



## Lettre ouverte aux Français

**SANTÉCLAIR**

Le 19 janvier 2026

### LETTRE OUVERTE AUX FRANÇAISES ET AUX FRANÇAIS ET AUX DÉPUTÉ(E)S LES REPRÉSENTANT À L'ASSEMBLÉE NATIONALE dans le cadre de l'article 5 du projet de loi sur les fraudes sociales et fiscales.

Et si, au nom d'une prétendue protection des données et du secret médical, on laissait prospérer ceux qui détournent l'argent de la santé des Français ? Inimaginable. Pourtant, c'est exactement ce qui menace si on prive les complémentaires santé des moyens nécessaires pour détecter la fraude.

*Cher(e)s compatriotes,  
Mesdames et Messieurs les Député(e)s,*

Le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, actuellement en discussion devant le Parlement, comporte un article 5 qui prévoyait d'autoriser les complémentaires santé à traiter les données de santé détaillées de leurs assurés pour lutter contre la fraude. Malheureusement, sous couvert de la protection du secret médical et des données personnelles, la rédaction de cet article a été fortement modifiée par les députés lors de son examen en Commission des affaires sociales. Le texte se retrouve ainsi, à ce stade, totalement vidé de sa substance puisqu'il empêche les complémentaires santé d'accéder à des données suffisamment détaillées pour lutter contre la fraude. Il est essentiel que la teneur initiale de l'article 5 de ce projet de loi soit rétablie lors de son vote en séance publique à l'Assemblée nationale qui devrait être programmé dans le courant de ce mois de janvier.

La protection du secret médical et des données personnelles des assurés est essentielle. Il est cependant inadmissible qu'elle devienne le prétexte d'une minorité de professionnels de santé, pour frauder et détourner des centaines de millions d'euros financés par les cotisations de tous.

Rappelons un fait majeur : près des trois quarts du montant des fraudes détectées en assurance maladie sont commises par des professionnels de santé<sup>1</sup>. Ce sont donc eux et non les assurés que les mesures prévues par la première rédaction de l'article 5 ciblaient.

Pour garantir un financement juste et durable de notre système de santé solidaire, il est indispensable de pouvoir détecter les fraudes, très souvent commises au moyen du tiers-payant, devenu le terrain de jeu de prédilection des fraudeurs. Cette détection passe par la possibilité, pour les financeurs (assurance maladie obligatoire comme complémentaire), de pouvoir analyser des données de santé détaillées liées aux actes et équipements de soin pris en charge.

Ces données de santé détaillées sont en effet le seul moyen d'identifier les incohérences qui révèlent les comportements frauduleux. En optique par exemple, il s'agit simplement des corrections visuelles des assurés, dont l'analyse par les complémentaires santé permet d'éviter plus de 220 millions d'euros de fraude chaque année.



## Lettre ouverte aux Français

Les Français, eux, sensibles à ce qu'on empêche que l'argent destiné à leurs soins ne finance des pratiques illégales et abusives, ne s'y trompent pas. En effet, 70 % d'entre eux estiment que les complémentaires santé doivent pouvoir contrôler les demandes de tiers-payant des opticiens, y compris en traitant leurs données de santé indispensables pour repérer les abus et notamment leurs corrections visuelles<sup>2</sup>.

Il est d'ailleurs éclairant de constater que la contestation de la première rédaction de l'article 5, pourtant validée par la CNIL et adoptée au Sénat, est principalement orchestrée par un syndicat... d'opticiens. Un signal clair quant aux intérêts réellement en jeu autour de cette fronde contre l'accès des OCAM aux données de santé dans le cadre de la lutte anti-fraude.

C'est pourquoi nous appelons solennellement les parlementaires, qui représentent les Français, à prendre toute la mesure de leur décision. Limiter de façon excessive la capacité des organismes complémentaires d'assurance maladie à traiter les données de santé détaillées et donc à lutter contre la fraude mettrait en péril la pérennité du financement solidaire de notre système de santé, en particulier dans les secteurs où ces organismes sont les premiers financeurs : optique, dentaire et audition.

Le vote à venir sera déterminant. Nous en appelons à la vigilance et au sens des responsabilités des député(e)s : donner aux complémentaires santé les moyens d'agir, c'est protéger les assuré(e)s, les finances de la nation, et la confiance dans notre système solidaire.



**Christian ACKNIN**  
Directeur général de Santéclair

### À propos de Santéclair

Santéclair est née de la conviction que, pour une société en bonne santé, il faut un juste accès aux soins. Entreprise engagée depuis sa création en 2003 et entreprise à mission depuis 2023, elle y contribue en accompagnant plus de 10 millions d'assurés dans leurs parcours de santé en mettant à leur disposition plus de 20 services innovants en santé dans 8 domaines de soins. Tous ces services sont chaînés entre eux et organisés en parcours de soins. Ils sont exclusivement inclus dans les contrats santé, individuels et collectifs, de plus de 60 acteurs de la complémentaire santé pour améliorer l'accès aux soins et la pertinence des soins.

2 - Etude Harris Interactive réalisée en ligne du 8 au 13 janvier 2025, auprès d'un échantillon de 2 047 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus selon la méthode des quotas, « Les organismes complémentaires d'assurance maladie et l'accès aux données de santé : comment les Français perçoivent-ils l'utilisation de leurs données de santé dans le cadre de la prise en charge de leurs frais de santé et notamment des frais d'optique ? »

Santéclair SA au capital de 4 235 788 €, siège social au 7 Mail Pablo Picasso 44046 Nantes Cedex, RCS de Nantes n° 428 704 977.