

BULLETIN DE VEILLE CONFORMITÉ

Édition – Janvier 2026

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

- OCAM : Appel au boycott des cotisations 2026 des mutuelles

Nombreux sont les OCAM qui se trouvent assaillis de réclamations de la part de leurs adhérents suite à l'envoi des avis d'échéance annuelle de cotisations pour l'année 2026. Et pour cause, se gargarisant d'une interprétation totalement détournée de l'article 13 de la LFSS pour 2026, certaines associations de consommateurs ne cessent de marteler publiquement que toutes les augmentations de cotisations pour 2026 seraient illicites, allant même jusqu'à proposer sur leur site internet un modèle de courrier permettant aux assurés de contester ces augmentations auprès de leurs organismes assureurs. Le Cabinet vous livre son analyse du sujet et son avis sur la posture qu'il convient d'adopter.

- Protection de la clientèle : Nouveaux attendus pour la vente à distance de services financiers

En ce début d'année 2026, une ordonnance accompagnée de son décret d'application sont venus bouleverser le cadre de la vente à distance des services financiers et donc des contrats d'assurance auprès des consommateurs, en renforçant encore un peu plus les obligations des organismes et des distributeurs d'assurance.

- DORA : Programme des contrôles de l'ACPR pour 2026

Le 23 janvier 2026, l'ACPR a organisé un webinaire spécialement dédié à DORA, faisant ainsi un retour sur l'année 2025 et précisant la feuille de route pour 2026. Dans ce cadre, elle a ainsi annoncé les 3 axes de supervision qu'elle entend suivre pour cette année : l'amélioration du process de gestion des incidents TIC, l'évaluation du cadre de gestion des risques TIC (en particulier les politiques et procédures mises en place), et la revue de conformité des contrats TIC à DORA.

- Collectives : Résiliation à l'échéance en cas de liquidation judiciaire et portabilité

Dans le cadre d'un nouvel arrêt, la Cour de cassation vient apporter une précision d'une importance capitale pour les organismes assureurs, sur la condition de forme que doit revêtir la résiliation à l'échéance d'une couverture collective souscrite au profit de salariés, en cas de liquidation judiciaire de leur entreprise, pour éviter d'avoir à supporter le coût de la portabilité.

- DPO & SSI : Obligation de sécurité des données – Amende de 5M€ contre France Travail

Le 22 janvier 2026, la CNIL a sanctionné France Travail d'une amende de 5 millions d'euros pour un manquement à la sécurité des données personnelles (article 32 du RGPD) des personnes en recherche d'emploi. Suite à des intrusions et une perte de confidentialité des données présentes sur le SI de CAP EMPLOI, la CNIL a conduit une enquête concluant en effet que les mesures organisationnelles et techniques mises en place au sein de cette institution était insuffisante.



SOMMAIRE

ASSURANCES DE PERSONNES	3
I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE - SOLVABILITÉ	3
A. GOUVERNANCE	3
ACPR / PROGRAMME DE TRAVAIL POUR 2026	3
B. STRATÉGIE	4
OCAM / APPEL AU BOYCOTT DES COTISATIONS 2026 DES MUTUELLES	4
DURABILITÉ / ETAPE CLE VERS LA CENTRALISATION EUROPEENNE DES DONNEES FINANCIERES	6
II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	8
COOKIES / NOUVELLE RECOMMANDATION SUR LE CONSENTEMENT MULTI-TERMINAUX	8
DPO & SSI / OBLIGATION DE SECURITE DES DONNEES – AMENDE DE 5M€ CONTRE FRANCE TRAVAIL	9
CNIL / VIOLATION DE DONNEES ET SECURITE – AMENDE DE 42M€ CONTRE LES SOCIETES FREE	10
III. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI	11
DORA / PRINCIPAUX AXES DE SUPERVISION DE L’ACPR POUR 2026	11
ANSSI / GUIDE « CYBERATTAKES ET REMEDIATION - PREPARER LA REMEDIATION »	12
IV. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE	13
A. PRATIQUES COMMERCIALES	13
VAD / NOUVEAUX ATTENDUS POUR LA VENTE A DISTANCE DE SERVICES FINANCIERS	13
ACPR / LISTE NOIRE DES SITES ET ENTITES PROPOSANT DES OFFRES FRAUDULEUSES	14
B. MÉDIATION	15
EXCLUSION / RAPPEL SUR LES EXIGENCES DE PREUVE PESANT SUR L’ASSUREUR	15
V. LCB-FT - GEL DES AVOIRS	16
LCB-FT / DONT ACTE SUR LA MODULATION DE LA VIGILANCE COMPLEMENTAIRE	16
GEL DES AVOIRS / MESURES INDIVIDUELLES	16
VI. ASSURANCE SANTÉ	17
OCAM / LANCEMENT OFFICIEL D’UNE NOUVELLE MISSION SUR L’ARTICULATION AMO-AMC	17
VII. ASSURANCE COLLECTIVE	18
PORTABILITÉ / VALIDITE DE LA RESILIATION A L’ECHEANCE DU CONTRAT EN CAS DE LIQUIDATION JUDICIAIRE	18
VERSEMENT SANTÉ / NOUVEAU MONTANT DE REFERENCE POUR 2026	19
CATEGORIE OBJECTIVE / NON-PRESOMPTION DU CARACTERE COLLECTIF DU REGIME	19
PSC FONCTION PUBLIQUE / NOUVEAUX AJUSTEMENTS DU REGIME DE FRAIS DE SANTE DES AGENTS DE L’ETAT	20
VIII. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES	21
RENTES VIAGÈRES / REVALORISATION DES TAUX DE MAJORATION APPLICABLES EN 2026	21
IX. DISTRIBUTION & INTERMÉDIAIRE	21
EIOPA / BAROMETRE 2025 DE COMPORTEMENTS DES CONSOMMATEURS FRANÇAIS EN MATIERE D’ASSURANCE	21
CONVENTIONS COLLECTIVES	25

ASSURANCES DE PERSONNES

I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE - SOLVABILITÉ

A. GOUVERNANCE

ACPR / Programme de travail pour 2026

Le 19 janvier 2026, l'ACPR a présenté son programme de travail pour 2026 articulé autour des 5 axes principaux suivants :

1. Identifier les vulnérabilités et surveiller les risques

- L'ACPR portera une attention particulière aux **expositions aux risques de marché** dans un contexte de finances publiques en tension.
- Sur la LCB-FT, l'ACPR restera attentive à l'**adaptation des dispositifs internes** des organismes les plus exposés et participera à la mise en œuvre de l'autorité européenne AMLA (pour « *Anti-money laundering Authority* ») ainsi qu'à l'application de la recommandation du GAFI sur les paiements internationaux en cryptoactifs.
- Concernant la protection de la clientèle, l'ACPR poursuivra ses travaux sur la « **Value For Money** » (ou le rapport qualité – prix). Les discussions avec les acteurs du secteur sur l'**intégration des frais de gestion des contrats d'assurance vie** dans le dispositif national, initiées en février 2025, se poursuivront en 2026.

2. Renforcer la gouvernance et les fonctions clés

- L'ACPR analysera la **maîtrise des fonctions externalisées**, le **recours aux intermédiaires et délégataires**, et renforcera son suivi des risques liés au modèle d'affaires, notamment en termes d'impact sur la rentabilité, la solvabilité et la liquidité. Elle veillera au renforcement de l'intégration des **enjeux de durabilité dans la gouvernance des risques**.

3. Mettre en œuvre DORA

- Dans la continuité de la mise en œuvre du règlement DORA, l'ACPR intensifiera le **suivi des risques opérationnels et des risques liés à l'externalisation**. Trois priorités de contrôle ont été identifiées pour 2026 : la **gestion des incidents**, la **mise en place des cadres de gestion du risque TIC**, et la **conformité des contrats avec les prestataires informatiques**.
- L'ACPR veillera au maintien des **cadres de gouvernance et de contrôle interne** conformes aux exigences de DORA. Elle procédera à des **contrôles sur place** ciblant les entités les plus exposées et sera attentive à la réalisation régulière de tests d'intrusion. Une nouvelle Direction de l'Innovation, des Données et des Risques Technologiques coordonnera ces travaux. Ces axes ont notamment été présentés lors d'un webinaire dédié, faisant l'objet d'une analyse plus détaillée dans le présent bulletin.

