

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

5 décembre 2025

---

**PROJET DE LOI RELATIF À LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES SOCIALES ET FISCALES**  
- (N° 2115)

Tombé

N° AS308

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Vidal, M. Rousset, Mme Dubré-Chirat, Mme Galliard-Minier, M. Lauzzana, M. Le Gac,  
Mme Le Nabour, Mme Liso, Mme Missoffe, M. Mongardien et Mme Pannier-Runacher

-----

**ARTICLE 17 BIS A**

Compléter cet article par les deux alinéas suivants :

« II. – Après le premier alinéa de l'article L. 114-17-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme local d'assurance maladie transmet les informations nécessaires à la mise en œuvre d'une sanction disciplinaire à l'organisation de professions médicales mentionnée aux articles L. 111-1 à L. 111-2-3 dont relève le professionnel concerné. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les fraudes commises par certains professionnels de santé – facturations d'actes non réalisés, surcotations répétées, certificats de complaisance ou tout autre manquement grave aux règles de facturation – donnent lieu à des pénalités financières prononcées par l'assurance maladie.

Ces pratiques, au-delà de leur impact financier pour la collectivité, constituent également des manquements déontologiques particulièrement graves. Le code de déontologie médicale impose en effet, au titre des articles R. 4127-1 et suivants du code de la santé publique, des obligations de probité, d'honnêteté et de respect des règles de facturation. La fraude est, par nature, incompatible avec l'exercice consciencieux, loyal et responsable de la profession.

Lors des auditions menées par le rapporteur sur le projet de loi, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a indiqué que les sanctions financières qu'elle prononce sont sans commune mesure avec celles finalement infligées par les Ordres professionnels. Dans un grand nombre de cas, les Ordres ne se saisissent pas des dossiers transmis ou n'engagent pas d'instruction approfondie, alors même que les faits sont établis par l'assurance maladie.

En l'état du droit, la transmission d'un dossier disciplinaire à l'Ordre compétent par l'assurance maladie reste facultative et dépend de pratiques locales hétérogènes. Certains faits sanctionnés financièrement par l'assurance maladie, parfois graves ou répétés, ne font ainsi l'objet d'aucune analyse déontologique formelle.

Le présent amendement vise donc à rendre obligatoire la saisine automatique de l'Ordre dont relève le professionnel lorsqu'une pénalité financière est prononcée pour des faits présentant un caractère frauduleux.

Cette automaticité permettra :

d'assurer un traitement systématique des manquements susceptibles de constituer une faute déontologique ;

de garantir une cohérence nationale dans la réponse apportée à ces atteintes à la probité professionnelle ;

de renforcer la confiance des assurés dans le système de santé en assurant que tout acte frauduleux donne lieu à un examen disciplinaire, indépendamment des sanctions financières déjà prononcées.

En instituant cette saisine obligatoire, l'amendement renforce la cohérence entre le régime de sanctions financières de l'assurance maladie et les exigences déontologiques qui s'imposent à tous les professionnels de santé. Il assure également une meilleure protection du patient, une plus grande intégrité du système de soins et une l'effectivité d'une réponse disciplinaire qui reste de la responsabilité des ordres professionnels.