Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI)

Valable à partir du 1er janvier 2022

État : 1er janvier 2025

318.507.03 f

01.25

Avant-propos

La présente version de la CPAI comprend les modifications qui entrent en vigueur le 1er janvier 2025. Tous les chiffres marginaux modifiés sont mis en évidence par l'adjonction 1/25. Les adaptations formelles ainsi que la mise à jour des arrêts du TF ne sont pas spécifiquement signalées.

Ci-dessous l'aperçu des modifications matérielles :

Ch.	Modification
3094	Adaptation selon la nouvelle convention concernant la réalisation d'expertises médicales pluridisciplinaires valable à partir du 1.1.2025
6050	Correction et précision

Table des matières

Abréviations 10
1re partie : Dépôt de la demande et examens préliminaires 15
1 Dépôt et effets de la demande 15
2 Enregistrement de la demande 16
3 Vérification de la compétence 16
4 Vérification de la demande 17
4.1 Forme de la demande 17
4.2 Intégralité et validité de la demande 18
4.2.1 En général 18
4.2.2 Légitimation 19
4.3 Identité de l'assuré 20
4.4 Recours contre les tiers responsables 21
5 Accusé de réception 21
6 Retrait de la demande et renonciation aux prestations 21
6.1 En général 21
6.2 Retrait de la demande 22
6.3 Renonciation aux prestations 22
2e partie : Contrôle des conditions générales d'assurance 24
1 Généralités 24
2 Étendue de l'examen 25
3 Procédure à suivre si les conditions d'assurance ne sont pas remplies 26
4 Survenance du cas d'assurance 26
4.1 Généralités 26
4.2 Survenance de l'invalidité lorsqu'il s'agit de prestations de même nature échelonnées dans le temps 27
3e partie : Instruction de la demande 28
1 But et étendue de l'instruction 28
2 Gestion des documents 29

3 Récolte de renseignements 29
3.1 En général 29
3.2 Auprès de l’assuré 31
3.3 Auprès de tiers 31
3.3.1 Auprès de l’employeur 31
3.3.2 Auprès du médecin 31
3.3.3 Auprès des organes des assurances sociales 32
3.3.4 Auprès des autorités administratives et judiciaires 32
3.3.5 Auprès des assureurs privés 33
4 Communication de données à des tiers 33
4.1 Principe 33
4.2 Renseignements donnés aux employeurs, aux offices spécialisés et à d’autres organes d’exécution 33
4.3 Renseignements donnés aux médecins traitants 34
4.4 Renseignements donnés aux services publics et privés d’assistance 34
4.5 Communication à l’autorité de protection de l’adulte et de l’enfant 34
4.6 Communication au Service des automobiles 35
4.7 Communication de données dans le cadre de la lutte contre le travail au noir 37
5 Enquête sur place 37
5.1 Généralités 37
5.2 Contenu de l’enquête 40
6 Instruction médicale 40
6.1 But et étendue de l’instruction 40
6.2 Renseignements médicaux 41
6.2.1 Forme et étendue des renseignements 41
6.2.2 Médecin compétent 42
6.3 Examen médical effectué par le SMR 43
6.4 Expertise médicale externe 43
6.4.1 Généralités 43

6.4.2 Procédure d'attribution de mandats d'expertise monodisciplinaire 45
6.4.3 Procédure d'attribution d'expertises bi- et pluridisciplinaires 49
6.4.4 Enregistrement sonore des expertises 53
6.4.5 Transmission du dossier 55
6.4.6 Violation de l'obligation de collaborer 56
6.4.7 Procédure suite à la réception du rapport d'expertise..... 56
7 Frais des mesures d'instruction 58
7.1 Généralités..... 58
7.2 Frais du médecin..... 59
7.3 Frais de traduction (interprètes) 60
7.3.1 Principe..... 60
7.3.2 Expertise médicale externe et examen médical effectué par le SMR 60
7.4 Indemnisation pour perte de gain et frais (art. 45, al. 2, LPGA) 61
7.5 Facturation 61
4e partie : Autres tâches de l'office AI..... 62
1 Information, renseignements et conseils à l'assuré 62
1.1 Information de l'assuré 62
1.2 Renseignements et conseils à l'assuré 62
2 Échanges avec l'OFAS 62
2.1 Généralités..... 62
2.2 Avis préalable obligatoire de l'OFAS 63
3 Coordination avec d'autres assureurs sociaux 63
3.1 Assurance-accidents obligatoire, assurance militaire et assurance-chômage..... 63
3.2 Assureurs-maladie responsables 64
5e partie : Obligation de collaborer et de diminuer le dommage 65
1 Obligation de collaborer incombant à l'assuré dans le cadre de l'examen de la situation 65
1.1 Définition 65

1.2 Mise en demeure et délai de réflexion 66
1.3 Conséquences juridiques en cas de violation de l'obligation de collaborer 66
1.3.1 Lors d'une première demande 68
1.3.2 Lors d'une procédure de révision 68
1.3.2.1 Révision sur demande 68
1.3.2.2 Révision d'office 68
1.4 Procédure si l'assuré accepte de remplir l'obligation de collaborer 69
1.4.1 Lors d'une décision de non-entrée en matière 69
1.4.2 Lors d'un refus de prestation ou d'une suppression de prestation 69
1.4.3 Lors d'une suspension de prestation 70
2 Obligation de réduire le dommage (art. 21, al. 4, LPGA, 7 et 7*b* LAI) incombant à l'assuré 71
2.1. Définition 71
2.2 Champ d'application 71
2.2.1 Mesures de réadaptation 71
2.2.2 Traitements médicaux 71
2.3 Caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation et des traitements médicaux 72
2.3.1 Généralités 72
2.3.2 Mesures médicales ou traitements médicaux raisonnablement exigibles 73
2.4 Injonction des mesures et des traitements 74
2.4.1 Injonction de mesures de réadaptation 74
2.4.2 Injonction de traitements médicaux (conditions) 74
2.5 Accompagnement et contrôle périodique 75
2.6 Mise en demeure et délai de réflexion 75
2.7 Conséquences juridiques de la violation de l'obligation de réduire le dommage 76
2.7.1 Proportionnalité 76
2.8 Décision 77
3 Obligation de renseigner des tiers 79
3.1 Personnes et instances tenues de renseigner 79

3.2 Autorisation de donner des renseignements 79
3.3 Procédure en cas de non-respect de l'obligation de renseigner 80
6e partie : Prononcé de l'office AI 82
1 Fixation des prestations et communication des prononcés 82
1.1 Généralités 82
1.2 Motivation des prononcés 83
1.3 Langue des prononcés 84
1.4 Force obligatoire du prononcé 84
2 Procédure de préavis 85
2.1 Droit d'être entendu : assuré 85
2.2 Droit d'être entendu : autres parties 86
3 Notification de la décision 87
3.1 Principe 87
3.2 Copies des décisions 87
4 Date de révision et limitation dans le temps 88
5 Prononcés concernant les rentes et les allocations pour impotent 89
5.1 Généralités 89
5.2 Préparation de la décision en cas d'octroi de prestations en espèces en faveur d'adultes 90
5.3 Notification des copies de décisions sur les rentes et les allocations pour impotent en faveur d'adultes 92
6 Décisions sur des indemnités journalières 93
7 Décisions sur la contribution d'assistance 94
8 Réception et transmission des avis 94
9 Prononcés dans le domaine de l'AVS (allocation pour impotent, moyens auxiliaires, contribution d'assistance) 94
10 Décisions dans le domaine des PC 96

7e partie : office AI et caisse de compensation compétents 97
1. Office AI compétent 97
1.1 Réglementation ordinaire 97
1.2 Domicile ou séjour à l'étranger 97
1.3 Changement d'office AI 98
1.3.1 En cours de procédure 98
1.3.2 Après l'achèvement de la procédure 99
1.3.3 Reconsidération des décisions 99
1.4 Collaboration entre offices AI 99
2. Caisse de compensation compétente 100
2.1 Réglementation ordinaire 100
2.2 Cas spéciaux 101
2.2.1 Assuré sans cotisations 101
2.2.2 Domicile ou séjour à l'étranger 101
2.3 Unité du cas d'assurance 101
3 Conflits de compétence 102
4 Récusation 102
8e partie : Appel aux services spécialisés et aux spécialistes 103
1 Définition et statut 103
2 Procédure 103
2.1 Remise du mandat 103
2.1.1 Généralités 103
2.1.2 Information de l'assuré 104
2.1.3 Forme et contenu du mandat 104
2.1.4 Pièces à joindre au mandat 105
2.2 Exécution du mandat 105
Annexe I Instructions aux offices AI concernant l'aide administrative aux assurances-invalidité étrangères 107
Annexe II Evaluation du taux d'invalidité au nom des organes PC 111
Annexe III Mandat concernant les expertises médicales 113
Annexe IV Structure de l'expertise 116

Annexe V Structure de l’évaluation consensuelle pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires 123

Annexe VI Grenzzone – Zone frontalière – Zona di frontiera . 126

Abréviations

AA	Assurance-accidents obligatoire conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents
ABEL	AVS, prévoyance professionnelle et PC
AC	Assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
AIJM	Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie
al.	alinéa
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
ARéf	Arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'AVS et dans l'AI
art.	article
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CAPI	Circulaire concernant l'allocation pour impotent de l'AVS/AI s'agissant des cas d'impotence consécutive à un accident
CC	Code civil suisse
CCA	Circulaire sur la contribution d'assistance
CCONT	Circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC
CdC	Centrale de compensation

CGC	Circulaire sur la gestion de cas dans l’assurance-invalidité
Ch.	chiffre
CI	Compte individuel
CIBIL	Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l’AVS/AI/PC
CII	Collaboration interinstitutionnelle
CIJ	Circulaire concernant les indemnités journalières de l’assurance-invalidité
CIRAI	Circulaire sur l’invalidité et les rentes dans l’assurance-invalidité
Circ. recours AI	Circulaire concernant les tâches des offices AI quant à l’exercice du droit de recours contre les tiers responsables
CMAV	Circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l’assurance-vieillesse
CMRPAI	Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l’assurance-invalidité
CNA/Suva	Caisse nationale suisse d’assurance en cas d’accidents
COGSC	Circulaire sur l’obligation de garder le secret et sur la communication des données dans le domaine de l’AVS/AI/APG/PC/AFA/AF
COPAI	Centre d’observation professionnelle de l’AI
CPPI	Circulaire sur le paiement des prestations individuelles dans l’AI et l’AVS
CRFV	Circulaire sur le remboursement des frais de voyage dans l’assurance-invalidité

CSC	Caisse suisse de compensation
CSI	Circulaire sur l’impotence
CSIP	Circulaire concernant la statistique des infirmités et des prestations
DAA	Directives sur l’assujettissement aux assurances AVS et AI
D CA/CI	Directives concernant le certificat d’assurance et le compte individuel
DEA	Directives sur le statut des étrangers et des apatrides dans l’AVS et dans l’AI
Décision	Décision formelle de l’office AI (décision, communication, prononcé)
DR	Directives concernant les rentes
Guide SuisseMED@P	Guide à l’usage des centres d’expertises et des offices AI (www.bsv.admin.ch > Assurances sociales > Assurance-invalidité AI > Information de base et législation > Organisation de l’AI > SuisseMED@P)
LAA	Loi fédérale sur l’assurance-accidents
LAI	Loi fédérale sur l’assurance-invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l’assurance-maladie
LAVS	Loi fédérale sur l’assurance-vieillesse et survivants
let.	lettre
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales

LTN	Loi fédérale concernant des mesures en matière de lutte contre le travail au noirOACI Ordonnance sur l’assurance-chômage et sur l’indemnité en cas d’insolvabilité
Office AI	Office de l’assurance-invalidité
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OIC	Ordonnance concernant les infirmités congénitales
OLAA	Ordonnance sur l’assurance-accidents
OPGA	Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales
ORP	Office régional de placement
PC	Prestations complémentaires à l’AVS et à l’AI
PP	Prévoyance professionnelle
Pratique VSI	Revue bimestrielle sur l’AVS, l’AI et les APG publiée par l’Office fédéral des assurances sociales, supprimée fin 2004 (jusqu’en 1992 : RCC)
RAI	Règlement sur l’assurance-invalidité
RAVS	Règlement sur l’assurance-vieillesse et survivants
RCC	Revue de l’AVS, de l’AI et des APG publiée par l’Office fédéral des assurances sociales (depuis 1993 : Pratique VSI)
SMR	Service médical régional
TED	Traitement électronique des données
TF	Tribunal fédéral

Introduction

La présente circulaire règle la procédure en général en tant qu'elle concerne l'examen du droit aux prestations de l'AI et la fixation de celles-ci, de même que l'octroi des moyens auxiliaires et des allocations pour impotent de l'AVS. Les particularités de la procédure dues à la nature de certaines prestations sont traitées en rapport avec l'application du droit matériel. Les directives spéciales qui les concernent priment les règles de la présente circulaire.

Les règles de procédure particulières applicables aux assurés résidant à l'étranger sont réservées, de même que la procédure appliquée à la détection précoce par l'AI.

Lorsqu'il est question ci-après de caisse de compensation, ce terme désigne à la fois le siège de la caisse et ses agences.

1re partie : Dépôt de la demande et examens préliminaires

1 Dépôt et effets de la demande

1001 Quiconque exerce son droit aux prestations de l'AI doit présenter une demande (art. 29, al. 1, LPGA).

1002 La détection précoce (art. 3*a* LAI) constitue une exception, une communication selon l'art. 3*b* LAI doit être présentée. Dans ces cas, les offices AI déterminent si le dépôt d'une demande AI est indiqué dans un délai de 30 jours suivant la communication du cas (art.1quater RAI).

1003 La demande est en principe déposée auprès de l'office AI compétent (ch. 7001). Depuis l'étranger, les ressortissants suisses déposent leur demande par l'intermédiaire de l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger. Les ressortissants de pays de l'UE ou de l'AELE déposent leur demande auprès de l'autorité désignée dans la CIBIL. Les ressortissants d'Etats liés à la Suisse par une convention de sécurité sociale déposent leur demande auprès de l'autorité étrangère habilitée à la recevoir (www.zas.admin.ch > Particuliers > Demander une rente d'invalidité).

1004 Le dépôt de la demande auprès des caisses de compensation et de leurs agences est juridiquement valable. La demande doit être transmise sans délai à l'office AI compétent (art. 67, al. 2, RAI, art. 69bis, al. 2, RAVS).

1005 L'office AI, ou la caisse de compensation, qui reçoit la demande l'enregistre.

1006 La demande déposée auprès d'un service spécialisé de l'aide publique ou privée aux invalides (art. 67, al. 3, RAI) n'est valable qu'une fois entre les mains d'un des organes de l'assurance mentionnés aux ch. 1003et 1004.

1007 En déposant une demande de prestations à l'AI, l'assuré sauvegarde en principe tous ses droits jusqu'au moment de la décision (RCC 1976, p. 45).

1008 La date de la remise d'une simple lettre ou d'un formulaire inapproprié vaut comme dépôt de la demande (art. 29, al. 3, LPGA), pour autant que l'assuré respecte le délai supplémentaire pour rectifier sa demande (arrêt du TF I 81/06 du 8 juin 2006).

1009 Si, après la fin de la procédure (ch. 7010), l'assuré demande d'autres prestations à l'AI (du même genre ou d'une autre nature) et que les pièces du dossier laissent penser que le droit à la prestation demandée aurait déjà dû être examiné lors de la demande initiale (ch. 3002), celle-ci est déterminante pour fixer le droit aux nouvelles prestations.

2 Enregistrement de la demande

1010 L'office AI enregistre, pour chaque demande, au moins le numéro AVS, le nom, le prénom et l'adresse de l'assuré.

1011 L'office AI vérifie s'il n'a pas déjà reçu une demande pour l'assuré en question. En cas de première demande, c'est-à-dire lorsqu'un assuré présente pour la première fois une demande de prestations de l'AI, l'office AI ouvre un nouveau dossier. En cas de nouvelle demande ou lorsqu'une détection précoce a déjà eu lieu, l'office AI enregistre la demande dans le dossier existant.

1012 Si l'office AI constate qu'un autre office AI s'est déjà occupé du cas, il se procure le dossier correspondant (ch. 7012).

3 Vérification de la compétence

1013 L'office AI examine sa compétence (voir 4e partie).

1014 Si l'office AI n'est pas compétent et doit transmettre la demande à un autre office AI, il en informe l'assuré.

4 Vérification de la demande

4.1 Forme de la demande

1015 La demande doit être présentée sur un formulaire officiel (art. 29, al. 2, LPGA, art. 65, al. 1, RAI).

1016 Les formulaires de demande sont délivrés gratuitement par les offices AI et par les caisses de compensation. Les formulaires sont également disponibles à l'adresse www.avs-ai.ch.

1017 Les personnes résidant à l'étranger utilisent des formulaires de demande spéciaux.

1018 1/24 Si la demande n'est pas présentée sur un formulaire officiel, l'office AI en remet un à l'assuré et lui impartit un délai convenable pour le retourner dûment rempli.

1019 Lorsque l'assuré ne donne pas suite à l'injonction qui lui est faite, l'office AI lui communique que sa demande ne peut pas être examinée tant qu'elle n'est pas présentée sur le formulaire officiel.

1020 Dans les cas où une demande a déjà été présentée, l'office AI se contente, sous réserve du ch. 1021, de la remise d'une simple lettre lorsque l'assuré demande de nouvelles prestations, du même genre ou d'une autre nature. Il faut toutefois que les pièces au dossier fournissent clairement les indications nécessaires à l'examen du droit aux prestations requises. Si la procédure s'est achevée par une décision de refus, une nouvelle demande est nécessaire.

1021 Les assurés qui, lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans, perçoivent une prestation périodique de l'AI (allocation pour impotent destinée aux mineurs, prestations pour la formation professionnelle initiale) ou sont au bénéfice de mesures médicales et demandent une indemnité journalière, une rente ou une allocation pour impotent adulte sont considérés comme ayant demandé à l'AI l'examen du droit à

ces prestations, mais doivent tout de même remplir le formulaire de demande officiel. L'office AI le leur envoie. Le droit à la prestation prend ainsi naissance dès le 18e anniversaire, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies.

4.2 Intégralité et validité de la demande

4.2.1 En général

1022 1/24 L'office AI vérifie si le formulaire de demande a été correctement rempli et si les annexes sont au complet. Si tel n'est pas le cas, il fait en sorte que la demande soit complétée.

Il convient de mentionner dans le dossier (par une note datée et signée) :

1023 – que l'assuré refuse ou n'est pas en mesure de faire parvenir les pièces justificatives exigées ;

1024 – que les pièces justificatives annexées (certificat d'assurance, pièce d'identité, etc.) ont été retournées à l'assuré (ch. 1041) ; quand cet envoi est accompagné d'une lettre, il suffit d'en joindre la copie au dossier ;

1025 – que l'office AI a, de son propre chef, ajouté des compléments ou des corrections à la demande.

1025.1 1/24 Si l'assuré a déjà atteint l'âge de 62 respectivement 63 ans, l'office AI doit vérifier si le versement anticipé d'une rente de vieillesse est en cours (p. ex. consultation Telezas, demande auprès de la caisse de compensation).

1026 1/24 Si une communication au sens du ch. 1002 a été déposée, l'office AI doit vérifier si la personne ou l'instance qui a communiqué le cas a confirmé sur le formulaire que l'assuré a été préalablement informé (art. 3*b*, al. 3, LAI). Si tel n'est pas le cas, il demande à la personne ou à l'instance qui a fait la communication d'y remédier et d'adresser à nouveau une communication.

4.2.2 Légitimation

Assuré

1027 L'exercice du droit aux prestations appartient en premier lieu à l'assuré. S'il est incapable d'agir lui-même (incapable de discernement, mineur ou sous tutelle), la demande est déposée par le représentant légal.

Autorités et tiers

1028 Les autorités et les tiers qui assistent l'assuré d'une manière durable et régulière ou lui accordent des soins permanents, en exécution d'une obligation d'entretien, ont eux-mêmes le droit de déposer une demande de prestations AI en faveur de l'assuré (art. 66, al. 1, RAI). Le ch. 5065 est applicable.

1029 Il y a assistance régulière ou soins accordés en permanence lorsqu'une autorité ou un tiers apportent, depuis une période assez longue, une aide constante et complète, notamment financière, à l'assuré. Les tiers peuvent être le/la conjoint/e, les parents, les grands-parents, les enfants, les petits-enfants ou les frères et sœurs de l'assuré. Les services de l'aide sociale font partie des autorités habilitées à déposer une demande au sens du ch. 1028 (arrêt du TF I 113/05 du 8 juin 2005).

1030 L'assurance sociale qui a avancé des prestations en vertu de l'art. 70, al. 1 et 2, LPGA est également autorisée à déposer une demande (ATF 135 V 106).

1031 Les organes d'exécution des mesures de l'AI (par ex. les hôpitaux et les centres de réadaptation) ou les employeurs ne sont pas autorisés à faire valoir de leur propre chef les droits de l'assuré (arrêt du TF I 226/04 du 11 octobre 2004). Il en va de même des caisses de pension publiques et privées et des autres institutions qui versent à l'assuré des prestations en espèces auxquelles il a droit. Ces caisses et ces institutions ne peuvent pas déposer une demande sans y avoir été habilitées par écrit par l'assuré lui-

même, par son représentant légal ou par les proches habilités au sens du ch. 1029

1032 Lorsque l'assuré est décédé, ses héritiers sont autorisés à faire valoir le droit à des prestations en espèces de l'AI, de même que toute personne ayant à cet égard un intérêt digne d'être protégé (RCC 1974, 396).

