est très difficile pour l'assureur de fournir la preuve que la procédure de mise en demeure fixée par la loi a été suivie correctement.

3.4.

Les souscriptions de polices d'assurance ménage par des personnes très âgées (80 +) n'ont pas manqué d'étonner lorsque la police prévoyait une durée de 10 ans. On fait certes valoir l'argument que les primes sont ainsi moins élevées, mais cela ne saurait toutefois compenser l'inconvénient pour ces preneurs d'assurance d'être, en raison de leur espérance de vie, liés de facto jusqu'à la fin de leurs jours, sans pouvoir - ce qui serait précisément souvent important pour eux - résilier leur contrat dans les règles et passer à un autre assureur, le cas échéant plus avantageux.

3.5.

Les avantages fiscaux sont un important argument de vente pour placer des polices du pilier 3b, mais il n'est guère précisé avant la conclusion que cela peut coûter cher fiscalement en cas de rachat prématuré de la police. Des preneurs d'assurance ont eu un choc lorsque le rachat intervenait au cours des trois premières années et que la police n'avait pas de valeur de rachat. Dans plusieurs cas de plaintes il s'est agi de savoir si les conseils donnés avant la conclusion du contrat n'étaient pas erronés.

3.6.

Les versements non admis pour des polices du pilier 3a ont été source de problèmes. Dans quelques cas, par exemple lorsque des assurés passaient d'une activité indépendante à une activité salariée ou mettaient un terme à une activité lucrative en raison d'obligations familiales, de séjours à l'étranger, etc. et versaient trop, des différends ont surgi quant au remboursement des versements non admis. Beaucoup d'assurés ignoraient qu'il faut demander une adaptation de la police lorsque la part des primes excède la déduction

maximale admise par le fisc pour une assurance de risque. Ces assurés pensaient par ailleurs que l'assureur surveillerait constamment la police pour vérifier que les versements effectués étaient corrects du point de vue fiscal.

Là où le remboursement ou l'adaptation de la police se heurtaient à l'opposition de l'assureur, l'office de médiation dut, dans quelques cas, se montrer très persuasif pour trouver une solution. L'office n'a toutefois pu éviter aux preneurs d'assurance la déception de voir que seule une partie de l'épargne était remboursée sur l'ensemble des primes versées, alors que la prime afférente à la couverture du risque restait à l'assureur.

3.7.

Quelques preneurs d'assurance se sont adressés à l'office de médiation parce qu'il ne leur était plus possible de s'acquitter des primes de leur assurance vie. Il en est résulté des retards de paiement suivis de mise en demeure. Si la prime n'était pas payée dans les délais, les conséquences dépendaient du fait que la police avait déjà une valeur de rachat ou non. En raison de mauvaises performances, cette situation a duré des années pour quelques polices liées à des fonds.

Au cas où la police ne présentait aucune valeur de rachat, elle restait en vigueur jusqu'à l'expiration du délai de mise en demeure, pour prendre alors fin sans laisser aucune valeur. C'est seulement si l'assurance avait acquis une valeur de rachat qu'elle restait, selon les CGA de quelques compagnies, encore entièrement en vigueur pendant 6 mois à compter de la première prime impayée avant d'être libérée de prime, moyennant réduction du capital assuré et exclusion d'éventuelles assurances complémentaires et compensation de la prime à régler.

Dans aucun des cas qui nous ont été soumis les requérants n'avaient été informés de ces mécanismes avant la souscription de la police. Que tout ce processus ait pu être tiré des CGA qui, de toute manière, ne sont pas d'une lecture facilement compréhensible pour le profane ne dispense pas, à notre avis, le conseiller d'assurance d'expliquer les conséquences qui pourraient résulter d'un changement des conditions de vie au cours du long engagement contractuel.

Beaucoup de preneurs d'assurance ignoraient aussi qu'ils avaient le droit de demander un switch et n'ont pris conscience des pertes subies, souvent élevées, qu'au moment du remboursement.

Dans un cas particulièrement exemplaire, l'attention d'un preneur d'assurance âgé n'a pas, à la conclusion d'une police liée à un fonds et financée par une prime unique de CHF 290'000.-

en chiffre rond, été attirée sur le fait qu'au cas où la valeur de son fonds évoluerait négativement, les primes afférentes à l'assurance du risque de décès pourraient, en raison de la différence croissante entre la valeur du fonds et le capital assuré en cas de décès, progresser au point qu'il pourrait perdre près de la totalité du patrimoine du fonds jusqu'à l'expiration du contrat, au terme d'une durée de 10 ans. Par ailleurs, comme il n'avait pas été rendu attentif au fait que, dans son cas et en raison des primes de risque élevées dues à son âge, des pertes correspondantes ne pourraient plus guère être rattrapées, même si la valeur du fonds remontait, il ne vit aucune raison de procéder à un switch ou de racheter prématurément la police, ce qui, au terme du contrat, se traduit par un versement en cas de vie de moins de CHF 2'000.-, soit par la perte pratiquement totale de son placement financier.

3.8.

A ranger également dans ce chapitre l'insuffisance d'informations données aux assurés qui voulaient avoir recours à leur prévoyance liée ou libre pour financer un logement en propriété et ne savaient pas qu'ils le feraient plus avantageusement en mettant leur police en gage plutôt qu'en procédant à son rachat (non rentable) partiel ou total. En cas de mise en gage, la protection d'assurance subsiste intégralement, ce qui peut s'avérer de première importance pour assurer le paiement des intérêts hypothécaires si un risque assuré survenait (par exemple invalidité). Dans le cas que nous avons eu à traiter, le requérant n'a réalisé qu'il y avait cette solution qu'après le rachat prématuré et dispendieux de sa police.

3.9.

A maintes reprises, les dispositions concernant les bénéficiaires en cas de décès du pilier 3a ont soulevé des difficultés. Les ambiguïtés pénalisaient notamment les relations de concubinage. Les personnes concernées ne savaient pas toujours que le pouvoir de disposer est limité selon les relations familiales. Dans un cas, le preneur d'assurance décédé était séparé de son épouse depuis plusieurs années et vivait depuis plus de 10 ans avec sa partenaire. Bien qu'il l'ait, par testament, désignée comme bénéficiaire de son avoir de prévoyance du pilier 3a, l'assureur a été tenu, sur la base de la réglementation légale, de verser les 100% du capital décès dû à l'épouse en vie vivant séparée.