4. Préparer la supervision de l'IA et la tokenisation des services financiers

- L'ACPR s'engagera dans la révision du règlement MiCA (« *Markets in Crypto-Assets* ») pour renforcer la protection des détenteurs de cryptoactifs et suivra également les enjeux de tokenisation des services financiers et de finance désintermédiée (DeFi).
- L'ACPR devrait être désignée **autorité de surveillance pour l'application de l'IA Act** dans les secteurs banque et assurance. Elle travaillera sur les méthodologies d'évaluation des systèmes d'IA et intégrera elle-même l'IA générative dans ses outils de contrôle, notamment en matière de LCB-FT.

5. Simplifier le réglementaire pour une supervision plus efficace

- L'ACPR mettra en œuvre les mesures de simplification décidées par l'ABE et la BCE. L'approche par les risques sera renforcée avec davantage de synergies entre contrôles sur place et sur pièces. Certains états réglementaires seront réexaminés, notamment ceux exigés au titre de l'article 29 de la loi Énergie Climat (LEC29).
- L'ACPR veillera à ce que les établissements renforcent la qualité de leurs données.

Le Collège de résolution de l'ACPR a également adopté 3 priorités :

- Renforcer l'implication dans les travaux d'opérationnalisation de la résolution et de test de résolvabilité des banques françaises ;
- Préparer l'entrée en vigueur cette année de la directive européenne IRRD (« *Insurance Recovery and Resolution Directive* ») sur le rétablissement et la résolution des assurances ;
- Poursuivre les travaux d'analyse et de doctrine en matière de résolution des assurances.

Consultez ici l'intégralité du document : [Communiqué de presse de l'ACPR \(19 janv. 2026\)](#)

B. STRATÉGIE

OCAM / Appel au boycott des cotisations 2026 des mutuelles

Nombreux sont les OCAM qui se trouvent assaillis de réclamations de la part de leurs adhérents suite à l'envoi des avis d'échéance annuelle de cotisations pour l'année 2026.

Et pour cause, se gargarisant d'une interprétation totalement détournée de l'article 13 de la LFSS pour 2026, certaines associations de consommateurs - dont au premier chef l'UFC Que Choisir - ne cessent de marteler publiquement que toutes les augmentations de cotisations pour 2026 seraient illicites, allant même jusqu'à proposer sur leur site internet un modèle de courrier permettant aux assurés de contester ces augmentations auprès de leurs organismes assureurs.

Le Cabinet vous livre son analyse du sujet et son avis sur la posture qu'il convient d'adopter.

L'article 13 de la LFSS pour 2026, en même temps qu'il a instauré une contribution exceptionnelle de 2,05 % à la charge des OCAM pour l'année 2026, a assorti cette contribution de deux dispositifs distincts :

- Un **gel du montant des cotisations 2026 au niveau de celles de 2025** ;

- L'**ouverture de négociation avec le Gouvernement** visant à préciser les modalités d'application concrètes empêchant une répercussion de la contribution exceptionnelle sur les tarifs – la première réunion étant fixée ce vendredi 30 janvier.

Aussi, s'il peut être admis que la contribution exceptionnelle elle-même soit susceptible de s'inscrire dans le champ classique des lois de financement (à condition qu'elle soit véritablement justifiée en termes d'effet sur les dépenses ou les recettes des régimes obligatoires de base dont en l'occurrence l'Assurance maladie), les dispositifs de gel et de négociation contrainte concentrent en revanche de vraies fragilités sur le plan juridique, lesquelles ne sont pas en écart avec celles identifiées par les fédérations nationales représentatives des OCAM.

En premier lieu, leur recevabilité en loi de financement est en effet sérieusement contestable puisque ces mesures poursuivent avant tout un objectif de régulation des prix et de protection du pouvoir d'achat. **Leur incidence sur l'équilibre des régimes obligatoires est indirecte.** De toute évidence, elles auraient donc dû faire l'objet d'une censure d'office par le Conseil Constitutionnel, en tant que « **cavaliers sociaux** », lors de son contrôle de constitutionnalité.

En second lieu, le gel général et indifférencié des cotisations soulève de lourds griefs de fond. En interdisant toute évolution tarifaire, y compris pour tenir compte de la sinistralité, des exigences prudentielles ou des charges structurelles, le législateur porte en effet une **atteinte directe à la liberté d'entreprendre et à la liberté de fixation des prix des OCAM**. L'atteinte apparaît d'autant plus discutable qu'elle excède la seule neutralisation de la contribution exceptionnelle.

Or, il est important de préciser que, contrairement à ce que soutiennent les associations de défense de consommateurs, **le dispositif de gel des cotisations 2026 ne peut pas être analysé isolément.**

Des **motifs mêmes de l'amendement parlementaire** ayant introduit cette mesure, mais aussi de la **place où se trouvent les dispositions en cause dans l'article 13 de la LFSS** (alinéa prévu entre celui posant le principe d'instauration de la contribution et celui fixant son taux), il ressort en effet que celui-ci ne peut être qu'**indissociablement lié à la nouvelle contribution exceptionnelle** instituée par la loi et mise à la charge des OCAM.

Autrement dit, seule la part d'augmentation des cotisations 2026 liée à la répercussion de cette « taxe » en prévision, pourrait à la rigueur être considérée comme contraire à la loi.

Enfin, le dispositif affecte bien sûr la liberté contractuelle, en neutralisant des clauses de révision et/ou d'indexation prévues dans les contrats et en bouleversant l'économie toute entière de ces contrats, sans mécanisme d'adaptation ni de transition.

Or, une loi nouvelle ne peut pas remettre en cause, **de manière rétroactive**, des décisions et des contrats légalement conclus sans porter atteinte à des principes fondamentaux du droit ce encore moins dès lors qu'à la date où les décisions d'augmentation ont été prises, elles étaient régulières et parfaitement fondées.

Pour toutes ces raisons, il nous semble donc tout à fait prématuré que les OCAM cèdent sans résistance au boycott orchestré par l'UFC Que Choisir vis-à-vis de leurs adhérents.

Nous ne pouvons pas présumer par ailleurs de la position qu'adoptera finalement le Gouvernement, étant donné le risque prégnant d'inconstitutionnalité de la mesure de gel que les OCAM, par la voie de leurs fédérations, entendent bien défendre au besoin devant les plus hautes juridictions compétentes.

Dans cette perspective, nous ne partageons pas complètement la posture des fédérations qui, à la sortie de la première réunion de ce vendredi 30 janvier, avec les Ministres chargés de la Santé et des Comptes publics, ont fait savoir *« qu'elles étaient dans l'impossibilité de discuter avec eux des politiques tarifaires de leurs membres, afin de respecter le droit français et européen de la concurrence dont le non-respect expose le secteur à des sanctions financières très élevées »*. Au contraire, même si nous comprenons la stratégie du terrain juridique retenu, nous pensons que les organismes concernés ont tout intérêt à investir les négociations prévues par la loi comme un espace de clarification et de sécurisation, sans renoncer à leur positionnement de principe.

Sur le plan pratique, les OCAM n'ont en outre pas le temps d'attendre et il faut bien répondre aux demandes d'explication et réclamations des adhérents. Aussi, au vu des circonstances, la meilleure stratégie qui nous semble la plus adéquate d'adopter à date est celle de temporiser auprès des adhérents :

- passant par une communication adaptée,
- explicitant, tant en fait et en droit, les tenants et les aboutissements de l'instauration de la mesure de gel,
- les négociations à venir visant à en déterminer les conditions d'application ;
- les raisons qui conduisent votre structure à maintenir en l'état les tarifs 2026 préalablement notifiés,
- mais sans exclure l'idée de les remettre en cause si à l'avenir la réglementation venait à être précisée ou interprétée différemment.

Au besoin, notre Cabinet peut bien évidemment vous accompagner pour la rédaction de ce courrier type.

Consultez ici l'intégralité du document : *Communiqué de presse commun FNM-FIPS-France Assureurs (30 janv. 2026)*

DURABILITÉ / Etape clé vers la centralisation européenne des données financières

Dans un contexte où la transparence financière et la durabilité constituent des piliers essentiels de l'économie européenne, la France a franchi une étape significative avec l'adoption de l'ordonnance n° 2026-31 du 28 janvier 2026.

Ce texte, publié au Journal officiel le 29 janvier 2026, transpose en effet, en droit national, les dispositions de la Directive Omnibus 2023/2864/UE et adapte le cadre légal aux exigences du règlement Omnibus (UE) 2023/2869.

