



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 1^{er} janvier 2010

Etat au 1^{er} janvier 2018

318.507.03 f

12.17

Remarques préliminaires

Les chiffres suivants sont adaptés, complétés ou nouveaux au 1^{er} janvier 2018 :

Ch.	Motivation
2069 à 2088 Annexe VI Annexe VII Annexe VIII	Nouveautés et adaptations découlant de la nouvelle gestion des expertises dans l'AI (y c. nouvelle structure des expertises). Nouvelle numérotation des chiffres marginaux
2097	Complément fondé sur l'art. 59, al. 3, LAI entrant en vigueur le 1.1.2018
2113.1	Nouveau chiffre en relation avec la conclusion de la ré-adaptation
2119	Adaptation découlant de l'arrêt du TF 9C_764/2014, consid. 3.2.2
3013.3	Mention de l'ATF 143 V 71
4029	Précision de la compétence pour rendre une décision

Table des matières

Abréviations.....	9
Introduction	13
Première partie : Procédure de dépôt de la demande	14
1. Dépôt de la demande.....	14
1.1 Forme de la demande.....	14
1.1.1 Généralités	14
1.1.2 Formulaires de demande	14
1.1.3 Organes délivrant les formulaires de demande.....	15
1.2 Légitimation.....	15
1.2.1 Assuré.....	15
1.2.2 Autorités et tiers	15
1.2.3 Représentation.....	17
1.3 Lieu du dépôt de la demande.....	17
1.3.1 Office AI	17
1.3.2 Caisse de compensation.....	17
1.3.3 Services spécialisés d'aide aux invalides.....	18
1.4 Retrait de la demande et renonciation aux prestations	18
2. Effets de la demande	19
2.1 Sauvegarde des droits en général.....	19
2.2 Sauvegarde des droits en cas de rente.....	20
2.3 Sauvegarde des droits en cas de mesure de réadaptation	20
3. Levée de l'obligation de garder le secret	21
4. Information de l'assuré	22
5. Renseignements et conseils à l'assuré	22
6. Enregistrement des demandes.....	22
7. Annonce à la Centrale de compensation / à l'OFAS.....	23
Deuxième partie : Instruction de la demande.....	24
1. Examens préliminaires	24
1.1 Contrôle formel	24
1.1.1 Compétence	24
1.1.2 Vérification de la demande.....	24

1.1.3	Dossiers AI déjà existants	24
1.1.4	Cas dû à un accident	25
1.2	Vérification de l'identité	25
1.3	Information de l'assuré	25
1.4	Contrôle des conditions générales d'assurance	26
1.4.1	Généralités	26
1.4.2	Etendue du contrôle	26
1.4.3	Procédure en cas de défaut des conditions d'assurance	27
1.4.4	Durée minimale de cotisation	27
1.5	Collaboration avec d'autres organismes d'assurance	29
1.5.1	Assurance-accidents obligatoire, assurance militaire et assurance-chômage	29
1.5.2	Assureurs-maladie responsables	29
1.6	Collaboration interinstitutionnelle (CII)	29
1.6.1	Promotion de la CII	29
1.6.2	Objectif de la CII	30
1.6.3	Obligation de garder le secret : offices AI et autres assurances sociales	30
1.6.4	Obligation de garder le secret : offices AI et autres partenaires de la CII	31
1.6.5	Forme de l'échange de données	31
2.	Enquête sur les circonstances du cas	31
2.1	Généralités	31
2.1.1	Objet de l'enquête	31
2.1.2	Premier entretien avec l'assuré	32
2.1.3	Obligations de réduire le dommage et de collaborer	33
2.2	Tâches de l'office AI	33
2.3	Récolte de renseignements	34
2.3.1	Généralités	34
2.3.2	Personnes et instances tenues de donner des informations	35
–	Les assureurs privés	37
2.4	Communication de renseignements et droit de consulter le dossier	38
2.4.1	Généralités	38
2.4.2	Exceptions	38
2.5	Instruction médicale	41
2.5.1	Généralités	41