3.10.

L'article 3 LCA énumère de manière exhaustive les renseignements minima qui doivent être fournis à un preneur d'assurance avant la conclusion du contrat. A notre avis, ceci ne veut pas dire que les assureurs ne devraient pas en faire davantage. Beaucoup de preneurs d'assurance trouvent choquant de ne recevoir aucune information quant aux frais

d'acquisition et de gestion dont ils ne prennent très souvent conscience qu'au moment du rachat de la police. Les plaignants ne pouvaient pas comprendre ce manque de transparence, et ce d'autant moins que l'assureur se retranchait dans le mutisme, malgré des demandes de précisions.

3.11.

A diverses reprises, le grief d'information insuffisante a porté sur la période entre la signature de la proposition et la délivrance de la police d'assurance sur la vie. Dans un cas, un preneur d'assurance avait fait une proposition pour une assurance vie mixte pour sa prévoyance vieillesse. En raison du tarif erroné figurant dans la proposition, l'assureur lui remit, sans commentaire, une simple assurance de risque en cas de décès. Le preneur d'assurance ne le remarqua pas et laissa passer le délai d'opposition. Vu qu'il n'était pas en mesure de vérifier la tarification et que le contenu de la police ne correspondait pas à la proposition, on a pu obtenir que l'assureur finisse par se départir de sa position selon laquelle la police aurait été tacitement approuvée.

3.12.

Si des polices d'assurance vie couvraient aussi la perte de gain par suite de maladie, d'accident ou d'invalidité, le paiement des rentes a soulevé des problèmes lorsque l'assuré présentait une incapacité de gagner de degré variable ou tentait sans succès de reprendre du travail.

En assurance collective d'indemnités journalières de maladie, les problèmes étaient de tirer au clair quel était l'assureur responsable du versement des prestations lorsque l'assuré avait plusieurs fois changé d'employeur. De surcroît, la délimitation entre une maladie et une affection couverte par la LAA n'a pas toujours été chose simple.

Dans un cas, la situation entre deux assureurs était à ce point bloquée que le preneur d'assurance décida, en raison de sa situation financière critique, d'accepter à titre provisoire une activité accessoire très médiocre de quelques heures par semaine, et ce bien que le médecin l'ait déclaré en incapacité de travail à 100%. En ayant eu connaissance, l'assureur n'hésita pas longtemps et fit valoir une justification frauduleuse des prétentions. Les versements furent stoppés et le remboursement des rentes allouées jusque-là fut exigé.

3.13.

En matière d'incapacité de gagner, le problème provenait souvent des avis divergents du médecin traitant et du médecin conseil de l'assureur. Même en présence de certificats de

médecins spécialistes, quelques compagnies s'en tenaient à l'opinion de leur médecin conseil alors que ce dernier n'était pas un spécialiste de l'affection en cause. Le décès d'une jeune femme alcoolique et qui présentait une addiction à différents médicaments peut être rangé dans cette catégorie : alors que le médecin de la santé publique et l'Institut de médecine légale concluaient à un événement accidentel, le médecin de la compagnie défendait surtout la thèse du suicide, ce qui avait une incidence considérable sur le montant du capital assuré en cas de décès. Nonobstant les multiples interventions de l'office de médiation, la compagnie campa sur ses positions, pour finalement proposer un montant transactionnel aux survivants qui l'acceptèrent, effrayés à l'idée d'une procédure judiciaire de longue haleine.

3.14.

Nous avons également été confrontés à des questions médicales à propos d'assurances voyage. Savoir si la maladie survenue était la conséquence d'une affection préexistante ou si on pouvait supposer un trouble psychique a souvent été à l'origine de controverses.

La renonciation à des voyages en raison de problèmes psychiques a suscité des conflits, car malgré la présentation de certificats médicaux attestant l'incapacité de voyager, ceux-ci n'étaient pas reconnus car n'émanant pas de psychiatres.

Les preneurs d'assurance n'avaient pas non plus une idée claire de l'étendue des frais couverts. Dans quelques cas, les preneurs d'assurance se sont plaints que l'assureur voyage n'ait pas pris entièrement à sa charge des frais de téléphone avec leur portable se montant à plusieurs centaines de francs. L'examen des factures du portable a montré que, dans la plupart de ces cas, le refus était fondé, car il s'agissait de multiples conversations qui n'étaient pas indispensables dans le contexte de l'événement assuré.

Le cas d'une nécessaire interruption de voyage suite à une escale d'urgence de l'avion en raison de l'état de santé de l'assurée constitue un exemple typique. La patiente dut être immédiatement hospitalisée. Bien qu'il se soit agi d'un cas médical urgent, l'assureur fit valoir le non-respect d'une obligation découlant du contrat d'assurance et refusa la prestation assurée, parce que l'assurée n'avait pas en premier lieu (!) appelé le numéro d'urgence mentionné dans la police. L'assureur a pu être convaincu que l'on ne peut guère évoquer une inexcusable violation d'une obligation dans une situation où il en allait de la vie ou de la mort.

3.15.

Dans le secteur des assurances de la protection juridique, lorsque des collaborateurs de l'assureur nous renvoyaient des preneurs d'assurance dans des affaires d'assurance complexes, nous ne pouvions que nous poser des questions. Le problème a été discuté avec le responsable. Autant notre tâche ne peut consister à venir en aide à des avocats chargés de mandats, autant l'office de médiation ne saurait traiter des cas couverts par la protection juridique.

3.16.

De nombreux litiges d'assurance dus à des accidents d'automobile font aussi partie du pain quotidien de l'office de médiation. En plus des contestations bien connues portant sur le degré de culpabilité, plusieurs cas intéressants de causes concurrentes de responsabilité, comme par exemple la responsabilité de véhicules automobiles versus propriétaire d'immeuble, responsabilité de véhicules automobiles versus détenteur d'animaux, ont dû être appréciés.