Il s'inscrit en outre dans le cadre plus large du règlement (UE) 2023/2859, qui instaure le point d'accès unique européen (ESAP), une plateforme gérée par l'Autorité européenne des marchés financiers (AEMF) destinée à centraliser les **informations publiques relatives aux services financiers, aux marchés de capitaux et à la durabilité**.

L'ESAP répond à un besoin croissant d'accessibilité : aujourd'hui, les investisseurs professionnels et le grand public peinent à consulter des données dispersées sur les sites des entreprises, des autorités de supervision ou des registres nationaux. En agrégeant ces informations, issues de réglementations bancaires, assurantielles et boursières, la plateforme vise ainsi à démocratiser l'accès à des données essentielles, favorisant une meilleure allocation des capitaux et une surveillance accrue des marchés.

Le déploiement s'effectue en trois phases progressives :

- La première, prévue pour juillet 2027, se concentre sur les informations financières des sociétés cotées issues de trois textes européens ;
- La seconde, à partir de juillet 2028, étend le champ à dix règlements supplémentaires ;
- La troisième, conditionnée à une évaluation en 2029, intégrera vingt-deux textes à compter de juillet 2030.

Au cœur de l'ordonnance figurent les désignations d'organismes de collecte nationaux, chargés de transmettre ces données à l'ESAP :

- L'article 2 modifie l'article L.451-1-6 du Code monétaire et financier (CMF) pour confier à la Direction de l'information légale et administrative (DILA) - en tant que mécanisme officiellement désigné - la collecte des informations réglementées au sens de l'article 21 de la Directive Transparence 2004/109/CE.
- L'article 3 désigne l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) pour les informations relatives au produit paneuropéen d'épargne-retraite individuelle (PEPP), lorsqu'elles relèvent de sa compétence.
- L'article 4 crée un nouvel article L.621-20-12, attribuant à l'Autorité des marchés financiers (AMF) la responsabilité pour un ensemble de données, incluant celles issues de la Directive Transparence, du règlement sur les abus de marché (MAR, 596/2014), de la Directive OPCVM 2009/65/CE et du règlement PEPP. Notons que l'AMF agit également, sans désignation explicite supplémentaire, en tant qu'autorité compétente pour d'autres textes comme le règlement sur les ventes à découvert (SSR) ou le règlement Prospectus.

Ces mesures, habilitées par l'article 1^{er} de la loi n° 2025-391 du 30 avril 2025, se limitent aux phases 1 et à une partie de la phase 2, laissant les adaptations ultérieures aux évolutions européennes en cours. L'ordonnance entre en vigueur le **9 janvier 2028**, avec des exceptions toutefois pour certains articles applicables dès juillet 2026, et s'étend aux territoires d'outre-mer comme la Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna et la Polynésie française.

Au-delà de sa portée technique, cette ordonnance renforce **l'intégration de la France dans l'Union européenne des capitaux**, en alignant le droit national sur des standards harmonisés. Elle pourrait, à terme, stimuler l'innovation financière en facilitant l'analyse de données massives, tout en posant des défis opérationnels pour les entités collectrices, qui devront investir dans des systèmes de transmission sécurisés. En somme, elle illustre l'engagement français pour une finance plus transparente et durable, essentielle face aux défis climatiques et économiques actuels.

Consultez ici l'intégralité du document : Ordonnance n° 2026-31 du 28 janvier 2026 relative au point d'accès unique européen fournissant un accès centralisé aux informations publiées utiles pour les services financiers, les marchés des capitaux et la durabilité (JO, 29 janv. 2026, texte n° 13)

II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

COOKIES / Nouvelle recommandation sur le consentement multi-terminaux

Dans une délibération publiée au Journal Officiel le 18 janvier 2026, la CNIL présente les modifications qu'elle a décidé d'apporter à sa recommandation initiale de 2020 dite « Recommandation cookies et autres traceurs » en vue de proposer des **modalités pratiques de mise en conformité du consentement multi-terminaux**. Deux jours plus tôt elle avait également mis en ligne la version adoptée de cette nouvelle recommandation.

Cette recommandation fait suite aux résultats d'une consultation publique lancée en avril 2025 afin de recueillir l'avis quant aux pratiques des professionnels en matière de consentement dans le cadre des cookies et autres traceurs, en vue de clarifier la question du consentement lorsqu'un même site est consulté depuis plusieurs terminaux.

Par le biais de cette nouvelle recommandation qui complète la précédente, il s'agit donc de proposer aux professionnels des recommandations concrètes sur les **modalités de recueil valide du consentement multi-terminaux**.

Par exemple, une personne visite et se connecte sur le site internet d'une structure depuis son ordinateur et consent, via le bandeau cookies, à l'utilisation de certaines données. Plus tard, cette même personne se rend sur le même site depuis son téléphone. La question se pose alors : doit-elle consentir à nouveau aux cookies ? Et que se passe-t-il si elle a consenti depuis son ordinateur mais refuse depuis son téléphone ?

Le principe est le suivant : **lorsqu'une personne a consenti depuis son ordinateur, une fois connectée à son compte, elle n'a pas à consentir à nouveau depuis un autre terminal, dès lors que celui-ci est également connecté au même compte utilisateur**.

Cette approche permet ainsi d'éviter que les utilisateurs ne soient submergés par une multiplication de bandeaux cookies à chaque connexion, compte tenu de différents canaux et de la multitude de sites disponibles sur internet. En contrepartie, les structures doivent faire preuve d'une **vigilance accrue** dans la mise en œuvre de ces modalités.

Concernant l'information des personnes et la gestion de leurs choix :

- Le responsable de traitement doit s'assurer que le consentement donné une seule fois pour l'ensemble des appareils peut être retiré aussi facilement depuis un seul terminal.
- Il doit également garantir que l'information relative à cette portée multi-terminaux est clairement délivrée aux personnes concernées. La recommandation précise d'ailleurs la manière dont cette information doit être communiquée.
- Cette information doit notamment indiquer la portée des choix de l'utilisateur, afin que celui-ci puisse revenir sur ses décisions et en soit informé dès sa visite sur le site.

Attention : l'article 7.7 de la recommandation précise que, lorsqu'une structure met en place un dispositif de consentement multi-terminaux, tout consentement recueilli avant cette mise en place devra être redemandé et accompagné de l'information correspondante.

En cas de consentement sur un terminal et de refus sur un autre :

- Le responsable de traitement peut décider de donner priorité au dernier choix exprimé par la personne concernée. Ainsi, si celle-ci refuse le consentement depuis son ordinateur mais l'accepte ultérieurement depuis son téléphone, le responsable de traitement pourra considérer que le consentement est valable, dès lors qu'il s'agit du choix le plus récent.
- À défaut, il peut également donner priorité aux préférences enregistrées dans le compte utilisateur, par exemple dans les paramètres du compte, indépendamment du terminal utilisé.

A noter que la CNIL a également mis en ligne une page dédiée à l'information des personnes concernées et sur les démarches à entreprendre afin de s'assurer que leurs données et leur consentement est bien respecté par les responsables de traitement lors de leurs visites multi-terminals.

Par cette approche, la CNIL s'assure que les structures, comme les utilisateurs, sont informés de leurs obligations et de leurs droits. Cette initiative pourrait toutefois entraîner une augmentation des demandes d'exercice de droits à l'encontre des structures ne respectant pas les modalités relatives au consentement des utilisateurs.

Consultez ici l'intégralité des documents : Délibération n° 2025-131 du 18 décembre 2025 proposant des modalités pratiques de mise en conformité du consentement multi-terminaux et portant modification de la recommandation n° 2020-092 du 17 septembre 2020 dite « cookies et autres traceurs » (JO, 18 janv. 2026, texte n° 30) ; Recommandation proposant des modalités pratiques de mise en conformité du consentement multi-terminaux (CNIL, adoptée 18 déc. 2025)

DPO & SSI / Obligation de sécurité des données – Amende de 5M€ contre France Travail

Le 22 janvier 2026, la CNIL sanctionne France Travail d'une amende de 5 millions d'euros pour un **manquement à la sécurité des données personnelles** (article 32 du RGPD) des personnes en recherche d'emploi.

Suite à des intrusions et une perte de confidentialité des données présentes sur le SI de CAP EMPLOI, la CNIL a conduit une enquête concluant que **les mesures organisationnelles et techniques mises en place au sein de cette institution était insuffisante**.

