

BULLETIN DE VEILLE CONFORMITÉ

Édition – Juin 2026

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

- Protection de la clientèle : Entrée en vigueur de la renonciation « en 1 clic » des contrats

Pour rappel, depuis le 19 juin 2026, tous les organismes assureurs qui proposent la souscription en ligne de leurs contrats doivent intégrer sur leur site une fonctionnalité de renonciation « facile, gratuite, directe et permanente », dite fonctionnalité « en 1 clic », et prévoir dans leurs supports d'information précontractuelle une information sur l'existence et l'emplacement de cette fonctionnalité de renonciation (en pratique bien souvent le formulaire de devoir de conseil).

- Lutte anti-fraude : Enfin un cadre juridique au partage d'informations entre AMO-AMC !

Après une censure de portée limitée sur les dispositions qui se trouvaient au cœur des attentes des OCAM, la Loi n° 2026-534 du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales a enfin été promulguée, sécurisant d'une part les traitements de données de santé qu'ils réalisent et supprimant d'autre part le verrou juridique qui leur interdisait jusqu'ici de partager des informations avec l'Assurance maladie obligatoire (AMO), dans leur lutte commune contre la fraude aux prestations.

- LCB-FT : Report de l'échéance de remise du reporting « C6P » au 15 juillet

L'ACPR reporte au 15 juillet 2026 l'échéance initiale, fixée au 30 juin, de remise du reporting « C6P » relatif à la collecte d'informations sur l'éligibilité des établissements au premier cycle de sélection pour la supervision directe de l'AMLA, tout en invitant les organismes concernés à transmettre leurs données dès qu'elles seront disponibles.

- Epargne retraite : Nouveau cas de déblocage anticipé pour les parents d'enfants gravement malades

La Loi n° 2026-492 du 12 juin 2026, destinée à renforcer l'accompagnement des familles confrontées à la maladie grave, au cancer ou au handicap d'un enfant, introduit un nouveau motif de sortie anticipée en capital pour les dispositifs d'épargne retraite entreprise et de retraite supplémentaire à cotisations définies.

- DORA : Publication du premier rapport des AES sur les incidents majeurs liés aux TIC

Les autorités européennes de surveillance (ABE, EIOPA, ESMA) publient leur premier rapport DORA sur les incidents majeurs liés aux TIC : sur 3 383 incidents recensés en 2025, un tiers présente un impact transfrontalier, révélant une interconnexion croissante des risques et appelant à une vigilance renforcée face à l'essor de l'intelligence artificielle.



SOMMAIRE

ASSURANCES DE PERSONNES	3
I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE - SOLVABILITÉ	3
A. STRATÉGIE	3
ACPR / SITUATION DES ASSUREURS EN FRANCE A FIN 2025	3
INTÉRÊT LÉgal / NOUVEAUX TAUX AU SECOND SEMESTRE 2026	4
B. SOLVABILITÉ	5
MARCHÉS / RAPPORT INTERMEDIAIRE SUR LE PREMIER STRESS TEST PORTANT SUR L'ENSEMBLE DU SYSTEME FINANCIER FRANÇAIS	5
II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	6
CEPD / PUBLICATION D'UN MODELE DE NOTIFICATION DE VIOLATION DE DONNEES PERSONNELLES	6
RGPD / CONFIRMATION DE LA QUALIFICATION DES DONNEES ANONYMISEES PAR PSEUDONYMISATION	7
III. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI	8
DORA / PUBLICATION DU PREMIER RAPPORT DES AES SUR LES INCIDENTS MAJEURS LIES AUX TIC	8
IV. LUTTE ANTI-FRAUDE	9
LAF / ENFIN UN CADRE JURIDIQUE AU PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE AMO-AMC	9
V. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE	10
VAD / ENTREE EN VIGUEUR DE LA « RENONCIATION EN 1 CLIC » DES CONTRATS D'ASSURANCE	10
VI. LCB-FT - GEL DES AVOIRS	11
AMLA / REPORT DE L'ECHEANCE DE REMISE DU REPORTING « C6P » AU 15 JUILLET	11
GEL DES AVOIRS / MESURES INDIVIDUELLES	12
VII. ASSURANCE SANTÉ	12
« CONTRAT RESPONSABLE » / FIXATION DU TM APPLICABLE AUX FRAIS DE VACCINATION EN LABORATOIRE	12
UNOCAM / AVIS DEFAVORABLE SUR LA PROPOSITION DE TM APPLICABLE AUX FRAIS DE PROTECTIONS PERIODIQUES REUTILISABLES	13
VIII. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES	13
ASSURANCE VIE – ÉPARGNE / REVALORISATION 2025 DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE ET DE CAPITALISATION	13
IX. ASSURANCE EMPRUNTEUR	14
CCSF / DE NOUVELLES AVANCEES POUR LA SECURITE DES ASSURES EN CAS DE SUBSTITUTION	14
X. ASSURANCE RETRAITE	16
PER / NOUVEAU CAS DE DEBLOCAGE ANTICIPE POUR LES PARENTS D'ENFANTS GRAVEMENT MALADES	16
XI. DISTRIBUTION & INTERMÉDIAIRE	17
PRODUITS STRUCTURÉS / RAPPORT DU POLE COMMUN ACPR-AMF SUR LES FRAIS ET LA PERFORMANCE	17
PROTECTION SOCIALE	19
IJSS / LIMITATION DE DUREE DES ARRETS MALADIE ET PLAFONNEMENT DES IJ AT-MP	19
ASSURANCES DOMMAGES – IARD	21
RISQUES CLIMATIQUES / REMISE DU PREMIER RAPPORT ET PRESENTATION DES TROIS AXES D'ACTION POUR ADAPTER LE SYSTEME ASSURANTIEL	21
JURISPRUDENCE	23
L'ACTION EN RESPONSABILITE DU COURTIER EN ASSURANCE N'EST PAS SUBORDONNEE A L'ACTION EN GARANTIE CONTRE L'ASSUREUR	23
CONVENTIONS COLLECTIVES	24

ASSURANCES DE PERSONNES

I. GOUVERNANCE – STRATÉGIE - SOLVABILITÉ

A. STRATÉGIE

ACPR / Situation des assureurs en France à fin 2025

En 2025, le secteur français de l'assurance bénéficie d'une **dynamique favorable, porté par une forte collecte en assurance-vie, une amélioration de la rentabilité en non-vie et un renforcement des niveaux de solvabilité**. Dans ce contexte, la structure des placements des assureurs demeure globalement stable au second semestre. La qualité des portefeuilles obligataires se dégrade toutefois, tandis que certaines expositions, bien que limitées, demeurent sensibles aux risques géopolitiques et sectoriels.

Assurance-vie - Au 1^{er} trimestre 2026, la collecte nette en assurance-vie s'accélère pour s'établir à 19,9 milliards d'euros (contre 13,3 Md€ au 1^{er} trimestre 2025). Cette progression est principalement imputable aux supports en euros (+5,4 Md€ de surplus de collecte nette en un an) et dans une moindre mesure aux supports en unités de compte (surplus de +1,2 Md€ sur un an). Sur l'ensemble des branches d'assurance vie (**y compris assurance décès, épargne retraite, santé assimilée à la vie**), les assureurs enregistrent une **progression des primes acquises (+10,2 %)** et un **recul des prestations (rachats et sinistres, -4,6 %)** en 2025.