S'agissant de la collision de deux autos assurées en RC auprès du même assureur, il s'est présenté des cas d'intéressants conflits d'intérêt pour l'assureur. C'est surtout lorsque la responsabilité découlant de la faute n'était pas du tout évidente que nous avons dû constater que le « meilleur » client de l'assureur profitait davantage de la protection juridique passive que celui qui, aux yeux de l'assureur, était un client moins « intéressant ».

3.17.

En assurance vol, il a très souvent été question de la preuve. En l'occurrence, nous avons pu à diverses reprises constater que le degré des preuves exigées du lésé était exagéré. Nous avons par ailleurs pu prendre connaissance de dossiers dans lesquels la compagnie d'assurances assumant la charge de la preuve n'était pas en mesure de prouver les circonstances du dommage, et qu'en dépit de la claire répartition des charges de la preuve, elle avait imputé la réfutation au requérant.

4. LE SECTEUR LAA

4.1.

Alors que, dans le secteur LAA, les demandes avaient fortement progressé en 2008, leur nombre a légèrement régressé en 2009 pour passer de 712 à 651.

Sur les 651 cas, 589 émanaient de Suisse allemande, 36 de Suisse romande et 26 de Suisse italienne. Les différences entre les régions linguistiques ne sont pas faciles à expliquer. Elles ne peuvent pas être dues au facteur communication, car tant Me Subilia que l'Avv. Caimi entretiennent des contacts étroits avec les médias et font connaître leur travail au public.

353 demandes concernaient la Suva. Leur quote-part s'établit ainsi à 54%, soit toujours un peu plus de la moitié des cas LAA traités (58% en 2008).

Motif de la plainte	Suisse allemande		Suisse romande		Suisse italienne	
A						
Obligation d'affiliation	10	(16)	0	(2)	0	(0)
Début de l'affiliation	3	(1)	0	(1)	0	(2)
Fin de l'affiliation	1	(4)	0	(1)	0	(1)
Conclusion du contrat	18	(25)	0	(1)	1	(0)
Primes	13	(9)	2	(0)	2	(2)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	45	(55)	2	(5)	3	(5)
B						
Prévention des accidents	8	(10)	0	(0)	0	(1)
Traitement médical	54	(47)	0	(1)	1	(0)
Remboursement des frais	68	(40)	1	(3)	4	(3)
Indemnités journalières	77	(55)	0	(4)	0	(2)
Rentes invalidité	13	(15)	1	(2)	3	(0)
Indemnité atteinte à l'intégrité	11	(12)	1	(3)	0	(0)
Total	231	(179)	3	(13)	8	(6)
C						
Réduction/refus de prestation	191	(232)	21	(17)	9	(17)
Recours contre tiers responsable	4	(1)	1	(0)	0	(0)
Total	195	(233)	22	(17)	9	(17)
D						
Renseignements généraux/procédures	118	(157)	9	(12)	6	(13)
TOTAL	589	(624)	36	(47)	26	(41)

4.2.

616 dossiers ont été réglés directement avec le requérant et 35 ont fait l'objet d'une intervention auprès de l'assureur. Dans 21 des 32 cas liquidés le résultat a été positif. Dans 8 cas l'intervention n'a pas eu de succès et dans 3 autres cas le dossier a été classé « neutre ».

4.3.

Contrairement à ce que l'on avait connu précédemment, le secteur LAA n'a pas présenté de problèmes fondamentalement nouveaux. Comme pour les assurances de personnes en général, il s'est fréquemment agi de questions de délimitations entre séquelles de maladie ou d'accident ou des suites de divers accidents. De ce fait, ce sont surtout les appréciations médicales et les conclusions qu'en ont tiré les assureurs qui ont soulevé des discussions.

L'office de médiation a signalé aux requérants qu'il ne disposait lui-même d'aucun service médical et ne pouvait examiner le cas que sous l'angle juridique. En principe, nous nous appuyons sur l'appréciation des médecins traitants pour évaluer le cas.

Après consultation des rapports médicaux, nous avons souvent dû faire savoir que la possible relation entre l'affection et un ancien accident ne suffisait pas du point de vue juridique à justifier impérativement l'obligation de l'assureur accidents de fournir la prestation, ce que les requérants n'ont pas toujours compris. Il a ainsi fréquemment été nécessaire de convaincre les requérants qu'au sens médical, un accident n'est pas nécessairement un accident au sens juridique et couvert par la LAA.

Nous avons toute la compréhension voulue pour la défiance affichée par les requérants auxquels on avait communiqué en trois lignes un refus parce qu'il ne s'agissait dans leur cas ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Dans de telles situations, il faut s'attendre à ce que l'assuré ne puisse pas comprendre cette décision et qu'il en résulte des suites fâcheuses, vu qu'à son sens, il a bien été victime d'un accident.

La question de la causalité naturelle et adéquate, comme celle du degré de la preuve exigée, ont soulevé des questions juridiques particulièrement complexes à tirer au clair. Nous avons aussi été frappés par le fait que, dans certains cas, l'assureur LAA a adressé au requérant des lettres qui étaient si concises et truffées de termes juridiques qu'elles en devenaient totalement incompréhensibles.

4.4.

Dans quelques cas, il s'est agi « d'accidents multiples » qui s'étaient produits au cours du temps. La question était alors de savoir quelle partie des affections provenait de quel accident et quel assureur devait prendre quoi en charge. Cette imputation se révélait particulièrement difficile lorsque les accidents étaient très espacés dans le temps. Dans un cas présentant deux blessures au même genou mais provenant de deux accidents distincts,

il a fallu examiner si les affections de la hanche venues en plus avaient un rapport de causalité, et auquel des deux accidents ces séquelles devaient être attribuées.

L'office de médiation n'ignore pas qu'il n'est pas facile de répondre à de telles questions, fût-ce pour un médecin. Reste que dans l'esprit de la personne concernée il s'agit souvent là de finasseries, voire même d'échappatoires de l'assureur pour n'avoir pas à verser de prestations.

