

ASSEMBLÉE NATIONALE

20 février 2026

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

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

N° 765

AMENDEMENTprésenté par
Mme Dupont

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

L’amendement proposé vise à revenir sur une limitation introduite en commission qui restreint les données pouvant être exploitées par les organismes complémentaires aux seuls codes agrégés, en excluant notamment prescriptions, ordonnances et images médicales.

Une telle restriction apparaît inadaptée à un double titre. D'une part, la détermination précise des catégories de données traitables relève du niveau réglementaire : l'article 5 prévoit explicitement qu'un texte d'application, pris après avis de la CNIL, en fixera la liste selon chaque finalité autorisée ; remboursement, prévention des fraudes ou action contentieuse. Inscrire cette précision dans la loi rigidifierait inutilement un dispositif qui doit pouvoir s'ajuster aux réalités techniques.

D'autre part, les administrations compétentes et l'autorité de contrôle ont déjà examiné ces questions de manière approfondie. Le traitement de données détaillées, y compris les prescriptions ou ordonnances, a été reconnu comme strictement nécessaire pour assurer la justesse des remboursements et l'identification des anomalies. La CNIL elle-même a souligné, dans sa délibération de septembre 2025 relative à l'article 5, que les traitements envisagés répondaient à une exigence de proportionnalité et de nécessité.

Sur le terrain, les conséquences d'une restriction seraient immédiates. Dans de nombreux cas, les codes regroupés ne suffisent pas à déterminer le montant exact d'une prise en charge, notamment lorsque les garanties dépendent de paramètres précis, comme certaines conventions collectives ou le niveau de correction visuelle dans les réseaux de soins. Ces situations concernent près de 55 millions d'assurés.

La même difficulté se poserait en matière de lutte contre la fraude. L'accès à des pièces justificatives, telles que les prescriptions médicales, permet par exemple de vérifier qu'un équipement remboursé intégralement a bien été prescrit, condition essentielle pour détecter certaines facturations fictives ou irrégulières, souvent inconnues des assurés eux-mêmes. Restreindre ces possibilités reviendrait à affaiblir concrètement les outils de contrôle alors même que les fraudes se complexifient et s'organisent.

Dans un contexte marqué par la situation financière dégradée de la branche maladie, préserver l'effectivité des moyens de vérification constitue un impératif. Le présent amendement tend donc simplement à maintenir le cadre opérationnel nécessaire, sans modifier l'équilibre général du texte ni étendre les finalités de traitement existantes.

Cette proposition résulte d'un travail conjoint conduit avec la Mutualité Française.