Ce qui distingue particulièrement cette fuite est d'abord que **les données exposées couvrent les 20 dernières années**. Toutes les personnes inscrites à France Travail (ex Pole Emploi) depuis 2004, sont donc potentiellement concernées soit près de **37 millions de personnes** au total. Ensuite, que la fuite a abouti grâce à de l'ingénierie sociale, probablement due à un **manque de sensibilisation** des conseillers.

Un organisme détenant autant de données personnelles est pourtant particulièrement visé par ce type d'attaques. Il est par conséquent surprenant (pas vraiment car c'est un établissement public administratif manquant drastiquement de moyens) que des mesures de sécurité adaptées n'aient pas été prévues et/ou mises en place.

Manquements détaillés :

- Absence de cloisonnement entre les dossiers des conseillers, permettant ainsi aux attaquants d'avoir accès à une volumétrie importante de données à caractère personnel traitées ;
- Insuffisance de journalisation des accès douteux sur le SI (tests de mots de passes presque infinis) ;
- Manquement sur les modalités d'authentification des conseillers ;
- Des analyses d'impact réalisés mais dont les résultats n'ont pas entraîné de correction des risques. Ainsi, il ne suffit pas d'identifier et de documenter les failles. Sans rectification, elles constituent tout de même un manquement.

Ce qui est intéressant avec cette sanction, c'est notamment le calcul de son montant. Du fait de son statut, France travail ne produit pas de chiffre d'affaires. Le montant de la sanction ne peut donc pas être calculé en fonction de celui-ci comme une structure classique. Le montant est donc fondé sur le budget déterminé par la loi, plafonné à 10 millions d'euros.

La gravité de la situation se mesure néanmoins par le montant de l'amende qui a été prononcée, mais aussi par l'instruction de mise en conformité de l'autorité selon un calendrier précis. De ce fait à chaque jour de retard, France Travail devra régler 5000 euros à la CNIL.

Consultez l'intégralité du document : [Délibération de la formation restreinte n° SAN-2026-003 du 22 janvier 2026 à l'encontre de FRANCE TRAVAIL \(Légifrance, 29 janv. 2026\)](#)

CNIL / Violation de données et sécurité – Amende de 42M€ contre les sociétés FREE

Le 14 janvier 2026, la CNIL publie deux sanctions qui affublent les sociétés FREE et FREE MOBILE d'une amende de **42 millions d'euros**.

Les systèmes d'information de FREE et FREE MOBILE ont été attaqués en octobre 2024, et les données sensibles de 24 millions d'abonnés (dont les IBAN) avaient été copiées. Les entreprises avaient alors été particulièrement touchées par cette violation de données personnelles, les attaquants ayant notamment profité d'une faiblesse des systèmes de VPN mis à disposition de leurs salariés dans le cadre du télétravail.

Lors de son enquête, la CNIL a relevé de nombreux manquements portant à la fois sur les mesures mises en place avant l'attaque et celles effectuées lors de la gestion de celle-ci.

Manquements portant sur l'insuffisance des mesures de sécurité mises en place (art. 32 du RGPD) :

- Authentification peu robuste pour l'accès aux VPN utilisés par les employés
- Dispositifs de détection des comportements anormaux inefficaces

👉 **Les mesures de sécurité sont jugées insuffisantes par la CNIL compte tenu du niveau de sensibilité élevé des catégories de données visées dans l'attaque.** Les deux sociétés disposent ainsi d'un délai de 3 mois afin de remédier à ces manquements.

Manquements portant sur l'obligation d'information des personnes concernées par la violation (art. 34 du RGPD) :

- Dispositif d'information des personnes concernées incomplet et ne permettant ainsi pas aux personnes concernées de comprendre les conséquences d'une telle violation et les mesures à adopter afin de protéger leurs données.

👉 Selon le contexte, **une « simple » notification aux personnes concernées est insuffisante pour répondre aux obligations légales attendues par la CNIL.**

Manquements portant sur les durées de conservation des données personnelles (art. 5-1-e du RGPD) :

- Absence de système de suppression des données personnelles des anciens abonnés entraînant une conservation excessive de millions de données personnelles sans justification

👉 Injonction par la CNIL à la société FREE MOBILE de continuer ce qui fut entrepris au cours de la procédure, à savoir l'initialisation d'un tri de données personnelles et de purge de celles-ci en gardant uniquement les données comptables. La société dispose de 6 mois pour achever ces travaux.

Consultez ici l'intégralité des documents : Délibération de la formation restreinte n° SAN-2026-001 du 8 janvier 2026 l'encontre de FREE MOBILE (Légifrance, 14 janv. 2026) ; Délibération de la formation restreinte n° SAN-2026-002 du 8 janvier 2026 prononçant une sanction pécuniaire à l'encontre de FREE (Légifrance, 14 janv. 2026)

III. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI

DORA / Principaux axes de supervision de l'ACPR pour 2026

Le 23 janvier 2026, l'ACPR a organisé un webinar spécialement dédié à DORA, faisant ainsi un retour sur l'année 2025 et précisant la feuille de route pour 2026.

Dans ce cadre, elle a ainsi annoncé les 3 axes de supervision qu'elle entend suivre pour cette année :

- ➔ **Amélioration du process de gestion des incidents TIC ;**
- ➔ **Évaluation du cadre de gestion des risques TIC** (en particulier les politiques et procédures mises en place) ;
- ➔ **Revue de conformité à DORA des contrats TIC.**

Autres annonces importantes pour 2026 :

- **Sur le rapport narratif tel que le RSR** : cette année, l'ACPR attend des organismes une description la plus complète et détaillée possible sur les éléments DORA implémentés, indiquant qu'il s'agira d'un des points d'entrée de ses contrôles.
- **Sur le RoI** : l'ACPR rappelle le format attendu pour le dépôt (31 mars maximum), de la nécessité d'avoir une accréditation Solvabilité II et du dépôt sur la page d'accueil OneGate (et non dans l'onglet « Remise »). Elle ajoute clairement que ce format sera conservé malgré les (nombreux) obstacles rencontrés par les organismes.

- **Sur les incidents TIC majeurs** : le format de dépôt en Json a vocation à être modifié suite aux retours des organismes ayant fait part des difficultés à notifier.

Retours sur 2025, entre difficultés et constats :

- Les plus grosses difficultés remontées portent sur la renégociation des contrats avec les PTST.
- **Sur les incidents TIC** : un peu plus de 200 notifications, volume important ayant semblé avoir étonné l'ACPR mais qu'elle explique par un élargissement du champ de l'obligation de notification et non pas une hausse des incidents en tant que tel. 80 % des notifications remplissait les critères de notification contre 20 % mais l'ACPR a cependant constaté que plusieurs incidents auraient dû être notifiés selon les critères DORA et l'ont été par d'autres canaux.
- **Sur la compétence des administrateurs** : l'ACPR a noté que dans le monde des assurances, au moins 1 administrateur (et souvent plus) avait des compétences permettant une bonne approche des risques TIC (contrairement au secteur bancaire ici moins performant).

L'ACPR a enfin conclut son webinaire en rappelant une future révision DORA pour janvier 2028, déjà prévue par le règlement lui-même.

ANSSI / Guide « Cyberattaques et remédiation - Préparer la remédiation »

Le 16 janvier 2026, l'ANSSI a publié un guide opérationnel destiné aux organismes pour préparer la remédiation d'incidents de cybersécurité majeurs. Ce document, issu de retours d'expérience et d'ateliers avec des prestataires spécialisés, complète la collection du même nom en amont du guide « *Piloter la remédiation* ».

L'ANSSI part d'un constat opérationnel : les Plans de Continuité d'Activité et de Reprise d'Activité (PCA/PRA) des organismes prennent rarement en compte les spécificités des incidents cyber. Lors d'une cyberattaque majeure, les équipes travaillent souvent avec les moyens disponibles sans préparation adaptée. Le guide propose donc une approche pragmatique en deux temporalités : la préparation « *à froid* » avant tout incident et la préparation « *en réaction* » une fois l'attaque détectée, dans l'urgence.

Le guide structure ainsi la préparation autour de dix thématiques opérationnelles. Au-delà des aspects techniques habituels (cartographie du SI, sauvegardes, etc.), **plusieurs dimensions concernent directement les fonctions juridiques et conformité des organismes.**

La **dimension contractuelle** est par ailleurs centrale : anticiper les conditions d'intervention des assureurs cyber (délais de déclaration, services couverts, prestataires imposés), préparer les relations avec les prestataires spécialisés et documenter les clauses d'incidents et de confidentialité dans les contrats existants. Le guide souligne que beaucoup de prestataires spécialisés ne peuvent intervenir rapidement sans contractualisation préalable.

