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

BULLETIN DE VEILLE CONFORMITÉ

Édition – Octobre 2026

Ce qu'il faut retenir du mois d'octobre…

- PLFSS 2027 : Premier tour d'horizon des mesures concernant les assureurs de personnes

Présenté en Conseil des ministres le 1er octobre 2026, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2027 vient d'essuyer un premier revers à l'Assemblée Nationale. Rejeté en 1ère lecture le 23 octobre dernier, après le rejet par les députés de sa deuxième partie consacrée aux recettes, le texte sera prochainement examiné au Sénat. Si son contenu demeure ainsi susceptible d'évoluer au cours de la navette parlementaire, plusieurs mesures initialement envisagées méritent toutefois d'ores et déjà l'attention des assureurs de personnes.

- Dommages - IARD : Vers une augmentation du taux de TSCA en assurance automobile

Déposé le 1er octobre 2026 à l'Assemblée Nationale, le Projet de Loi de Finances (PLF) pour 2027 est actuellement en cours d'examen en 1ère lecture par les députés, avec un vote sur la première partie prévu pour le 3 novembre. Parmi les mesures intéressant directement l'assurance, l'article 14 de ce texte prévoit notamment de relever le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats d'assurance automobile couvrant des risques autres que la responsabilité civile obligatoire.

- LCB-FT : De nouvelles précisions sur le devoir de vigilance à l'égard de la clientèle

Le 1er octobre 2026, l'Autorité européenne de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (AMLA) a transmis à la Commission européenne trois projets de normes techniques de réglementation (« RTS ») pris en application du règlement (UE) « AMLR ». Parmi celles-ci, le projet « *RTS Vigilance client* » est particulièrement susceptible d'affecter les processus d'entrée en relation d'affaires et de connaissance client des organismes d'assurance assujettis.

- Protection de la clientèle : Points d'attention et rappels des autorités sur la commercialisation des produits financiers

Le pôle commun ACPR-AMF a publié le 12 octobre 2026 une synthèse des résultats d'une soixantaine de contrôles menés entre 2020 et 2024 sur la commercialisation d'instruments financiers et de contrats d'assurance vie. Ces constats, issus de contrôles ciblés, offrent aux organismes d'assurance qui distribuent ces types de produits, une grille d'autocontrôle particulièrement intéressante pour s'assurer de leur conformité à l'approche de la directive sur la stratégie d'investissement de détail.

- Sécurité SI : Trois acteurs du secteur de l'assurance visés par des fuites massives de données

Les cyberattaquants ne prennent visiblement pas de vacances et ont manifestement le secteur financier dans leur viseur ! En l'espace de 48 heures, trois acteurs du secteur de l'assurance - l'opérateur de tiers payant ACTIL, la mutuelle Mut'com et le courtier ACF Assurances - auraient en effet été victimes de cyberattaques. Une quatrième revendication viserait désormais l'Autorité des marchés financiers (AMF), selon le site French Breaches.

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. GOUVERNANCE ____ 3
ACPR / CHIFFRES DU MARCHE FRANÇAIS DE LA BANQUE ET DE L'ASSURANCE POUR 2025 ____ 3
II. STRATÉGIE ____ 4
PLFSS 2027 / PREMIER TOUR D'HORIZON DES MESURES SUSCEPTIBLES D'IMPACTER LES ASSUREURS DE PERSONNES ____ 4
ASSURANCES PAR BRANCHE ____ 9
I. ASSURANCE SANTÉ ____ 9
LFSS / VICTOIRE POUR LES OCAM !! LE GEL DES TARIFS 2026 ENFIN ANNULE ____ 9
DGCCRF / BILAN DES CONTROLES DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LES FRAIS DE SANTE ____ 9
AMO / CONFIRMATION DU DEREMBOURSEMENT DES ACTES ET PRESTATIONS PRESCRITS PAR LES MEDECINS NON CONVENTIONNES ____ 10
II. ASSURANCE COLLECTIVE ____ 11
ARRÊT DE TRAVAIL / LANCEMENT D'UNE NEGOCIATION INTERPROFESSIONNELLE ____ 11
PSC FONTION PUBLIQUE / CONDITIONS DE SOUSCRIPTION ET DE FINANCEMENT DES CONTRATS COLLECTIFS DE PREVOYANCE DES AGENTS TERRITORIAUX ____ 11
BOSS / INTEGRATION DU FINANCEMENT PATRONAL DES REGIMES DE PROTECTION SOCIALE DANS LE MONTANT NET SOCIAL DES SALARIES ____ 12
III. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES ____ 13
ASSURANCE VIE / VERS UN ENCADREMENT RENFORCE DES CONTRATS DE DROIT ETRANGER DETENUS PAR DES RESIDENTS FISCAUX FRANÇAIS ____ 13
IV. ASSURANCES DOMMAGES – IARD ____ 14
TSCA / VERS UNE AUGMENTATION POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE AUTOMOBILE ____ 14
CATNAT / VERS L'INSTAURATION D'UNE HAUSSE AUTOMATIQUE DU TAUX DE SURPRIME ____ 14
RISQUES ET CONFORMITÉ TOUTES BRANCHES ____ 16
I. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE ____ 16
CCSF / LANCEMENT D'UNE CONSULTATION PUBLIQUE POUR MIEUX IDENTIFIER LES ANARQUES FINANCIERES 16
ACPR-AMF / POINTS D'ATTENTION ET RAPPELS DES AUTORITES SUR LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS FINANCIERS ____ 16
II. LCB-FT - GEL DES AVOIRS ____ 17
AMLA / DE NOUVELLES PRECISIONS SUR LE DEVOIR DE VIGILANCE A L'EGARD DE LA CLIENTELE ____ 17
BÉNÉFICAIRES EFFECTIFS / NOUVEAUX FORMATS HARMONISES DES REGISTRES CENTRAUX ____ 19
GEL DES AVOIRS / MESURES INDIVIDUELLES ____ 20
III. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES ____ 20
COOKIES / SANCTION DE 7 MILLIONS D'EUROS A L'ENCONTRE DU GROUPE FNAC DARTY POUR DEFAUT DE CONSENTEMENT ____ 20
CNIL / CLOTURE DE L'INJONCTION CONTRE FRANCE TRAVAIL POUR LA MISE EN CONFORMITE DE SES DISPOSITIFS DE SECURITE DES DONNEES ____ 21
IV. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI ____ 22
ANSSI / ENSEIGNEMENTS DU RAPPORT D'INCIDENTS SUR LES CYBERATTAQUES CONTRE LA DGFIP ____ 22
CYBERSÉCURITÉ / TROIS ACTEURS DU SECTEUR DE L'ASSURANCE VISES PAR DES FUITES MASSIVES DE DONNEES ____ 23
PROTECTION SOCIALE ____ 24
I. RÉGIME OBLIGATOIRE ____ 24
PMSS / AUGMENTATION DE +1,74 % DU MONTANT POUR 2027 ____ 24
IRCANTEC / HAUSSE PROGRESSIVE DES TAUX DE COTISATIONS JUSQU'EN 2029 ____ 24
II. ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE ____ 25
AT-MP / GENERALISATION DU CALCUL DU TAUX DE COTISATION AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE ____ 25
CONVENTIONS COLLECTIVES ____ 26

GOUVERNANCE – STRATÉGIE – SOLVABILITÉ

I. GOUVERNANCE

ACPR / Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance pour 2025

Le 13 octobre 2026, l'ACPR a publié son rapport retraçant les **chiffres du marché français de la banque et de l'assurance sur l'année 2025**. Malgré un contexte géopolitique incertain, le secteur de l'assurance affiche des résultats globalement bien orientés, portés notamment par le dynamisme de l'assurance vie, l'amélioration des résultats techniques en assurance non-vie et le renforcement de la solvabilité du secteur.

Parmi les principaux enseignements à retenir :

- **La concentration du marché se poursuit**. Fin 2025, le marché français compte 572 organismes d'assurance agréés, soit 4 de moins qu'en 2024, auxquels s'ajoutent 56 mutuelles substituées. Le nombre d'organismes a ainsi diminué de 12 % entre 2018 et 2025 et de 44 % depuis 2010, illustrant la poursuite des opérations de consolidation du secteur notamment marquée par des opérations de fusion entre organismes, en particulier parmi les structures de petite taille.
- **2025 a été une année particulièrement dynamique en assurance vie**. La collecte brute atteint 159,1 Md€ en 2025, tandis que la collecte nette s'élève à 44 milliards d'euros, son niveau le plus élevé depuis 2011. Cette progression repose principalement sur les unités de compte (UC), qui enregistrent 37,6 Md€ de collecte nette, mais également par le retour à une collecte positive des fonds en euros, à hauteur de 6,4 Md€. L'épargne retraite poursuit également son développement.
- **Les résultats techniques s'améliorent en assurance-vie**. Les primes acquises nettes progressent de 5,1 %, à 154 Md€, tandis que les sinistres augmentent plus modérément (+2,6 %). Le ratio combiné moyen s'améliore donc, passant de 96,3 % en 2024 à 94,4 % en 2025. Des fragilités persistent néanmoins dans certaines branches, notamment la construction et les dommages corporels collectifs.
- **Les mutuelles affichent des résultats en hausse et une solvabilité renforcée**. Le résultat net cumulé des organismes d'assurance, toutes catégories confondues, atteint 27,4 Md€ en 2025, en progression de 30 % sur un an. Pour les mutuelles, il passe de 0,2 à 0,7 Md€, portant leur rentabilité des fonds propres de 1,1 % à 3,5 %. Pour les institutions de prévoyance (IP), la rentabilité demeure stable à 4,4 %.
- À l'échelle du secteur, **le bilan prudentiel atteint ainsi 3 147 Md€** (+5,9 %) et le **taux moyen de couverture du capital de solvabilité requis s'établit à 250 %**, en hausse de 11 points sur un an.

