

# BULLETIN DE VEILLE CONFORMITÉ

Édition – Août 2025

## Ce qu'il faut retenir du mois d'août...

### - Santé : Vers un passage en force d'un nouveau doublement des franchises médicales et participations forfaitaires

Trois projets de décrets prévoient un nouveau doublement des franchises médicales et des participations forfaitaires, ainsi que le relèvement du plafond annuel à 100€. La mesure vise des économies budgétaires mais soulève le risque d'un reste à charge accru pour les assurés. Leur examen par le conseil de la CNAM est programmé pour le 4 septembre 2025.

### - Gouvernance : Actualisation des modalités de calcul des indemnités versés aux administrateurs TNS

Afin de supprimer toute contradiction qui existait encore au niveau réglementaire malgré les modifications apportées 4 ans plus tôt par la Loi RIST quant aux modalités de détermination des indemnités versées aux administrateurs des organismes mutualistes ayant la qualité de travailleur indépendant (TNS), un arrêté abroge les dispositions qui avaient pour objet d'encadrer les modalités de calcul desdites indemnités.

### - CNIL : Consécration du droit de se taire en cas de contrôle

Un responsable de traitement mis en cause dans le cadre d'une enquête de la CNIL peut rester silencieux face à la formation restreinte de la CNIL. C'est ce que le Conseil Constitutionnel a pu valider le 8 août dernier suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) qui lui avait été posée en juin par le Conseil d'Etat. L'abrogation formelle du texte actuel ne deviendra néanmoins effective que le 1<sup>er</sup> octobre 2026.

### - Assurance décès : Absence d'application des intérêts de retard en cas de soupçon légitime

La Cour d'appel de Pau a rendu le 17 juin 2025 une décision importante en matière d'assurance-vie, précisant les conditions d'application des intérêts de retard majorés prévus à l'article L.132-23-1 du Code des assurances. L'arrêt confirme que l'assureur qui suspend le règlement d'un capital décès en raison de soupçons légitimes quant à la validité d'une clause bénéficiaire n'est pas redevable de ces intérêts.

### - « PACTE 2 » : Extension confirmée de la RIA pour les petites entreprises

Le projet de loi de simplification de la vie économique (dit « PACTE 2 »), ayant pour ambition d'étendre le droit de RIA aux contrats couvrant les biens professionnels des petites entreprises, refait parler de lui, après presque un an de silence. Ainsi, si le principe de l'extension est désormais acquis, la définition des entreprises concernées reste cependant en discussion.



## SOMMAIRE

<b>ASSURANCES DE PERSONNES</b>	<b>3</b>
I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE – SOLVABILITÉ	3
A. GOUVERNANCE	3
MUTUELLES / ACTUALISATION DES MODALITES DE CALCUL DES INDEMNITES VERSEES	
AUX ADMINISTRATEURS TNS	3
CSRD / ADOPTION D'UNE NORME VOLONTAIRE D'INFORMATION EN MATIERE DE DURABILITE POUR LES PME	3
B. STRATÉGIE	4
SANTÉ / VERS UN PASSAGE EN FORCE D'UN NOUVEAU DOUBLEMENT DES FRANCHISES MEDICALES	
ET PARTICIPATIONS FORFAITAIRES	4
FRANCE ASSUREURS / RAPPORT ANNUEL 2024 ET BILAN DES 6 PREMIERS MOIS 2025	5
II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	7
RGPD / PROJET DE RECOMMANDATION SUR LA MISE EN PLACE DE PASSERELLES FILTRANTES WEB	7
CNIL / CONSECRATION DU DROIT DE SE TAIRE EN CAS DE CONTROLE	8
III. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI	9
DORA / 2 NOUVEAUX « RAPPORTS » A DEPOSER SUR ONEGATE	9
IV. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE	10
« PACTE 2 » / VERS UNE EXTENSION CONFIRMEE DE LA RIA POUR LES PETITES ENTREPRISES	10
V. LCB-FT – GEL DES AVOIRS	11
GEL DES AVOIRS / MESURES INDIVIDUELLES	11
VI. ASSURANCE SANTÉ	11
TRANSPORT / APPROBATION D'UNE NOUVELLE CONVENTION-TYPE POUR LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS	
DE TAXIS CONVENTIONNES	11
PARCOURS HANDICAP / NOUVELLES REGLES DE PRISE EN CHARGE	12
VII. ASSURANCE COLLECTIVE	12
PSC FONCTION PUBLIQUE / AJUSTEMENT DES MODALITES DE VERSEMENT DE LA PARTICIPATION	
EMPLOYEUR A LA COUVERTURE PREVOYANCE DES AGENTS DE L'ETAT	12
ESAT / CONDITION DE COMPENSATION PAR L'ETAT DES COTISATIONS DUES POUR LA COUVERTURE	
COLLECTIVE SANTE DES PERSONNES ACCUEILLIES	13
VIII. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES	14
ACPR / REVALORISATION 2024 DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE ET DE CAPITALISATION	14
<b>PROTECTION SOCIALE</b>	<b>15</b>
AAH / VERIFICATION ANNUELLE DES COMPLEMENTS DE RESSOURCES	15
<b>ASSURANCES DOMMAGES – IARD</b>	<b>16</b>
ASSURANCE RECOLTE / DESIGNATION DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE DU FNGRA	16
FGOA-FGTI / HABILITATION D'ACCES A CERTAINES BASES DE DONNEES FISCALES	16
<b>JURISPRUDENCE</b>	<b>17</b>
ASSURANCE DECES / ABSENCE D'APPLICATION DES INTERETS DE RETARD EN CAS DE SOUPÇON LEGITIME	17
<b>CONVENTIONS COLLECTIVES</b>	<b>18</b>

## ASSURANCES DE PERSONNES

### I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE – SOLVABILITÉ

#### A. GOUVERNANCE

##### MUTUELLES / Actualisation des modalités de calcul des indemnités versées aux administrateurs TNS

Afin de supprimer toute contradiction qui existait encore au niveau réglementaire malgré les modifications apportées 4 ans plus tôt par la Loi RIST quant aux modalités de détermination des indemnités versées aux administrateurs des organismes mutualistes ayant la qualité de travailleur indépendant, un arrêté abroge les dispositions qui avaient pour objet d'encadrer les modalités de calcul desdites indemnités (C. mut. A.114-0-26 introduit par un arrêté du 2 juin 2006).