1033 Si l'assuré est incapable de discernement et n'a ni proche, ni représentant légal, la demande peut exceptionnellement être présentée par la personne qui prend soin de lui (art. 66 RAI ; 5066).

1034 L'assuré doit toujours être informé par l'office AI du fait qu'une autorité ou un tiers ont déposé une demande en sa faveur.

Représentation

1035 Les personnes ou organismes habilités à présenter une demande de prestations (ch. 1027 ss) peuvent se faire représenter par un tiers (par ex. un avocat, un bureau d'aide sociale, un médecin, un service scolaire, un centre de réadaptation) ou se faire assister. L'office AI exige alors une procuration écrite, une copie du mandat pour cause d'inaptitude ou de l'acte de nomination en qualité de curateur établi par l'autorité de protection de l'adulte attestant que le tiers est autorisé à déposer la demande.

4.3 Identité de l'assuré

1036 L'office AI vérifie l'exactitude des indications sur l'identité de l'assuré contenues dans la demande. Les DR sont applicables par analogie.

1037 Les vérifications portent également sur l'identité des enfants qui donnent droit à des rentes ou qui doivent être pris en compte pour le calcul de l'indemnité journalière ou de la contribution d'assistance.

1038 Si une personne divorcée demande des prestations de l'AI ou s'il s'avère qu'un précédent mariage a été dissous par

divorce, l’office AI transmet une copie de la demande à la caisse de compensation compétente pour l’octroi de la rente (ch. 7017). La caisse remet immédiatement à la personne le formulaire de demande de splitting en cas de divorce.

4.4 Recours contre les tiers responsables

1039 On se réfère à la Circulaire concernant les tâches des offices AI quant à l’exercice du droit de recours contre le tiers responsable (Circulaire recours AI).

5 Accusé de réception

1040 L’office AI confirme à l’assuré, en joignant un mémento sur les prestations de l’AI (en cas de confirmation électronique, avec mention de la référence sur Internet), que la demande lui est parvenue et l’informe sur la suite de la procédure.

1041 En annexe à l’accusé de réception, l’office AI restitue à l’assuré les pièces d’identité personnelles et le certificat d’assurance AVS/AI. Une copie de ceux-ci reste au dossier.

6 Retrait de la demande et renonciation aux prestations

6.1 En général

1042 L’assuré ou son représentant légal peut retirer sa demande ou renoncer à des prestations, à moins que l’intérêt légitime de l’assuré lui-même ou d’autres personnes concernées ne s’y oppose (art. 23, al. 1 et 2, LPGA).

1043 La déclaration de retrait ou la renonciation aux prestations doit être déposée par l’ayant droit par écrit, elle ne doit contenir aucune réserve et être munie d’une signature. La déclaration de retrait ou la renonciation aux prestations d’une personne mariée doit également être signée par son conjoint.

6.2 Retrait de la demande

1044 Les offices AI traitent directement les retraits, qui peuvent être admis seulement s'ils ne sont pas préjudiciables à l'intérêt légitime de l'assuré lui-même, d'autres personnes concernées (par ex. enfants, conjoint), ou d'institutions d'assurance ou d'assistance (art. 3*b*, al. 2, let. e à l, LAI), et ne tendent pas à contourner des dispositions légales. Pour la contribution d'assistance, les ch. 1020 ss CCA sont applicables.

1045 Lors de situations où un tiers responsable est impliqué, l'office AI, avant de décider, soumet le retrait ainsi que les actes au service de recours compétent pour avis.

1046 Si le retrait de la demande est admis, cette décision est communiquée par écrit à l'assuré (art. 23, al. 3, LPGA). Si le retrait de la demande ne peut pas être admis (intérêt de tiers ou intérêt propre dignes de protection), une décision formelle est rendue.

6.3 Renonciation aux prestations

1047 La question de la renonciation aux prestations ne se pose en principe qu'une fois que les prestations sont connues (arrêt du TF 9C_1051/2012 du 21 mai 2013, consid. 3.1), c'est-à-dire lorsque l'instruction est achevée, et que l'office AI a octroyé des prestations. Jusque-là, l'assuré peut retirer sa demande conformément au ch. 1044. Le recours demeure réservé.

1048 Il n'est en principe pas possible de renoncer à l'exécution de mesures de réadaptation d'ordre professionnel (cf. arrêt du TF 9C_576/2010 du 26 avril 2011, consid. 4.3.3).

1049 Les renonciations à la rente sont envoyées directement avec le dossier au domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC de l'OFAS.

1050 L’admission ou le refus de la renonciation doit faire l’objet d’une décision. L’assuré est informé des conséquences de la renonciation.

1051 La renonciation peut à tout moment être révoquée. En cas de révocation, les prestations ne pourront toutefois être versées que pour l’avenir. Les paiements rétroactifs pour des périodes antérieures à la révocation sont exclus.

2e partie : Contrôle des conditions générales d'assurance

1 Généralités

2001 En vertu de l'art. 6 LAI, pour avoir droit aux prestations de l'AI, les assurés doivent remplir les conditions d'assurance au moment où survient le cas d'assurance.

2002 Tout ressortissant d'un État avec lequel la Suisse n'a passé aucune convention et auquel l'ARéf ne s'applique pas doivent remplir les conditions visées par l'art. 6, al. 2, LAI.

2003 Les conditions d'assurance qui doivent être remplies lors de la survenance de l'invalidité peuvent être assouplies en faveur de certains ressortissants étrangers, en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE et l'AELE ou d'autres conventions bilatérales, et, pour les réfugiés, conformément à l'ARéf.

2004 L'office AI examine, au besoin avec l'aide de la caisse de compensation compétente, si l'assuré satisfait aux conditions d'assurance (art. 57, al. 1, let. d, et 60, al. 1, let. a, LAI ainsi qu'art. 69, al. 1, RAI).

2005 Il consigne la nature et le résultat de cet examen dans le dossier et y joint une photocopie des documents importants (le livret d'étranger, par ex.).

2006 Les conditions d'assurance sont différentes selon les prestations demandées. Pour chaque prestation, il faut examiner si les conditions d'assurance applicables sont remplies.

2007 Le « Guide sur les conditions générales d'assurance en matière de perception de prestations de l'assurance-invalidité » et le Quick-check donnent une vue d'ensemble des conditions générales d'assurance pour toutes les prestations de l'AI et permettent de répondre aux questions pra-

tiques (L'OFAS en ligne > Assurances sociales > Assurance-invalidité > Informations de base et législation > Les prestations).

2 Étendue de l'examen

2008 L'examen porte sur la nationalité, le statut de séjour, le domicile, le lieu de résidence en Suisse (ch. 4101 ss DR) et la durée de ceux-ci, ainsi que la durée de cotisation. D'autres données concernant le lieu (pays) où s'exerce l'activité lucrative, la date d'entrée en Suisse ou l'âge de l'assuré peuvent aussi avoir leur importance.

2009 Il s'agit de déterminer si la personne est assurée à titre obligatoire ou facultatif (cf. art. 1*a* et art. 2 LAVS), et par conséquent de définir sa qualité d'assuré, ainsi que de définir quelles dispositions sont applicables dans son cas (cf. ch. 2001-2003 ci-devant). Le cas échéant, on se référera aussi aux dispositions des DR, des DAA et de la CIBIL.

2010 Il s'agit de déterminer la date de la survenance du cas d'assurance et de savoir si l'assuré remplit les conditions d'assurance pour la prestation demandée (voir les conditions posées à l'octroi d'une rente, des mesures de réadaptation ou d'une allocation pour impotent dans les circulaires et directives correspondantes).

2011 L'assujettissement à l'assurance est toujours personnel. Chaque personne, y compris si elle est mineure, doit remplir elle-même les conditions d'assurance. Cela vaut aussi pour le domicile dérivé (ch. 7002) : les enfants d'un ressortissant étranger qui a son domicile en Suisse ne remplissent eux-mêmes les conditions d'assurance que s'ils résident personnellement en Suisse de manière ininterrompue. S'ils se trouvent à l'étranger, ils n'ont pas leur domicile au lieu où réside leur père ou leur mère (ATF 135 V 249). La même distinction doit être faite entre une personne sous tutelle et son autorité tutélaire (arrêt du TF 9C_768/2015 du 11 mai 2016).

2012 Si la décision relative aux conditions d'assurance dépend du moment auquel l'invalidité est survenue et que cette date ne peut être établie avec certitude d'après le dossier, il y a lieu de prendre d'emblée – pour autant que cela soit nécessaire – les mesures d'instruction prévues aux ch. 3001 ss.

2013 Si les pièces sont insuffisantes pour examiner les conditions d'assurance, il est possible de demander que des documents officiels ou des attestations d'employeurs servent de moyens de preuve.

3 Procédure à suivre si les conditions d'assurance ne sont pas remplies

2014 S'il considère que les conditions d'assurance ne sont pas remplies, l'office AI rend une décision négative, après audition de l'assuré. Lorsque la décision de rejet porte sur une rente, il faut informer la personne sur les prestations complémentaires, à condition qu'elle ait son domicile ou qu'elle séjourne habituellement en Suisse.

4 Survenance du cas d'assurance

4.1 Généralités

2015 L'invalidité ou le cas d'assurance sont réputés survenus dès que l'atteinte à la santé est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4, al. 2, LAI) et qu'une prestation de l'AI est ainsi objectivement indiquée pour la première fois. Ce moment doit être déterminé séparément pour chaque catégorie de prestations. Il se peut que la même atteinte à la santé présente, sous l'angle de prestations spécifiques (mesure médicale ou d'ordre professionnel, moyen auxiliaire, rente, etc.), différents cas d'assurance qui seront réputés survenus à des moments différents.

2016 L’aggravation d’une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d’assurance. En revanche, l’apparition d’une atteinte à la santé complètement différente de l’atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d’assurance (ATF 136 V 369, arrêt du TF 9C_294/2013 du 20 août 2013).

2017 La date à laquelle une demande de prestations a été présentée ou celle à laquelle une prestation est requise sont sans importance quant à la détermination de la survenance du cas d’assurance (arrêt du TF 9C_655/2015 du 14 décembre 2015).

2018 L’office AI détermine avec un soin particulier le moment de la survenance du cas d’assurance. Il accorde à cet examen l’importance qu’il mérite, étant donné que la survenance du cas d’assurance est déterminante tant pour la réalisation des conditions d’assurance et le début des prestations en général, que pour la détermination du droit à une rente et le calcul de celle-ci.

4.2 Survenance de l’invalidité lorsqu’il s’agit de prestations de même nature échelonnées dans le temps

2019 Lorsqu’il s’agit de mesures successives de même nature qui forment un tout, la date de la survenance de l’invalidité s’établit en fonction de la première d’entre elles. En conséquence, si les conditions d’assurance n’étaient pas remplies lorsque la nécessité de mesures médicales s’est manifestée pour la première fois (ou lors de la remise initiale d’un moyen auxiliaire donné), les mesures dictées ultérieurement par la même atteinte à la santé, et liées à celle-ci, ne peuvent pas être accordées non plus.

2020 Par exemple, si une personne a subi une intervention chirurgicale avant d’être assurée, l’AI ne peut pas prendre en charge une opération ultérieure de correction, découlant de la première intervention, même si, au moment où cette correction est indiquée, la personne remplit les conditions d’assurance.

2021 Il en va différemment de la remise d'un nouveau type de moyen auxiliaire à une phase ultérieure de la réadaptation (par ex. remise d'un appareil au poste de travail en faveur d'un assuré déjà muni d'une prothèse).

3e partie : Instruction de la demande

1 But et étendue de l'instruction

3001 L'instruction doit permettre d'établir si les conditions du droit à la prestation sont remplies. L'office AI examine d'office tous les faits pertinents pour l'établissement du prononcé.

3002 L'instruction porte sur toutes les prestations entrant en ligne de compte, même si celles-ci ne sont pas explicitement sollicitées (arrêt du TF 8C_233/2010 du 7 janvier 2011, consid. 5.1).

3003 En dérogation au ch. 3002, le droit à la contribution d'assistance n'est examiné que si l'assuré a déposé une demande formelle correspondante.

3004 Lorsqu'une demande de prestations tendant à l'obtention de mesures de réadaptation et/ou de rente est déposée, l'office AI examine le droit à ces deux prestations.

3005 Pour l'examen du droit aux divers types de prestations de l'AI, les directives pertinentes dans le domaine des prestations en espèces et en nature ainsi que la circulaire sur la gestion de cas dans l'assurance-invalidité (cf. notamment chap. 5.1) sont réservées.

3006 L'office AI prend toutes les mesures d'instruction nécessaires, au besoin sur place (ATF 132 V 93). Il peut exceptionnellement faire appel à des tiers.

2 Gestion des documents

3007 L'office AI enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (Art. 46 LPGA). Les actes doivent permettre de comprendre de quelle manière l'instruction des faits déterminants a eu lieu et comment le processus décisionnel s'est déroulé.

3008 L'office AI doit par exemple consigner au dossier :
- la méthode d'évaluation et les éléments de calcul importants pour la détermination du taux d'invalidité, accompagnés d'un bref exposé des motifs.
- le calcul du taux d'invalidité.

3 Récolte de renseignements

3.1 En général

3009 L'office AI réunit les renseignements et les documents nécessaires portant sur l'état de santé de l'assuré et, en fonction de la prestation envisagée, sur :
- les thérapies et traitements médicaux suivis,
- les activités professionnelles, les travaux ménagers et les loisirs,
- la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie,
- les efforts de réadaptation déjà entrepris (notamment à l'initiative de l'assuré lui-même),
- la capacité de travail et l'aptitude à la réadaptation,
- l'opportunité de certaines mesures de réadaptation ou de nouvelle réadaptation,
- le quotidien de l'assuré et son environnement, les difficultés d'ordre social rencontrées, les ressources existantes ou mobilisables et la situation financière de l'assuré (ATF 141 V 281, cf. ch. 1011, 1012 CGC).

3010 L’office AI met à jour et apprécie régulièrement les pièces obtenues. Il se procure en sus uniquement les informations qui ne sont pas déjà disponibles et qui sont nécessaires dans le cas d’espèce (ch. 1013, 1014 CGC).

3011 Lorsqu’il demande des renseignements, l’office AI attire l’attention du destinataire sur l’obligation de garder le secret imposée aux personnes chargées d’appliquer et de surveiller l’application de l’assurance (art. 33 LPGA ; ch. 3027 ss).

3012 Dans les cas où la loi, l’ordonnance ou une convention (ch. 5059 ss) prévoient que les renseignements doivent être fournis gratuitement, l’office AI en fait mention.

3013 Si la récolte de renseignements implique que des tiers soient déliés de leur obligation de garder le secret (ch. 5062 ss), il y a lieu, dans la lettre sollicitant les renseignements, de faire référence à l’art. 6*a* LAI.

3014 Les renseignements obtenus oralement ou par téléphone sont soit confirmés par écrit par la personne ou l’office qui les fournit (au cas où ces derniers sont d’une importance décisive), soit consignés par écrit dans le dossier (art. 43, al. 1, LPGA). Il en va de même dans les cas où les collaborateurs de l’office AI mettent leurs connaissances personnelles à disposition, si l’office AI se fonde sur celles-ci pour rendre son prononcé.

3015 En vue de l’examen des conditions médicales du droit aux prestations, et notamment dans le cadre des décisions relatives aux mesures de réadaptation, l’office AI peut remettre les documents nécessaires au SMR compétent ou impliquer celui-ci lors de l’état des lieux et de la planification des étapes suivantes (art. 41*a*, al. 2, let. a et b RAI). Il doit remettre ces documents au SMR dans les cas visés aux art. 54*a*, al. 2bis, LAI et 49, al. 1bis, RAI pour lesquels le SMR établit les capacités fonctionnelles de l’assuré qui sont déterminantes pour l’AI conformément à l’art. 6 LPGA (arrêt du TF 9C_858/2014 du 3 septembre 2015, consid. 3.3).

3.2 Auprès de l’assuré

3016 Sur demande de l’office AI, l’assuré lui fournit les renseignements sur sa situation financière, personnelle, sociale et professionnelle (taux d’occupation exact, carrière professionnelle, situation sur le marché du travail, etc.), ainsi que sur son état de santé, ses limitations et ses ressources, ses traitements et ses médecins traitants (cf. ch. 1008 ss CGC).

3.3 Auprès de tiers

3.3.1 Auprès de l’employeur

3017 L’office AI récolte auprès des employeurs actuels et des anciens employeurs de l’assuré des renseignements sur le genre (description du poste de travail) et la durée de l’emploi et sur le salaire de l’assuré au moyen, par ex., du formulaire « Questionnaire pour l’employeur » (art. 28, al. 1, LPGA). Dans le cadre de la réadaptation, le contact avec les employeurs doit se faire de façon simple et, en principe, par oral.

3.3.2 Auprès du médecin

3018 L’office AI récolte auprès des médecins traitants des renseignements sur l’état de santé et les ressources de l’assuré (art. 6*a* LAI, en relation avec l’art. 28, al. 3, LPGA). Ils le font en principe conformément aux ch. 3051 ss.

3019 Les médecins traitants concernés sont informés au besoin des efforts de réadaptation (art. 66*a*, al. 1, let. c^{bis}, LAI, ch. 1039 CGC).

3.3.3 Auprès des organes des assurances sociales

3020 L'office AI récolte auprès des organes des autres assurances sociales, notamment l'assurance vieillesse et survivants, l'assurance-accidents, les assureurs-maladie reconnus (art. 11 LAMal), l'AM, l'AC et les institutions de la prévoyance professionnelle obligatoire, les renseignements nécessaires (art. 32, al. 2, LPGA).

3021 Les organes de l'AVS et de l'AI doivent se fournir réciproquement tous les renseignements nécessaires et les pièces utiles.

3022 Les offices AI peuvent, par ex. pour fixer le taux d'invalidité, réclamer des indications sur le revenu de l'activité lucrative auprès de la caisse de compensation habilitée à percevoir les cotisations pour l'assuré. La caisse de compensation compétente fournit les renseignements sur la base des pièces en sa possession, après avoir, le cas échéant, demandé des renseignements complémentaires à d'autres caisses de compensation tenant un compte au nom de l'assuré ou à l'employeur. Au besoin, un extrait du compte individuel est établi conformément aux D CA/CI.

3.3.4 Auprès des autorités administratives et judiciaires

3023 L'office AI récolte auprès des autorités et offices de la Confédération, des cantons, des districts, des cercles et des communes les renseignements et les attestations nécessaires (art. 32, al. 1, LPGA).

3024 Les renseignements sont demandés aux offices de l'état civil au moyen du formulaire spécial « Confirmation des données personnelles ».

3.3.5 Auprès des assureurs privés

3025 En ce qui concerne la consultation du dossier et la récolte de renseignements dans les rapports avec les assurances privées, on se référera à l'art. 6*a* LAI, en relation avec l'art. 28, al. 3, LPGA.

4 Communication de données à des tiers

4.1 Principe

3026 En principe, l'office AI est soumis à l'obligation de garder le secret (art. 33 LPGA). La communication de données personnelles à des tiers est possible si elle repose sur une base légale circonstanciée (cf. ch. 3027 ss COGSC). Dans ces cas, seules les données nécessaires au but indiqué peuvent être communiquées.

4.2 Renseignements donnés aux employeurs, aux offices spécialisés et à d'autres organes d'exécution

3027 Lors de l'examen des possibilités de réadaptation ou de placement, l'office AI peut communiquer à l'employeur ou à l'organisme concerné les données nécessaires sur l'assuré, y compris celles qui concernent les conséquences du handicap, ainsi que le résultat des investigations et consultations déjà effectuées, dans la mesure où celles-ci sont indispensables à la formation, à l'orientation ou au placement de l'assuré (art. 50*a*, al. 1, let. b, LAVS en relation avec l'art. 66 LAI').

3028 Si, pour l'examen des possibilités de réadaptation professionnelle ou pour l'exécution de mesures, il est fait appel à un centre de réadaptation, l'office AI met à disposition toutes les données et tous les documents nécessaires. La même réglementation vaut pour la communication de renseignements à toutes les personnes et instances qui ont été chargées par un prononcé de l'office AI d'effectuer un examen ou d'exécuter une mesure de réadaptation. Pour

la remise de documents médicaux, la COGSC est déterminante.

4.3 Renseignements donnés aux médecins traitants

3029 L'office AI transmets aux médecins traitants les renseignements et les documents qui servent à déterminer les mesures de réadaptation appropriées. L'échange de données peut se faire par oral dans le cas d'espèce (art. 66*a*, al. 1, let. c^{bis}, LAI).

4.4 Renseignements donnés aux services publics et privés d'assistance

3030 Si un office AI estime utile de prendre contact avec un service ou un office d'assistance qui ne s'est pas occupé jusqu'ici de l'assuré, cette prise de contact et la fourniture de renseignements ne peuvent avoir lieu qu'avec le consentement de l'assuré ou de son représentant légal.

3031 Lors de l'examen des possibilités de réadaptation ou de l'exécution de mesures d'instruction ou de réadaptation, des renseignements peuvent être fournis aussi, aux mêmes conditions, aux personnes et aux autorités ou offices qui – sans être des organes d'exécution de l'AI – prêtent une assistance régulière à l'assuré ou le traitent médicalement, pour autant qu'une telle collaboration serve les intérêts de l'assuré (art. 50*a*, al. 4, LAVS en relation avec l'art. 66 LAI).

