

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

19 février 2026

---

**PROJET DE LOI RELATIF À LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES SOCIALES ET FISCALES**  
- (N° 2250)

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

N° 268

**AMENDEMENT**présenté par  
M. Kervran

-----

**ARTICLE 5**

I. – À l’alinéa 4, supprimer le mot :

« regroupés ».

II. – En conséquence, supprimer l’alinéa 10.

III. – En conséquence, à l’alinéa 28, supprimer le mot :

« regroupés ».

IV. – En conséquence, supprimer l’alinéa 34.

V. – En conséquence, à l’alinéa 59, supprimer le mot :

« regroupés ».

VI. – En conséquence, supprimer l’alinéa 65.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le présent amendement travaillé en commun par la Mutualité Française, France Assureurs et le CTIP supprime une disposition introduite en première lecture en commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale qui vise à restreindre les données traitées par les organismes complémentaires aux seuls codes regroupés et à l’exclusion ordonnances, prescriptions et images médicales. D’une part, cette précision ne relève pas de la loi mais du texte d’application prévu par

---

l'article 5, pris après avis de la CNIL qui doit venir encadrer les catégories de données susceptibles d'être traitées par les OCAM en accord avec chacune des finalités déterminées (remboursement des prestations, lutte contre la fraude et, le cas échéant, action en justice). D'autre part, le cadre juridique de traitement de codes détaillés, prescriptions et ordonnances a fait l'objet de longs travaux avec les services de l'administration et la CNIL, qui ont confirmé la stricte nécessité de traitement de ces données tant pour procéder au remboursement des prestations que pour repérer et stopper les fraudes.

La CNIL a appelé de ses vœux depuis plusieurs années la sécurisation du cadre juridique et des pratiques actuelles des complémentaires, soumises à des règles strictes prévues par le RGPD et le présent projet de loi. Par ailleurs, la CNIL s'est prononcée favorablement sur l'article 5 dans sa délibération de septembre 2025, en considérant que les traitements envisagés étaient proportionnés et nécessaires aux finalités poursuivies. Or, cet amendement va à l'encontre de cette volonté et vient restreindre considérablement la capacité des OCAM à rembourser les assurés et à lutter contre la fraude. Concrètement, les codes détaillés permettent de rembourser au bon niveau les assurés qui bénéficient des garanties prévues dans certaines conventions collectives et détaillées selon le niveau de correction visuelle dans certains réseaux de soins : dans ces deux cas, qui concernent environ 55 millions de personnes, les codes regroupés ne sont pas suffisants.

En matière de lutte contre la fraude, les ordonnances permettent par exemple de contrôler que la facturation d'un équipement a bien été précédée d'une prescription médicale : cela permet de lutter contre les facturations frauduleuses d'équipements du 100% santé remboursés intégralement en tiers payant au professionnel, sans que l'assuré social en soit averti ! Dans un contexte du déficit de la branche maladie et de développement des fraudes, de plus en plus techniques et organisées, la sécurisation du cadre juridique de lutte contre la fraude est impérative.