

BULLETIN DE VEILLE CONFORMITÉ

Édition – Septembre 2025

Ce qu'il faut retenir du mois de septembre...

- PLFSS 2026 : Des économies jugées incertaines pour combler le déficit

Dans une interview qu'il a récemment accordé au Parisien, le nouveau Premier ministre est notamment revenu sur les deux projets de budgets, dont le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), qu'il doit présenter d'ici peu au Parlement. Dans ce cadre, il a néanmoins encore entretenu le flou quant aux mesures concrètes qui seront prévues pour maintenir à flot la stratégie de redressement des comptes.

- LCB-FT : La fraude aux audioprothèses au menu du bilan d'activité 2024 de Tracfin

Le 5 septembre dernier, Tracfin a publié le deuxième tome de son rapport d'activité pour l'année 2024. Ce document exhaustif met ainsi en évidence l'évolution significative du rôle de Tracfin dans la détection et la prévention des flux financiers illicites. A ce titre, un focus est fait en particulier sur la fraude aux audioprothèses, domaine où les vulnérabilités du système de santé publique sont exploitées avec une ingéniosité croissante.

- Devoir de conseil : Rappel sur le calendrier de mise en œuvre de la recommandation ACPR

La recommandation sur le devoir de conseil, publiée par l'ACPR en novembre 2024, fait basculer les distributeurs vers le conseil continu : suivi sur toute la durée du contrat, intégration obligatoire des préférences de durabilité, chasse aux doublons de garanties et extension à tous les produits d'assurance sans exception. Elle entrera en vigueur le 31 décembre 2025 et un calendrier bien défini devra guider sa mise en œuvre opérationnelle au sein des structures.

- Collectives : Le retour de la couverture collective et obligatoire en matière de prévoyance

Alors qu'on la croyait enterrée, la proposition de loi visant à instaurer une couverture collective et obligatoire de prévoyance complémentaire pour tous les salariés a été redéposée à l'Assemblée nationale le 16 septembre dernier. Sur le fond, ce nouveau dépôt reprend sans grand changement l'essentiel des termes de la première proposition, hormis sur le calendrier de mise en œuvre et les modalités de financement du dispositif de portabilité des droits en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance.

- Solvabilité 2 : Les recommandations de l'ACPR sur l'externalisation de la gestion d'actifs

Lors de son webinaire en date du 16 septembre 2025, l'ACPR a réalisé un focus sur la gestion du risque de taux et la modélisation des rachats, attirant tout particulièrement l'attention des organismes sur la nécessité de mesurer et encadrer en continu ce risque et soulignant l'opportunité d'améliorer l'encadrement de l'externalisation de la gestion d'actifs.



SOMMAIRE

ASSURANCES DE PERSONNES	3
I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE - SOLVABILITÉ	3
A. GOUVERNANCE	3
PLFSS 2026 / DES ECONOMIES JUGEES INCERTAINES POUR COMBLER LE DEFICIT	3
CENTRES DE SANTÉ / VERS UN NOUVEAU MODELE ECONOMIQUE	4
B. STRATÉGIE	5
ACPR / VERS UNE SURVEILLANCE RENFORCEE DE L'IA DANS LE SECTEUR FINANCIER	5
DURABILITÉ / RAPPORT 2025 SUR L'ANALYSE DES PRINCIPALES INCIDENCES NEGATIVES	7
C. SOLVABILITÉ	9
SOLVABILITE II / PILIERS 1 ET 2 : POINTS DE VIGILANCE DE L'ACPR SUR LA GESTION DU RISQUE DE TAUX ET LA MODELISATION DES RACHATS	9
II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	11
CNIL / AMENDE DE 100 000 EUROS POUR L'INSTALLATION DE CAMERAS DE SURVEILLANCE DISSIMULEES SUR LE LIEU DE TRAVAIL	11
CEPD / RAPPEL SUR L'UTILISATION ET L'ENCADREMENT DES IA A DECISION AUTOMATISEE	12
III. SI / IA – SÉCURITÉ INFORMATIQUE	14
IA-ACT / ATTRIBUTION DE COMPETENCE SECTORIALISEE DES AUTORITES DE REGULATION DU MARCHE	14
IV. LUTTE ANTI-FRAUDE	15
LAF / RENFORCEMENT DES ECHANGES D'INFORMATION ENTRE AMO-AMC	15
V. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE	16
A. PRATIQUES COMMERCIALES	16
DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE / PIQURE DE RAPPEL DE L'ACPR SUR LES ATTENDUS EN CAS D'EXTERNALISATION	16
B. OBLIGATION D'INFORMATION ET DE CONSEIL	17
DEVOIR DE CONSEIL / RAPPEL SUR LE CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DE LA RECOMMANDATION ACPR	17
C. MÉDIATION	18
LMA / RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE POUR 2024 : UN RECORD HISTORIQUE DES SAISINES	18
VI. LCB-FT - GEL DES AVOIRS	20
TRACFIN / BILAN D'ACTIVITE 2024 : FOCUS SUR LA FRAUDE AUX AUDIOPROTHESES	20
AMF / SANCTION ETERNAM : CARTOGRAPHIE DES RISQUES LCB-FT ET PROCEDURES	21
GEL DES AVOIRS / MESURES INDIVIDUELLES	22
VII. ASSURANCE SANTÉ	23
TRANSPORT / SIGNATURE D'UN NOUVEAU PROTOCOLE D'ACCORD DE MAITRISE DES DEPENSES	23
VIII. ASSURANCE COLLECTIVE	23
PRÉVOYANCE / COUVERTURE COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE POUR TOUS LES SALARIES	23
PROTECTION SOCIALE	25
I. RÉGIME OBLIGATOIRE	25
CFE / MODIFICATION DES CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX IJ MATERNITE POUR LES ASSUREES VOLONTAIRES	25
II. COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE	25
FRAIS PROFESSIONNELS / MISE A JOUR DES MONTANTS ET MODIFICATION DES INDEMNITES AFFERENTES	25
ASSURANCES DOMMAGES – IARD	27
COLLECTIVITÉS TERRITORIALES / PUBLICATION D'UN NOUVEAU GUIDE PRATIQUE EN MATIERE DE MARCHES PUBLICS D'ASSURANCE	27
JURISPRUDENCE	28
RCT / CONDITIONS DE VALIDITE DE LA CLAUSE DE SUBROGATION DE L'ASSUREUR	28
CONVENTIONS COLLECTIVES	30

ASSURANCES DE PERSONNES

I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE - SOLVABILITÉ

A. GOUVERNANCE

PLFSS 2026 / Des économies jugées incertaines pour combler le déficit

Dans une interview qu'il a récemment accordé au *Parisien*, le nouveau Premier ministre est notamment revenu sur les deux projets de budgets, dont le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), qu'il doit présenter d'ici peu au Parlement. Dans ce cadre, il a néanmoins encore entretenu le flou quant aux mesures concrètes qui seront prévues dans le prochain PLFSS pour maintenir à flot la stratégie de redressement des comptes.

Quelques jours plus tôt, le Comité d'alerte de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) a par ailleurs rendu public son analyse des mesures d'économies annoncées par le Gouvernement suite à son avis de juin dernier, pointant un risque estimé sérieux de dépassement de l'objectif 2025. **Sur les 1,74 Md€ annoncés, seuls 1,5 Md€ sont jugés « certains, probables ou vraisemblables » :**

- **770 M€ d'économies certaines : les coupes budgétaires.** Le comité valide les baisses de dotations à caractère budgétaire (établissements de santé et médico-sociaux, fonds d'intervention régional, report de la majoration des gardes libérales). Ces coupes fragilisent une offre de soins déjà sous tension. Conséquence probable pour les complémentaires : un report vers la médecine de ville de prises en charge habituellement hospitalières, augmentant les dépenses en soins ambulatoires et transports ;
- **755 M€ d'économies probables ou vraisemblables : des ajustements immédiats à prévoir.** Cette catégorie regroupe plusieurs mesures aux conséquences opérationnelles directes :
 - **Les 550 M€ d'économies sur les prix des médicaments**, entrés en vigueur au 1er octobre par voie conventionnelle ou décision unilatérale, modifient les bases de remboursement. Les mutuelles doivent ajuster leurs tableaux de garanties et outils de liquidation ;
 - **Le report au 1^{er} janvier 2026 des revalorisations tarifaires** des kinésithérapeutes, médecins et chirurgiens-dentistes (150 M€) gèle temporairement les hausses conventionnelles. Un répit pour les comptes 2025, mais la charge est simplement différée ;
 - **La nouvelle convention taxis** (30 M€) décale l'entrée en vigueur des mesures tarifaires du 1^{er} octobre au 1^{er} novembre. S'ajoutent 25 M€ de baisse de prix sur un dispositif médical.
- **240 M€ d'économies écartées : une vigilance renforcée sur les IJ.** Le comité écarte ces économies jugées trop incertaines, dont 200 M€ attendus de la maîtrise médicalisée (contrôle des prescripteurs d'arrêts de travail, établissements à sinistralité atypique). Ces actions requièrent un « *temps unitaire élevé et incompressible* », selon le comité. Pour les assureurs proposant des garanties IJ, l'enjeu est majeur : sans maîtrise médicalisée efficace, la dérive des indemnités journalières pèsera directement sur leurs ratios de sinistralité. Une surveillance accrue des prescriptions d'arrêts de travail s'impose.

Le comité d'alerte rendra un **nouvel avis au plus tard le 15 octobre 2025**. En parallèle, le PLFSS 2026 précisera la rectification de l'ONDAM en cours d'année.