2.5.2	Médecin compétent.....	42
2.5.3	Informations et documents médicaux.....	42
2.5.4	Résultat de l'instruction médicale	44
2.5.5	Examens effectués en interne par l'assurance ...	45
2.6	Expertises médicales	45
2.6.1	Généralités	45
2.6.2	Procédure d'attribution de mandats d'expertise monodisciplinaire ou bidisciplinaire	47
2.6.3	Procédure d'attribution d'expertises pluridisciplinaires.....	50
2.6.4	Violation de l'obligation de collaborer	54
2.6.5	Procédure suite à la réception du rapport d'expertise	54
2.7	Mesures de réinsertion, de réadaptation d'ordre professionnel et de nouvelle réadaptation.....	56
2.7.1	Généralités	56
2.7.2	Evaluation	57
2.7.3	Octroi ou refus de mesures de réinsertion et de mesures d'ordre professionnel	59
2.7.4	Supervision des mesures de réinsertion et des mesures d'ordre professionnel.....	60
2.7.5	Rapport final et résultat de la réadaptation.....	60
2.8	Enquête sur place	60
2.8.1	Généralités	60
2.8.2	Contenu de l'enquête.....	62
2.8.3	Rapport d'enquête	63
2.9	Frais des mesures d'instruction.....	63
2.9.1	Prise en charge des frais	63
2.9.2	Frais de traduction (interprètes)	64
2.9.3	Indemnisation pour perte de gain et frais	65
2.9.4	Facturation.....	65

Troisième partie : Fixation des prestations et communication des prononcés.....66

1.	Prononcé de l'office AI	66
1.1	Généralités	66
1.2	Motivation des prononcés	66
1.3	Rédaction et notification des prononcés.....	67
1.4	Révision des prononcés.....	68
1.5	Force obligatoire du prononcé.....	68

2.	Procédure de préavis	68
2.1	Droit d'être entendu : assuré	68
2.2	Droit d'être entendu : autres parties	70
3.	Avis de l'OFAS	71
3.1	Généralités	71
3.2	Avis préalable obligatoire de l'OFAS	71
4.	Prononcés concernant la reconsidération d'une décision ...	71
5.	Notification de la décision – principe	72
5.1	Original de la décision	72
5.2	Copies des décisions	72
6.	Date de révision et limitation dans le temps	72
7.	Prononcés concernant les rentes et les allocations pour impotent	73
7.1	Généralités	73
7.2	Préparation de la décision en cas d'octroi de prestations en espèces en faveur d'adultes	74
7.3	Notification des copies de décisions sur les rentes et les allocations pour impotent en faveur d'adultes	77
8.	Décisions sur des indemnités journalières	77
9.	Décisions sur la contribution d'assistance	78
10.	Réception et transmission des avis	79
11.	Prononcés dans le domaine de l'AVS (allocation pour impotent, moyens auxiliaires, contribution d'assistance)	79
12.	Décisions dans le domaine des PC	79

Quatrième partie : Office AI et caisse de compensation compétents

1.	Office AI compétent	80
1.1	Réglementation ordinaire	80
1.2	Cas particuliers	80
1.2.1	Placement par l'autorité d'assistance	80
1.2.2	Domicile ou séjour à l'étranger	80
1.3	Changement d'office AI	81
1.3.1	En cours de procédure	81
1.3.2	Après l'achèvement de la procédure	82
1.3.3	Reconsidération des décisions	82
1.4	Collaboration entre offices AI	82

2. Caisse de compensation compétente.....	83
2.1 Réglementation ordinaire	83
2.2 Cas spéciaux	83
2.2.1 Assuré sans cotisations	83
2.2.2 Domicile ou séjour à l'étranger.....	84
2.3 Unité du cas d'assurance.....	84
3. Conflits de compétence.....	84
4. Récusation	85

Cinquième partie : Appel aux services spécialisés et aux spécialistes.....86

1. Définition et statut	86
2. Procédure	86
2.1 Remise du mandat.....	86
2.1.1 Généralités	86
2.1.2 Information de l'assuré.....	87
2.1.3 Forme et contenu du mandat.....	87
2.1.4 Pièces à joindre au mandat.....	88
2.2 Exécution du mandat	88
3 Centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI).....	88
3.1 But	88
3.2 Communication du mandat	90
3.3 Forme du mandat.....	90
3.4 Forme, durée, prolongation et interruption du séjour...90	
3.5 Collaboration entre COPAI et office AI	91
3.6 Rapport final.....	91
3.7 Mesures (en particulier de réadaptation professionnelle) après l'examen dans un COPAI	92

Annexe I95

Instructions aux offices AI concernant l'aide administrative aux assurances-invalidité étrangères95

Annexe II99

Convention.....99

Annexe III100

Evaluation du taux d'invalidité au nom des organes PC	100
Annexe IV	102
Annonce d'entrée ou de sortie et rapport final du COPAI (modèles)	102
Annexe V	105
SuisseMED@P :	105
Guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI	105
Annexe VI	111
Mandat concernant les expertises médicales	111
Annexe VII	114
Structure de l'expertise	114
Annexe VIII	121
Structure de l'évaluation consensuelle pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires	121

Abréviations

AA	Assurance-accidents obligatoire conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
AIJM	Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
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
CDIP	Circulaire sur la détection et l'intervention précoces
CI	Compte individuel
CIBIL	Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI/PC
CII	Collaboration interinstitutionnelle

CIIAI	Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité
CIJ	Circulaire concernant les indemnités journalières de 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
CMRP	Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel
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
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
DR	Directives concernant les rentes
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
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
OACI	Ordonnance sur l'assurance-chômage et sur l'indemnité en cas d'insolvabilité
OAI	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
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.