Assurance non-vie - La rentabilité technique se redresse. Le **ratio combiné de l'ensemble des lignes d'activité non-vie atteint 95,3 % fin 2025**, en baisse de 1,3 point sur un an. En 2025, les primes acquises d'assurance non-vie en affaires directes progressent de 5,6 %, tandis que les sinistres enregistrent une hausse plus modérée de 1,4 %. Cette **croissance des primes est particulièrement marquée pour les deux principales lignes d'activité : l'assurance automobile (+7 %) et l'assurance incendie et dommages aux biens (+8 %)**. L'évolution des sinistres est plus contrastée. On observe une **baisse significative pour les lignes incendie et dommages aux biens (-10 %)**, en lien avec une **sinistralité climatique moindre en 2025**. À l'inverse, les **prestations de frais médicaux enregistrent une hausse (+3 %)**, tandis que l'assurance automobile connaît une progression encore plus marquée (+10 %), principalement en raison d'une inflation persistante du coût des pièces détachées et de la main-d'œuvre dans le secteur de la réparation.

Les **placements des assureurs s'élèvent à 2 819 Md€ en valeur de marché fin décembre 2025** en hausse de 5,5% sur un an, bénéficiant notamment de la **bonne performance des marchés actions**. L'allocation des actifs des assureurs à fin décembre 2025 diffère peu de celle de fin juin 2025 (cf. Graphique 11). **Les obligations souveraines représentent 19 % des placements après mise en transparence, les obligations du secteur financier 27 % et les obligations des sociétés non financières 10 % (contre respectivement 20 %, 28 % et 11 % fin juin 2025)**. Les **actions et participations représentent 21 % des placements**. Les placements restants correspondent à des OPC principalement étrangers dont il n'est pas possible de détailler la composition, à de la trésorerie, des prêts et des immobilisations corporelles.

Les émetteurs des titres en portefeuille sont principalement domiciliés en France et au sein de l'Union Européenne pour respectivement 48 % et 82 %. Cette stratégie d'allocation d'actifs leur permet de disposer d'une part très importante d'actifs liquides et de bonne qualité (51 %) pour faire face à de potentiels besoins accrus et soudains de liquidité. Elle permet notamment de limiter l'exposition aux risques de change et aux risques géopolitiques.

La multiplication des zones de conflit fait peser des **risques accrus sur le secteur de l'assurance maritime**. Son rôle est pourtant crucial dans un contexte de risque politique exacerbé. Ce marché est évalué à 40 Md\$ de primes en valeur en 2024 au niveau mondial (source : IUMI) et **près de la moitié du chiffre d'affaires est réalisé en Europe**.

La qualité du portefeuille obligataire diminue en raison de la dégradation de la notation de la France passée de « AA » à « A » au second semestre 2025. Les obligations souveraines françaises représentent en moyenne 26% des actifs obligataires. La part d'actifs bien notés est passée de 47% à 20%.

Le taux de couverture du capital de solvabilité requis (CSR) s'améliore : il s'établit à 250 % fin 2025, contre 238 % fin 2024 (cf. Graphique 17). Cette amélioration concerne tous les types d'organismes **sauf les bancassureurs** qui voient leur ratio diminuer de 3 points de pourcentage par rapport à fin 2024, pour s'établir à 221 % fin 2025.

Le ratio de solvabilité des autres organismes vie et mixtes progresse de 223 % fin 2024 à 240 % fin 2025, et celui des organismes non-vie atteint 299 % fin 2025 contre 278 % fin 2024. **Ces évolutions s'expliquent par la hausse des fonds propres, qui atteignent 149 Md€ pour les organismes non-vie et 136 Md€ pour les organismes vie et mixtes**, contribuant directement à l'amélioration des ratios de solvabilité. Cette progression s'inscrit également dans un environnement de **hausse des taux longs, qui améliore la valorisation économique des bilans des assureurs-vie** en réduisant la valeur actuelle des engagements plus fortement que celle des actifs.

Consultez ici l'intégralité du document : [Analyse et synthèses n° 181 – 2026 « La situation des assureurs en France fin 2025 » \(ACPR, 30 juin 2026\)](#)

INTÉRÊT LÉGAL / Nouveaux taux au second semestre 2026

Pris en application des articles L.313-2 et D.313-1-A du Code monétaire et financier, un arrêté du 26 juin 2026 fixe les nouveaux taux de l'intérêt légal s'appliquant à compter du **1^{er} juillet 2026** comme suit :

- **6,84 %** pour les créances des personnes physiques n'agissant pas pour des besoins professionnels (contre 6,67 % au premier semestre 2026 et 6,65 % au second semestre 2025) ;
- **2,75 %** pour tous les autres cas (contre 2,62 % au premier semestre 2026 et 2,76 % au second semestre 2025).

Consultez ici l'intégralité du document : [Arrêté du 26 juin 2026 relatif à la fixation du taux de l'intérêt légal \(JO, 30 juin 2026, texte n° 20\)](#)

B. SOLVABILITÉ

MARCHÉS / Rapport intermédiaire sur le premier stress test portant sur l'ensemble du système financier français

La Banque de France, l'ACPR et l'AMF ont publié, le 17 juin 2026, un rapport intermédiaire consacré au **premier exercice de test de résistance conduit, en France, à l'échelle de l'ensemble du système financier** (« *system-wide stress test* », *SWST*).

Inédit dans son ambition, cet exercice exploratoire lancé en août 2025 cherche à comprendre **comment les banques, les assureurs et les sociétés de gestion, réagissent et s'influencent les uns les autres, en cas de forte tension sur les marchés**. Il vise ainsi à repérer les mécanismes par lesquels un choc se propage d'un acteur à l'autre, mécanismes que les tests menés secteur par secteur ne permettent pas de déceler.

La démarche procède d'un constat partagé par les autorités : **le renforcement des règles prudentielles intervenu depuis 2008 a considérablement amélioré la solidité de chaque secteur pris séparément, sans pour autant garantir la stabilité de l'ensemble**. Des institutions individuellement saines peuvent en effet, par leurs réactions simultanées, engendrer ou aggraver des dynamiques déstabilisatrices.

Deux évolutions justifient plus particulièrement cette approche d'ensemble :

- D'une part, la montée en puissance, à l'échelle mondiale, **de l'intermédiation financière non bancaire** (fonds, sociétés de gestion et autres acteurs qui ne sont pas des banques) **a complexifié les interconnexions** ;
- D'autre part, plusieurs épisodes récents (notamment la ruée vers la liquidité de mars 2020 au début de la pandémie ou la crise énergétique de 2021-2022) ont montré **qu'un assèchement brutal de la liquidité peut, à lui seul, déstabiliser le système**.

Le Conseil de stabilité financière (« *FSB* », groupement économique international créé par le G20) recommande d'ailleurs précisément ce type d'exercice.

L'exercice réunit vingt-cinq institutions volontaires (cinq groupes bancaires, dont l'ensemble des banques d'importance systémique mondiale établies en France, neuf groupes d'assurance, dix sociétés de gestion et une chambre de compensation), assurant une couverture large et représentative des secteurs concernés.

Concrètement, les autorités demandent aux participants de décrire comment ils réagiraient réellement au choc, c'est-à-dire quels marchés ils solliciteraient, à quel moment, pour quels montants et contre quelles contreparties. **Ces déclarations sont ensuite complétées par les propres estimations des autorités**, chargées de modéliser les acteurs restés hors du champ de l'exercice et d'évaluer les réactions en chaîne susceptibles d'en découler. L'ensemble est apprécié sur un horizon de dix jours ouvrés.

Le scénario retenu est purement statistique, sans récit macroéconomique venant expliquer l'origine du choc.

Sa sévérité, nettement supérieure à celle des tests habituels, correspond à un choc d'une ampleur telle qu'il n'a statistiquement qu'1/500 chance de survenir (contre 1/200 dans les exercices classiques).

