beeLighted
COMPLIANCE & LEGAL
https://beelighted-avocats.fr

BULLETIN DE VEILLE CONFORMITÉ

Édition – Septembre 2026

Ce qu'il faut retenir du mois de septembre…

- **Dommages - IARD : Augmentation et extension d'assiette de la taxe attentat au 1er janvier 2027**

Un arrêté du 24 juillet 2026 porte de 6,50 € à 8,50 € le montant de la contribution des assurés au FGTI, communément appelée « taxe attentat » que les assureurs devront prélever à l'échéance, à compter du 1er janvier 2027, sur les primes ou cotisations des contrats d'assurance de biens situés sur le territoire national et relevant des branches 3 à 9. A compter de cette même date, le prélèvement de cette contribution sera également étendu aux primes ou cotisations des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile générale.

- **Collectives : Réduction de la durée maximale de versement des IJSS pour les arrêts de travail de longue durée**

Selon deux décrets, publiés au Journal Officiel du 18 septembre 2026, la durée maximale d'indemnisation des arrêts de travail de longue durée, en dehors des situations d'affection de longue durée (ALD) dites exonérantes, sera désormais réduite à un an (contre 3 ans actuellement). Pour les assureurs, cette évolution invite à vérifier la rédaction des garanties de prévoyance collective et, plus particulièrement, les clauses définissant les conditions de versement des prestations prévues au titre des garanties ITT et invalidité.

- **Articulation AMO-AMC : Vers une réforme du financement de notre système de soins ?!**

A quelques jours à peine de la présentation et du dépôt au Parlement du PLFSS 2027, le très attendu (nouveau) rapport sur l'articulation entre l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Complémentaire (AMC) a été officiellement remis au Gouvernement le mercredi 23 septembre 2026. Rédigé par quatre experts, ce document propose une refonte globale du financement de la santé en confiant des responsabilités non négligeables aux organismes complémentaires.

- **Protection de la clientèle : Record du nombre de saisines de médiation pour 2025**

Comme chaque année, les médiateurs du secteur de l'assurance dressent, à travers leurs rapports respectifs, un état des lieux des saisines et des principaux motifs de litiges rencontrés. A date, seuls ont été dévoilés les rapports 2025 de La Médiation de l'Assurance (LMA) et 2024-2025 de la Médiation de la protection sociale (FIPS), lesquels font notamment ressortir une progression du recours à la médiation et plusieurs enjeux communs en matière de protection de la clientèle.

- **Assurance emprunteur : Confirmation de la position du CCSF sur les exclusions liées aux états pathologiques antérieures**

A l'occasion d'une réponse récente à une question qui lui avait été posée en février dernier, le Gouvernement confirme l'analyse retenue par le CCSF dans son avis rendu public le 24 juin 2026 : lorsque le contrat d'assurance emprunteur est souscrit sans questionnaire ni examen médical dans les conditions prévues par la loi Lemoine, les garanties ne devraient pas comporter d'exclusions fondées sur des états pathologiques antérieurs.

Ce Bulletin ne peut engager la responsabilité du Cabinet BEELIGHTED. Seule une consultation signée par un avocat du Cabinet peut faire foi de notre analyse.
Ce document est la propriété intellectuelle du Cabinet BEELIGHTED. Il ne peut être copié, reproduit ou cédé sans un accord de notre part.

SOMMAIRE

GOUVERNANCE – STRATÉGIE – SOLVABILITÉ 3

I. STRATÉGIE 3

AMO-AMC / VERS UNE REFORME DU FINANCEMENT DE NOTRE SYSTEME DE SOINS ?! 3
AFA / PUBLICATION D'UN GUIDE PRATIQUE POUR L'EVALUATION DES TIERS AU REGARD DU RISQUE CORRUPTIF 4

ASSURANCES PAR BRANCHE 6

I. ASSURANCE SANTÉ 6

« CONTRATS RESPONSABLES » / RAPPEL DES EVOLUTIONS A PRENDRE EN COMPTE AU 1ER OCTOBRE 6

II. ASSURANCE COLLECTIVE 7

PRÉVOYANCE / REDUCTION DE LA DUREE MAXIMALE D'INDEMNISATION DES ARRETS DE TRAVAIL DE LONGUE DUREE 7

III. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES 8

ASSURANCE VIE / UNE PROGRESSION DE LA COLLECTE NETTE PORTEE PAR LES UC 8

IV. ASSURANCE EMPRUNTEUR 9

CONTRATS « LEMOINE » / CONFIRMATION DE LA POSITION DU CCSF SUR LES EXCLUSIONS LIEES AUX ETATS PATHOLOGIQUES ANTERIEURS 9

V. ASSURANCES DOMMAGES – IARD 10

FGTI / AUGMENTATION ET EXTENSION D'ASSIETTE DE LA « TAXE ATTENTAT » AU 1ER JANVIER 2027 10
RC MÉDICALE / MODIFICATION DES MODALITES DE TRANSMISSION DES DONNEES A L'ACPR 10
ACPR / SUIVI RAPPROCHE DE LA GESTION DES RISQUES LIES AUX INCENDIES DE CET ETE 11

RISQUES ET CONFORMITÉ TOUTES BRANCHES 12

I. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE 12

MÉDIATION / RECORD DU NOMBRE DE SAISINES EN 2025 12
DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE / PUBLICATION D'UNE FAQ A DESTINATION DES PROFESSIONNELS 13

II. LCB-FT - GEL DES AVOIRS 13

TRACFIN / RAPPORT D'ACTIVITE 2025 13
GEL DES AVOIRS / MESURES INDIVIDUELLES 14

III. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 14

« DROIT À L'OUBLI » / SANCTION DE 300 000 € D'AMENDE A L'ENCONTRE DE LA SOCIETE EXTIA 14
CNIL / SANCTION DE 500 000 € D'AMENDE POUR MANQUEMENT A LA SECURITE DES DONNEES DE SANTE 15

IV. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI 16

CYBERSÉCURITÉ / INTERVENTION SUR LE RISQUE DE DEPENDANCE TECHNOLOGIQUE DU SECTEUR FINANCIER 16
ACPR / INTERVENTION SUR LES NOUVELLES FRONTIERES DU RISQUE IA DANS LE SECTEUR FINANCIER 17

PROTECTION SOCIALE 19

AT-MP / ABAISSEMENT DU PLAFOND DES INDEMNITES JOURNALIERES 19

CONVENTIONS COLLECTIVES 20

GOUVERNANCE – STRATÉGIE – SOLVABILITÉ

I. STRATÉGIE

AMO-AMC / Vers une réforme du financement de notre système de soins ?