Les organismes complémentaires doivent d'ores et déjà anticiper l'impact des baisses de prix des médicaments sur leurs remboursements, intégrer dans leurs projections 2026 les revalorisations tarifaires reportées, et renforcer le suivi de la sinistralité IJ le cas échéant. Avec un déficit des régimes de base anticipé à 21,9 Md€ pour 2025, **les complémentaires santé restent en première ligne pour absorber les conséquences de ces arbitrages budgétaires contraints.**

De plus, si les décrets visant le doublement de la participation forfaitaire des assurés et des franchises médicales à compter du 1^{er} janvier 2026 ont été suspendus suite à la démission du gouvernement Bayrou, ils ne sont pas pour autant officiellement abandonnés, ce malgré l'avis consultatif défavorable rendu par la CNAM le 4 septembre dernier et la levée de boucliers des associations de consommateurs et de certains partis.

Les organismes complémentaires restent donc là encore dans l'expectative : une adoption des décrets les conduirait à absorber une part du surcoût pour les assurés, tandis qu'un abandon définitif obligerait à envisager une révision du calendrier budgétaire dans le cadre du PLFSS.

Ils doivent donc suivre attentivement l'évolution de l'agenda politique pour élaborer différents scénarios d'impact sur leurs contrats et préparer leur communication auprès des adhérents afin de pouvoir réagir rapidement en cas de reprise du projet. La vigilance portera aussi sur le débat parlementaire du PLFSS, qui pourrait intégrer d'autres mesures affectant la répartition des dépenses de santé. 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 si elle est adoptée (et dont nous sommes toujours en attente).

[Consultez ici l'intégralité du document : Avis du Comité d'alerte n°2025-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie \(17 sept. 2025\)](#)

CENTRES DE SANTÉ / Vers un nouveau modèle économique

Le 28 aout dernier, l'Assurance Maladie et neuf organisations représentatives des centres de santé (Adedom, FMF, FNMF, FNCS, UNADMR, UNA, C3SI, Fehap, CANSSM) sont parvenus à un accord visant à redéfinir leurs relations conventionnelles et plus particulièrement les rémunérations complémentaires dont les centres de santé (médicaux, dentaires, polyvalents ou infirmiers) sont bénéficiaires. Saisie pour avis, l'UNOCAM, qui avait participé aux discussions, a par ailleurs décidé de devenir signataire de cet accord le 5 septembre 2025.

Dans un contexte budgétaire sensible, l'Assurance Maladie et les organisations représentatives se sont en effet accordées sur les efforts financiers nécessaires visant à sécuriser et consolider le modèle économique actuel.

Aujourd'hui, la plus grande partie de la rémunération des centres de santé est fondée sur le modèle de paiement à l'acte des consultations réalisées dans ces structures. Or, ce fonctionnement n'est plus adapté à la situation économique.

Pour soutenir les centres de santé, l'accord prévoit donc un investissement financier pluriannuel du montant de 50 millions d'euros supplémentaires de la part de l'AMO, dont 30 millions seraient accordés dès 2026.

Les axes principaux de l'accord portent ainsi sur :

- La transposition de mesures prévues dans les conventions mono professionnelles comme sur le forfait médecin traitant (FMT) ;
- La revalorisation des rémunérations des centres de santé par les horaires d'ouverture, la fonction de coordination et les missions de santé publique réalisées ;
- Le renforcement d'un exercice coordonné via une meilleure valorisation des indicateurs de la coordination en équipe ;
- Le développement de la prévention de santé publique comme la vaccination, le projet « génération sans carie », dépistages... ;
- La valorisation des accès aux soins aux publics vulnérables (en fonction notamment du niveau de complexité des situations des patients) ;
- L'ouverture de la voie à de nouvelles rémunérations forfaitaires complémentaires (plus de précisions d'ici quelques mois suite à des travaux conventionnels).

La simplification de l'organisation et du fonctionnement des centres est en outre au cœur de cet accord avec des mesures concrètes telles que la mise en place d'une simplification des recrutements d'assistants médicaux dont le quota sera augmenté.

Cet accord témoigne enfin de la volonté de l'AMO de soutenir les centres de santé dont l'utilité est aujourd'hui essentielle, ceux-ci contribuant largement à l'accessibilité aux soins à tout public. Aujourd'hui près de 3 000 centres de santé sont déployés en France, soit une augmentation de 1 000 centres depuis 2022.

Notons cependant que cet accord est certes nécessaire et rassurant sur l'année à venir, mais certains l'estiment insuffisant dans sa globalité, notamment en ce qui concerne la somme consacrée à cette revalorisation des centres. Ainsi, à la fin de l'été 2026, seront discutés les résultats de tests portant sur d'autres modèles de rémunération effectués dans le cadre de la LFSS de 2018.

De nouveaux sujets (contrats d'initiative territoriale d'amélioration des offres de soin, prise en charge partagée...) feront également l'objet de discussions dans les mois à venir, sûrement après le 1^{er} trimestre de 2026.

Consultez ici l'intégralité du document : [Avis relatif à la signature d'un nouvel accord national entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives des centres de santé \(UNOCAM, 5 sept. 2025\)](#)

B. STRATÉGIE

ACPR / Vers une surveillance renforcée de l'IA dans le secteur financier

Le 17 septembre 2025, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a organisé une réunion de place dédiée à la surveillance de l'intelligence artificielle (IA) dans le secteur financier.

Cette rencontre, qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement européen sur l'IA (connu sous le nom d'IA-Act), vise à accompagner les acteurs du marché dans leur adaptation à cette nouvelle réglementation.

Basée sur l'hypothèse que l'ACPR sera désignée comme autorité de surveillance pour les usages spécifiques au secteur financier – proposition émise par la Direction générale des entreprises (DGE) et la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), en attente de validation parlementaire –, la présentation a mis l'accent sur les enjeux européens et nationaux. Au cours de cette réunion a été souligné l'urgence pour les institutions financières de se préparer à un cadre plus strict, tout en favorisant un dialogue constructif entre superviseurs et acteurs du secteur. Les points principaux à retenir sont les suivants :

→ **Règlement IA-Act fondé sur une approche risque-based pour une IA de confiance**

Le Règlement IA, adopté par l'Union européenne, repose sur deux objectifs principaux : protéger la sécurité, la santé et les droits fondamentaux des citoyens, tout en créant un marché unique de l'IA fiable. Inspiré des normes de sécurité des produits, ce texte trans-sectoriel adopte une **approche basée sur les risques**, classés en quatre niveaux, du minimal à l'inacceptable, avec une catégorie supplémentaire pour les IA à usage général (IAUG), comme les modèles génératifs.

Dans le secteur financier, deux usages spécifiques sont qualifiés de « haut risque » selon l'Annexe III. Les obligations pour ces systèmes à haut risque sont rigoureuses : gestion itérative des risques, utilisation de données de haute qualité, documentation technique détaillée, transparence et interprétabilité, surveillance humaine pour minimiser les risques résiduels, ainsi que robustesse, exactitude et cybersécurité tout au long du cycle de vie.

Ces exigences visent à instaurer une confiance accrue, non seulement pour les consommateurs, mais aussi pour assurer des conditions de concurrence équitables, y compris avec les acteurs extra-européens. Comme l'a rappelé Nathalie Aufauvre, secrétaire générale de l'ACPR, lors de l'introduction, ce cadre réglementaire marque un tournant vers une IA responsable, évitant les dérives tout en promouvant l'innovation.

→ **Volet européen : Gouvernance en cours d'harmonisation**

Une grande partie de la réunion s'est concentrée sur la gouvernance européenne du Règlement. Au niveau de l'UE, le Bureau européen de l'IA (AI Office) joue un rôle central en veillant à l'application cohérente du texte, en supervisant les modèles d'IAUG et en facilitant l'adoption de codes de bonnes pratiques.

Il est assisté par le Comité européen de l'IA (AI Board), qui coordonne les autorités nationales, un Forum consultatif regroupant des parties prenantes (entreprises, société civile, universités), et un Groupe scientifique d'experts indépendants chargé d'alerter sur les risques systémiques.

Dans le secteur financier, un sous-groupe dédié au sein de l'AI Board examine les interactions entre le Règlement IA et la réglementation sectorielle. Les autorités européennes de supervision (ESAs), comme l'Autorité bancaire européenne (EBA), l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA) et l'Autorité européenne des marchés financiers (ESMA), assistent les États membres dans cette mise en œuvre.

Des travaux de cartographie sont en cours pour identifier les chevauchements, contradictions ou lacunes entre le Règlement IA et les textes existants, tels que le CRR/CRD pour le prudentiel bancaire ou les guidelines de l'EBA sur l'octroi de prêts et la gouvernance interne.

Les premiers enseignements de ces cartographies, présentés lors de la réunion, sont encourageants : le Règlement IA et la réglementation financière européenne sont globalement complémentaires, sans contradictions majeures identifiées.

Toutefois, des ajustements techniques pourraient s'avérer nécessaires, et une évaluation plus approfondie dépendra de clarifications futures. L'ACPR plaide pour une application minimisant la charge pour les établissements, dans un objectif de simplification de la supervision européenne. L'EIOPA a déjà publié une opinion en août 2025, tandis que l'EBA poursuit ses travaux pour l'automne.

Un focus particulier a été porté sur les IA à usage général. Les guidelines de la Commission européenne, publiées en juillet 2025, précisent les exigences : documentation technique, informations pour les fournisseurs aval, politique de respect du droit d'auteur, et résumé public du contenu d'entraînement. Pour les modèles à risque systémique, des obligations supplémentaires en matière de sûreté et de cybersécurité s'appliquent.