Aux chocs de marché (chute des actions, remontée des taux, hausse du coût de financement des États et des entreprises, dépréciation de l'euro) s'ajoutent des chocs propres à l'assurance, portant sur les rachats de contrats, les primes et les remboursements attendus des réassureurs.

L'analyse s'organise autour de trois canaux de transmission : les expositions que les participants détiennent les uns sur les autres, la détention par plusieurs acteurs des mêmes actifs (source de ventes forcées lorsque tous cherchent à vendre en même temps), et enfin les **besoins de liquidité du système** et les **appels de marge** qui peuvent s'enchaîner au moment où la demande s'accroît.

À ce stade, l'analyse des premières remises se poursuit. Un second tour, engagé au mois de juin 2026, intègre des contraintes plus réalistes tenant compte de la pression de vente et de la capacité effective d'absorption des marchés, afin de vérifier si le système tend à se stabiliser ou, au contraire, à s'emballer.

Les autorités ont annoncé un rapport de synthèse final pour l'automne 2026. Le présent rapport, de nature avant tout méthodologique, **ne propose aucune mesure prudentielle et n'emporte aucune conséquence pour la surveillance individuelle des participants**, seuls les résultats agrégés et les enseignements généraux ayant vocation à être rendus publics.

Consultez ici l'intégralité du document : [Exercice pilote de stress test portant sur l'ensemble du système financier \(« system-wide stress test », SWST\) - Rapport intermédiaire \(Banque de France-ACPR-AMF, 17 juin 2026\)](#)

II. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

CEPD / Publication d'un modèle de notification de violation de données personnelles

Le 10 juin 2026, le Comité européen de la protection des données personnelles (CEPD) publie un **template de notification des violations de données personnelles**. Chaque autorité compétente nationale devra ainsi s'en inspirer et délivrer la possibilité aux entités victimes de violations de déclarer celles-ci selon ce modèle.

Dans son ensemble, **le modèle comporte les informations essentielles présentes actuellement sur le formulaire de notification proposé par la CNIL**. Quelques points intéressants pourraient cependant être implémentés.

La simplification tient notamment de la proposition du CEPD que certaines questions des formulaires de notification soient présentées sous forme de case à cocher dans une liste de propositions et de qualifications. A noter que les cases à cocher peuvent parfois limiter l'expression réelle d'une situation, mais cela permet aussi de faciliter la déclaration du côté des organismes procédant à la notification.

Le modèle propose ainsi d'intégrer une **option de dépôt de pièce jointe** directement dans le formulaire de notification. Cette intégration permettrait de déposer des documents de preuve, les mails de phishing à l'origine d'une violation ou toute autre information qui pourrait intéresser la CNIL dans le cadre de l'obligation légale de notification. Est aussi envisagé, l'intégration d'informer la CNIL des potentielles actions judiciaires envisagées ou réalisées suite à une violation.

Ainsi, quelques changements pourraient être envisagés d'ici quelques mois sur le formulaire de notification mis à disposition par la CNIL afin de simplifier les notifications.

Dans cette attente, une consultation publique est ouverte, le CEPD invitant tous intéressés à formuler des observations sur la première version du modèle de notification proposé **jusqu'au 5 août 2026 au plus tard**.

La publication de ce modèle s'inscrit dans la **démarche de simplification et d'uniformisation de l'application du RGPD au niveau européen**. La déclaration d'Helsinki des 1^{er} et 2 juillet 2025 appelait en effet à une simplification du texte et des pratiques quotidiennes en matière de protection des données personnelles. Nous vous informons d'ailleurs dans notre bulletin du mois d'avril de la publication d'un modèle d'AIPD publié par le CEPD.

Aussi, en attendant le vote du « Digital OMNIBUS », de manière à faciliter l'activité des petites et moyennes entreprises européennes face aux géants chinois et nord-américains, ce modèle permet un premier pas vers l'uniformisation des pratiques à l'échelle européenne.

A noter par ailleurs que le CEPD met désormais à disposition sur son site internet, un formulaire de contact permettant à toutes les parties prenantes de signaler d'éventuelles incohérences entre les positions nationales concernant l'interprétation du RGPD, ainsi qu'entre les positions nationales et celle du CEPD, lui permettant ainsi de continuer dans son travail d'harmonisation.

Le cabinet reste informé et vous accompagne dans vos démarches auprès de la CNIL et toute autre obligation légale de conformité au sens des textes sur la protection des données personnelle.

Consultez ici l'intégralité du document : *Modèle de notification de violation de données personnelles (CEPD, 10 juin 2026)*

RGPD / Confirmation de la qualification des données anonymisées par pseudonymisation

Le 4 mars 2026, le Conseil d'Etat confirme une décision rendue par la CNIL en 2023 concernant la société de ciblage publicitaire CRITEO.

La société avait été condamnée à **40 Millions d'euros d'amende** pour différents manquements au RGPD dont notamment le **traitement de données pseudonymisées traitées comme des données anonymisées**.

Dans certaines circonstances, **une donnée pseudonymisée peut être considérée comme anonyme seulement si** :

- ➔ Le risque de réidentification est insuffisant ;

→ La réidentification représente un effort démesuré en termes de temps, de coût et de main d'œuvre.

Le Conseil d'Etat confirme que ce n'est pas le cas en l'espèce. Une société comme CRITEO dispose de nombreuses données. Le croisement de celles-ci permet facilement d'obtenir l'identité d'une personne grâce à l'adresse IP, la localisation géographique, les identifiants de terminal ou encore l'historique de navigation. Le lien entre la personne concernée et ses données est facilement réidentifié et ce, même sans « clé » de réidentification.

Ainsi, la pseudonymisation ne permet pas de s'exonérer du RGPD, contrairement au recours à l'anonymisation. Une donnée anonymisée n'est pas concernée par le RGPD et de ce fait, n'est pas soumise aux obligations de ce texte.

Ainsi, le Conseil d'Etat rappelle que **la pseudonymisation constitue une mesure de sécurité importante**, mais ne fait pas disparaître le caractère personnel des données. **Seule une anonymisation réelle, rendant toute réidentification pratiquement impossible, permet de sortir du champ d'application du RGPD.**

Consultez ici l'intégralité du document : *Conseil d'Etat, 10^{ème} - 9^{ème} chambres réunies, 04/03/2026, n° 482872*

III. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI

DORA / Publication du premier rapport des AES sur les incidents majeurs liés aux TIC

Pour mémoire, DORA introduit des exigences cohérentes pour les entités financières en matière de gestion, de classification et de notification des incidents majeurs liés aux TIC. En garantissant la notification appropriée de ces incidents à toutes les autorités compétentes concernées, ce mécanisme permet une réponse plus rapide et mieux coordonnée en cas d'incidents majeurs transfrontaliers et interconnectés, contribuant ainsi à la résilience du système financier européen.

De leur côté, les autorités européennes de surveillance (ABE, EIOPA et ESMA) sont par ailleurs tenues de rendre compte annuellement des incidents majeurs liés aux TIC portées à leur connaissance, précisant au moins leur nombre, leur nature, leur impact sur les opérations des entités financières ou des clients, les mesures correctives prises et les coûts encourus. Tel est donc l'objet de ce premier rapport.

Ce rapport révèle ainsi que **les risques liés aux TIC sont de plus en plus transnationaux et interconnectés**. Les autorités soulignent également que le développement récent d'outils d'intelligence artificielle très performants devrait inciter les établissements financiers à renforcer leurs mesures de cybersécurité afin de préserver leur résilience.