Des problèmes ont aussi surgi ici et là au sujet des garanties complémentaires au régime obligatoire. Ainsi, un requérant s'était fait soigner dans la division semi-privée d'un hôpital, vu qu'il disposait d'une couverture complémentaires privée. Assortie d'une réserve, la garantie de prise en charge des frais de l'assureur LAA a été retirée après l'intervention parce qu'il était apparu au cours de l'opération (!) qu'il y avait déjà une lésion antérieure, non couverte, qui pouvait remonter à une période précédant la conclusion de l'assurance complémentaire. C'est seulement après coup et par le rapport d'opération, que tant l'assureur que le requérant ont été informés de la chose. Le patient a dû supporter les frais afférents à la division semi-privée. Même si, du point de vue strictement juridique - dans la mesure où la garantie de prise en charge prévoyait une clause restrictive formelle - cette position de l'assureur ne peut être contestée, ses conséquences sont loin d'être satisfaisantes. Si et comment cette problématique peut être résolue n'est pas clair. L'office de médiation peut absolument comprendre la position de l'assureur, mais comprend aussi l'irritation du patient qui déclarait en substance : « Si même le médecin ne peut déterminer la cause de l'affection avant l'opération, comment un profane en médecine pourrait-il le faire ? »

5. LE SECTEUR DE LA PREVOYANCE PROFESSIONNELLE

5.1.

Dans ce domaine d'activité, 233 personnes (251 en 2008) se sont adressées à l'office de médiation au cours de l'année sous revue. S'y sont ajoutés 16 cas qui n'ont pu être traités parce qu'il s'agissait de questions relevant de caisses de pension autonomes. Ces requérants ont été aiguillés sur l'institution « LPP renseignements gratuits ».

5.2.

L'office de médiation est intervenu dans 16 cas, dont 11 ont pu être réglés jusqu'à la fin de l'année. Dans 9 cas, un résultat positif pour l'assuré a pu être obtenu.

Même si le nombre des cas LPP a légèrement régressé en 2009, il faut souligner que leur complexité et le temps passé à les traiter ont sensiblement augmenté. Il a fallu répondre à des questions portant sur la coordination avec d'autres prestations d'assurance sociale, sur des surindemnisations, tout comme sur des questions concernant les prestations, l'interprétation des règlements ou la liquidation partielle de l'institution de prévoyance.

5.3

Alors que 208 requêtes occasionnées par la prévoyance professionnelle ont été traitées en Suisse allemande, leur nombre est resté particulièrement modeste en Suisse romande et en Suisse italienne. Ici également, on ne voit pas ce qui peut être à l'origine de différences si prononcées.

Motifs des plaintes et provenance par régions

Motif de la plainte	Suisse allemande		Suisse romande		Suisse italienne	
Conclusion du contrat	17	(10)	0	(0)	0	(1)
Etendue de la couverture	7	(3)	0	(0)	0	(0)
Réticence	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Rachat	7	(13)	0	(0)	0	(0)
Règlement	10	(7)	0	(1)	1	(0)
Changement d'institution de prévoyance	12	(11)	1	(2)	1	(1)
Libre passage	21	(32)	2	(2)	1	(1)
Anticipation des prestations	6	(12)	0	(0)	0	(0)
Saisie	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Impôts	5	(5)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	7	(10)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	12	(7)	1	(1)	2	(1)
Réductions / refus	43	(43)	5	(5)	4	(4)
Informations générales	23	(41)	4	(3)	2	(0)
Prescription	0	(0)	0	(1)	0	(0)
Retraite anticipée	9	(8)	0	(0)	1	(0)
Divorce	15	(10)	0	(0)	0	(1)
Salaire coordonné	1	(5)	0	(0)	0	(0)
Procédure	2	(1)	0	(3)	0	(1)
Avocat	7	(2)	0	(0)	0	(1)
TOTAL	208	(222)	13	(18)	12	(11)

5.4.

Il ne s'agissait pas toujours de répondre à des questions juridiques de la prévoyance au sens étroit. Des points d'intersection se sont présentés de temps à autre pour des problèmes de droit fiscal, de droit des successions et du droit des faillites. Nous avons aussi eu à apprécier de complexes questions de compensation en matière de prestations d'assurance et

d'exigence de primes. Ainsi, citons par exemple le cas d'un requérant qui, d'une part, était tenu, en tant que copropriétaire d'une société, de payer des primes pour ses employés, mais qui, par ailleurs, en sa qualité d'employé de sa propre entreprise, disposait encore d'une assurance complémentaire et en retirait des prestations. Il considérait que des primes dues ne pouvaient pas être payées par les prestations personnelles auxquelles il avait droit.

A diverses reprises, des requérants qui ne dominaient plus leur propre situation LPP, se sont tournés vers l'office de médiation. Ils ne comprenaient ni leur attestation de prévoyance ni les règlements de prévoyance et n'avaient aucune idée des différentes institutions de prévoyance auxquelles ils avaient été affiliés au cours de leur long parcours professionnel. Dans de tels cas, ils avaient de gros soupçons d'avoir été privés de fonds qui leur revenaient.

Les demandes afférentes aux prestations ont été prédominantes. Les prestations de vieillesse ne correspondaient fréquemment pas à l'attente des assurés. L'office de médiation devait donc expliquer la différence des taux d'intérêt du secteur obligatoire et du secteur surobligatoire et le rôle que joue le taux de conversion.

Il y a aussi eu des réclamations de salariés du fait que l'employeur avait bien déduit les cotisations LPP de leur salaire, mais n'avait toutefois pas versé ces montants à l'institution de prévoyance. Dans un cas, un employeur avait même fait sortir de l'institution de prévoyance un salarié soumis à la LPP. De telles plaintes relevaient davantage du juge que de l'office de médiation.

Lorsque des personnes s'adressaient à nous dans le contexte d'une liquidation partielle de l'institution de prévoyance, elles se plaignaient notamment de n'avoir été que très sporadiquement informées de l'état des choses.