A quelques jours à peine de la présentation et du dépôt au Parlement du PLFSS 2027, le très attendu (nouveau) **rapport sur l'articulation entre l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Complémentaire (AMC)** a été officiellement remis au Gouvernement ce mercredi 23 septembre 2026.

Rédigé par quatre experts – Nicolas Bouzou, Élisabeth Hubert, Franck von Lennep et Stéphane Junique – ce document propose une **refonte globale du financement de la santé en confiant des responsabilités non négligeables aux organismes complémentaires**.

Principales recommandations du rapport :

➡️ **Statut « ODAS » :** Les complémentaires santé changeraient de statut pour devenir des **Organismes d'Assurance Santé (ODAS)**, afin de mieux refléter leur rôle de contributeurs à notre système de santé. Outre cette évolution sémantique de leur statut, leur périmètre d'intervention serait significativement élargi via de **nouvelles responsabilités** qui leur seraient confiées, dans des domaines où, selon le rapport, leur capacité d'action de proximité constitue un atout : prévention et promotion de la santé (notamment au sein des entreprises), accompagnement des parcours pré et post soins ALD ou lors de périodes de transition (sorties d'hospitalisation et retours à domicile etc…), financement et régulation de l'optique, de l'audiologie, des transports sanitaires et d'une partie des indemnités journalières (cf. infra sur les transferts de charges).

➡️ **Contrat « essentiel » :** La proposition exposée dans le rapport consisterait à **transformer l'actuel contrat responsable en un nouveau dispositif appelé « contrat essentiel »** recentré sur le financement des soins pertinents, dans le cadre duquel les organismes complémentaires disposeraient certaines marges de liberté, comme le fait de pouvoir mettre en place des franchises, sur tout ou partie du panier de soins (ville et hôpital), ou en ne remboursant pas le forfait journalier des premiers jours d'une hospitalisation. Dans le cadre de ce nouveau dispositif, le remboursement des cures thermales, des médecines douces ou des médicaments à faible SMR pourraient par ailleurs être exclu.

➡️ **Transferts de charges et financement au 1er euro :** Le rapport préconise de responsabiliser les financeurs sur des champs exclusifs, évoquant notamment le **transfert intégral des dépenses d'optique et d'audition** aux complémentaires (financement dès le premier euro), ou encore le **transfert d'une partie des dépenses de transport sanitaire** ne relevant pas du transport urgent. La mission recommande en outre que soit étudier un transfert aux entreprises de la **prise en charge des indemnités journalières** liées aux premiers jours d'arrêts de travail et de leur remboursement par les ODAS.

➡️ **« Bonus prévention » :** Le rapport introduit l'idée d'accorder des avantages financiers aux assurés qui respectent certains parcours de prévention, comme la vaccination ou les dépistages. En termes d'actions de prévention, une réflexion est également posée pour envisager une réforme du dispositif du degré élevé de solidarité (DES), voire de **créer un dispositif DES mutualisé propre aux ODAS** les engageant à dédier a minima 2 % de leurs cotisations dans des actions de prévention et d'accompagnement des assurés.

➡️ **Protection des retraités :** Pour alléger les cotisations des retraités, les auteurs suggèrent la **création d'un fonds de mutualisation inédit permettant une péréquation entre actifs et retraités modestes** ou, à défaut, une extension de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

➡️ **Prévoyance collective :** À l'instar de la généralisation de la complémentaire santé en 2016, le rapport incite à la généralisation progressive d'une couverture minimale de prévoyance pour l'ensemble des salariés.

Ces propositions dessinent ainsi, possiblement, un tournant stratégique majeur. D'autres recommandations du rapport visent par ailleurs la création d'une plateforme d'échanges de données AMO-AMC sur les sujets de la lutte contre la fraude, ou encore l'intégration des données de remboursement des ODAS au SDNS, ou également encore un renforcement de la transparence des dépenses des ODAS y compris sur les frais de gestion et l'information des assurés.

Les auteurs insistent en outre sur le fait que les mesures proposées constituent une feuille de route globale et non un catalogue à la carte. Selon eux, une mise en œuvre fragmentée ou une simple sélection de mesures lors des débats sur le PLFSS dénaturerait en effet la cohérence de la refonte proposée.

A voir donc s'il sera tenu compte de ces recommandations dans le prochain budget et de quelle manière…

Consultez ici l'intégralité du document : Rapport de la mission consacrée à l'articulation AMO-AMC (sept. 2026)

AFA / Publication d'un guide pratique pour l'évaluation des tiers au regard du risque corruptif

Dans le cadre d'un tout nouveau support destiné aux entreprises de tous secteurs, l'Agence française anticorruption (AFA) publie une série de fiches pratiques visant à les accompagner dans le déploiement et la mise en œuvre opérationnelle d'un **dispositif d'évaluation des tiers au regard du risque corruptif**.

Au travers de sept fiches, illustrant les principales **bonnes pratiques observées** et les **modalités de mise en œuvre recommandées** par l'agence, cette dernière entend en effet donner des clefs permettant de construire un **dispositif anti-corruption proportionné, opérationnel et cohérent**, au regard des risques effectivement identifiés dans l'environnement propre de chaque structure, en s'attachant notamment à s'interroger sur :

- → La définition du cadre de gouvernance du dispositif ;

- Les modalités de recensement des tiers ;
- La méthodologie selon laquelle des groupes de tiers homogènes peuvent être constitués ;
- Le déploiement progressif du dispositif auprès des tiers existants (« stock ») et des nouveaux tiers (« flux ») ;
- Les modalités de réalisation des évaluations individuelles ;
- La définition de mesures de remédiation pouvant être mises en œuvre ;
- Le suivi et le contrôle du dispositif.

Cette publication ne crée et ne comprend bien évidemment aucune obligation nouvelle. Pour les assureurs, elle constitue toutefois un référentiel pratique utile pour documenter et, le cas échéant, renforcer les procédures d'évaluation des intermédiaires, fournisseurs, prestataires et autres partenaires exposés à un risque de corruption.