Le rapport indique qu'environ **un tiers des 3 383 incidents majeurs signalés par les entités financières de l'UE (soit 0,18 par entité soumise à la DORA) ont eu un impact transfrontalier**, soulignant l'interconnexion croissante via le partage d'infrastructures et de services. En revanche, **l'impact direct sur les clients et les transactions a généralement été limité**.

Les défaillances de systèmes et les événements externes en ont été les principaux facteurs, mettant en évidence la nécessité d'une **gestion robuste des risques liés aux tiers, d'une supervision efficace des services externalisés et d'une coordination étroite avec les prestataires de services lors de la gestion et de la résolution des incidents**. Bien que seulement 10 % des incidents signalés soient liés à la cybersécurité, il est essentiel que les entités financières respectent les normes de cybersécurité les plus strictes afin de pouvoir s'adapter à l'utilisation potentielle d'outils d'IA très performants.

Ces résultats illustrent la **dimension systémique croissante du risque lié aux TIC** ainsi que l'importance de la résilience et de la supervision pour renforcer la capacité du secteur financier à prévenir, absorber et se remettre d'incidents futurs.

Consultez ici l'intégralité du document : [Rapport 2025 sur les principaux incidents liés aux TIC – en anglais \(AES, juin 2026\)](#)

IV. LUTTE ANTI-FRAUDE

LAF / Enfin un cadre juridique au partage d'informations entre AMO-AMC

Après une censure de portée limitée sur les dispositions qui se trouvaient au cœur des attentes des organismes de complémentaire santé (AMC), la Loi n° 2026-534 du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales a enfin été promulguée, sécurisant d'une part les traitements de données de santé qu'ils réalisent et supprimant d'autre part le verrou juridique qui leur interdisait jusqu'ici de partager des informations avec l'Assurance maladie obligatoire (AMO), dans leur lutte commune contre la fraude aux prestations.

Pour mémoire, sur les impacts les plus importants à retenir :

1. En matière de traitement des données de santé

✓ **Autorisation légale donnée aux OCAM de traiter les données de santé de leurs assurés** ainsi que les données d'identification et de facturation des PS pour le versement des prestations ;

✓ **Autorisation légale donnée aux OCAM de collecter, auprès des PS et des établissements de santé, les codes détaillés des actes effectués pour les seuls besoins de la mise en œuvre du tiers-payant** ;

✓ **Accès aux codes actes détaillés strictement limité aux PS et au personnel des OCAM chargé du contrôle médical**, lequel personnel se trouve désormais expressément soumis au secret professionnel.

⊖ **Le traitement des données de santé des assurés à des fins commerciales, de tarification, d'évaluation du risque ou de segmentation de ces derniers, est INTERDIT !**

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, viendra préciser :

→ Les **catégories de données** que les OCAM peuvent effectivement traitées **aux seules fins de remboursement des frais de santé, du contrôle et de la vérification du respect des contrats, ou de l'exercice et de la défense de leurs droits en justice**, en particulier celles strictement nécessaires pour la mise en œuvre du tiers payant ;

- Les **durées de conservation de ces données** que les OCAM devront mettre en place ;
- Les **modalités d'information des assurés** sur le traitement de leurs données que les OCAM seront tenus de mentionner dans les contrats.

2. En matière de partage d'informations avec l'AMO dans le cadre des dispositifs de lutte contre la fraude

- ✓ **Instauration d'un cadre d'échanges bidirectionnel entre AMO-AMC** des informations strictement nécessaires à l'identification des auteurs de fraude avérée ou présumée et des actes et/ou prestations sur lesquels portent les faits détectés de nature à constituer une fraude ;
- ✓ **Habilitation du personnel des OCAM chargé de ces échanges et soumission de celui-ci au secret professionnel.**

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL et de l'UNCAM, viendra préciser les **conditions et modalités de mise en œuvre de ces échanges d'informations**, notamment les **conditions d'habilitation du personnel** des OCAM ainsi que les **modalités d'information des assurés** et des professionnels concernés par ces échanges.

Conformément à la décision du Conseil Constitutionnel, les dispositions du texte visant la possibilité des OCAM à recourir à un « intermédiaire » pour la mise en œuvre de ces échanges sont supprimées de la Loi dans sa version publiée.

Sans autre précision dans la Loi, ces évolutions sont entrées en vigueur le **27 juin 2026**.

Consultez ici l'intégralité du document : [LOI n° 2026-534 du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales \(JO, 26 juin 2026, texte n° 1\)](#)

V. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

VAD / Entrée en vigueur de la « renonciation en 1 clic » des contrats d'assurance

Pour rappel, depuis le 19 juin 2026 :

1. Tous les organismes assureurs qui proposent la souscription de produits en ligne devront intégrer sur leur site une **fonctionnalité de rétractation (ou renonciation) « facile, gratuite, directe et permanente », dite fonctionnalité « en un clic »**.

Sur les caractéristiques imposées :

- Une fonctionnalité **visible et accessible**, identifiée par la mention « **renoncer au contrat ici** » (ou formule analogue non ambiguë), **affichée de façon lisible et disponible pendant toute la durée du délai**.
- Un **contenu minimal** du formulaire facilitant la déclaration : nom et prénom, identification précise du contrat, choix du support de l'accusé de réception.

- Une **double étape de validation**, par un bouton distinct figurant à la fin du formulaire de déclaration : les textes imposent la formule « **confirmer la renonciation** » pour les contrats relevant du Code des assurances, du Code de la mutualité et du Code de la sécurité sociale (ou formule analogue dénuée d'ambiguïté).
- L'envoi par le professionnel d'un **accusé de réception** sur support papier ou tout autre support durable, mentionnant le contenu de la déclaration ainsi que sa date et son heure d'envoi. **Le terme « support durable » admet notamment l'e-mail** : il s'agit de tout instrument permettant au consommateur de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations stockées.

2. Tous les distributeurs qui proposent la souscription de produits en ligne devront également intégrer dans leurs supports d'information précontractuelle une **information sur l'existence et l'emplacement de la fonctionnalité de renonciation** (en pratique bien souvent le formulaire de devoir de conseil).

Sur le périmètre :

Sont visés **tous les contrats d'assurance individuels et collectifs facultatifs souscrits intégralement en ligne** en dehors des besoins de l'activité professionnelle (donc dont le souscripteur est un consommateur) **à compter du 19 juin 2026** (les contrats conclus avant cette date demeurent régis par les textes antérieurs).

Nous reviendrons rapidement vers vous avec une étude d'impact consacrée à l'ensemble des mesures de l'ordonnance « vente à distance », dont un certain nombre entreront en vigueur les 11 août 2026 et 1^{er} janvier 2027 (voir [ici les autres attendus](#) – Cf. bull. de veille édition janv. 2026).

D'ici là, si vous avez des questions concernant la mise en œuvre pratique de ces nouvelles obligations, n'hésitez pas à contacter vos conseils habituels au sein du cabinet.

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)

VI. LCB-FT - GEL DES AVOIRS

AMLA / Report de l'échéance de remise du reporting « C6P » au 15 juillet

L'ACPR reporte au **15 juillet 2026** l'échéance initiale, fixée au 30 juin, de remise du **reporting « C6P »** relatif à la collecte d'informations sur l'éligibilité des établissements au premier cycle de sélection pour la supervision directe de l'AMLA.

Pour rappel, cette collecte, ouverte le 29 mai dernier sur la plateforme ONEGATE, vise à identifier les groupes et organismes opérant dans au moins 6 États membres de l'Union européenne, afin d'identifier parmi eux ceux qui présentent le plus un profil de « risque élevé » et donc de placer ces derniers sous supervision directe de l'AMLA à compter de 2028 (cf. *édition bulletin mai 2026*).