Pour mémoire, les indemnités versées aux administrateurs travailleurs indépendants devaient auparavant correspondre à la perte de leurs gains, calculées sur la base du temps consacré à l'exercice de leurs fonctions d'administrateur et du montant de leurs revenus professionnels de l'avant-dernière année, sans pouvoir excéder le plafond annuel de la sécurité sociale (voire 2 fois ce plafond pour les mutuelles de taille plus importante).

En avril 2021, la Loi RIST (n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification) est cependant venue bouleverser la règle puisque désormais il appartient aux seuls statuts de l'organisme mutualiste de déterminer ces indemnités, lesquelles doivent par ailleurs être approuvées par l'Assemblée générale. Selon les débats parlementaires, avec cette modification, il s'agissait ainsi de fixer l'indemnité au plus près de la perte réelle de revenus subie par l'administrateur indépendant.

Les organismes mutualistes ont donc tout intérêt à bien vérifier la rédaction actuelle de leurs statuts qui traite de ce sujet et à procéder aux ajustements qui s'imposent le cas échéant.

*Consultez ici l'intégralité du document : [Arrêté du 7 août 2025 abrogeant l'arrêté du 2 juin 2006 relatif à l'indemnisation des pertes de gains des travailleurs indépendants, administrateurs des mutuelles, unions et fédérations \(JO, 12 août 2025, texte n° 19\)](#)*

##### CSRD / Adoption d'une norme volontaire d'information en matière de durabilité pour les PME

Par une recommandation publiée fin juillet 2025, la Commission européenne propose une **norme volontaire d'information en matière de durabilité** destinée aux Petites et Moyennes Entreprises (PME) non-cotées. Ce texte s'inscrit dans le prolongement de la directive (UE) 2022/2464 dite « CSRD » (pour « Corporate Sustainability Reporting Directive ») et de l'adoption des standards européens de durabilité (« ESRS » pour « European Sustainability Reporting Standards »).

L'objectif est de répondre à une difficulté croissante : les PME, bien qu'elles ne soient pas directement soumises à la CSRD, se voient sollicitées par les grandes entreprises et établissements financiers qui, eux, doivent publier des informations extra-financières détaillées. Les chaînes de valeur imposent ainsi indirectement aux PME de fournir des données « ESG » (« *Environnement, Social, Gouvernance* »).

La Commission a donc élaboré un **standard simplifié** (« VSME » pour « *Voluntary SME Standard* ») permettant aux PME non-cotées :

- De disposer d'un cadre unique et harmonisé pour répondre aux demandes d'information de leurs partenaires ;
- De réduire la charge administrative liée à la multiplication de questionnaires hétérogènes ;
- De valoriser leurs engagements RSE, même en l'absence d'obligation légale.

La recommandation précise que cette norme couvre les principaux thèmes des ESRS mais de **manière proportionnée**, avec des **indicateurs simplifiés et adaptables aux capacités des PME**. Elle s'applique sur une **base volontaire** : aucune sanction n'est prévue en cas de non-utilisation, mais son adoption est encouragée par les autorités nationales et les acteurs financiers.

Pour les mutuelles et organismes d'assurance, cette évolution présente plusieurs enjeux :

- En tant qu'**entreprises de taille intermédiaire** (le cas échéant), elles pourront elles-mêmes recourir au standard volontaire afin de structurer progressivement leur reporting extra-financier ;
- En tant qu'**acteurs soumis à la CSRD**, elles bénéficieront d'une remontée d'informations plus homogène de la part de leurs partenaires PME.

En pratique, cette recommandation marque une **étape vers une généralisation progressive de la culture du reporting ESG, au-delà du seul périmètre des entreprises assujetties à la CSRD**.

*Consultez ici l'intégralité du document : [Recommandation \(UE\) 2025/1710 de la Commission du 30 juillet 2025 relative à une norme volontaire d'information en matière de durabilité pour les petites et moyennes entreprises \(JOUE, 5 août 2025, série L\)](#)*

## **B. STRATÉGIE**

### **SANTÉ / Vers un passage en force d'un nouveau doublement des franchises médicales et participations forfaitaires**

Trois projets de décrets diffusés début août 2025 visent à **relever de manière significative le niveau des franchises médicales et participations forfaitaires à la charge des assurés**. Alors qu'ils devaient être examinés dans un délai de 21 jours, la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) a accordé un délai supplémentaire en raison de la mobilisation des acteurs sociaux. Leur examen aura finalement lieu lors d'une séance du conseil de la Caisse Nationale de l'assurance Maladie (CNAM) prévue le 4 septembre 2025.

Les textes prévoient plusieurs évolutions majeures :

- **Consultations médicales, actes techniques, de radiologie et de biologie** : la participation forfaitaire à la charge de l'assuré passerait de 2 à 4 € avec un maximum qui passerait à 5 € (contre 3 € aujourd'hui) ;
- **Plafond annuel global** : le plafond annuel des franchises médicales et participations forfaitaires passerait de 50 € à 100 € ;
- **Franchises sur médicaments** : la franchise serait portée à 2 € par boîte (contre 1 € aujourd'hui) ;
- **Actes paramédicaux** : la franchise serait portée à 2 € (contre 1 € aujourd'hui) dans la limite d'un montant de 8 € par jour (contre 4 € aujourd'hui) ;
- **Transports sanitaires** : la franchise serait portée 8 € (contre 4 € aujourd'hui) dans la limite d'un montant de 16 € par jour (contre 8 € aujourd'hui).

Les deux premières mesures entreraient en vigueur **deux mois après la publication des décrets**, tandis que les trois dernières s'appliqueraient à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2026**.