Plusieurs requêtes provenant de toutes les régions linguistiques concernaient le partage de l'avoir de prévoyance en cas de divorce. Le fait que des avocats se soient aussi tournés vers nous à ce propos atteste que même des spécialistes sont dans l'incertitude en la matière.

6. LES BUREAUX DECENTRALISES

6.1.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Me Subilia relève dans son rapport que, tout au long de l'année 2009, l'activité du médiateur est demeurée extrêmement stable. L'office décentralisé a été saisi au total de 523 requêtes, soit quasiment le même chiffre qu'en 2008, dont 383 relevaient de sa compétence. Parmi les 140 autres, 94 concernaient l'assurance maladie sociale et ont, selon l'usage, été transmises à l'ombudsman de cette branche, Monsieur Rudolf Luginbühl.

La collaboration avec ce dernier a été excellente et s'est avérée particulièrement positive en cas de conflit de compétence entre une caisse maladie et un assureur accident au sens de la LAA. Dans de tels cas, les deux offices de médiation ont agi en parallèle et, grâce à cette concertation, des solutions ont pu être trouvées dans l'intérêt des assurés.

Malheureusement, dans certains cas de l'assurance accidents obligatoire, aucune solution n'a pu être proposée, l'assurance accidents au sens de la LAA étant exercée par un assureur maladie non affilié à la Fondation. Ainsi le cas n'était du ressort d'aucun des deux offices de médiation, et aucune activité de médiation n'était possible, vu que l'assureur maladie n'était pas membre de notre Fondation et que Monsieur Luginbühl ne pouvait traiter le dossier LAA, hors de sa compétence. Une telle situation n'est satisfaisante ni pour les offices de médiation, ni pour les assurés, et si ces cas devaient s'accumuler, il faudrait rechercher une solution pragmatique.

L'assurance maladie selon la LCA joue un rôle de plus en plus grand dans les dossiers soumis à Lausanne. Avec 59 requêtes en 2009 (32 en 2008), ce domaine est devenu le deuxième en importance soumis à l'office, l'assurance vie venant en tête avec 80 cas, suivie de l'assurance responsabilité civile avec 40 cas, de la RC automobile avec 36 cas, de la protection juridique avec 34 cas et de l'assurance ménage avec 25 cas.

Ainsi que Me Subilia l'avait déjà relevé dans son rapport 2008, il s'est très souvent agi, dans les dossiers qu'il a traités, de cas ayant trait à des contestations sur le degré et la durée des incapacités de travail. Ce domaine a aussi fait l'objet de plus d'un quart des interventions émanant de Suisse romande. C'est surtout dans l'organisation de contre-expertises que l'office a pu jouer un rôle déterminant.

Dans le domaine de la responsabilité civile dans lequel le lésé n'a pas de droit direct contre l'assureur, le rôle du bureau décentralisé a été particulièrement précieux, car, grâce à la

courtoisie des assureurs concernés, quelques dossiers ont pu être débloqués, nonobstant l'absence de toute relation juridique directe (deux tiers de succès dans les interventions).

Une fois encore, Me Subilia constate avoir été limité dans le traitement de plusieurs cas de protection juridique, car l'intervention d'intermédiaires, et en particulier d'avocats, rend l'activité du médiateur impossible. Même si les requérants pouvaient comprendre que l'office de médiation ne peut agir parallèlement à un avocat chargé de la cause, ils avaient de la peine à saisir qu'il ne puisse s'entremettre en cas de conflit portant sur des honoraires.

L'assurance voyages est un domaine plutôt mineur avec 7 cas. La plupart d'entre eux avaient trait à des couvertures maladie en cas de court séjour (moins de trois mois) en Suisse d'étrangers non couverts par la LAMal. Il en est résulté des situations difficiles lorsque l'assureur invoquait la préexistence d'une maladie et refusait de couvrir le cas de maladie. Situation particulièrement dure pour les assurés qui avaient dû être hospitalisés d'urgence et pour lesquels de telles polices avaient de bonne foi été souscrites en Suisse.

Les domaines de la LAA et de la LPP, dont le nombre de cas a été très modeste avec 36, respectivement 13 cas et encore en régression par rapport à 2008, ont respectivement donné lieu à 6 et 3 interventions. A relever qu'en prévoyance professionnelle, beaucoup de demandes n'ont pu être traitées, car elles concernaient des caisses non affiliées et non des fondations collectives d'assureurs vie suisses. Il est d'autant plus satisfaisant qu'ait été créé un nouvel organisme de renseignements en Suisse romande qui a souvent permis d'offrir une piste aux assurés LPP.

Dans un cas où, suite à un changement de l'institution de prévoyance, tant une fondation collective affiliée à la Fondation qu'une caisse de pension autonome étaient en cause, Me Subilia a pu agir parce que la caisse de pension a bien voulu jouer le jeu et a rendu possible une médiation satisfaisante pour l'assuré.

Au total 53 interventions ont émané de la Suisse romande. Leur taux de réussite a été très élevé (71%). Mais même lorsque l'intervention du bureau décentralisé n'a pas permis d'obtenir un meilleur résultat, l'activité du bureau a été d'une grande aide pour les requérants. Ils expriment dans leurs lettres leur reconnaissance d'avoir pu enfin obtenir des informations claires et compréhensibles qui leur ont permis de se convaincre qu'ils n'avaient pas été mal traités. De victimes, les assurés devenaient des clients satisfaits de la correction de leur relation d'assurance, même s'ils auraient souhaité une autre issue sur le fond.

6.2

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Pour Me Caimi également, l'année écoulée a été relativement stable, tranquille et sans changement notable. Au total 326 (325 en 2008) cas lui ont été soumis, dont 244 (257 en 2008) relevaient de sa compétence. Tout comme dans les autres régions linguistiques, les cas qu'il n'a pu traiter concernaient surtout l'assurance maladie sociale.

Exprimées en chiffres, les variations dans l'assurance privée sont insignifiantes. En revanche, le recul de 41 à 26 cas est net dans le secteur LAA.