Elle appelle en outre à vérifier plus particulièrement la cohérence entre la cartographie des risques de corruption et le périmètre des tiers effectivement soumis à évaluation, l'AFA ayant relevé dans ses contrôles des insuffisances persistantes sur ce point.

Consultez ici l'intégralité du document : *Guide relatif à l'évaluation des tiers au regard du risque corruptif (AFA, 8 sept. 2026)*

ASSURANCES PAR BRANCHE

I. ASSURANCE SANTÉ

« Contrats responsables » / Rappel des évolutions à prendre en compte au 1er octobre

A compter du 1er octobre 2026, plusieurs évolutions viennent impacter les prestations servies dans le cadre des contrats d'assurance santé responsables :

➡️ Le **remboursement des protections périodiques réutilisables** (culottes et coupes menstruelles) entre en vigueur, pour les assurées de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la C2S (sans condition d'âge), dans la limite de deux produits par an.

Pour en permettre sa mise en œuvre, le **code acte PML** a ainsi été créé et par suite de la publication au Journal Officiel de la décision du collège des directeurs de l'UNCAM, nous avons désormais la confirmation de ce que le **taux précis de ticket modérateur applicable**, que les OCAM sont tenus de prendre intégralement en charge dans le cadre des contrats responsables, est fixé à hauteur de **40 % de la BRSS** (régime général).

➡️ Le décret actant du **relèvement des plafonds annuels des franchises médicales et des participations forfaitaires**, et corrélativement du **nombre maximum de participations forfaitaires** à la charge des assurés sociaux (hors cas d'exonération), a été publié au Journal Officiel du 12 septembre 2026.

Ainsi, à compter du 1er octobre 2026,

- → Les plafonds annuels applicables tant au titre des franchises médicales (FM) que des participations forfaitaires (PM) seront respectivement fixés **à hauteur de 70 € soit 140 € au total par an et par assuré** (contre 100 € actuellement)
- → Le **nombre maximal de participations forfaitaires susceptibles d'être supportées par les assurés passera de 25 à 35 participations par an**.

Par ailleurs, à compter du 1er janvier 2028, ces limites auront désormais vocation à évoluer automatiquement dans le temps **sur la base d'un coefficient** égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'INSEE l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation.

En termes d'impacts pour les OCAM, vous devez donc vous assurer que :

- → Les clauses afférentes aux exclusions de vos contrats responsables sont correctement rédigées ;
- → Votre documentation commerciale (exemples de remboursements et/ou grilles de garanties) ne détaille pas le montant des FM et PF, auquel cas il conviendra de les modifier ;
- → Le paramétrage de vos outils de gestion ne compense pas ces montants lors de la réception des flux automatisés en provenance du RO et que celui-ci a bien été adapté pour l'intégration du remboursement des protections périodiques réutilisables pour les assurées concernées.

N'hésitez pas à revenir vers nous pour toute question.

Consultez ici l'intégralité du document : Décret n° 2026-858 du 11 septembre 2026 relatif à la participation annuelle maximale des assurés aux frais de santé, et préservant les exemptions en raison notamment des ressources, d'un âge inférieur à 18 ans ou d'une grossesse, mentionnée aux II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale (JO, 12 sept. 2026, texte n° 14)

II. ASSURANCE COLLECTIVE

PRÉVOYANCE / Réduction de la durée maximale d'indemnisation des arrêts de travail de longue durée

Selon deux décrets, publiés au Journal Officiel du 18 septembre 2026, **la durée maximale d'indemnisation des arrêts de travail de longue durée, en dehors des situations d'affection de longue durée (ALD) dites exonérantes, sera désormais réduite à un an** (contre 3 ans actuellement).

➡️ *Deux décrets car le premier vise tout d'abord les « assurés sociaux des régimes de base », les « assurés sociaux du régime général » (SS), les « salariés du régime agricole » (MSA), ainsi que les « clercs et employés de notaire » (CRPCEN), tandis que le second vise les « travailleurs indépendants » (SSI), les « ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses » (Cavimac), ainsi que les « fonctionnaires de l'Etat et magistrats ».*

Cette mesure s'appliquera :

- → Aux **arrêts de travail prescrits à compter du 15 octobre 2026** ;
- → Aux **arrêts de travail en cours au 15 octobre 2026 pour une incapacité de travail atteignant 6 mois à compter de cette date** (vu la rédaction du décret, il semble s'agir des situations où l'affection - maladie ou accident - à l'origine de l'arrêt de travail n'a pas encore été reconnue en tant qu'ALD).

💡 Les assurés en arrêt de travail au 15 octobre 2026, déjà engagés dans une procédure de reconnaissance d'une ALD non exonérante, demeureront néanmoins soumis aux dispositions antérieures. Ils continueront donc de percevoir leurs indemnités journalières de sécurité sociale (IJSS) dans la limite de la durée maximale dérogatoire de 3 ans et ce, jusqu'au terme de cette période.

💡 Le régime dérogatoire d'indemnisation dont bénéficient les assurés atteints d'une ALD exonérante au titre d'un arrêt de travail, soit 3 ans d'indemnisation, n'est, quant à lui, pas remis en cause.

Pour les assureurs, cette réduction de la durée maximale d'indemnisation des arrêts de travail dits longs invite à vérifier la rédaction des garanties de prévoyance et, plus particulièrement, les clauses définissant les conditions de versement des prestations prévues au titre des garanties ITT et invalidité.

En effet, la réforme ne modifie pas directement la durée maximale des prestations complémentaires. Son impact dépendra notamment de la définition contractuelle du fait générateur, des conditions d'ouverture et de maintien des prestations et de l'éventuelle référence aux IJSS.

Une attention particulière devra ainsi être portée aux contrats collectifs prévoyant, par exemple, que les indemnités complémentaires sont versées pendant la période au cours de laquelle l'assuré perçoit des IJSS, ou subordonnant leur versement au maintien de l'indemnisation par le régime obligatoire. Dans ces hypothèses, la réduction à un an de la durée d'indemnisation par l'Assurance maladie pourrait conduire à une interruption anticipée de la prestation complémentaire, sauf stipulation contractuelle contraire.

De manière complémentaire à cette mesure dite d'économie, et s'agissant cette fois-ci de viser plus spécifiquement les arrêts de travail plus courts, le décret n° 2026-866 étend en outre la possibilité pour le directeur de la caisse d'Assurance maladie compétent de sanctionner, par l'application d'une pénalité, tout assuré qui abuserait de sa qualité d'assuré social, de victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet, d'une maladie professionnelle ou de bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat (AME), pour obtenir de manière injustifiée la prescription d'un arrêt de travail.