L'ACPR invite néanmoins les établissements concernés à transmettre leurs données dès qu'elles seront disponibles via le Portail ONEGATE, et à la solliciter par le Portail ACPR en cas de difficulté. Elle rappelle par ailleurs que l'AMLA a mis à disposition le support de son webinaire du 10 juin dernier, consacré à la présentation de cette collecte, ainsi que des exemples de fichiers complétés.

A noter enfin que pour la grande majorité des organismes d'assurance de petite et moyenne taille, dont l'activité est concentrée sur le territoire national, ce reporting demeure sans objet.

Consultez ici l'intégralité du document : *Communiqué sur le report de l'échéance initiale de remise du reporting « C6P » (ACPR, 26 juin 2026)*

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

« Contrat responsable » / Fixation du TM applicable aux frais de vaccination en laboratoire

Par décision du 5 février 2026, publiée au Journal Officiel du 10 juin dernier, le Conseil de l'UNCAM fixe à **40 %** le taux de participation de l'assuré applicable aux frais de vaccination réalisée en laboratoire de biologie médicale.

Cette décision découle de l'ouverture de la vaccination aux laboratoires de biologie médicale, actée par la LFSS pour 2023, qui a modifié le Code de la santé publique pour habilitier ces structures à vacciner.

Pour mémoire, **les OCAM sont tenus de rembourser ce montant, dans le cadre des contrats responsables qu'ils proposent, au titre de leur obligation générale de prise en charge du ticket modérateur (TM).**

Consultez ici l'intégralité du document : *Décision du 5 février 2026 fixant le taux de participation de l'assuré applicable aux frais de vaccination au sein d'un laboratoire de biologie médicale (JO, 10 juin 2026, texte n° 23)*

UNOCAM / Avis défavorable sur la proposition de TM applicable aux frais de protections périodiques réutilisables

Saisie par l'UNOCAM, le 15 juin 2026, sur une proposition de taux de participation des assurées pour la prise en charge des protections périodiques réutilisables (assurées de -26 ans et bénéficiaires de la C2S), l'UNOCAM a rendu un avis défavorable, adopté à l'unanimité de son bureau, déplorant une nouvelle fois le contexte d'adoption de cette mesure ayant conduit à une **prise en charge obligatoire dans le cadre des contrats solidaires et responsables**, sans concertation préalable du secteur et alors même que le co-financement par les OCAM devait rester facultatif.

L'UNOCAM rappelle d'ailleurs avoir déjà émis un avis défavorable sur un précédent projet de décret en Conseil d'État qui lui avait été soumis, lequel prévoyait de fixer la fourchette du taux de participation entre 35 % et 45 % (délibération n° 8 du 16 avril 2025).

Par conséquent, le fait que la proposition de taux nouvellement soumise se situe désormais au milieu de cette fourchette (40 % ?) n'est pas de nature à la faire changer d'avis.

Aussi, même si cet avis est ainsi de nature à formaliser l'opposition du secteur de la complémentaire santé à ce nouveau poste de prise en charge obligatoire, il va de soi qu'il ne bloquera pas juridiquement la mesure puisque l'UNOCAM reste libre d'arrêter le taux, ni même d'ailleurs l'obligation des OCAM à prendre en charge le TM de ces prestations dans le cadre des contrats responsables lorsque la mesure sera effectivement déployée.

Consultez ici l'intégralité du document : [Avis relatif à la fixation du taux de participation des assurées pour la prise en charge des protections périodiques réutilisables \(UNOCAM, 29 juin 2026\)](#)

VIII. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES

ASSURANCE VIE – ÉPARGNE / Revalorisation 2025 des contrats d'assurance-vie et de capitalisation

Les taux de revalorisation moyens des **supports euros des contrats individuels** (y compris groupes ouverts) **et des contrats collectifs à dominante retraite** sont relativement stables en 2025 : **2,63 % comme en 2024 nets de prélèvements sur encours et avant prélèvements sociaux pour les contrats individuels** et +11 points de base pour atteindre **2,64 % pour les contrats collectifs**.

Cette quasi-stabilité s'inscrit dans la continuité des évolutions observées depuis 2023 à la fin de la période de hausse importante des taux.

Ce maintien de la revalorisation a été permis par la **hausse significative du taux de rendement de l'actif des assureurs** et par la reprise, plus faible néanmoins qu'en 2023 et 2024, de la provision pour participation aux bénéfices pour les contrats individuels. Elle avait été en effet dotée pendant la période de taux bas jusqu'en 2021 pour faire face à une éventuelle remontée des taux. Exprimée en pourcentage des provisions d'assurance vie, **la provision pour participation aux bénéfices atteint ainsi 4,0 % pour les contrats individuels et 2,0 % pour les contrats collectifs fin 2025** contre respectivement 4,3 % et 1,9 % fin 2024.

Le taux technique moyen accélère sa baisse à 0,32 % en 2025 contre 0,35 % en 2024 pour les contrats individuels et 0,98 % en 2025 contre 1,01 % en 2024 pour les contrats collectifs. Cependant, la situation varie selon les organismes et certains conservent dans leurs portefeuilles un stock d'anciens contrats offrant des taux techniques élevés.

Enfin, le taux de chargement de gestion payé par les assurés s'établit en moyenne à 0,63 % en 2025 pour les contrats individuels et à 0,47 % pour les contrats collectifs contre respectivement 0,62 % et 0,42 % en 2024.

Consultez ici l'intégralité du document : [Analyse et synthèses n° 180 – 2025 « Revalorisation 2025 des contrats d'assurance vie et de capitalisation » \(ACPR, 30 juin 2026\)](#)

IX. ASSURANCE EMPRUNTEUR

CCSF / De nouvelles avancées pour la sécurité des assurés en cas de substitution

Missionné le 5 juillet 2024 par le ministère de l'Économie et des Finances, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) s'est réuni à sept reprises en groupe de travail pour aborder les différents sujets inscrits à sa feuille de route :

- La continuité de la couverture de l'assuré en cas de substitution d'assurance ;
- La garantie invalidité ;
- La clarification de la notion d'encours cumulé des contrats de crédit ;
- Les enjeux d'équivalence du niveau des garanties ;
- Le déroulement concret du processus de substitution.

Après avoir été adopté à l'unanimité, l'avis rendu le 26 mai 2026 traite des trois premiers thèmes, tandis que les deux derniers font encore l'objet de travaux au sein du CCSF.

1. La continuité de la couverture de l'assuré en cas de substitution d'assurance > Dès le 1^{er} septembre 2026 et au plus tard le 1^{er} janvier 2027

Pour préserver l'assuré d'un risque de défaut de couverture lorsqu'il décide de changer d'assureur alors qu'il se trouve en incapacité, le CCSF prend acte de l'engagement des professionnels de l'assurance de mettre en œuvre les mécanismes d'indemnisation suivants et, le cas échéant, de déroger à toute clause contractuelle pouvant s'y opposer (telle qu'une clause faisant naître la garantie après la fin de la franchise, ou une clause prévoyant la cessation du versement des prestations en cas de résiliation ou encore une clause d'aléa).

➔ Pour l'ensemble des contrats d'assurance emprunteurs liés à des prêts immobiliers

Si une substitution entre un assureur A et un assureur B intervient pendant la période de franchise d'un sinistre déclaré à l'assureur A :

- **L'assureur A maintient sa couverture pour le sinistre déclaré et ses suites immédiates dans le cas notamment d'une invalidité suivant un arrêt de travail sans interruption ;**

- **En cas de rechute** après la prise d'effet de la substitution consécutive à un arrêt de travail déclaré avant la substitution, **l'assureur B prendra en charge cette rechute dans les conditions de son contrat comme un nouvel arrêt de travail** ;
- **Le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)** seront pris en charge par **l'assureur du contrat en cours** au moment de la survenance de l'événement.