Première partie : Procédure de dépôt de la demande

1. Dépôt de la demande

1.1 Forme de la demande

1.1.1 Généralités

- 1001 Quiconque exerce son droit aux prestations de l'AI (à l'exclusion de la détection précoce) doit présenter une demande sur un formulaire officiel (art. 65, al. 1, RAI).

1.1.2 Formulaires de demande

- 1002 Les demandes de prestations de l'AI ou de l'AVS doivent être présentées sur les formulaires prévus à cet effet.
- 1003 Les personnes résidant à l'étranger utilisent des formulaires de demande spéciaux.
- 1004 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 dépôt de sa demande.
- 1005 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.
- 1006 Dans les cas où une demande a déjà été présentée, l'office AI se contente, sous réserve du ch. 1007, 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.
- 1007 Les assurés qui, lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans, perçoivent une prestation périodique de l'AI (allocation pour im-
1/12 potent 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 18^e anniversaire, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies.

1.1.3 Organes délivrant les formulaires de demande

1008 Les formulaires de demande sont délivrés gratuitement par les offices AI et par les caisses de compensation.

1009 abrogé
1/15

1010 abrogé
1/15

1.2 Légitimation

1.2.1 Assuré

1011 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.

1.2.2 Autorités et tiers

1012 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).

- 1013 1/10 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. 1012 (arrêt du TF I 113/05 du 8 juin 2005).
- 1014 1/10 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).
- 1015 1/10 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. 1013.
- 1016 1/10 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).
- 1017 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 ; ch. 1043).
- 1018 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.

1.2.3 Représentation

- 1019 2/13 Les personnes ou organismes habilités à présenter une demande de prestations (ch. 1011 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.

1.3 Lieu du dépôt de la demande

1.3.1 Office AI

- 1020 1/16 La demande est en principe déposée auprès de l'office AI compétent (ch. 4001). 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 (<http://www.zas.admin.ch/org/00858/00866/00888/index.html?lang=fr>).

1.3.2 Caisse de compensation

- 1021 Le dépôt de la demande auprès des caisses de compensation et de leurs agences est juridiquement valable.
- 1022 La demande doit être munie d'un timbre portant la date de son arrivée et l'autorité auprès de laquelle elle a été déposée ou comporter une mention correspondante, puis être transmise sans délai à l'office AI compétent (art. 67, al. 2, RAI ; art. 69^{bis}, al. 3, RAVS).

1.3.3 Services spécialisés d'aide aux invalides

1023 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. 1020 et 1021.

1.4 Retrait de la demande et renonciation aux prestations

1024 L'assuré ou son représentant légal peut retirer sa demande
1/12 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). La déclaration de retrait ou la renonciation aux prestations doit revêtir la forme écrite, ne contenir aucune réserve et être munie d'une signature. 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).

1024. Les offices AI traitent directement les retraits, qui peuvent
1 être admis seulement s'ils ne sont pas préjudiciables à
1/17 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. 3b, 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.

1024. Lors de situations où un tiers responsable est impliqué,
2 l'office AI, avant de décider, soumet le retrait ainsi que les
4/11 actes au service de recours compétent pour avis.

1025 La question de la renonciation aux prestations ne se pose en principe qu'une fois que l'office AI a, par voie de décision, octroyé des prestations. Jusque-là, l'assuré peut retirer sa demande conformément au ch. 1024. Le recours demeure réservé.

1026 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.

- 1027 Les renonciations aux prestations sont envoyées avec le
1/16 dossier à l'OFAS. Les renonciations à la contribution d'assistance (cf. ch. 1026 CCA) et aux moyens auxiliaires ne doivent pas être transmises à l'OFAS.
- 1028 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.
- 1029 L'admission ou le refus de la renonciation doit faire l'objet
1/12 d'une décision. L'assuré est informé des conséquences de la renonciation.