→ Volet national : L'ACPR en première ligne

Sur le plan national, l'ACPR se positionne comme l'autorité probable pour superviser les systèmes d'IA dans le secteur financier (*cf. notre article « IA-Act / Attribution de compétence sectorialisée des autorités de régulation du marché »*), couvrant les IAUG utilisées pour des cas à haut risque, ainsi que les systèmes classiques déployés par les institutions. Son rôle inclut la collecte d'informations, les contrôles de conformité, la gestion des non-conformités et la coordination avec d'autres autorités. Pour cela, l'ACPR dispose de pouvoirs étendus : requêtes d'informations (y compris données et code source si nécessaire), inspections inopinées et sanctions.

La feuille de route de l'ACPR vise trois objectifs à court terme : accompagner le secteur via communication et guidance, développer une méthodologie d'audit adaptée, et organiser en interne. Une réorganisation effective au 1^{er} octobre 2025 crée la Direction de l'Innovation, des Données et des Risques Technologiques (DIDRIT), avec un service dédié à la surveillance des risques technologiques, intégrant le Règlement IA et DORA (résilience numérique).

Enfin, l'ACPR renforce sa communication : réunions régulières (au printemps 2026), page dédiée sur son site avec FAQ et vidéos, et une adresse email pour suggestions (Reglement-ia@acpr.banque-france.fr).

DURABILITÉ / Rapport 2025 sur l'analyse des principales incidences négatives

Le 9 septembre 2025, les Autorités Européennes de Surveillance (AES) – composées de l'Autorité Bancaire Européenne (ABE), de l'Autorité Européenne des Assurances et des Pensions Professionnelles (EIOPA) et de l'Autorité Européenne des Marchés Financiers (ESMA) – ont publié leur quatrième rapport annuel titré « *Principal Adverse Impact Disclosures under the Sustainable Finance Disclosure Regulation* », qui analyse les impacts des principales incidences négatives (PAI, pour Principal Adverse Impacts) en vertu de l'article 18 du Règlement sur la Divulgation en Matière de Finance Durable (SFDR, Regulation (EU) 2019/2088).

Ce document évalue notamment l'étendue des divulgations volontaires au niveau des entités et des produits financiers, tout en tenant compte des implications des pratiques de diligence raisonnable. Il s'appuie sur les rapports précédents (2022, 2023 et 2024) pour identifier les progrès, les tendances persistantes et les recommandations visant à renforcer la transparence dans le secteur financier européen.

Rappelons que le Règlement SFDR, adopté en 2019, impose des obligations de divulgation pour promouvoir une finance plus durable.

Les divulgations PAI au niveau des entités sont obligatoires pour les entités employant plus de 500 salariés, tandis que les plus petites entités peuvent opter pour le principe comply-or-explain en matière de PAI, mais doivent respecter les règles détaillées du Règlement Délégué SFDR (Annexe I) si elles choisissent de divulguer. Au niveau des produits, les divulgations sont requises depuis le 30 décembre 2022 pour les produits appliquant l'article 4(1)(a) du SFDR.

→ Contexte et périmètre du rapport

Le rapport 2025 - qui couvre la période de référence du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023, avec des divulgations publiées au plus tard le 30 juin 2024 - a été structuré autour de trois sources :

- Un sondage auprès de 29 Autorités Nationales Compétentes (ANC), couvrant les secteurs de la banque, de l'assurance, des pensions, des firmes d'investissement et de la gestion d'actifs ;
- Une évaluation qualitative de 91 déclarations PAI au niveau des entités (contre 65 en 2024), axée sur les gestionnaires de fonds, assureurs et fabricants de produits de pension ;
- Une analyse quantitative des divulgations PAI au niveau des produits, basée sur des données du Modèle Européen ESG (EET) obtenues via Morningstar pour des fonds d'investissement. Cette méthodologie, plus concise que l'année précédente pour réduire la charge administrative, évalue la clarté, la complétude et la qualité des divulgations, tout en identifiant les bonnes et mauvaises pratiques.

Le rapport révèle une couverture inégale du marché due à des données hétérogènes fournies par les ANC, certaines n'ayant pas pu vérifier précisément le seuil des 500 employés ou n'ayant pas mis à jour leurs chiffres.

Les tendances confirment celles des années précédentes : les entités appartenant à de grands groupes multinationaux fournissent des informations plus détaillées et conformes, tandis que les entités plus petites mélangeant souvent les divulgations SFDR avec du marketing ESG général, rendant l'information confuse (beaucoup de texte sans clarté sur la considération des PAI). Globalement, le rapport note une amélioration qualitative, avec des efforts pour une couverture plus complète des investissements et une meilleure quantification des actions prises.

→ Analyse des déclarations et indicateurs PAI au niveau des entités et produits

Au niveau des entités, les ANC ont noté une conformité moyenne (sur une échelle de 1 à 5) pour la localisation, la clarté et la complétude des divulgations, avec une majorité respectant la date limite du 30 juin 2024.

Les produits divulguant les PAI se divisent entre ceux promouvant des caractéristiques environnementales ou sociales (Article 8 SFDR) et ceux ayant un objectif d'investissement durable (Article 9).

Les AES observent une progression, notamment dans l'alignement avec l'Accord de Paris, bien que des défis persistent, comme la quantification incomplète des impacts ou une couverture limitée des investissements.

L'analyse quantitative cependant révèle des améliorations dans l'utilisation des indicateurs PAI spécifiques, tels que les émissions de gaz à effet de serre (GES) ou les violations des droits humains. Malgré cela, des lacunes subsistent, comme des données manquantes ou des explications insuffisantes sur les actions correctives.

→ Bonnes et mauvaises pratiques

Le rapport met en lumière des pratiques exemplaires, telles que des déclarations claires et structurées utilisant le modèle de l'Annexe I, avec une quantification précise des PAI et des plans d'action détaillés.

Par exemple, certaines entités intègrent des engagements concrets pour réduire les impacts, comme l'exclusion d'investissements dans des secteurs polluants. À l'inverse, des pratiques non-conformes incluent des déclarations vagues, non localisées correctement sur les sites web, ou mélangeant PAI avec d'autres informations ESG sans distinction claire.

Les ANC rapportent des cas de non-conformité, comme des délais non respectés ou des explications inadéquates pour la non-considération des PAI.

En somme, le rapport 2025 confirme une évolution positive vers des divulgations plus complètes et conformes, bien que des disparités sectorielles et de taille persistent. Les AES recommandent à la Commission Européenne d'intégrer ces findings dans son évaluation globale du SFDR, potentiellement pour clarifier les obligations et renforcer les indicateurs PAI.

Aux ANC, elles conseillent une supervision accrue pour assurer des divulgations claires, équitables et non trompeuses, tout en encourageant les entités à élargir la couverture des investissements.

Consultez ici l'intégralité du document : Rapport « Principal Adverse Impact disclosures under the Sustainable Finance Disclosure Regulation » (AES, 9 sept. 2025)

C. SOLVABILITÉ

SOLVABILITE II / Piliers 1 et 2 : Points de vigilance de l'ACPR sur la gestion du risque de taux et la modélisation des rachats

Lors de son webinaire en date du 16 septembre 2025, l'ACPR a réalisé un focus sur la gestion du risque de taux et la modélisation des rachats.

→ Gestion du risque de taux

Le Secrétariat Général de l'Autorité a tout d'abord rappelé que la gestion du risque de taux demeurait une priorité lors de ses contrôles sur place depuis 2022.

Les principales attentes réglementaires concernant la gestion du risque de taux sont étendues mais peu prescriptives laissant place à beaucoup de latitudes (gestion des risques : article R.354-2 du Code des assurances et article 44 de la directive Solvabilité2 ; gestion du risque actif/passif : article 260 du règlement délégué).

Gérer le risque de taux ne signifie pas forcément minimiser ce risque mais définir le niveau de risque acceptable.

La duration constitue le premier indicateur du risque de taux (écart de duration entre l'actif et le passif). Pour autant, une analyse des mouvements non parallèles de la courbe de taux est nécessaire ; ladite analyse pouvant s'appuyer sur l'adossement actif-passif par intervalles de maturités.

L'ACPR attire également l'attention des organismes sur la nécessité de **mesurer et encadrer en continu le risque de taux à l'aide d'indicateurs pertinents** régulièrement suivis et présentés aux organes de gouvernance. L'ORSA doit également permettre à l'AMSB de mieux comprendre la nature du risque de taux, à l'aide de scénarios adaptés au profil de risque de l'organisme.

Enfin, l'Autorité souligne l'opportunité d'améliorer l'encadrement de l'externalisation de la gestion d'actifs en précisant pour les gestionnaires d'actifs, les informations nécessaires (indicateurs, limites, objectifs clairs) pour qu'ils atteignent les objectifs d'adossement actif-passif.

Le Secrétariat Général de l'Autorité a ensuite réalisé un focus rapide sur la gestion du risque de liquidité (art. 260 du règlement délégué).

La gestion du risque de liquidité doit tenir compte de l'ensemble des engagements au passif et à l'actif, et des impacts (prudentiels et comptables) des ventes d'actifs sur la réserve de capitalisation et la participation aux bénéfices.

→ Modélisation des rachats et des PB

Lors de son webinaire, l'ACPR a présenté une synthèse de l'enquête qu'elle a réalisée en 2024 sur la modélisation des rachats (marché en épargne individuelle).

L'Autorité recommande de fixer le taux attendu par les assurés à un niveau proche du taux d'un produit financier ou d'une combinaison de produits financiers (par exemple le taux 10 ans, le taux du livret A, etc.). Concernant la participation aux bénéfices (PB), elle considère que les projections basées uniquement sur certains scénarios défavorables ne sont acceptables que si elles sont conformes aux pratiques de l'organisme.

