

2 Lutte contre la fraude à l'assurance : les instruments de la 5^e révision

Définitions

Il peut arriver, pour diverses raisons, que des assurés perçoivent des prestations auxquelles ils n'ont en fait pas droit. Pour désigner l'ensemble de ces cas, on parle de prestations non conformes aux objectifs de l'AI. On y distingue deux sous-ensembles : l'un regroupe les prestations indues et l'autre la **fraude à l'assurance**. Contrairement aux prestations indues, la **fraude à l'assurance relève du droit pénal**. En d'autres termes, ce sont des cas dans lesquels il y a une volonté évidente de tromper l'assurance ou une claire intention délictueuse.

Exemples de fraude à l'assurance

Exemples typiques de faits punissables :

- Simulation d'une atteinte à la santé (surtout psychique) dans l'intention de tromper le médecin afin que celui-ci établisse un « faux » certificat
- Communication à l'assurance d'indications fausses ou, au contraire, dissimulation d'informations, dans le but d'obtenir une prestation non due ou une prestation plus élevée que celle effectivement due
- Non-exécution intentionnelle de mesures visant à réduire ou à supprimer le dommage
- Mise en scène d'accidents dans l'intention de tromper l'assurance
- Production intentionnelle d'une atteinte à la santé (automutilation)
- Usage de menaces, chantage ou corruption pour obtenir directement une prestation de l'assurance ou provoquer un fait donnant droit à des prestations
- Falsification de documents

Poursuite pénale de la fraude à l'assurance : situation actuelle

Poursuivre les actes punissables incombe aux autorités pénales cantonales, qui doivent examiner les faits et poursuivre l'acte. Elles ne peuvent toutefois intervenir et ouvrir une enquête que si elles ont de bonnes raisons de soupçonner un acte punissable. Pour cela, il faut qu'une plainte pénale, fondée sur des éléments et des indices solides, ait été déposée, par exemple par l'office AI.

Comme, dans un Etat de droit, un simple soupçon ou une « mauvaise impression » ne peuvent suffire à justifier une poursuite, des indices et des incohérences dûment fondés sont indispensables. Si donc une assurance ne veut pas laisser le hasard décider, elle doit obligatoirement rechercher ces indices de manière active et ciblée avant de pouvoir déposer une plainte.

Nouveaux moyens apportés par la 5^e révision de l'AI

Pour lutter contre la fraude à l'assurance, la 5^e révision de l'AI prévoit principalement deux mesures :

- L'art. 59, al. 5, LAI donne aux offices AI la possibilité de faire appel à des spécialistes pour lutter contre la perception induue de prestations. Ces spécialistes doivent d'une part former les collaborateurs et les sensibiliser aux cas frauduleux et, d'autre part, suivre les cas suspects ou insuffisamment clairs afin qu'ils soient soumis à un examen professionnel. La modification de loi qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2008 améliorera nettement la base légale, aujourd'hui très imprécise, qui permet, comme solution de dernier recours, de procéder à des enquêtes secrètes lorsque des soupçons pèsent sur un assuré. L'objectif sera toujours de rechercher des informations et des indices juridiquement fondés qui soient suffisants pour permettre à l'autorité de poursuite pénale, après le dépôt de la plainte par l'office AI, d'entamer les poursuites.
- La nouvelle loi concernant des mesures en matière de lutte contre le travail au noir vise à améliorer la coordination de cette lutte et à renforcer les sanctions. Elle crée notamment de nouveaux organes de contrôle autorisés à effectuer à tout moment des visites dans les entreprises et aux postes de travail, à demander tous les renseignements nécessaires et à consulter les documents, ainsi qu'à vérifier l'identité et les autorisations de séjour et de travail

des salariés. Le résultat du contrôle doit être communiqué aux autorités fédérales ou cantonales compétentes. Désormais, grâce à la 5^e révision de l'AI et à la nouvelle base légale ainsi créée, l'assurance-invalidité fait partie des autorités habilitées à recevoir cette communication. Ces informations sont essentielles pour l'assurance lorsqu'elle détermine le taux d'invalidité : d'une part, il peut arriver que l'incapacité de travail prise en compte pour le calcul du taux d'invalidité soit fautive parce qu'on ignorait que la personne assurée travaillait au noir ; d'autre part, le revenu acquis par ce travail doit, le cas échéant, être additionné au revenu d'invalidité, ce qui risque de modifier le taux d'invalidité. Dans les deux cas, le fait que l'organe de contrôle signale le travail au noir peut empêcher la perception indue de prestations.

Collaboration entre assurance-accidents et assurance-invalidité

Concernant la fraude à l'assurance dans l'AI, les cas que citent les médias sont généralement des accidents, par exemple des collisions par l'arrière simulées ou des accidents mineurs ayant apparemment provoqué des blessures importantes. Ils les présentent comme étant des « cas AI ». Techniquement, c'est inexact. Pourquoi ?

La Suisse possède un système de sécurité sociale constitué de plusieurs assurances, entre lesquelles la répartition des tâches est clairement définie. Une quarantaine d'assureurs-accidents sont compétents en cas d'accident. Dans le genre de cas mentionnés, c'est donc d'abord à l'un d'entre eux d'examiner les faits et le dommage. S'il conclut qu'une rente est due, l'office AI (à moins qu'il y ait d'autres faits en lien avec une maladie) est tenu de respecter le taux d'invalidité fixé (art. 28, al. 2, LAI et art. 18, al. 2, LAA, ATF 126 V 288). Autrement dit : si l'assurance-accidents n'octroie pas de rente, l'assurance-invalidité n'en octroiera pas non plus.