



Assurance-invalidité : faits et chiffres 2012

Lutte efficace contre les abus dans l'AI

En 2012, une enquête a été ouverte dans 2290 cas suspects d'abus, et l'enquête a été bouclée dans 2020 cas. Les soupçons ont été confirmés dans 400 cas, conduisant l'assurance à réduire ou à supprimer la prestation de rente en cours ou à renoncer à octroyer une rente. L'équivalent de 300 rentes entières a ainsi été économisé, ce qui correspond, par extrapolation, à des économies totales de l'ordre de 120 millions de francs, pour des coûts de 7,5 millions de francs.

L'année dernière, les offices AI ont transmis 2290 cas suspects à des spécialistes de la lutte contre la fraude pour examens complémentaires et enquête. S'y sont ajoutées les 1850 enquêtes qui n'étaient pas encore terminées fin 2011. Au total, ce sont donc 4140 cas qui ont été traités pour soupçon d'abus en 2012. Une surveillance a été requise pour 490 d'entre eux.

2020 enquêtes ont été bouclées en 2012, 220 ayant fait l'objet d'une surveillance. 400 cas d'abus ont été détectés, dont 70 grâce à une surveillance. Ces cas vont de la perception indue de prestations à la fraude au sens du droit pénal. Cette lutte rigoureuse contre la fraude permet à l'AI d'économiser l'équivalent de 300 rentes entières, ce qui correspond à une réduction des dépenses annuelles de 7,6 millions de francs ou à des économies totales de l'ordre de 120 millions de francs (extrapolées sur la base du montant moyen d'une rente ordinaire de l'AI et de la durée de perception jusqu'à l'âge de la retraite). Les coûts générés par la lutte contre la fraude dans l'AI se sont élevés en 2012 à 7,5 millions de francs (6,8 millions pour le personnel et 0,7 million pour les surveillances). Le montant des économies ne comprend pas celles qui peuvent éventuellement en découler pour les prestations complémentaires à l'AI ou pour les rentes d'invalidité du 2^e pilier. Dans 44 cas, les offices AI ont réclamé la restitution des prestations indûment perçues, et ils ont porté plainte dans 60 cas.

La lutte contre la fraude, menée de manière rigoureuse et coordonnée, constitue une condition pour éviter toute perception indue de prestations. Elle joue par ailleurs un rôle préventif non négligeable, dont l'efficacité augmente avec le temps. Elle permet ainsi aux citoyens et contribuables d'avoir confiance dans la gestion de l'assurance.

Comme le montrent les chiffres 2012, la lutte contre la fraude est désormais une pratique courante dans les offices AI, qui se sont dotés de spécialistes qualifiés afin d'enquêter de manière professionnelle sur les cas suspects (par ex. incohérences dans le dossier ou indications d'autres assurances, des organes de contrôle chargés de la lutte contre le travail au noir ou de la population). 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. Dans la plupart des cas, les soupçons étaient injustifiés ; l'abus ou la fraude n'est avéré que dans 20 % des cas examinés.

Dans le domaine des assurances sociales, la lutte contre les abus n'est plus seulement un sujet important pour l'assurance-invalidité. D'autres assurances sociales (par ex. les prestations complémentaires et le 2^e pilier) profitent de plus en plus des résultats atteints par l'AI, et aussi de l'expérience acquise.



Lutte contre les abus dans l'AI 2012 : tableau général

	2012		2011		2010		2009	
	Total	Dont avec une surveillance	Total	Dont avec une surveillance	Total	Dont avec une surveillance	Total	Dont avec une surveillance
En suspens au début de l'année	1850	370	1400	230	2060	190	640	60
Nouveaux cas	2290	120	2520	180	2250	150	2550	150
Cas liquidés	2020	220	2250	260	2010	160	1180	90
Soupçon confirmé (nombre de cas)	400	70	320	70	300	40	240	30
Rentes non octroyées, supprimées ou réduites (calculées en rentes entières)	300	60	270	60	220	30	180	20
Economies réalisées par an	7,6 millions de francs	1,5 million de francs	6,9 millions de francs	1,5 million de francs	5,6 millions de francs	0,8 million de francs	4,6 millions de francs	0,5 million de francs
Prestations de rente économisées (extrapolation)	env. 120 millions de francs	env. 23,8 millions de francs	env. 100 millions de francs	env. 22 millions de francs	env. 80 millions de francs	env. 12 millions de francs	env. 66 millions de francs	env. 8 millions de francs



Contexte : Lutte contre les abus dans l'AI

Qu'est-ce qu'un abus ?

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 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 l'assurance ;
- la menace, le chantage ou la corruption d'un tiers dans l'intention d'obtenir directement une prestation de l'assurance ou de provoquer un fait donnant droit à des prestations ;
- la falsification de documents.

La procédure d'instruction ordinaire 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 l'assuré. Des spécialistes de la réadaptation professionnelle et du placement, des centres d'observation, ainsi que 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 l'assuré. L'office AI peut aussi 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.

Nouvelle orientation de la lutte contre les abus dans l'AI

Depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI le 1^{er} janvier 2008, des bases légales existent pour observer secrètement les personnes fortement soupçonnées de fraude. Cet ajout à la loi a été l'occasion de réorganiser la lutte contre les abus dans l'AI et de la développer ; la nouvelle stratégie est appliquée de manière uniforme par tous les offices AI depuis le 1^{er} août 2008.

L'AI n'a pas réinventé la gestion de la fraude, d'autant plus que les assureurs privés ont déjà une expérience de plusieurs années dans ce domaine. Cette gestion est donc axée sur les instruments et les procédures utilisés par les assurances privées et comprend quatre étapes :

- Identification des cas suspects
- Enquête 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.

Enquête et examens approfondis

L'office AI transmet les dossiers suspects à des spécialistes du domaine afin qu'ils se renseignent plus précisément (par ex. en se procurant les données sur le revenu, en faisant des recherches sur Google, en effectuant sans prévenir une visite à domicile, en menant une enquête de voisinage, 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-accidents, 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 l'abus ou la fraude, mais que les soupçons se confirment, l'office AI a une dernière possibilité : demander une investigation secrète 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 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.

Une 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.

Application du droit des assurances et de mesures pénales

Lorsqu'un abus ou une fraude est prouvé, 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 nouvelles demandes et révisions de rentes concernant les assurés domiciliés tant en Suisse qu'à l'étranger sont examinées selon la procédure décrite plus haut, à la recherche d'une fraude à l'assurance. Jusqu'à présent, l'AI n'a réalisé des surveillances à l'étranger qu'au Kosovo et en Thaïlande, dans le cadre d'un projet pilote visant à tester la faisabilité pratique de surveillances à l'étranger.

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
ralf.kocher@bsv.admin.ch

Tél. 031 322 92 11
Harald Sohns, chef suppléant du service Communication
kommunikation@bsv.admin.ch

Remarque : La revue « Sécurité sociale CHSS » 2/2013 de l'OFAS contient un dossier sur le thème de la lutte contre les abus dans les assurances : www.bsv.admin.ch/chss-f