Si la modélisation des arbitrages constitue une bonne pratique, celle visant les comportements doit être prudente afin de ne pas sous-estimer la meilleure estimation ; l'absence de modélisation de ces arbitrages pouvant être prudente en l'absence de données fiables et objectives.

L'horizon de projection des engagements doit être revu si les engagements moyens restants (non actualisés) en fin de projection représentent plus de 10 % des engagements totaux initiaux (flux résiduels « significatifs »).

Enfin, concernant l'ORSA, l'évaluation d'un scénario de stress sur le niveau des cessations (notamment des rachats) pour l'EIRS (respect permanent des exigences réglementaires de capital), à un niveau sévère, est nécessaire pour les organismes pour lesquels le risque de rachat est pertinent.

Consultez ici l'intégralité du document : [Support de présentation et replay du webinaire sur la gestion du risque de taux et modélisation des rachats \(ACPR, 17 sept. 2025\)](#)

II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

CNIL / Amende de 100 000 euros pour l'installation de caméras de surveillance dissimulées sur le lieu de travail

Le 23 septembre 2025, la CNIL a sanctionné le célèbre magasin La Samaritaine d'une amende de 100 000 euros pour avoir installé des caméras de surveillance dissimulées dans les réserves et de ne pas en avoir informé ses salariés.

Ces caméras prenaient l'aspect de détecteurs de fumée et permettaient d'enregistrer des images et du son.

3 manquements observés par la CNIL :

- **Manquement au principe de responsabilité et de loyauté dans le traitement des données personnelles (Articles 5-1 a et 5-2)**

Le seul moyen pour un employeur de mettre en place des caméras dissimulées et de ne pas en informer les salariés est lié à des circonstances exceptionnelles et à des conditions strictes :

- L'employeur doit installer **temporairement** les caméras dissimulées ;
- L'employeur doit s'assurer de l'**équilibre** entre la protection des biens et des personnes et le RGPD ;
- L'employeur doit documenter son analyse.

La Samaritaine avait constaté des vols et évoqué la mise en place temporaire du dispositif dissimulé en réaction à ces évènements. Cependant, aucune analyse documentée n'a été réalisée, ni dans le registre de traitement, ni dans le cadre d'une AIPD, et le DPO n'avait pas été informé de la mise en place du dispositif des caméras de surveillance (manquement d'information au DPO avant et après l'installation).

La Samaritaine ne respecte pas les conditions strictes de l'installation dissimulée de caméras de surveillance sur un lieu de travail. L'équilibre entre la protection des intérêts du magasin et le RGPD n'est pas respecté.

- **Manquement portant sur le type et la quantité de données collectées (Article 5-1 c)**

Il est important de noter que la voix, tout comme l'image, le nom ou le prénom, est une donnée personnelle. Aussi, le contenu d'une conversation est considéré comme relevant de la sphère personnelle qui, notamment, pourrait contenir des informations personnelles sensibles.

De ce fait, l'enregistrement du son par les caméras de surveillance dans les locaux de stockage est considéré par la CNIL comme étant excessif et constitue un **manquement au principe de minimisation dans la collecte des données**.

Ces enregistrements n'étaient pas nécessaires à la finalité de l'installation des caméras, celles-ci ayant pour objectif initial de limiter les vols.

- **Manquement d'information au DPO (Article 38-1)**

L'information du DPO par La Samaritaine de la mise en place des caméras de surveillance n'a été réalisée qu'après leur installation dans les locaux de stockage.

Or, le DPO doit être informé de tout sujet, chantier, question portant sur des données personnelles et ce, avant la concrétisation des projets. Ainsi, le DPO informé avant l'installation de tels dispositifs s'assure de la conformité de leur déploiement.

→ Ce grief aurait pu facilement être évité.

Dans le cas de la Samaritaine, l'information préalable du DPO aurait pu probablement limiter la responsabilité du magasin en tant qu'employeur et le montant de l'amende prononcée moins élevée.

Ceci étant, cette sanction bien que stricte apparaît justifiée, ne serait-ce qu'en égard au fait que la CNIL met à disposition une documentation complète pour limiter les usages abusifs des caméras de surveillance, et notamment sur le lieu de travail.

En tant que DPO, le cabinet vous assiste et vous conseille dans la mise en place de tels dispositifs.

Consultez ici l'intégralité du document : Délibération SAN-2025-008 du 18 septembre 2025 (Légifrance, 23 sept. 2025)

CEPD / Rappel sur l'utilisation et l'encadrement des IA à décision automatisée

Le 23 septembre 2025, le CEPD publie un « TechDispatch » portant sur la supervision humaine de la prise de décision automatisée.

Un « TechDispatch » est un moyen pour le CEPD de développer une explication portant sur une nouvelle technologie impactant directement les données personnelles et les droits fondamentaux des personnes concernées. Le contrôleur européen s'attarde alors à présenter les enjeux, les risques mais aussi les bonnes pratiques à adopter au sein de son organisme. Ces explications ont pour vocation d'avertir les entités afin de limiter les risques liés à la technologie présentée.

Ainsi, dans ce « TechDispatch », le CEPD présente une forme d'intelligence artificielle vouée à se développer de façon accrue et ce dans de nombreux secteurs, dont notamment le secteur assurantiel et bancaire : l'IA de prise de décision automatisée.

Le CEPD rappelle alors l'importance de l'intervention humaine dans ce type d'intelligences artificielles. En effet, il est important de noter qu'une intelligence artificielle est obligatoirement biaisée, celle-ci étant réalisée à l'origine par un humain et récoltant des données et des informations qui peuvent elles-mêmes être erronées. Ainsi, l'utilisation d'une IA prenant des décisions de façon automatisée pourrait conduire à un traitement injuste ou à différentes erreurs.

Tout type d'organisme utilisant ce type de technologie est alors amené à porter une attention particulière à son utilisation et ce, dès le déploiement de celle-ci dans le cadre de l'activité commerciale.

Le but du « Techdispatch » est de présenter concrètement la position à adopter par l'humain vérificateur de la décision automatisée produite par l'IA. Il semble ainsi être observé que les contrôles effectués par les humains ne sont pas suffisants pour être qualifiés en tant que tels. Le plus souvent il s'agit d'une simple validation ou rapide vérification.

Le CEPD présente alors une liste de conditions à réunir pour déterminer un contrôle humain effectif telles que :

- L'utilisation de l'IA doit permettre au contrôle humain de passer outre la décision automatique lorsque cela est nécessaire ;
- Le contrôle humain doit avoir accès aux informations permettant de comprendre la position de l'IA dans la prise de décision automatique ;
- La personne chargée de contrôler une décision prise automatiquement doit activement veiller à ce que l'IA dispose d'un système équitable, impartial et respectueux des droits fondamentaux.

Dans son « TechDispatch », le CEPD poursuit et présente des mesures organisationnelles pour mettre en place un contrôle humain adéquat. Bien que ces mesures soient non exhaustives, elles permettent ainsi de présenter quelle doit être la vision à adopter par les organismes souhaitant mettre en place de telles IA dans le cadre de leur activité. Aussi, il est important de souligner que ces instructions doivent s'adapter au contexte de la structure dans laquelle cette technologie est implémentée.

Au niveau national, il est en d'ailleurs important de noter que la CNIL se montre particulièrement attentive à l'utilisation de cette technologie en vue du traitement automatisé de données personnelles, compte tenu des risques élevés qu'elle est susceptible d'engendrer pour les droits et les libertés des personnes concernées, rappelant que l'article 22 du RGPD interdit, sous certaines conditions, l'utilisation des décisions automatisées ne faisant pas l'objet d'une vérification par un humain, en particulier lorsqu'ils s'agit de traitement à grande échelle de données sensibles dont les données de santé.

Le secteur assurantiel et plus particulièrement les assureurs de personnes sont par conséquent directement concernés par les dispositions présentées par le CEPD. En effet, l'utilisation croissante et la diversification des types d'intelligences artificielles au sein des organismes séduisent de plus en plus et s'intègrent parfaitement dans certains dispositifs comme celui de lutte contre la fraude à l'assurance.

Il est cependant important de ne pas s'en remettre exclusivement à l'IA, même si la solution utilisée semble être conforme, mais de s'assurer qu'un processus de vérification par l'humain soit bien mis en œuvre après que la décision automatique ait été prise.

Enfin, notons que l'utilisation de ces technologies entraîne dans la grande majorité des cas le besoin de réalisation d'une Analyse d'Impact relative à la Protection des Données (AIPD).

[Consultez ici l'intégralité du document : TechDispatch n° 2/2025 - Supervision humaine de la prise de décision automatisée \(CEPD, 23 sept. 2025\)](#)

III. SI / IA – SÉCURITÉ INFORMATIQUE

IA-Act / Attribution de compétence sectorialisée des autorités de régulation du marché

Les Etats membres avaient jusqu'au 2 aout 2025 pour désigner leur autorité nationale compétente en charge de surveiller et de contrôler la conformité des systèmes d'IA en application du règlement (cf. édition bulletin juil. 2025).

Aussi, si très peu de doutes subsistaient quant à la désignation naturelle de l'ACPR en tant que régulateur pour la mise en œuvre du règlement vis-à-vis des acteurs du secteur financier (banques, assurances, mutuelles...), la France semble cependant avoir opter pour un schéma de gouvernance plus global, coordonné autour de plusieurs autorités, adoptant une approche décentralisée des compétences.