La **communication de crise** fait l'objet d'un chapitre spécifique introduisant trois postures de discrétion (faible, moyenne, élevée) selon le niveau d'information à donner à l'attaquant, aux équipes internes, aux partenaires et au public. Cette gradation entre transparence et confidentialité doit être préparée en amont avec identification des acteurs informés et des moyens adaptés pour chaque niveau. Le guide renvoie pour cela au guide ANSSI dédié à la communication de crise cyber.

Les **obligations déclaratives** sont aussi explicitement mentionnées : identifier en amont les contraintes réglementaires et contractuelles imposant des notifications en cas d'incident (CNIL, ACPR, ANSSI selon les cas), les procédures de dépôt de plainte et les contacts des autorités compétentes.

Le guide ajoute des éléments relatifs à la préparation via la gestion des Ressources Humaines (RH) : règles d'heures supplémentaires et de travail en mode dégradé, indemnisations, gestion de la fatigue des équipes mobilisées parfois plusieurs semaines. Il recommande d'**impliquer les fonctions RH et finances dans les exercices de gestion de crise**, généralement absentes de ces derniers.

Concernant la continuité d'activité, le guide préconise enfin d'**intégrer la dimension cyber dans les PCA/PRA traditionnels** conçus pour des sinistres physiques, d'adapter les objectifs de temps de reprise (RTO) et points de reprise (RPO) aux scénarios cyber, et de préparer la resynchronisation des données sauvegardées avec celles générées pendant la crise.

Cependant, ce guide ne vise pas à définir un référentiel de conformité exhaustif mais à **identifier les points de friction matériels et organisationnels** bloquant dans les faits les remédiations.

Ce guide n'est pas sans rappeler de nombreux éléments liés à la réglementation DORA. Combiné aux exigences DORA, il ainsi peut s'avérer précieux dans la définition du cadre de gestion des risques TIC.

Consultez ici l'intégralité du document : [Guide « Cyberattaques et remédiation - Préparer la remédiation » \(ANSSI, janv. 2026\)](#)

IV. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

A. PRATIQUES COMMERCIALES

VAD / Nouveaux attendus pour la vente à distance de services financiers

En ce début d'année 2026, une ordonnance accompagnée de son décret d'application viennent bouleverser le cadre de la **vente à distance des contrats d'assurance auprès des consommateurs**, en renforçant encore un peu plus les obligations des organismes et des distributeurs d'assurance.

Cette ordonnance transpose la directive (UE) 023/2673 du Parlement européen et du Conseil du 22 novembre 2023 concernant les contrats de services financiers conclus à distance et vient notamment modifier à cet effet, en premier lieu le Code de la consommation ; ensuite les Codes des assurances, de la mutualité et de la sécurité sociale.

L'objectif est en effet d'assurer un niveau minimum de protection des consommateurs dans le cadre de la souscription en ligne de services financiers dont font partie les contrats d'assurance ; cadre de protection manquant souvent de clarté compte tenu des règles disparates susceptibles de s'appliquer et pouvant parfois porter à confusion.

Ainsi, les grands axes des évolutions à retenir pour l'assurance visent :

- Une **facilitation du droit de rétractation en ligne** des contrats d'assurance grâce à la création d'une fonctionnalité dédiée au moment de la conclusion d'un contrat sur le site internet du fournisseur du service, à l'image de ce que la « résiliation en 3 clics » ;
- La **remise en cause du cadre réglementé de la vente de contrats d'assurance par téléphone** (issu de la réforme du courtage) ;
- Le **renforcement de la mise à disposition d'informations adaptées** par le distributeur au consommateur suite à la conclusion d'un contrat à distance, ainsi que l'obligation de dédier des personnes humaines aux fins d'explicitier ces informations (ex : la seule mise en place d'un *chatbot* en ligne ne sera pas suffisant) ;
- Une **révision du régime des sanctions avec une extension des compétences de contrôle de la DGCCRF** en matière de surveillance du niveau de protection des consommateurs dans le cadre de la souscription en ligne et l'instauration d'un régime de sanctions dépenalisées (pas d'impact sur le régime de sanctions propres à l'ACPR).

L'entrée en vigueur de ces évolutions est fixée au **19 juin 2026**, à l'exception de celles revisitant le cadre existant de la vente de contrats par téléphone qui entreront en vigueur le **11 août 2026** (en cohérence avec la réforme du dispositif BLOCTEL) et de celles relatives à la confirmation de l'offre qui entreront en vigueur au **1^{er} janvier 2027**.

Une analyse approfondie sera menée prochainement afin de revenir en détail sur le contenu et les effets de cette ordonnance et son décret. Nous déterminerons les répercussions de ces textes sur les différents processus et structures concernées.

Consultez ici l'intégralité des documents : Ordonnance n° 2026-2 du 5 janvier 2026 relative à la commercialisation à distance de services financiers auprès des consommateurs (JO, 6 janv. 2026, texte n° 2) ; Décret n° 2026-3 du 5 janvier 2026 relatif à la commercialisation à distance de services financiers auprès des consommateurs (JO 6 janv. 2026, texte n° 3)

ACPR / Liste noire des sites et entités proposant des offres frauduleuses

C'est l'heure du bilan ! Comme chaque année, l'ACPR établit le nombre d'inscriptions **nouvelles** qu'elle a effectuées sur sa « liste noire » des sites ou entités proposant, en France, des crédits, des livrets d'épargne, des services de paiement ou des contrats d'assurance sans y être autorisés.

Et sans être catastrophique, le constat n'est pas très bon puisqu'en comparaison de l'année précédente, le nombre total d'inscriptions nouvelles ne présente un écart à la baisse que de 100 inscriptions, ce qui montrent que les escrocs ne manquent pas d'imagination, capables d'une inventivité persistante dans leurs procédés.

Sur 2025, ce sont en effet **1190 inscriptions nouvelles** qui sont comptabilisées au total (contre 1290 en 2024), dont **146 sur le dernier trimestre** et dont près des deux tiers d'entre elles (62 %) sont liées, à une usurpation de l'identité d'un établissement ou d'un intermédiaire financier qui lui est dûment autorisé à commercialiser de tels produits, en France ou dans un autre pays de l'Espace économique européen.

La tendance des fraudeurs apparaît donc (à regret) relativement stable ces dernières années malgré les efforts déployés par les autorités pour lutter contre ces méfaits. Aussi, à leur niveau, les assureurs doivent donc également se montrer particulièrement vigilants vis-à-vis de ce type de pratiques frauduleuses, en alertant leur clientèle et accessoirement, en s'assurant qu'aucun de leurs partenaires ou distributeurs ne figurent sur cette liste.

Consultez ici l'intégralité du document : *Communiqué de presse de l'ACPR (13 janv. 2026)*

B. MÉDIATION

EXCLUSION / Rappel sur les exigences de preuve pesant sur l'assureur

La Médiation de l'Assurance (LMA) a récemment tranché un litige opposant le bénéficiaire d'une garantie décès accidentel à l'assureur du risque qui refusait le versement du capital au motif d'une **exclusion de garantie pour conduite en état d'ébriété**.

Un assuré décède le 5 juin 2024 dans un accident de circulation, son corps étant retrouvé 8 jours plus tard immergé dans un bassin de rétention d'eau en bord de route. L'assureur refuse de verser le capital décès accidentel prévu au contrat souscrit en 2012, invoquant l'exclusion de garantie contractuelle lorsque l'assuré conduit un véhicule avec un taux d'alcoolémie supérieur au seuil légal.

Le médiateur relève cependant plusieurs éléments de doute portés par le Procureur de la République dans ce dossier. L'analyse toxicologique réalisée 8 jours après le décès de l'assuré établie en effet un taux ne permettant pas de conclure avec certitude à une concentration supérieure au seuil légal compte tenu de la présence naturelle d'alcool dans le sang post-mortem.

Mais surtout, la trottinette électrique n'a pas été retrouvée sur les lieux de l'accident. Aussi, le rapport d'expertise judiciaire qui a été ordonnée par le Tribunal judiciaire qualifie l'accident de collision entre « un véhicule léger et un piéton », l'expert mandaté estimant que l'assuré était piéton au moment de l'accident. Une conductrice témoin indiquait également avoir entendu « un choc violent » dont elle ignorait l'origine sans avoir vu de piéton sur la chaussée.