Au-delà de ces indicateurs qui traduisent une situation financière globalement favorable, l'ACPR souligne toutefois la persistance de risques macro-financiers et structurels, avec notamment la progression des risques cyber ainsi que l'aggravation des risques liés au changement climatique, lesquels doivent appeler les organismes d'assurance à maintenir une vigilance renforcée.

La bonne orientation des indicateurs financiers ne doit donc pas occulter la nécessité de maintenir une gestion rigoureuse des risques et des exigences prudentielles.

Consultez ici l'intégralité du document : Rapport sur les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance en 2025 (ACPR, 13 oct. 2026)

II. STRATÉGIE

PLFSS 2027 / Premier tour d'horizon des mesures susceptibles d'impacter les assureurs de personnes

Présenté en Conseil des ministres le 1er octobre 2026, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2027 vient d'essuyer un premier revers à l'Assemblée Nationale (AN). Rejeté en première lecture le 23 octobre dernier, après le rejet par les députés de sa deuxième partie consacrée aux recettes, le texte sera donc prochainement transmis au Sénat.

Si son contenu demeure ainsi susceptible d'évoluer au cours de la navette parlementaire, plusieurs mesures initialement envisagées méritent toutefois d'ores et déjà d'attirer spécifiquement l'attention des OCAM, tandis que d'autres, si elles devaient être définitivement adoptées, seront susceptibles d'affecter les assureurs de prévoyance complémentaire, notamment dans la gestion des arrêts de travail et des risques d'incapacité.

Parmi les principales mesures intéressant spécifiquement les OCAM :

- **Reconduction de la contribution exceptionnelle de 2,05 % (article 12)** : Dans la version initiale du texte, le Gouvernement envisageait de **prolonger en 2027 la contribution exceptionnelle mise à la charge des OCAM** par la LFSS pour 2026. Assise sur les cotisations d'assurance maladie complémentaire, elle devait générer un rendement supplémentaire estimé à 1,1 milliard d'euros. **A la suite de l'adoption en bloc de plusieurs amendements de suppression, issus de tous bords politiques confondus, cette mesure a pour le moment été retirée du texte** (N°6 ; N°574 ; N°693 ; N°834 ; N°883 ; N°884 ; N°1611 ; N°2278 ; N°2543).

  A ce stade, la reconduction de cette mesure demeure donc particulièrement incertaine. À noter également que le projet initial ne prévoyait pas de reconduire le mécanisme d'encadrement tarifaire associé à cette contribution pour 2026, lequel a de toute manière été récemment censuré par le Conseil constitutionnel (*cf. notre article infra « LFSS / Victoire pour les OCAM !! Le gel des tarifs 2026 enfin annulé »*).

N.B : En complément de cette contribution qui, fort heureusement, est à cette heure supprimée, un **amendement débattu dans l'hémicycle, mais finalement rejeté** (N°2754), proposait de mettre à la charge des OCAM une seconde contribution exceptionnelle pour 2027, en prenant cette fois pour référence non plus les cotisations collectées mais leur situation prudentielle. **Fixée à 10 %**, avec un plafonnement pour les organismes exerçant plusieurs activités, en fonction de la part de la complémentaire santé dans leur activité totale, **elle aurait été assise sur la fraction de leurs fonds propres excédant deux fois leur capital de solvabilité requis (SCR)**.

- **Réduction du taux de TSA sur les contrats responsables (après l'article 12) :** Plusieurs amendements discutés en séance publique à l'Assemblée Nationale, dont certains ont été travaillés avec les fédérations, proposaient :
  - De **ramener de 13,27 % à 5,5 % le taux de taxe de solidarité additionnelle (TSA) applicable aux contrats responsables, voire même à 2,1 % pour ceux souscrits individuellement par des assurés ne bénéficiant ni d'un avantage fiscal (Madelin) ni d'une participation de leur employeur** (N°1613 ; N°1036 ; N°1243) ;
  - De définir un nouveau **taux de TSA fixé à 5 % applicable spécifiquement à des garanties supplémentaires qui seraient incluses dans les contrats et qui permettraient le remboursement de thérapeutiques non médicamenteuses** non prises en charge par l'AMO mais validées par la HAS (N°101).

  L'ensemble de ces amendements ont été rejetés. Ces propositions, si elles devaient revenir dans le débat et être retenues in fine, modifieraient toutefois sensiblement la fiscalité applicable aux contrats responsables et pourraient ouvrir la voie à une différenciation de la taxation selon les modalités de souscription et la situation des assurés.

- **Maintien du taux réduit de TSA aux retraités agricoles (après l'article 12) :** Avant le rejet du PLFSS par l'Assemblée Nationale, quatre amendements adoptés en séance publique (N°685 ; N°930 ; N°1428 ; N°2041) ont permis d'inscrire expressément à l'article L.862-4 du Code de la sécurité sociale le **bénéfice du taux réduit de TSA de 6,27 % pour les contrats responsables et solidaires souscrits par les retraités non-salariés agricoles**, de manière à mettre fin à l'interprétation de l'URSSAF qui contestait l'application de ce taux pour les retraités ne résidant plus sur l'exploitation agricole.

- **Prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation des infirmiers à domicile (article 23 - non examiné en 1ère lecture à l'AN) :** Cet article prévoit d'étendre la prise en charge par l'AMO aux actes d'assistance à la téléconsultation réalisés par les infirmiers salariés des sociétés de téléconsultation agréées. Pour ouvrir droit à prise en charge, ces interventions devront être effectuées sur le lieu de vie habituel ou temporaire du patient, ce qui inclut aussi bien son domicile que les établissements accueillant des personnes vulnérables ou dépendantes (EHPAD).

- **Nouveau report pour le déploiement de la complémentaire santé dans la fonction publique hospitalière (article 26 - non examiné en 1ère lecture à l'AN) :** Initialement prévue au 1er janvier 2026, puis reportée à 2027 par la LFSS pour 2026, l'entrée en vigueur de l'obligation de mise en place d'une couverture complémentaire santé collective pour les agents de la fonction publique hospitalière (FPH) serait à nouveau **reportée d'un an supplémentaire, soit au 1er janvier 2028**. Dans l'intervalle, les employeurs publics devraient toutefois **verser, dès le 1er janvier 2027, une participation forfaitaire** aux agents justifiant être couverts par un contrat conforme aux exigences réglementaires des contrats responsables. Son montant sera déterminé par décret après concertation avec les partenaires sociaux.

- **Prise en charge des vaccinations (article 27 - non examiné en 1ère lecture à l'AN) :** Le PLFSS prévoit une évolution des modalités de prise en charge de certains vaccins administrés en établissement de santé et en EHPAD, en complément des financements existants. Cette évolution ne constituerait pas, en elle-même, un transfert de charges vers les organismes mais appelle toutefois une attention particulière de ces derniers.

- **Réévaluation du remboursement et des conditions de délivrance des médicaments (article 30 - non examiné en 1ère lecture à l'AN) :** Les dispositions de cet article prévoient d'instaurer de nouvelles procédures de réévaluation du maintien du remboursement de certains médicaments par l'AMO. La HAS pourra notamment être saisie par les ministres chargés pour réexaminer leur pertinence au regard des progrès scientifiques et des alternatives thérapeutiques disponibles. Une réévaluation annuelle du service médical rendu (SMR) de certains médicaments ou classes thérapeutiques serait également prévue.

  En parallèle, l'ANSM se verrait confier une mission de réévaluation des conditions de prescription obligatoire de certains médicaments, afin de permettre, lorsque les conditions de sécurité et de bon usage le justifient, leur délivrance sans prescription médicale pour certaines indications ou durées de traitement. Pour les OCAM, cette réforme pourrait ainsi avoir des incidences directes sur le périmètre des dépenses de médicaments restant à la charge des assurés et sur la répartition de ces dépenses avec l'AMO.