Le Gouvernement justifie cette réforme par une volonté de « *responsabiliser les assurés* » face au coût des soins, sans remettre en cause les exemptions existantes (femmes enceintes, mineurs, bénéficiaires de la C2S) ; mais les syndicats, associations de patients et représentants médicaux dénoncent une « *taxation des malades* ». Selon la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH), ces franchises constituent en réalité « *un impôt sur la maladie* » touchant principalement les assurés en ALD. France Assos Santé dénonce une mesure « *punissant les personnes malades* ». Le syndicat MG France critique quant à lui une réforme « *socialement injuste, économiquement inefficace et techniquement irréalisable* ».

Cette augmentation s'inscrit dans un contexte de tension budgétaire pour l'Assurance maladie, l'exécutif cherchant près de 700 millions d'euros d'économies annuelles. Elle intervient avant même les discussions sur les PLF et PLFSS, suscitant des réserves quant à son calendrier.

Pour les organismes complémentaires, ces décrets soulèvent plusieurs enjeux : un **risque accru de reste à charge pour les assurés**, pouvant entraîner davantage de **renoncements aux soins**, et des **effets indirects sur la consommation de garanties complémentaires**. Ces impacts doivent par ailleurs être analysés en parallèle de la **hausse annoncée de la TSA à l'automne 2025**, qui viendra également peser sur l'équilibre économique du secteur.

### France Assureurs / Rapport annuel 2024 et bilan des 6 premiers mois 2025

Le 25 juillet 2025, France Assureurs a publié son rapport annuel de l'année 2024.

Ce rapport s'organise selon trois grands thèmes : les actions phares de l'année 2024, la présentation des instances de France Assureurs et le tableau de bord de l'année 2024.

#### → **Bilan de l'année 2024, marqué par l'augmentation des cotisations en assurance vie**

Le rapport présente l'assurance vie comme étant le placement « préféré des Français » sur l'année 2024. En effet, sur un montant de 2 632 milliards d'euros investis, 89 % portent sur l'assurance vie.

## → Bilan des 6 premiers mois de 2025

Grâce au rapport de l'année 2024, France Assureurs a pu comparer le déroulement de l'année dernière aux 6 premiers mois de cette année. Ainsi, dans un communiqué datant du 31 juillet 2025, France Assureurs remarque un 1<sup>er</sup> semestre 2025 particulièrement positif.

Concernant l'assurance vie, les cotisations ont atteint un record non atteint depuis 2010, la collecte nette atteignant **26,6 milliards d'euros** entre le mois de janvier et le mois de juin 2025. Aussi, le mois de juin 2025 a été marqué par une augmentation exceptionnelle de +18% des cotisations de l'assurance vie.

Ce début d'année exceptionnel pourrait s'expliquer par un regain de confiance envers le Gouvernement. Le contexte politique et financier de l'année 2024 ayant été marqué par une certaine instabilité (polarisation de la France avec les élections européennes et législatives à la suite d'une dissolution notamment, inflation, etc.). L'incertitude étant un facteur majeur de choix des cotisations.

Concernant en particulier l'assurance santé et la prévoyance, ces segments ont également bénéficié d'une année clémente. En 2024, la croissance fut soutenue avec une progression de +6.9%. Cette croissance semble d'ailleurs être légèrement plus portée par les contrats collectifs plutôt que les contrats individuels.

### **Pour l'assurance santé :**

La croissance est encore une fois plus marquée du côté des contrats collectifs avec +8.5% contre +6.6% pour les contrats individuels.

Cependant, il est important de marquer la différence entre les catégories d'organismes :

- **Les mutuelles** ont bénéficié d'une croissance modérée à hauteur de +2.7%, avec 43% des parts de marché.
- **Les entreprises d'assurance** ont bénéficié d'une croissance assez élevée de +15%, avec 40% des parts de marché.
- **Les institutions de prévoyance ont bénéficié** de +4.1% de croissance pour 17% de parts de marché.

Aussi, la charge des prestations a progressé de +4.9%.

### **Pour la prévoyance :**

La croissance de la prévoyance s'élève à +5.8%. Le collectif semble ici aussi être le porteur de cette croissance.

Différence entre les catégories d'organismes :

- **Les mutuelles** ont bénéficié d'une croissance modérée à hauteur de +4.5%, avec 9% des parts de marché.
- **Les entreprises d'assurance** ont bénéficié d'une croissance +8.3%, avec 64% des parts de marché.
- **Les institutions de prévoyance ont bénéficié** de +0.5% de croissance pour 27% de part de marché.

Le bilan de France Assureurs portant sur l'année 2024 est ainsi très complet en termes de vision global du marché et porte sur de nombreux autres sujets encadrant le domaine de l'assurance au sens général (comme l'investissement dans l'économie durable par exemple). Il est également accompagné d'un autre document visant à présenter dans le détail les données clés de l'assurance française en 2024.

Consultez ici l'intégralité du document : [\*Rapport annuel 2024 \(France Assureurs, 25 juill. 2025\)\*](#)

## II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

### RGPD / Projet de recommandation sur la mise en place de passerelles filtrantes web

A la fin du mois de juillet, la CNIL a publié un **projet de recommandation portant sur les passerelles de filtrage web**. Ces passerelles sont des moyens permettant de bloquer ou limiter l'utilisation que l'on fait d'Internet et ainsi de notamment maximiser la protection des structures et des personnes traitant des données personnelles.

L'article 32 du RGPD portant sur les mesures de sécurité devant encadrer les traitements de données personnelles, implique que les responsables de traitements et les sous-traitants mettent en œuvre des solutions adaptées permettant une protection optimale des données traitées.

Le but de cette recommandation est donc pour la CNIL d'adapter son cadre de référence en matière de **sécurité des données** face à l'utilisation massive de nouvelles technologies au sein notamment des entreprises. En effet, l'on peut citer l'exemple de l'utilisation de l'intelligence artificielle sur le lieu de travail. Cette technologie est une menace potentielle à la fois pour la sécurité des données personnelles mais aussi pour la confidentialité des structures.