Face à ces incertitudes, le médiateur rappelle que **la charge de la preuve de l'exclusion pèse sur l'assureur**. Or, sur la qualité de conducteur de trottinette de la victime et sur le taux d'alcoolémie exact au moment du sinistre, l'assureur ne rapportait pas la preuve que les conditions d'application de l'exclusion étaient réunies.

Le médiateur a donc invité l'assureur à verser le capital prévu au contrat, le doute devant profiter au bénéficiaire. En présence d'éléments contradictoires ou d'analyses médico-légales assorties de réserves, l'exclusion ne peut être opposée.

Cette décision illustre ainsi très clairement les **exigences de preuve** pesant sur l'assureur qui invoque une exclusion contractuelle : **l'assureur qui veut opposer une exclusion doit prouver qu'elle s'applique**.

V. LCB-FT - GEL DES AVOIRS

LCB-FT / Dont acte sur la modulation de la vigilance complémentaire

La loi n° 2025-1249 du 22 décembre 2025 portant création d'un statut de l'élu local introduit, par le biais de son article 36, un nouvel alinéa à l'article L.561-10 du Code monétaire et financier (CMF) visant à permettre aux professionnels assujettis à la LCB-FT d'**adapter l'intensité et la fréquence des mesures de vigilance complémentaire** en fonction du profil de risque du client, de son bénéficiaire effectif et du bénéficiaire de contrat d'assurance vie ou de capitalisation.

Alors que le texte initial visait spécifiquement à limiter les demandes adressées aux futurs élus locaux PPE (communes de plus de 50 000 habitants) via une liste limitative d'informations établie par l'ACPR, le Sénat a finalement transformé ce dispositif ciblé en **principe général de modulation** par crainte d'un renforcement du contrôle de l'ACPR.

L'Assemblée Nationale avait pourtant supprimé cette disposition en première lecture, la jugeant redondante avec l'approche par les risques déjà prévue à l'article L.561-4-1 du CMF.

Quoi qu'il en soit, cette faculté de modulation est donc désormais entérinée et a ainsi vocation à s'appliquer dans les situations de vigilance complémentaire : Personnes Politiquement Exposées (PPE), produits ou opérations favorisant l'anonymat, opérations avec des personnes établies dans des pays signalés.

Les mesures complémentaires visées concernent notamment la vérification de cohérence de l'opération avec l'activité professionnelle ou le patrimoine du client, ou la validation par l'organe exécutif de l'entrée en relation.

En somme, les organismes doivent donc continuer à maintenir une vigilance renforcée systématique pour les situations présentant objectivement un risque élevé, la modulation ne pouvant conduire à neutraliser les obligations de vigilance complémentaire.

Consultez ici l'intégralité du document : *Loi n° 2025-1249 du 22 décembre 2025 portant création d'un statut de l'élu local (JO, 23 déc. 2025, texte n° 1)*

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

OCAM / Lancement officiel d'une nouvelle mission sur l'articulation AMO-AMC

Le 21 janvier 2026, une nouvelle mission sur l'articulation entre AMO et AMC a été officiellement lancée dans un climat de contestation accrue des OCAM face au boycott manifestement infondé de certaines associations de consommateurs (l'UFC Que Choisir pour ne pas la citer) qui, retenant une interprétation détournée de l'article 13 de la LFSS 2026, incitent les consommateurs à ne pas payer les cotisations 2026 de leur contrat de complémentaire santé.

Objectif de la mission : proposer les voies et moyens d'une réforme structurelle visant à mieux repenser l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les assurances maladie complémentaires (AMC), dans un contexte de déficit accru de la Sécurité sociale.

Le fruit des travaux engagés devra conduire à des propositions de réforme de court, moyen et long terme, passant aussi par une « synthèse critique » des rapports déjà publiés notamment par le Hcaam, l'Igas ou encore le Sénat.

Espérons dès lors que les engagements affichés par cette nouvelle mission ne constituent pas un nouvel écran de fumée orchestré par l'exécutif car pas dit que dans le contexte qui nous occupe, la multiplication de rapports soit de nature à limiter les dépenses et à faire des économies...

Quoi qu'il en soit, non content des analyses déjà produites, le Gouvernement n'hésite pas, pour légitimer la conduite de ces nouveaux travaux, à mettre en perspective la dégradation des finances sociales avec le lien AMO/AMC qui, *« conduisant au financement d'un même soin par ces deux acteurs »*, aurait ainsi conduit à une *« augmentation sensible de la part de l'AMO dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) au cours de la dernière décennie, alors que la part de l'AMC a légèrement reculé et [que] le reste à charge des ménages a sensiblement diminué »*.

De quoi ?!

Depuis 80 ans, les OCAM et particulièrement les mutuelles régies par le Code de la mutualité complètent les prestations des régimes de base, notamment sur les postes dentaire, optique et audition en l'absence de prise en charge suffisante par l'AMO sur ces catégories de soins. Vu les récentes réformes et différents transferts de charges qui ont été opérés ces dernières années, nous avons en effet du mal à croire que la part des OCAM ait pu réellement reculer !

En tout état de cause, concernant les OCAM, la mission devrait permettre de clarifier plusieurs points jugés sensibles tels que l'évolution du dispositif 100% santé, des contrats solidaires et responsables et de la fiscalité qui leur est associée.

L'une des pistes d'étude pour une évolution de ces dispositifs serait l'instauration d'un plafonnement des restes à charge et une prise en charge intégrale de l'AMO au-delà d'un certain seuil.

Les conclusions de la mission pourraient en conséquence redéfinir en profondeur l'architecture du système de santé français et le rôle des organismes complémentaires si celles-ci devaient un jour être suivies et mises en œuvre.

Délais attendus :

- ➔ Sous 3-4 semaines > note de cadrage précisant le calendrier, les livrables, la méthodologie et les modalités d'association des parties prenantes ;
- ➔ Sous 3 mois au plus tard > point d'étape de la mission (avril 2026) ;
- ➔ Sous 6 mois > rapport final présentant les conclusions et recommandations (juillet 2026).

Consultez ici l'intégralité du document : *Lettre de mission relative à l'articulation cohérente entre assurances maladie obligatoire et complémentaires*

VII. ASSURANCE COLLECTIVE

PORTABILITÉ / Validité de la résiliation à l'échéance du contrat en cas de liquidation judiciaire

Dans le cadre d'un nouvel arrêt, la Cour de cassation vient apporter une précision d'une importance capitale pour les organismes assureurs, sur la condition de forme que doit revêtir la résiliation à l'échéance d'une couverture collective souscrite au profit de salariés, en cas de liquidation judiciaire de leur entreprise, pour éviter d'avoir à supporter le coût de la portabilité.

Il est en effet désormais acquis en jurisprudence, que la résiliation du contrat collectif, par l'assureur, à son échéance annuelle, est valable et met fin à la poursuite de la portabilité au bénéfice des salariés licenciés par suite de la liquidation judiciaire de l'entreprise, peu important d'ailleurs que cette résiliation intervienne après le licenciement des salariés concernés. Sur ce point, il n'y a donc pas de sujet et la Cour n'hésite pas d'ailleurs à le rappeler, confirmant la stricte application des conditions posées par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Néanmoins, que se passe-t-il lorsque le liquidateur désigné à la procédure collective n'a pas été tenu informé de cette résiliation ? Ou que cette résiliation ne lui a pas été notifiée directement ?

Sur ce point, la Cour enrichit sa position d'une précision complémentaire très utile.

L'affaire en présence opposait AXA France Vie qui, à la suite de la découverte de la liquidation judiciaire de la société souscriptrice, avait procédé à la résiliation à l'échéance de tous les contrats collectifs de protection sociale complémentaire souscrits par cette société au profit de ses salariés (santé et prévoyance). Les lettres de notification des résiliations avaient alors été adressées dans le respect des formes et des délais légaux imposés mais uniquement à la société souscriptrice des contrats. Le liquidateur judiciaire contestait ces résiliations, considérant en outre que la règle de la poursuite des contrats en cours (L.622-13 C. com) devait s'appliquer.

Réponse de la Cour : lorsque l'employeur (souscripteur) est placé en liquidation judiciaire, la lettre de résiliation de contrats collectifs d'assurance, à leur échéance annuelle, doit être notifiée au liquidateur judiciaire pour être opposable à la procédure collective. Faute de notification au liquidateur, la résiliation est inopposable à la procédure collective et les contrats n'ont pas valablement pris fin à échéance.