➔ **Pour les seuls contrats d'assurance emprunteurs liés à des prêts immobiliers et souscrits sans sélection médicale (en substitution d'un contrat souscrit auprès de l'assureur A, avec ou sans sélection médicale)**

Si une substitution entre un assureur A et un assureur B intervient alors que l'assuré est en cours d'indemnisation par l'assureur A pour un sinistre qui lui a été préalablement déclaré :

- **L'assureur A maintient sa couverture pour le sinistre déclaré et ses suites immédiates dans le cas notamment d'une invalidité suivant un arrêt de travail sans interruption** ;
- **Le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)** seront pris en charge par **l'assureur du contrat en cours** au moment de la survenance de l'événement.

2. Le calcul du seuil des 200 000 euros visant à l'interdiction de toute sélection médicale > Dès le 1^{er} septembre 2026 et au plus tard le 1^{er} juin 2027

Alors même qu'en application de la loi Lemoine n° 2022-270 du 28 février 2022, l'assureur ne peut solliciter « *aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical de l'assuré* » pour l'assurance des crédits immobiliers, lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré et que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au 60^{ème} anniversaire de l'assuré (art. L113-2-1 Code des assurances), il est apparu nécessaire de clarifier la notion d'« **encours cumulé des contrats de crédit** » dès lors qu'elle fait l'objet d'une application hétérogène de la part des organismes assureurs.

Afin de favoriser un accès plus facile aux contrats souscrits sans sélection médicale et ainsi à l'emprunt immobilier, le périmètre à prendre en compte sera désormais la **part assurée de la somme des encours des crédits destinés uniquement à financer, pour les immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation, leur acquisition, y compris la réalisation de travaux, la réalisation de leur construction, à l'exclusion de tout autre crédit.**

3. La compréhension et la lisibilité des garanties invalidité / Incapacité Permanente > Dès le 1^{er} septembre 2026 et au plus tard le 1^{er} juin 2027 pour toute affaire nouvelle

Afin d'améliorer la compréhension et la lisibilité des contrats, les organismes d'assurance emprunteurs liés à des prêts immobiliers sont invités à revoir leurs conditions générales et particulières :

➔ **Garanties Invalidité – Incapacité Permanente**

- Définition de l'« invalidité » : l'appréciation de l'incapacité professionnelle de la victime se fait sur la base de son aptitude à exercer son activité professionnelle au moment de la survenance du sinistre et non sur la base de son aptitude à exercer toute activité professionnelle ;

- Barème de prestations et seuils d'invalidité permanente totale et partielles : 66 % de taux d'invalidité pour l'invalidité totale et 33 % de taux d'invalidité pour l'invalidité partielle ; les assureurs demeurants libres de proposer des seuils plus favorables aux assurés dans leurs contrats ;
- Tous les contrats expliciteront ainsi dans leurs conditions générales :
 - le barème de référence utilisé pour apprécier l'incapacité fonctionnelle,
 - le tableau permettant de fixer le taux d'invalidité total en fonction des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle,
 - un exemple concret de calcul de taux d'invalidité d'un assuré sinistré.

→ **Garanties Décès**

Le terme générique « décès » doit s'entendre comme **décès de tous types** (accident et maladie y compris les AVC, infarctus, malaise vagal, mort subite, etc.).

Cet engagement n'emporte toutefois pas la suppression des exclusions légales (comme le suicide la première année) ou contractuelles (comme les sports extrêmes, activités dangereuses).

Lorsque la garantie décès est restreinte au risque accidentel, il convient de se référer à la définition du contrat.

N.B. : *Hors tout engagement des professionnels, le CCSF estime que les clauses d'exclusion pour états pathologiques antérieurs ne sont pas conformes à l'objectif poursuivi par la loi Lemoine au motif principal que de telles exclusions sont susceptibles de neutraliser, en pratique, la portée de l'interdiction légale de toute collecte d'informations relatives à l'état de santé du candidat à l'assurance (loi n° 2022-270 du 28 février 2022 dite « loi Lemoine »).*

Recommandations : même si les avis du CCSF n'ont pas une valeur réglementaire qui leur permet de s'imposer juridiquement aux organismes assureurs, nous ne saurions trop vous recommander de les appliquer pour éviter toutes difficultés avec l'ACPR qui participe aux travaux du Comité et qui, dans le cadre de sa mission de protection de la clientèle, pourrait se prévaloir de cet avis.

Consultez ici l'intégralité du document : *Avis du CCSF du 26 mai 2026 sur les contrats d'assurance emprunteur des crédits immobiliers*

X. ASSURANCE RETRAITE

PER / Nouveau cas de déblocage anticipé pour les parents d'enfants gravement malades

La Loi n° 2026-492 du 12 juin 2026, destinée à renforcer l'accompagnement des familles confrontées à la maladie grave, au cancer ou au handicap d'un enfant, introduit un **nouveau motif de sortie anticipée en capital pour les dispositifs d'épargne retraite entreprise et de retraite supplémentaire à cotisations définies**.

Jusqu'à présent, les titulaires d'un plan d'épargne retraite obligatoire (Pero) ou d'un plan d'épargne retraite collectif (Pereco) ne peuvent en principe récupérer leurs droits qu'à la liquidation de leur pension de retraite dans un régime obligatoire, ou à l'âge légal de départ en retraite.

Le Code monétaire et financier, en son article L224-4, prévoit néanmoins une liste limitative de situations exceptionnelles autorisant une sortie anticipée et la Loi du 12 juin 2026 vient désormais enrichir cette liste d'une nouvelle situation dérogatoire :

- La **survenance chez un enfant à la charge du titulaire d'une affection grave, d'un handicap ou d'un accident d'une particulière gravité.**

En présence d'une telle situation, le titulaire peut ainsi demander la liquidation ou le rachat anticipé, total ou partiel, de ses droits dès l'entrée en vigueur du texte, soit **depuis le 14 juin 2026**.

Ce nouveau motif est également transposé dans le Code des assurances (L.132-23) et du Code de la mutualité (L.223-22) au rang des événements ouvrant droit à une possibilité de rachat, à prévoir dans les **contrats collectifs et individuels en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle** lesquels servent notamment de support aux régimes de retraite supplémentaire à cotisations définies.

Assureurs et mutuelles doivent donc intégrer ce nouveau cas de déblocage exceptionnel dans les conditions de rachat proposées à leurs assurés bénéficiaires de ce type de contrat.

Consultez ici l'intégralité du document : [LOI n° 2026-492 du 12 juin 2026 visant à améliorer la protection et l'accompagnement des parents d'enfants atteints d'un cancer, d'une maladie grave ou d'un handicap \(JO, 13 juin 2026, texte n° 2\)](#)

XI. DISTRIBUTION & INTERMÉDIAIRE

PRODUITS STRUCTURÉS / Rapport du Pôle commun ACPR-AMF sur les frais et la performance

Le Pôle commun Assurance Banque Épargne de l'ACPR et de l'Autorité des marchés financiers (AMF) a mené une **étude consacrée à la distribution, aux frais et à la performance de ces produits complexes**.

Cette étude, menée auprès d'acteurs représentant l'ensemble de la chaîne de distribution (émetteurs, assureurs, distributeurs) et sélectionnés en fonction de leur représentativité, porte sur un échantillon de produits commercialisés entre 2023 et le 1^{er} semestre 2025.