Consultez ici l'intégralité des documents : Décret n° 2026-866 du 16 septembre 2026 relatif à la durée maximale dérogatoire d'indemnisation pour arrêt de travail et à la sanction des abus (JO, 18 sept. 2026, texte n° 24) ; Décret n° 2026-867 du 16 septembre 2026 relatif à la réforme de la durée maximale dérogatoire d'indemnisation pour arrêt de travail (JO, 18 sept. 2026, texte n° 25)

III. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES

ASSURANCE VIE / Une progression de la collecte nette portée par les UC

Comme chaque mois, France Assureurs a publié le 31 août 2026 les données relatives à la collecte en assurance vie. Celles-ci confirment, sur les sept premiers mois de l'année, la dynamique observée en 2025, avec une **progression particulièrement marquée des versements sur les unités de compte (UC)**.

En juillet 2026, les cotisations atteignent en effet **18,8 milliards d'euros, en hausse de 1 % sur un an**. Sur la période de janvier à juillet 2026, elles s'établissent à **127,8 milliards d'euros**, contre 116,3 milliards sur la même période en 2025, soit une **progression de 9 %**.

Cette évolution est notamment portée par les UC, dont les cotisations progressent de 11 % sur les sept premiers mois de l'année, contre 8 % pour les supports en euros. En juillet, **les UC représentent ainsi 42 % des cotisations et 40 % sur la période de janvier à juillet 2026**.

La tendance se retrouve également du côté des prestations, avec une progression de la part des UC, tandis que les prestations relatives aux supports en euros demeurent globalement stables.

Au total, **la collecte nette atteint 41,3 milliards d'euros depuis le début de l'année, soit 8,7 milliards d'euros de plus qu'en 2025**. Ces données confirment ainsi la dynamique favorable de l'assurance vie et la place croissante des UC dans les nouveaux versements.

Consultez ici l'intégralité du document : Communiqué de presse France Assureurs du 31 août 2026

IV. ASSURANCE EMPRUNTEUR

Contrats « Lemoine » / Confirmation de la position du CCSF sur les exclusions liées aux états pathologiques antérieurs

A l'occasion d'une réponse récente à une question qui lui avait été posée en février dernier, le Gouvernement confirme l'analyse retenue par le CCSF dans son avis rendu public le 24 juin 2026 : **lorsque le contrat d'assurance emprunteur est souscrit sans questionnaire ni examen médical dans les conditions prévues par la loi Lemoine, les garanties ne devraient pas comporter d'exclusions fondées sur des états pathologiques antérieurs**.

Pour mémoire, outre la résiliation infra-annuelle de l'assurance emprunteur qu'elle a institué, la loi Lemoine a également interdit aux assureurs de solliciter un questionnaire médical ou de soumettre l'assuré à un examen médical pour la couverture des prêts immobiliers inférieurs à 200 000 euros par assuré et arrivant à échéance avant les 60 ans de l'emprunteur.

Or, selon le CCSF, si la présence de clauses d'exclusion dans un contrat d'assurance est une faculté relevant de la liberté contractuelle de chaque assureur et de sa politique de souscription et que, contrairement à un questionnaire de santé, une clause d'exclusion pour états pathologiques antérieurs ne repose sur aucun recueil d'informations individuelles auprès de l'assuré et n'emporte aucune déclaration de sa part quant à ses antécédents médicaux, la mise en œuvre de telles exclusions serait susceptible de neutraliser, en pratique, la portée de cette interdiction et donc l'effectivité de la protection instaurée par le législateur.

Aussi, selon le Gouvernement, **cette position ne constitue pas une nouvelle règle mais vise à assurer la pleine portée de l'interdiction**, prévue à l'article L.113-2-1 du Code des assurances, de recueillir des informations relatives à l'état de santé de l'assuré dans les situations concernées.

Le Gouvernement rappelle par ailleurs que les avis du CCSF ne présentent pas, en eux-mêmes, de caractère normatif, mais que leur mise en œuvre peut donner lieu à des engagements de Place susceptibles d'être suivis par l'ACPR.

Pour les assureurs, cette prise de position gouvernementale, qui conforte celle du CCSF, est ainsi susceptible d'avoir une incidence sur la rédaction des clauses d'exclusion des contrats concernés et, d'un point de vue opérationnel, sur les pratiques de souscription et de gestion des sinistres, dans l'attente du bilan annoncé de la mise en œuvre de l'avis du CCSF, notamment au regard de l'évolution de la tarification et de la sinistralité à l'horizon 2028.

Consultez ici l'intégralité du document : Réponse du Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique à la question écrite n° 07803 « Interprétation normative par le CCSF de la loi Lemoine relative au marché de l'assurance-emprunteur » (JO Sénat, 17 sept. 2026, page 4444)

V. ASSURANCES DOMMAGES – IARD

FGTI / Augmentation et extension d'assiette de la « taxe attentat » au 1er janvier 2027

Pris en application de l'article 135 de la Loi de finances pour 2026, **un arrêté du 24 juillet 2026 porte de 6,50 € à 8,50 € le montant de la contribution des assurés au Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI)**, que les assureurs prélèvent à l'échéance, sur les primes ou cotisations des contrats d'assurance de biens situés sur le territoire national et relevant des branches 3 à 9, conformément à l'article L.422-1 du Code des assurances.

Communément appelée « taxe attentat », rappelons en effet que dans le cadre de la Loi de finances pour 2026, le plafond légal de cette contribution avait été augmenté à 15 € à compter du 1er janvier 2027 et que cette **augmentation de 2 euros, par an et par contrat, du montant de la contribution**, s'inscrit donc en droite ligne de cette évolution.

A compter de cette même date, le prélèvement de cette contribution sera en outre **étendu également aux primes ou cotisations des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile générale** puisque dans la continuité des modifications apportées au dispositif, l'objet de cette contribution n'aura plus seulement pour objet de financer la réparation des dommages résultant d'un acte de terrorisme mais plus largement, de participer, à compter du 1er janvier 2029, au financement des missions du FTGI relatives à l'indemnisation des victimes de certains autres faits ayant le caractère d'une infraction pénale.