Autrement dit, la notification de la résiliation au seul souscripteur des contrats collectifs (employeur) ne suffit pas en cas de procédure collective (redressement/liquidation judiciaire), il faut nécessairement que le liquidateur en soit informé.

Dans le cas d'espèce, la Cour confirme donc que les contrats n'ont pas été valablement résiliés à leur date d'échéance annuelle, car les résiliations avaient été adressées à la société employeur défaillante et non au liquidateur. Les contrats ont donc continué de produire leurs effets, ce qui permet aux salariés licenciés de bénéficier de la portabilité des garanties.

Les assureurs doivent donc intégrer cette exigence de notification au liquidateur **dans leurs procédures internes de gestion des résiliations**, voire même dans leurs procédures internes de gestion des impayés de leurs portefeuilles collectifs faute de quoi, la résiliation du contrat sera inopposable à la procédure collective et ils seront tenus en conséquence d'assurer la portabilité des salariés licenciés.

Consultez ici l'intégralité du document : *Cass. 2^{ème} civ., 22 janv. 2026, pourvoi n° 23-23.043*

VERSEMENT SANTÉ / Nouveau montant de référence pour 2026

Pour 2026, le montant de référence de la contribution dénommée « versement santé », que les employeurs sont tenus de verser sous certaines conditions, en application de l'article L.911-7-1 du Code de la sécurité sociale, aux salariés en contrat à durée déterminée, contrat de mission ou à temps partiel, pour leur couverture en matière de remboursement complémentaire de frais de santé, est revalorisé à hauteur de :

- ➔ **22,27 €** pour les salariés relevant du régime général (contre 21,50 € en 2025) ;
- ➔ **7,44 €** pour les salariés relevant du régime local Alsace-Moselle (contre 7,18 € en 2025).

Consultez ici l'intégralité du document : *Arrêté du 8 janvier 2026 fixant pour 2026 le montant du versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale (JO, 13 janv. 2026, texte n° 5)*

CATEGORIE OBJECTIVE / Non-présomption du caractère collectif du régime

Un arrêt de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, du 16 octobre 2025, apporte des éclaircissements déterminants sur la notion de **catégories objectives de salariés** ouvrant droit, pour les contributions patronales, aux **exonérations sociales et fiscales**.

Ces exonérations sont en effet subordonnées à l'existence d'un régime de prévoyance complémentaire **collectif**, bénéficiant à l'ensemble des salariés ou à certaines catégories objectives, définies selon cinq critères (CSS, art. R.242-1-1). Alors que les trois premiers critères listés par la réglementation créent une présomption de caractère collectif, les deux derniers imposent en revanche à l'employeur de démontrer que les catégories retenues assurent une couverture identique des salariés concernés.

Aussi, l'arrêt en question clarifie la distinction qu'il convient d'opérer entre le troisième et le quatrième critère :

- Le critère n° 3 faisant référence à la « *place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels* », doit s'entendre comme visant exclusivement le **premier niveau de classification** des salariés défini par ces conventions de branche ou accords professionnels.
- Le critère n° 4 visent quant à lui les **niveaux inférieurs**, constituant dès lors des sous-catégories selon le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail des salariés.

Dans cette espèce, une entreprise de la métallurgie avait fait l'objet d'un redressement, l'URSSAF lui reprochant notamment d'avoir découpé la catégorie « ingénieurs et cadres » prévue par l'accord de branche en sous-catégories internes (dont notamment une sous-catégorie libellée « assimilés cadres » dans laquelle figuraient des salariés classés cadres au sens de la classification professionnelle) et que donc, utilisant le critère n° 4, elle ne pouvait se prévaloir de la présomption de caractère collectif de son régime.

L'entreprise soutenait toutefois que le caractère collectif du régime devait être présumé, dès lors que les catégories retenues reposaient à la fois sur la distinction cadres/non-cadres (critère n° 1) et sur les classifications professionnelles issues des accords nationaux de la métallurgie pour les non-cadres et de la convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la métallurgie pour les cadres, conformément selon elle au critère n° 3.

La Cour de cassation valide néanmoins l'analyse des juges du fond. Ceux-ci avaient en effet relevé que les accords nationaux de la métallurgie distinguaient quatre catégories de personnel — ouvriers, administratifs et techniciens, agents de maîtrise, ingénieurs et cadres — différentes de celles retenues par le régime litigieux. En opérant une distinction interne au sein de la catégorie des ingénieurs et cadres, l'entreprise n'avait donc pas appliqué le critère n° 3 mais le critère n° 4, ce qui l'empêchait de bénéficier de la présomption de caractère collectif prévue à l'article R.242-1-2 du Code de la sécurité sociale. Fort logiquement, la Cour en déduit que l'Urssaf était dès lors fondée à procéder au redressement contesté, lequel a ainsi été confirmé.

Cet arrêt rappelle aux assureurs l'importance d'une analyse rigoureuse des catégories de salariés déclarées par l'entreprise souscriptrice, en amont comme en cours de vie du contrat collectif de protection sociale complémentaire, en particulier lorsque le régime se fonde sur les classifications professionnelles.

Consultez ici l'intégralité du document : *Cass. 2^{ème} civ., 16 oct. 2025, pourvoi n° 23-16.569*

PSC FONCTION PUBLIQUE / Nouveaux ajustements du régime de frais de santé des agents de l'Etat

Un nouvel arrêté publié au Journal Officiel du 7 janvier dernier vient préciser et/ou apporter quelques ajustements au régime de frais de santé institué au bénéfice des agents de la fonction publique de l'Etat.

Complétant tout d'abord l'arrêté du 30 mai 2022, il fixe de manière uniforme à **50 %** la fraction de la cotisation d'équilibre permettant de calculer la cotisation forfaitaire devant être acquittée par un bénéficiaire actif, lorsque celui-ci est affecté à Mayotte, en Polynésie française ou en Nouvelle-Calédonie.

Ce nouveau texte apporte ensuite quelques adaptations aux garanties du régime, en ajoutant notamment dans le tableau des garanties figurant en annexe de l'arrêté susvisé une ligne visant la **prise en charge des séances de psychologues** intervenant dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » et en augmentant à **150 % la garantie « Inlays onlays d'obturation » du poste dentaire**.

Ces évolutions sont entrées en vigueur le **8 janvier 2026**.

Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 22 décembre 2025 modifiant l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat (JO, 7 janv. 2026, texte n° 28)

VIII. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES

RENTES VIAGÈRES / Revalorisation des taux de majoration applicables en 2026

Un arrêté du 19 décembre fixe à **21 309 euros** pour une personne seule et à **40 504 euros** pour un ménage, le plafond de ressources brutes de l'année 2024 applicable en 2026, pour l'octroi des majorations aux rentes viagères constituées à compter du 1^{er} janvier 1979, auprès de la Caisse nationale de prévoyance, des caisses autonomes mutualistes et des compagnies d'assurance vie.

Un second arrêté daté du même jour revalorise à hauteur de **1%**, pour les rentes servies en 2026, les taux de majoration de certaines rentes viagères dont notamment celles constituées au profit des anciens combattants auprès des caisses autonomes mutualistes ou constituées entre particuliers.

Consultez ici l'intégralité des documents : Arrêté du 19 décembre 2025 fixant le plafond de ressources de l'année 2024 applicable en 2026 pour l'octroi des majorations aux rentes viagères constituées à compter du 1er janvier 1979 (JO, 31 déc. 2025, texte n° 114) ; Arrêté du 19 décembre 2025 portant majoration de certaines rentes viagères (JO, 31 déc. 2025, texte n° 115)

IX. DISTRIBUTION & INTERMÉDIAIRE

EIOPA / Baromètre 2025 de comportements des consommateurs français en matière d'assurance

L'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA) a récemment publié les résultats de son Eurobaromètre 2025, une enquête approfondie sur les tendances de consommation en matière d'assurance et de retraite au sein de l'Union européenne. Cette étude, menée auprès de 25 846 consommateurs, âgés de 18 ans et plus dans les 27 États membres, offre un aperçu précieux des habitudes et perceptions des Européens.

En France, environ 1 000 personnes ont été interrogées, révélant des spécificités marquées par rapport à la moyenne européenne. Au-delà des implications pour les travaux de l'EIOPA, ces données soulignent les particularités du marché français, influencées par des facteurs culturels, réglementaires et économiques.