L'objectif de cette étude est, par l'identification des modalités de distribution de ces produits, de s'assurer du **respect par les professionnels de leurs obligations notamment en termes de gouvernance et de surveillance des produits**, ainsi que d'**identifier les mesures mises en œuvre par les distributeurs pour s'assurer de l'adéquation du conseil formulé au client**.

S'agissant en particulier des frais et de la performance des produits structurés, l'étude a notamment permis de constater que :

- Le coût d'entrée total varie fortement d'un distributeur à l'autre, **allant de 1,20 % à 13,16 %**, selon les modalités de distribution retenue et la typologie du distributeur (coût moyen de 5,83 %) ;

- Du fait de leur intégration dans la structuration financière du produit plutôt que d'une facturation séparée, les frais peuvent être compliqués à comprendre pour les investisseurs. Ils sont généralement intégralement payés lors de l'acquisition du produit et ne varient pas en fonction de sa durée réelle ;
- La **performance des produits analysés est en moyenne inférieure à celle des marchés sur la période 2022-2024**. Cet écart s'explique par l'impact des coûts de ces produits et par l'éventuelle protection totale ou conditionnelle de son capital à l'échéance.

Les travaux menés dans le cadre de cette étude ont permis d'identifier un certain nombre de bonnes pratiques, ainsi que des **situations de non-conformité**, les autorités souhaitant ainsi attirer l'attention des professionnels sur ces obligations en particulier :

- **Les marchés cibles doivent être suffisamment précis, adaptés aux caractéristiques des produits et aux profils des clients** auxquels ils sont destinés (notamment au regard de l'horizon d'investissement, de la capacité à subir des pertes, de la tolérance au risque, etc.) ;
- Les assureurs doivent définir **pour les unités de compte complexes un marché cible spécifique et négatif**. Ces marchés cibles doivent être **communiqués aux distributeurs et s'ajoutent au marché cible du contrat d'assurance-vie lui-même**. Les assureurs, en tant que concepteurs de contrats d'assurance-vie et référenceurs d'unités de compte complexes, doivent assurer un **suivi des produits après leur commercialisation** ;
- **L'expérience et la connaissance des clients doivent être vérifiées** afin de réduire le risque de mauvaise commercialisation ;
- **L'information remise aux clients**, notamment **sur les frais**, doit respecter les exigences applicables et être **claire, exacte et non trompeuse**. Les manquements relevés portent notamment sur la présentation annualisée des frais, l'absence de ventilation claire entre les coûts du produit et les coûts du service ainsi que l'absence de mention spécifique des éventuelles rétrocessions reçues du producteur.

Les autorités annoncent qu'elles continueront à exercer une vigilance particulière sur la commercialisation des produits structurés, au travers d'actions de supervision et de contrôles.

Consultez ici l'intégralité des documents : [Etude des produits structurés du Pôle commun ACPR-AMF \(ACPR, 22 juin 2026\)](#) ; [Note explicative des caractéristiques principales d'un produit structuré](#)

PROTECTION SOCIALE

IJSS / Limitation de durée des arrêts maladie et plafonnement des IJ AT-MP

Afin de répondre à la hausse continue des dépenses de l'Assurance maladie liées aux arrêts de travail, l'article 81 de la LFSS pour 2026 était venue poser les bases d'un encadrement renforcé des indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS). Deux séries de mesures viennent d'être précisées par voie réglementaire : l'une portant sur la **durée maximale des arrêts de travail prescrits**, l'autre sur le **plafonnement des IJ versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT/MP)**.

1. Limitation de la durée de arrêts de travail

À compter du **1^{er} septembre 2026**, les médecins, sage-femmes et chirurgiens-dentistes ne pourront plus prescrire d'arrêts de travail au-delà des **durées maximales** suivantes :

- **31 jours** en cas de prescription d'un arrêt initial ;
- **62 jours** en cas de renouvellement/prolongation.

Un décret permet également au professionnel de santé prescripteur de solliciter l'avis du service de contrôle médical de l'Assurance maladie lorsque le renouvellement envisagé est d'une durée d'au moins **3 mois**.

Pour la cohérence du dispositif, la limite de 4 jours calendaires renouvelables une fois pour les arrêts prescrits par une sage-femme dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse est **supprimée**. Les arrêts prescrits dans ce contexte ne sont donc plus soumis à un plafond spécifique de durée outre ceux mentionnés ci-avant.

Côté assureurs, cette limitation des durées de prescription initiale et de renouvellement sera susceptible d'avoir un impact sur la mise en œuvre des garanties de maintien de salaire, prévues notamment dans les contrats collectifs de prévoyance d'entreprise. Les clauses de coordination entre indemnisation versée par la sécurité sociale et les régimes complémentaires devraient donc être suivies avec attention lors des renouvellements.

2. Plafonnement de la durée de versement des IJ en cas d'AT-MP

Le décret n° 2026-501 du 12 juin 2026 met en œuvre le **nouveau mécanisme de plafonnement des indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP)**.

À cet effet, il fixe à **4 ans** la durée maximale de versement d'indemnités journalières (IJ) dues au titre d'un arrêt de travail résultant d'un(e) AT-MP, sauf cas particulier de travail aménagé ou de mi-temps thérapeutique.

En cas de reprise du travail suivie d'un nouvel arrêt pour le même sinistre, un nouveau droit à indemnisation se reconstituera de plein droit et pourra donc ouvrir droit à indemnisation sur une nouvelle période d'une durée maximale de 4 ans, à condition que la reprise effective de travail ait duré **au moins 1 an**.

Comme actuellement, les IJ AT/MP seront versées jusqu'à la guérison, la consolidation ou le décès de l'assuré mais si aucun de ces événements n'intervient dans le délai de 4 ans, alors le versement cessera et désormais, **l'incapacité sera réputée permanente** conduisant l'assuré à basculer vers une rente ou une indemnité en capital selon son taux d'incapacité.

Ce nouveau plafonnement est susceptible d'affecter les garanties incapacité temporaire souscrites dans le cadre de contrats de prévoyance individuelle ou collective, notamment lorsque le versement des prestations complémentaires est corrélé avec les IJ de la sécurité sociale. Les sinistres AT-MP de longue durée devront faire l'objet d'un suivi renforcé à l'approche du seuil de 4 ans, en lien avec les critères de consolidation médicale.

Ces évolutions seront applicables aux assurés dont le sinistre surviendra à compter du **1^{er} janvier 2027**.

Consultez ici l'intégralité des documents : *Décret n° 2026-498 du 12 juin 2026 relatif au plafonnement de la durée des arrêts de travail donnant lieu au versement d'indemnités journalières (JO, 13 juin 2026, texte n° 20) ; Décret n° 2026-499 du 12 juin 2026 relatif à la durée de renouvellement d'un arrêt de travail à compter de laquelle le prescripteur peut saisir l'avis du service du contrôle médical (JO, 13 juin 2026, texte n° 21) ; Décret n° 2026-501 du 12 juin 2026 fixant la durée maximale de service des indemnités journalières dues au titre des arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (JO, 13 juin 2026, texte n° 23)*

ASSURANCES DOMMAGES – IARD

RISQUES CLIMATIQUES / Remise du premier rapport et présentation des trois axes d'action pour adapter le système assurantiel

Dans un contexte d'intensification des aléas climatiques mettant à l'épreuve la soutenabilité du régime d'indemnisation des catastrophes naturelles (« régime Cat Nat ») institué en 1982, **la Caisse centrale de réassurance (CCR) a remis, le 15 juin 2026, la première édition du rapport de l'Observatoire de l'assurabilité des risques naturels.**

Créé à la demande des ministres chargés de la Transition écologique et de l'Économie et inscrit dans le troisième Plan national d'adaptation au changement climatique (PNACC-3), cet Observatoire a vocation à analyser, à l'échelle de chaque commune, les dynamiques territoriales de la présence assurantielle face aux risques naturels et à fournir aux pouvoirs publics un outil pérenne d'alerte et de pilotage.