Grâce à cette recommandation, la CNIL accompagne donc les responsables de traitements souhaitant mettre en place ce type de solutions filtrantes au sein de leur organisation.

Les passerelles filtrantes permettraient en effet aux responsables de traitement de limiter au sein de leurs structures les usages par les salariés de certains sites internet, applications ou solutions dans un souci de sécurité de l'entreprise et des données traitées dans le cadre de l'activité.

Le projet de recommandation présente point par point les modalités de la mise en place de passerelles filtrantes respectant la protection des données personnelles sous forme de liste de principes à respecter. On y retrouve ainsi :

- Les définitions des notions évoquées (passerelles filtrantes, filtrage web...) ;
- Le corpus juridique encadrant ces solutions et les usages ;
- La définition de la finalité du traitement ;
- La définition de la base légale du traitement ;
- La réalisation d'une AIPD ;
- Le respect des principes de la protection des données (principe de proportionnalité, principe de minimisation des données, durées de conservation, journalisation, information des personnes concernées...) ;
- Les modalités de déploiement et de sécurité des passerelles



De ce fait, il est intéressant de noter que la CNIL présente dans ce projet de recommandation une courte partie consacrée au traitement en lui-même. En effet, la mise en place de solutions permettant le filtrage web est un traitement. Ainsi, il est important de l'impliquer notamment dans les registres de traitement des organisations utilisant cette technologie, et de s'assurer du respect des grands principes de la protection des données personnelles.

La mise en place de ces passerelles présente un enjeu évident en matière de protection des données personnelles, mais aussi en droit du travail, les salariés étant directement concernés et impactés par celles-ci. Une consultation publique est ouverte sur ce projet de recommandation. Si vous souhaitez y participer, vous avez **jusqu'au 30 septembre prochain** pour transmettre vos observations à la CNIL.

Le cabinet vous assiste dans la conduite de projets impliquant des traitements de données à personnelles, notamment en vous accompagnant dans la mise en œuvre de solutions adaptées à vos usages.

*Consultez ici l'intégralité du document : [Projet de consultation publique – Recommandation passerelle filtrage web \(CNIL, 28 juill. 2025\)](#)*

### **CNIL / Consécration du droit de se taire en cas de contrôle**

Un responsable de traitement mis en cause dans le cadre d'une enquête de la CNIL peut rester silencieux face à la formation restreinte de la CNIL. C'est ce que le Conseil Constitutionnel a pu valider le 8 août dernier suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) qui lui avait été posée en juin par le Conseil d'Etat.

**En conséquence, l'article 22 de la Loi Informatique et Liberté (LIL) est déclaré non conforme à la Constitution.**

L'article 22 de la LIL porte en effet sur le déroulement de la procédure du prononcé de sanctions par la CNIL dans le cadre de sa formation restreinte. Aussi, aux termes de cet article, il est ainsi prévu que la formation restreinte de la CNIL puisse entendre, lorsqu'elle le décide, toute personne dont l'audition lui paraît susceptible de contribuer utilement à son information, y compris ses agents, sans pour autant prévoir que cette personne puisse faire valoir ses droits pour se défendre et notamment celui de garder le silence.

Cet article semble donc imposer la transmission d'informations à la CNIL au cours de la procédure par la personne soupçonnée.

Or, en tant que liberté fondamentale garantie par la Constitution, l'article 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen évoque pourtant le droit de se taire et ainsi le droit de ne pas s'auto-incriminer.

Dès lors, le Conseil Constitutionnel estime qu'en ne prévoyant pas que la personne physique ou, le cas échéant, le représentant légal de la personne morale mise en cause devant la formation restreinte doit être informé de son droit de se taire, les dispositions contestées méconnaissent les exigences de l'article 9 de la Déclaration de 1789. Par conséquent, elles doivent être déclarées contraires à la Constitution.



Ainsi, la CNIL ne peut donc pas obliger la personne concernée par une enquête au sens de l'article 22 de la LIL à lui communiquer toutes les informations qu'elle estime nécessaires et qui pourraient justifier la sanction qu'elle envisage, sans l'informer préalablement du droit de se taire et donc de ne pas communiquer d'informations complémentaires.

Dans ce contexte, la déclaration d'inconstitutionnalité devrait en outre immédiatement profiter, non seulement au requérant, mais aussi à tous ceux qui ont également un contentieux en cours, non définitivement jugé.

Cependant, jugeant qu'une telle solution aurait des conséquences manifestement excessives, puisqu'elle serait de nature à priver les personnes mises en cause de la possibilité de présenter elles-mêmes des observations devant la formation restreinte, le Conseil Constitutionnel a décidé de fixer l'effectivité de sa décision au **1<sup>er</sup> octobre 2026**. D'ici cette date, les personnes concernées devront néanmoins se voir notifier par la CNIL leur droit au silence, faute de quoi la procédure serait viciée.

Cette décision marque un mouvement entrepris depuis quelques années au sujet de l'extension du droit au silence.

Le fait de reconnaître l'inconstitutionnalité d'une loi ou de l'une de ses dispositions portant sur les pouvoirs d'une autorité administrative indépendante démontre cet élargissement du droit de la défense.

Il est important de souligner que d'autres décisions ont été rendues au cours de ces dernières années autour de ce droit dans d'autres matières (professionnels dans le cadre de commissions disciplinaires, AMF mais non encore vis-à-vis de l'ACPR, bien que la décision rendue dans le contexte des contrôles de l'AMF soit largement transposable dans le cadre des procédures de la Commission des sanctions de l'ACPR). On assiste donc à une forme de redéfinition des contours de ce droit de silence grâce à une délimitation de son champ d'application (ici en matière de protection des données personnelles).