2. Effets de la demande

2.1 Sauvegarde des droits en général

- 1030 En déposant une demande de prestations à l'AI, l'assuré sau-
vegarde en principe tous ses droits jusqu'au moment de la
décision (RCC 1976, p. 45).
- 1031 La date de la remise d'une simple lettre ou d'un formulaire
inapproprié vaut dépôt de la demande, pour autant que l'as-
suré respecte le délai supplémentaire pour rectifier sa de-
mande (RCC 1970, 476).
- 1032 Si, après la fin de la procédure (ch. 4010), l'assuré demande
1/12 d'autres prestations à l'AI (du même genre ou d'une autre na-
ture) 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. 2033), celle-ci reste valable.
- 1033 abrogé
1/12

2.2 Sauvegarde des droits en cas de rente

- 1034 1/17 Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois après le dépôt de la demande à l'AI (cf. art. 29, al. 1, LAI). Si l'assuré dépose sa demande plus de six mois après le début de son incapacité de travail (ou de l'ouverture du délai d'attente au sens des ch. 2008 ss CIIAI), on parle de demande tardive ; la personne perd alors son droit à la rente pour tous les mois de retard (ch. 2027 CIIAI).

2.3 Sauvegarde des droits en cas de mesure de réadaptation

- 1035 Les mesures d'ordre professionnel et les mesures de réinsertion ne peuvent être octroyées qu'après le dépôt de la demande (art. 10, al. 1, LAI).
- 1036 1/12 abrogé
- 1037 Pour la prise en charge des frais lors de mesures d'instruction, voir les ch. 2118 ss.
- 1038 1/12 abrogé
- 1039 Les indemnités journalières sont payées rétroactivement pour autant que les frais des mesures de réadaptation – dont elles dépendent – soient eux-mêmes pris en charge avec effet rétroactif.

2.4 Sauvegarde des droits en matière d'allocation pour impotent, de mesures médicales et de moyens auxiliaires

1039. 1 L'assuré a droit au paiement de l'intégralité des arriérés de prestations s'il présente sa demande dans les douze mois

- 1/12 civils qui suivent la naissance de son droit. Passé ce délai, la prestation ne lui sera allouée que pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande (art. 48, al. 1, LAI).
1039. Si l'assuré ou son représentant légal ne pouvait pas connaître les faits fondant le droit aux prestations et que la demande a été déposée dans un délai de douze mois civils à compter de la date à laquelle l'assuré ou son représentant légal a eu connaissance de ces faits, les prestations arriérées datant de plus de douze mois sont également allouées (art. 48, al. 2, LAI ; ATF 139 V 289). Ce droit subsiste indépendamment du fait que des tiers habilités à l'exercer en vertu de l'art. 66 RAI ou 67 RAVS aient eu connaissance de ces faits à une date antérieure. Le droit à des prestations arriérées s'éteint dans tous les cas cinq ans après la fin du mois pour lequel elles étaient dues (art. 24, al. 1, LPGA).

2.5 Sauvegarde des droits en matière de contribution d'assistance

1039. La contribution d'assistance n'est allouée qu'à partir de la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations (art. 42^{septies}, al. 1, LAI).
1039. Les prestations d'aide communiquées plus de douze mois après leur fourniture ne donnent pas droit aux prestations (art. 42^{septies}, al. 2, LAI).

3. Levée de l'obligation de garder le secret

- 1040 Lorsqu'elle 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.
- 1041 Si les organes compétents de l'AVS et de l'AI l'exigent, les personnes et les instances non expressément nommées dans la demande peuvent aussi être autorisées à fournir des

renseignements ou des documents. Dans ces cas, l'assuré reçoit une copie de la demande de renseignements (information au sens de l'art. 6a, al. 2, LAI).

- 1042 La procuration ne déployant ses effets que par la signature de la demande, celle-ci doit être signée ou cosignée par l'assuré même lorsqu'elle est déposée par une autorité ou par un tiers (ch. 1012 et 1013) (art. 66, al. 1^{bis}, RAI).
- 1043 Si l'assuré est incapable de discernement, son représentant légal donne procuration par sa signature (art. 66, al. 2, RAI).

4. Information de l'assuré

- 1045 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.

5. Renseignements et conseils à l'assuré

- 1046 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.

6. Enregistrement des demandes

- 1047 Les demandes de prestations parvenant à l'office AI ou à la caisse de compensation (ch. 1021) doivent être munies d'un sceau (date et la désignation de l'autorité qui a reçu la demande) ou d'une mention correspondante.

- 1048 L'office AI enregistre, pour chaque demande, au moins le numéro d'assuré, le nom, le prénom et l'adresse de l'assuré.
- 1049 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.

7. Annonce à la Centrale de compensation / à l'OFAS

- 1050 La CSIP règle l'étendue et la procédure de la transmission des données statistiques à la Centrale de compensation / à l'OFAS.