Pour les assureurs, cette évolution implique donc d'adapter, à compter du 1er janvier 2027, le montant de la contribution appelé auprès des assurés ainsi que les paramétrages de leurs outils de tarification et, le cas échéant, les documents contractuels et supports d'information concernés.

Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 24 juillet 2026 fixant le montant de la contribution des assurés au Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (JO 30 juill. 2026, texte n° 12)

RC MÉDICALE / Modification des modalités de transmission des données à l'ACPR

Un arrêté publié au Journal Officiel du 12 septembre 2026 modifie les **modalités de transmission à l'ACPR des données relatives à la responsabilité civile médicale**. Plus précisément, l'arrêté rehausse le seuil de dispense de remise de ces informations et simplifie la nature et le contenu de celles devant être transmises.

Ce texte relève en effet **de 1 à 50 millions d'euros le seuil de dispense** de transmission des données et remplace les différents états quantitatifs précédemment requis par un **état unique relatif au coût des sinistres par année de rattachement**. Le reporting RCM est ainsi recentré sur les paiements, les provisions pour sinistres à payer, la charge totale, les frais et les primes acquises ; le rapport sinistres/primes est supprimé.

Pour les assureurs concernés, cette évolution est donc de nature à alléger sensiblement les obligations déclaratives et appelle une **mise à jour des procédures et outils de reporting RCM** afin de tenir compte du nouveau périmètre et du nouveau format des données à transmettre.

Sur le délai de remise, dans les 4 mois suivant la clôture de l'exercice considéré, celui-ci reste par ailleurs inchangé. A titre transitoire, l'arrêté prévoit toutefois que s'agissant des informations à transmettre au titre de l'année 2025, ce délai est étendu à 7 mois ; ce qui n'a en soi aucun sens puisqu'à la date de publication de ce texte, l'échéance du 31/07 était déjà passée !

Consultez ici l'intégralité du document : Arrêté du 29 juin 2026 modifiant les modalités de transmission à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution des données relatives à la responsabilité civile médicale (JO, 12 sept. 2026, texte n° 10)

ACPR / Suivi rapproché de la gestion des risques liés aux incendies de cet été

Face à l'ampleur des incendies survenus cet été dans plusieurs régions françaises, et notamment en Gironde, les services de l'ACPR ont mis en œuvre un **suivi rapproché des principaux organismes d'assurance concernés, portant notamment sur l'évaluation des conséquences de ces événements en termes de sinistralité et de gestion des opérations, dans le contexte d'urgence et d'afflux de déclarations de sinistres, et sur les difficultés susceptibles de se prolonger dans le temps**.

A cet égard, l'Autorité se satisfait de voir que les assureurs se sont adaptés au pied levé et que plusieurs mesures ont été mises en œuvre par ces derniers pour accélérer la gestion des dossiers : expertise à distance, indemnisation sur justificatifs, suivi personnalisé des sinistres importants ou encore versement d'acomptes.

Elle attire toutefois l'attention sur l'application de certaines clauses contractuelles, notamment en matière de pertes d'exploitation, et sur l'importance de l'information des assurés sur l'étendue de leurs garanties, y compris au moment du sinistre.

Plus largement, l'ACPR souligne que ces événements mettent en évidence les **enjeux croissants liés à l'adaptation des couvertures aux risques climatiques**, ainsi que la **nécessité pour les assureurs d'accompagner les assurés dans l'identification et la maîtrise de leurs expositions**.

Consultez ici l'intégralité du document : Communiqué de presse « Incendies de l'été 2026 : l'ACPR suit attentivement la gestion des risques par les organismes d'assurance » (ACPR, 14 sept. 2026)

RISQUES ET CONFORMITÉ TOUTES BRANCHES

I. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

MÉDIATION / Record du nombre de saisines en 2025

Comme chaque année, les médiateurs du secteur de l'assurance dressent, à travers leurs rapports respectifs, un état des lieux des saisines et des principaux motifs de litiges rencontrés.

A date, seuls ont été dévoilés les rapports 2025 de La Médiation de l'Assurance (LMA) et 2024-2025 de la Médiation de la protection sociale (FIPS), lesquels font notamment ressortir une progression du recours à la médiation et plusieurs enjeux communs en matière de protection de la clientèle.

Côté LMA, son rapport d'activité fait en effet état de **46 830 saisines**, **en hausse de 28 % sur un an**. Corrélativement, cette progression s'accompagne en outre d'une **hausse du taux de recevabilité, passé de 33 % à 47 %**. Les assurances de personnes, dont notamment les **contrats de complémentaire santé, d'assurance emprunteur et de prévoyance**, figurent par ailleurs parmi les **principales sources de litiges**.

Côté FIPS, la même progression continue des saisines est également constatée, avec 1 695 dossiers en 2024 (+31 %) et plus de 2 000 attendus en 2025. Les litiges traités par cette dernière demeurent toutefois principalement concentrés sur la prévoyance collective, qui représente 64 % des avis rendus en 2024, ce qui est assez logique en présence d'institutions de prévoyance.

Au-delà de cette progression quantitative, les deux rapports mettent ainsi en évidence plusieurs enjeux de protection de la clientèle, liés notamment au **traitement des réclamations**, à la **lisibilité des garanties** et à l'**application des contrats**.

20 % des réclamants ayant saisi LMA indiquent par exemple l'avoir fait en l'absence de réponse de leur assureur dans le délai de deux mois. LMA relève par ailleurs la **complexité persistante de certaines clauses et définitions contractuelles**, notamment en complémentaire santé et en assurance emprunteur, et revient en particulier sur les **difficultés liées aux « trous de garantie »** lors d'une substitution d'assurance emprunteur, tandis que la Médiation de la protection sociale souligne le rôle de ses avis dans l'évolution des pratiques des institutions de prévoyance.

Pour les assureurs, ces constats doivent ainsi **souligner l'importance qu'il convient d'attacher au traitement effectif des réclamations ainsi qu'à la clarté de l'information délivrée aux assurés et à la cohérence des conditions de garantie**, tant lors de la commercialisation qu'au stade de la mise en œuvre du contrat.

A ce titre, les rapports des deux médiations constituent dès lors une source utile d'identification des difficultés récurrentes rencontrées par les assurés et permettent de mettre en lumière plusieurs axes d'amélioration des pratiques de gestion et de relation avec la clientèle dont ils peuvent se saisir.