A la tête de ce schéma, la DGCRF serait ainsi désignée, avec la Direction générale des entreprises, en tant que chef d'orchestre pour coordonner l'action des autres autorités de surveillance désignées en fonction de leurs compétences sectorielles parmi lesquelles la DGCRF elle-même, la CNIL, l'Arcom, l'ACPR, la Direction générale des infrastructures, des transports et des mobilités (DGITM) ou encore l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Chacune de ces autorités serait en outre soutenue dans ses actions par l'ANSSI et le PEReN, fournissant ainsi un socle de compétences et de partage d'expertise.

L'objectif de ce découpage est de simplifier le respect et la mise en œuvre du règlement IA au sein de chacune des organisations concernées. Ainsi, les organismes habitués à interagir auprès de leurs autorités de contrôle attitrées pourront continuer à s'y référer, et ce même en matière d'intelligence artificielle.

Cette sectorisation permet aussi de ne pas créer une autorité unique et dédiée à l'application du règlement, ceci afin d'agir efficacement et dans les plus brefs délais face à une technologie qui se déploie rapidement aujourd'hui.

Cependant, il est important de noter que certaines IA sont complexes dans leur finalité. L'on pourrait donc craindre une confusion de l'autorité responsable pour certaines d'entre elles qui seraient potentiellement concernées par plusieurs secteurs à la fois. Peut-être que cette décentralisation de la compétence porterait ainsi préjudice à l'objectif du règlement, celui-ci étant principalement l'harmonisation des pratiques en matière d'intelligences artificielles sur le marché européen.

→ Ces enjeux d'interprétation seront probablement évoqués par le Parlement ; le schéma de gouvernance ainsi proposé devant encore lui être soumis via un projet de loi et être validé par ce dernier pour pouvoir être déployé.

Pour mémoire, ce règlement n'a pas pour objectif de réguler l'intelligence artificielle en tant que technologie, mais plutôt d'encadrer les conditions de son déploiement sur le marché en définissant de bonnes pratiques, afin de répondre à son émergence rapide et de garantir la protection des consommateurs européens.

Le secteur assuranciel est donc lui aussi concerné par l'application de l'IA Act et donc par le contrôle de l'ACPR en cette matière. Nous devrions avoir plus de visibilité sur l'application du règlement au sein du secteur financier, d'ici quelques mois.

Consultez ici l'intégralité du document : [Communiqué de presse DGCCRF du 9 sept. 2025](#)

IV. LUTTE ANTI-FRAUDE

LAF / Renforcement des échanges d'information entre AMO-AMC

Dans un contexte de contrainte budgétaire, le Gouvernement a annoncé un plan visant à économiser 43,8 milliards d'euros et fait de la lutte contre la fraude sociale et fiscale une priorité. Une première batterie de mesures a ainsi vu le jour avec la Loi n° 2025-594 du 30 juin 2025 contre toutes les fraudes aux aides publiques.

Poursuivant sa feuille de route, le Gouvernement entend cependant s'intéresser, cette fois-ci, plus spécifiquement, à la fraude sociale et fiscale en renforçant les contrôles et en élargissant les sanctions. Dans ce cadre, un nouveau projet de loi devrait être prochainement déposé.

Ce texte devrait ainsi notamment comprendre des dispositions qui avaient été votées dans le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) puis censurées par le Conseil Constitutionnel en tant que cavaliers législatifs, et intégrer également de nouvelles prérogatives pour mieux armer l'administration face aux comportements frauduleux.

Ainsi, le texte reprendrait le lot de mesures visant l'amélioration des échanges d'informations fiscales et sociales entre les différents acteurs concernés, la géolocalisation des transports sanitaires, le renforcement des sanctions pour fraude organisée et l'introduction d'une procédure de « *flagrance sociale* ».

L'article 3 de ce projet, intitulé « *Renforcement des échanges d'information entre assurance maladie et complémentaires santé* », revêtira en outre une importance particulière pour les OCAM, puisqu'en instaurant un cadre légal, il devrait permettre :

- Aux OCAM de traiter des données personnelles pour le remboursement des frais, le contrôle des contrats et l'exercice de recours ;
- Aux professionnels de santé de transmettre directement aux OCAM les informations nécessaires à la mise en œuvre du tiers payant complémentaire ;
- Aux régimes obligatoires et complémentaires de **partager des informations en cas de suspicion de fraude**, avec **transmission systématique des coordonnées de l'OCAM au procureur en cas de plainte d'un organisme de sécurité sociale**. Cette disposition, longtemps demandée par les complémentaires et soutenue par la CNIL depuis 2022, vise à renforcer la coopération entre Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Assurance Maladie Complémentaire (AMC).

Pour les organismes complémentaires, ce projet de loi marquera en effet une évolution structurante. Il consolidera leur **rôle dans la lutte contre la fraude en reconnaissant explicitement leur capacité à traiter des données personnelles à des fins de contrôle et en simplifiant la pratique du tiers payant**.

Cette évolution pourrait ainsi :

- Faciliter la coopération avec l'AMO et sécurise les échanges de données ;
- Conférer aux mutuelles de nouveaux leviers pour détecter et prévenir les fraudes, notamment dans le cadre du « 100 % Santé », où les risques de dérives sont importants.

Cela impliquerait toutefois une vigilance accrue sur la protection des données et la conformité au RGPD.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions supposera une **adaptation des systèmes d'information afin d'intégrer les flux de données renforcés**. Un dialogue plus étroit avec l'AMO apparaîtra dès lors nécessaire pour élaborer des **procédures communes et documentées de détection et de traitement des fraudes**. Enfin, la **transparence** vis-à-vis des adhérents et la **sécurisation juridique et technique** des données constitueront des conditions essentielles pour concilier efficacité et protection des droits des adhérents.

Saisie pour avis par la DSS, l'UNOCAM a d'ores et déjà rendu une délibération favorable le 1^{er} septembre 2025.

Consultez ici l'intégralité du document : Avis sur le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales (UNOCAM, 1^{er} sept. 2025)

V. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

A. PRATIQUES COMMERCIALES

DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE / Piqûre de rappel de l'ACPR sur les attendus en cas d'externalisation

Par une communication du 15 septembre, l'ACPR s'adresse aux professionnels de la chaîne de distribution des contrats d'assurance en effectuant un rappel de la réglementation en vigueur en matière de démarchage téléphonique et alerte sur les manquements observés au cours de ses différents contrôles (notamment menés en 2023).

Une deuxième communication, du même jour, s'adresse en outre aux consommateurs afin de les sensibiliser quant aux obligations qui s'imposent aux professionnels du secteur, lorsqu'ils sont démarchés par téléphone.

Dans ce cadre, l'Autorité cible particulièrement les **plateformes établies hors de l'Espace Economique Européen (EEE)** et notamment celles implantées en Afrique du Nord souvent responsables de manquements tels que : l'absence de recueil du consentement, ou consentement non matérialisé ou encore recueilli de manière douteuse, les pratiques commerciales agressives (multi-souscriptions de garanties à finalités identiques notamment auprès de personnes vulnérables, des lacunes dans l'information au consommateur).

→ Rappel des attendus

☒ Champ d'application :

L'Autorité insiste sur le fait que **toute la chaîne de distribution des contrats d'assurance est concernée par les obligations réglementaires** y compris les succursales des intermédiaires implantées dans un pays tiers ne peuvent distribuer des contrats d'assurance pour des risques et engagements situés en France.

☒ Rôle des acteurs de la chaîne :

Concernant les **animateurs de réseaux** (« courtiers grossistes »), l'ACPR rappelle les obligations qui pèsent sur eux dans le cadre de la distribution de produits d'assurance et en particulier leur rôle clé dans le contrôle des pratiques de distribution de leurs partenaires (s'assurer que leurs partenaires s'exercent pas d'activités illégales, ne recourent pas à des plateformes implantées dans un pays hors EEE, mettre en place des mécanismes de contrôle et d'audits afin de s'assurer de la conformité des pratiques...).

Concernant les **concepteurs de produits d'assurance**, l'Autorité vise naturellement les assureurs. Etant les acteurs centraux, ceux-ci doivent ainsi s'assurer de la maîtrise des risques de conformité, vérifier l'action de leurs partenaires, l'identifier des risques liés à la distribution de leurs produits...

Consultez ici l'intégralité des documents : Publication à destination des professionnels de l'assurance (ACPR, 15 sept. 2025) ; Publication à destination des consommateurs (ACPR, 15 sept. 2025)

B. OBLIGATION D'INFORMATION ET DE CONSEIL

DEVOIR DE CONSEIL / Rappel sur le calendrier de mise en œuvre de la recommandation ACPR

L'ACPR a publié en novembre 2024 une **révision majeure de sa recommandation sur le devoir de conseil**. Cette évolution, qui **entrera en vigueur le 31 décembre 2025**, marque un tournant : les distributeurs devront accompagner leurs clients tout au long de la vie du contrat et non plus seulement au moment de la souscription.

Pour rappel, la recommandation poursuit plusieurs objectifs majeurs :

- **Conseil dans la durée** : vérification régulière de l'adéquation du contrat, en assurance-vie comme en prévoyance ou dommages ;
- **Durabilité au cœur du conseil** : obligation de recueillir les préférences des clients en matière d'investissement responsable et de les intégrer dans les recommandations ;
- **Stop aux doublons** : lutte contre le cumul involontaire d'assurances et vigilance lors des rachats de contrats, avec obligation de pédagogie ;
- **Extension à tous les produits d'assurance** : le devoir de conseil ne se limite plus à l'assurance-vie mais s'applique aussi aux assurances multirisques habitation ou garanties accidents de la vie.