Deuxième partie : Instruction de la demande

1. Examens préliminaires

1.1 Contrôle formel

1.1.1 Compétence

(voir quatrième partie)

2001 L'office AI examine préalablement sa compétence. Si l'affaire est du ressort d'un autre office AI, il lui transmet la demande et en informe l'assuré.

1.1.2 Vérification de la demande

2002 L'office AI vérifie si le formulaire de demande a été correctement rempli, s'il a été valablement signé 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) :

- 2003 – que l'assuré refuse ou n'est pas en mesure de faire parvenir les pièces justificatives exigées ;
- 2004 – que les pièces justificatives annexées (certificat d'assurance, pièce d'identité, etc.) ont été retournées à l'assuré (ch. 2014) ; quand cet envoi est accompagné d'une lettre, il suffit d'en joindre la copie au dossier ;
- 2005 – que l'office AI a, de son propre chef, ajouté des compléments ou des corrections à la demande.

1.1.3 Dossiers AI déjà existants

2006 L'office AI vérifie s'il n'a pas déjà reçu une demande pour l'assuré en question. S'il constate, au vu de la demande, que l'assuré est déjà passé par l'intervention précoce ou, sur la

base d'indices, qu'un autre office AI s'est déjà occupé du cas, il se procure le dossier correspondant (ch. 4012).

1.1.4 Cas dû à un accident

- 2007 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).
- 2008 On tient également compte de la CAPI.

1.2 Vérification de l'identité

- 2009 L'office AI vérifie l'exactitude des indications sur l'identité de l'assuré contenues dans la demande. Les DR sont applicables par analogie.
- 2010 Les vérifications portent également sur l'identité des enfants
1/12 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.
- 2011 Sont indiqués sur le formulaire de demande les documents qui ont servi à la vérification de l'identité et le nom de la personne qui a procédé au contrôle.
- 2012 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. 4017). La caisse remet immédiatement à la personne le formulaire de demande de splitting en cas de divorce.

1.3 Information de l'assuré

- 2013 En cas de première demande, l'office AI confirme à l'assuré, en joignant un mémento sur les prestations de l'AI, que la demande lui est parvenue et l'informe sur la suite probable du traitement du cas.

- 2014 En lui faisant parvenir l'avis, l'office AI restitue à l'assuré les pièces d'identité personnelles et le certificat d'assurance AVS/AI. Une copie de celui-ci reste au dossier.
- 2015 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.

1.4 Contrôle des conditions générales d'assurance

1.4.1 Généralités

- 2016 L'office AI vérifie si l'assuré remplit les conditions générales donnant droit à des prestations de l'AI (art. 57, al. 1, let. c, LAI ; art. 69, al. 1, RAI).
- 2017 Pour cet examen, l'office AI collabore au besoin avec la caisse de compensation compétente (art. 60, al. 1, let. a, LAI ; ch. 4017).

1.4.2 Etendue du contrôle

- 2018 Les vérifications portent sur la nationalité, le statut de séjour, 1/17 la qualité d'assuré, le domicile et le séjour ainsi que leur durée et la durée des cotisations. Dans les situations impliquant plusieurs Etats, il y a lieu d'observer la CIBIL, les DAA et les DR.
2018. Si, d'après l'extrait du CI de l'assuré, l'office AI n'est pas 1 certain que la durée de cotisation soit égale ou supérieure à 1/17 trois ans, il s'adresse à la caisse de compensation compétente afin que celle-ci vérifie que cette condition est réellement remplie (en tenant compte des périodes d'assurance dans un Etat de l'UE/AELE ou dans un autre Etat avec lequel la Suisse a conclu une convention). Le traitement du cas ne peut se poursuivre que si la caisse de compensation donne une réponse positive.

- 2019 1/17 En cas de domicile dérivé (ch. 4002), 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 de manière ininterrompue en Suisse. 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). Il en va de même en ce qui concerne les rapports entre l'autorité tutélaire et une personne sous tutelle (arrêt du TF 9C_768/2015 du 11 mai 2016).
- 2020 Si la décision relative aux conditions d'assurance dépend du moment auquel l'invalidité est survenue et que cette date ne puisse être établie avec certitude d'après le dossier, il y a lieu de prendre d'emblée – pour autant que ce soit nécessaire – les mesures d'instruction prévues aux ch. 2032 ss.
- 2021 Si les pièces sont insuffisantes pour procéder aux vérifications requises, on peut exiger que la preuve du fait que les conditions d'assurance sont remplies soit apportée à l'aide de documents officiels ou d'attestations de l'employeur.
- 2022 Le résultat des contrôles est consigné dans une pièce au dossier, par l'office AI (ou par la caisse de compensation). Une photocopie des documents importants (le livret pour étrangers, par ex.) est versée au dossier.