Parmi les mesures susceptibles d'affecter le domaine de la prévoyance collective et autres mesures relatives à la protection sociale :

- **Durcissement de la fiscalité applicable aux indemnités journalières ALD et AT-MP :** Le projet intègre dans sa trajectoire financière, une fiscalisation partielle à 50 % des indemnités journalières (IJSS) versées au titre des ALD et une fiscalisation complète de celles versées au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Il prévoit par ailleurs une augmentation de trois points de la CSG applicable aux indemnités journalières maladie. Dans ses projections d'équilibre pour 2027, le projet intègre également une évolution du financement de la branche AT-MP, notamment par une réforme de la tarification applicable aux entreprises. Ces mesures, dont la mise en œuvre relève notamment des dispositions fiscales du projet de loi de finances pour 2027, seront ainsi susceptibles d'affecter le revenu de remplacement perçu par les assurés et d'avoir notamment des répercussions sur le coût des risques professionnels supportés par les employeurs et indirectement, sur les équilibres des garanties de prévoyance couvrant l'incapacité et l'invalidité d'origine professionnelle.

- **Nouveau congé anticipatoire de départ en retraite à 62 ans (article 6 *ter*) :** Dans le but de faire obstacle à l'application de la réforme des retraites de 2023, les députés ont adopté, en 1ère lecture, un amendement visant à reconnaitre, au bénéfice des salariés du secteur privé, le **droit à un congé anticipatoire de retraite pour ceux ayant atteint l'âge de 62 ans et qui auront cotisé au moins 168 trimestres (42 annuités)** et ce, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite au taux plein (N°2748). Ce congé serait rémunéré par une fraction du salaire égale au montant de la pension de retraite au taux plein due au salarié bénéficiaire. Versée par l'employeur, celle-ci ouvrirait droit à une réduction de cotisations sociales, dans des limites fixées par décret, tenant compte de la taille de l'entreprise, du nombre de salariés bénéficiaires du congé et de la durée de ces congés.

  N.B : Pour les assureurs, la création de ce nouveau dispositif de congé anticipatoire de départ en retraite, pourrait avoir des **conséquences indirectes sur la gestion des contrats collectifs de prévoyance et des régimes de retraite supplémentaire**. En permettant à certains salariés de cesser leur activité plusieurs années avant l'âge légal de départ à la retraite, le dispositif est en effet susceptible de modifier les conditions de maintien des garanties collectives, les règles d'affiliation et de cessation des couvertures, ainsi que les modalités de calcul des cotisations et des prestations assises sur la rémunération.

Les assureurs devront notamment examiner l'articulation de ce nouveau congé avec les stipulations contractuelles relatives à la suspension du contrat de travail et au maintien des garanties, dans l'attente de précisions sur le statut social des bénéficiaires et les conditions de leur couverture pendant cette période.

- **Elargissement du congé de proche aidant (article 7 *quinquies*) :** Un amendement adopté en 1ère lecture, à l'initiative des députés du groupe Écologiste et Social (N°2741), propose d'élargir le bénéfice du congé de proche aidant aux **salariés accompagnant une personne atteinte d'une maladie d'une particulière gravité nécessitant une présence soutenue et des soins contraignants, sans condition préalable de handicap ou de perte d'autonomie**.

  Il prévoit également de prolonger l'indemnisation au-delà de l'épuisement des droits à l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), par le **versement d'une indemnité journalière par l'employeur** d'un montant équivalent à celui de l'allocation.

N.B : Pour les assureurs de prévoyance collective, ces évolutions, en ce qu'elles sont susceptibles d'accroître le nombre et la durée des absences de salariés, soulèvent ainsi la **question du maintien des garanties et de leur articulation avec les règles contractuelles applicables en cas de suspension du contrat de travail**.

- **Création d'un régime social incitatif pour les prestations de prévention en entreprise (article 7 *sexies*) :** Des dispositions introduites par voie d'amendements (N°3143 ; N°3173) prévoient d'exclure de l'assiette des cotisations sociales, dans la limite de 150 € par salarié et par an, les sommes financées par l'employeur au titre de services collectifs de prévention et d'orientation vers les soins, notamment en matière de dépistage organisé des cancers, d'accès aux soins et de prévention de la désinsertion professionnelle. Le bénéfice de cette exonération serait subordonné à plusieurs conditions tenant notamment à la nature des services proposés, à leur mise en œuvre sous la responsabilité de professionnels de santé, au respect du secret médical, du caractère collectif des prestations et à leur gratuité pour les salariés. Les sommes concernées demeureraient toutefois assujetties au forfait social.

N.B : Pour les assureurs de personnes, cette mesure pourrait ouvrir de **nouvelles perspectives de développement de prestations et/ou services de prévention associés aux contrats collectifs de prévoyance ou de frais de santé**, notamment en matière de dépistage et d'accompagnement des salariés. Elle semble également présenter un intérêt au regard des dispositifs de haut degré élevé (HDS) mis en œuvre dans les branches professionnelles, avec lesquels les prestations concernées pourraient présenter des complémentarités, voire des possibilités d'articulation, sous réserve de veiller au respect des conditions d'éligibilité à l'exonération et à l'étanchéité des données de santé à l'égard de l'employeur.

- **Création d'une nouvelle allocation de remplacement pour les non-salariés agricoles (article 36 - non examiné en 1ère lecture à l'AN) :** Cet article prévoit la création d'une **allocation destinée aux non-salariés agricoles (chefs d'exploitation, aides familiaux, associés ou collaborateurs) contraints d'interrompre leur activité pour s'occuper d'un enfant atteint d'une maladie grave, handicapé ou victime d'un accident d'une particulière gravité**. Cette allocation permettra de financer leur remplacement dans les travaux de l'exploitation, **dans la limite de 100 jours, répartis au cours d'une période dont la durée sera fixée par décret** (possiblement 3 ans), avec une possibilité de renouvellement sous les mêmes conditions que celles applicables à l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

Elle **se substituera à l'AJPP**, sauf en cas de remplacement impossible auquel cas l'AJPP restera accessible. L'entrée en vigueur serait prévue à une date fixée par décret, au plus tard le **1er juillet 2027**.

En pratique, les OCAM devront donc suivre attentivement la poursuite des discussions parlementaires, en particulier sur la contribution exceptionnelle et les éventuels transferts de charges. Pour les assureurs de prévoyance collective, les évolutions relatives aux arrêts de travail et à l'indemnisation des risques professionnels appellent également une vigilance particulière, notamment au regard de leurs conséquences potentielles sur les prestations servies et l'équilibre technique des régimes et des contrats collectifs.

Consultez ici l'intégralité du document : PROJET DE LOI de financement de la sécurité sociale pour 2027 (Texte résultant des délibérations de l'Assemblée nationale à l'issue de la troisième séance du 22 octobre 2026)

ASSURANCES PAR BRANCHE

I. ASSURANCE SANTÉ

LFSS / Victoire pour les OCAM !! Le gel des tarifs 2026 enfin annulé

L'épilogue est sans réelle surprise mais mérite d'être souligné !

Par une décision du 23 octobre 2026 (n° 2026-1230/1231 QPC), le Conseil constitutionnel déclare **contraire à la Constitution le gel des cotisations d'assurance maladie complémentaire instauré par la LFSS pour 2026**. Plus précisément, ce sont exclusivement les dispositions de la seconde phrase du 2ème alinéa du paragraphe I de l'article 13 de la Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025, en ce qu'elles prévoient que « qui sont déclarées contraire

Il juge que **l'interdiction de toute hausse tarifaire, quelle qu'en soit la cause, porte une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle** des organismes complémentaires, en les empêchant notamment de tenir compte de l'évolution structurelle du coût des prestations.

La censure prend effet dès la publication de la décision, sans report dans le temps. Elle s'applique également aux affaires non définitivement jugées à cette date.

Consultez ici l'intégralité du document : Décision n° 2026-1230/1231 QPC du 23 octobre 2026 (JO, 24 oct. 2026, texte n° 89)

DGCCRF / Bilan des contrôles des professionnels de santé sur l'information des patients sur les frais de santé

La DGCCRF a publié le 12 octobre 2026 les résultats d'une enquête menée en 2025-2026 sur l'information des patients, sur les prix des prestations de santé, par les professionnels de santé libéraux et les structures d'exercice collectif. **Sur plus de 1 100 établissements contrôlés, 39% ont fait l'objet d'une suite corrective ou répressive**.

Les **chirurgiens-dentistes**, priorité de l'année, sont les plus exposés. Sur plus de 525 praticiens contrôlés, 52% présentaient au moins un manquement d'affichage et 26% un manquement documentaire (devis absent ou non conforme, documents de traçabilité des couronnes et implants non remis au patient, etc.). Des devis mentionnaient à tort une origine française des prothèses, parfois du fait d'un paramétrage par défaut du logiciel. Chez les médecins, 55% omettaient des mentions obligatoires sur le conventionnement, les dépassements d'honoraires ou les tarifs.

