



Lutte contre les abus dans l'AI

Dans le cadre de :

Assurance-invalidité : faits et chiffres 2017

Date : 14 mai 2018

En 2017, l'AI a ouvert une enquête sur 1820 soupçons d'abus, et 2130 cas ont pu être bouclés. Les soupçons ont été confirmés dans 630 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 480 rentes entières a ainsi été économisé, ce qui correspond, par extrapolation, à des économies totales de l'ordre de 178 millions de francs, pour des coûts d'environ 8 millions de francs.

Bilan 2017

L'année dernière, 1820 cas suspects ont été transmis à des spécialistes de la lutte contre les abus dans les offices AI pour examens complémentaires et enquête. Outre les 1950 enquêtes qui n'étaient pas encore terminées fin 2016, ce sont donc 3770 cas qui ont été traités pour soupçon d'abus en 2017. Une surveillance a été requise pour 500 d'entre eux.

2130 enquêtes ont été bouclées en 2017, 210 ayant fait l'objet d'une surveillance. Le soupçon d'abus s'est confirmé dans 630 cas, dont 170 grâce à une surveillance. Cette lutte rigoureuse permet à l'AI d'économiser l'équivalent de 480 rentes entières, ce qui correspond à une réduction des dépenses annuelles d'environ 12 millions de francs ou à des économies totales de l'ordre de 178 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 les abus dans l'AI se sont élevés à un peu plus de 8 millions de francs en 2017 (6,8 millions pour le personnel et 1,3 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 50 cas, les offices AI ont réclamé la restitution des prestations indûment perçues, et ils ont porté plainte dans 20 cas.

En octobre 2016, la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) avait retenu que l'assurance-accidents suisse n'a pas de base légale suffisante pour effectuer des observations secrètes. En juillet 2017, le Tribunal fédéral a estimé que l'arrêt de la CrEDH s'appliquait aussi à la surveillance dans l'AI¹. Début août 2017, l'Office fédéral des assurances sociales a par conséquent ordonné aux offices AI de ne plus engager ce type de procédure et de suspendre toutes les observations en cours. Depuis lors, l'AI ne procède donc plus à des surveillances. Lors de la session de printemps 2018, le Parlement a adopté une nouvelle base légale qui s'appliquerait aussi bien à l'assurance-accidents, à l'assurance-invalidité, à l'assurance-maladie et à l'assurance-chômage qu'à l'AVS et aux prestations complémentaires, et contre laquelle un référendum a été lancé.

¹ Arrêt du 14.7.2017 (9C_806/2016)

Lutte contre les abus dans l'AI en 2017 : vue d'ensemble

Évolution
de 2013 à 2017

	2017		2016		2015		2014		2013	
	Total	dont avec une surveillance*	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	1950	430	1960	480	1880	430	1990	390	2100	390
Nouveaux cas	1820	70	1860	120	1900	130	2200	150	2570	120
Cas liquidés	2130	210	1950	270	1940	220	2310	260	2540	220
Soupçon confirmé (nombre de cas)	630	170	650	180	540	140	540	140	570	130
Rentes non octroyées, supprimées ou réduites (calculées en rentes entières)	480	160	470	160	410	120	390	120	420	110
Économies réalisées par an (millions de francs)	12	4	11,7	4,0	10,0	2,9	9,5	2,9	10,8	2,8
Prestations de rente économisées (extrapolation) (en millions de francs)	env. 178	env. 60	env. 178	env. 60	env. 154	env. 45	env. 144	env. 44	env. 173	env. 45,6

* En août 2017, l'AI a dû suspendre momentanément ses surveillances en raison d'un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme. Par la suite, la statistique de la lutte contre les abus dans l'AI montre un recul, en 2017, du nombre de surveillances commandées. Les conséquences sur la lutte contre les abus seront visibles l'an prochain, car la statistique recense les cas liquidés en 2017, qui incluent ceux pour lesquels une surveillance a été réalisée en 2016 ou jusqu'à août 2017.

Quand parle-t-on d'abus ?

Définition

Dans toute assurance, il peut arriver, pour différentes raisons, que des assurés perçoivent des prestations auxquelles ils n'ont en fait pas droit. Il ne s'agit cependant pas toujours de fraude au sens juridique du terme : c'est pourquoi on utilise ici le terme non juridique d'« abus ». On relève surtout des cas de violation de l'obligation de renseigner (par ex. lorsqu'un assuré n'informe pas l'assurance de l'augmentation de son revenu ou de l'amélioration de son état de santé) ou d'omission non intentionnelle d'informations lors de l'examen du droit à des prestations de l'AI.

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, la communication à l'assurance d'indications fausses ou la dissimulation d'indications, la mise en scène d'accidents, la menace, le chantage ou la corruption d'un tiers et la falsification de documents.

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

Historique

Avec l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI le 1^{er} janvier 2008, des bases légales ont été introduites pour observer secrètement les personnes fortement soupçonnées d'abus. 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 a été appliquée de manière uniforme par tous les offices AI depuis le 1^{er} août 2008. En 2016, à la suite d'un arrêt de la CrEDH², l'assurance-accidents puis l'assurance-invalidité ont dû suspendre leurs surveillances, les juges à Strasbourg ayant retenu que les assurances suisses n'ont pas de base légale suffisante pour en effectuer.