1.4.3 Procédure en cas de défaut des conditions d'assurance

- 2023 1/17 S'il considère que les conditions d'assurance ne sont pas remplies, l'office AI rend, après audition de l'assuré, une décision de refus. Si cette décision porte sur une rente, toute personne ayant son domicile et sa résidence habituelle en Suisse doit être informée de manière appropriée sur les PC (par ex. par l'envoi d'un memento).

1.4.4 Durée minimale de cotisation

2023. 1 L'assuré n'a droit à une rente d'invalidité ordinaire que s'il a cotisé au moins trois ans avant la survenance du cas d'assu-

1/17 rance (art. 36, al. 1, LAI). Si la durée de cotisation en Suisse est égale à un an ou plus, mais que la durée totale de cotisation n'atteint pas trois ans, on ajoute le cas échéant les périodes de cotisation dans un Etat de l'UE ou de l'AELE ou dans un autre Etat avec lequel la Suisse a conclu une convention (examiner la convention en question). Si la durée de cotisation en Suisse est inférieure à un an, il n'y a en principe aucun droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse.

2023. Si l'assuré n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité
2 suisse parce qu'il n'a pas cotisé au moins un an, mais qu'il a cotisé pendant un certain temps dans un Etat de l'UE ou de l'AELE, la demande est transmise à la CSC avec les formulaires UE prévus à cet effet. Pour la procédure, voir la CIBIL.

2023. Les assurés qui n'ont pas cotisé une année entière parce que
3 leur classe d'âge n'était pas encore soumise à l'obligation de cotiser pendant une année entière, mais qui ont cotisé pendant tous les mois où cette obligation existait, peuvent avoir droit à une rente extraordinaire. Avant de rendre sa décision, l'office AI examine avec la caisse de compensation compétente si les conditions sont remplies.

2023. Si, même compte tenu des périodes de cotisation dans un
4 Etat de l'UE ou de l'AELE ou dans un Etat avec lequel la
1/17 Suisse a conclu une convention, la durée totale de trois ans n'est pas atteinte, l'office AI, après avoir entendu l'assuré et vérifié qu'il ne remplit pas les conditions donnant droit à une rente extraordinaire, rend une décision de refus.

2023. Peuvent également avoir droit à une rente extraordinaire les
5 assurés qui ne présentent pas une durée minimale de cotisation parce que, bien que leur classe d'âge n'ait pas encore été soumise pendant les trois années entières à l'obligation de cotiser, ils ont cotisé pendant tous les mois et années où cette obligation existait. L'office AI examine avec la caisse de compensation compétente si les conditions sont remplies.

1.5 Collaboration avec d'autres organismes d'assurance

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

- 2024 S'il ressort de la demande qu'un assureur-accidents obligatoire (la CNA par ex.), 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 (ch. 2054 et 2027 ss).
- 2025 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).

1.5.2 Assureurs-maladie responsables

- 2026 1/12 Si l'assuré requiert des mesures médicales de réadaptation, l'office AI informe directement son assureur-maladie du dépôt de la demande (art. 88^{ter} RAI). Pour cela, il lui transmet une copie de la décision ou de la communication.

1.6 Collaboration interinstitutionnelle (CII) (art. 68^{bis} LAI)

1.6.1 Promotion de la CII

- 2027 Pour la détection précoce, les mesures d'observation professionnelle et les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, les offices AI travaillent en étroite collaboration avec les assureurs et les organes d'exécution des autres assurances sociales (AC, AA, AM, etc.), les compagnies d'assurance privées, les institutions de la prévoyance professionnelle, les organes d'exécution cantonaux chargés de favoriser la réadaptation professionnelle (tels que les services sociaux cantonaux et communaux, les organes d'exécution des lois cantonales sur l'aide aux chômeurs et de la législation sur l'asile, les autorités cantonales en matière de formation professionnelle), les organes d'exécution des lois cantonales sur l'aide

sociale, ainsi qu'avec d'autres institutions publiques ou privées importantes pour la réadaptation de l'assuré (institutions de réadaptation ou de formation et marché général du travail, par ex.).

1.6.2 Objectif de la CII

- 2028 La CII, tout en se conformant au cadre légal, doit contribuer en premier lieu :
- à favoriser une insertion aussi rapide et durable que possible des personnes sans emploi sur le marché ordinaire du travail ;
 - à éviter les retards là où les compétences des différents organes d'exécution concernés se recoupent ;
 - à favoriser des processus proches de la clientèle et sans lourdeurs administratives ;
 - à éviter que des personnes ou des groupes ne se retrouvent exclus de la vie sociale et professionnelle.
2028. Afin d'atteindre ces objectifs, il convient d'impliquer le
- 1 médecin traitant de manière à assurer l'échange d'informa-
- 1/15 tions, à soutenir au mieux la réadaptation de l'assuré et à garantir un traitement médical adéquat.