Cette première édition, qui offre une photographie de la situation en 2022, **se concentre sur le seul segment de l'assurance habitation des maisons individuelles**, soit environ 19 millions de contrats représentant près de la moitié des contrats dommages aux biens, et retient trois aléas naturels majeurs, à savoir **l'inondation par débordement et ruissellement, la sécheresse liée au retrait-gonflement des argiles, et le cyclone**, lesquels concentrent plus de 90 % des indemnisations Cat Nat versées aux particuliers.

Les conclusions se veulent globalement rassurantes. En effet, dans 100 % des communes françaises, les habitations demeurent couvertes par au moins un assureur, et 97,7 % des communes métropolitaines présentent une situation normale, sans qu'aucun territoire ne soit classé en tension forte. Le rapport identifie néanmoins des signaux faibles de tension : 903 communes, soit environ 2,6 % du total, ressortent en tension légère à modérée à l'échelle communale ou infra-communale, dont moins de 1 % en tension modérée.

Ces situations, principalement corrélées à une sinistralité élevée et à une exposition marquée aux aléas, se concentrent dans l'Est, le Massif central, la Corse et l'ensemble des départements et régions d'outre-mer étudiés, ces derniers apparaissant comme les plus fragiles en raison d'un tissu assurantiel historiquement peu dense (une vingtaine d'assureurs contre 41 en métropole), d'une sinistralité soutenue et d'un taux de non-assurance compris entre 30 % et 50 %. Le rapport prend toutefois soin de préciser que ces tensions traduisent non pas une impossibilité de s'assurer, mais une simple réduction du choix offert aux assurés.

Ce diagnostic s'inscrit dans une trajectoire de sinistralité préoccupante, que confirme le **bilan 1982-2025 publié par la CCR à la fin du mois de juin 2026**. Celui-ci évalue à **65,5 milliards d'euros les dommages assurés hors automobile indemnisés depuis la création du régime**, soit près de **1,5 milliard par an en moyenne**, et souligne la **montée en puissance de la sécheresse**, désormais responsable de **53,1 % de la sinistralité des dix dernières années**, contre **31,9 % pour les inondations**.

Alors que **le coût des catastrophes naturelles pourrait progresser d'environ 60 % à l'horizon 2050**, la CCR rappelle **qu'un euro investi en prévention permet d'éviter en moyenne trois euros de dommages** et que la récente hausse de la surprime Cat Nat, portée de 12 % à 20 % pour les contrats dommages aux biens, doit permettre d'amorcer la reconstitution des réserves du régime.

Prenant acte de ces constats, **le Gouvernement a présenté**, à l'occasion de la remise du rapport, **trois axes d'action** destinés à conforter durablement l'assurabilité des territoires :

- **Une attention renforcée aux territoires ultramarins**, avec le lancement d'une **mission inter-inspections** chargée d'approfondir l'analyse de la couverture assurantielle outre-mer et d'y identifier des solutions pérennes ;
- **Une évolution du régime Cat Nat garantissant sa soutenabilité dans la durée**, le Gouvernement s'engageant à **examiner tous les cinq ans le taux de surprime** afin d'assurer une juste répartition de la charge entre les assurés, à soutenir, en lien avec la CCR, la présence des assureurs dans les zones les plus exposées ainsi que la couverture en réassurance de certains risques, et à faciliter l'accès au Bureau central de tarification pour les assurés confrontés à une absence de couverture ;
- **Un renforcement de la prévention centré sur la réduction individuelle de la vulnérabilité des logements**, reposant sur un principe de responsabilité et d'effort partagés, notamment financiers, entre acteurs publics et privés.

Ces orientations prolongent les mesures déjà engagées en matière de prévention, telles que l'expérimentation lancée en septembre 2025 dans onze départements sur le retrait-gonflement des argiles, l'actualisation de la carte nationale d'exposition applicable aux constructions neuves à compter du 1^{er} juillet, ou la prochaine publication d'une carte nationale informative des inondations, élaborée par le Cerema.

Le Gouvernement a par ailleurs souhaité que le rapport de l'Observatoire soit reconduit chaque année, afin d'assurer un suivi plus fin de la situation.

Consultez ici l'intégralité des documents : *Dossier de presse « Remise du rapport de l'Observatoire de l'assurabilité : le Gouvernement présente trois axes d'action pour adapter le système assurantiel aux risques climatiques » (15 juin 2026) ; Observatoire de l'assurabilité des risques naturels, Premier rapport 2025, 1^{re} éd. (CCR, juin 2026)*

JURISPRUDENCE

L'action en responsabilité du courtier en assurance n'est pas subordonnée à l'action en garantie contre l'assureur

Par un arrêt du 28 mai 2026, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation apporte une réponse attendue à une question demeurée jusqu'alors en suspens : **la recevabilité de l'action en responsabilité engagée par l'assuré contre son courtier en assurance n'est pas subordonnée à l'exercice, préalable ou concomitant, d'une action en exécution du contrat d'assurance par l'assuré à l'encontre de l'assureur.**

En l'espèce, une société avait souscrit, par l'intermédiaire d'un courtier, un contrat d'assurance destiné à couvrir ses locaux professionnels. À la suite d'un incendie, elle avait assigné le courtier en réparation, lui reprochant de ne pas lui avoir proposé un contrat adapté à sa situation et à ses besoins, manquement qui aurait réduit son droit à garantie.

La Cour d'appel de Paris avait déclaré cette demande irrecevable mais la Cour de cassation casse l'arrêt d'appel et retient que, **s'agissant de deux actions distinctes, la recevabilité de l'action en responsabilité engagée contre le courtier ne dépendait pas de l'exercice d'une action en exécution du contrat d'assurance.**

On en retient que l'action indemnitaire fondée sur la faute de l'intermédiaire et l'action en garantie fondée sur le contrat d'assurance obéissant ainsi à des logiques autonomes, la première n'est donc nullement conditionnée par l'échec préalable de la seconde.

La portée de cette décision doit être appréciée à la lumière de l'incertitude qui régnait jusqu'alors. En effet, il semblait avoir émergé dans la jurisprudence des juges du fond un principe de subsidiarité subordonnant la mise en cause de l'intermédiaire à la démonstration d'un défaut de garantie de l'assureur, sans que la Cour de cassation n'eût jamais confirmé l'existence d'une telle condition préalable.

Ainsi, sur le plan pratique, l'assuré n'a donc pas à engager, à peine d'irrecevabilité, un contentieux préalable, le cas échéant voué à l'échec, contre son assureur, pour être admis à rechercher la responsabilité de son courtier au titre d'un manquement à ses obligations d'information, de conseil ou de mise en garde.

Cette autonomie procédurale ne dispense toutefois pas l'assuré de la charge probatoire qui lui incombe au fond, puisqu'il lui appartiendra toujours d'établir la faute de l'intermédiaire, un préjudice certain et un lien de causalité, l'étendue exacte du droit à garantie demeurant un élément d'appréciation du préjudice réparable.

Il convient enfin d'observer que l'arrêt n'a pas été publié au Bulletin. Il n'en constitue pas moins une prise de position explicite de la Cour de cassation sur une question dont l'enjeu contentieux, à l'heure du renforcement des obligations de conseil issues de la directive DDA, ne saurait être sous-estimé.

Consultez ici l'intégralité du document : [Cass. 2e civ., 28 mai 2026, n° 24-12.442](#)

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