Cette recommandation révisée suit un calendrier bien défini :

- **31 décembre 2025** : entrée en application de la recommandation révisée ;

- **2026** : mise à jour de l'annexe relative au recueil via des interfaces numériques ;
- **24 octobre 2026** : date butoir pour l'application de l'actualisation de la recommandation personnalisée en assurance-vie ;
- **24 octobre 2028** : date butoir pour l'application de l'actualisation du devoir de conseil en assurance-vie.

Les organismes doivent donc anticiper dès à présent :

- La refonte des outils de **gestion et de suivi des contrats** ;
- La formation des équipes commerciales pour **intégrer les préférences de durabilité** ;
- Des **procédures renforcées de justification des conseils** donnés lors de la souscription, du rachat ou de la transformation du contrat.

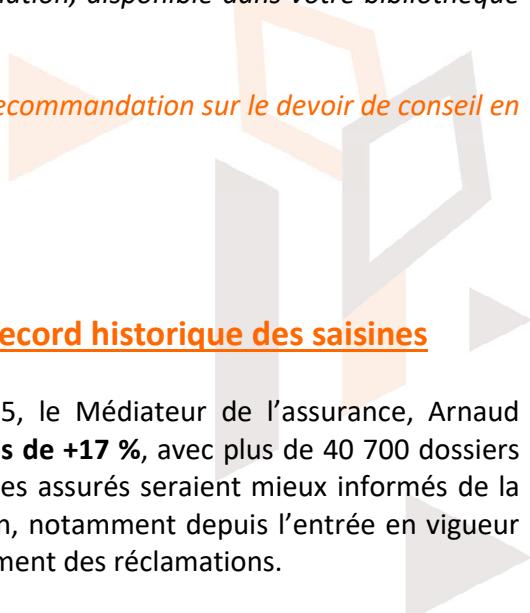
Pour les assureurs, la révision du devoir de conseil impose une **adaptation organisationnelle significative** : ils devront mettre en place des dispositifs de suivi continu des assurés, adaptés à la durée de vie des contrats, ce qui implique de faire évoluer leurs processus et leurs systèmes d'information.

Sur le plan commercial, ils seront tenus d'**intégrer les préférences de durabilité** exprimées par les assurés dans les recommandations formulées, en cohérence avec les orientations européennes. La réforme appelle également une **vigilance accrue** afin d'éviter les doublons de garanties ou les pertes d'avantages liés aux rachats de contrats, sources potentielles de réclamations.

Enfin, l'**élargissement du champ du devoir de conseil** à l'ensemble des produits distribués renforce la charge de conformité, mais aussi les enjeux de confiance et de réputation : l'ACPR souligne en effet que **la transparence et la pédagogie constituent désormais des leviers centraux de protection des adhérents**.

N.B : pour vous accompagner dans la mise en œuvre opérationnelle des évolutions, n'hésitez pas à consulter notre étude d'impact dédiée à cette recommandation, disponible dans votre bibliothèque en ligne.

Consultez ici l'intégralité du document : Publication de la recommandation sur le devoir de conseil en assurance (ACPR, 22 sept. 2025)



C. MÉDIATION

LMA / Rapport annuel d'activité pour 2024 : un record historique des saisines

Dans son rapport d'activité publié le 2 septembre 2025, le Médiateur de l'assurance, Arnaud CHNEIWEISS, relève une **hausse spectaculaire des saisines de +17 %**, avec plus de 40 700 dossiers traités en un an. Il explique cette hausse par le fait que les assurés seraient mieux informés de la possibilité d'un recours gratuit au processus de médiation, notamment depuis l'entrée en vigueur depuis 2023 de la recommandation de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

Jamais par ailleurs le taux de satisfaction n'avait été aussi élevé : **55 % des saisines aboutissent à un accord favorable, en tout ou partie, au profit du réclamant**.

Dans un tiers des dossiers recevables, les assureurs eux-mêmes prennent l'initiative d'une proposition amiable dès la saisine, marquant une **coopération inédite** avec la médiation ; attitude qui contribue à apaiser les tensions et à renforcer la confiance des assurés dans la procédure.

Sur le contexte des saisines, un peu plus d'un tiers visait des assurances de personnes, les contrats de complémentaire santé (23 %) et d'assurance emprunteur (20 %) ainsi que les contrats de prévoyance individuels ou collectifs (pertes de revenus, incapacité, invalidité, décès), demeurant les principales sources de litiges.

Au-delà du règlement individuel des litiges, la Médiation de l'assurance joue par ailleurs un rôle de vigie et est force de propositions notamment au travers des différents chantiers qu'elle mène aux côtés du Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF).

Concernant les contrats d'assurance de personnes, le rapport met ainsi en évidence que 3 chantiers sont toujours en cours notamment s'agissant de la clarté du vocabulaire utilisé et des définitions :

1° Est tout d'abord pointée du doigt la **forte opacité dans le vocabulaire contractuel des complémentaires santé**. Les mentions telles que « *100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale* », ou encore les mécanismes de « *bonus fidélité* » et de « *plafonds annuels* », sont jugées incompréhensibles pour les assurés.

2° La **notion d'« invalide »** soulève aussi des difficultés. Une personne reconnue invalide par la Sécurité sociale peut ne pas l'être par son assureur, selon la définition du contrat. Le Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF) a ouvert des discussions sur ce point et les assureurs se sont engagés à clarifier cette notion d'ici 2025.

3° La **définition de l'« accident »** varie enfin d'un contrat à l'autre sur le marché. Si bien qu'il est difficile pour les assurés de s'y retrouver et que des situations vécues comme des « accidents » par ces derniers ne soient pas au final reconnus comme tels au sens du contrat.

Pour les assureurs, cette situation met en évidence **l'importance de la transparence contractuelle et de la lisibilité des garanties proposées**. L'opacité actuelle entretient la **défiance et accroît le risque de litiges**. Une clarification des termes, en particulier autour de l'invalidité et du calcul des remboursements, apparaît essentielle pour préserver la confiance des adhérents.

Le médiateur appelle donc les assureurs et courtiers à prendre le temps, au moment de la souscription, d'expliciter ces notions aux prospects et assurés.

Il apparaît en outre opportun pour les organismes assureurs d'anticiper les travaux du CCSF en **simplifiant la rédaction de leurs contrats** et en **harmonisant les définitions employées** et de renforcer leurs outils d'information à destination des adhérents afin d'éviter les incompréhensions et de réduire le risque de saisine du Médiateur.

Consultez ici l'intégralité du document : [Rapport d'activité 2024 \(LMA, 2 sept. 2025\)](#)

VI. LCB-FT - GEL DES AVOIRS

TRACFIN / Bilan d'activité 2024 : focus sur la fraude aux audioprothèses

En septembre 2025, Tracfin, le service de renseignement financier du ministère de l'Économie et des Finances (Bercy), a publié le **deuxième tome de son rapport d'activité pour l'année 2024**.

Ce document exhaustif met en évidence l'évolution significative du rôle de Tracfin dans la détection et la prévention des flux financiers illicites, renforçant ainsi sa position centrale dans la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et diverses formes de fraude.

L'année 2024 marque une intensification des activités de Tracfin, avec la transmission de 3 998 notes d'information à ses partenaires – incluant les autorités judiciaires, les services de renseignement et les administrations publiques – représentant une **augmentation de 9,6 %** par rapport à 2023. Ces notes ont eu un impact tangible : 253 d'entre elles, destinées à l'autorité judiciaire, ont conduit à des saisies excédant 60 millions d'euros au premier semestre 2025, facilitées par un « circuit court » qui accélère les procédures.

Par ailleurs, les rapports globalisés, cruciaux pour appréhender les réseaux organisés, ont plus que doublé, passant de 25 à 59, et couvrant désormais 12 079 entités contre 5 053 l'année précédente – en hausse de 139 %. Tracfin a également émis plus de 2 000 notes classées secret-défense, majoritairement liées à la défense nationale et à la lutte antiterroriste. Dans ce contexte de vigilance accrue, Tracfin a particulièrement renforcé sa lutte contre les « *sociétés lessiveuses* » – ces entités éphémères conçues pour blanchir des fonds issus de la criminalité organisée.

Sur le plan international, le service a joué un rôle pivotal dans la détection du contournement des sanctions contre la Russie et dans l'évaluation des risques liés à l'instabilité syrienne. Il a également contribué à la sécurisation des Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024, en renforçant la surveillance des flux financiers potentiellement menaçants.

C'est dans ce cadre d'action globale que s'inscrit le **focus particulier sur la fraude aux audioprothèses**, un domaine où les vulnérabilités du système de santé publique sont exploitées avec une ingéniosité croissante.

Le dispositif « 100 % santé », mis en place pour garantir une prise en charge complète de certains soins et équipements de base en audiology, vise à rendre accessible les aides auditives aux personnes souffrant de déficits auditifs.

Concrètement, l'Assurance Maladie couvre une partie du prix des appareils répondant aux besoins essentiels, tandis que les complémentaires santé sont tenues de rembourser le reste à charge. Pour un assuré appareillé aux deux oreilles, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) peut verser jusqu'à 1 600 euros, selon l'âge et le profil, et les mutuelles jusqu'à 3 400 euros. Ce mécanisme, bien qu'essentiel pour l'équité en matière de santé, a malheureusement ouvert la voie à des fraudes organisées, exploitant les failles administratives et numériques.

Fin 2023, près de 7 000 sociétés d'audioprothèses étaient recensées en France, dont 1 500 créées depuis moins de deux ans.

Cette prolifération rapide soulève des interrogations légitimes : une partie de ces entités pourrait n'avoir aucune activité réelle, servant uniquement de véhicules pour détourner les fonds alloués au dispositif « 100 % santé ». En 2024, Tracfin a intensifié ses investigations dans ce secteur, révélant **deux typologies principales de fraudes qui illustrent la sophistication des schémas criminels.**

La première typologie implique des centres auditifs fictifs, qui soumettent des demandes de remboursement à l'Assurance Maladie et aux complémentaires santé sur la base d'ordonnances falsifiées ou usurpées.

