

La lutte contre la fraude dans l'assurance-invalidité

Qu'est-ce que la lutte contre la fraude à l'assurance ?

Dans toute assurance, il peut arriver, pour différentes raisons, que des assurés perçoivent des prestations auxquelles ils n'ont en fait pas droit. Si un assuré qui ne remplit pas les conditions d'octroi tente de percevoir ou perçoit une prestation de l'assurance-invalidité en ayant la volonté évidente de tromper l'assurance ou une claire intention délictueuse, il commet une fraude à l'assurance, qui peut avoir des conséquences pénales. Parmi les cas typiques, citons :

- la simulation d'une atteinte à la santé dans l'intention de tromper le médecin afin que celui-ci établisse un « faux » certificat médical ;
- la communication à l'assurance d'indications fausses ou, au contraire, la dissimulation d'indications, dans le but d'obtenir une prestation non due ou une prestation plus élevée que celle véritablement due (par ex. nouvel emploi ou revenu non déclaré) ;
- la mise en scène d'accidents dans l'intention de tromper une assurance ;
- la menace, le chantage ou la corruption d'un tiers dans l'intention d'obtenir directement une prestation de l'assurance ou la provocation d'un fait donnant droit à des prestations ;
- la falsification de documents.

La procédure d'instruction dans l'AI

Après réception d'une demande, l'office AI examine si les conditions du droit à des prestations sont remplies. Il se procure tous les renseignements nécessaires pour connaître l'état de santé, la situation professionnelle ou, le cas échéant, l'activité non rémunérée de la personne assurée. Des spécialistes de la réadaptation professionnelle et du placement, des centres d'observation, des collaborateurs spécialisés et des médecins des services médicaux régionaux (SMR) participent à l'instruction et à la prise de décision. L'office AI collabore en outre avec les autres assurances sociales et privées concernées.

Les médecins du SMR vérifient que les conditions médicales sont remplies ; au besoin, ils examinent la personne assurée. L'office AI peut également demander des expertises et des documents médicaux supplémentaires à des médecins spécialistes ou faire procéder à des examens dans un centre d'observation médicale. Afin de mieux apprécier la situation de l'assuré, il peut aussi commander une enquête sur place, ce qui est particulièrement intéressant pour connaître la situation des indépendants et des personnes entièrement ou partiellement occupées à des activités ménagères, ainsi que pour examiner le droit à une allocation pour impotent ou à certains moyens auxiliaires.

Développement d'une lutte ciblée contre la fraude

Depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision le 1^{er} janvier 2008, l'AI dispose des bases légales nécessaires pour exercer une surveillance à l'encontre des personnes soupçonnées de fraude. Ce complément de la loi a été le point de départ pour réorganiser, voire réélaborer, la lutte contre la fraude au sein de l'AI. Une nouvelle stratégie est appliquée par les offices AI depuis le 1^{er} août 2008.

L'AI n'a pas réinventé la gestion de la fraude, dans la mesure où les assureurs privés ont déjà de nombreuses années d'expérience dans ce domaine : sa stratégie s'inspire des instruments et procédures appliqués par les compagnies d'assurance privées et peut se résumer en quatre phases principales :

- identification des cas suspects ;
- enquêtes et examens approfondis ;
- surveillance ;
- application du droit des assurances et de mesures pénales.

Identification des cas suspects

Alertés par des incohérences dans le dossier des assurés (par ex. des données médicales contradictoires), ou par des indications provenant d'autres branches d'assurance (assurances d'indemnités journalières, assurance-accidents, assurance responsabilité civile, ou caisses de pension) ou de tiers (organes de contrôle chargés de la lutte contre le travail au noir, population), les collaborateurs des offices AI peuvent repérer dans la masse des dossiers les assurés qui ont peut-être perçu frauduleusement des prestations AI et qui doivent donc faire l'objet d'un examen plus poussé. Ce filtre permettant de détecter les fraudes possibles est appliqué en principe à toutes les nouvelles demandes et à toutes les révisions de rentes.

Les offices AI examinent en principe tous les cas suspects, que l'indication provienne d'une source connue ou qu'elle leur soit parvenue anonymement. Les indications sont traitées de manière confidentielle et la protection des données est garantie. Cela signifie entre autres que les particuliers qui informent l'AI d'un soupçon ne reçoivent aucun renseignement de la part de l'assurance, et ne sont notamment pas informés du résultat de l'examen ou des mesures prises.