Les structures d'exercice collectif concentrent les pratiques les plus contestables. Un centre d'imagerie laissant croire à des praticiens en secteur 1, alors que les trois quarts pratiquaient des dépassements, a accepté une amende transactionnelle de 150 000 euros. Des procédures sont en cours contre la facturation de frais d'accès, de rendez-vous ou d'archivage.

La DGCCRF relève enfin des **difficultés croissantes autour des notes d'honoraires** : paiements exigés en espèces, écarts entre les sommes déclarées à l'Assurance maladie et celles réglées par le patient, frais administratifs facturés.

Près de 90% des manquements ont été corrigés, les amendes administratives dépassent 130 000 euros et la DGCCRF maintient la pression de contrôle.

Pour les OCAM, ces constats invitent à une vigilance particulière sur les pratiques des professionnels et structures de santé avec lesquels ils sont en relation et constituent autant de **signaux d'alerte à prendre en considération dans le cadre de leurs dispositifs de lutte contre la fraude** : écarts entre les sommes facturées aux patients et celles déclarées à l'Assurance maladie, facturation de frais injustifiés ou discordances documentaires sont en effet autant de pratiques qui justifient un **renforcement des contrôles et du recoupement des informations relatives aux prestations prises en charge**.

Consultez ici l'intégralité du document : Résultats d'enquête sur l'information du patient consommateur par les professionnels de santé (DGCCRF, 12 oct. 2026)

AMO / Confirmation du déremboursement des actes et prestations prescrits par les médecins non conventionnés

Dans une décision du 1er octobre 2026, le Conseil d'État a rejeté le recours de plusieurs syndicats de médecins contestant la constitutionnalité de l'**article 76 de la LFSS pour 2026** et sollicitant à ce titre que la question de la conformité de cette disposition aux droits et libertés garantis par la Constitution soit renvoyée au Conseil constitutionnel.

Pour mémoire, en complétant les dispositions de l'article L.162-5-10 du Code de la sécurité sociale, cet article prévoit qu'**à compter du 1er janvier 2027**, **les produits de santé, actes et prestations prescrits par un médecin non adhérent à la convention médicale (secteur 3) ne seront plus remboursés par l'Assurance maladie**, sous réserve de l'exception prévue pour les prescriptions effectuées gracieusement au bénéfice du médecin lui-même et de ses proches (cf. article L.162-5-10 du Code de la sécurité sociale).

Le Conseil d'État a en effet estimé que la différence de traitement entre patients, selon le statut conventionnel de leur médecin, ne présentait pas de caractère anticonstitutionnel.

Pour les organismes de complémentaire santé, cette décision confirme bien l'entrée en vigueur prévue de cette évolution.

Dès le 1er janvier 2027, les actes et prescriptions concernées ne seront donc plus remboursées par l'Assurance maladie, ce qui soulève la question de leur éventuelle prise en charge par les complémentaires santé. Il conviendra donc de vérifier les conditions de remboursement prévues par les contrats, sans présumer que l'absence de remboursement par l'Assurance maladie entraîne automatiquement l'exclusion de toute prise en charge complémentaire.

Ce d'autant que cette exclusion ne figure pas spécifiquement au rang des exclusions de prise en charge des contrats responsables et que les OCAM sont donc libres de déterminer selon quelles modalités ils souhaitent intervenir pour la couverture de ces prestations.

Consultez ici l'intégralité du document : Décision CE, 1er oct. 2026, N° 517230

II. ASSURANCE COLLECTIVE

ARRÊT DE TRAVAIL / Lancement d'une négociation interprofessionnelle

Face à la hausse de 10 % du nombre d'arrêts maladie indemnisés entre 2019 et 2025, qui atteignent 9,1 millions pour un coût de 17,9 Md€ pour l'Assurance maladie, les partenaires sociaux ont lancé, le 29 octobre 2026, sur saisine préalable » du Gouvernement, une négociation visant à réformer structurellement leur prise en charge. L'objectif fixé par le Gouvernement est de dégager 1 Md€ d'économies en année pleine, avec un accord attendu au plus tard le 19 décembre.

Les discussions porteront notamment sur la prévention et l'accompagnement du retour à l'emploi, les paramètres d'indemnisation (durée, plafonds et complément employeur) ainsi que la responsabilisation des différents acteurs. Le calendrier prévoit une séance consacrée aux paramètres d'indemnisation le 2 décembre, avant une réunion conclusive le 14 décembre.

Pour les assureurs de prévoyance collective, les arbitrages relatifs au complément employeur et aux modalités d'indemnisation pourraient avoir des répercussions sur les régimes collectifs et l'équilibre des garanties incapacité de travail. Il conviendra donc de suivre les conclusions de cette négociation, dont les éventuelles traductions législatives ou réglementaires pourraient conduire à réexaminer les garanties et les équilibres techniques des contrats concernés.

PSC FONTION PUBLIQUE / Conditions de souscription et de financement des contrats collectifs de prévoyance des agents territoriaux

Pris en application de la loi n° 2025-1251 du 22 décembre 2025 sur la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux, deux décrets du 23 octobre 2026 précisent les **conditions de souscription et de financement des contrats collectifs de prévoyance des agents territoriaux**, et les **garanties minimales** qu'ils devront comporter.

Le dispositif concerne les **fonctionnaires territoriaux, titulaires ou stagiaires**, ainsi que les **agents contractuels de droit public employés et rémunérés par les collectivités territoriales et leurs établissements publics**, y compris certaines catégories spécifiques d'agents. Des dispenses d'adhésion sont toutefois prévues, notamment pour les contrats de travail de moins de six mois, certains agents déjà couverts à titre individuel et certains agents à temps non complet ou apprentis.

Le **décret n° 2026-986** redéfinit ainsi les **conditions d'accès au marché**. Les employeurs territoriaux devront sélectionner leur organisme assureur — entreprise d'assurance, mutuelle ou institution de prévoyance — dans le cadre d'un marché public portant sur un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Conclus pour six (6) ans, ces marchés pourront être prolongés d'un an au maximum. La sélection reposera notamment sur la qualité des garanties au regard du tarif, la maîtrise financière du dispositif, les capacités prudentielles des candidats et la qualité de gestion des prestations.

Le texte encadre également l'**équilibre technique** des contrats. Les hausses tarifaires seront **limitées à 15 %** et admises uniquement dans certaines circonstances, telles qu'une aggravation significative de la sinistralité ou une évolution du nombre d'agents. Les cotisations devront être exprimées en **pourcentage de la rémunération**, à taux égal pour les agents actifs et sans modulation selon l'âge ou l'état de santé. L'assureur devra, en outre, **transmettre chaque année un rapport sur les résultats du contrat**.

Le **décret n° 2026-987**, pour sa part, complète ces règles en définissant un socle minimal de garanties en matière d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité, pour les agents relevant aussi bien du régime de la CNRACL que du régime général. Il prévoit également un réexamen de ces garanties au bout de trois ans.

Ces dispositions doivent de toute évidence conduire les assureurs à adapter leurs offres, leurs politiques tarifaires et les modalités de gestion des contrats concernés, en anticipation de l'entrée en vigueur du nouveau cadre, prévue au plus tard le **1er janvier 2029** en l'absence de convention de participation en cours à la date de publication des décrets, ou à l'échéance de la convention existante si celle-ci intervient avant cette date.

Consultez ici l'intégralité des documents : Décret n° 2026-986 du 23 octobre 2026 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de prévoyance des agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (JO, 24 oct. 2026, texte n° 32) ; Décret n° 2026-987 du 23 octobre 2026 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture du risque prévoyance des agents publics territoriaux (JO, 24 oct. 2026, texte n° 33)

BOSS / Intégration du financement patronal des régimes de protection sociale dans le montant net social des salariés

Selon une mise à jour de la rubrique « Montant net social » du Bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS) en date du 2 octobre 2026, la **part patronale** pour le financement des garanties collectives de protection sociale complémentaire (santé, prévoyance et retraite supplémentaire) ainsi que le versement santé constituent désormais des éléments qui devront être intégrés au calcul du montant net social (MNS) pour les revenus versés à compter du **1er janvier 2027**.

Suivant un correctif mis en ligne le 28 octobre, la **participation financière du CSE**, assimilée à une participation patronale et qui se cumule donc avec celle de l'employeur, quand bien même elle a pour objet de « *prendre en charge une partie de la cotisation salariale obligatoire* », devra également y être intégrée.

Cette évolution, annoncée sur la base d'un projet de décret en Conseil d'État dont les caisses de sécurité sociale sont actuellement saisies pour avis, conduirait en outre à inclure ces contributions patronales dans le MNS, qu'elles se situent ou non dans les limites d'exonération sociale applicables. Les cotisations salariales resteraient, quant à elles, déduites selon les règles en vigueur.

Pour les assureurs, cette modification n'emporte pas d'impact direct sur les garanties ou les cotisations des contrats concernés, mais appelle une vigilance particulière quant à l'accompagnement et l'information des entreprises souscriptrices sur les conséquences de cette évolution, notamment en matière de paie et de déclaration sociale nominative (DSN).