4.5 Communication à l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant

3032 1/24 Les offices AI sont tenus de signaler à l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant compétente les personnes qui semblent avoir besoin d'aide et les enfants maltraités ou en danger (art. 443, al. 2, et art. 314, al. 1, CC). L'obligation de signaler prime l'obligation de garder le secret fixée à l'art. 33 LPGA (FF 2015 3137).

Cet avis ne doit contenir que les données permettant d'identifier la personne concernée (en particulier nom, prénom, date de naissance et adresse) et l'indication de son besoin d'aide ou du danger encouru. Tout autre renseignement ne peut être donné que sur demande écrite et motivée de l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant (art. 50*a*, al. 1, let. e, ch. 6, LAVS en relation avec l'art. 66 LAI).

3033 Sont réputées avoir besoin d'aide au sens de l'art. 443, al. 2, CC les personnes qui, d'après leurs propos ou leur comportement en rapport avec leurs affaires personnelles ou financières, paraissent en danger au point de nécessiter l'aide ou la protection de tiers ou de l'Etat.

3034 Les offices AI sont autorisés à signaler à l'autorité de protection de l'adulte les cas où il existe un réel danger qu'une personne ayant besoin d'aide mette en danger sa vie ou son intégrité corporelle ou commette un crime ou un délit qui cause un grave dommage corporel, moral ou matériel à autrui (art. 453 CC).

3035 Un enfant est réputé être en danger lorsque son intégrité corporelle, psychique ou sexuelle est en danger. Il peut s'agir d'une menace de mise en danger du bien de l'enfant ou d'une mise en danger effective. L'art. 311, al. 1, CC mentionne certaines causes de mise en danger du bien de l'enfant (inexpérience, maladie, infirmité, absence ou violence des parents etc.).

3036 Si l'office AI a des doutes sur la communication à faire, il se concerte au préalable avec l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant, sans nommer la personne concernée.

4.6 Communication au Service des automobiles

3037 L'office AI est autorisé à signaler l'assuré au Service cantonal des automobiles en cas de doutes sur ses capacités physiques ou psychiques à conduire un véhicule motorisé

en toute sécurité (art. 66*c*, al. 1, LAI). Cet avis ne doit contenir que le nom de la personne concernée et l'indication de sa condition physique ou psychique.

3038 L’office AI peut fournir au Service cantonal des automobiles, à sa demande, les données qui lui sont nécessaires aux fins visées (art. 66*c*, al. 3, LAI).

3039 L’office AI informe l’assuré du fait qu’il l’a signalé au Service des automobiles (art. 66*c*, al. 2, LAI).

4.7 Communication de données dans le cadre de la lutte contre le travail au noir

3040 Les offices AI collaborent avec les organes de contrôle cantonaux. S’ils relèvent des indices de travail au noir dans le cadre de leurs activités, ils informent l’organe cantonal de contrôle compétent. L’organe cantonal de contrôle et les offices AI s’informent mutuellement du suivi des procédures (art. 11 LTN).

5 Enquête sur place

5.1 Généralités

3041 L’office AI procède à une enquête sur place dans les cas énoncés ci-dessous.

Prestations en espèces	*Étendue de l'enquête*
Rentes	– personnes s'occupant du ménage et autres personnes sans activité lucrative – personnes s'occupant du ménage et exerçant une activité lucrative à temps partiel et/ou collaborant dans l'entreprise du partenaire – indépendants : société unipersonnelle, simple, en nom collectif ou en commandite – propriétaires ou associés d'une société par actions ou d'une société à responsabilité limitée assimilables à des indépendants – exploitants agricoles et agriculteurs – exceptionnellement, personnes salariées ou vivant de leurs propres revenus, lorsque leur situation n'est pas claire
Allocations pour impotent de l'AI ou de l'AVS	– mineurs impotents – adultes impotents à la maison – adultes impotents (AI) dans un home
Moyens auxiliaires	– personnes s'occupant du ménage dans des cas spéciaux (par ex. monte-rampe d'escalier, motorisation) – exploitants agricoles et indépendants, en tenant compte des prêts auto-amortissables
Contribution d'assistance de l'AI	– mineurs impotents – adultes impotents

3042 L’enquête n’est pas indispensable si la situation personnelle de l’assuré et les effets de l’état de santé sont déjà suffisamment connus et documentés dans le dossier, et qu’une brève explication est mise aux actes (cf. ch. 3600 CIRAI).

3043 L’office AI pour les assurés à l’étranger n’effectue aucune enquête sur place. Il transmettra à l’assuré un questionnaire qu’il devra remplir (cf. ch. 3601 CIRAI).

3044 Les enquêtes sont effectuées par du personnel dûment formé.

3045 L’office AI joint à toutes les enquêtes les rapports médicaux, les rapports d’hospitalisation et, s’il y en a, les expertises et documents d’autres assurances concernées, tels que fiches d’accident ou décomptes d’indemnités journalières de l’assurance-maladie, ainsi que, le cas échéant, d’autres documents de l’AMal, de l’AA, de la PP, de l’AM ou d’assurances privées. Pour les demandes de rente, il tient également compte des documents suivants :
- extraits de compte individuel ;
- pour les indépendants (y c. exploitants agricoles) : clôture des comptes des cinq dernières années et dernière décision de cotisations ;
- pour les indépendants (y c. exploitants agricoles) : déclaration d’impôts et documents annexes, lorsqu’aucune clôture des comptes ne peut être produite ou que des incertitudes subsistent ;
- pour les propriétaires ou associés de sociétés par actions ou de sociétés à responsabilité limitée assimilables à des indépendants : clôture des comptes des cinq dernières années avec l’état des salaires ;
- pour les personnes s’occupant du ménage, avec ou sans activité lucrative, ou qui collaborent dans l’entreprise du partenaire : certificats de salaire et actes de séparation ou de divorce pour l’établissement du statut.

3046 Lors d’une enquête sur place, l’assuré n’a pas droit à l’assistance d’un mandataire (arrêts du TF 8C_504/2014 du 29 septembre 2014, 9C_144/2014 du 19 mai 2014).

5.2 Contenu de l’enquête

3047 Font partie de l’enquête :
- l’interrogation de l’assuré, le cas échéant de son représentant légal, à son lieu de travail, à domicile ou en institution ;
- la communication de renseignements juridiques concernant l’AI, ainsi que d’informations relatives à l’aide apportée par d’autres institutions ;
- la rédaction des rapports d’enquête.

6 Instruction médicale

6.1 But et étendue de l’instruction

3048 L’instruction médicale fournit les éléments nécessaires pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations de l’AI.

3049 La portée de l’instruction médicale dépend du tableau clinique, de la complexité du cas et du type de prestation AI envisagée. L’instruction porte en principe sur les aspects suivants :
- atteinte à la santé (expression des symptômes, gravité, facteurs non pris en considération par l’assurance) ;
- diagnostic ;
- limitations fonctionnelles et impact sur la capacité de travail (en fonction du taux d’occupation et des tâches de l’assuré, mais aussi des éventuelles possibilités d’adaptation du poste de travail) ;
- ressources de l’assuré ;
- possibilités éventuelles de réadaptation ou d’exercice d’une activité adaptée ;
- anamnèse succincte ;
- informations sur le quotidien de l’assuré ;
- description du traitement et du plan de traitement (date de début, thérapie suivie jusque-là, pronostic, type et fréquence du traitement, médicaments et dosages prescrits, prise des médicaments, efficacité, changements de thérapie prévus ou opérés, objectifs thérapeutiques) ;

– thérapies et traitements médicaux suivis,
– incapacités de travail.

3050 Si nécessaire, pour l'évaluation de la capacité de travail exploitable, il faut impliquer les spécialistes de la réadaptation professionnelle et de l'orientation professionnelle (ATF 140 V 193, consid. 3.2).

6.2 Renseignements médicaux

6.2.1 Forme et étendue des renseignements

3051 Les informations peuvent être obtenues en demandant un rapport médical ou des documents médicaux déjà disponibles (rapports de consultation, rapports d'opération et de sortie, documents de l'AMal, de la Suva, etc.) ou en ayant un entretien avec le médecin traitant. Les informations fournies oralement doivent être consignées conformément au ch. 6026.

3052 Si l'office AI demande d'établir un rapport médical, il requiert uniquement les informations nécessaires dans le cas d'espèce sans demander des informations déjà disponibles (cf. ch. 3010).

3053 L'office AI décrit au médecin la situation de l'assuré (activité antérieure, taux d'occupation, statut, situation de santé, etc.) ainsi que le but et l'objet de sa requête (en précisant l'étape de la procédure : première demande, révision de rente, réadaptation). En règle générale, l'office AI fournit aussi au médecin la description du poste de travail de l'assuré pour lui permettre d'apprécier la capacité de travail. Il se procure cette description auprès de l'employeur ou l'établit avec l'aide de l'assuré. L'office AI peut également poser des questions spécifiques liées au cas.

3054 L'office AI décide avec la participation du SMR s'il dispose de tous les documents médicaux nécessaires à l'appréciation du cas ou s'il a besoin d'informations et de documents

supplémentaires. Il décide également s'il souhaite se procurer ces informations auprès d'un autre médecin traitant ou charger un autre médecin traitant d'effectuer des examens.

3055 Pour l'appréciation d'infirmités congénitales dans le domaine dentaire, l'office AI remet au dentiste le formulaire « Examen médico-dentaire » et, pour l'appréciation des infirmités visées aux ch. 208 à 210, 214 et 218 de la liste annexée à l'OIC, le formulaire « Examen d'orthopédie dento-faciale ».

6.2.2 Médecin compétent

3056 En principe, l'office AI demande les informations médicales ou le rapport médical au médecin qui a traité l'assuré en dernier lieu pour l'affection annoncée.

3057 Si le traitement n'a pas encore commencé, l'office AI s'adresse au médecin par lequel l'assuré désire être soigné afin d'obtenir les informations souhaitées.

3058 Si l'on ne parvient pas à déterminer de façon sûre qui est le médecin traitant, ni d'après la demande, ni d'après les renseignements fournis par l'assuré, ou si le dernier traitement a précédé la demande de beaucoup, l'office AI décide des prochaines étapes de l'instruction.

3059 Si, malgré un avertissement, l'office AI n'a pas reçu les documents, les rapports médicaux demandés ou une communication de la part du médecin, il s'adresse à un autre médecin ou au SMR et le fait savoir à l'assuré.

6.3 Examen médical effectué par le SMR

3060 Si, sur la base des renseignements médicaux récoltés, l'office AI ne peut pas apprécier les faits médicaux parce que le dossier reste incomplet et que la situation n'est pas compréhensible ou est contradictoire, le SMR peut procéder lui-même à un examen médical (art. 49, al. 2, RAI).

3061 Si un examen médical doit être effectué par le SMR, l'office AI en informe l'assuré.

Cette communication est codée conformément aux ch. 501ss, 506 et 508 CSIP.

3062 L'office AI ou le SMR organise au SMR l'examen médical recommandé pour compléter les faits médicaux.

3063 Les résultats de l'examen médical effectué au SMR doivent être consignés de manière structurée, motivée et bien compréhensible, dans un rapport séparé qui sera versé au dossier de l'assuré.

6.4 Expertise médicale externe

6.4.1 Généralités

3064 Si, malgré l'examen médical effectué par le SMR, l'office AI ne peut toujours pas apprécier les faits médicaux ou si un tel examen n'est pas indiqué, une expertise médicale externe peut être mandatée. Les indications juridiques ou les injonctions judiciaires demeurent réservées.

3065 7/22 Le SMR rédige un bref résumé de la situation médicale et une brève motivation du type d'expertise (mono-, bi- ou pluridisciplinaire) envisagé. Sur cette base, la suite de la procédure est déterminée, au besoin après consultation interdisciplinaire.

3066 Si une expertise externe est jugée nécessaire, le type d'expertise et les disciplines concernées sont déterminés et l'office AI lance le mandat d'expertise.

3067 Pour une expertise externe, la situation doit être documentée de façon aussi complète et à jour que possible. Il faut donc, dans l'optique du mandat d'expertise concret, vérifier de nouveau si des documents nécessaires et actuels (par ex. description du poste de travail, rapport médical, radiographies) doivent encore être recueillis pour compléter le dossier.

3067.1 7/22 L'office AI décide à titre définitif si et sous quelle forme (monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire) une expertise médicale externe est réalisée (art. 43, al. 1bis, et 44, al. 5, LPGA). Si l'assuré conteste cette décision, il n'y a pas lieu de rendre une décision incidente.

3068 Que l'office AI donne un mandat d'expertise médicale mono-disciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, il doit toujours utiliser le « mandat d'expertise médicale » (y c. guide pour l'enregistrement sonore, structure de l'expertise et structure de l'évaluation consensuelle ; cf. annexes IV, V et VI). La structure doit aussi être respectée pour les mandats effectués en collaboration avec d'autres assureurs.

3069 1/24 L'office AI établit de concert avec le SMR le mandat d'expertise (cf. Guide SuisseMED@P), qui comprend les éléments suivants :
- contexte du mandat ;
- résumé du cas sous l'angle de la médecine des assurances et sous l'angle du droit de la procédure ;
- questions posées ;
- dossier complet et à jour ;
- classement des documents par ordre chronologique.

Le dossier pour les experts doit être préparé de manière à ce que les documents soient classés avec soin, systématiquement et chronologiquement. Afin de donner un aperçu rapide de la situation, un bordereau doit être fourni, qui donne des informations claires et non ambiguës sur le con-

tenu des différentes pièces (art. 8 OPGA). Toute redondance de documents ou d'actes doit être évitée ou du moins clairement indiquée.

3070 Au regard de la législation sur la protection des données, la personne ou le service chargés de l'expertise ont les mêmes possibilités d'investigation que les offices AI et les SMR. Cela vaut en particulier pour les renseignements pris auprès de tierces personnes. La procuration donnée à l'AI vaut donc aussi pour la personne ou le service chargés de l'expertise.

3071 Pour l'expertise médicale, l'assuré n'a pas droit à l'assistance d'un avocat ou d'une tierce personne. L'expert apprécie librement s'il convient d'autoriser, à titre exceptionnel, l'assistance d'une tierce personne (arrêt du TF I 42/06 du 26 juin 2007, ATF 132 V 443, consid. 3).

3072 Si le recours à un ou une interprète s'avère nécessaire, on se reportera aux ch. 3150 ss.

3073 Les principes de procédure exposés dans l'ATF 137 V 210 s'appliquent de manière générale aux expertises sollicitées par les assureurs-accidents LAA (ATF 138 V 318). Par analogie, l'assuré a le droit de se prononcer au préalable sur le mandat d'expertise et sur les questions posées. Par contre, les assurances d'indemnité journalière LCA ou les assurances responsabilité civile ne sont pas tenues aux principes de procédure exposés dans l'ATF 137 V 210 ; ils n'ont pas non plus l'obligation d'accorder à l'assuré le droit d'être entendu sur le mandat d'expertise ou sur les questions posées (arrêt du TF 8C_15/2015 du 31 mars 2015).

6.4.2 Procédure d'attribution de mandats d'expertise monodisciplinaire

3074 Si une expertise monodisciplinaire s'avère nécessaire, l'office AI sélectionne l'expert en fonction de sa discipline et de sa disponibilité.

3075 L’office AI examine préalablement si l’expert choisi remplit les critères pour effectuer une expertise (art. 7*m* OPGA).

3076 L’office AI transmet à l’assuré une communication, qui comprend les éléments suivants (art. 44, al. 2 et 3, LPGA) :
- Type d’expertise ;
- Nom et titre médical professionnel de la personne chargée de l’expertise ;
- Indication de la possibilité de formuler des motifs de récusation, des objections à l’égard de l’expert et de présenter des contre-propositions pour la désignation de l’expert dans un délai de 10 jours ;
- Indication de la possibilité de remettre des questions supplémentaires par écrit dans un délai de 10 jours ;
- Information concernant l’enregistrement sonore des expertises (y compris formulaire officiel de renonciation ; cf. ch. 3117) ;
- Copie du mandat d’expertise médicale (y c. structure de l’expertise; cf. annexes IV et V) et les éventuelles questions.

3077 7/22 Le délai légal de 10 jours ne peut pas être prolongé (art. 44, al. 2, LPGA). Dans des cas fondés, un délai supplémentaire unique peut être accordé à l’assuré pour qu’il motive ou corrige ses objections (cf. ch. 6021). L’art. 38 LPGA est applicable.

3078 7/22 Si l’assuré présente des questions supplémentaires, l’office AI les examine, dans le cadre de son pouvoir d’appréciation, tant sous l’angle de la qualité que sous celui de la quantité. Les questions doivent permettre d’établir une expertise à satisfaction de droit (ATF 137 V 210, consid. 3.4.1). L’office AI décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (art. 44 al. 3 LPGA). Il n’y a pas lieu de rendre une décision incidente, quand bien même l’office AI n’a pas accepté toutes les questions supplémentaires de l’assuré.

3079 Si l’assuré ne soulève pas de motifs de récusation ou d’objections, le mandat est attribué à l’expert, avec un délai approprié à la complexité de l’expertise (en règle générale 90 jours).

3080 Si l’assuré soulève des motifs de récusation ou des objections, l’office AI examine si l’un des motifs de récusation (art. 36, al. 1, LPGA en relation avec l’art. 10, al. 1, PA) suivants est présent :
– l’expert a un intérêt personnel dans l’affaire ;
– l’expert est parent ou allié en ligne directe, ou jusqu’au troisième degré en ligne collatérale, d’une partie, ou encore lié avec elle par mariage, fiançailles ou adoption ;
– si, pour d’autres raisons, l’expert pourrait avoir une opinion préconçue dans l’affaire.

3081 Si un motif de récusation selon le ch. 3080 est admis, l’office AI désigne un nouvel expert en considérant les contre-propositions de l’assuré. L’office AI transmet une nouvelle communication à l’assuré avec le nom et le titre médical professionnel de l’expert. Passé le délai de 10 jours pour formuler des motifs de récusation ou des objections, le mandat est attribué à l’expert (cf. ch. 3080).

3082 2/23 Si un motif de récusation selon le ch. 3080 n’est pas présent, mais que d’autres objections à l’égard de l’expert ont été soulevées, une recherche de consensus doit avoir lieu. L’office AI examine s’il peut accepter un des experts proposés par l’assuré.

3083 Si l’assuré n’a pas présenté de contre-propositions ou si l’office AI ne peut pas accepter un des experts proposés, la recherche d’un consensus est nécessaire (art. 7*j*, al. 1, OPGA).

3084 A cet effet, l’office AI doit soumettre à l’assuré la liste des experts au sens des art. 57, al. 1, let. n, LAI et art. 41*b* RAI.

3085 La recherche d’un consensus présuppose qu’un échange (écrit ou oral) entre office AI et assuré ait lieu. Cet échange doit être consigné au dossier (art. 7*j*, al. 2, OPGA).

3086 Si un consensus est trouvé, une nouvelle communication est transmise à l'assuré et le mandat d'expertise est attribué à l'expert.

3087 Si aucun consensus n'est trouvé, l'office AI rend une décision incidente (art. 44, al. 4, LPGA) dans laquelle il indique le nom de l'expert désigné et il explique pourquoi il n'a pas été tenu compte des objections soulevées.

3088 2/23 Le résultat de la recherche de consensus (ch. 3082 ss.) est codé conformément aux ch. 501ss et 509 CSIP.

3089 Si l'assuré recourt contre la décision incidente, le mandat d'expertise n'est en principe pas attribué tant que la décision n'est pas entrée en force.

3090 Si l'assuré ne recourt pas ou que la décision incidente a été confirmée par le juge, le mandat est confié à la personne chargée de l'expertise (ch. 3079).

3091 L'office AI veille à ce que l'assuré soit informé de l'expertise prévue et des rendez-vous fixés. Il attire au préalable l'attention de l'assuré sur la nécessité de respecter les dates et heures fixées, afin d'éviter des absences inutiles.

3092 L'office AI contrôle les délais fixés pour les mandats d'expertise et envoie un rappel aux experts s'ils ne les respectent pas.

3093 Si l'assuré dépose des requêtes liées au droit de la procédure ou au droit de la preuve, ou remet des questions supplémentaires ou complémentaires, dont il est permis de présumer qu'elles procèdent pour l'essentiel de l'objectif de retarder la procédure afin de toucher la rente en cours le plus longtemps possible, l'office AI peut suspendre le versement de la rente (arrêt du TF 9C_294/2016 du 27 mai 2016, consid. 2, et ATF 141 V 330, consid. 9.2).

6.4.3 Procédure d'attribution d'expertises bi- et pluridisciplinaires

3094 1/25 Une expertise bidisciplinaire implique deux disciplines. Une expertise pluridisciplinaire implique trois disciplines médicales ou davantage. Lorsqu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée, la médecine interne générale est toujours représentée.

3095 Si une expertise bi- ou pluridisciplinaire s'avère nécessaire, l'office AI transmet à l'assuré une communication, qui comprend les éléments suivants (art. 44, al. 2 et 3, LPGA) :
- Type d'expertise ;
- Disciplines médicales prévues ;
- Indication de la possibilité de remettre des questions supplémentaires par écrit dans un délai de 10 jours ;
- Information concernant l'enregistrement sonore des expertises (y c. formulaire officiel de renonciation ; cf. ch. 3117) ;
- Copie du mandat d'expertise médicale (y c. structure de l'expertise et structure de l'évaluation par consensus ; cf. annexes IV, V et VI) et les éventuelles questions.