La tâche du bureau décentralisé a consisté, dans la plupart des cas, à fournir des renseignements, à conseiller les assurés ou à expliquer des faits. Le bureau de Lugano est intervenu auprès de compagnies dans 14 cas, et pour les trois quarts d'entre eux le résultat a été positif, c'est-à-dire à la satisfaction des assurés.

Ventilées par branches, les requêtes concernaient principalement l'assurance RC automobile et la casco (41), la responsabilité civile générale (37), l'assurance vie (32), l'assurance des bâtiments et du ménage (31) et l'assurance protection juridique (23). Les problèmes les plus fréquents ont été ceux liés aux prestations d'assurance (75), à l'étendue de la couverture (18), à la résiliation (17), ainsi qu'aux conseils donnés, au déroulement des procédures (22) et aux informations générales sur l'assurance (27). Les problèmes liés à la réticence ne représentent, avec 6 cas, qu'une petite partie des demandes, comme ces dernières années. Il en a été de même pour les plaintes portant sur la conclusion du contrat, qui ont continuellement diminué ces dernières années pour s'établir à 7 cas.

Me Caimi constate que beaucoup d'assurés n'accordent toujours pas suffisamment d'importance au contenu des CGA ou ne sont pas conscients de leur importance : trop de personnes paraissent ignorer que les CGA font partie intégrante de la police ; la majorité des assurés ne les lisent pas du tout, ou tout au plus à la survenance d'un sinistre concret. Il n'a pas été rare de remarquer que les assurés qui demandaient la police et les CGA jetaient simplement ces dernières.

Les cas de responsabilité civile (RC automobile et RC générale) ont été nombreux et ont fait l'objet de 62 dossiers. L'augmentation des plaintes liées à la responsabilité pour les mineurs, selon l'art. 333 CC, est frappante. Des parents, mais aussi des mères de jour, se sont adressés au bureau décentralisé à ce sujet.

La plupart des polices de responsabilité civile privée ne couvrent les dommages survenus pendant que des tiers gardent des enfants que si ceux-ci sont pris en charge « temporairement et gratuitement ». En revanche, la garde rémunérée entraîne en règle générale une exclusion de la responsabilité.

D'une manière générale, les exclusions de couverture prévues en matière de responsabilité civile sont source de déceptions, notamment s'il s'agit de dommages entre membres de la famille (époux, parents en ligne ascendante et descendante). En assurance protection juridique (23 cas), la détermination, nécessaire pour la question de couverture, du moment où un cas litigieux a débuté ou des incidences juridiques d'un événement précis n'a pas été facile. De surcroît, la question de la démarche vouée à l'échec était prédominante.

En assurance des bâtiments, où les dommages dus aux éléments et/ou à l'eau, sont souvent considérables, les assurés ont parfois de la peine à comprendre la différence entre les dommages couverts et ceux qui ne le sont pas. Ainsi, par exemple, les dommages qui sont dus à une usure normale et qui, pour cette raison, sont donc considérés comme des frais de remise en état, de remplacement ou d'assainissement.

Des preneurs d'assurance alarmés par la crise financière se sont fréquemment adressés à Me Caimi sans qu'il soit question d'un cas d'assurance particulier, avec des questions d'ordre général portant sur la base financière ou le patrimoine grâce auxquels les compagnies d'assurances sur la vie garantissent les créances des assurés, surtout en cas de faillite. Ces questions s'étendaient aussi au rôle de l'autorité de surveillance compétente.

Le bureau de Suisse italienne a traité 26 requêtes du secteur LAA. Dans un cas, il y a eu une intervention dont le résultat a été positif. Près de la moitié des cas (12) concernaient la Suva.

La réduction ou le refus des prestations (9 cas), le remboursement des frais (4) et les rentes invalidité (3), ont été les principaux problèmes soulevés. Des assurés ont souvent posé des questions sur la relation entre les diverses rentes émanant de l'AI, de la LCA, de la LAA et de la LPP et, par là, sur la question de surindemnisation.

Dans le secteur LPP, 12 cas ont été directement réglés avec les demandeurs. Les prestations d'assurance et les clauses bénéficiaires en ont été les principaux problèmes.

A deux reprises, Me Caimi a eu l'occasion de participer à l'émission télévisée « Patti Chiari » de la RSI (radiotélévision suisse-italienne).

Le 13 mars 2009, des questions concernant la LAA (utilisation d'informations provenant d'autres branches d'assurance pour l'établissement d'expertises ; dispositions relevant de la protection des données ; indemnisation des frais en cas de règlement judiciaire du cas) ont été discutées et, le 9 octobre 2009, des problèmes afférents à la fraude à l'assurance (y compris des questions relatives à la licéité d'enregistrements vidéo) ont été abordés. La participation de Me Caimi, qui s'est exprimé de manière générale sur ces questions sans se prononcer sur les cas concrets présentés dans l'émission, a été jugée positive tant par le public que par les compagnies d'assurances.

7. AUTRES ACTIVITES

7.1.

Depuis 2 ans, l'office de médiation est membre du réseau international « Financial Services Ombudsman Schemes ». La médiatrice fait partie de son Comité directeur et se trouve ainsi en contact régulier avec les médiateurs d'Australie, de France, de Grande-Bretagne, d'Irlande, d'Afrique du Sud et des USA, qui sont également membres du comité.

Ces relations sont extrêmement utiles et donnent périodiquement lieu à des échanges d'informations sur des questions techniques et organisationnelles qui sont précieux pour notre office de médiation également.

Dans le contexte de la conférence annuelle du réseau, tenue en juin 2009 à Dublin, la médiatrice présenta un exposé sous le titre « Quality review ».

En septembre 2009, la médiatrice a été invitée à Innsbruck où elle a présenté, devant les agents d'assurance du Tyrol, dans le cadre d'une réunion d'experts, une analyse de ses expériences de médiatrice. L'intérêt rencontré a été grand et l'association des agents prévoit d'instituer éventuellement un office de médiation pour les clients de l'assurance.