Sur la situation des consommateurs français en matière d'assurance, l'Eurobaromètre 2025 de l'EIOPA met l'accent sur des aspects clés tels que : les canaux de distribution, les modes de souscription, les préférences produit, les taux de couverture, la méfiance vis-à-vis de l'intelligence artificielle (IA), et la gestion des sinistres. Ces données illustrent que le marché de l'assurance en France est mature mais conservateur car la confiance et le contact humain restent primordiaux.

1. Les canaux de distribution : confirmation du rôle prépondérant des banques au détriment des courtiers

En France, les banques occupent une place dominante dans la distribution d'assurances, bien plus que dans la moyenne européenne. Selon l'Eurobaromètre 2025, une grande partie des souscriptions d'assurance passe par les établissements bancaires, qui servent souvent de guichet unique pour les produits financiers et assurantiels. Cela s'explique par l'historique de la bancassurance en France, où les banques comme BNP Paribas, Crédit Agricole ou Société Générale proposent des packages intégrés incluant assurances vie, habitation et auto.

Cependant, cette prédominance se fait au détriment des courtiers indépendants, qui jouent un rôle moindre comparé à d'autres pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas.

L'Eurobaromètre de l'EIOPA révèle que seulement une minorité de Français recourt aux courtiers pour des conseils personnalisés, préférant la commodité des réseaux bancaires. Paradoxalement, la confiance dans les produits de retraite proposés par ces banques reste faible : moins de 40 % des répondants français expriment une confiance élevée, contre une moyenne européenne autour de 45 %. Cela pourrait être lié à des perceptions de conflits d'intérêts ou à une opacité perçue dans les offres bancaires, soulignant un besoin de plus de transparence pour renforcer la confiance des consommateurs.

2. La souscription en ligne : adhésion limitée, contact direct privilégié

Les Français restent attachés aux interactions humaines lors de la souscription d'assurances. L'Eurobaromètre indique que la souscription en ligne est encore limitée en France, avec seulement environ 15 % des consommateurs optant exclusivement pour des canaux numériques, contre une moyenne européenne de 24 %. En revanche, plus de 50 % privilégient le contact direct avec un distributeur, souvent par téléphone ou en agence.

Ce conservatisme s'explique par plusieurs facteurs : une population âgée plus réticente au digital, des préoccupations sur la sécurité des données, et une préférence culturelle pour le conseil personnalisé. Par exemple, lors de la souscription d'une assurance habitation ou auto, les Français valorisent les explications détaillées sur les clauses et exclusions, ce qui est perçu comme plus rassurant que via un appel téléphonique.

Bien que l'EIOPA note une progression lente de la digitalisation (avec 20 % utilisant à la fois online et offline), la France accuse un retard par rapport à des pays comme la Suède ou les Pays-Bas, où plus de 30 % des souscriptions sont purement numériques. Cela pose des défis pour les assureurs français, qui doivent équilibrer innovation digitale et maintien du contact humain pour ne pas aliéner leur clientèle.

3. Préférences produits : priorité aux investissements classiques plutôt qu'aux produits dédiés à la retraite

En matière d'épargne et de retraite, les consommateurs français montrent une préférence marquée pour les produits d'investissement ou d'épargne classiques proposés par un assureur, plutôt que pour des produits spécifiquement dédiés à la retraite comme les PER (Plans d'Épargne Retraite). L'enquête révèle que plus de 60 % des Français optent pour des assurances-vie ou des comptes d'épargne traditionnels, perçus comme plus flexibles et moins contraignants, contre une moyenne européenne de 50 %.

Cette tendance s'ancre dans le système de retraite français, dominé par le régime par répartition, qui réduit la perception d'urgence pour des produits complémentaires. Cependant, avec l'allongement de l'espérance de vie et les réformes récentes (comme la loi PACTE de 2019), l'EIOPA souligne un potentiel de croissance pour les produits retraite dédiés.

Pourtant, seulement 25 % des répondants français possèdent un tel produit, contre 30 % en moyenne européenne. Cette spécificité reflète une aversion au risque : les Français privilégient la sécurité des rendements garantis des produits classiques, même si cela implique des rendements potentiellement inférieurs à long terme.

4. Taux de couverture en assurance non-vie : taux supérieur à la moyenne européenne

La France se distingue par des taux de couverture élevés en assurance santé et en assurance dommages automobile. Selon l'Eurobaromètre, plus de 90 % des Français sont couverts par une assurance santé complémentaire (mutuelle), bien au-dessus de la moyenne européenne de 70 %. Cela s'explique par le système de santé français, où la Sécurité sociale couvre une partie des frais, mais les mutuelles sont quasi-indispensables pour les remboursements complets.

De même, pour l'assurance auto dommages, le taux atteint 85 %, contre 57 % en moyenne européenne pour l'assurance véhicule en général. Cette forte pénétration est due à l'obligation légale d'assurance au tiers, renforcée par une culture de protection contre les risques routiers élevés.

Ces chiffres indiquent un marché saturé, où les consommateurs français se sentent globalement bien protégés, mais où les assureurs doivent innover pour fidéliser via des services additionnels comme l'assistance ou la prévention.

5. Méfiance vis-à-vis de l'IA dans les recommandations de souscription

L'une des spécificités les plus marquées en France est la méfiance envers l'intelligence artificielle pour les recommandations d'assurance. L'enquête montre que seulement 20 % des Français font confiance à l'IA pour des suggestions de souscription, contre une moyenne européenne de 30 %. Les préoccupations portent sur la confidentialité des données, le manque de personnalisation, et le risque d'erreurs algorithmiques.

Cette réticence est plus prononcée chez les seniors et dans les zones rurales, où l'humain reste préféré pour des décisions financières importantes. L'EIOPA recommande aux assureurs d'améliorer la transparence des algorithmes et d'intégrer des options hybrides (IA + humain) pour atténuer ces craintes. En France, des régulateurs comme l'ACPR surveillent déjà l'usage de l'IA, mais les consommateurs exigent plus de garanties éthiques.

6. Gestion des sinistres : satisfaction mitigée, avec des motifs classiques de mécontentement

La France se singularise également dans la gestion des sinistres. Seuls 6 % des assurés français se déclarent « totalement satisfaits » de la gestion de leur sinistre, contre 15 % en moyenne européenne. Cependant, une bonne moitié (environ 50 %) se dit « plutôt satisfaite », ce qui ramène le niveau global de satisfaction dans la moyenne européenne (autour de 65 %).

Les principaux motifs de mécontentement restent classiques mais plus accentués en France :

- Montant d'indemnisation insuffisant : cité par 40 % des insatisfaits, souvent lié à des évaluations perçues comme sous-estimées.
- Longueur du processus : 35 % se plaignent de délais excessifs, exacerbés par la bureaucratie administrative.
- Manque de clarté des polices d'assurance : 30 % mentionnent des refus inattendus dus à des clauses ambiguës.
- Lourdeur documentaire : 25 % déplorent la quantité de pièces justificatives requises.
- Absence de réponse des services : 20 % signalent un manque de suivi.

Fait positif, la proportion de répondants jugeant le processus « peu clair ou compliqué » ou estimant un rejet injustifié est légèrement inférieure à la moyenne européenne (15 % vs. 18 %). Cela suggère que, malgré les critiques, les assureurs français ont amélioré la communication, mais des efforts restent nécessaires pour accélérer les traitements et clarifier les contrats.

En conclusion, l'Eurobaromètre 2025 de l'EIOPA met en lumière un marché d'assurance français robuste, avec des taux de couverture élevés et une préférence pour la sécurité, mais marqué par un conservatisme digital et une méfiance envers les innovations comme l'IA. Ces spécificités, comparées à la moyenne européenne, soulignent l'importance d'adapter les offres aux attentes locales : plus de transparence, de contact humain et de simplicité dans les processus.

Pour les assureurs et régulateurs, ces constats appellent à des actions concrètes, comme renforcer la formation des distributeurs, promouvoir l'éducation financière sur la retraite, et réguler l'IA pour bâtir la confiance.

En fin de compte, en répondant à ces défis, le marché français peut non seulement aligner ses pratiques sur les standards européens, mais aussi mieux protéger ses consommateurs dans un contexte économique incertain.

Consultez ici l'intégralité du document : [Eurobaromètre 2025 : tendances de consommation des services d'assurance et de retraite \(EIOPA, janv. 2026\)](#)

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