3096 7/22 Le délai légal de 10 jours ne peut pas être prolongé (art. 44, al. 2, LPGA). Dans des cas fondés, un délai supplémentaire unique peut être accordé à l'assuré pour qu'il motive ou corrige ses objections (cf. ch. 6021). L'art. 38 LPGA est applicable.

3097 7/22 Si l'assuré présente des questions supplémentaires, l'office AI les examine, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, tant sous l'angle de la qualité que sous celui de la quantité. Les questions doivent permettre d'établir une expertise à satisfaction de droit (ATF 137 V 210, consid. 3.4.1). L'office AI décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (art. 44, al. 3, LPGA). Il n'y a pas lieu de rendre une décision incidente, quand bien même l'office AI n'a pas accepté toutes les questions supplémentaires de l'assuré.

3098 Le mandat est déposé sur SuisseMED@P (arrêt du TF 8C_771/2013 du 10 décembre 2013). La procédure d'attribution du mandat pour les expertises bi- et pluridisciplinaires via SuisseMED@P se fait selon le guide SuisseMED@P. Le courriel de confirmation de l'attribution du mandat de la plate-forme SuisseMED@P doit être enregistré dans le dossier de l'assuré.

3099 Les expertises de suivi peuvent être attribuées directement au binôme d'experts et au centre d'expertises médicales qui avait déjà produit une expertise, si cette dernière avait été attribuée par la plateforme SuisseMED@P et si elles sont mandatées dans un délai de trois ans à partir de la date du rapport de l'expertise précédente (ATF 147 V 79).

3100 7/22 L'office AI transmet au binôme d'experts ou au centre d'expertises médicales le mandat conformément à l'annexe III, le dossier complet et les éventuelles questions au plus tard le jour qui suit l'attribution du mandat.
Le numéro du mandat SuisseMED@P doit être indiqué sur les documents.

3101 En ce qui concerne les expertises pluridisciplinaires, le centre d'expertises examine, si la liste des disciplines médicales doit être modifiée. Les disciplines choisies par le centre ne peuvent être contestées ni par l'office AI ni par l'assuré (art. 44, al. 5, LPGA, ATF 139 V 349, consid. 3.3), qui doivent accepter la décision prise par le centre d'expertises après l'examen requis. Le courriel qui informe l'office AI du nom et du titre de spécialité médicale des experts doit être enregistré dans le dossier de l'assuré.

3102 L'office AI examine si les experts proposés remplissent les critères pour effectuer une expertise (art. 7*m* OPGA). Si des incertitudes subsistent, l'office AI prend contact avec les experts ou le centre d'expertises médicales pour élucider les faits.

3103 Une fois le mandat attribué par SuisseMED@P, l'office AI communique à l'assuré quel binôme d'experts ou centre est chargé de l'expertise. L'office AI communique également le nom et le titre de spécialité médicale des experts. Si le centre d'expertises médicales modifie la liste des disciplines conformément au ch. 3101, l'office AI en informe l'assuré. Par ailleurs, l'office AI attire l'attention de l'assuré sur le fait que le binôme d'experts ou le centre d'expertises médicales lui communiquera le lieu et la date de l'expertise. Pour ce faire, l'office AI utilise le texte correspondant du catalogue de textes AI et en transmettra une copie au binôme d'experts ou au centre d'expertises médicales.

3104 1/24 L'office AI fixe un délai de 10 jours à l'assuré pour soulever des motifs de récusation. Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 44, al. 2 et 3, LPGA). Aucune recherche du consensus n'a lieu (art. 7*j*, al. 3, OPGA). Le délai de 10 jours est suspendu durant les féries prévues à l'art. 38 al. 4 LPGA.

3105 L'assuré peut faire valoir les motifs de récusation énumérés au ch. 3080. L'office AI doit examiner les motifs de récusation soulevés.

3106 Si des motifs de récusation selon le ch. 3080 ne sont pas admis, l'office AI rend une décision incidente dans laquelle il explique pourquoi il n'a pas été tenu compte de ses objections et indique le nom des experts désignés.

3107 Si un motif de récusation est admis, l'office AI procède comme suit :
Centres d'expertise : le centre désigne un nouvel expert ou de nouveaux experts. L'office AI renseigne l'assuré par communication et lui accorde un délai de 10 jours pour soulever des motifs de récusation. Si le centre d'expertises médicales ne peut pas remplacer l'expert concerné, le mandat est à nouveau déposé sur la plateforme SuisseMED@P.

3108 Binôme d'experts : le mandat est à nouveau déposé sur la plateforme SuisseMED@P.

3109 2/23 Si les objections de l’assuré ne sont pas ou que partiellement admises, l'office AI rend une décision incidente dans laquelle il motive les raisons pour lesquelles il n'a pas été tenu compte des objections soulevées. Aucune recherche de consensus n’a lieu (art. 7*j*, al. 3, OPGA).

3110 Si la décision incidente n’est pas confirmée ou ne l’est qu’en partie, il y a lieu le cas échéant de reprendre la procédure.

3111 Si l’assuré recourt contre la décision incidente, le mandat d’expertise est en principe bloqué dans SuisseMED@P tant que la décision n’est pas entrée en force. Cela peut nécessiter le déplacement du rendez-vous déjà fixé pour l’expertise. Le chronomètre doit alors être stoppé afin de ne pas laisser courir le temps accordé au binôme d’experts ou au centre d’expertises.

3112 Si l’assuré ne recourt pas ou que la décision incidente a été confirmée par le juge, l’expertise est réalisée. Le délai pour le déroulement de l’expertise recommence à courir dès l’entrée en force de la décision incidente ou du jugement (cf. guide SuisseMED@P, n° 9).

3113 En cas de changement dans le déroulement, qui ne relève pas de la responsabilité du binôme d’experts ou du centre d’expertises (motifs de rejet ou de récusation, report de rendez-vous pour cause de maladie ou d’accident de l’assuré ou de l’expert, clarifications nécessaires, recours à un expert supplémentaire, etc.), l’office AI doit stopper le chronomètre dès que le binôme d’experts ou le centre d’expertises l’en a informé, afin de ne pas laisser courir le temps imparti pour l’expertise.

3114 Si l’assuré dépose des requêtes liées au droit de la procédure ou au droit de la preuve, ou remet des questions supplémentaires ou complémentaires, dont il est permis de présumer qu’elles procèdent pour l’essentiel de l’objectif de retarder la procédure afin de toucher la rente en cours le

plus longtemps possible, l'office AI peut suspendre le versement de la rente (arrêt du TF 9C_294/2016 du 27 mai 2016, consid. 2, et ATF 141 V 330, consid. 9.2).

3115 Demeurent réservées les dispositions particulières pour les mandats attribués par l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (cf. guide SuisseMED@P).

3116 L'office AI contrôle les délais fixés pour les mandats d'expertise et envoie un rappel aux experts s'ils ne les respectent pas.

6.4.4 Enregistrement sonore des expertises

3117 7/22 Lorsque l'office AI transmet à l'assuré la communication annonçant qu'une expertise est nécessaire (cf. ch. 3074 et 3094), il l'informe que les entretiens seront enregistrés et qu'il aura le droit d'écouter les enregistrements sonores sur demande. En outre, l'office AI informe l'assuré qu'il a la possibilité de renoncer à l'enregistrement sonore (art. 44, al. 6, LPGA, art. 7*k*, al. 2, OPGA) en présentant la déclaration correspondante avant le début de l'expertise ou immédiatement après (ch. 3119). Le formulaire officiel de renonciation doit être annexé à la communication.

3118 L'assuré peut renoncer à l'enregistrement sonore d'un entretien, de plusieurs ou de tous les entretiens.

3119 La déclaration de renonciation peut être présentée auprès de l'office AI au plus tard 10 jours après que l'entretien auquel l'assuré veut renoncer a eu lieu (art. 7*k*, al. 3, OPGA). Une déclaration de renonciation ne peut pas être présentée auprès de l'expert.

3120 La renonciation doit être présentée par écrit. Immédiatement après sa réception, l'office AI en communiquera une copie à l'expert ou aux experts (art.7*k*, al. 3, LPGA).

3121 L’assuré peut révoquer sa déclaration de renonciation auprès de l’office AI, oralement ou par écrit, avant l’entretien (art. 7*k*, al. 4, OPGA). L’office AI informera l’expert ou les experts dans les meilleurs délais.

3122 7/22 Seul l’enregistrement sonore des entretiens auquel l’assuré n’a pas renoncé fait partie de l’expertise et est conservé dans le dossier (art. 44, al. 6, LPGA).

3122.1 7/22 Les offices AI sont les seuls habilités à accepter une déclaration officielle de renonciation ; ils en informent les experts. Si l’assuré demande au moment de l’entretien à ce que celui-ci ne soit pas enregistré, les experts renvoient à la possibilité de présenter la renonciation auprès de l’office AI au plus tard 10 jours après que l’entretien auquel l’assuré veut renoncer a eu lieu (ch. 3119). Si l’expert décide exceptionnellement que l’entretien ne peut avoir lieu, l’office AI demande à l’assuré de lui remettre une déclaration de renonciation formellement correcte. Une fois que cela est fait, il faut convenir d’un nouveau rendez-vous avec le même expert.

3123 7/22 Si l’office AI constate que l’enregistrement sonore présente des manquements techniques, il doit contacter l’expert ou le centre d’expertise.

3124 Si le défaut technique de l’enregistrement sonore ne peut être corrigé, il doit informer l’assuré.

3125 Si l’assuré remet en cause la validité de l’expertise sur la base de ces informations, il doit le notifier par écrit à l’office AI dans un délai de 10 jours à compter de la date de l’information, en indiquant les raisons.

3126 7/22 Si l’assuré souhaite remettre en cause l’exploitabilité du rapport en raison de manquements techniques de l’enregistrement sonore qu’il a lui-même découverts, il doit en informer l’office AI par écrit, en indiquant les motifs, au plus tard 10 jours après que l’enregistrement sonore lui a été transmis pour écoute.

3127 L’office AI examine la demande de l’assuré et cherche à trouver avec lui une solution pour la suite de la procédure. Si l’assuré et l’office AI ne parviennent pas à se mettre d’accord, l’office AI rend une décision incidente.

3128 1/24 L'enregistrement sonore ne peut être écouté que sur demande de l’assuré ou de son représentant en cas de conflit, p. ex. lorsqu’à la lecture de l'expertise l'assuré a l'impression que le rapport ne reflète pas correctement ce qui a été dit lors de l'entretien ou si l'assuré considère que l'expert ne s'est pas conduit dans les règles de l'art pendant l'entretien. Uniquement l'office AI, les tribunaux compétents et l’assuré lui-même ou son représentant peuvent l’écouter. L'enregistrement sonore ne peut être écouté et utilisé que dans le cadre de la procédure AI et d’une éventuelle procédure de recours. La transmission de l’enregistrement à des tiers (p. ex. assurance-accidents ou autres personnes légitimées à présenter recours conformément à l’art. 49 LPGA, art. 7*l*, al 1, OPGA) n’est pas autorisée. Si l'assuré demande à écouter l'enregistrement, l’office lui transmet les données d’accès en ligne et en informe l’expert ou les experts.

3129 Si, dans l’accomplissement de ses tâches (art. 7*p*, al. 4 et 5, OPGA), la Commission fédérale d’assurance qualité des expertises médicales demande l’accès aux enregistrements sonores des expertises, ceux-ci doivent être envoyés avec l’expertise (art. 7k, al. 6, OPGA).

6.4.5 Transmission du dossier

3130 L’office AI transmet aux experts ou au centre d’expertises médicales le dossier complet, à jour et présenté par ordre chronologique, avec le mandat (y c. structure de l’expertise et, pour les expertises bi- et pluridisciplinaires, structure de l’évaluation par consensus ; cf. annexes III, IV et V).

3131 Les documents sont envoyés :

- sur un support de données et par courrier recommandé, à moins que les données soient transmises sur un support de données protégé par un mot de passe et que le mot de passe soit communiqué séparément ;
- électroniquement par une plateforme autorisée pour l'échange de données.

6.4.6 Violation de l'obligation de collaborer

3132 7/22 Si l'assuré, sans raison plausible, ne donne pas suite à l'invitation qui lui est adressée par l'office AI ou par le centre chargé de l'expertise, ou qu'il empêche l'accomplissement du mandat par son comportement, les frais qui en résultent peuvent être mis à la charge de l'assuré (art. 45, al. 3, LPGA ; arrêt du TF 8C_690/2021 du 24 janvier 2022) et l'office AI peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43, al. 3, LPGA, cf. ch. 5010 ss).

6.4.7 Procédure suite à la réception du rapport d'expertise

3133 Immédiatement après réception de l'expertise, l'office AI vérifie si, sur le plan formel, celle-ci respecte la structure uniforme exigée (cf. annexes IV et V). Les expertises qui ne se conforment pas à cette structure sont retournées sur-le-champ à l'expert ou au centre d'expertises, avec prière de les structurer conformément au mandat donné. L'office AI contrôle si l'enregistrement sonore a été versé au dossier conformément à la confirmation figurant dans l'expertise.

3134 Dans les 20 jours suivant réception de l'expertise, l'office AI contrôle avec le concours du SMR la qualité de l'expertise sous l'angle de la médecine des assurances (le SMR doit contrôler toutes les expertises pluridisciplinaires et psychiatriques). Cet examen comprend notamment les points suivants :

- contrôle du respect des directives spécifiques des sociétés de discipline médicale concernant les expertises médico-assurantielles ;
- vérification que les indications médicales et les explications sur les thèmes des indicateurs standards établis dans l'ATF 141 V 281 soient suffisantes ;
- évaluation de la clarté de l'expertise suivant la chaîne d'argumentation médico-assurantielle (questions posées, collecte d'informations, évaluation des informations, réponse aux questions) ;
- contrôle du respect du principe de neutralité de l'expertise (qu'elle ne contienne pas, par exemple, de formulations manifestement dénigrantes ou offensantes à l'égard de personnes ou de groupes de personnes).

3135 Les ruptures manifestes dans l'exposé de l'argumentation nécessitent que l'on demande des explications ou des compléments à l'expert ou au centre d'expertises.

3136 Le SMR consigne dans un bref avis le résultat de son contrôle sous l'angle de la médecine des assurances. Le SMR explique ou complète grâce à ses connaissances en médecine des assurances les lacunes de moindre importance dans l'argumentation.

3137 Si les conclusions de l'expertise ne sont pas suffisamment claires ou plausibles, le SMR en explique les raisons dans une note qu'il joindra à la demande d'explication ou de complément.

3138 Si l'office AI demande à l'expert ou aux experts des explications ou des compléments, il doit en informer l'assuré et lui remettre une copie de l'expertise (ATF 136 V 113).

3139 L'office AI fixe à l'assuré une date pour demander des explications ou des compléments. Le délai fixé ne doit pas dépasser 10 jours à compter de l'envoi de la communication. Ce délai peut être prolongé de 10 jours au maximum sur demande écrite et motivée (ATF 139 V 349, consid. 5.2.3).

3140 1/24 Si l’assuré formule une demande d’explications ou des questions complémentaires, l’office AI les examine, dans le cadre de son pouvoir d’appréciation, tant sous l’angle de la qualité que sous celui de la quantité. Les questions doivent permettre d’établir une expertise à satisfaction de droit (ATF 137 V 210, consid. 3.4.1). L’office AI décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (art. 44 al. 3 LPGA). Il n’y a pas lieu de rendre une décision incidente, quand bien même l’office AI n’a pas accepté toutes les questions de l’assuré. Les questions sont transmises à l’expert en indiquant qu’elles émanent de l’assuré.

3141 L’office AI contrôle que l’expert ou le centre d’expertises fournisse dans les délais les explications ou les compléments demandés et, s’ils ne l’ont pas encore fait, il leur envoie un rappel à temps.

3142 L’office AI rend une décision avec célérité et en remet une copie aux experts (art. 76, al, 1, let. g, RAI).

3143 Des copies de jugements et arrêts doivent être remises rapidement aux experts ainsi qu’aux centres d’expertises lorsque leur expertise y a servi de preuve, dans un but d’amélioration de la qualité (art. 9*a* OPGA).

3143.1 2/23 Si l’office AI ou un SMR constate des insuffisances répétées dans l'établissement des expertises chez un même expert, binôme ou centre d’expertise il mène avec ce dernier un entretien qui fait l’objet d’un procès-verbal.

7 Frais des mesures d’instruction

7.1 Généralités

3144 Les frais des mesures d’instruction ordonnées sont à la charge de l’AI (art. 45, al. 1, LPGA).

3145 Les frais des mesures d’instruction qui ont été exécutées sans un ordre exprès de l’office AI ne sont pris en charge par l’AI que si ces mesures étaient indispensables pour décider de l’octroi de prestations ou à l’appréciation du cas (il

en va ainsi d'examens médicaux spéciaux comme les électroencéphalogrammes, les examens du sang, etc., arrêt du TF 9C_764/2014 du 21 juillet 2015) ou faisaient partie intégrante de mesures de réadaptation accordées après coup (par ex. des contrôles médicaux en tant qu'élément d'une mesure médicale de réadaptation) (art. 78, al. 3, RAI ; arrêt du TF 9C_921/2013 du 24 février 2014, RCC 1972, p. 228). Il ne suffit donc pas que le séjour à l'hôpital permette au médecin de confirmer son diagnostic ou à l'office AI d'accorder des prestations. Une telle mesure doit bien plutôt apparaître indispensable à l'office AI pour l'examen du droit aux prestations. Il n'en va pas ainsi lorsque les pièces en possession de l'office AI auraient suffi pour l'appréciation du cas ou si l'office AI aurait pu se procurer les indications nécessaires à moindres frais, par ex. en interrogeant le médecin traitant ou un autre service médical. En cas de doute, l'office AI consulte le SMR.

3146 La Circulaire concernant les indemnités journalières de l'AI (CIJ) s'applique en ce qui concerne le droit à une indemnité en cas de séjour dans un centre d'observation ou d'examens ambulatoires.

3147 Le remboursement des frais de voyage est régi par la CRFV.

7.2 Frais du médecin

3148 Les renseignements fournis par les médecins sans mandat correspondant de l'AI ne sont remboursés que s'ils sont indispensables à l'appréciation du droit aux prestations ou font partie intégrante de mesures de réadaptation octroyées après coup (art. 45, al. 1, LPGA, arrêt du TF 9C_764/2014 du 21 juillet 2015, consid. 3.2).

3149 Ne peuvent être facturées à l'AI dans le cadre du tarif médical Tarmed que les prestations fournies par un médecin dans son cabinet, ou au domicile ou sur le lieu de séjour de l'assuré (par ex. rapports médicaux, entretiens téléphoniques avec l'office AI). Si le médecin fournit une prestation

dans un office AI où il s'est rendu pour un entretien, ou encore sur le lieu de travail ou de formation de l'assuré, cette prestation n'est pas prévue par Tarmed. Tout entretien ou toute autre prestation sollicités par l'office AI pour l'instruction du cas d'un assuré et non facturables via Tarmed peuvent être facturés à l'office AI à raison de 50 francs le quart d'heure au maximum (y c. pour le temps de déplacement) et doivent être convenus au préalable.

7.3 Frais de traduction (interprètes)

7.3.1 Principe

3150 1/24 L'instruction doit être réalisée dans la langue officielle du canton. Si l'assuré ne la maîtrise pas, l'office AI peut ordonner le recours à un service de traduction ou à des services d'interprétariat communautaire (art. 59, al. 3, LAI). Les frais de traduction occasionnés par les mesures d'instruction au sens de l'art. 45, al. 1, LPGA font partie intégrante des frais de l'instruction et sont pris en charge par l'AI. Si l'office AI n'a pas ordonné de traduction, les frais sont remboursés si la traduction a été indispensable à la décision d'octroyer ou non des prestations.

3150.1 1/24 Abrogé

7.3.2 Expertise médicale externe et examen médical effectué par le SMR

3151 Dans l'accomplissement soigneux de son mandat, l'expert décide si l'examen médical doit se dérouler dans la langue maternelle de l'assuré ou en faisant appel à un interprète.

3152 La bonne compréhension entre expert et assuré est particulièrement importante dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Une bonne anamnèse présuppose des connaissances linguistiques approfondies des deux côtés. Si l'expert ne maîtrise pas la langue de la personne qu'il examine, il est indiqué, tant du point médical que du point de vue matériel, de demander une traduction.

3153 Dans tous les autres types d'expertise médicale (par ex. rhumatologique, neurologique ou orthopédique), on examine dans chaque cas si, en dépit des difficultés de compréhension dues à des problèmes linguistiques, l'expert est tout de même en mesure d'établir une expertise complète, claire et exempte de contradictions.

3154 Si une traduction s'avère nécessaire, la personne choisie doit en principe être un interprète professionnel.

3154.1 7/22 Les ch. 3151-3154 sont applicables par analogie aux examens médicaux effectués par le SMR.

7.4 Indemnisation pour perte de gain et frais (art. 45, al. 2, LPGA)

3155 L'indemnisation pour la perte de gain et les frais des assurés n'ayant pas droit aux indemnités journalières, ainsi que des autres personnes tenues de fournir des renseignements, sont réglées par l'art. 91 RAI.

7.5 Facturation

3156 Il y a lieu de remettre à l'organisme ou à l'autorité chargée d'un mandat, au moment où celui-ci est délivré, un formulaire de facture de l'AI. La facturation est régie par la CPPI.