Cette modification est également susceptible d'avoir des répercussions sur les droits de certains salariés aux prestations sociales calculées à partir du montant net social, notamment la prime d'activité et le revenu de solidarité active (RSA).

La publication du décret définitif reste toutefois attendue pour confirmer les modalités de cette évolution.

Consultez ici l'intégralité du document : Rubrique « Montant net social » (BOSS, version en vigueur au 01/11/2026)

III. ASSURANCE VIE DÉCÈS OBSÈQUES

ASSURANCE VIE / Vers un encadrement renforcé des contrats de droit étranger détenus par des résidents fiscaux français

Déposé le 1er octobre 2026 à l'Assemblée Nationale, le Projet de Loi de Finances (PLF) pour 2027 est actuellement en cours d'examen en 1ère lecture par les députés, après le rejet de sa première partie en Commission des finances et un vote sur cette première partie attendu pour le 3 novembre.

Parmi les mesures intéressant directement le secteur de l'assurance, l'article 6 du PLF 2027, intitulé « *Protection du modèle de l'assurance-vie* », entend mettre fin aux différences de traitement entre les contrats d'assurance vie de droit français et les contrats de droit étranger détenus par des résidents fiscaux français.

Cet article prévoit ainsi de **subordonner le bénéfice de certains avantages fiscaux attachés à ces contrats (abattements et taux réduit d'imposition de 7,5 % sur les gains, ainsi qu'exonération de droits de mutation à titre gratuit sur le capital correspondant aux primes versées avant 70 ans) au respect de 3 exigences** :

- Un **versement des primes exclusivement en numéraire**, à l'exclusion des apports de titres, à compter du 1er octobre 2026 ;
- Un **investissement dans des actifs répondant aux règles de protection de l'épargne** prévues à l'article L.131-1 du Code des assurances ;
- L'**interdiction de détenir des titres de sociétés contrôlées directement ou indirectement par le souscripteur**.

Pour les assureurs, notamment ceux établis dans d'autres États membres de l'Union européenne et commercialisant des contrats auprès de résidents français, cette réforme pourrait nécessiter une adaptation des caractéristiques des contrats, des politiques d'investissement et des procédures de contrôle des actifs détenus, afin de garantir le maintien des avantages fiscaux pour les souscripteurs.

Elle soulèvera également des enjeux de gestion des contrats en cours et d'information des assurés sur les conséquences fiscales d'une éventuelle non-conformité.

Consultez ici l'intégralité du document : PROJET DE LOI de finances pour 2027 (texte résultant des délibérations de l'Assemblée Nationale au 30 oct. 2026)

IV. ASSURANCES DOMMAGES – IARD

TSCA / Vers une augmentation pour les contrats d'assurance automobile

Déposé le 1er octobre 2026 à l'Assemblée Nationale, le Projet de Loi de Finances (PLF) pour 2027 est actuellement en cours d'examen en 1ère lecture par les députés, après le rejet de sa première partie en Commission des finances et un vote sur cette première partie attendu pour le 3 novembre.

Parmi les mesures intéressant directement le secteur de l'assurance, l'article 14 du PLF 2027, non encore examiné, prévoit de **relever de 18 % à 18,9 % le taux de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) applicable aux contrats d'assurance automobile couvrant des risques autres que la responsabilité civile obligatoire**.

Si elle est définitivement adoptée à l'issue de l'examen du texte, seraient ainsi visées par cette majoration du taux de TSCA les **garanties complémentaires facultatives** susceptibles d'être souscrites séparément ou d'être regroupées dans une formule dite « tous risques », soit notamment la garantie « dommages matériels » qui couvre les dommages causés au véhicule, la garantie « bris de glace » ou encore la garantie « dommages corporels subis par le passager ».

Cette augmentation de 0,9 point s'inscrit dans le contexte des importants incendies qui ont frappé plusieurs départements français durant l'été et devrait générer environ 200 millions d'euros de recettes supplémentaires, destinées au budget général de l'État afin de renforcer les moyens opérationnels des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

Pour les assureurs, cette mesure entraînerait une augmentation de la fiscalité applicable aux garanties facultatives des contrats automobiles, susceptible de se répercuter sur le montant des primes acquittées par les assurés. Elle impliquera également, pour les organismes concernés, une adaptation des paramètres de tarification et des modalités de collecte de la taxe, pour une entrée en vigueur prévue au **1er janvier 2027**.

Consultez ici l'intégralité du document : PROJET DE LOI de finances pour 2027 (texte résultant des délibérations de l'Assemblée Nationale au 30 oct. 2026)

CatNat / Vers l'instauration d'une hausse automatique du taux de surprime

Adoptée le 8 avril 2026 en première lecture par l'Assemblée Nationale, la **proposition de loi visant à reconnaître une politique nationale d'adaptation au changement climatique et à adapter les mécanismes d'assurance** (dite « Loi Barusseau ») vient de franchir une nouvelle étape de son examen parlementaire, avec son adoption par le Sénat le 19 octobre dernier.

Dans sa version initiale, le texte entendait renforcer la résilience des territoires et préserver l'accès à l'assurance face à l'intensification des risques climatiques, en adaptant notamment le régime des catastrophes naturelles (CatNat). Plus spécifiquement, il prévoyait de consacrer dans le code de l'environnement le Plan national d'adaptation au changement climatique (PNACC) et la Trajectoire de référence pour l'adaptation au changement climatique (TRACC), d'introduire un mécanisme de réparation résiliente des biens sinistrés au titre du régime CatNat et d'autoriser une majoration de la surprime CatNat pour certaines catégories de biens situés dans les zones les plus exposées.

Ainsi, dans le texte transmis au Sénat, l'article 3 prévoyait déjà un réexamen du taux de la surprime CatNat au moins tous les cinq ans. Il autorisait également les assureurs à majorer cette surprime pour certaines catégories de biens particulièrement exposés, notamment les résidences secondaires et les biens professionnels dont la valeur assurée dépasse 20 millions d'euros.

A l'occasion de son examen, le Sénat a toutefois modifié sensiblement ce dispositif en actant que cette revalorisation ne relèvera plus d'un simple réexamen quinquennal mais fera l'objet d'une **réévaluation automatique, au moins tous les cinq ans**, après avis de la Caisse centrale de réassurance (CCR), de manière à lisser dans le temps les augmentations dans le temps et d'éviter les hausses brutales. En contrepartie, il a en outre supprimé la possibilité de majoration ciblée de la surprime pour les biens précités. Le texte adopté prévoit toutefois la possibilité de différencier le taux de surprime entre les entreprises et les particuliers.

Pour les assureurs, cette évolution devrait donc se traduire par une actualisation plus régulière du coût de la garantie CatNat, sans toutefois leur permettre de moduler individuellement la surprime en fonction de l'exposition de certaines catégories de biens. Le texte, qui doit encore être examiné en deuxième lecture par l'Assemblée nationale, est par ailleurs susceptible d'évoluer à nouveau.

Consultez ici l'intégralité du document : PROPOSITION DE LOI, modifiée par le Sénat, visant à reconnaître une politique nationale d'adaptation au changement climatique et à adapter les mécanismes d'assurance (texte n° 3352, adopté le 19 oct. 2026)

RISQUES ET CONFORMITÉ TOUTES BRANCHES

I. PROTECTION DE LA CLIENTÈLE

CCSF / Lancement d'une consultation publique pour mieux identifier les anarques financières

À la demande du Gouvernement, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a lancé, le 13 octobre 2026, une **consultation publique destinée à mieux comprendre les mécanismes des fraudes et escroqueries financières**, notamment les méthodes utilisées par les fraudeurs pour entrer en contact avec leurs victimes.

Ouverte aux particuliers comme aux professionnels victimes d'une fraude ou d'une escroquerie ayant entrainé une perte financière, cette consultation doit contribuer à dégager des pistes de prévention. Les réponses peuvent être déposées **jusqu'au 30 novembre 2026**.

Cette initiative constitue un point d'attention transversal en matière de prévention de la fraude et de protection de la clientèle. Elle invite notamment à réexaminer les dispositifs de sensibilisation des assurés, les procédures de vérification des demandes et les mesures de prévention des usurpations d'identité, dans un contexte où les escroqueries peuvent affecter aussi bien la souscription que la gestion des contrats et des prestations.

Consultez ici l'intégralité du document : Consultation sur les fraudes et escroqueries en matière financière (CCSF, 13 oct. 2026)

ACPR-AMF / Points d'attention et rappels des autorités sur la commercialisation des produits financiers

Le pôle commun AMF-ACPR a publié le 12 octobre 2026 une synthèse des résultats d'une soixantaine de contrôles menés entre 2020 et 2024 sur la commercialisation d'instruments financiers et de contrats d'assurance vie. Ces constats, issus de contrôles ciblés, ne reflètent pas le niveau moyen de conformité du marché mais ont une **vocation pédagogique**, à l'approche de la directive sur la stratégie d'investissement de détail.