En Suisse, diverses rencontres ont à nouveau eu lieu au niveau directorial avec des compagnies d'assurances. Ces entretiens sont l'occasion d'aborder des cas concrets qui ont été traités, comme aussi des questions d'ordre général. Le feedback des assureurs est un indicateur important quant à la manière dont le secteur de l'assurance perçoit notre activité.

7.2

En été 2009, la médiatrice a participé avec les deux responsables des bureaux décentralisés à la procédure de consultation du Département fédéral des finances portant sur la révision de la LCA. Sa prise de position a également été discutée par le Conseil de Fondation qui l'a approuvée.

Nous en sommes arrivés à la conclusion que, du point de vue de l'office de médiation, le projet de loi répond au besoin de protection des consommatrices et consommateurs et tient par ailleurs compte des intérêts des milieux de l'assurance.

Les propositions correspondent aux normes européennes. A notre avis, on peut toutefois douter qu'il soit indiqué ou même nécessaire d'aller plus loin que la réglementation UE. En notre qualité d'office de médiation, nous avons notamment pu constater par nos expériences que les preneurs d'assurance de la zone UE, tout en reconnaissant des normes juridiques dissemblables, ont de la peine à être soumis à des systèmes différents ne répondant à aucune nécessité impérieuse. Dans ce domaine, de toute manière difficile pour le profane, de telles différences peuvent, en cas d'application, s'avérer sources de conflits.

De plus, nos remarques ont porté sur la question de savoir si l'office de médiation ne doit pas à l'avenir être ancré dans la loi et si l'activité des courtiers doit aussi faire partie de son domaine de compétence. L'office de médiation s'est prononcé favorablement sur ces deux propositions. Cette question étant toutefois controversée, nous donnons ci-après la traduction de notre réponse à la consultation.

« Le projet mis en consultation va dans le sens de la tendance internationale selon laquelle les offices de médiation - même s'ils sont de droit public, par exemple constitués en tant que fondation - doivent être ancrés dans la loi. Ceci ne manquerait pas d'accroître leur légitimité. Il faut toutefois éviter que l'ancrage légal n'entraîne une surbureaucratization de l'activité et des structures très allégées et jusqu'ici très efficaces de l'office de médiation.

Des questions telles que le financement de l'office de médiation, sa compétence matérielle ou la démarcation avec la FINMA, n'ont pas été abordées. Tous ces points doivent être tirés au clair. Une participation aux frais des personnes et institutions qui font appel à l'office de médiation ne saurait, à notre avis, être envisagée. Une telle manière de procéder contreviendrait tant aux statuts de la Fondation « Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva » qu'aux normes de l'UE (cf. FINNET).

L'inclusion des courtiers d'assurance pourrait être judicieuse, mais les modalités et compétences exactes devraient être précisées, notamment en ce qui concerne le recensement des courtiers et le financement de l'office de médiation.

Actuellement, quelque 5000 intermédiaires d'assurance indépendants actifs en Suisse sont enregistrés en tant que personne physique ou morale. Leur niveau d'organisation est extrêmement modeste. Seules 53 firmes sont affiliées à la SIBA. A la différence du champ d'activité actuel où l'office de médiation se trouve être le partenaire d'un assureur, l'inclusion

des courtiers impliquerait surtout des personnes isolées qui opèrent comme intermédiaires. Ceci créerait quelques problèmes d'organisation et d'autre nature encore.

Il est prévisible que l'extension du champ d'activité de l'Ombudsman aux courtiers occasionnera des coûts de personnel nettement plus importants, vu que les actuelles ressources humaines ne suffiraient plus. Qui supportera ces coûts n'est pas clair.

Il en résulterait une situation totalement nouvelle par rapport aux structures en place et à la manière dont les relations avec les compagnies d'assurances ont bien fonctionné depuis plus de 35 ans. Le nombre de courtiers pouvant potentiellement être impliqués dans une procédure avec l'office de médiation est très supérieur à celui des compagnies d'assurances. La procédure elle-même serait profondément touchée. Il est actuellement d'usage qu'en cas d'intervention chaque compagnie désigne un membre de la direction comme interlocuteur de l'office de médiation pour toutes les réclamations pouvant se présenter. L'avantage en est que ce n'est pas la personne qui a traité le cas dans la phase précédente qui doit s'expliquer avec l'office de médiation quand ce dernier intervient, le problème étant fondamentalement réexaminé avec un regard neuf. Une discussion plus objective peut ainsi s'établir, ce qui n'est pas le cas lorsque c'est la personne qui a donné lieu à la plainte qui se retrouve face à l'office de médiation. Eu égard au faible niveau d'organisation des courtiers, ce serait la plupart du temps la personne même qui est l'origine de la plainte qui serait aux prises avec l'office de médiation. Il y aurait ainsi un risque sérieux qu'elle ne soit pas disposée à modifier son point de vue ou à reconnaître son erreur. La marge de médiation se trouverait ainsi non seulement considérablement réduite, mais on encourrait aussi le risque que l'affaire en cause ne dégénère en une procédure bipartite entre l'office de médiation et le courtier. Il ne serait plus possible de tracer clairement la limite entre une médiation neutre et la défense d'intérêts par mandat d'avocat.

Les problèmes évoqués pourraient, le cas échéant, être désamorçés par le biais de l'assurance responsabilité professionnelle. Selon l'art. 91 AP-LCA, un droit d'action directe du preneur d'assurance envers l'assureur de la responsabilité professionnelle doit être prévu. Dans la mesure où il s'agit, par la plainte, de faire valoir un dommage dont le courtier doit répondre, les preneurs d'assurance pourraient tout d'abord s'adresser directement à l'assureur de la responsabilité professionnelle et, au cas où surviendrait un différend avec ce dernier, ils pourraient faire intervenir l'office de médiation. Le processus de médiation se déroulerait alors selon le schéma habituel.

En dérogation à la pratique suivie jusqu'ici, l'art. 85a, al. 1 de l'AP-LSA ne mentionne que les preneurs d'assurance comme pouvant s'adresser à l'office de médiation. Dans l'al. 2 il est question d'« assurés ». Indépendamment du fait que les notions de preneur d'assurance et d'assuré n'ont pas la même signification, les formulations retenues limiteraient le champ d'activité actuel de l'office de médiation.

