LA TRIBUNE.FR

Les mutuelles dénoncent un recul sur la lutte contre la fraude sociale dans le budget de la Sécu

Les mutuelles s'agacent d'un article du budget de la Sécu censé les aider dans la lutte contre la fraude sociale qui, vidé de sa substance par le 49.3, risque plutôt de les pénaliser.

Marie Nidiau
Publié le 17/02/25 à 17:31

C'est le grand flou chez les mutualistes. Le budget de la Sécurité sociale a été adopté sans vote à l'Assemblée nationale la semaine dernière et passe au Sénat ce lundi et demain, qui devrait acter son adoption définitive, sauf véritables changements par la chambre haute. Mais le 49.3 de François Bayrou passe mal auprès des complémentaires santé. Non seulement le gouvernement veut récupérer 1 milliard d'euros sûrement via une hausse de la taxe de solidarité additionnelle, d'après *Les Échos*, mais elles estiment également que le gouvernement ne leur a pas donné les clés pour lutter efficacement contre la fraude sociale, pourtant fer de lance des décisions politiques.

« Il n'y a pas de progrès, et c'est même un recul », se désole Laurent Borella, directeur santé chez Malakoff Humanis.

De son côté, l'Assurance maladie assure qu'il y a bel et bien une facilitation des échanges de données entre elle et les complémentaires santé incluse dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale grâce à l'article 16 bis A. Ce dernier stipule que *« les informations transmises ne peuvent être conservées par l'organisme d'assurance-maladie obligatoire qu'aux fins de déclencher ou de poursuivre la procédure de contrôle ou d'enquête »*.

Côté mutuelles, en revanche, ce même article est légèrement différent, arguant que ces mêmes informations *« ne peuvent être conservées par l'organisme d'assurance-maladie complémentaire que pendant la durée strictement nécessaire aux fins de préparer et, le cas échéant, d'exercer et de suivre une action en justice »*
.
Et c'est bien cette subtilité de ce nouveau texte que le directeur santé de Malakoff Humanis pointe du doigt. Car les actions en justice sont rares dans la lutte contre la fraude sociale, les frais de justice étant trop élevés, s'énerve le directeur.

Risque d'utilisation des données

Dans le cas d'un repérage d'une fraude par un organisme de complémentaire santé sur une prestation de soin, ce dernier préfère suspendre le tiers payant et ne pas payer le professionnel de santé. Cette action est plus efficace, selon les mutuelles, et évite une procédure judiciaire complexe, réservée aux cas de fraude organisée. Or, cette sanction plus facile à mettre en œuvre n'est pas mentionnée dans l'amendement du budget de la Sécu.

Pis encore, ce texte censé faciliter la lutte contre la fraude sociale donne en réalité la possibilité aux fraudeurs de se retourner contre les complémentaires santé si ces dernières n'entament pas de procédure de justice comme stipulée dans l'article, estime Laurent Borella.

«Ce n'est pas mieux que rien, il y a en effet un progrès sur les échanges de données mais, en pratique, le texte nous interdit de les utiliser dans le cadre de nos process de contrôle, et cela nous met en risque dans la façon dont nous travaillons contre la fraude», tempête Laurent Borella.

Initialement, le député issu de la majorité Michel Lauzzana avait déposé des amendements complémentaires à l'article 16 bis A, mettant au même plan l'Assurance maladie et les complémentaires santé. Tous ces ajouts ont disparu avec le 49.3 puisque le gouvernement a retenu la version initiale de l'article adopté au Sénat et quelque peu adaptée lors de la Commission mixte paritaire.

« *L'Article 16 bis A est bien maintenu, mais pas dans sa version optimale selon moi* », nous a confirmé le député Michel Lauzzana.

13 milliards d'euros de fraude sociale en 2024

« *C'est une occasion ratée, mais nous appelons le gouvernement au dialogue pour établir ensemble les modalités d'une coopération efficace en matière de lutte contre la fraude* », a renchéri le groupe mutualiste Vyv.

L'exécutif, de son côté, assure que « *le texte est un premier pas et un premier cadre pour améliorer la lutte contre la fraude sociale* ». Il souligne que « *les échanges continuent par ailleurs avec les mutuelles pour aller plus loin* ».

Pour rappel, le Haut Conseil du financement de la protection sociale avait estimé le montant de la fraude, non identifiée et stoppée, à 13 milliards d'euros en 2024. Les finances publiques s'inquiètent également du dérapage du déficit de la Sécurité sociale après le vote du budget de la Sécu à l'Assemblée. Ce dernier devrait atteindre plus de 22 milliards d'euros en 2025