*Consultez ici l'intégralité du document : [Décision n° 2025-1154 QPC du 8 août 2025](#)*

### III. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI

#### **DORA / 2 nouveaux « rapports » à déposer sur OneGate**

En application de deux nouvelles instructions publiées début juillet (cf. bull. juillet 2025), le portail Onegate a été mis à jour afin de permettre aux organismes assujettis de déposer les 2 nouveaux « rapports » suivants :

- **DSA DORA\_ART45\_ASS : DORA Art.45.3 – Assurance à Participation à un dispositif de partage d'informations** : rapport pour déposer la notification à l'ACPR de l'adhésion ou cessation d'adhésion à un dispositif de partage d'informations et de renseignements sur les cybermenaces (Instruction ACPR 2025-I-11) ;
- **DSA DORA\_PRESTA\_ASSURANCE : DORA Formulaire Prestataires – Assurance à Externalisation de l'obligation de déclaration des incidents majeurs TIC** : rapport pour déposer la notification à l'ACPR si une entité décide d'externaliser son obligation de déclaration d'un incident TIC majeur à un tiers (Instruction ACPR 2025-I-09).

Les annexes de chacune des instructions en question à déposer sur OneGate sont disponibles sur le site de l'ACPR.

*Consultez ici l'intégralité des documents : [Instruction 2025-I-09 relative à la déclaration à l'ACPR de l'externalisation de l'obligation de déclaration des incidents TIC majeurs](#) ; [Instruction 2025-I-11 relative aux informations à notifier à l'ACPR dans le cadre de la participation à un dispositif de partage d'informations et de renseignements sur les cybermenaces](#)*

#### IV. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

---

##### **« PACTE 2 » / Vers une extension confirmée de la RIA pour les petites entreprises**

Le projet de loi de simplification de la vie économique (« PACTE 2 ») refait parler de lui, après presque un an de silence étant donné le contexte politique compliqué que nous avons connu l'année passée (dissolution de l'Assemblée, élections législatives anticipées).

Alors que Sénat avait achevé l'examen de ce texte en première lecture le 5 juin 2024, l'Assemblée Nationale vient seulement, à son tour, de l'adopter le 17 juin 2025, avec modifications dont certaines concernent notamment l'assurance. Députés et sénateurs doivent désormais se réunir en commission mixte paritaire pour s'accorder sur une version finale du texte.

Ce projet de loi a en effet pour ambition d'introduire une évolution importante en assurance : **l'extension du droit de résiliation infra-annuelle (RIA) aux contrats couvrant les biens professionnels des petites entreprises**. Instauré en 2014 pour les personnes physiques hors activité professionnelle, ce droit permet de mettre fin à un contrat à tout moment après un an d'engagement.

**Aussi, si le principe de l'extension est désormais acquis, la définition des entreprises concernées reste en discussion.** Deux approches s'opposent : le Sénat souhaite créer une catégorie ad hoc, définie par décret et fondée sur des critères de « surface » (à l'instar du régime des catastrophes naturelles), tandis que l'Assemblée Nationale souhaite, elle, privilégier un renvoi aux définitions existantes des microentreprises et des PME issues de la loi de modernisation de 2008. La Commission Mixte Paritaire devra donc trancher cette question sensible.

L'impact attendu est multiple : accroissement de la mobilité contractuelle et risque de perte de clients, complexité réglementaire si une nouvelle définition venait s'ajouter au corpus existant, et nécessité d'adapter la tarification et la gestion des contrats professionnels. Du côté des assureurs, l'enjeu se situe en outre dans la **fidélisation des TPE et PME**, mais aussi dans la pédagogie à destination des dirigeants, souvent peu familiers des subtilités contractuelles.

Au-delà du débat technique, cette réforme tend à **rapprocher le régime des petites structures de celui des particuliers**, en renforçant la souplesse de gestion et la concurrence entre acteurs. Elle s'inscrit dans une logique de simplification administrative, mais pose la question de l'équilibre entre protection des assurés et stabilité des portefeuilles.

*Consultez ici l'intégralité du document : [Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, de simplification de la vie économique le 17 juin 2025, T.A. n° 144.](#)*

## V. LCB-FT – GEL DES AVOIRS

### GEL DES AVOIRS / Mesures individuelles

Consultez l'intégralité des mesures individuelles de gel des avoirs en vigueur dans le registre national des gels et recevez toutes les mises à jour de ce registre en vous abonnant au « Flash Info gel » en cliquant [ici](#).

## VI. ASSURANCE SANTÉ

### TRANSPORT / Approbation d'une nouvelle convention-type pour la prise en charge des frais de taxis conventionnés

La mobilisation des chauffeurs de taxis conventionnés contestant la nouvelle convention-cadre avec la Caisse nationale d'assurance maladie, aura-t-elle finalement été entendue ?

L'arrêté du 29 juillet 2025 le laisse à penser puisqu'aux termes de ce texte, est approuvée une toute nouvelle convention-cadre nationale signée le 18 juillet entre l'Assurance Maladie et les entreprises de taxis conventionnés, laquelle remplace la précédente qui avait été conclue le 13 mai dernier (*cf. bull. de veille mai 2025*).

Parmi les évolutions notables, essentiellement sur le plan tarifaire, il peut ainsi être relevé :

- La possibilité de facturer en plus du forfait « *prise en charge et accompagnement* » d'un montant de 13 €, un **forfait supplémentaire de 15 € dit forfait « grande ville »** lorsque les taxis sont amenés à prendre en charge et/ou déposer des patients dans un établissement de l'une des 12 grandes villes qui sont limitativement mentionnées dans la convention (Marseille, Paris, Nice, Toulouse, Lyon, Strasbourg, Montpellier, Rennes, Bordeaux, Lille, Grenoble, Nantes) ou d'une ville relevant des départements du 92, 93 ou 94, **en ce compris lorsqu'exceptionnellement l'établissement se trouvera situé juste à la frontière des communes précitées** sous réserve qu'il figure sur une liste établie par la CNAM.
- L'instauration d'un **tarif kilométrique plancher fixé à 1,07 €** quel que soit le lieu de transport, facturable à partir du 5<sup>ème</sup> kilomètre parcouru (les 4 premiers kms étant inclus dans le forfait « *prise en charge et accompagnement* »).
- L'application de la majoration de 25 ou 50 % sur le tarif kilométrique départemental (selon la distance parcourue), en cas de transport vers un établissement hospitalier dont l'aller ou le retour se fait à vide, **y compris pour des séances de chimiothérapie, radiothérapie ou d'hémodialyse** et non plus seulement en cas d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire).
- Le report d'un mois de l'application des nouvelles modalités tarifaires soit à compter du **1<sup>er</sup> novembre 2025** (et non plus au 1<sup>er</sup> octobre 2025).

*Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 29 juillet 2025 portant approbation de la convention-cadre nationale relative à l'établissement d'une convention-type entre les entreprises de taxi et les organismes locaux d'Assurance maladie (JO, 8 août 2025, texte n° 114)*

## **PARCOURS HANDICAP / Nouvelles règles de prise en charge**

Par un décret publié début août 2025, le Gouvernement a fixé les modalités des parcours coordonnés destinés aux enfants et jeunes en situation de handicap, instaurés par les LFSS 2023 à 2025.

Ces parcours (dont le repérage précoce avant 7 ou 12 ans et le suivi adolescent/jeune adulte jusqu'à 20 ans), sont organisés par des structures désignées par les Agences Régionales de Santé (ARS). L'admission repose sur une prescription médicale, et le parcours doit être mis en œuvre dans les 3 mois. Les prestations sont intégralement prises en charge par l'AMO dans la limite d'un an renouvelable 1 fois ou de 48 prestations annuelles, sans reste à charge direct pour les familles.

Pour les organismes complémentaires, ce décret clarifie ainsi la répartition des prises en charge entre AMO et AMC. Il renforce la lisibilité du panier financé par l'AMO et limite les chevauchements avec des dispositifs déjà existants (accompagnements médico-sociaux, etc.). Toutefois, il impose une **vigilance accrue sur l'articulation des financements, notamment si des besoins supplémentaires demeurent hors du périmètre couvert par l'AMO.**

En pratique, cette réforme marque une avancée en matière d'équité territoriale et de coordination des soins, mais elle appelle les organismes complémentaires à anticiper les attentes des familles pour couvrir les prestations non-incluses dans ces parcours.

*Consultez ici l'intégralité du document : Décret n° 2025-770 du 5 août 2025 relatif à l'organisation des parcours mentionnés aux articles L. 2134-1, L. 2135-1 et L. 2136-1 du code de la santé publique (JO, 6 août 2025, texte n° 13)*

## **VII. ASSURANCE COLLECTIVE**

### **PSC FONCTION PUBLIQUE / Ajustement des modalités de versement de la participation employeur à la couverture prévoyance des agents de l'Etat**

Un arrêté du 21 août 2025 vient modifier l'arrêté du 30 décembre 2024 relatif à la protection sociale complémentaire prévoyance des agents de l'Etat afin d'ajuster les modalités de versement de la participation des employeurs publics de l'Etat finançant la couverture prévoyance de leurs agents lorsque :

- L'agent exerce ses fonctions à temps partiel ou occupe un emploi à temps incomplet => dans ce cas, l'employeur doit participer **dans les mêmes conditions** que pour un agent exerçant ses fonctions à temps plein ;
- L'agent adhère ou sort du contrat en cours de mois => dans ce cas, la participation de son employeur doit être **proratisée** à hauteur du nombre de jours durant lesquels l'agent est adhérent.

Le texte précise également que l'agent doit signaler tout changement de sa situation individuelle susceptible de modifier les conditions d'éligibilité à la participation de son employeur.

*Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 21 août 2025 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2024 relatif à la protection sociale complémentaire de prévoyance des agents de la fonction publique de l'Etat (JO, 28 août 2025, texte n° 30)*

## **ESAT / Condition de compensation par l'Etat des cotisations dues pour la couverture collective santé des personnes accueillies**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024, les établissements ou services d'accompagnement par le travail (ESAT) ont l'obligation de mettre en œuvre et de participer au moins pour moitié au financement d'une couverture santé au profit des personnes handicapées qu'ils accueillent. Ce financement est compensé par l'Etat.

Aussi, un arrêté du 25 août 2025 est venu préciser les modalités de cette compensation pour les cotisations dues par les ESAT au titre de l'année 2025 et des années suivantes.

Pour chaque ESAT, cette compensation est **égale à la moitié des cotisations dues au titre de la couverture santé obligatoire** pour les travailleurs handicapés qu'il accueille et qui bénéficient de cette couverture collective.

La couverture doit nécessairement avoir été souscrite auprès d'un organisme complémentaire d'assurance maladie relevant d'une des 3 familles d'assureurs (mutuelle, entreprise d'assurance ou institution de prévoyance).

La compensation est effectuée par l'agence de services et de paiement, agissant pour le compte de l'Etat, et ne pourra être effectuée **que sur la base d'une attestation délivrée par l'organisme assureur du contrat collectif**.

**Cette attestation doit obligatoirement comporter les informations suivantes**

- **la dénomination sociale et le SIRET de l'ESAT ;**
- **le montant de la cotisation payée par l'ESAT pour les travailleurs handicapés bénéficiant de la couverture collective ;**
- **le nombre de travailleurs handicapés couverts ;**
- **la période couverte par cette cotisation : dates de début et de fin.**

Autrement dit, les organismes assurant ce type de contrats et de populations doivent donc **faire évoluer leurs processus de gestion afin d'être en capacité de délivrer chaque année aux ESAT souscripteurs l'attestation requise**, faute de quoi leur responsabilité pourrait être mise en cause.

*Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 25 août 2025 fixant la base et les états justificatifs de la compensation par l'Etat des cotisations payées par les établissements et services d'accompagnement par le travail au titre de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, prévue à l'article L. 344-2-10 du code de l'action sociale et des familles (JO, 27 août 2025, texte n° 7)*

## VIII. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES

### ACPR / Revalorisation 2024 des contrats d'assurance vie et de capitalisation

Après 2 années marquées par une nette progression des rendements, le marché de l'assurance vie a retrouvé un rythme plus apaisé en 2024 ; tel est le constat que tire l'ACPR dans une nouvelle publication « Analyses et synthèses » publiée à fin juillet.

Les contrats individuels, principalement orientés vers l'épargne et représentant l'essentiel du secteur, affichent un encours en supports euros de **1 178 milliards d'euros**, contre 1 148 milliards un an plus tôt. La catégorie des contrats à prime unique ou à versements libres, incluant les groupes ouverts, domine largement avec plus de 91 % des encours.

Du côté des contrats collectifs, destinés majoritairement à compléter les revenus à la retraite, la progression est cependant plus modérée : **147 milliards d'euros** d'encours à fin 2024, contre 144 milliards en 2023. Les contrats « en cas de vie » concentrent quant à eux 71 % de ce segment.

Ainsi, il y a lieu de constater que les rendements des supports euros se stabilisent : **2,63 %** pour les contrats individuels (+3 points) et **2,53 %** pour les contrats collectifs (+2 points). Certes, cette pause contraste avec les hausses spectaculaires observées en 2022 et 2023, liées à la remontée rapide des taux obligataires mais elle s'explique en partie par la reprise mesurée des provisions pour participation aux bénéfices, accumulées durant la longue période de taux bas pour préparer le retournement de marché. Fin 2024, ces réserves représentent **4,3 %** des encours pour les contrats individuels et **1,9 %** pour les contrats collectifs, en léger retrait par rapport à 2023.

Les taux techniques moyens se maintiennent également à **0,35 %** pour les contrats individuels et **1,01 %** pour les contrats collectifs, avec de fortes disparités entre assureurs selon la présence d'anciens contrats plus rémunérateurs.

Enfin, les frais de gestion connaissent une légère hausse, atteignant en moyenne **0,62 %** pour l'épargne individuelle et **0,42 %** pour la retraite collective.

En résumé, **2024 apparaît comme une année de consolidation** : après l'élan provoqué par la remontée des taux, le marché s'installe dans un équilibre où rendements et encours progressent prudemment, soutenus par une gestion toujours attentive des réserves et des frais.

Consultez ici l'intégralité du document : *Analyses et synthèses n° 175-2025 : Revalorisation 2024 des contrats d'assurance-vie et de capitalisation (ACPR, 30 juillet 2025)*

## PROTECTION SOCIALE

### AAH / Vérification annuelle des compléments de ressources

Par un décret publié début août 2025, le Gouvernement a mis en œuvre l'article 255 de la loi de finances pour 2024. Le texte concerne les personnes ayant perdu leur droit à l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) après le 31 août 2023 en raison de la majoration des petites pensions instaurée par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, mais qui continuent à percevoir certains compléments tels que la Majoration pour la Vie Autonome (MVA) et le complément de ressources.

Le décret fixe à 1 an la périodicité de la vérification des conditions d'ouverture de ces droits. Cette vérification concerne à la fois la MVA et le complément de ressources, et s'applique aux bénéficiaires maintenus dans le dispositif malgré la suppression de leur AAH. Cette périodicité vise à sécuriser la situation des personnes en garantissant un contrôle régulier, tout en évitant des démarches administratives trop fréquentes.

Pour les organismes complémentaires, l'enjeu de ce texte est limité mais illustre la nécessité d'une articulation fine entre les dispositifs de solidarité nationale et les couvertures complémentaires. Les mutuelles doivent être **attentives aux situations où la perte de l'AAH peut modifier l'accès à certaines aides annexes, entraînant des besoins accrus de couverture complémentaire pour les bénéficiaires concernés**. En pratique, il s'agit surtout d'une mesure de sécurisation administrative, qui vise à stabiliser dans le temps les droits des bénéficiaires de compléments, sans créer de rupture brutale.

Cette mesure s'inscrit dans la logique budgétaire visant à rationaliser les prestations sociales tout en préservant certains compléments jugés essentiels pour l'autonomie. Elle souligne aussi le rôle central de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), dont les conseils d'administration ont été consultés en mars 2025, dans la mise en œuvre de ce suivi annuel.

Ce décret opère ainsi un ajustement technique mais significatif pour les anciens bénéficiaires de l'AAH : il garantit la continuité de la MVA et du complément de ressources, tout en encadrant leur maintien par une vérification annuelle.

Consultez ici l'intégralité du document : *Décret n° 2025-745 du 1<sup>er</sup> août 2025 portant application de l'article 255 de la loi n° 2023-1322 du 29 décembre 2023 de finances pour 2024 (JO, 2 août 2025, texte n° 14)*



## ASSURANCES DOMMAGES – IARD

### ASSURANCE RECOLTE / Désignation de l'organisme gestionnaire du FNGRA

Conformément à l'article L.431-11 du Code des assurances, dans sa rédaction applicable depuis le 16 février 2025, la **SAS CCR Fonds Publics**, filiale de la Caisse centrale de réassurance (CCR) intégralement détenue par elle, est désignée aux fins d'assurer la gestion du Fonds national de gestion des risques en agriculture (FNGRA) mentionné à l'article L.442-1 du même code.

Pour mémoire, le FNGRA est venu remplacer le Fonds national de gestion des calamités agricoles et a profondément été remanié en 2022 dans le cadre de la réforme de la gestion des risques en agriculture. Il est destiné à :

- Participer au financement de l'indemnisation des pertes économiques liées à l'apparition d'un foyer de maladie animale ou végétale ou d'un incident environnemental par des fonds de mutualisation agréés par l'autorité administrative ;
- Financer des aides au développement de l'assurance récolte ;
- Contribuer à l'indemnisation des pertes de récoltes ou de cultures résultant d'aléas climatiques, lorsque ces pertes sont supérieures à un seuil minimum.

*Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 15 juillet 2025 relatif au transfert de la gestion comptable et financière du fonds national de gestion des risques en agriculture à la société CCR Fonds Publics (JO, 6 août 2025, texte n° 25)*

### FGOA-FGTI / Habilitation d'accès à certaines bases de données fiscales

Le décret n° 2025-602 du 30 juin 2025, pris en application de l'article L.135 M du livre des procédures fiscales (LPF) dans sa rédaction issue de l'article 164 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025, définit les modalités de désignation et d'habilitation des agents du Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (FGAO) et du Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) à consulter certaines bases de données fiscales, à savoir :

- Le traitement automatisé dénommé « Estimer un bien » (Patuela),
- Le fichier national des comptes bancaires (FICOBA),
- Le fichier des contrats de capitalisation et d'assurance-vie (FICOVIE),
- Et le traitement automatisé d'informations nominatives dénommé « Base nationale des données patrimoniales » (BNDP).

Cette habilitation d'accès est entrée en vigueur le 2 juillet 2025.

*Consultez ici l'intégralité du document : Décret n° 2025-602 du 30 juin 2025 relatif aux modalités d'habilitation et de désignation des agents du fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages et du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions autorisés à accéder à certaines bases de données fiscales (JO, 1<sup>er</sup> juill. 2025, texte n° 21)*

## JURISPRUDENCE

### Assurance Décès / Absence d'application des intérêts de retard en cas de soupçon légitime

La Cour d'appel de Pau a rendu le 17 juin 2025 une décision importante en matière d'assurance-vie, précisant les conditions d'application des intérêts de retard majorés prévus à l'article L.132-23-1 du Code des assurances. L'arrêt confirme que **l'assureur qui suspend le règlement d'un capital décès en raison de soupçons légitimes quant à la validité d'une clause bénéficiaire n'est pas redevable de ces intérêts.**

L'affaire portait sur le paiement d'un capital décès de 221 847 €, réclamé par le fils du souscripteur, bénéficiaire désigné par un avenant daté du 7 août 2020. L'assureur a suspendu le règlement du capital, estimant douteuse la validité de la modification bénéficiaire au regard d'une signature très altérée, de l'intervention habituelle du fils dans la rédaction des courriers et de circonstances suspectes entourant la demande. Condamné en première instance à verser le capital avec intérêts majorés de retard, l'assureur a vu cette décision infirmée par la Cour d'appel.

La Cour d'appel rappelle que l'article L.132-23-1 vise à **sanctionner les retards injustifiés**, notamment lorsque les assureurs **multiplient inutilement les demandes de justificatifs** ou manifestent une **inertie dilatoire**. Mais ces dispositions n'ont pas vocation à s'appliquer lorsque l'assureur, au contraire, agit par précaution afin de vérifier la volonté réelle du souscripteur. En l'espèce, les éléments recueillis pouvaient légitimement faire douter de l'intention du défunt : refus d'un rendez-vous bancaire, signature altérée sur un document rédigé par un tiers non identifié et rôle actif du fils également courtier. L'attestation successorale produite en avril 2021, confirmant l'existence d'un legs universel en faveur de la fille, renforçait encore ces incertitudes.

Ce n'est qu'au cours de la procédure contentieuse que des éléments complémentaires (bilans médicaux, attestations familiales) ont permis d'établir sans équivoque la volonté du souscripteur de gratifier son fils. Dans ce contexte, la Cour d'appel a jugé que l'assureur n'avait pas abusivement différé le règlement et n'était donc pas débiteur des intérêts majorés.

Cette décision souligne que **l'obligation de diligence pesant sur les assureurs en matière de règlement des capitaux décès n'exclut pas la possibilité de surseoir au paiement lorsqu'existent des indices sérieux de fraude ou d'altération du consentement**. Elle conforte la marge de prudence des assureurs dans la lutte contre les risques de manipulation des clauses bénéficiaires, tout en rappelant que seule une inertie injustifiée expose à la sanction des intérêts de retard.

Pour les organismes assureurs, cette décision constitue un signal clair : les obligations issues de l'article L.132-23-1 du Code des assurances ne sauraient être interprétées de façon mécanique. La vigilance face à des soupçons légitimes de fraude ou d'influence induite est compatible avec les exigences légales, **à condition que l'assureur justifie ses précautions et documente ses échanges.**

Consultez ici l'intégralité du document : [Cour d'appel de Pau, 17 juin 2025, RG n° 24/00047](#)

## CONVENTIONS COLLECTIVES

---

Retrouvez l'intégralité des avenants, accords et arrêtés d'extension publiés ce mois-ci à l'annexe au présent bulletin.



## GLOSSAIRE

**ACPR** : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution  
**AES** : Autorités Européennes de Surveillance  
**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire  
**AMC** : Assurance Maladie Complémentaire  
**ANI** : Accord National Interprofessionnel  
**ANSSI** : Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information  
**AT** : Accident du Travail  
**BOSS** : Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale  
**BRSS** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale  
**C2S** : Complémentaire Santé Solidaire  
**CCN** : Convention Collective Nationale  
**CCSF** : Comité Consultatif du Secteur Financier  
**CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**DGCCRF** : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes  
**DMP** : Dossier Médical Personnel  
**DORA** : « *Digital Operational Resilience Act* »  
**DSS** : Direction de la Sécurité Sociale  
**IJSS** : Indemnités journalières de la Sécurité Sociale  
**LAF** : Lutte Anti-Fraude  
**LCB-FT** : Lutte Contre le Blanchiment de capitaux et le Financement du Terrorisme  
**LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
**MP** : Maladie Professionnelle  
**OCAM** : Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie  
**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale  
**PS** : Professionnels de Santé  
**PLFSS** : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
**RGPD** : Règlement Général sur la Protection des Données  
**RO** : Remboursement Obligatoire  
**SI** : Système d'Information  
**TIC** : Technologies de l'Information et de la Communication  
**TM** : Ticket Modérateur  
**TP** : Tiers Payant  
**TSA** : Taxe de Solidarité Additionnelle