Jusqu'ici, l'office de médiation intervenait en tant que conciliateur dans tous les cas de conflit, c'est-à-dire également lors d'exigences litigieuses de tiers envers un assureur. La version de l'AP qui restreint le domaine de compétence à l'intermédiation entre assureur et preneurs d'assurance ou assurés équivaudrait à un considérable pas en arrière par rapport à la pratique actuelle. Une telle formulation ne serait pas non plus conforme avec l'article 3 de l'Acte de fondation libellé comme suit :

« La Fondation a pour objectif de donner aux preneurs d'assurance, aux assurés, aux victimes d'un accident, aux ayants droit et aux lésés, la possibilité de recourir sans qu'il leur en coûte quelque chose à un ombudsman neutre en cas de divergence d'opinion avec une compagnie d'assurances privée ou avec la Suva. »

Vu que le rapport explicatif sur l'art. 85a AP-LSA renvoie aux expériences positives des 37 années d'activité de l'office de médiation et qu'il ne faut pas partir de l'idée que l'AP va

restreindre le champ d'activité de l'office de médiation, nous proposons de formuler l'art. 83a, al. 1 et 2 de l'AP-LSA, d'une manière qui s'inspire des statuts de la Fondation.

Ceci garantirait aussi que l'office de médiation pourrait poursuivre son activité actuelle dans les domaines de la LAA et de la LPP. De toute manière, la question de la compétence matérielle de l'office de médiation devrait être tirée au clair. Nous partons de l'idée que cela fera l'objet de l'ordonnance à édicter ou d'un contrat de prestations.

L'office de médiation n'a jusqu'ici traité aucun cas d'assurances complémentaires selon la LAA, ces cas étant vus par l'ombudsman de l'assurance maladie sociale. Cette attribution de compétences est tout à fait judicieuse, car une répartition de l'activité de médiation pour l'assurance de base et la complémentaire entre deux offices de médiation ne serait pas adéquate et viendrait compliquer la médiation.

Dans l'activité des offices de médiation, ce qui est déterminant n'est pas qu'un contrat d'assurance relève de la LAMal ou de la LAA, mais bien qui est l'organe responsable de la police. Si c'est un assureur maladie classique qui propose l'assurance de base et la complémentaire, c'est l'ombudsman de l'assurance maladie qui est compétent pour traiter le cas.

Si l'art. 85a AP-LSA devait toutefois fixer un autre ordre de compétence, cela aurait pour conséquence de considérables adaptations structurelles qui ne sont pour l'heure pas prévisibles.

Il est correct de retenir que l'office de médiation n'a qu'une fonction de médiation et ne dispose d'aucun pouvoir pour décider ou émettre des instructions. Il faut donc saluer le passage y relatif dans l'art. 83a, al. 2 AP-LSA. Reste que le public a souvent l'idée erronée que l'office de médiation défendrait le preneur d'assurance quasiment comme un avocat. Il faudrait donc, à nos yeux, fixer explicitement que l'office de médiation est neutre et qu'il ne lui appartient pas de jouer le rôle d'un avocat pour défendre partialement les intérêts d'une des parties.

A saluer également l'al. 3 de l'art. 85a AP-LSA concernant les obligations de coopération.

A notre avis, les obligations de participation ne sauraient toutefois, dans le cadre de notre activité de médiation, être unilatéralement mises à la charge des assureurs et des courtiers, car elles concernent tout autant les preneurs d'assurance.

C'est pourquoi préférence devrait être donnée à la version ci-après :

« Le cercle des personnes tenues selon l'art. 1 doit collaborer avec l'organe de médiation et mettre à disposition toutes les indications et toutes les pièces nécessaires pour le traitement et la médiation des problème soumis. »

Vu que les entreprises d'assurance sont souvent tenues, dans le contexte d'une procédure avec l'office de médiation, de mettre des données personnelles à disposition, une adaptation des dispositions du chapitre 10 AP-LCA (protection des données) s'impose le cas échéant.

Afin que les assurés sachent, en se référant à leurs documents d'assurance, qu'ils ont la possibilité de s'adresser à un organe de médiation, il est important que cette indication figure dans les polices et les contrats. Cette proposition correspond aussi aux propositions du Conseil de la Fondation « Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva » déposées auprès de l'ASA pour augmenter la notoriété de l'office de médiation. »

7.3.

Au cours de l'année sous revue également, l'office de médiation s'est doté d'un nouveau logo et a publié un dépliant en 4 langues (allemand, français, italien, anglais) présentant les principales informations sur son activité, ses compétences et le déroulement des procédures. Afin qu'ils puissent l'exposer, ce dépliant est mis à la disposition des assureurs et autres milieux concernés.

8. MUTATIONS

8.1.

Monsieur Thomas Mäder, avocat, responsable des sinistres suisses, est entré au Conseil de fondation comme représentant de la Suva pour remplacer Monsieur W. Morger.

8.2.

Madame Muriel Künzi, avocate, collaboratrice de longue date qui s'est notamment occupée des secteurs LAA/LPP ces dernières années, a pris la décision de s'engager entièrement dès 2010 comme partenaire de son bureau d'avocats bernois. Notre conseiller juridique Gebhard Eugster, docteur en droit et avocat, qui était principalement spécialisé sur les questions de santé/d'incapacité de travail, nous a quittés, ayant atteint l'âge de la retraite AVS. Ces deux collègues étaient de solides piliers de l'office de médiation et nous les remercions très cordialement pour le grand engagement qui a été le leur.

Madame Nathalie Probst, avocate, et Monsieur Peter Arnold, avocat, leur ont succédé et sont respectivement entrés au service de l'office de médiation le 1^{er} octobre 2009 et le 1^{er} novembre 2009. Tous deux réunissent les meilleures qualifications pour les tâches qu'ils ont à assumer.

FONDATION OMBUDSMAN DE L'ASSURANCE PRIVEE ET DE LA SUVA

Le président

La médiatrice

R. Schweiger

L. Nabholz

Zurich, mars 2010