Consultez ici l'intégralité des documents : Rapport d'activité 2025 de La Médiation de l'Assurance (LMA, 2 sept. 2026) ; Rapport annuel d'activité du Médiateur 2024-2025 (FIPS, 10 mars 2026)

DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE / Publication d'une FAQ à destination des professionnels

Depuis le 17 septembre 2026, a été mise en ligne sur le site Internet du ministère de l'Economie, une foire aux questions (FAQ) à destination des professionnels afin de les sensibiliser et leur expliciter plus dans le détail leurs obligations, s'agissant de la mise en œuvre du **décret n° 2022-1313 du 13 octobre 2022 relatif à l'encadrement des jours, horaires et fréquence des appels téléphoniques à des fins de prospection commerciale non sollicitée**, et applicable depuis le **1er mars 2023.**

La FAQ articule également ces règles avec les dernières exigences issues de la Loi n° 2025-594 du 30 juin 2025 contre toutes les fraudes aux aides publiques (**instauration de l'opt-in**) et des modifications apportées à ces règles par le décret n°2026-662 du 23 juillet 2026 relatif aux **modalités de recueil, de conservation et de retrait du consentement du consommateur**, applicables quant à elles depuis le **11 août 2026**.

Cette FAQ a ainsi notamment pour but de rappeler aux professionnels que, **même en présence d'un consentement, les appels restent soumis aux plages horaires et à la fréquence maximale de sollicitation prévues par le décret du 13 octobre 2022, soit du lundi au vendredi sauf jours fériés, de 10h à 13h et de 14h à 20h, dans la limite de quatre sollicitations sur une période glissante de 30 jours**.

Ces règles s'appliquent également lorsque la prospection est confiée à un sous-traitant établi à l'étranger.

Pour les assureurs, la FAQ apporte en outre une précision utile sur les **appels relatifs à un contrat en cours** : ceux-ci restent soumis à l'encadrement des jours, horaires et fréquence, lorsqu'ils constituent une démarche commerciale en lien avec l'objet du contrat. Les contrats d'assurance, qui sont des contrats à exécution successive, sont par conséquent directement concernés.

Enfin, il est rappelé que le non-respect des obligations qui découle de cette règlementation expose les professionnels à des sanctions administratives pouvant atteindre **375 000 € d'amende** pour une personne morale, outre les conséquences prévues par le nouveau régime en matière de validité du contrat.

Consultez ici l'intégralité du document : FAQ sur l'encadrement des jours, horaires et fréquence du démarchage téléphonique (DGCCRF, 17 sept. 2026)

II. LCB-FT - GEL DES AVOIRS

TRACFIN / Rapport d'activité 2025

Fin août, TRACFIN a publié son nouveau **rapport d'activité et d'impact pour 2025**, qui rassemble pour la première fois dans un même document son activité et celle des professionnels déclarants.

Au total, ce ne sont ainsi pas moins de **278 484 déclarations de soupçon (DS)** que Tracfin a reçu en 2025, soit une **hausse de 32 % en un an** et dont **93 %** émanaient du secteur financier.

Tracfin appelle toutefois à ce que cette progression quantitative historique s'accompagne désormais d'une amélioration aussi rapide de la qualité et de l'exploitabilité des informations transmises.

Pour les assureurs, le rapport constitue ainsi un rappel de l'importance d'un **dispositif LCB-FT permettant de détecter les opérations atypiques, d'étayer le soupçon et de transmettre à Tracfin des déclarations suffisamment circonstanciées**, en mettant notamment en évidence les éléments factuels à l'origine du soupçon, les investigations réalisées et, le cas échéant, les liens identifiés avec d'autres opérations ou personnes.

Cette exigence est d'autant plus à prendre en compte que le secteur de l'assurance fait partie des principaux contributeurs au dispositif déclaratif : **plus de 13 300 DS** adressées à Tracfin en 2025 par les compagnies d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance soit une **évolution de +3 % côté compagnies d'assurance et de +5 % coté mutuelles et institutions de prévoyance**, par rapport à 2024.

A cet égard, Tracfin souligne d'ailleurs la **contribution croissante du secteur de l'assurance non-vie** à la détection de schémas de blanchiment et d'infractions sous-jacentes : 5 300 DS transmises en 2025, soit une progression de **+20 % en un an**. Le Service relève notamment la valeur des informations détenues par les assureurs, croisées avec leurs analyses et leurs recherches en sources ouvertes, pour alimenter ses investigations.

Les organismes d'assurance pourront donc utilement vérifier, à la lumière de ce rapport, la pertinence de leurs scénarios de détection, la traçabilité des analyses réalisées par les équipes LCB-FT et la qualité des éléments documentant les déclarations transmises.

Consultez ici l'intégralité du document : *Rapport d'activité et impact 2025 – Tome 1 (Tracfin, 27 août 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 toues les mises à jour de ce registre en vous abonnant au « Flash Info gel » en cliquant ici.

III. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

« DROIT À L'OUBLI » / Sanction de 300 000 € d'amende à l'encontre de la société EXTIA

Par délibération rendue le 21 juillet 2026, publiée le 9 septembre, la formation restreinte de la CNIL sanctionne la société EXTIA, société de conseil spécialisée dans les métiers de l'informatique et de l'ingénierie, d'une **amende de 300 000 euros pour non-respect des droits des personnes, en particulier au regard de plusieurs manquements relatifs au droit à l'effacement (« droit à l'oubli ») et à l'obligation de transparence**, tels que prévus par les articles 12 et 17 du RGPD.

Par cette sanction, la CNIL rappelle ainsi, une nouvelle fois, que le respect des droits des personnes ne se limite pas à la mise en place de procédures internes mais qu'il implique également leur traitement effectif, *a fortiori* dans le respect des délais prévus par le RGPD, ainsi que l'information des personnes sur les suites données à leurs demandes.

La décision met, en effet, notamment en évidence les **exigences attachées au traitement et au suivi des demandes d'effacement**, y compris lorsque les données concernées ont déjà été supprimées automatiquement. Elle constitue, à ce titre, un rappel utile pour les assureurs, mutuelles et organismes de prévoyance, dont les systèmes d'information traitent des volumes importants de données personnelles et qui doivent être en mesure de **garantir un dispositif opérationnel, traçable et sécurisé de gestion des droits des personnes**.