4e partie : Autres tâches de l'office AI

1 Information, renseignements et conseils à l'assuré

1.1 Information de l'assuré

4001 Les offices AI cantonaux, en collaboration avec les caisses cantonales de compensation, veillent à attirer suffisamment l'attention des assurés sur les prestations de l'assurance, sur les conditions de leur octroi ainsi que sur l'exercice du droit aux prestations (art. 57, al. 1, let. h, LAI ; art. 68 RAI), au moyen de publications dans la presse ou de toute autre manière appropriée, et ce au moins une fois par année.

4002 Si les mesures d'instruction rendues nécessaires par l'examen du cas entraînent des retards extraordinaires, l'office AI en informe l'assuré aussitôt que possible et le tient au courant de la suite de la procédure.

1.2 Renseignements et conseils à l'assuré

4003 L'office AI est tenu d'informer, dans le cadre de ses compétences, les personnes intéressées de leurs droits et de leurs obligations (ATF 131 V 472, arrêts du TF 9C_557/2010 du 7 mars 2011 et 9C_894/2008 du 18 décembre 2008). S'il constate qu'un assuré ou ses proches peuvent faire valoir le droit à des prestations d'un autre assureur social, il les en informe immédiatement.

2 Échanges avec l'OFAS

2.1 Généralités

4004 Lorsqu'un office AI soumet une demande à l'OFAS, celui-ci se prononce avant tout sur l'interprétation à donner aux dispositions légales et aux directives. Il ne lui incombe pas de statuer dans des cas particuliers.

4005 Dans les demandes, il faut indiquer
– les nom, prénom et numéro AVS,
– le domaine concerné et, le cas échéant, les dispositions légales et les directives applicables,
– la référence d'un éventuel précédent échange de correspondance avec l'OFAS à propos de ce cas,
– une proposition de solution.

Sont jointes à la demande toutes les indications nécessaires à l'établissement de la réponse ainsi que les pièces voulues, classées comme il convient. Au moment du règlement du cas au sujet duquel l'OFAS s'est prononcé, l'office AI formule lui-même, sans faire référence à l'avis de l'OFAS, l'exposé des motifs (ch. 6014).

2.2 Avis préalable obligatoire de l'OFAS

4006 Certains cas doivent, avant qu'un prononcé ne soit rendu, être soumis à l'OFAS sans même que l'office AI ait reçu une injonction dans ce sens. Les cas ici visés sont énumérés dans les directives y relatives.

3 Coordination avec d'autres assureurs sociaux

3.1 Assurance-accidents obligatoire, assurance militaire et assurance-chômage

4007 S'il ressort de la demande que 'l'AM ou l'AC octroie déjà des mesures de réadaptation ou que l'assuré y a manifestement droit (par ex. en cas d'accident professionnel), l'office AI prend contact avec cette assurance afin de déterminer l'ampleur des prestations dues (renvoi à l'état des lieux, chap. 5.1 CGC).

4008 Pour délimiter les obligations respectives des différentes assurances, il convient de se référer aux directives propres à chaque prestation (cf. art. 63 à 71 LPGA).

4009 Lorsqu'une personne dépose une demande tendant à l'obtention d'une allocation pour impotent, et s'il s'avère, lors de l'examen des circonstances du cas, que l'impotence est

consécutive à un accident, l’office AI transmet le dossier à l’assureur-accidents compétent ; il informe en même temps le requérant de ce transfert. On tient également compte de la CSI.

3.2 Assureurs-maladie responsables

4010 Si l’assuré requiert des mesures médicales de réadaptation, l’office AI informe directement son assureur-maladie du dépôt de la demande (art. 88ter RAI). Pour cela, il lui transmet une copie de la décision ou de la communication.

5e partie : Obligation de collaborer et de diminuer le dommage

1 Obligation de collaborer incombant à l'assuré dans le cadre de l'examen de la situation

1.1 Définition

5001 L'assuré doit communiquer tous les renseignements nécessaires à l'examen de la situation réalisé dans le cadre d'une demande de prestations et fournir les documents correspondants. Il a l'obligation de fournir des renseignements conformes à la vérité et ne peut se prévaloir du droit de garder le silence (art. 28, al. 1 et 2, LPGA ; arrêt du TF 9C_258/2014 du 3 septembre 2014).

5002 Il est tenu de se soumettre à toutes les mesures d'instruction médicales et techniques (cf. CMRPAI) raisonnablement exigibles et nécessaires à l'appréciation du cas (art. 43, al. 2, LPGA, SVR 2007 AI no 48, arrêt du TF I 988/06, consid. 4.2).

5003 L'assuré doit, en particulier en vue de l'expertise médicale (cf. ch. 3064 ss.), veiller à se présenter dans un état lui permettant d'être examiné et interrogé. Un traitement médical (ch. 5023) ne peut en revanche pas être demandé préalablement à une expertise médicale (ATF 145 V 215).

5004 Une obligation de collaborer n'existe que dans la mesure où les informations demandées sont nécessaires pour clarifier la situation ou pour fixer les prestations, et que les offices AI ne peuvent les obtenir autrement sans efforts disproportionnés (arrêt du TF 9C_345/2007 du 26 mars 2008).

5005 L'office AI est tenu d'informer l'assuré de manière appropriée et au moment opportun de son obligation de collaborer, et de lui indiquer le comportement attendu de lui (par ex. remise de documents, respect des échéances).

L’office AI lui assigne dans le même temps un délai raisonnable pour remplir son obligation de collaborer.

1.2 Mise en demeure et délai de réflexion

5006 7/22 Si l’assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer dans le délai imparti, l’office AI lui adresse une mise en demeure sous la forme d’une communication sans indication des voies de droit. Cette communication ne doit pas être codée.

5007 La mise en demeure comprend les points suivants :
- indication du comportement fautif ;
- description du comportement attendu ;
- octroi d’un délai de réflexion convenable ;
- menaces de conséquences juridiques en cas d’opposition ;
- mention de la base légale.

5008 1/24 En vertu de l’art. 7*b*, al. 2, LAI, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion en cas de violation qualifiée de l’obligation de collaborer (arrêts du TF 8C_562/2022 du 25 avril 2023, 8C_400/2017 du 29 août 2017, 9C_744/2011 du 30 novembre 2011).

5009 Il y a par ex. violation qualifiée de l’obligation de collaborer si l’assuré enfreint de manière répétée et sur une période prolongée son obligation de collaborer malgré plusieurs mises en demeure et que son absence de coopération montre qu’il ne sera pas non plus disposé à collaborer, à l’avenir, à des mesures raisonnablement exigibles.

1.3 Conséquences juridiques en cas de violation de l’obligation de collaborer

5010 Si l’assuré refuse de manière inexcusable de se soumettre à l’injonction dans le délai fixé, l’office AI rend une décision, comme il l’en avait averti, après une procédure de préavis.

La décision doit préciser qu’un recours éventuel sera privé de l’effet suspensif.

1.3.1 Lors d'une première demande

5011 En cas de violation de l'obligation de collaborer, l'office AI peut soit décider de ne pas entrer en matière, soit se prononcer en l'état du dossier (art. 43, al. 3, LPGA).

5012 La décision en l'état du dossier ne peut être prise que si, sur la base des documents (incomplets) à disposition, le motif d'un refus de prestations peut être prouvé avec un degré de vraisemblance prépondérant.

5013 Dans tous les autres cas, il convient de rendre une décision de non-entrée en matière.

1.3.2 Lors d'une procédure de révision

1.3.2.1 Révision sur demande

5014 En cas de violation de l'obligation de collaborer, l'office AI confirme le droit à la prestation existant jusqu'à présent. S'il subsiste des doutes sur la poursuite du versement de la prestation, l'office AI peut, après avoir procédé à l'instruction nécessaire, prononcer une suspension (arrêt du TF 9C_282/2018 du 18 décembre 2018) ou une suppression (arrêt du TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010) de la prestation (en fonction des circonstances : gravité de la violation, principe de proportionnalité, importance du doute).

1.3.2.2 Révision d'office

5015 En cas de violation de l'obligation de collaborer, l'office AI prononce soit la suspension, soit la suppression de la prestation (en fonction des circonstances : gravité de la violation, principe de proportionnalité, importance du doute).

Exemples :
Suspension de la prestation : l'office AI a demandé à plusieurs reprises à l'assuré, sans succès, de lui faire parvenir son contrat de travail et les décomptes de salaires. L'état

de santé de l'assuré a été décrit, sur la base des rapports médicaux disponibles, comme « stationnaire » ou le pronostic comme « inchangé », la détermination des facteurs professionnels et salariaux sur lesquels se fonde la comparaison du revenu comme « impossible » et le taux d'invalidité comme « indéfini », d'où le constat qu'il n'existe aucun motif de révision (arrêt du TF 9C_282/2018 du 18 décembre 2018).

Suppression de la prestation : malgré la demande de l'office, l'assuré ne s'est pas soumis à l'évaluation d'un expert. Les documents disponibles (incomplets) ne permettent pas de conclure à une limitation persistante de la capacité de travail économique ouvrant le droit à une rente (arrêt du TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010).

1.4 Procédure si l'assuré accepte de remplir l'obligation de collaborer

1.4.1 Lors d'une décision de non-entrée en matière

5016 L'assuré qui souhaite continuer à faire valoir son droit aux prestations après l'entrée en force d'une décision de non-entrée en matière doit déposer une nouvelle demande. L'art. 29, al. 1, LAI s'applique.

1.4.2 Lors d'un refus de prestation ou d'une suppression de prestation

5017 L'assuré qui souhaite faire valoir une nouvelle fois son droit aux prestations après l'entrée en force d'un refus ou d'une suppression de prestation doit déposer une nouvelle demande. L'art. 29, al. 1, LAI s'applique. L'assuré doit établir de façon plausible que les conditions se sont modifiées de manière à influencer ses droits (art. 87, al. 2 et 3, RAI).

5018 Pour le prouver, il suffit qu'il existe au moins quelques indices qui rendent plausible l'état de fait déterminant invoqué, même s'il demeure possible qu'une instruction appro-

fondie ne permette pas de conclure à la réalité du changement de situation invoqué (arrêt du TF I 238/02 du 20 mars 2003).

1.4.3 Lors d'une suspension de prestation

5019 Si, à la suite d'une suspension de prestation, l'assuré se déclare prêt à collaborer, la procédure de révision se poursuit (arrêt du TF 8C_724/2015 du 29 février 2016). Le versement des prestations reprend à partir du mois qui suit la déclaration de l'assuré.

2 Obligation de réduire le dommage (art. 21, al. 4, LPGA, 7 et 7*b* LAI) incombant à l'assuré

2.1. Définition

5020 L'obligation de réduire le dommage vise une amélioration notable de la capacité de gain ou de la capacité à accomplir les travaux habituels ou vise l'exercice d'une nouvelle activité lucrative raisonnablement exigible (art. 21, al. 4, LPGA).

5021 Dans le cadre d'une réduction du dommage, l'assuré est tenu de participer activement à des mesures de réadaptation (art. 7, al. 2, let. a, b, c et e, LAI) et de suivre les traitements médicaux (art. 7, al. 2, let. d, LAI). L'objectif des mesures et des traitements est le maintien de l'emploi actuel, la réadaptation à la vie professionnelle ou l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels) (art. 7, al. 2, LAI).

2.2 Champ d'application

2.2.1 Mesures de réadaptation

5022 Parmi les mesures de réadaptation figurent en particulier les mesures d'intervention précoce, les mesures de réinsertion, les mesures d'ordre professionnel, les mesures en vue d'une nouvelle réadaptation et les mesures de réadaptation médicales (art. 7, al. 2, let. a, b, c et e LAI ; art. 21, al. 4, LPGA).

2.2.2 Traitements médicaux

5023 On est en droit d'attendre de l'assuré qu'il suive tout traitement diagnostique, thérapeutique ou de réadaptation, ambulatoire ou stationnaire, au sens d'une condition à remplir qui devrait lui permettre d'améliorer ou de maintenir sa capacité de travail ou son aptitude à la réadaptation (par ex. interventions/traitements médicaux, psychothérapie ou thérapie médicamenteuse, sevrage de substances addictives, perte de poids, art. 7, al. 2, let. d., LAI).

5024 Si un traitement médical est indiqué afin de permettre la participation à une mesure de réadaptation ou pour accompagner ce type de mesure, son but est de promouvoir le succès de la mesure.

5025 Si un traitement médical est indiqué en lien avec la rente, celui-ci devrait, si possible à court terme, entraîner la réduction de cette rente ou sa suppression.

2.3 Caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation et des traitements médicaux

2.3.1 Généralités

5026 Les mesures de réadaptation ou les traitements médicaux ordonnés doivent être raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Est réputé/e raisonnablement exigible toute mesure ou tout traitement qui est utile à la (nouvelle) réadaptation de l'assuré et qui est adapté/e à son état de santé (ATF 145 V 2, consid. 4.2.3, p. 9).

5027 Il convient de tenir compte de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas particulier.

5028 Parmi les circonstances subjectives figurent en premier lieu l'importance de la capacité de travail résiduelle ainsi que la situation personnelle (l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile). Ce qui est toutefois déterminant, c'est ce qui est raisonnablement exigible de manière objective, et non pas l'appréciation subjective de l'assuré.

5029 Parmi les circonstances objectives dont il faut tenir compte figurent l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée d'activité qui peut être attendue de l'assuré.

5030 Des mesures de réadaptation et des traitements médicaux qui impliquent un risque pour la vie ou la santé ne sont pas raisonnablement exigibles (art. 21, al. 4, LPGA ; art. 7*a* LAI ; RCC 1985 p. 328 et 331).

5031 Le caractère raisonnablement exigible est à évaluer en tenant compte de la portée de la mesure et du traitement d'une part et de l'importance de la prestation en question d'autre part (arrêt du TF I 824/06 du 13 mars 2007).

5032 La charge de la preuve pour ce qui est du caractère déraisonnablement exigible d'une mesure au sens de l'art. 7, al. 2, LAI incombe à l'assuré (arrêt du TF 8C_741/2018 du 22 mai 2019).

5033 Dans le cadre de l'accompagnement des mesures de réadaptation (conformément au ch. 5022) et/ou des traitements médicaux, il convient de vérifier en continu la réalisation des objectifs, en évaluant notamment si la mesure ou le traitement en question est toujours raisonnablement exigible. Le cas échéant, ils doivent être adaptés (cf. ch. 1033, 1034 CGC).

2.3.2 Mesures médicales ou traitements médicaux raisonnablement exigibles

5034 Une mesure médicale de réadaptation de l'AI ou un traitement médical est d'autant moins raisonnablement exigible que l'atteinte à l'intégrité de l'assuré est forte (arrêt du TF I 824/06 du 13 mars 2007).

5035 Le SMR doit être associé à l'évaluation du caractère approprié des mesures de traitement.

5036 Il convient d'impliquer le médecin traitant de manière à assurer l'échange d'informations, à soutenir au mieux la réalisation du traitement et à garantir un traitement médical adéquat.

5037 Les possibilités de traitements considérées comme indiquées et raisonnablement exigibles (ambulatoires ou stationnaires) par un médecin spécialiste doivent être exploitées de manière optimale et durable par l'assuré dans une optique de coopération (ATF 140 V 193).

5038 C’est le médecin spécialiste qui décide quelles possibilités de traitement concrètes sont indiquées et raisonnablement exigibles. Tant que du point de vue d’un médecin spécialiste, des possibilités de traitement raisonnablement exigibles qui n’ont pas été utilisées ou qui l’ont été insuffisamment continuent d’être indiquées, il ne suffit pas, d’un point de vue objectif, que l’assuré ait mis en œuvre de manière coopérante toutes les propositions de thérapie du médecin de famille ou des autres médecins traitants (cf. ATF 137 V 64, consid. 5.2, p. 70).

2.4 Injonction des mesures et des traitements

2.4.1 Injonction de mesures de réadaptation

5039 L’injonction de mesures de réadaptation prend la forme d’une communication (art. 74ter RAI).

5040 7/22 Elle comprend les points suivants :

- description détaillée du comportement attendu pendant le processus de réadaptation, qui figure dans le plan de réadaptation ou dans la convention d’objectifs concernant la mesure octroyée ;
- indication des conséquences juridiques en cas de non-respect ;
- mention de la base légale.

L’injonction d’une mesure de réadaptation ainsi que son achèvement sont codés conformément au chap. 5.7, ch. 529 ss, CSIP.

2.4.2 Injonction de traitements médicaux (conditions)

5041 L’injonction d’un traitement médical prend la forme d’une communication sans indication des voies de droit.

5042 Elle comprend les points suivants :

- description détaillée du comportement attendu (par ex. le type, la durée, la ponctualité, la présence, la fréquence du traitement) ;
- fixation d'un délai adéquat ;
- indication des conséquences juridiques en cas de non-respect ;
- mention de la base légale.

5043 L'injonction d'un traitement au sens d'une condition peut être prononcée dans le cadre d'une réadaptation, de l'octroi d'une rente ou de la révision d'une rente.

5044 L'injonction d'un traitement ainsi que son achèvement sont codés conformément au chap. 5.6, ch. 522 à 528 CSIP.

2.5 Accompagnement et contrôle périodique

5045 L'office AI accompagne l'assuré pendant la période où il suit la mesure de réadaptation ou le traitement médical et il en contrôle périodiquement la mise en œuvre, le respect et l'efficacité. L'ampleur du suivi et du contrôle dépend de la mesure, du traitement et de la disposition de l'assuré à coopérer. La mesure ou le traitement doivent être adaptés si nécessaire (cf. ch. 1033, 1034 CGC).

2.6 Mise en demeure et délai de réflexion

5046 1/24 Si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de réduire le dommage, l'office AI lui adresse une mise en demeure sous la forme d'une communication sans indication des voies de droit (cf. ch. 5006). Si l'injonction de la condition (cf. ch. 5039) est accompagnée, en plus des indications prévues au ch. 5040, d'un délai impératif de mise en œuvre, cette étape peut être ignorée (arrêt du TF 8C_562/2022 du 25 avril 2023).

2.7 Conséquences juridiques de la violation de l'obligation de réduire le dommage

5047 Si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de réduire le dommage dans le délai imparti, l'office AI sanctionnera son comportement.

5048 Si l'injonction d'un traitement médical, comme condition accompagnant une mesure de réadaptation, n'a pas été respectée, mais que la mesure de réadaptation a tout de même été accomplie avec succès, l'assuré ne doit pas être sanctionné.

2.7.1 Proportionnalité

5049 La mesure de la sanction (réduction ou refus de prestations) doit être proportionnelle à l'objectif visé par la mesure de réadaptation ou le traitement médical (amélioration ou maintien de la capacité de gain) (arrêt du TF I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3 et 4).

5050 L'assuré doit en principe être considéré de la même manière que s'il avait respecté son obligation de réduire le dommage (arrêt du TF 8C_830/2012 du 13 mars 2013, consid. 2.2), c'est-à-dire comme si la mesure de réadaptation ou le traitement médical prévus avaient été suivis avec succès.

5051 Dans ce cas, ce n'est pas la capacité effective de travail qui est déterminante, mais la capacité qui pourrait être atteinte grâce à la mesure de réinsertion ou au traitement médical raisonnablement exigibles.

5052 En ce qui concerne la question du succès présumé de la réadaptation, il n'est pas nécessaire de fournir une preuve stricte ; une certaine probabilité que la mesure à laquelle l'assuré s'est opposé ou s'est soustrait aurait produit un effet bénéfique est suffisante (SVR 2019 AI n° 16, p. 48, 8C_865/2017 du 19 octobre 2018, consid. 3.3).

5053 La réduction ou le refus de prestations doit donc se limiter à la prestation dont les offices auraient pu faire l'économie si l'assuré s'était conformé aux mesures ordonnées (arrêts du TF 9C_742/2007 du 29 mai 2008, consid. 2.3 avec renvoi et I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3, dans : SVR 2008 AI n° 7, p. 19).

Exemple :
L'expert estime qu'avec les mesures médicales adaptées, l'assuré pourrait atteindre une capacité de travail d'au moins 50-60 %. L'assuré s'est rendu une seule fois au service psychosocial ; les autres consultations n'ont pas eu lieu. L'office AI a substitué une demi-rente d'invalidité à la rente complète (arrêt du TF I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3).

5054 Il ne peut y avoir de réduction ou de refus de prestations conformément à l'art. 21, al. 4, LPGA que tant que dure la faute qualifiée de l'assuré causant la survenance ou l'aggravation de l'invalidité (arrêt du TF 8C_830/2012 du 13 mars 2013, consid. 5.1).

5055 La réduction ou le refus des prestations prend effet à partir du mois au cours duquel la ou les mesures demandées auraient entraîné une amélioration de l'invalidité qui aurait permis de réduire ou supprimer le droit à la prestation. Si l'assuré participe à nouveau sans réserve aux mesures, la sanction est levée à partir du mois suivant.

5056 Aucune sanction ne doit être imposée à l'assuré lorsque la violation de l'obligation de réduire le dommage est excusable, par exemple parce qu'elle ne peut être imputable à l'assuré qui n'était pas en mesure de se conformer à ses obligations suite à une maladie.

2.8 Décision

5057 Si l'assuré refuse de manière inexcusable de se soumettre à l'injonction dans le délai imparti, l'office AI, comme il l'en

avait averti, rend une décision après une procédure de préavis. La décision doit préciser qu'un recours éventuel sera privé de l'effet suspensif.

5058 L'assuré n'aura la possibilité de faire contrôler la légalité de l'injonction que dans le cadre de la procédure de recours contre cette décision (arrêt du TF 8C_510/2011 du 17 octobre 2012, consid. 3.3).