1.6.3 Obligation de garder le secret : offices AI et autres assurances sociales (art. 68^{bis}, al. 2, LAI)

- 2029 Les offices AI ainsi que les assureurs et les organes d'exécution des assurances sociales sont mutuellement libérés de l'obligation de garder le secret, à condition qu'ils disposent de la base légale correspondante, qu'aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose et que les renseignements et documents soient utilisés :
- pour arrêter les mesures de réadaptation appropriées, ou
 - pour déterminer les droits de la personne concernée envers les assurances sociales.

Les renseignements et documents transmis ne doivent pas contenir d'autres d'indications que celles qui sont indispensables pour atteindre ce but.

1.6.4 Obligation de garder le secret : offices AI et autres partenaires de la CII (art. 68^{bis}, al. 3, LAI)

2030 L'obligation de garder le secret est également levée, aux conditions du ch. 2029, pour les autres partenaires de la CII au sens du ch. 2027, pour autant que ceux-ci accordent la réciprocité aux offices AI.

1.6.5 Forme de l'échange de données (art. 68^{bis}, al. 4, LAI)

2031 L'échange de données peut aussi se faire oralement selon les cas, même sans demande écrite préalable des partenaires interinstitutionnels et sans autorisation écrite préalable de l'assuré ou de son représentant légal. Mais, une fois qu'il a eu lieu, l'échange de données et son contenu doivent impérativement être inscrits dans le dossier et l'assuré doit en être informé.

2. Enquête sur les circonstances du cas

2.1 Généralités

2.1.1 Objet de l'enquête

2032 L'office AI examine systématiquement tous les faits pertinents pour l'établissement du prononcé. Les pièces qu'il doit se procurer renseignent notamment sur l'état de santé de l'assuré, sur les thérapies et traitements médicaux suivis, sur les activités professionnelles, les travaux ménagers et les loisirs, sur les limitations du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, sur les efforts de réadaptation déjà entrepris (notamment à l'initiative de l'assuré lui-même), sur la capacité de travail de l'assuré et son aptitude à

la réadaptation, ainsi que sur l'opportunité de certaines mesures de réadaptation ou de nouvelle réadaptation (art. 69, al. 2, RAI). L'office AI se procure en outre des renseignements sur le quotidien de l'assuré et sur son environnement, sur les difficultés d'ordre social rencontrées, sur les ressources existantes ou mobilisables, ainsi que sur la situation financière de l'assuré (ATF 141 V 281).

2032. L'office AI met à jour et apprécie régulièrement les pièces
1 obtenues. Il se procure en sus uniquement les informations
1/17 qui ne sont pas déjà disponibles et qui sont nécessaires dans
le cas d'espèce (ch. 2036 et 2062.1).
- 2033 L'instruction porte sur toutes les prestations entrant en ligne
1/12 de compte, même si celles-ci ne sont pas explicitement sollicitées (arrêt du TF 8C_233/2010 du 7 janvier 2011, consid. 5.1 ; RCC 1980, p. 509).
2033. En dérogation au ch. 2033, le droit à la contribution d'assis-
1 tance n'est examiné que si l'assuré a introduit une demande
1/12 formelle correspondante.
- 2034 Pour l'examen du droit aux divers types de prestations de
l'AI, les directives correspondantes concernant l'octroi de
prestations en espèces et en nature sont réservées.

2.1.2 Premier entretien avec l'assuré

2034. Après le dépôt d'une demande de prestations (réinsertion
1 professionnelle ou rente), un premier entretien a général-
1/17 ment lieu avec l'assuré, parallèlement à la collecte de docu-
ments auprès de tiers. L'assuré est interrogé sur sa situation
médicale, 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, son traitement et ses
médecins traitants. L'office AI identifie les tiers impliqués (par
ex. employeur, ORP, Suva, AIJM, aide sociale) et vérifie s'ils
possèdent des informations qui pourraient être utiles à l'ins-
truction (par ex. rapports médicaux, rapport sur l'aptitude à la

conduite, expertises, antécédents médicaux, description du poste de travail, etc.).

Le premier entretien vise à établir un contact avec l'assuré, mais aussi notamment à cibler les documents (par ex. rapports médicaux) qu'il faudra ensuite demander à des tiers d'établir.