Ces documents peuvent être des faux en écriture, émis par un médecin complice, ou acquis à bas prix sur internet ou les réseaux sociaux – avec un coût unitaire variant entre 5 et 35 euros pour un ensemble incluant un numéro de sécurité sociale et une ordonnance correspondante.

Dans ce scénario, aucun appareil auditif n'est réellement acheté, permettant au centre fictif de réaliser une marge minimale de 1 565 euros par appareil, déduite du remboursement de l'Assurance Maladie moins le coût d'acquisition des données. Ces bénéfices sont ensuite redistribués aux associés du centre ou à des tiers sans lien avec le secteur médical, perpétuant ainsi un cycle de blanchiment.

La seconde typologie met en cause l'assuré lui-même, qui acquiert une ordonnance frauduleuse en ligne et soumet une fausse facture à l'Assurance Maladie, avant de solliciter plusieurs mutuelles pour des remboursements multiples. Une fois les fonds perçus, l'assuré résilie ses contrats, maximisant ainsi les gains illicites. Ces pratiques, facilitées par la digitalisation des échanges et la disponibilité de données personnelles sur le dark web, soulignent les risques inhérents à la dématérialisation des procédures administratives.

Au-delà de ces descriptions, la fraude aux audioprothèses incarne les défis plus larges auxquels fait face Tracfin : la **convergence entre fraude sociale, usurpation d'identité et criminalité organisée.**

En mobilisant ses outils analytiques et ses partenariats, le service détecte ainsi non seulement ces anomalies mais contribue également à leur prévention, en alertant les autorités compétentes pour des interventions rapides.

TRACFIN a également publié le Tome 3 de son bilan d'activité 2024 pour faire le point sur l'état de la menace LCB-FT. Ce tome présente plusieurs cas pratiques, dont un cas illustrant justement une escroquerie à la complémentaire santé dans le cadre du dispositif « 100% santé » sur les aides auditives. Nous y reviendrons le mois prochain.

Consultez ici l'intégralité du document : [Tome 2 - Bilan d'activité 2024 \(Tracfin, 5 sept. 2025\)](#) ; [Tome 3 – Etat de la menace LCB-FT \(Tracfin, 29 sept. 2025\)](#)

AMF / Sanction ETERNAM : cartographie des risques LCB-FT et procédures

Le 9 septembre 2025, l'AMF a prononcé une sanction d'un montant de 400 000 € à l'encontre de la société de gestion ETERNAM pour des manquements graves en matière de LCB-FT.

Les principaux manquements relevés sont les suivants :

- Une **procédure LCB-FT jugée incomplète et sans véritable autonomie opérationnelle** : elle ne précisait pas (dans ses versions antérieures à juin 2022) les documents à collecter lors des diligences au passif des fonds, se contentant de renvoyer aux bulletins de souscription. L'AMF a considéré qu'une telle approche ne permettait pas aux équipes opérationnelles de disposer d'un référentiel complet et exploitable (absence de liste claire des documents à collecter, etc.) ;
- Une **cartographie des risques LCB-FT considérée comme imprécise et incohérente** : elle ne distinguait pas clairement les mesures de vigilance applicables en fonction des niveaux de risque et présentait des contradictions (vigilance renforcée en cas d'incertitude sur les bénéficiaires effectifs alors que la procédure interdisait toute relation d'affaires dans ce cas par exemple). Par ailleurs, la cartographie omettait la vigilance complémentaire, pourtant prévue par les textes, et se bornait trop souvent à renvoyer vers la procédure sans détailler les mesures concrètes de maîtrise des risques.

En conséquence, la Commission des sanctions a jugé que l'ensemble du dispositif LCB-FT d'ETERNAM n'était ni précis, ni opérationnel, constituant ainsi une violation des articles L.561-8 et L.561-32 du Code monétaire et financier.

La **procédure de LCB-FT** doit en effet être conçue comme un **document autonome, exhaustif et immédiatement opérationnel**, sans se limiter à des renvois vers des annexes ou des supports commerciaux.

La **cartographie des risques LCB-FT**, pour sa part, doit présenter une **cohérence stricte**, en distinguant clairement les **différents niveaux de vigilance** (allégée, normale, renforcée et complémentaire) et en évitant **toute contradiction** avec la procédure. Enfin, la **responsabilité de la société demeure pleinement engagée, même lorsqu'elle s'appuie sur un cabinet externe**.

En définitive, la sanction infligée à ETERNAM illustre la sévérité accrue de l'AMF à l'égard de dispositifs LCB-FT imprécis ou lacunaires, tout comme celle dont aurait pu faire preuve la Commission de l'ACPR. Elle rappelle aux acteurs qu'ils doivent **disposer d'outils précis, complets et directement applicables**, sous peine d'une sanction certaine.

Consultez ici l'intégralité du document : SAN-2025-08 - Décision de la commission des sanctions du 9 septembre 2025 à l'égard de la société Eternam (AMF, 11 sept. 2025)

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](#).

VII. ASSURANCE SANTÉ

TRANSPORT / Signature d'un nouveau protocole d'accord de maîtrise des dépenses

Le 24 septembre 2025, l'Assurance Maladie, l'UNOCAM et les principales fédérations du transport sanitaire ont signé un nouveau protocole d'accord de maîtrise des dépenses, autour de plusieurs axes prioritaires : mesures de pertinence, ajustements tarifaires, accompagnement des professionnels...

Cet accord a été approuvé par arrêté du 29 septembre 2025.

Aux termes de ce protocole, l'objectif pour l'AMO est de réaliser 150 millions d'euros d'économies à l'horizon 2027 dans le champ des transports sanitaires remboursés, en s'appuyant sur des axes d'évolution des pratiques et d'organisation du secteur tels que ceux visant à :

- réduire le recours à l'ambulance programmée, plus onéreuse, lorsque d'autres modalités de transport (VSL, taxi) sont médicalement appropriées. Cela s'appuiera notamment sur l'accompagnement par l'Assurance Maladie des prescripteurs (en ville comme à l'hôpital), la révision des règles de prescription et le développement de la prescription dématérialisée ;
- accélérer le développement du transport partagé, via notamment le renforcement des dispositifs incitatifs ;
- renforcer la certification des flux et la fiabilité des facturations, avec une incitation accrue à la certification (écart tarifaire renforcé entre entreprises certifiées et non certifiées dès le 1^{er} octobre 2025). Ces mesures contribueront à simplifier la facturation pour les transporteurs tout en luttant plus efficacement contre les fraudes.

L'accord prévoit par ailleurs un renforcement des conditions de certification à l'horizon 2027.

Pour les OCAM, la mise en œuvre de ce protocole devrait limiter la progression de la charge financière liée au transport sanitaire et améliorer la sécurisation des facturations et donc la prévisibilité des remboursements. Il implique néanmoins de rester vigilant car si l'offre de transport se raréfie localement ou si les transporteurs compensent par des pratiques hors convention, cela pourrait augmenter le reste à charge des assurés... et donc la dépense des OCAM.

Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 29 septembre 2025 portant approbation du protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire (JO, 30 sept. 2025, texte n° 15)

VIII. ASSURANCE COLLECTIVE

PRÉVOYANCE / Couverture collective et obligatoire pour tous les salariés

Alors qu'on la croyait enterrée, la proposition de loi visant à instaurer une **couverture collective et obligatoire de prévoyance complémentaire en matière d'incapacité, d'invalidité et de décès pour tous les salariés** a été redéposée à l'Assemblée nationale le 16 septembre dernier.

Initialement déposée le 28 mai 2024, ce texte n'avait en effet pas eu le temps d'être examinée l'année dernière en raison du contexte de dissolution de l'Assemblée Nationale.

Sur le fond, ce nouveau dépôt reprend ainsi sans grand changement l'essentiel des termes de la première proposition, hormis sur le calendrier de mise en œuvre et sur les **modalités de financement du dispositif de portabilité des droits en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance** qui est appelé des vœux des rédacteurs du projet.

Ainsi, sur le calendrier de mise en œuvre, il serait désormais envisagé que l'obligations des employeurs de mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire des risques d'incapacité, d'invalidité ou de décès au profit de leurs salariés soit reportée au **1^{er} juillet 2028** (contre le **1^{er} avril 2027** dans le projet initial).

Les partenaires sociaux au niveau des branches professionnelles dans le cadre desquelles il n'est prévu aucun régime devraient alors engager des négociations avant le **1^{er} juillet 2026**, et cette obligation à négocier dans les entreprises pourvues d'un ou plusieurs délégués syndicaux devraient également être mise en œuvre avant le **1^{er} juillet 2027**.

Concernant le dispositif de portabilité des droits des anciens salariés, la volonté de l'étendre même en cas de résiliation du contrat d'assurance est réitérée.

La nouvelle version de la proposition de loi va cependant plus loin que la précédente puisqu'elle envisage désormais que ce maintien des garanties devrait s'opérer y compris lorsque le contrat d'assurance est résilié à l'issue d'une procédure de liquidation judiciaire. A ce titre, elle obligerait en outre à ce que le financement de ce maintien soit couvert par le régime de garantie des salaires souscrit par l'employeur (AGS).

A date, cette proposition de loi a été renvoyée à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale mais aucun calendrier d'examen n'a encore été fixé. Nous surveillerons donc de près le sort qui lui sera donné pour vous tenir informés.