3 Obligation de renseigner des tiers

3.1 Personnes et instances tenues de renseigner

5059 Les personnes et instances en mesure de transmettre les renseignements nécessaires pour établir le droit aux prestations sont tenues de fournir les informations demandées et requises (art. 28, al. 3, LPGA et art. 6*a* LAI).

5060 Les autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons, des districts, des circonscriptions et des communes fournissent gratuitement aux organes des assurances sociales, dans des cas particuliers et sur demande écrite et motivée, les données qui leur sont nécessaires pour l'examen du droit aux prestations (art. 32, al. 1, LPGA).

5061 L'obligation de fournir les renseignements englobe également celle de fournir des documents qui attestent le renseignement donné (extraits de registre, attestations, etc.).
Les personnes et instances suivantes entrent en particulier en ligne de compte :
- employeur (ch. 3017)
- médecin traitant et médecins spécialistes (ch. 3018 s.)
- organes des assurances sociales (ch. 3020 ss)
- autorités administratives et judiciaires (ch. 3023 ss)
- assureurs privés (ch. 3025)

3.2 Autorisation de donner des renseignements

5062 Lorsqu'il dépose une demande, l'assuré autorise toutes les personnes et instances indiquées dans la demande à fournir aux organes compétents de l'AVS et de l'AI les renseignements et les documents nécessaires à l'examen du droit aux prestations ou à l'exercice du droit de recours contre le tiers responsable (art. 6*a*, al. 1, LAI).

5063 Les personnes et les instances non expressément nommées dans la demande sont également autorisées à fournir des renseignements ou des documents si les organes

compétents de l'AVS et de l'AI en font demande. Dans ces cas, l'assuré reçoit une copie de la demande de renseignements (information au sens de l'art. 6*a*, al. 2, LAI).

5064 Les personnes et instances visées aux ch. 5062 et 5063 sont tenues de fournir les renseignements et documents nécessaires (art. 6*a*, al. 1 et 2, LAI).

5065 1/24 Si l'assuré n'exerce pas lui-même le droit aux prestations, il doit autoriser les personnes et les instances mentionnées à l'art. 6*a* LAI à fournir aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et les documents nécessaires pour établir ce droit et le bien-fondé de prétentions récursoires. (art. 66, al. 1bis, RAI).

5066 Si l'assuré est incapable de discernement, son représentant légal donne procuration par sa signature (art. 66, al. 2, RAI).

5067 Si une communication au sens de l'art. 3*b* LAI est présentée, l'office AI demande à l'assuré de signer une autorisation pour que toutes les personnes et organismes concernés puissent fournir à l'office AI les renseignements et les documents nécessaires (art. 3*c*, al. 3, LAI).

5068 Si l'assuré ne donne pas son autorisation, le SMR peut demander aux médecins traitants de l'assuré de fournir les renseignements nécessaires (art. 3*c*, al. 4, LAI).

3.3 Procédure en cas de non-respect de l'obligation de renseigner

5069 Si l'office AI n'a pas obtenu les renseignements demandés dans un délai approprié, il fixe un délai supplémentaire à la personne ou à l'organisme concernés en leur rappelant qu'ils sont tenus de renseigner et que toute infraction à cette obligation est passible d'une amende en vertu de l'art. 88 LAVS. Les bases légales correspondantes doivent être mentionnées dans le courrier. Une copie de cet avertissement est transmise à l'assuré.

5070 Si les renseignements nécessaires ne sont pas fournis en dépit d'un avertissement, l'introduction d'une plainte pénale est à examiner. Si un médecin refuse d'établir un rapport médical, le ch. 3059 s'applique également.

6e partie : Prononcé de l’office AI

1 Fixation des prestations et communication des prononcés

1.1 Généralités

6001 Dès que les mesures d’instruction nécessaires ont été exécutées par les services spécialisés et que l’organe chargé d’appliquer d’éventuelles mesures de réadaptation a été désigné, l’office AI rend un prononcé concernant les prestations auxquelles l’assuré a droit (art. 74 RAI ; art. 69quater, al. 1, RAVS).

6002 Les offices AI décident sur la mise en œuvre de mesures de réadaptation au terme de la phase d’intervention précoce, mais au plus tard dans un délai de 12 mois après le dépôt de la demande de prestations AI (art. 49 LAI).

6003 Tout acte administratif portant sur les droits ou les obligations d’un assuré doit revêtir la forme d’une décision écrite, rendue par l’office AI compétent (art. 49, al. 1, LPGA ; art. 57, al. 1, let. g, LAI ; art. 41, al. 1, let. d, RAI).

6004 Si les conditions permettant l’octroi d’une prestation sont manifestement remplies et qu’elles correspondent à la demande de l’assuré, les prestations suivantes peuvent être accordées ou prolongées sans notification d’un préavis ou d’une décision (art. 51 LPGA ; art. 58 LAI ; art. 74ter et 74quater RAI) :

- les mesures médicales ;
- les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle ;
- les mesures d’ordre professionnel ;
- les moyens auxiliaires ;
- le remboursement de frais de voyage ;
- les rentes et les allocations pour impotent à la suite d’une révision effectuée d’office, pour autant qu’aucune modification de la situation propre à influencer le droit aux prestations n’ait été constatée.

6005 Le refus, la réduction ou le retrait d'une prestation ou encore la restitution d'une prestation indue sont communiqués par le biais d'un préavis et d'une décision. Il en va de même des prononcés par lesquelles seule une partie des prestations est allouée à l'assuré qui les a demandées ou qui s'est manifestement attendu à les recevoir. I (art. 49, al. 3, LPGA ; RCC 1983 p. 538).

6006 L'office AI est libre de communiquer tous les prononcés par le biais d'une décision, pour autant que celle-ci n'ouvre pas de manière inadmissible la voie judiciaire à l'assuré.

6007 Si plusieurs prestations sont octroyées ou refusées simultanément, l'office AI rédige une décision pour chacune des prestations. La suspension d'une prestation doit faire l'objet d'une décision propre.

6008 La CCONT (1re partie) est applicable par analogie en ce qui concerne la signature de décisions et de communications.

1.2 Motivation des prononcés

6009 Les prononcés sont sans exception motivés d'une manière suffisamment précise et compréhensible. L'office AI expose au moins brièvement les considérations qui l'ont influencé et sur lesquelles il fonde sa décision (arrêt du TF 9C_363/2009 du 18 mars 2010, consid. 3.2).

6010 Les prononcés doivent être formulés de telle sorte que l'assuré sache clairement quelles prestations lui sont allouées (par ex. pour une rente entière, le taux d'invalidité et le revenu déterminant ; pour un moyen auxiliaire, les réparations).

6011 La simple reproduction de dispositions légales ne suffit pas.

6012 Si, lors de mesures de réadaptation, l'assuré ne remplit pas les conditions lui permettant de toucher des indemnités journalières parce qu'il n'est pas considéré comme personne exerçant une activité lucrative, l'office AI indique

dans le préavis ou la communication qu'il peut percevoir une allocation pour frais de garde et d'assistance et qu'il doit pour cela s'adresser directement à sa caisse de compensation.

6013 Les conclusions de l'office AI doivent se fonder sur une appréciation générale des résultats de l'instruction.

6014 Dans les décisions, les résultats d'examens ou d'expertises sont, dans la mesure du possible, mentionnés de manière générale (par ex. : « Les observations médicales ont montré que … »). Des indications concrètes sur les personnes ou instances ayant effectué l'expertise ou sur l'avis de l'OFAS (par ex. : « Les observations effectuées par le centre d'expertises médicales XY ont montré que … ») sont, en général, à éviter.
Malgré sa formulation générale, le prononcé doit répondre aux exigences d'une décision motivée de manière suffisante et compréhensible au sens du ch. 6009.

6015 La formulation des prononcés se base sur le recueil de textes standard.

1.3 Langue des prononcés

6016 Les prononcés et les autres documents destinés à être portés à la connaissance de l'assuré sont rédigés dans la langue de ce dernier, pour autant qu'il s'agisse de l'une des langues officielles admises par le canton (RCC 1983, p. 434). L'office AI pour les assurés résidant à l'étranger utilise la langue choisie par l'assuré, si celle-ci est l'une des trois langues officielles de la Confédération (allemand, français ou italien).

1.4 Force obligatoire du prononcé

6017 La caisse de compensation est liée par le prononcé de l'office AI.

6018 Toutefois, si elle constate l’existence d’une erreur évidente ou si elle a connaissance de faits infirmant nettement le bien-fondé du prononcé, elle prend contact avec l’office AI.

2 Procédure de préavis

2.1 Droit d’être entendu : assuré

6019 Avant que l’office AI communique à l’assuré toute décision finale qu’il entend prendre au sujet d’une demande de prestation ou au sujet de la suppression ou de la réduction d’une prestation déjà allouée, il lui donne l’occasion de s’exprimer oralement ou par écrit sur la manière dont le règlement du cas est envisagé (art. 57*a*, al. 1, LAI). Le ch. 6004 demeure réservé (octroi de prestations sans décision).

6020 Par le préavis, l’office AI indique à l’assuré la façon dont il compte régler sa demande et attire son attention sur son droit d’être entendu. Il lui signale que la décision lui sera notifiée sans qu’il ait été préalablement entendu s’il ne se manifeste pas dans un délai de 30 jours.

6021 Le délai de 30 jours ne peut pas être prolongé (art. 57*a*, al. 3, LAI). Les objections doivent être soulevées dans ce délai. Dans des cas fondés, un délai supplémentaire unique peut être accordé à l’assuré pour qu’il motive ou corrige ses objections. Les art. 38 à 41 LPGA s’appliquent par ailleurs. Si toutefois, à l’expiration du délai de trente jours mais avant que la décision ne soit rendue, l’assuré apporte de nouveaux éléments pouvant influer sur la décision, ceux-ci doivent être pris en compte.

6022 La restitution d’un délai pour inobservation pour les raisons prévues par l’art. 41, al. 1, LPGA ne peut être accordée qu’à titre exceptionnel. Il faut non seulement que la partie elle-même, mais aussi son représentant, aient été empêchés, sans faute de leur part, d’agir dans le délai fixé.

6023 Le préavis porte uniquement sur les questions qui relèvent des attributions des offices AI au sens de l'art. 57, al. 1, let. a à i, LAI.

6024 La procédure de préavis ne s'applique pas aux questions relevant de la compétence des caisses de compensation (ATF 134 V 97), c'est-à-dire ni au calcul des rentes, des indemnités journalières et des allocations pour frais de garde et d'assistance, ni au calcul des paiements rétroactifs et des compensations (cf. art. 60, al. 1, let. b, LAI).
En revanche, quand il est probable que l'assuré émettra des objections, l'office AI lui accorde le droit d'être entendu. C'est le cas par exemple avant une décision de réduction de rente en raison d'un nouveau calcul.

6025 Pour la consultation du dossier, on se réfère à la COGSC.

6026 Dans les cas où l'audition a lieu oralement, dans le cadre d'un entretien personnel, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré.

6027 Si l'assuré a présenté des observations sur des points déterminants, l'office AI en tient compte dans la motivation de la décision. En particulier, il indique les motifs pour lesquels il n'admet pas ces objections ou n'en tient pas compte (ATF 124 V 180).

2.2 Droit d'être entendu : autres parties

6028 Un exemplaire du préavis est également notifié aux assureurs des autres branches des assurances sociales, y compris à l'institution de prévoyance professionnelle selon la LPP, lorsque la décision touche l'obligation d'allouer des prestations de ces autres assureurs. Ceux-ci disposent des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49, al. 4, LPGA, en relation avec l'art. 73bis, al. 2, RAI).

6029 Lors du premier octroi de rente, l'office AI transmet à la caisse de compensation les copies de toutes les pièces annexées à la demande. Doivent également être transmises

à la caisse toutes les données pertinentes pour le calcul de la rente (survenance de l'invalidité, etc.). La caisse préparera ainsi le calcul qui sera notifié avec la décision.

6030 Le droit de s'exprimer sur le préavis appartient non seulement à tout assuré et aux éventuels autres assureurs concernés, mais aussi à toute partie à la procédure au sens de l'art. 49, al. 4, LPGA.

6031 Ces parties et les assureurs concernés peuvent s'exprimer uniquement par écrit, dans un délai de 30 jours.

6032 Les règles valables pour l'assuré s'appliquent par analogie.

3 Notification de la décision

3.1 Principe

L'office AI ou la caisse de compensation notifie la décision (art. 76, al. 1, RAI) :

6033 – à l'assuré personnellement, s'il n'est pas représenté par un tiers ;

6034 – au représentant légal de l'assuré mineur ou sous tutelle, si celui-ci n'est pas représenté par un tiers (par, ex. avocat) ;

6035 – au représentant mandaté par l'assuré ou le représentant légal au moment de la notification (RCC 1977, p. 155) ;

6036 – le cas échéant, aux institutions mentionnées à l'art. 49, al 4, LPGA.

3.2 Copies des décisions

L'office AI ou la caisse de compensation notifie une copie de chaque décision.

6037 – à l’assuré ou à son représentant légal dans le cas du ch. 6035 ;

6038 – le cas échéant, aux personnes ou aux institutions mentionnées à l’art. 76, al. 1, let. d à g, RAI ;

6039 – à d’autres organismes dans la mesure autorisée par la COGSC.

4 Date de révision et limitation dans le temps

6040 Tous les prononcés qui concernent des prestations s’étendant sur une période indéterminée sont pourvus d’une date de révision.

6041 Le fait qu’une date de révision ait été fixée au moment de l’attribution de la rente n’empêche pas de procéder à une révision plus tôt si les circonstances se modifient auparavant. Les rentes attribuées par jugement de tribunal peuvent également être sujettes à révision si un motif de révision survient après le prononcé de la décision.

6042 Si la révision concerne un cas de recours contre les tiers responsables, l’office AI informe préalablement le service de recours compétent de l’ouverture de la procédure de révision, en particulier lorsque la révision implique la demande de nouvelles expertises médicales ou de nouvelles observations médicales, professionnelles ou concernant l’activité ménagère. Cela permet à l’office AI et au service de recours de coordonner leurs expertises. L’information doit aussi être faite dans les cas de recours déjà réglés par paiement.

6043 La date de révision n’est pas inscrite dans la décision (RCC 1974 p. 132). L’office AI assure le contrôle des révisions prévues.

6044 Lors d’une demande portant sur la prolongation de la durée d’une prestation limitée dans le temps, les conditions du droit sont à nouveau examinées (pratique VSI 2000, p. 240). Si elles sont remplies, les droits que l’assuré peut

faire valoir à l'avenir sont indiqués. Un simple renvoi à une décision précédente ne suffit pas.

5 Prononcés concernant les rentes et les allocations pour impotent

5.1 Généralités

6045 Le prononcé portant sur des rentes ou des allocations pour impotent en faveur d'adultes est communiqué à la caisse de compensation au moyen de la « Communication du prononcé concernant une rente d'invalidité/une allocation pour impotent ». La procédure concernant les allocations pour impotent en faveur des mineurs relève en outre de la CPPI, si la présente circulaire ne prévoit pas de réglementation particulière.

6046 7/22 Le prononcé concernant la continuation de l'octroi d'une rente ou d'une allocation pour impotent à la suite d'une révision effectuée d'office est notifié à l'assuré au moyen d'une communication (art. 74ter, let. f, RAI). Dans les autres cas (modification du droit, révision sur demande, etc.), il faut établir une décision.

6047 Indépendamment de la décision qui sera rendue par la caisse de compensation, l'office AI remet une copie de la « Communication du prononcé concernant une rente d'invalidité/une allocation pour impotent de l'AI » :

6048 – à la caisse de compensation du canton où habite l'assuré, avec la mention « pour vérifier l'assujettissement de l'assuré en tant que personne sans activité lucrative », si une rente a été octroyée ;

6049 – à la caisse de pension, pour autant qu'une rente ait été octroyée ;

6050 1/25 – à l'administration cantonale de la taxe d'exemption de l'obligation de servir, pour les hommes suisses âgés de 19 à 37 ans. L'office AI remet également une copie de la décision lorsque celle-ci concerne un assuré de plus de

37 ans si elle a un effet rétroactif sur les années où l'assuré était soumis à la taxe d'exemption de l'obligation de servir (décision rétroactive).

5.2 Préparation de la décision en cas d'octroi de prestations en espèces en faveur d'adultes

6051 Lorsque la prestation est allouée pour la première fois, l'office AI demande à la caisse de compensation de préparer le calcul de la prestation. Dans le cas des frontaliers et des assurés résidant à l'étranger, cette demande est faite par l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

6052 L'office AI transmet à la caisse de compensation compétente sa partie de la décision (prononcé concernant l'invalidité ou l'impotence, indications destinées à la caisse de compensation pour l'indemnité journalière) avec la motivation et les pièces nécessaires. L'office AI veillera à ce que chaque décision /communication en matière de prestations individuelles comporte le code de décision correspondant (cf. ch. 57 CSIP)

6053 Sont à remettre à la caisse de compensation :

6054 – tous les documents nécessaires, tels que photocopie de la demande, carte AVS, livret de famille, livret d'étranger, certificats de formation, etc. ;

6055 – pour les indemnités journalières, la copie des documents permettant de les fixer.

6056 La caisse de compensation demande les documents manquants (par ex. pour le calcul de la rente ou des indemnités journalières) directement à l'assuré, lorsque l'office AI ne les a pas demandés ou n'en a demandé qu'une partie.

6057 Dès réception du prononcé de l'office AI, la caisse de compensation se charge des tâches suivantes :
– participation à l'établissement des consultations relatives aux conditions d'assurance (art. 60, al. 1, let. a, LAI);

– calcul des rentes, des indemnités journalières, des allocations d'initiation au travail et des allocations pour frais de garde et d'assistance (art. 60, al. 1, let. b, LAI) ;
– empêchement des cumuls ou des surindemnisations injustifiés.

6058 La partie de la décision dont l'établissement incombe à la caisse de compensation (1re partie) comprend les points suivants :

1. En-tête « Assurance-invalidité fédérale »
2. Nom, adresse et numéro de téléphone de l'office AI rendant la décision
3. La décision doit être mentionnée comme telle.
4. Date de la décision
5. Nombre de pages que comprend la décision (à indiquer sur la première page)
6. Nom et adresse du ou de la destinataire de la décision
7. Données relatives à la prestation :
   – rentes ordinaires ou extraordinaires, allocations pour impotent
   – rente complète, trois quarts de rente, demi-rente ou quart de rente (système par échelons) ou pourcentage d'une rente complète (système linéaire)
   - allocation pour impotence : faible, moyenne ou grave (on utilise la terminologie légale pour décrire le genre de prestation)
   – montant de la rente/allocation pour impotent
8. Nom et prénom de l'ayant droit, numéro AVS
9. Nom et adresse de la caisse de compensation ou de l'employeur procédant au versement (une simple mention du numéro de la caisse de compensation n'est pas autorisée)
10. Adresse de paiement
11. Pour les rentes ordinaires :
    – nom de l'assuré dont les revenus ont été pris en compte
    – revenu annuel moyen déterminant
    – durée de cotisations déterminante
    – échelle de rentes applicable
12. Enumération des destinataires de copies

6059 La partie de la décision de l'office AI (2e partie) est établie de la manière suivante :
1. sur papier blanc sans mention de l'en-tête officiel de l'office AI
2. sans numérotation de pages
3. motivation
4. indication des voies de droit et éventuel texte standard relatif à la question de l'effet suspensif du recours
5. obligation de renseigner incombant à l'assuré
6 collaborateur/collaboratrice de l'office AI : nom, no de tél.
7. Avec nos salutations les meilleures, office AI

6060 La partie de la décision de la caisse de compensation précède la partie de la décision de l'office AI.

6061 La caisse de compensation envoie en principe les décisions et les copies de décisions au nom de l'office AI.

6062 La caisse de compensation est responsable des contacts avec les assurés en ce qui concerne le mode de paiement des prestations en espèces (voir DR).

5.3 Notification des copies de décisions sur les rentes et les allocations pour impotent en faveur d'adultes

6063 Une copie de la décision relative à la rente et à l'allocation pour impotent en faveur d'adultes doit être remise aux organismes suivants :

6064 – à l'office AI compétent ou à la caisse de compensation (selon la compétence pour l'envoi de la décision, cf. annexe III), la copie l'intégralité du contenu de la décision (y compris la partie concernant les motivations rédigées par l'office AI) étant jointe à chaque fois ;

6065 – à l'autorité fiscale cantonale compétente selon les ch. 9322 ss DR ;

6066

– aux organes compétents de l'AA[1], de l'AMal[2] de l'AC ou de l'AM, s'il ressort du dossier que l'une de ces assurances alloue des prestations à l'assuré ou si la procédure officielle de communication réciproque des prestations a été ouverte ;

6067 – aux autres destinataires mentionnés à l'art. 76, al. 1, RAI.

6068 Pour le reste, les prescriptions contenues dans les DR doivent être observées.

6 Décisions sur des indemnités journalières

6069 Les décisions relatives aux indemnités journalières doivent être remises aux organismes suivants :
– à l'office AI compétent ou à la caisse de compensation (selon la compétence pour l'envoi de la décision) ;

6070 – à l'AM, lorsque la procédure officielle de communication réciproque des prestations a été ouverte ;

6071 – aux organes compétents de l'AA[3], s'il ressort du dossier que celui-ci alloue des prestations à l'assuré ou si, dans ce cas, les deux assurances se communiquent réciproquement leurs prestations ;

6072 – aux organes compétents de l'AA[4] ou de l'AC ; on notifie en outre une copie de toute décision ayant un effet sur le partage de l'obligation d'allouer des prestations ou sur la délimitation de cette obligation entre ces deux assurances, d'une part, et l'AI, d'autre part ;

1 Ne sont visées que l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-accidents facultative selon la LAA.
2 On entend par AMal « sociale » l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.
3 Ne sont visées que l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-accidents facultative selon la LAA.
4 Ne sont visées que l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-accidents facultative selon la LAA.