L'AI n'a pas réinventé la gestion des abus, d'autant 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 de mesures relevant du droit des assurances et du droit pénal

La procédure d'instruction ordinaire dans l'AI

Procédure d'instruction ordinaire

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 du droit aux prestations sont remplies ; au besoin, ils procèdent à un examen médical de 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 le cas pour connaître la situation des indépendants et des personnes

² Arrêt Vukota-Bojic contre Suisse du 18.10.2016 (61838/10)

entièrement ou partiellement occupées à des activités ménagères, ainsi que pour examiner le droit à une allocation pour impotent ou à certains moyens auxiliaires.

Lutte contre les abus dans l'AI

Lutte contre les abus dans la procédure d'instruction

Dans toutes les instructions relatives à une première demande de rente et dans toutes les révisions de rentes en cours d'assurés résidant en Suisse ou à l'étranger, on examine s'il existe des indices d'abus. En 2017, l'AI a révisé environ 31 000 rentes et octroyé près de 17 000 nouvelles rentes. Le nombre de cas d'abus avérés montre que la grande majorité des assurés se conduisent correctement et perçoivent leurs prestations à juste titre.

La lutte contre les abus est menée par les offices AI de façon ciblée et structurée, avec un personnel formé spécifiquement à cette tâche. Une enquête approfondie n'est menée qu'en présence d'indices indubitables et suffisamment probants (par ex. incohérences dans les documents, indications données par d'autres assurances ou par des organes de contrôle chargés de la lutte contre le travail au noir). Les offices AI examinent en principe aussi toutes les indications fournies par des particuliers, qu'elles lui parviennent d'une source connue ou de façon anonyme. 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. Dans la plupart des cas, l'enquête approfondie aboutit à la conclusion que les soupçons étaient injustifiés. Actuellement, des abus ne sont avérés que dans 30 % des cas examinés et liquidés.

Il est nécessaire de lutter de manière rigoureuse et coordonnée contre les abus afin d'éviter toute perception indue de prestations de l'AI. Cette lutte joue par ailleurs un rôle préventif non négligeable, dont l'efficacité augmente avec le temps. Elle favorise ainsi la confiance des citoyens et des contribuables dans la gestion de l'assurance.

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

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 indûment des prestations AI et qui doivent donc faire l'objet d'un examen plus poussé. Ce filtre permettant de détecter les abus possibles est appliqué en principe à toutes les instructions relatives à une première demande de rente et à toutes les révisions de rentes en cours.

Enquête et examens approfondis

L'office AI transmet les dossiers suspects à son propre personnel spécialisé dans la lutte contre les abus afin qu'il se renseigne 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 les abus 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 les abus, 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, mais que les soupçons se confirment, l'office AI a une dernière possibilité : demander une surveillance afin de constituer des preuves.

Application du droit des assurances et de mesures pénales

Lorsque l'abus est prouvé, l'office AI suspend le versement de la rente et exige, dans la mesure du possible, le remboursement des prestations indûment perçues. Ce n'est toutefois pas à l'AI de déterminer si l'assuré a commis une fraude ou un autre délit, ni d'appliquer des sanctions. Cela ne relève pas de sa compétence. Selon les manquements constatés et prouvés, l'AI doit déposer une plainte, ce qui permet aux autorités pénales d'intervenir. Il est ensuite du ressort des autorités pénales et des tribunaux de déterminer si l'assuré s'est rendu coupable d'une violation des dispositions légales ayant des conséquences sur le plan pénal et s'il doit être condamné. L'AI ignore généralement le résultat de cette procédure, qui n'est pas au centre de ses préoccupations. L'assurance ne sait donc pas combien de cas d'abus constituent également une fraude au sens du droit pénal.

Lutte contre les abus à l'étranger

Toutes les instructions relatives à une première demande de rente et toutes les révisions de rentes concernant les assurés domiciliés en Suisse comme à l'étranger sont examinées à l'occasion de la procédure d'instruction, afin d'y déceler les abus.

Jusqu'à présent et depuis quelques années, l'AI n'a réalisé des surveillances à l'étranger qu'au Kosovo et en Thaïlande, États ayant donné leur accord et où un projet pilote avait permis d'en tester la faisabilité pratique.

Les surveillances exercées à l'étranger peuvent uniquement être exécutées dans le respect du droit international et du droit en vigueur dans l'État concerné. Elles reposent sur les termes des conventions de sécurité sociale conclues avec chaque pays. Depuis que la lutte contre les abus fait partie de l'assurance-invalidité, la Suisse exige, dans toutes ses négociations contractuelles, l'introduction d'une clause de lutte contre les abus pour toutes les assurances sociales. C'est avant tout l'assistance administrative qui est visée, et non les surveillances exercées par la Suisse à l'étranger.

Les conventions conclues avec la Communauté européenne et ses États membres ne comprennent pas de clause de lutte contre les abus autorisant les assureurs suisses à surveiller directement des assurés. Toutefois, dans le cadre de l'assistance administrative internationale, ces États apportent leur soutien dans la lutte contre les abus.

La convention de sécurité sociale conclue avec l'Uruguay, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, est pour l'instant la seule en vigueur à prévoir une clause de lutte contre les abus. Des négociations ont été menées ou sont en cours avec l'Albanie, l'Argentine, la Bosnie-Herzégovine, le Brésil, le Kosovo, le Monténégro, le Pérou, la Serbie et la Tunisie. Les conventions qui en résultent ne sont pas encore entrées en vigueur.

Versions linguistiques de ce document

Deutsche Version : « Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs in der IV »

Versione italiana: « Lotta agli abusi assicurativi nell'AI »

Contact

Office fédéral des assurances sociales OFAS

Communication

+41 58 462 77 11

kommunikation@bsv.admin.ch