Consultez ici l'intégralité du document : [Proposition de loi visant à instaurer une prévoyance collective obligatoire pour tous les salariés, n° 1808 \(déposée à l'AN le 16 sept. 2025\)](#)

PROTECTION SOCIALE

I. RÉGIME OBLIGATOIRE

CFE / Modification des conditions d'ouverture du droit aux IJ maternité pour les assurées volontaires

Le 9 septembre 2025, a été publié au Journal officiel un décret qui pourrait sembler technique, mais dont les implications sont très concrètes pour nombre de Français vivant hors de nos frontières.

Le décret n° 2025-937 redéfinit en effet les **conditions d'accès aux indemnités journalières de maternité pour les femmes affiliées à la Caisse des Français de l'étranger (CFE)** au titre de l'assurance volontaire maladie-maternité.

Jusqu'ici, certaines incertitudes subsistaient en effet autour du droit aux prestations maternité pour celles qui rejoignaient l'assurance volontaire tardivement. Aussi, le décret subordonne donc désormais l'ouverture de ce droit au fait que **la grossesse ait été conçue après l'adhésion à la CFE**.

Autrement dit, une future mère qui adhérerait une fois enceinte ne pourra plus bénéficier de cette couverture.

En outre, la condition tenant à la justification d'une durée d'assurance d'au moins 6 mois à la date présumée de l'accouchement demeure quant à elle inchangée.

Cette nouvelle règle est applicable aux assurés dont la date de début du congé de maternité est postérieure au **10 septembre 2025** (lendemain de la publication du décret), ainsi qu'aux assurées pour lesquelles le congé de maternité, en raison d'un état pathologique résultant de la grossesse, a été augmenté de la durée d'un état pathologique et a débuté de ce seul fait à une date antérieure à la date de publication du décret alors que, sans cette augmentation, la date de début du congé de maternité aurait été postérieure au 10 septembre.

Consultez ici l'intégralité du document : Décret n° 2025-937 du 8 septembre 2025 relatif aux conditions requises pour ouvrir droit aux indemnités journalières d'assurance maternité de l'assurance volontaire maladie maternité de la Caisse des Français de l'étranger (JO, 9 sept. 2025, texte n° 26)

II. COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

FRAIS PROFESSIONNELS / Mise à jour des montants et modification des indemnités afférentes

Un arrêté du 4 septembre 2025 remplace l'arrêté du 20 décembre 2002 sur les frais professionnels qui est abrogé, ceci pour aligner le cadre réglementaire avec la doctrine administrative officielle (BOSS). Il met à jour les montants des frais professionnels pour l'année 2025 et modifie à la marge les indemnités forfaitaires de grand déplacement et les frais de mobilité professionnelle.

Ainsi, ce texte abandonne notamment le **critère de distance** de 50 km pour retenir uniquement le critère de durée de trajet d'au moins 1 h 30 pour constituer une situation de mobilité professionnelle.

Il prévoit par ailleurs de réduire progressivement, de 15 % chaque année à compter du 1^{er} janvier 2026 jusqu'à sa disparition complète au 31 décembre 2031, la **déduction forfaitaire spécifique (DFS)** pour l'ensemble des professions qui en bénéficient actuellement mais qui n'ont pas encore fait l'objet d'une suppression spécifique (listées à l'article 5 de l'annexe IV du CGI).

Cela signifie donc qu'à mesure que la DFS sera réduite puis supprimée, davantage de frais professionnels remboursés ou pris en charge tomberont dans l'assiette de cotisations sociales même si certains frais restent néanmoins exonérables même avec application de la DFS : frais de repas de chantier, transports de début/fin de chantier, mise à disposition d'un véhicule collectif pour le trajet domicile-travail.

Enfin, l'arrêté clarifie les modalités de recueil du consentement du salarié pour l'option de la DFS : si le contrat ou un avenant ne le prévoit pas, l'employeur doit informer le salarié chaque année par tout moyen et recueillir son accord dans un « délai raisonnable ». Le silence du salarié vaut accord.

[Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 4 septembre 2025 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale des salariés affiliés au régime général et des salariés affiliés au régime agricole \(JO, 6 sept. 2025, texte n° 41\)](#)



ASSURANCES DOMMAGES – IARD

COLLECTIVITÉS TERRITORIALES / Publication d'un nouveau guide pratique en matière de marchés publics d'assurance

Devenu largement obsolète au regard des nombreuses réformes des marchés publics intervenues depuis, le guide des bonnes pratiques publié par Bercy en 2008 a récemment fait l'objet d'une refonte complète et s'intitule désormais « *Guide pratique des marchés publics d'assurance des collectivités territoriales et de leurs groupements* ».

Ce guide a ainsi vocation à accompagner juridiquement les collectivités territoriales face à la complexité croissante des marchés d'assurance et à la hausse de la sinistralité, dans l'objectif de renouer un dialogue de qualité entre celles-ci et le monde de l'assurance et d'améliorer l'offre d'assurance.

Elaboré en partenariat avec l'AMF (Association des maires de France) et France Assureurs, il se présente comme un outil à la fois pédagogique et opérationnel, et propose :

- des **rappels juridiques** (codes des assurances et de la commande publique),
- des **outils concrets** (check-lists, modèles, inventaires, CCP),
- un accompagnement **de la préparation à l'exécution du contrat** (diagnostic des risques, procédure, suivi, règlement des sinistres).

En bref, il s'impose comme un véritable mode d'emploi et compagnon de route des collectivités, pour les aider à mieux négocier et gérer leurs contrats d'assurance. Les assureurs sur ce segment ont donc tout intérêt à en prendre connaissance eux aussi.

Consultez ici l'intégralité du document : *Guide pratique des marchés publics d'assurance des collectivités territoriales et de leurs groupements* (DAJ, 9 sept. 2025)



JURISPRUDENCE

RCT / Conditions de validité de la clause de subrogation de l'assureur

Faits : Un salarié décède dans un accident de la circulation, et l'assureur verse à sa veuve un capital décès au titre d'un contrat d'assurance de groupe. L'assureur, en application d'une clause de subrogation prévue au contrat, réclame ensuite le remboursement de certaines prestations versées, au titre de la subrogation à l'encontre du tiers responsable. La veuve et les enfants contestent cette clause, soutenant notamment qu'elle porterait sur des prestations forfaitaires (non admises en subrogation) et qu'elle n'aurait pas été portée à leur connaissance dans la notice d'information.

Procédure : La Cour d'appel de Grenoble, dans un arrêt du 19 septembre 2023, fait droit aux arguments de l'assureur, considérant que le capital décès présente un caractère indemnitaire, admis à la subrogation qu'elle ordonne donc en partie. Les ayants droit du salarié décédé forment un pourvoi devant la Cour de cassation.

Ils contestent en effet cette solution au motif d'une part, que le capital décès est une prestation de nature forfaitaire et qu'une clause de subrogation ne peut pas viser selon eux des prestations de cet ordre mais uniquement des prestations à caractère indemnitaire, ce quand bien même elle s'exercerait pour la réparation d'un préjudice corporel ; d'autre part, que pour leur être opposable, une clause de subrogation doit obligatoirement être mentionnée dans la notice d'information du contrat d'assurance de groupe. Or, cette clause n'existe pas en l'espèce.

Solution : Pour trancher ces deux questions, la Cour de cassation rappelle tout d'abord l'article L.131-2 du code des assurances, qui dispose que l'assureur peut être subrogé « *dans les droits du contractant ou des ayants droit* » pour les prestations à caractère indemnitaire.

Elle en déduit ainsi que les prestations à caractère forfaitaire ne peuvent donner lieu à subrogation parce qu'elles ne sont pas réputées indemniser un préjudice.

Ceci étant, en l'espèce, la Cour retient que le capital décès versé à la veuve avait un caractère indemnitaire : la cour d'appel pouvait dès lors appliquer la clause subrogatoire limitée aux prestations indemnитaires. Le moyen de la veuve, qui soutenait que la clause était trop large (portait aussi sur les prestations forfaitaires), est donc rejeté pour ce motif : **la clause est valide dans la mesure où elle ne s'applique qu'aux prestations indemnитaires.**

Concernant le moyen tiré de l'absence de clause de subrogation dans la notice, la Cour se réfère ensuite à l'article L.141-4 du Code des assurances, selon lequel l'assureur doit remettre une notice d'information à l'adhérent, mentionnant les garanties et les modalités du contrat, et qu'une clause non portée à la connaissance de l'adhérent ne peut lui être opposée.

Dans ce contexte, elle constate alors que la Cour d'appel n'avait pas vérifié si la clause de subrogation figurait effectivement dans la notice d'information remise à l'adhérent comme cela lui était demandé. Or, en l'absence d'une telle vérification, **la décision de subrogation ne repose pas sur une base légale suffisante (car la clause pourrait être inopposable).**

La Cour de cassation casse donc partiellement l'arrêt d'appel pour ce motif et renvoie l'affaire devant la Cour d'appel de Lyon pour un nouvel examen de l'affaire.

Cet arrêt réaffirme ainsi la **distinction fondamentale qu'il convient d'opérer en assurance entre prestations indemnitaires (réparation du préjudice) et prestations forfaitaires**, et confirme que seule la première catégorie peut faire l'objet de subrogation.

Il rappelle ensuite l'exigence de transparence contractuelle dans les assurances de groupe : toute clause subrogatoire doit être portée à la connaissance de l'adhérent via la notice d'information pour être opposable.

Sur le plan pratique, cet arrêt impose donc aux assureurs de bien vérifier que les clauses de subrogation figurent expressément dans leur documentation contractuelle — faute de quoi elles risquent d'être privées d'effet devant un tribunal.



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