Plus particulièrement, sur les manquements sanctionnés, la CNIL relève notamment que 12 demandes d'effacement n'avaient pas été traitées et que 166 personnes n'avaient pas été informées des suites apportées à leur demande. Elle rappelle surtout que la suppression automatique des données ne dispense pas le responsable de traitement d'informer la personne des suites données à sa demande, dans le respect du délai légal d'un mois prévu par l'article 12 du RGPD.

La sanction a en outre été prononcée en considération de la méconnaissance de principes essentiels en matière de droits des personnes, du nombre de personnes concernées et du fait que la société avait déjà été rappelée à ses obligations à deux reprises.

Pour les assureurs et leur DPO désigné, cette décision invite donc à vérifier le dispositif opérationnel de gestion des droits, notamment la traçabilité des demandes, le respect du délai d'un mois et l'information systématique des personnes sur les suites données, y compris lorsque les données ont été supprimées automatiquement.

Consultez ici l'intégralité du document : Délibération de la formation restreinte n° SAN-2026-010 du 21 juillet 2026 concernant la société EXTIA (Légifrance, 9 sept. 2026)

CNIL / Sanction de 500 000 € d'amende pour manquement à la sécurité des données de santé

Le 3 septembre dernier, la CNIL a prononcé une **amende de 500 000 € à l'encontre de l'Hôpital privé de la Loire**, à l'issue d'un contrôle portant notamment sur la **sécurité des données traitées par l'établissement**. Une intrusion dans le dossier d'un patient avait permis à un attaquant d'accéder à près de 525 000 dossiers patients.

Des mesures de sécurité jugées insuffisantes

La CNIL a notamment relevé l'absence de VPN et d'authentification multifacteur (MFA) pour l'accès au dossier patient informatisé, ainsi qu'une gestion des habilitations ne permettant pas de limiter suffisamment l'accès aux données couvertes par le secret médical.

Ces manquements ont conduit la CNIL à considérer que **les mesures techniques et organisationnelles mises en œuvre n'étaient pas adaptées au niveau de sensibilité des données traitées et aux risques propres au secteur de la santé**. L'établissement dispose de 15 mois pour se mettre en conformité.

L'obligation d'information des personnes concernées en cas de violation

La CNIL a également relevé que, si les patients concernés avaient été informés de la violation, leurs proches, dont certaines données avaient également été compromises, ne l'avaient pas été. La décision rappelle ainsi que **l'obligation d'information doit être appréciée à l'égard de l'ensemble des personnes concernées par la violation**, dès lors que les conditions prévues par le RGPD sont réunies.

Un point de vigilance pour les acteurs de la santé

Cette décision illustre l'attention portée par la CNIL aux mesures de sécurité mises en œuvre par les organismes traitant des données de santé, ainsi qu'à la gestion des habilitations et des violations de données.

Elle appelle une **vigilance particulière de l'ensemble des acteurs de l'écosystème de la santé, notamment les assureurs et mutuelles et leurs prestataires, sur la robustesse des dispositifs de sécurité, la maîtrise des accès aux données et l'identification de l'ensemble des personnes à prendre en compte en cas de violation**.

Consultez ici l'intégralité du document : Délibération de la formation restreinte n° SAN-2026-009 du 21 juillet 2026 concernant la société HOPITAL PRIVÉ DE LA LOIRE (Légifrance, 3 sept. 2026)

IV. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI

CYBERSÉCURITÉ / Intervention sur le risque de dépendance technologique du secteur financier

Le Président désigné de l'ACPR (sous-gouverneur de la Banque de France) est intervenu auprès de l'Association des avocats en droit boursier, le 9 septembre 2026 sur les thèmes de l'IA, de la lutte anti-blanchiment, et des risques cyber : quelle régulation pour préserver la stabilité financière ?

Lors de son discours, il a particulièrement alerté l'ensemble des organismes financiers sur les **risques de dépendance technologique dans les choix qui peuvent être faits en matière de cybersécurité**. Une étude mandatée par le CIGREF avance le chiffre de **264 milliards d'euros** dépensés chaque année par les européens en logiciels et services cloud américains.

Le recours aux hyperscalers, qui proposent des infrastructures et des services très performants, en particulier en matière de cloud et d'IA, tout en offrant des garanties de sécurité à l'état de l'art, et aux modèles d'IA de pointe comme Claude Mythos, sont particulièrement visés. Et ce d'autant plus que le scénario d'un « kill switch » sur les services numériques américains, longtemps impensable, est désormais envisagé par le Gouvernement.

Le Président de l'Autorité reconnaît que la situation n'est pas simple, et que les établissements doivent composer avec des arbitrages complexes en matière technologique et opérationnelle.

Les entités peuvent toutefois **renforcer la prise en compte des dépendances dans leur analyse du risque opérationnel** en réalisant un inventaire systématique des dépendances critiques couvrant l'ensemble de leurs actifs informatiques – postes de travail, réseaux, matériels, logiciels, services cloud, équipements de sécurité etc.

Bien que complexe, cet exercice est jugé indispensable pour disposer d'une **vision complète de l'exposition au risque**.

Des indicateurs de référence, tels que l'indice de résilience numérique (IRN), développé par un ensemble d'acteurs publics, d'entreprises et d'experts du numérique, peuvent contribuer à cette évaluation.

L'identification des dépendances doit ensuite permettre aux entités d'élaborer des **stratégies de résilience opérationnelle**. Sur le cloud par exemple, il peut s'agir de recourir à plusieurs fournisseurs (stratégie « multi-cloud »), de conserver les données et applications critiques sur leurs propres serveurs ou sur un cloud privé (stratégie de « cloud hybride »), ou encore de préparer une éventuelle sortie en assurant la portabilité des données et des applications.

Enfin, le recours à des solutions open source constitue également une solution intéressante pour réduire les dépendances.

Consultez ici l'intégralité du document : « Cybersécurité : le secteur financier face aux risques de dépendance » - Discours de Denis BEAU, Président désigné de l'ACPR (9 sept. 2026)

ACPR / Intervention sur les nouvelles frontières du risque IA dans le secteur financier

Le Président désigné de l'ACPR (sous-gouverneur de la Banque de France) est intervenu auprès de l'Association des avocats en droit boursier, le 9 septembre 2026 sur les thèmes de l'IA, de la lutte anti-blanchiment, et des risques cyber : quelle régulation pour préserver la stabilité financière ?

Lors de son discours, il a présenté les risques induits par l'IA dans le secteur financier, en les regroupant en trois catégories et en les confrontant aux réponses déjà engagées par les autorités et aux défis qui restent encore à relever.