En matière de gouvernance des produits, les marchés cibles restent souvent trop standardisés. En assurance, ils doivent être différenciés selon les garanties, la faculté de rachat et les unités de compte proposées. **Le marché cible négatif est fréquemment absent**, alors qu'il s'impose par exemple pour des produits risqués face à une clientèle financièrement fragile. Les autorités relèvent aussi un réexamen des produits parfois trop espacé et une faible exploitation des réclamations.

Sur le conseil, des recommandations standardisées persistent, faute d'un recueil suffisant de la situation patrimoniale, des revenus et des charges du client. La capacité d'épargne repose trop souvent sur sa seule déclaration et la traçabilité des motifs du conseil reste lacunaire. En assurance-vie, la fiscalité, la transmission et la clause bénéficiaire ne sont pas toujours prises en compte. Le devoir de conseil dans la durée, obligatoire depuis le 24 octobre 2024, impose désormais d'actualiser régulièrement les informations du client.

Enfin, **les dispositifs de gestion des conflits d'intérêts sont souvent génériques, avec des cartographies incomplètes et des registres rarement à jour**. Les autorités visent notamment les liens de groupe entre distributeur et partenaires, les écarts de commissionnement entre unités de compte de même nature et les rémunérations variables fondées sur des critères quantitatifs.

Le message adressé aux professionnels par l'ACPR et l'AMF est donc clair : **au-delà de l'existence de procédures formelles, les organismes doivent poursuivre leurs efforts pour assurer une application effective et individualisée des exigences réglementaires, en particulier en matière de gouvernance des produits, de devoir de conseil et de prévention des conflits d'intérêts, et être en mesure d'en justifier concrètement auprès des autorités de contrôle**.

Pour les organismes d'assurance qui distribuent des produits d'épargne ou d'assurance vie, le document offre à cet égard une grille d'autocontrôle directement exploitable, en complément des recommandations ACPR 2024-R-01 (distribution), 2024-R-02 (réclamations) et 2024-R-03 (devoir de conseil).

Consultez ici l'intégralité du document : Commercialisation d'instruments financiers et de contrats d'assurance-vie : points d'attention et rappels des autorités (ACPR-AMF, 12 oct. 2026)

II. LCB-FT - GEL DES AVOIRS

AMLA / De nouvelles précisions sur le devoir de vigilance à l'égard de la clientèle

Le 1er octobre 2026, l'Autorité européenne de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (AMLA) a transmis à la Commission européenne trois projets de normes techniques de réglementation (« RTS » pour « *Regulatory Technical Standards* »), pris en application du règlement (UE) 2024/1624 du 31 mai 2024 (aussi appelé « AMLR » pour « *Anti-Money Laundering Regulation* »).

Ces RTS précisent respectivement les **critères de distinction entre relation d'affaires, transaction occasionnelle et transactions liées**, les **exigences applicables aux dispositifs LCB-FT à l'échelle des groupes** et les **mesures de vigilance à l'égard de la clientèle**. Ce dernier projet (aussi appelée « *RTS Vigilance client* »), fondé sur l'article 28, paragraphe 1, de l'AMLR, est particulièrement **susceptible d'affecter les processus d'entrée en relation d'affaires et de connaissance client des organismes d'assurance assujettis**.

Ce projet de « RTS Vigilance client » précise tout d'abord les données d'identification à recueillir. Pour les personnes physiques, les organismes devront notamment **collecter l'ensemble des noms et prénoms figurant sur le document d'identité**, ainsi que le **lieu de naissance** tel qu'il y est indiqué.

Ils devront également **prendre des mesures raisonnables pour déterminer si la personne détient plusieurs nationalités**, enregistrer celles qu'elle déclare et en vérifier au moins une. Le numéro national d'identification devra être recueilli lorsqu'il est applicable, de même que le numéro d'identification fiscale lorsqu'il est disponible. Des documents d'identité alternatifs sont par ailleurs admis pour les personnes apatrides, réfugiées ou bénéficiant d'une protection subsidiaire.

S'agissant de la **vérification de l'identité**, le recours à un document officiel d'identité ou à un moyen d'identification électronique conforme aux exigences eIDAS demeure la règle, y compris lorsque la vérification est réalisée en face à face.

Les solutions alternatives de vérification à distance ne pourront être utilisées que si le client ne peut raisonnablement présenter son document en personne et n'a pas accès à un moyen d'identification électronique conforme. L'organisme devra alors justifier ce recours et être en mesure de démontrer au superviseur que la solution retenue garantit notamment la fiabilité, la sécurité et la confidentialité du processus.

Le texte prévoit toutefois des **mesures de simplification en présence d'un risque faible**. Dans ce cas, la collecte et la vérification de l'adresse du client ne seront notamment pas exigées. Il confirme également que les organismes peuvent s'appuyer sur les informations dont ils disposent déjà, notamment au sein d'un même groupe, pour apprécier l'objet et la nature de la relation d'affaires, plutôt que de solliciter systématiquement de nouvelles informations auprès du client.

Le dispositif renforce par ailleurs le **suivi des personnes politiquement exposées (PPE)**, des membres de leur famille et de leurs proches associés. Leur identification devra intervenir avant l'entrée en relation, puis être **actualisée à une fréquence déterminée selon le niveau de risque**. Une nouvelle vérification devra également être réalisée sans délai en cas d'information susceptible de modifier leur statut ou de mise à jour de la liste des fonctions publiques importantes. Le criblage pourra être effectué au moyen d'outils automatisés, de contrôles manuels ou d'une combinaison des deux, selon la nature, la taille et la complexité de l'organisme. Le projet précise également les exigences applicables au filtrage des personnes et entités faisant l'objet de sanctions financières ciblées.

Enfin, les dossiers des clients dont la relation d'affaires est déjà établie devront être mis en conformité avec les nouvelles exigences selon une approche fondée sur les risques, dans un **délai maximal d'un an pour les clients présentant un risque élevé et de cinq ans pour les autres**. Ces délais courront à compter de l'entrée en vigueur du RTS. Plusieurs répondants à la consultation, notamment issus du secteur financier, avaient sollicité leur allongement, sans obtenir satisfaction auprès de l'AMLA.

Pour les organismes d'assurance concernés, ces exigences appellent donc dès à présent une **revue des dispositifs de connaissance client, des formulaires d'adhésion et de souscription, des procédures de vérification d'identité et des outils de criblage**. À cet égard, le guide publié le 8 octobre 2026 par France Assureurs, AGEA et Planète CSCA, intitulé « *De quoi votre professionnel de l'assurance a-t-il besoin pour lutter contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ?* », constitue un premier support pédagogique pour expliquer aux assurés les informations et justificatifs susceptibles de leur être demandés. Élaboré au regard du cadre réglementaire actuel, il ne traite toutefois pas encore des précisions apportées par le projet de RTS, notamment sur les nationalités multiples et les numéros d'identification.

La Commission européenne doit désormais examiner ces projets avant leur adoption et leur publication au Journal Officiel de l'Union européenne. **Sous réserve de leur adoption en l'état, ils s'appliqueront 6 mois après leur entrée en vigueur**. Les organismes concernés disposent donc d'une période de préparation pour anticiper l'adaptation de leurs parcours clients et organiser la mise à jour progressive des dossiers existants.

Consultez ici l'intégralité des documents : Communiqué de presse « L'AMLA finalise des normes clés pour le secteur privé » (AMLA, 1er oct. 2026)

BÉNÉFICAIRES EFFECTIFS / Nouveaux formats harmonisés des registres centraux

Publié au Journal Officiel de l'Union européenne le 22 octobre 2026, le règlement d'exécution (UE) 2026/2354 du 16 octobre 2026 fixe les nouveaux formats normalisés de transmission des informations relatives aux bénéficiaires effectifs aux registres centraux. Pris en application de l'article 10, paragraphe 6, de la directive (UE) 2024/1640 du 31 mai 2024 (VIème directive anti-blanchiment ou « AMLD6 »), il vise à harmoniser les données déclarées, à en améliorer la qualité et à faciliter l'interopérabilité des registres. Il s'appliquera à compter du **10 juillet 2027**, concomitamment au règlement (UE) 2024/1624 (AMLR).

Ainsi, le texte uniformise tout d'abord les **données d'identification des bénéficiaires effectifs**. Les déclarations devront notamment comporter l'ensemble de leurs noms et prénoms, leur date et lieu de naissance, leur adresse de résidence, leur pays de résidence et leurs nationalités, ces dernières étant renseignées selon la norme ISO 3166-1 alpha-3, avec une option spécifique pour les personnes apatrides. Le type, le numéro et le pays de délivrance du document d'identité devront également être renseignés.