6073 – au besoin, aux autres destinataires mentionnés à l’art. 76, al. 1, RAI.

7 Décisions sur la contribution d’assistance

6074 Une communication suffit pour l’octroi de prestations de conseil et de soutien. Toutes les autres prestations doivent faire l’objet d’une décision.

6075 Une copie de la décision relative à la contribution d’assistance doit être remise aux organismes suivants :
– à la Centrale de compensation ;

6076 – au besoin, aux autres destinataires mentionnés à l’art. 76, al. 1, RAI.

8 Réception et transmission des avis

6077 L’office AI réceptionne les avis provenant d’assurés, d’autorités et de tiers qui sont en rapport avec le droit à des prestations (art. 41, al. 1, let. b, et 77 RAI).

6078 Il transmet sans tarder à la caisse de compensation compétente les avis concernant des droits à des indemnités journalières, à des rentes ainsi qu’à des allocations pour adulte impotent en cours (art. 41, al. 1, let. c, RAI).

9 Prononcés dans le domaine de l’AVS (allocation pour impotent, moyens auxiliaires, contribution d’assistance)

6079 Les prononcés portant sur une allocation pour impotent ou une contribution d’assistance de l’AVS sont communiqués à la caisse de compensation compétente. C’est à cette dernière qu’il appartient ensuite de rendre la décision.

6080

Les prononcés portant sur la poursuite du versement d'une contribution d'assistance de l'AVS après une révision effectuée d'office sont rendus par l'office AI sous forme de communications.

6081 Les prononcés d’octroi de moyens auxiliaires pour rentier AVS sont rendus par l’office AI sous forme de communications.

6082 Les prononcés refusant l’octroi de moyens auxiliaires pour les rentiers AVS sont rendus par la caisse de compensation du canton dans lequel l’office AI a son siège.

10 Décisions dans le domaine des PC

6083 Voir annexe II.

7e partie : office AI et caisse de compensation compétents

1. Office AI compétent

1.1 Réglementation ordinaire

7001 En règle générale, l'office AI compétent pour enregistrer et examiner la demande est celui du canton où l'assuré est domicilié (art. 55 LAI, art. 51, al. 1, let. a, RAI).

7002 Comme dans l'AVS, la notion de domicile est celle du droit civil (art. 13 LPGA et art. 23 ss CC ; cf. DAA).

1.2 Domicile ou séjour à l'étranger

Généralités

7003 Sous réserve des ch. 7005 à 7008, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger est compétent pour les personnes qui ont leur domicile ou leur résidence habituelle à l'étranger (art. 56 LAI ; art. 40, al. 1, let. b, RAI ; cf. art. 43 RAI). Pour la notion de domicile, cf. ch. 7002.

7004 Si toutefois l'assuré se trouve en Suisse pour une assez longue période ou pour une durée indéterminée, sans y être domicilié (ch. 7022), son cas est traité par l'office AI cantonal ou commun compétent (art. 40, al. 2bis, RAI).

Frontaliers

7005 L’office AI du canton dans lequel est sis le lieu de travail du frontalier ou dans lequel celui-ci exerce une activité lucrative indépendante est compétent en ce qui concerne la réception et l’examen des demandes (art. 40, al. 2, RAI ; cf. CIBIL).

7006 Le ch. 7005 vaut aussi pour d’anciens frontaliers s’ils résident encore dans la zone frontière (cf. annexe VII) lors du dépôt de leur demande et si l’atteinte à la santé remonte à l’époque de leur activité de frontalier (cf. art. 40, al. 2, 2e phrase, RAI).

7007 Pour les frontaliers ou anciens frontaliers, qui n’ont pas ou plus leur domicile dans la zone frontière ou qui quittent cette dernière durant la procédure, l’office AI compétent peut requérir l’entraide administrative à l’office AI pour les assurés résidant à l’étranger pour effectuer des enquêtes sur les circonstances du cas.

7008 2/23 La règle de compétence des ch. 7005 et 7006 est applicable non seulement lors de l’instruction initiale, mais également lors de la révision du droit à la rente, pour autant que l’assuré n'ait pas déplacé le lieu de travail dans un autre canton. Si l’assuré n’a pas ou plus son domicile dans la zone frontière, la compétence passe à l’office AI pour les assurés résidant à l’étranger.

7009 Pour la notification de décisions à des frontaliers, c’est toujours l’office AI pour les assurés résidant à l’étranger qui est compétent (ch. 7022).

1.3 Changement d’office AI

1.3.1 En cours de procédure

7010 La procédure commence par l’enregistrement de la demande par l’office AI et se termine lorsque la décision entre en force. En général, aucun changement d’office AI ne se produit en cours de procédure (art. 40, al. 3, RAI).

7011 Si l’assuré abandonne sa résidence habituelle en Suisse pendant la procédure, la compétence passe à l’office AI pour les assurés résidant à l’étranger. Lorsque l’assuré domicilié à l’étranger prend en cours de procédure sa résidence habituelle en Suisse, la compétence passe à l’office AI dans le secteur d’activité duquel l’assuré a sa résidence habituelle.

Cependant, l’office AI compétent jusque-là doit, avant de transmettre le dossier, procéder aux enquêtes habituelles en rapport avec la résidence occupée jusque-là et, si possible, les mener à leur terme.

1.3.2 Après l’achèvement de la procédure

7012 Le dossier, y compris les pièces relatives aux prestations déjà payées, est transmis au nouvel office AI compétent. L’office AI qui était compétent jusque-là prend note du changement. Dans la lettre d’accompagnement, l’office AI mentionne la date à laquelle la prochaine révision est prévue.

7013 Pour le changement d’office AI dans les cas de rentes, se référer au ch. 7025.

1.3.3 Reconsidération des décisions

7014 Si l’office AI compétent a changé et si des constatations sont faites qui permettent, selon la CCONT, de reconsidérer la décision, le nouvel office AI est compétent pour réexaminer le cas et, au besoin, rendre une nouvelle décision. Avant de se prononcer, il consulte l’office AI qui a rendu la décision sujette à reconsidération.

1.4 Collaboration entre offices AI

7015 L’office AI peut, s’il le faut, faire appel à un autre office AI, soit lors de l’examen des possibilités de réadaptation, soit

lors de l’application de mesures de réadaptation. Sa compétence reste la même. Cet office demeure seul responsable.

7016 Ce mandat ne libère cependant pas l’office AI compétent de l’obligation de surveiller la réadaptation professionnelle de l’assuré de façon appropriée.

2. Caisse de compensation compétente

2.1 Réglementation ordinaire

7017 La caisse de compensation compétente pour fixer et verser les rentes et les allocations pour impotent en faveur d’adultes est celle qui, au moment du dépôt de la demande, l’était pour percevoir les cotisations AVS dues par les assurés invalides (art. 44 RAI en relation avec l’art. 122, al. 1, RAVS). Pour le reste, les DR sont applicables.

7018 Pour les assurés qui, juste avant le dépôt de la demande, ne versaient pas ou n’étaient pas tenus de verser des cotisations, la caisse de compensation compétente est celle auprès de laquelle la dernière inscription au CI a été faite.

7019 Pour fixer et verser les indemnités journalières et les allocations pour frais de garde et d’assistance, le ch. 7017 est applicable. Il en va de même lorsque les cotisations sont perçues par une caisse de compensation autre que celle du canton de domicile de l’assuré. Pour le reste, la CIJ est applicable.

7020 La compétence en cas de moyens auxiliaires et de prestations de remplacement octroyés par l’AVS est régie par la CMAV.

2.2 Cas spéciaux

2.2.1 Assuré sans cotisations

7021 Si l'assuré n'a encore jamais payé de cotisations (par ex. un assuré de moins de 20 ans ou un Suisse revenu de l'étranger), la caisse de compensation compétente est celle du canton dont l'office AI doit traiter le cas (ch. 7001 ss). Pour le reste, les DR sont applicables.

2.2.2 Domicile ou séjour à l'étranger

7022 Pour les assurés qui habitent ou séjournent à l'étranger, y c. les frontaliers, la CSC est compétente, sous réserve du ch. 7023. Pour la notion de domicile, se référer au ch. 7002.

7023 Si un ressortissant étranger ayant déposé une demande de prestations n'a pas son domicile en Suisse, mais séjourne dans le pays probablement pour une période assez longue ou pour une période indéterminée, la caisse de compensation cantonale ou professionnelle compétente est celle qui l'est selon les règles générales.

7024 En revanche, s'il semble incertain que le requérant poursuive son séjour en Suisse ou s'il s'apprête à retourner à l'étranger, le dossier est transmis à la CSC avec l'indication de l'adresse de l'intéressé à l'étranger.

7025 Si la caisse de compensation transmet des dossiers à la CSC, elle en informe l'office AI compétent. Les DR sont applicables pour le reste.

2.3 Unité du cas d'assurance

7026 Toutes les prestations de l'AI auxquelles l'assuré a simultanément droit à la suite d'une seule et même demande font l'objet d'une décision rendue par le même office AI et, s'il s'agit de prestations en espèces destinées à des adultes, elles sont payées par la même caisse de compensation.

7027 Lorsque le droit à des prestations de l'AI est exercé plus tard, la compétence de la caisse se détermine suivant les règles des ch. 7017 à 7023. Les directives sur la réduction des prestations en cas de cumul de prestations sont applicables.

3 Conflits de compétence

7028 Si la compétence d'un office AI ou d'une caisse de compensation fait l'objet d'un litige, l'affaire est soumise à l'OFAS, qui décide (art. 40, al. 4 et art. 46 RAI).

7029 L'OFAS tranche de même les litiges portant sur la collaboration des offices AI entre eux (ch. 7015 et 7016 ; art. 40, al. 4, RAI).

4 Récusation

7030 Si les personnes qui traitent une demande de prestations présentent un risque de partialité (par ex. demande déposée par un collaborateur de l'office AI lui-même), cette demande est transmise pour traitement à un autre office AI, avec l'accord de l'assuré. En cas de doute, l'OFAS tranche (art. 36 LPGA). La décision est rendue par l'office AI du canton de domicile.

8e partie : Appel aux services spécialisés et aux spécialistes

(art. 59, al. 3 et 5, LAI)

1 Définition et statut

8001 Sont considérés comme services spécialisés de l'aide privée ou publique aux invalides, au sens de l'AI, les services de consultation et d'assistance créés par des organisations publiques ou reconnues d'utilité publique qui agissent en faveur des invalides.

8002 Les services spécialisés et les spécialistes ne sont pas des organes de l'AI. Ceux qui ne sont pas liés à l'AI par une convention sont libres d'accepter ou de refuser les mandats de l'AI.

8003 Dans leur activité pour le compte de l'AI, les services spécialisés et les spécialistes sont soumis aux dispositions légales concernant l'obligation de garder le secret (art. 33 LPGA).

2 Procédure

2.1 Remise du mandat

2.1.1 Généralités

8004 Les offices AI sont compétents pour confier aux services spécialisés et aux spécialistes des mandats ayant pour objet :

- l'examen des possibilités de réadaptation professionnelle de l'invalide,
- l'application ou la surveillance de mesures de réinsertion, des mesures de réadaptation d'ordre professionnel et des mesures de nouvelle réadaptation,
- la mise en œuvre de mesures de réadaptation non professionnelles,
- la lutte contre la perception indue de prestations.

2.1.2 Information de l’assuré

8005 L’assuré est informé en temps utile de la mise à contribution d’un service spécialisé, avec indication du mandat confié à ce service, sauf quand un spécialiste est appelé pour lutter contre la perception indue de prestations comme le prévoit l’art. 59, al. 5, LAI.

8006 Si des mesures de réadaptation sont exécutées, avec l’accord de l’office AI, par un autre organe d’exécution que celui mentionné dans la décision ou dans la communication, l’office AI doit notifier à l’assuré une communication qui indiquera la date du changement. Une copie est transmise au premier organe d’exécution, une autre au nouvel organe d’exécution. Ce dernier doit aussi recevoir une copie de la décision ou de la communication initiale, à titre de mandat.

2.1.3 Forme et contenu du mandat

8007 Le mandat confié aux services spécialisés et aux spécialistes doit se présenter sous forme écrite et être clair. Les services spécialisés et les spécialistes qui l’acceptent le remplissent conformément aux prescriptions et aux ordres reçus du mandant et de l’OFAS.

8008 Si la question de la réadaptation professionnelle de l’assuré se pose, le mandat indique si des propositions (concernant un reclassement, par ex.) sont nécessaires dans le cadre de l’examen des possibilités de réadaptation.

8009 Le mandant peut donner des instructions sur la manière dont le mandant doit être exécuté.

8010 Les mandats confiés aux services spécialisés et aux spécialistes ne peuvent se rapporter qu’à des questions dont le règlement tombe dans les attributions de l’office AI. Une activité d’assistance ne peut en particulier pas faire l’objet d’un mandat à un service spécialisé.

8011 Il n’est pas permis de facturer l’accompagnement d’un enfant, par ex. chez le médecin.

8012 Une simple demande de renseignements ne constitue pas un mandat de procéder à une enquête sur les circonstances du cas. Les services spécialisés et les spécialistes qui, de leur propre chef ou à la suite d'une telle demande, complètent leur dossier n'agissent pas sur mandat de l'AI. Tout travail allant au-delà de la fourniture de renseignements n'est pas rétribué par l'AI.

2.1.4 Pièces à joindre au mandat

8013 Les services spécialisés et les spécialistes disposent de toutes les pièces et de tous les renseignements nécessaires à l'exécution du mandat.

8014 L'office AI attire l'attention des services spécialisés et des spécialistes auxquels il fait appel sur leur obligation de garder le secret et sur les sanctions pénales qui découlent de la violation de cette obligation.

2.2 Exécution du mandat

8015 Les services spécialisés et les spécialistes s'acquittent eux-mêmes des mandats qui leur sont confiés.

Annexes :

I Instructions concernant l'aide administrative aux assurances-invalidité étrangères, du 24 février 1965 (11.272)

II Evaluation du taux d'invalidité au nom des organes PC

III Mandat concernant les expertises médicales

IV Structure de l'expertise

V Structure de l'évaluation consensuelle pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires

VI Grenzzone – Zone frontalière – Zona di frontiera

Annexe I

Instructions aux offices AI concernant l'aide administrative aux assurances-invalidité étrangères

(du 24 février 1965)

I. Généralités

1 Selon les arrangements administratifs relatifs aux conventions internationales en matière d'assurances sociales, les organes de l'AI suisse sont tenus d'accorder leur aide administrative aux organismes d'assurance-invalidité étrangers. En règle générale, cette aide consiste à charger un médecin compétent d'examiner un assuré domicilié en Suisse ou d'effectuer des enquêtes sur la capacité de gain ou de travail ou sur l'activité de ce dernier. Cette aide administrative incombe aux offices AI, qui agiront conformément aux présentes instructions.

II. Procédure d'exécution des mandats

2 *Transmission aux offices AI*
Les organismes assureurs étrangers adressent leurs demandes d'aide administrative à la Caisse suisse de compensation (CSC) à Genève, qui joue le rôle d'organe de liaison. La CSC enregistre ces mandats et les transmet à l'office AI du canton de domicile. Si le mandat est rédigé dans une autre langue que l'allemand, le français ou l'italien, la CSC le fait traduire, au besoin.

3 La procédure indiquée ci-dessous est également applicable aux cas où des personnes résidant en Suisse demandent des prestations AI d'organismes d'assurances sociales étrangères et où la Caisse suisse de compensation doit, avant de transmettre ces demandes, procéder à un examen des circonstances en vertu d'une convention internationale.

4 *Examen ou expertise du médecin*
S'il s'agit d'un mandat d'examen médical ou d'expertise médicale, l'office AI désigne (après avoir pris l'avis du SMR) un médecin compétent et lui confie le mandat, en mettant à sa disposition toutes les pièces fournies par l'assurance étrangère. En cas de

nouvelle demande, on appliquera les ch. 2072 et suivants de la CPAI.

5 *Autres examens*
Si le mandat porte sur un examen des aptitudes professionnelles, des possibilités de réadaptation, de l'activité actuelle, etc., l'office AI entreprend lui-même l'enquête nécessaire ; il peut aussi en charger un service social.

6 *Information de l'assuré*
L'office AI informe l'assuré des mandats en cours et lui demande de se tenir à la disposition de la personne ou de l'organe qui en est chargé. Il doit lui rappeler que l'instruction de son cas est gratuite et qu'elle a été entreprise dans son propre intérêt.

7 *Surveillance et exécution du mandat*
Si le rapport demandé n'est pas présenté dans le délai utile, l'office AI procède de lui-même aux sommations nécessaires et confie éventuellement l'examen à un autre mandataire.

8 Si l'assuré refuse expressément ou par son attitude passive de coopérer à l'examen et si son attitude ne peut être modifiée ni par les explications appropriées qu'on lui donnera, ni par un changement du mandataire, l'office AI renvoie le dossier à la caisse suisse de compensation, en l'informant de la situation.

9 Dès que les résultats de l'enquête sont connus, ils doivent être communiqués à la Caisse suisse de compensation. Les pièces fournies par l'organisme assureur étranger seront jointes à ces envois.

III. Remboursement des frais

10 *Frais des offices AI*
Les frais occasionnés aux offices AI font partie des frais de l'AI et sont pris en charge par cette dernière. Une différenciation spéciale n'est pas nécessaire.

11 *Dépenses et indemnités journalières des assurés*

L’assuré a droit au remboursement de ses frais de voyage et d’autres dépenses éventuelles. Si le mandat de l’assurance sociale étrangère ne donne, à ce sujet, aucune précision particulière, on appliquera les mêmes règles que pour l’assuré de l’AI. Toutefois, un droit aux indemnités journalières n’existe que s’il en est fait mention expresse dans la lettre de transmission de la CSC.

12 Des bons de voyage AI ne doivent pas être remis.

13 L’assuré établit une facture indiquant les frais qui lui ont été occasionnés, avec pièces à l’appui. L’office AI réunit les pièces demandées par la CSC concernant les indemnités journalières éventuellement dues.

14 *Frais occasionnés à des tiers*
Les médecins, hôpitaux, services spécialisés, etc. chargés d’un examen ou d’une enquête sont invités à présenter, avec leur rapport, une facture séparée (si possible sur formulaire AI). Pour fixer les honoraires, on applique les tarifs de l’AI.

15 *Transmission et paiement des factures*
L’office AI examine et vise les factures d’une manière conforme à la Circulaire sur le contrôle des factures pour prestations en nature d’ordre individuel dans l’AI. Toutefois, ces factures ne sont pas transmises à la Centrale, mais à la CSC avec le rapport. Il en va de même des pièces concernant une indemnité journalière.

16 La CSC rembourse les frais et une éventuelle indemnité journalière ; en versant directement la somme à la personne ou à l’organe qui a présenté la facture, ou à l’assuré ; elle peut le faire aussi par l’intermédiaire de la Centrale.

IV. Collaboration des offices AI lors de l’application bilatérale de conventions de sécurité sociale

17 Les instructions des DEA concernant la collaboration des caisses de compensation lors de l’application de conventions sont applicables par analogie aux offices AI. Il convient en particulier de faire attention au fait que dans certaines conventions, la

demande d’octroi d’une prestation suisse vaut également comme demande de la prestation correspondante du pays natal de la personne présentant la demande.

Annexe II

Evaluation du taux d'invalidité au nom des organes PC

(art. 4, al. 1, let. d, LPC ; art. 57, al. 1, let. f, LAI ; art. 41, al. 1, let. k, RAI)

Procédure applicable

1 Dans la mesure où la présente annexe ne prévoit pas de dispositions contraires, la Circulaire sur la procédure de l'AI (CPAI) est applicable par analogie.

Annonce

2 Si une demande PC est adressée directement à l'office AI, celui-ci la transmet immédiatement à l'organe PC compétent. L'office AI ne procède à aucun examen sans mandat correspondant à l'organe PC.

Procédure d'examen

3 *L'organe PC* examine si les conditions suivantes sont remplies cumulativement :
- domicile et résidence habituelle en Suisse
- délai de carence (pour les personnes de nationalité étrangère)
- aucun droit au sens des art. 4, al. 1, let. a, a^{bis}, a^{ter}, b ou c, LPC
- âge situé entre 18 ans et l'âge de la retraite (rente AVS)

4 L'organe PC donne mandat à l'office AI compétent d'évaluer le taux d'invalidité. L'Office AI fixe le degré d'invalidité et détermine le moment à partir duquel l'invalidité permet l'octroi d'une rente AI.

Détermination et décision

5 L'office AI communique à l'organe PC sa détermination du taux d'invalidité ainsi que le moment à partir duquel l'invalidité donne droit à une rente. C'est à l'organe PC qu'il appartient ensuite de rendre la décision.

Procédure d’opposition / de recours

6 Si la décision PC est attaquée par voie d’opposition ou si un recours est formé contre la décision sur opposition et que la contestation porte sur le taux d’invalidité ou sur la date de début de l’invalidité, l’organe PC sollicite l’avis de l’office AI.