L'impact sur les citoyens et les consommateurs

Une décision fondée sur l'IA peut être erronée, reproduire ou amplifier certains biais, ou encore devenir difficile à expliquer lorsque les mécanismes qui la sous-tendent sont complexes. Ces risques peuvent affecter l'accès au crédit et à l'assurance, et compromettre la capacité d'un client à comprendre les raisons d'une décision qui le concerne.

Les systèmes utilisés pour l'octroi de crédit et pour l'évaluation des risques et la tarification en assurance font partie des **systèmes « à haut risque »** et devront répondre es qualité à des exigences renforcées de gouvernance, de qualité des données, d'équité, de transparence et de contrôle humain.

L'ACPR sera chargée de la surveillance de ces systèmes à compter de **décembre 2027**, dans le cadre de ses missions de protection de la clientèle et de supervision prudentielle. Elle contribue également à préciser les exigences concrètes dans ce domaine (*cf. le document de réflexion sur l'équité algorithmique dans le secteur financier, qui fait l'objet d'une consultation publique jusqu'à la fin septembre 2026)*.

Les enjeux de cybersécurité et de souveraineté

L'IA **renforce les capacités offensives des attaquants et**, **les systèmes d'IA utilisés par les organisations deviennent eux-mêmes des cibles** – cibles finales, mais aussi cibles « intermédiaires » car, à mesure qu'ils s'intègrent aux processus critiques des institutions financières et se connectent à leurs données et leurs outils, ils ouvrent l'accès à de nombreuses ressources sensibles.

Conformément aux attendus de DORA, **la gestion du risque informatique doit désormais intégrer les risques liés aux nouveaux usages de l'IA pour répondre**. Le règlement européen sur l'IA fixe par ailleurs des exigences spécifiques de cybersécurité pour les systèmes d'IA à haut risque et pour les modèles à usage général les plus puissants. Mais ce cadre n'est probablement pas suffisant pour faire face aux risques des modèles les plus avancés dont les concepteurs eux-mêmes ont du mal à maîtriser la dangerosité *(cf. incident Hugging Face[1])*.

Dans ce contexte, l'ACPR plaide au niveau international pour le déploiement progressif et contrôlé des modèles les plus puissants, ou encore le développement de capacités indépendantes d'évaluation, notamment en Europe.

Les conséquences économiques et financières de l'adoption rapide de l'IA

Nous manquons encore de recul pour mesurer pleinement l'ampleur des transformations induites par l'IA, et notamment ses effets sur la productivité et l'emploi.

À ces incertitudes économiques s'ajoutent des enjeux de stabilité financière. L'IA pourrait d'abord entraîner des recompositions profondes entre entreprises et entre secteurs, avec des conséquences sur les **défaillances d'entreprises de certains secteurs**. D'autre part, et à plus court terme, l'ampleur des capitaux investis dans l'IA et les attentes qu'elle suscite alimentent le débat sur l'**existence d'une possible « bulle »,** avec le risque qu'une révision brutale de ces anticipations entraîne une **correction désordonnée des marchés**.

L'enjeu pour l'Europe est donc double : accélérer, en maitrisant ces risques. Avec le plan de la Commission « *AI Continent* et le *Cloud and AI Development Act* », elle entend précisément stimuler l'adoption de l'IA et mobiliser des investissements importants dans les infrastructures et les capacités de calcul.

Consultez ici l'intégralité du document : « Intelligence artificielle : les nouvelles frontières du risque » - Discours de Denis BEAU, Président désigné de l'ACPR (9 sept. 2026)

[1] *Des agents d'Open AI ont réussi à contourner leur isolement et à se coordonner, jusqu'à ce que près de 700 d'entre eux participent à une attaque de bout en bout*

PROTECTION SOCIALE

AT-MP / Abaissement du plafond des indemnités journalières

Annoncée il y a quelques semaines, par le ministre du Travail et des Solidarités, aux membres de la commission « accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) » de l'Assurance maladie, la réduction du plafond des IJSS vient d'être officialisée par décret. Pour le Gouvernement, l'ambition est en effet de réduire de 840 M€ les dépenses de cette branche dont le déficit pourrait atteindre 1,5 Md€ en 2027.

Pour les arrêts de travail résultant d'un AT ou d'une MP survenant à compter du **1er novembre 2026**, la limite maximale de rémunération annuelle servant de base au calcul des IJSS AT-MP sera donc désormais réduite à hauteur de **0,226 % du PASS** (contre 0,834 % actuellement), soit l'équivalent de 1,8 Smic contre 3,5 Smic jusqu'à présent.

La première, qui serait applicable dès le 1er novembre, consisterait à plafonner l'indemnisation temporaire des AT-MP à hauteur de 1,8 Smic. En modifiant l'article R.433-2 du Code de la sécurité sociale, la volonté du Gouvernement est en effet de réduire la limite maximale de rémunération annuelle servant de base au calcul des IJSS AT-MP à 0,226 % du PASS (contre 0,834 % actuellement).

Par ailleurs, si cette mesure entrainera de facto une baisse du montant des IJSS versées pour les salariés les mieux rémunérés, elle est de toute évidence également susceptible d'avoir un effet indirect sur les régimes de prévoyance et les obligations de maintien de salaire des employeurs qui vont voir accroître leur part complémentaire pour compenser la baisse.

Aussi, cette mesure constitue la première des trois mesures d'économies annoncées pour la branche AT-MP.

Une autre viserait en effet à fiscaliser entièrement les IJ perçues en cas d'AT-MP à compter de 2027, mesure qui devrait être inscrite dans la proposition de prochain budget des finances publiques.

Une troisième prévoirait enfin de tarifer les AT-MP au niveau des entreprises et non plus des établissements, à l'instar de ce que prévoit le régime Alsace-Moselle.

En tout état de cause, les organismes assureurs sont invités à suivre de près les conséquences de cette réforme sur les garanties de prévoyance complémentaire et les mécanismes de maintien de salaire, ainsi que les éventuelles adaptations contractuelles qui pourraient en découler.

Consultez ici l'intégralité du document : Décret n° 2026-909 du 30 septembre 2026 fixant la limite maximale de la rémunération annuelle servant de base au calcul des indemnités journalières dues au titre d'arrêts de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et relatif à la procédure de fixation de la participation des assurés (JO, 1er oct. 2026, texte n° 22)

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