

**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° 779

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Viry, M. Bataille, M. Castellani, M. de Courson, Mme de Pélichy, M. Mazaury, M. Naegelen  
et Mme Youssouffa

-----

**ARTICLE 5**

I. – A l’alinéa 4, supprimer le mot :

« regroupés ».

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

« regroupés ».

III. – en conséquence, à l’alinéa 59, supprimer le mot :

« regroupés ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à supprimer une précision introduite en commission des affaires sociales selon laquelle les entreprises d’assurance ne pourraient traiter les données de santé que sous forme de codes regroupés et non détaillés.

Cette restriction est contraire aux objectifs de l’article 5.

Tout d’abord, la définition des catégories de données pouvant être traitées relève du texte d’application prévu par cet article, pris après avis de la CNIL. Il n’appartient donc pas à la loi de fixer ce niveau de détail, au risque de rigidifier un cadre qui doit rester proportionné aux finalités

---

poursuivies, à savoir le remboursement des prestations, la lutte contre la fraude et, le cas échéant, l'exercice d'actions en justice.

Par ailleurs, la possibilité de traiter des codes détaillés, prescriptions et ordonnances a fait l'objet d'un travail approfondi avec les services de l'administration et la CNIL, qui en ont confirmé la nécessité. Ces données sont indispensables pour garantir un remboursement exact des assurés, notamment lorsque les garanties dépendent de critères médicaux précis, comme le niveau de correction visuelle dans certains réseaux de soins ou les dispositions spécifiques de conventions collectives, qui concernent plusieurs dizaines de millions de personnes. Des codes regroupés ne permettent pas d'assurer ce niveau de précision.

Ces informations sont également essentielles pour détecter et prévenir les fraudes. L'accès aux prescriptions permet, par exemple, de vérifier que la facturation d'un équipement remboursé, notamment dans le cadre du 100 % santé, repose bien sur une prescription médicale, et d'éviter des facturations abusives réalisées à l'insu des assurés. Dans un contexte de déficit persistant de la branche maladie et de sophistication croissante des fraudes, ces outils sont indispensables.

Enfin, la CNIL, dans sa délibération de septembre 2025, a expressément considéré que les traitements prévus par l'article 5 étaient nécessaires et proportionnés. Introduire une telle restriction dans la loi reviendrait à remettre en cause cet équilibre et à fragiliser la capacité des organismes complémentaires à assurer leurs missions de remboursement et de lutte contre la fraude.

La suppression de cette précision vise ainsi à préserver un cadre juridique opérationnel, sécurisé et conforme aux finalités de l'article 5.