

ASSEMBLÉE NATIONALE

25 octobre 2024

PLFSS POUR 2025 - (N° 325)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 2341

présenté par

M. Bazin, M. Wauquiez, M. Neuder, Mme Bay, Mme Bazin-Malgras, M. Berger, Mme Blin, Mme Sylvie Bonnet, M. Bony, M. Boucard, M. Bourgeaux, M. Breton, M. Brigand, M. Fabrice Brun, M. Ceccoli, M. Cordier, Mme Corneloup, Mme Dalloz, M. Descoeur, M. Di Filippo, M. Dive, Mme Duby-Muller, M. Forissier, M. Gosselin, Mme Gruet, M. Herbillon, M. Jeanbrun, M. Juvin, Mme Kremer, M. Le Fur, M. Lepers, M. Liégeon, Mme Louwagie, M. Marleix, Mme Alexandra Martin, Mme Frédérique Meunier, M. Nury, M. Pauget, Mme Petex, M. Ray, M. Rolland, Mme Tabarot, M. Taite, M. Vermorel-Marques, M. Jean-Pierre Vigier et Mme Bonnivard

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° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

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 et qu'il y a présence d'au moins un critère défini par décret en Conseil d'État, 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. Dans le cadre de cette communication, les données à caractère personnel concernant la santé sont strictement limitées à la nature des actes et prestations concernés. 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 décision de déconventionnement est prononcée, les agents visés ci-dessus 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 et qu'il y a présence d'au moins un critère défini par décret en Conseil d'État, 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.

« 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. Les organes dirigeants de cet intermédiaire présentent toute garantie d'indépendance à l'égard des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« 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'habilitation des personnels de l'organisme d'assurance maladie complémentaire concerné ainsi que les modalités d'information des assurés et des professionnels concernés par ces échanges. Il définit le rôle et les attributions de l'intermédiaire mentionné au cinquième alinéa du présent article. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La lutte contre la fraude sociale est une composante essentielle de la confiance de nos concitoyens dans le système de protection sociale. Elle nécessite la mobilisation de tous les acteurs et leur coopération.

C'est le sens de l'axe 4 « renforcer les coopérations institutionnelles » de la feuille de route du plan « Lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques » et plus particulièrement de sa mesure 31 qui prévoit le renforcement de la coopération entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires au travers d'une évolution législative inscrite en PLFSS.

Du côté de l'assurance maladie comme des organismes complémentaires, le constat est le même : les comportements frauduleux évoluent, notamment au moyen de faux documents (fausses prescriptions, faux arrêts de travail), de facturations d'actes fictifs, d'usurpation d'identité, et de « bons plans » qui se diffusent sur les réseaux sociaux tout particulièrement sur le champ des prestations couvertes par le 100% santé.

Il y a une urgence à favoriser les coopérations entre organismes de sécurité sociale et complémentaires pour gagner en efficacité et en rapidité dans la lutte contre la fraude et ainsi concourir à la pérennité de notre système de protection sociale.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie sont mobilisés dans la lutte contre la fraude depuis de nombreuses années en particulier dans les domaines de prestations où ils sont les premiers financeurs (optique, audiologie et dentaire notamment)

Dans un contexte budgétaire difficile, la recherche d'efficience de la dépense est essentielle. Les enjeux financiers sont importants : la Caisse nationale d'assurance maladie a un objectif ambitieux de lutte contre la fraude, chiffré à 2,4 Md€ pour la période 2024-2027. Pour ce faire, elle devrait pouvoir compter sur un accroissement significatif de signalements de la part des organismes complémentaires qui constatent un triplement des fraudes entre 2022 et 2023, et considèrent que la fraude représente entre 1 à 5% des prestations versées, selon les domaines.

Le cadre juridique existant, défini par l'actuel article L.114-9 du code de la sécurité sociale, ne permet pourtant pas d'agir efficacement, car il n'est pas en pratique suffisamment opérant pour permettre une transmission efficace des informations entre caisses d'assurance maladie vers les organismes complémentaires tel que prévue aujourd'hui, et surtout il ne permet pas d'organiser un échange réciproque entre l'assurance maladie obligatoire, et les organismes complémentaires.

La mesure proposée vise donc à affiner le cadre juridique en répondant aux enjeux de la lutte contre la fraude en encadrant l'échange d'information entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, dans le respect du cadre de traitement des données personnelles (RGPD). Elle concourt ainsi à renforcer les moyens de lutte contre la fraude.