Enquêtes et examens approfondis

L'office AI transmet les dossiers suspects à des spécialistes de la lutte contre la fraude afin qu'ils se renseignent plus précisément (par ex. en se procurant les données sur le revenu, en effectuant une visite surprise à domicile, en menant une enquête de voisinage, en faisant des recherches sur Google, etc.).

Un élément très important de la lutte contre la fraude est la collaboration de l'AI avec d'autres assurances impliquées dans le même cas. Il peut s'agir d'une assurance-accident, d'une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, d'une assurance responsabilité civile ou d'une institution de prévoyance professionnelle. Il n'est pas rare que, dans le cadre de ses mesures de lutte contre la fraude, l'autre assurance ait déjà effectué une enquête ou récolté des preuves que l'AI peut utiliser.

Si les spécialistes ne réussissent pas à prouver la fraude, mais que les soupçons se confirment, l'office AI a une dernière possibilité : mener une surveillance afin de constituer des preuves.

Surveillance

La surveillance d'un assuré porte atteinte à sa liberté personnelle et à sa sphère privée. Une telle restriction des droits fondamentaux n'est donc autorisée qu'à condition d'être fondée sur une base légale, d'être justifiée par un intérêt public et d'être proportionnée au but visé (cf. ATF 135 I 169, consid. 4.4).

La surveillance dans l'AI repose d'une part sur l'art. 43, en relation avec l'art. 28, al. 2, LPGA et, d'autre part, sur l'art. 59, al. 5, LAI, créé avec la 5^e révision de l'AI. Le Tribunal fédéral l'a par ailleurs confirmé à plusieurs reprises (cf. ATF 137 I 327, consid. 5.1 et 5.2).

Pour le Tribunal fédéral, l'intérêt public réside dans la nécessité de ne verser que des prestations dues afin de ne pas porter préjudice à l'ensemble des assurés (ATF 137 I 327, consid. 5.3, ATF 129 V 323, consid. 3.3.3).

Par ailleurs, la décision de mener une surveillance doit s'appuyer sur des éléments concrets jetant le doute sur l'état de santé ou l'incapacité de travail invoqués par l'assuré (ATF 137 I 327, consid. 5.4.2 s.).

Pour toutes ces raisons, une surveillance ne peut donc en principe être appliquée qu'à certaines conditions : prestations élevées (par ex. rentes), observation brève et se déroulant dans l'espace public ; les preuves recherchées doivent en outre avoir un caractère hautement probant.

Ce type de surveillance requiert un personnel qualifié et expérimenté. Comme il est d'usage dans les assurances privées, l'AI confie ces missions à des entreprises dûment qualifiées ou collabore avec la police.

Droit des assurances et mesures pénales

Lorsque la fraude est prouvée, l'office AI suspend le versement de la rente et exige le remboursement des prestations indûment perçues. Selon les manquements constatés et prouvés, il peut aussi déposer une plainte, ce qui permet aux autorités pénales d'intervenir.

Lutte contre la fraude à l'étranger

Toutes les demandes de nouvelles rentes ainsi que les révisions, en Suisse comme à l'étranger, sont examinées conformément à la procédure décrite plus haut, afin d'exclure les cas de fraude. Jusqu'à présent, l'AI n'a réalisé des surveillances à l'étranger qu'au Kosovo et en Thaïlande, suite à des projets pilote visant à tester la faisabilité pratique de surveillances à l'étranger. Aucun cas n'a nécessité de surveillance dans ces deux pays en 2011. Les surveillances exercées à l'étranger sont bien évidemment exécutées dans le respect du droit international et du droit en vigueur dans l'Etat concerné. Par ailleurs, par respect pour la souveraineté des Etats, la Suisse informe préalablement chaque pays étranger concerné de son intention d'y mener une surveillance au sujet d'une personne assurée. La Suisse s'efforce également d'introduire dans les nouvelles conventions de sécurité sociale une clause permettant de lutter contre la fraude à l'assurance dans le même sens que décrit ci-dessus.

Renseignements

Tél. 031 322 91 60

Ralf Kocher, chef du Service juridique

Domaine Assurance-invalidité, Office fédéral des assurances sociales