La nature et l'étendue du contrôle exercé sur l'entité feront également l'objet d'une description normalisée. Le déclarant devra notamment préciser si le contrôle résulte d'une détention directe ou indirecte, de droits de vote, d'un pouvoir de nomination ou de veto, de la distribution des bénéfices, d'accords formels ou informels, de liens familiaux, d'une action concertée ou encore d'un dispositif de prête-nom. Le pourcentage de détention, exprimé avec deux décimales, ainsi que la date à laquelle le bénéficiaire effectif a acquis son intérêt devront également être indiqués.

Le règlement encadre ensuite les **situations dans lesquelles aucun bénéficiaire effectif ne peut être identifié**. La déclaration devra alors préciser le motif correspondant, choisi parmi une liste de situations prédéfinies : dispersion de l'actionnariat ne permettant d'identifier aucun détenteur ou contrôleur, absence de propriétaires légaux par nature ou impossibilité d'identifier un bénéficiaire effectif après épuisement des moyens prévus par l'AMLR. Dans les structures de détention ou de contrôle complexes, les informations devront être accompagnées d'un organigramme ou de données structurées permettant de retracer les différentes entités composant la chaîne de détention et les liens entre elles.

Enfin, le règlement instaure une **liste de contrôle minimale** à respecter pour l'enregistrement des déclarations : les registres centraux ne pourront accepter les informations transmises si les données minimales exigées ne sont pas renseignées conformément aux formats prescrits. Ils devront également réutiliser les informations déjà disponibles dans d'autres registres, sous réserve de pouvoir les présenter conformément aux exigences applicables.

Les enregistrements réalisés avant le 10 juillet 2027 ne seront pas soumis automatiquement aux nouveaux formats. Les États membres pourront toutefois imposer que toute mise à jour ultérieure de ces informations respecte les nouvelles exigences.

Pour les organismes d'assurance assujettis à la réglementation LCB-FT, l'incidence du texte est **indirecte** même si la consultation des registres de bénéficiaires effectifs devrait fournir des informations plus homogènes et détaillées sur les personnes morales clientes, notamment les entreprises souscriptrices de contrats collectifs.

La normalisation des motifs d'absence de bénéficiaire effectif et la description plus précise des chaînes de détention devraient également faciliter l'analyse des structures de contrôle.

Les organismes devront néanmoins conserver une **vigilance particulière à l'égard des écarts constatés entre les informations du registre et celles recueillies auprès de leurs clients**, ainsi que tenir compte de la période transitoire pendant laquelle des déclarations établies selon les anciens formats pourront encore subsister.

Consultez ici l'intégralité du document : Règlement d'exécution (UE) 2026/2354 du 16 octobre 2026 concernant les formats de communication d'informations sur les bénéficiaires effectifs (JOUE, 22 oct. 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

COOKIES / Sanction de 7 millions d'euros à l'encontre du groupe Fnac Darty pour défaut de consentement

Le message de la CNIL sur les technologies de traçage se précise : **qu'ils soient intégrés dans un courriel ou mobilisés au sein d'une application mobile, les dispositifs permettant de suivre l'activité des utilisateurs ne peuvent s'affranchir des règles relatives au consentement**.

Après sa recommandation d'avril 2026 sur les pixels de suivi dans les courriels, l'autorité vient en effet illustrer une nouvelle fois sa vigilance en sanctionnant deux sociétés du groupe Fnac Darty à hauteur de **7 millions d'euros** (6 millions d'euros à l'encontre de la société FNAC DARTY PARTICIPATIONS ET SERVICES et 1 million d'euros à l'encontre de la société FNAC DIRECT).

En cause : l'utilisation de traceurs sur l'application mobile sans recueil préalable du consentement des utilisateurs.

À l'origine de cette procédure figure une plainte déposée en 2023 par l'association autrichienne NOYB (None Of Your Business), connue pour ses nombreuses actions visant à faire respecter les droits des personnes en matière de protection des données personnelles auprès des autorités européennes de contrôle. À la suite de cette plainte, la CNIL a procédé à un contrôle en mars 2024.

Ses investigations ont révélé que des traceurs permettaient de collecter l'historique de navigation des utilisateurs de l'application, notamment les produits consultés, afin de leur proposer des recommandations commerciales personnalisées et d'alimenter l'algorithme de recommandation. Ces informations étaient transmises à un domaine tiers, y compris lorsque les utilisateurs n'avaient pas consenti au suivi de leur activité.

La CNIL a considéré que **ces opérations, poursuivant des finalités de personnalisation commerciale, ne pouvaient bénéficier d'aucune des exemptions prévues par l'article 82 de la Loi Informatique et Libertés**. N'étant ni destinées à permettre ou faciliter la communication électronique, ni strictement nécessaires à la fourniture du service sollicité par l'utilisateur, elles nécessitaient donc le recueil de son consentement préalable.

Pour déterminer le montant de la sanction, la CNIL a notamment tenu compte de la méconnaissance du choix exprimé par les utilisateurs de ne pas être suivis, du nombre important de personnes concernées et de l'existence d'une doctrine répressive désormais bien établie en matière de traceurs utilisés à des fins de personnalisation et de ciblage commercial.

Au-delà de cette sanction financière, les deux sociétés font également l'objet d'une **injonction de démontrer, dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, que le nouvel outil déployé permet désormais de recueillir le consentement des utilisateurs lorsque celui-ci est requis**. À défaut, elles s'exposent à une **astreinte de 10 000 euros par jour de retard**.

Cette décision rappelle que **les exigences de consentement préalable ne se limitent pas aux seuls sites internet :** les applications mobiles et les traceurs qu'elles mobilisent sont également dans le viseur de la CNIL. Les assureurs proposant des applications ou des espaces clients mobiles doivent donc s'assurer que leurs dispositifs de suivi et de personnalisation respectent effectivement les choix exprimés par leurs utilisateurs.

La multiplication des plaintes portées par des associations telles que NOYB constitue, par ailleurs, un facteur supplémentaire d'exposition au risque de contrôle et de sanction.

Consultez ici l'intégralité du document : Délibération de la formation restreinte n° SAN-2026-015 du 22 octobre 2026 prononçant une sanction pécuniaire à l'encontre des sociétés FNAC DIRECT et FNAC DARTY PARTICIPATIONS ET SERVICES (Légifrance, 29 oct. 2026)

CNIL / Clôture de l'injonction contre France Travail pour la mise en conformité de ses dispositifs de sécurité des données

Nous vous informions dans notre bulletin de janvier 2026 de la **sanction de 5 millions d'euros prononcée par la CNIL à l'encontre de France Travail, assortie d'une injonction de mise en conformité de ses dispositifs de sécurité**. Les manquements constatés concernaient en effet principalement l'insuffisance des mesures techniques et organisationnelles destinées à garantir la sécurité des données personnelles, au regard de l'article 32 du RGPD.

Dix mois après cette décision, la CNIL a annoncé, le 8 octobre 2026, la **clôture de l'injonction**, après avoir constaté la mise en œuvre des mesures correctrices demandées.

France Travail a notamment procédé au renforcement de la sécurité de l'authentification des comptes des conseillers CAP EMPLOI, au moyen d'une **politique de mots de passe plus robuste** et du **déploiement de l'authentification multi-facteur**. L'organisme a également renforcé le contrôle des accès aux données, en complétant les dispositifs d'analyse et de surveillance des journaux d'activité et en restreignant les informations accessibles aux conseillers en fonction de leurs missions et de leurs habilitations.

Cette décision illustre ainsi la portée opérationnelle des injonctions de mise en conformité prononcées par la CNIL : au-delà de la sanction pécuniaire, les organismes concernés doivent engager des mesures correctrices concrètes et pouvoir en démontrer l'effectivité auprès de l'autorité de contrôle.

Dans ce contexte, l'actualité de France Travail aurait ainsi pu s'arrêter sur cette note positive mais c'était sans compter sur la découverte d'un nouvel incident de sécurité. Le 8 octobre 2026, soit le jour même de l'annonce de la clôture de cette injonction, l'organisme a en effet été victime d'une nouvelle revendication de fuite de données, qui aurait exposé les données de 62 848 agents et professionnels. À ce stade, l'origine de l'attaque et la faille de sécurité exploitée n'ont pas encore été identifiées.

Un nouvel épisode qui rappelle que **la mise en conformité constatée à un instant donné ne saurait constituer une garantie définitive de sécurité des systèmes d'information**. Pour les assureurs, l'exemple souligne l'importance d'inscrire la sécurité des données dans une démarche continue d'évaluation des risques, de contrôle des accès et d'adaptation des dispositifs de protection.

Consultez ici l'intégralité du document : Délibération de la formation restreinte n° SAN-2026-013 du 23 septembre 2026 relative à l'injonction prononcée à l'encontre de l'opérateur FRANCE TRAVAIL par la délibération n° SAN-2026-003 du 22 janvier 2026 (Légifrance, 8 oct. 2026)

IV. SÉCURITÉ INFORMATIQUE – SI

ANSSI / Enseignements du rapport d'incidents sur les cyberattaques contre la DGFiP

Entre mai et août 2026, des attaquants ont exfiltré depuis le système d'information de la DGFiP les données de 353 000 particuliers et 252 000 professionnels. Le vol, revendiqué sur un forum le 12 août, n'avait été détecté ni par la DGFiP ni par l'ANSSI. À la demande du Premier ministre, l'ANSSI a publié le 29 septembre son rapport d'incident.

