ASSEMBLÉE NATIONALE

25 octobre 2024

PLFSS POUR 2025 - (N° 325)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 2187

présenté par
M. Rousset

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant:**

La section 2 du chapitre 4 *ter* du titre I du livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

I. – L'article L. 114-9 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est supprimé ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un organisme local d'assurance maladie ou l'organisme national agissant au nom et pour le compte d'un ou plusieurs de ces organismes en application du cinquième alinéa dépose plainte, il communique au procureur de la République, à l'appui de sa plainte, le nom et les coordonnées des organismes d'assurance maladie complémentaires concernés ainsi que toute information qu'il détient sur le préjudice causé à ces organismes.

« Il informe l'organisme d'assurance maladie complémentaire de poursuites engagées. »

II. – Après l'article L. 114-9, il est inséré un article L. 114-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-9-1.* – Lorsque les investigations menées en application de l'article L. 114-9 mettent en évidence des faits de nature à faire présumer l'un des cas de fraude en matière sociale mentionné au premier tiret de l'article L. 114-16-2, les agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 114-10 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, communiquent aux organismes d'assurance maladie complémentaire les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur de ces faits et des actes et prestations sur lesquels ils portent.

« Les informations transmises ne peuvent être conservées par l'organisme d'assurance maladie complémentaire que pour la durée strictement nécessaire aux fins de préparer et, le cas échéant, d'exercer et de suivre une action en justice en tant que victime.

« Lorsqu'une sanction ou une décision de déconventionnement est prononcée, ils en informent les organismes d'assurance maladie complémentaires.

« Lorsque l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré a connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, il communique aux agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 114-10 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime de l'organisme compétent les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur de ces faits et des actes et prestations sur lesquels ils portent.

« Les informations transmises ne peuvent être conservées par l'organisme d'assurance maladie obligatoire qu'aux fins de déclencher ou poursuivre la procédure de contrôle ou d'enquête mentionnée au premier alinéa de l'article L. 114-9, de préparer et, le cas échéant, d'exercer et de suivre une action en justice en tant que victime, de déposer une plainte devant les juridictions du contentieux du contrôle technique dans les cas prévus aux articles L. 145-1 et L. 145-5-1, de mettre en œuvre une procédure de sanction administrative prévue par l'article L. 114-17-1 ou l'une des procédures de déconventionnement définies aux articles L. 162-15-1 et L. 162-32-3 pour les organismes d'assurance maladie obligatoire.

« L'organisme d'assurance maladie obligatoire informe l'organisme d'assurance maladie complémentaire des suites données à la transmission d'informations mentionnée au quatrième alinéa.

« Toute personne au sein des organismes d'assurance maladie complémentaire dont les interventions sont nécessaires aux finalités mentionnées aux premier et deuxième alinéas est tenue au secret professionnel.

« Les informations communiquées en application du premier et du deuxième alinéas ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles prévues au présent article, sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal. Les organismes concernés s'assurent de la mise à jour des informations transmises et procèdent sans délai à la suppression des données enregistrées dès lors que la personne physique ou morale concernée est mise hors de cause.

« Pour la mise en œuvre des échanges prévus au présent article, les organismes précités peuvent recourir à un intermédiaire présentant des garanties techniques et organisationnelles appropriées assurant un haut niveau de sécurité des données.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les conditions et modalités de mise en œuvre des échanges d'informations prévus au présent article, notamment les conditions d'organisation d'habilitation relatives aux des personnels de l'organisme d'assurance maladie complémentaire concernés ainsi que les modalités d'information des assurés et des professionnels concernés par ces échanges. Il définit le rôle, les garanties d'indépendance vis-à-vis des parties prenantes aux échanges et les attributions de l'intermédiaire mentionné au cinquième alinéa du présent article. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La fraude aux prestations d'assurance maladie, dont les volumes demeurent mal connus et varient selon les champs considérés, qu'elle émane des assurés sociaux ou des professionnels de santé, entraîne des remboursements indus de la part des organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO) et des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Elle constitue en outre un accroc au pacte social.

En 2022, l'assurance maladie a identifié pour un montant de 315 millions d'Euros de prestations indument versées en 2022, et vise à atteindre 380 millions d'Euros de fraude détectés en 2023, puis 500 millions d'Euros en 2024. Au total, la fraude aux prestations est évaluée par l'assurance maladie entre 1,1 et 1,6 milliards d'Euros.

La lutte contre la fraude revêt ainsi des enjeux substantiels : limiter la fraude aux prestations d'assurance maladie contribue à restaurer la confiance dans notre système de solidarité, rendre le système de soins moins coûteux et réduire le niveau des primes payées par les assurés, et donc soutenir le pouvoir d'achat. Au regard des données disponibles l'amélioration de la lutte contre la fraude constitue un enjeu financier majeur.

Dans les cas les plus courants de fraude aux prestations d'assurance maladie, les OCAM remboursent la part complémentaire des prestations remboursées par l'assurance maladie obligatoire : un même cas de fraude engendre un préjudice financier à la fois pour l'assurance maladie et les organismes complémentaires concernés, et donc pour la collectivité dans son ensemble.

Les intérêts des organismes d'assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires et des assurés, en matière de prévention, détection et lutte contre la fraude sont ainsi alignés.

Les organismes et personnes habilités à échanger et recevoir des informations relatives à la fraude sont limitativement énumérés chapitre IV ter du livre Ier du code de la sécurité sociale, en sa partie législative. Les OCAM ne comptent pas parmi les organismes listés, et donc autorisés à échanger des informations en cas de suspicion de pratiques frauduleuses, ou lors de la mise en œuvre de poursuites en matière de fraude aux prestations d'assurance maladie, alors même que les OCAM sont, par définition, concernés par les mêmes actes frauduleux que l'assurance maladie obligatoire.

L'échange d'information entre AMO et OCAM permettrait en outre à l'assurance maladie de bénéficier d'informations émanant des OCAM et donc d'améliorer ses propres performances, dans des secteurs où l'assurance maladie effectue traditionnellement moins de contrôles ou bien où la part des remboursements émanant des complémentaire santé est prépondérante (optiques, dentaires, audioprothèses)

Les travaux conduits ces dernières années concluent à un besoin d'accroissement des échanges (mesure 31 de la feuille de route du plan « Lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques » (mai 2023) proposition 57 du récent rapport du HCFIPS « Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux » septembre 2024).

Cet amendement vise à permettre un partage des informations systématique entre l'Assurance Maladie et les OCAM en matière de lutte contre la fraude, afin de renforcer leur efficacité

conjointe. Il renvoie à un décret afin de préciser la mise en œuvre de ces échanges, notamment pour définir les modalités du partage et assurer la protection des données partagées. Cet amendement a été rédigé avec la complémentaire santé Alan.