Révision

7 L’organe PC fixe la date de la révision, qui doit précéder en règle générale celle de la révision périodique des PC (au plus tard tous les quatre ans), puis transmet le mandat y relatif à l’office AI. Si l’office AI est d’avis que la révision doit être opérée plus rapidement, il en fait part à l’organe PC au moment où il lui communique le taux d’invalidité.

Annexe III

Mandat concernant les expertises médicales
Assurance-invalidité fédérale AI

Formule d'appel,

Par la présente, nous vous donnons mandat d'établir pour l'assurance-invalidité (AI) une expertise médicale concernant M./M^{me} Dupont. Dans le cadre de ce mandat, l'expertise doit suivre exactement la structure détaillée ci-après. Pour les questions d'ordre psychiatrique ou psychosomatique, en particulier, il importe de fournir des explications détaillées touchant les différents éléments de la structure et les différents thèmes énumérés. Nous attirons votre attention sur la nécessité de répondre explicitement aux questions formulées dans le présent mandat ainsi que dans la structure. Il n'est pas admis de renvoyer à des passages figurant ailleurs dans le corps du texte. Pour l'établissement de l'expertise, veuillez-vous référer aux directives des sociétés de discipline médicale en matière de qualité des expertises.

Conformément aux prescriptions de l'office AI, l'entretien entre l'assuré et l'expert fait l'objet d'un enregistrement sonore et est transmis conformément à la directive. L'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan, soit l'anamnèse et la description de l'atteinte à la santé (www.ofas.admin.ch > Assurances sociales > Assurance-invalidité AI > Informations de base & législation > Les expertises médicales de l'AI > Assurance qualité des expertises > Enregistrements sonores ; www.eahv-iv.ch > Enregistrements sonores pour l'AI > Instructions).

Dans les mandats d'expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire :
L'évaluation par consensus est rédigée en collaboration avec les experts impliqués dans le cadre d'un entretien de consensus. Veuillez rédiger les expertises et l'évaluation par consensus conformément aux structures prescrites.

Délai :
Pour les expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires : 90 jours
Pour les expertises pluridisciplinaires : 130 jours

Remboursement :

Conformément au type d'expertise et à la tarification prévue, les exigences relatives à la facturation des expertises médicales s'appliquent (v. www.zas.admin.ch > Partenaires et Institutions > Paiement des prestations individuelles AVS/AI > Tarifs).

Motif et circonstances de l'expertise
(à formuler par l'office AI en fonction du cas d'espèce)

Contexte du mandat
État de la procédure : par ex., première demande, nouvelle demande, révision. Dans les deux derniers cas, mention exacte de la décision déterminante et de la documentation médicale sur laquelle celle-ci se basait. Liste des périodes d'incapacité de travail documentées (avec indication du pourcentage).
Mention des informations recueillies ou des observations effectuées et du matériel recueilli dans ce cadre.

Faits médicaux
Bref résumé individuel des faits médicaux avec exposé des thèmes à examiner par l'expert et des raisons pour lesquelles ils doivent être examinés (ainsi que des points qui sont déjà clairs).

Questions posées
Ce que l'office AI (le SMR) veut concrètement savoir de l'expert (par ex. l'évolution de l'incapacité de travail à partir d'une date donnée).

Profil d'exigences pour l'activité actuelle ou pour les travaux habituels
Description par l'office AI du statut de l'assuré (activité lucrative, activité lucrative à temps partiel, ménage/travaux habituels) et de l'activité antérieure ou des travaux habituels (par ex. au moyen d'une description du poste de travail, du profil de charge ou de l'enquête relative aux travaux habituels dans le ménage, si disponible).

Questions de l'office AI relatives au cas d'espèce (l'office AI choisit ce qui convient)

Révision (questions posées uniquement en cas de révision)
– *L'état de santé de l'assuré s'est-il modifié par rapport à la situation médicale décrite dans le dossier sur lequel se fondait la décision*

déterminante mentionnée ci-dessus ? Quels changements observez-vous dans les constats et les diagnostics ?
– *À quand peut-on considérer que remonte la modification de l'état de santé ?*
– *L'incapacité de travail de l'assuré dans son activité antérieure et sa capacité de travail dans une activité adaptée ont-elles évolué sous l'effet des modifications mentionnées ? Dans l'affirmative, à partir de quand et dans quelle mesure ?*

Ménage / activité lucrative à temps partiel
Cas sans enquête relative aux travaux habituels
Quels sont, sous l'angle médical, les effets des atteintes à la santé sur les activités suivantes :
– ***Alimentation*** *(préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, etc.)*
– ***Entretien du logement ou de la maison*** *(ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, faire le lit, nettoyer à fond, sortir les déchets, etc.)*
– ***Achats et courses diverses*** *(courses quotidiennes et achats plus importants, démarches administratives, etc.)*
– ***Lessive et entretien des vêtements*** *(laver, étendre et plier le linge, repasser, etc.)*
– ***Soins aux enfants et / ou aux autres membres de la famille*** *(contacts avec l'école / l'entreprise formatrice, aide aux devoirs, activités de loisirs, visites chez le médecin, etc.)*
– ***Entretien du jardin et de l'extérieur et garde des animaux domestiques*** *(soigner les plantes et la pelouse, nettoyer et entretenir l'extérieur, nourrir et soigner les animaux, etc.)*

Cas avec rapport de l'enquête relative aux travaux habituels
Les limitations avancées dans le rapport d'enquête sont-elles plausibles du point de vue médical ?

Annexe : Directive relative aux enregistrements sonores

Annexe IV

Structure de l'expertise
Assurance-invalidité fédérale AI

1. Situation initiale et aspects formels

1.1 Déroulement du mandat d'expertise / aspects formels

Informations sur le mandant

Informations sur l'assuré (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro AVS, données utilisées pour le contrôle de l'identité)

Informations sur l'expert (nom, adresse, titre de médecin spécialiste)

Date du mandat, date de sa réception, date et heures des investigations (de … à …) et date du rapport d'expertise

Informations sur la participation éventuelle d'un interprète, et dans quelle langue

1.2 Motif et circonstances de l'expertise (à reprendre du mandat)

Contexte du mandat

Faits médicaux

Questions posées

Profil d'exigences pour l'activité actuelle

1.3 Aperçu des sources utilisées

Documents mis à disposition par le mandant (dossier AI, matériel d'observation recueilli le cas échéant, évent. dossier AA et, le cas échéant, dossier pénal, etc.)

Liste succincte des autres pièces que l'expert a recueillies (ou reçues, y c. informations complémentaires)

Examens et constatations de l'expert

Examens complémentaires, expertises supplémentaires et rapports

Informations fournies par des tiers

2. Synthèse du dossier

(Y c. constatations sur la base du matériel d'observation)

Pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires, mentionner uniquement les documents supplémentaires qui ne sont pas cités dans la synthèse pluridisciplinaire du dossier (annexe à l'évaluation par consensus). L'expert peut éventuellement joindre son propre résumé des documents cités dans la synthèse pluridisciplinaire.

3. Entretien

3.1 Indications fournies spontanément par l'assuré dans le cadre d'un entretien ouvert

3.2 Entretien approfondi sur les thèmes suivants (à traiter de manière sélective en fonction des questions posées)

Affection actuelle (entretien libre et questions structurées)

Troubles actuels, apparition et évolution des limitations, réactions de l'entourage, mesures de traitement, manière de l'assuré de percevoir sa maladie, gestion des troubles dans la vie quotidienne, stratégies d'adaptation, représentation de l'évolution future de la maladie

Anamnèse systématique, psychiatrique et/ou somatique, portant aussi sur la consommation de substances psychotropes

Anamnèse familiale / hérédité

Événements particuliers à la naissance, développement dans la petite enfance, relations au sein de la famille, comportements particuliers à l'âge préscolaire et scolaire

Formation scolaire et parcours professionnel, activités bénévoles, service militaire

C.V. (par ex., activités professionnelles et positions occupées, date et contexte de la cessation de l'activité, expérience de mesures de réadaptation ou du placement à l'essai)

Tableau clinique par rapport au travail (appréciation subjective de l'assuré et explications données sur ce qui va encore ou qui n'est plus possible pour lui)

Anamnèse sociale (par ex. logement, situation financière/endettement, vie de couple, enfants, droit de garde, mesures prises

dans le cadre du droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, obligations d'entretien, le cas échéant aussi dans le pays d'origine, réseau relationnel et formes données aux relations, gestion du handicap par l'entourage)

Événements marquants, y compris infractions commises antérieurement (même au code de la route)

Déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, organisation des loisirs, hobbies, aides nécessaires pour le ménage et dans la vie quotidienne, moyens de transport utilisés, types de déplacements, vacances, etc.

Traitement(s) suivi(s) à ce jour y compris médicamenteux (en indiquant aussi les méthodes thérapeutiques ne relevant pas de la médecine traditionnelle ou l'absence éventuelle de traitement)

Perception de l'avenir, en général et en lien avec une activité professionnelle ou avec la réadaptation professionnelle

Entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert

Le cas échéant, entretien concernant le matériel d'observation recueilli

(Indication sur les deux derniers points : l'expert est libre de déterminer quand il souhaite s'entretenir des éventuelles incohérences et du matériel d'observation ; il est possible que les incohérences n'apparaissent qu'au moment de l'examen. Ces entretiens seront documentés ici. On peut supposer que l'office AI a confronté l'assuré au matériel d'observation avant l'expertise, et qu'il en fait état dans le dossier.)

4. Constatations

4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure

(Interactions, coopération et motivation, niveau de stress à l'arrivée et au début de l'entretien, etc.)

4.2 Compréhension linguistique

(Recours à un interprète, niveau des possibilités de compréhension)

4.3 Constatations lors de l’examen

Constats somatiques

Constats psychiatriques

Constatations complémentaires

Examens exigeant un appareillage ou des analyses de laboratoire

Tests psychologiques complémentaires

5. Informations éventuelles fournies par des tiers (y c. médecins traitants)

6. Évaluation médicale

6.1 Résumé de l’évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l’assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Avis concernant la personnalité de l’assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l’environnement social

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Avis sur la présence d’une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et réponse à la question de savoir si des thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été suivies (eu égard à l’intensité des souffrances)

Avis sur la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint l’assuré sont cohérents et plausibles, et si les résultats de l’examen sont valides et compréhensibles

Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles (par ex. rapports sur des mesures de réadaptation)

6.3 Diagnostics

Liste et motivation des diagnostics. Évaluation et classification des troubles et des constats en référence aux systèmes de diagnostic actuels et par rapport aux évaluations antérieures, y compris celles ayant abouti à des conclusions différentes, discussion des diagnostics différentiels ; indication claire des critères remplis selon chaque système de diagnostic dans le cas concret ; appréciation motivée de la gravité des troubles. (Il est possible, mais non obligatoire, de classer explicitement les diagnostics selon leur impact sur la capacité de travail).

7. Évaluation médico-assurantielle (pronostic et capacités)

7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions. Le cas échéant, avis concernant la question de savoir si les problèmes de coopération sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assuré. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité, des facteurs pesants et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'auto-évaluation de l'assuré, de sa personnalité et de sa disposition à coopérer. Le cas échéant, avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance au stress de l'assuré. Le cas échéant, distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non.

8. Réponses aux questions du mandant

Capacité ou incapacité de travail dans l’activité exercée jusqu’ici

– Combien d’heures de présence par jour l’assuré peut-il assumer dans l’activité exercée en dernier lieu ?
– Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l’affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
– Actuellement, à quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l’incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l’assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?
– Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?

Capacité ou incapacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l’assuré

– Quelles devraient être les caractéristiques d’une activité adaptée de manière optimale au handicap de l’assuré ?
– Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?
– La performance de l’assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l’affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
– À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l’incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l’assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?
– Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

– D’après l’expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Dans le cas contraire, veuillez en exposer brièvement les motifs.
– Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Questions se rapportant au cas précis

(à reprendre du mandat)

9. Annexes (par ex. autres documents que s'est procurés l'expert)

Déclaration d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité

Le soussigné / la soussignée déclare par la présente avoir rempli le mandat donné par l'AI libre de tout lien d'intérêts, en toute impartialité et en toute indépendance, et avoir tenu compte des connaissances médicales généralement reconnues ainsi que des conditions générales de la médecine des assurances dans l'argumentation suivie et dans les réponses aux questions posées.

Confirmation de la communication de l'enregistrement sonore (pour autant que l'assuré n'y ait pas renoncé)

Le signataire confirme avoir dûment communiqué l'enregistrement sonore conformément aux prescriptions de l'AI.

Annexe V

Structure de l’évaluation consensuelle pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires

Assurance-invalidité fédérale AI

Appréciation générale interdisciplinaire

1. Déroulement du mandat d’expertise / aspects formels

Informations sur le mandant

Informations sur l’assuré (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro AVS)

Date du mandat, date de sa réception, date et heures des investigations (de … à …) et date du rapport d’expertise

2. Informations sur les experts et les examens

par ex. examen psychiatrique du voir annexe
Nom, titre

par ex. examen rhumatologique du voir annexe
Nom, titre

par ex. examen neurologique du voir annexe
Nom, titre

par ex. examen neuropsychologique du voir annexe
Nom, titre

Mesures diagnostiques complémentaires

3. Motif et circonstances de l’expertise (à reprendre du mandat)

Contexte du mandat

Faits médicaux

Questions posées

Profil d’exigences pour l’activité actuelle

4. Évaluation interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

4.1. Résumé de l’évolution de la maladie

(sans anamnèse ni citations des expertises ; les faits dont découle le diagnostic sont déjà exposés dans les expertises spécifiques)

4.2. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

4.3. Diagnostics pertinents avec brève description des limitations fonctionnelles résultant des constatations

(Il est possible, mais non obligatoire, de classer explicitement les diagnostics en fonction de leur impact sur la capacité de travail.)

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, des facteurs pesants et des ressources

4.5. Motivation de la capacité de travail globale

(les capacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout ; justifier une éventuelle dégradation des performances)

4.6. Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence par jour l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?
- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
- Actuellement, à quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l'incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?
- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?

4.7. Capacité ou incapacité de travail dans une activité adaptée

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?
- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?
- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ?

- Dans l’affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité ou l’incapacité de travail (indiquer les deux valeurs) de l’assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?
- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ?

4.8. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

- Du point de vue de l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de manière significative par des mesures médicales (si non, justification succincte) ?
- Dans l'affirmative, veuillez fournir des informations plus détaillées sur les différentes options thérapeutiques, la durée présumée du traitement jusqu'à son succès et efficacité de la thérapie proposée, y compris l'étendue du succès attendu.
- Y a-t-il des raisons médicales (risques, ressources individuelles réduites) qui s'opposent à la thérapie proposée ?

4.9 Réponses interdisciplinaires aux questions supplémentaires

5. Informations sur l’obtention du consensus et signatures

Quand a eu lieu la conférence, qui a formulé l’évaluation, qui y a participé en étant présent physiquement, qui y a participé par téléphone, qui a renoncé à participer à la conférence de consensus sur la base du dossier et pour quelles raisons ?

Annexes

- Résumé interdisciplinaire
- Expertises de toutes les disciplines

Annexe VI

Grenzzone – Zone frontalière – Zona di frontiera

In der Bundesrepublik Deutschland:

die Stadt Freiburg, die kreisfreie Stadt Kempten (Allgäu), die Landkreise Breisgau – Hochschwarzwald, Lörrach, Waldshut—Tiengen, Schwarzwald – Baar—Kreis, Tuttlingen, Konstanz, Sigmaringen, Biberach, Ravensburg, Bodenseekreis, Lindau (Bodensee) und Oberallgäu;[5]

In Österreich:

das Land Vorarlberg und der politische Bezirk Landeck.[6]

En France:

La zone frontalière comprend le territoire inclus dans une largeur de dix kilomètres à partir de la frontière et les communes de la zone franche du Pays de Gex et de la Haute—Savoie.'[7]

Per l'Italia

Valle d'Aosta

Courmayeur – Saint Rhémy – Saint Oyen – Etroubles – Allain – Gignod – Doues – Valpelline – Oyace – Bionaz – Valtournanche –Ayas – Gressoney la Trinité – Gressoney St. Jean (limitatamente al capoluogo e al territorio a Nord di esso).

Provincia di Vercelli

Alagna Valsesia.

Provincia di Novara

Macugnaga – Ceppo Morelli – Vanzone con San Carlo – Antrona–Schieranco – Trasquera – Varzo – Crodo – Baceno – Premia – Formazza – Santa Maria Maggiore –

[5] Art. 1 Abs. 2 Abkommen zwischen dem Schweizerischen Bundesrat und der Regierung der Bundesrepublik Deutschland über den Grenzübertritt von Personen im kleinen Grenzverkehr (0.631.256.913.63)

[6] Art. 1 Abs. 2 Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Österreich über den Grenzübertritt von Personen im Kleinen Grenzverkehr (0.631.256.916.33).

[7] Art. 5 al. 1 de l'Accord entre la Suisse et la France relatif à la circulation frontalière (0.631.256.934.91).

Craveggia – Toceno – Re – Malesco – Cùrsolo Orasso – Gurro – Cavaglio Spoccia – Falmenta – Cannobio –Tràrego Viggiona – Cànnero.

Provincia di Varese

Pino sulla sponda del Lago Maggiore – Tronzano Lago Maggiore – Veddasca – Maccagno Superiore – Curiglia con Monteviasco –Agra – Dumenza – Luino – Germignaga – Cremenaga – Montegrino Valtravaglia – Castelveccana – Brissago Valtravaglia – Casalzuigno – Cuvio – Castello Cabiaglio – Cassano Valcuvia – Rancio Valcuvia – Cadegliano Viconago – Val Marchirolo – Cunardo – Ferrera di Varese –Masciago Primo – Bédero Valcuvia – Brinzio – Lavena Ponte Tresa – Marzio – Valganna – Brusimpiano – Cuasso al Monte – Porto Ceresio – Bisuschio – Viggiù – rcisate – Induno Olona – Cantello – Varese – Casciago – Malnate – Azzate – Gazzada Schianno – Morazzone – Lozza –Vedano Olona – Castiglione Olona – Venegono.

Provincia di Como

Ròdero – Bizzarone – Valmorea – Cagno – Albiolo – Solbiate Comasco – Binago – Castelnuovo Bozzente – Uggiate Trévano –Faloppio – Olgiate – Comasco – Beregazzo con Figliaro – Oltrona S. Mamette – Appiano Gentile – Guanzate – Ronago – Lieto Colle – Gironico – Lurate Caccivio – Bulgarograsso – S. Fermo della Battaglia – Como – Montano Lucino – Villa Guardia – Grandate – Luisago – Cassina Rizzardi – Cadorago – Casnate con Bernate – Fino Mornasco – Vertemate con Minoprio – Cucciago – Senna Comasco – Cantù – Capiago Intimiano –Lipòmo – Montòrfano – Albese con Cassano – Albavilla – Masliànico – Cernobbio – Brunate – Tavernerio – Blevio – Moltrasio – Torno – Carate Urio – Faggeto Lario – Pognana Lario – Laglio – Brienno – Zelbio – Véleso – Schignano – Nesso – Lezzeno – Casasco d'Intelvi – Cerano d'Intelvi – Dizzasco – Argegno – Castiglione d'Intelvi – Blessagno – Pigra – Colonno – S. Fedele d'Intelvi – Lanzo d'Intelvi – Pellio d'Intelvi –Laino – Ramponio Verna – Ponna – Sala Comacina – Ossuccio – Lenno – Clàino con Osteno – Bene Lario – Valsoda – Porlezza Còrrido – Carlazzo – Gràndola e Uniti – Mezzegra – Tremezzo – Griante – Menaggio Val Rezzo – Cusino – Plesio – Santa Maria Rezzònico – Cavargna –Sannazzaro Val Cavargna – S. Bartolomeo Val Cavargna – Cremia – Pianello – Lario – Musso – Dongo Garzeno – Stazzona Germàsino –Consiglio di Rumo – Dosso del Liro – Gravedona Peglio – Domaso – Livio – Vercana – Trezzone – Montemezzo – Gera Lario – Sòrico.

Provincia di Sondrio

Samolaco – Gordona – Menarola – Mese – Prata Camportaccio – Chiavenna – Piuro – Villa di Chiavenna – S. Giacomo Filippo – Campodolcino – Isolato – Lòvero Valtellino – Vervio – Tovo di Sant'Agata – Mazzo di Valtellina – Grosotto (per il territorio dal confine all'Adda) – Novate Mezzola (per la sola frazione di Codera) – Val Masino – Chiesa Valmalenco – Lanzada – Chiuro – Teglio (per il territorio dal confine all'Adda) – Bianzone – Villa di Tirano – Tirano – Sernio – Grosio (per il territorio dal confine all'Adda) – Valle di Dentro – Livigno – Bormio – Ponte in Valtellina (per la parte del suo territorio delimitata a Nord e ad Est dal confine con il Comune di Chiuro, ad Ovest da quello con il Comune di Tresivio e a Sud dalla statale n. 38).

Provincia di Bolzano

Prato allo Stelvio – Glorenza – Sluderno – Tubre – Malles Venosta (limitatamente alle frazioni di Slingia, Burgusio, Clusio, Landes, Malles, Piavenna e Tarces) – Curon Venosta (limitatamente alle frazioni di Curon, Resia e S. Valentino alla Muta).[8]

[8] Allegato 1 della Convenzione tra la Svizzera e l'Italia per il traffico di frontiera ed il pascolo (0.631.256.945.41).