Le chemin d'attaque est classique. Disposant d'un grand nombre d'identifiants valides, l'attaquant s'est connecté à distance à des applications exposées à des tiers. L'absence d'authentification multi-facteur (MFA) a permis de réutiliser immédiatement ces identifiants et le processus de réinitialisation des mots de passe compromis s'est révélé défaillant. Une segmentation réseau trop permissive a aussi autorisé des accès depuis le réseau interministériel, à partir d'infrastructures compromises d'un autre ministère.

Le rapport souligne surtout un défaut de détection, dans la mesure où la corrélation de quelques signaux aurait suffi à repérer les exfiltrations (nombre de requêtes par utilisateur, connexions via VPN ou depuis l'étranger, accès nocturnes, etc.). Faute de supervision applicative, l'utilisation de comptes légitimes est passée inaperçue.

Les mesures préconisées portent sur la **restriction des accès aux applications métier**, leur **intégration dans un SIEM** (pour « Security Information and Event Management », ou gestion des informations et des événements de sécurité), l'**interdiction des appareils personnels**, le durcissement des postes, la **mise en place de l'authentification multi-facteur**, une gestion fine des droits et un **processus de réinitialisation incluant l'analyse du compte, la révocation des sessions et le blocage automatique**.

Au-delà de cet incident, ce rapport constitue une occasion pour les organismes d'assurance de **s'interroger sur la robustesse de leur dispositif de sécurité au regard de DORA** et de **vérifier que leur dispositif de gestion du risque TIC couvre effectivement ces différents points de vulnérabilité** : authentification renforcée des accès distants et des prestataires, contrôle des usages applicatifs, segmentation du système d'information et procédures de détection et de traitement des compromissions de comptes.

Consultez ici l'intégralité du document : Rapport d'incident – Septembre 2026 Actes malveillants observés sur le système d'information de la Direction générale des Finances publiques entre mai 2026 et août 2026 (ANSSI, 23 sept. 2026)

CYBERSÉCURITÉ / Trois acteurs du secteur de l'assurance visés par des fuites massives de données

Les cyberattaquants ne prennent visiblement pas de vacances et ont manifestement le secteur financier dans leur viseur !

En l'espace de 48 heures, trois acteurs du secteur de l'assurance - l'**opérateur de tiers payant ACTIL**, la **mutuelle Mut'com** et le **courtier ACF Assurances** - auraient en effet été victimes de cyberattaques. Une quatrième revendication viserait désormais l'**Autorité des marchés financiers (AMF)**, selon le site French Breaches.

Les données potentiellement compromises seraient particulièrement sensibles : plus de 50 000 contacts, des coordonnées bancaires (IBAN) et des numéros de sécurité sociale pour Mut'com, un peu plus de 60 000 assurés pour ACTIL et plus de 23 000 fiches comportant notamment des coordonnées postales et téléphoniques pour ACF Assurances. Les investigations étant toujours en cours, l'étendue exacte des violations reste à confirmer.

S'agissant de l'AMF, le pirate revendique la diffusion de plus de 11 000 enregistrements relatifs à des fonds d'investissement et à des sociétés de gestion, comprenant notamment des références d'agrément et des identifiants LEI. Cette dernière revendication appelle toutefois à la prudence : les informations publiées seraient en grande partie accessibles au public et ne permettent pas, à elles seules, de confirmer une intrusion dans les systèmes de l'autorité.

En tout état de cause, ces nouveaux signalements rappellent combien les acteurs du secteur de l'assurance et plus généralement du secteur financier, constituent des cibles privilégiées pour les cybercriminels, en raison du volume et de la sensibilité des données personnelles et financières qu'ils traitent. Au-delà de la prévention, les organismes doivent donc s'assurer de leur **capacité à détecter rapidement les accès anormaux, à identifier les éventuelles extractions de données et à activer sans délai leurs procédures de réponse aux incidents**. Une vigilance qui doit également s'étendre aux prestataires et partenaires intervenant dans leurs chaînes de traitement.

PROTECTION SOCIALE

I. RÉGIME OBLIGATOIRE

PMSS / Augmentation de +1,74 % du montant pour 2027

Selon un communiqué paru au Bulletin Officiel de la sécurité sociale (BOSS) en date 16 octobre 2026, le Plafond de la sécurité sociale devrait augmenter de **+1,74 % au 1er janvier 2027** (contre +2% en 2026).

Ses valeurs devraient ainsi être établies à :

- **48 900 €** pour sa valeur annuelle (contre 48 060 € en 2026) ;
- **4 075 €** pour sa valeur mensuelle (contre 4 005 € en 2026) ;
- **224 €** pour sa valeur journalière (contre 220 € en 2026).

Même s'il convient encore d'attendre l'arrêté officiel pour être définitivement fixés sur ces nouveaux montants, cette annonce permet ainsi d'ores et déjà aux organismes assureurs d'anticiper les ajustements nécessaires pour 2027. Cet indice constitue en effet une référence pour de nombreux contrats d'assurance, notamment en prévoyance collective, ainsi que pour les régimes conventionnels dont les cotisations ou les prestations sont exprimées en pourcentage du plafond annuel ou mensuel.

Les services techniques, informatiques et de gestion ont donc tout intérêt à intégrer ces montants prévisionnels dans leurs travaux de paramétrage et de renouvellement des contrats, en particulier dans le contexte actuel des négociations conventionnelles et tarifaires. Une vérification des dispositions contractuelles indexées sur ce plafond permettra également d'anticiper leurs éventuelles répercussions sur les cotisations et les niveaux de garanties.

Pour mémoire, rappelons que ces valeurs sont également constitutives des seuils de rémunération de certaines catégories d'administrateurs.

Consultez ici l'intégralité du document : Communiqué relatif à l'augmentation du plafond de la sécurité sociale au 1er janvier 2027 (BOSS, 16 oct. 2026)

IRCANTEC / Hausse progressive des taux de cotisations jusqu'en 2029

S'inscrivant dans le cadre du nouveau plan quadriennal 2026-2029, adopté par le Conseil d'administration de l'IRCANTEC au cours de sa séance du 11 décembre 2025, le décret n° 2026-926 du 5 octobre 2026 prévoit une augmentation progressive, entre 2027 et 2029, des taux de cotisations à l'IRCANTEC, le **régime de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques**.

Au **1er janvier 2027**, au titre des périodes d'emploi courant à compter de cette date, les taux seront ainsi portés à :

- 2,24 % pour la part salariale et 3,36 % pour la part employeur sur la tranche 1,
- 5,56 % pour la part salariale et 10,04 % pour la part employeur sur la tranche 2.

Le décret prévoit également les nouvelles hausses qui devront intervenir en 2028 puis en 2029, en fixant d'avance les taux de cotisations applicables.

Pour les assureurs, cette évolution n'a pas d'incidence mais mérite d'être prise en compte dans l'accompagnement des employeurs publics et de leurs agents, notamment pour anticiper l'évolution du coût du travail et l'articulation avec les dispositifs de protection sociale complémentaire.

Consultez ici l'intégralité du document : Décret n° 2026-926 du 5 octobre 2026 modifiant le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 portant création d'un régime de retraites complémentaire des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (JO, 6 oct. 2026, texte n° 4)

II. ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE

AT-MP / Généralisation du calcul du taux de cotisation au niveau de l'entreprise

Publié au Journal Officiel du 14 octobre 2026, le décret n° 2026-951 du 13 octobre 2026 généralise, pour la détermination des cotisations dues à compter de l'année 2027, le calcul des taux de cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) au niveau de l'entreprise pour les employeurs relevant d'une tarification individuelle ou mixte.

Le taux sera ainsi déterminé pour chaque catégorie de risque, en tenant compte des établissements de l'entreprise qui en relèvent, mettant fin au caractère optionnel de ce dispositif. Cette évolution est par conséquent susceptible de modifier le coût des cotisations AT-MP pour les entreprises multi-établissements, en fonction de leur sinistralité consolidée.

Elle concerne directement les employeurs, mais appelle également l'attention des assureurs, notamment en prévoyance collective et en assurance des risques professionnels, sur les conséquences potentielles de cette évolution pour leurs entreprises clientes.

Elle renforce notamment l'intérêt d'une approche globale de la prévention des risques professionnels, dont les effets peuvent désormais se répercuter sur le taux de cotisation de plusieurs établissements d'une même entreprise.

Consultez ici l'intégralité du document : Décret n° 2026-951 du 13 octobre 2026 généralisant le calcul du taux de cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles au niveau de l'entreprise (JO, 14 oct. 2026, texte n° 5)

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