2034. Le premier entretien peut avoir lieu à l'office AI ou ailleurs
2 (par ex. au domicile de l'assuré, au service social, chez
1/17 le médecin). Le SMR peut déjà être impliqué.
2034. L'office AI n'est pas tenu de mener un premier entretien s'il
3 dispose déjà des informations essentielles (par ex. s'il les a
1/17 obtenues dans le cadre d'un entretien de détection précoce) ou que l'état de fait est sans équivoque. Un premier entretien n'est pas non plus nécessaire, s'il en découle un effort disproportionné.
2034. Le premier entretien est consigné dans un procès-verbal.
4
1/17

2.1.3 Obligations de réduire le dommage et de collaborer

- 2035 Pour l'obligation de réduire le dommage et celle de collabo-
1/12 rer, cf. ch. 1048 ss CIIAI. En particulier, l'assuré doit collaborer à l'examen de ses droits et de ses possibilités de réadaptation.
2035. En cas de non-respect de l'obligation de réduire le dommage
1 ou de collaborer, les sanctions se fondent sur les ch. 7011 ss CIIAI.

2.2 Tâches de l'office AI

- 2036 L'office AI réunit les renseignements et les documents néces-
1/17 saires au prononcé, en veillant à ne pas demander à nouveau les informations déjà disponibles (ch. 2032.1).

- 2037 1/17 L'office AI effectue les enquêtes nécessaires, au besoin sur place (RCC 1976, p. 324, ATF 132 V 93). Il peut exceptionnellement charger des tiers de réaliser des enquêtes.
- 2038 1/17 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 du premier entretien (ch. 2034.1) et lors des séances d'évaluation (ch. 2093 ss). Il doit remettre ces documents au SMR dans les cas visés à l'art. 59, al. 2^{bis}, LAI, 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).
- 2039 1/17 abrogé
- 2040 1/17 abrogé
- 2041 1/17 abrogé

2.3 Récolte de renseignements

2.3.1 Généralités

- 2042 L'office AI réunit systématiquement tous les renseignements nécessaires à l'appréciation du cas (art. 43, al. 1, LPGA).
- 2043 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. 2057 ss).
- 2044 Dans les cas où la loi, l'ordonnance ou une convention (ch. 2056) prévoient que les renseignements doivent être fournis gratuitement, l'office AI en fait mention.

- 2045 Les personnes ou organismes tenus de fournir des renseignements (ch. 2048 à 2056) tiennent à disposition les pièces dont ils ont tiré les renseignements procurés. L'obligation de fournir les renseignements gratuitement englobe également celle d'établir des photocopies, des extraits de registre, des attestations, etc.
- 2046 Si la récolte de renseignements implique que des tiers soient
1/12 déliés de leur obligation de garder le secret (ch. 1040 ss), il y a lieu, dans la lettre sollicitant les renseignements, de faire référence à l'art. 6a LAI.
- 2047 Les renseignements obtenus oralement ou par téléphone
1/12 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.

2.3.2 Personnes et instances tenues de donner des informations

– L'assuré et les membres de sa famille

- 2048 L'assuré et les membres de sa famille sont tenus de donner gratuitement des renseignements sur les faits et circonstances décisifs pour l'examen de la demande, pour l'exécution du droit de recours contre le tiers responsable (ch. 2007) et pour la fixation des prestations (art. 28, al. 2, LPGA).
2048. L'assuré ne peut se prévaloir du droit de refuser de donner
1 des renseignements : il est tenu de fournir des renseignements
1/15 exacts (art. 28 et 43 LPGA). L'office AI n'est pas tenu de l'informer de la possibilité d'avoir recours à un représentant légal (arrêt du TF 9C_258/2014 du 3 septembre 2014.)
- 2049 Si l'assuré ne se conforme pas à son obligation de collaborer, les ch. 2035 s. s'appliquent par analogie.

– L'employeur

2050 Les employeurs actuels et les anciens employeurs de l'as-
1/17 suré sont tenus de donner gratuitement et conformément à la
vérité, sur demande, des renseignements sur le genre (des-
cription du poste de travail) et la durée de l'emploi et sur le
salaire de l'assuré au moyen, par ex., du formulaire « Ques-
tionnaire pour l'employeur » (art. 28, al. 1, LPGA). Dans le
cadre de la réadaptation, le contact avec l'employeur doit se
faire de façon simple et, en principe, par oral.

– Le médecin

2050. Les médecins traitants sont tenus de fournir des renseigne-
1 ments sur l'état de santé et les ressources de l'assuré
1/17 (art. 6a LAI, en relation avec l'art. 28, al. 3, LPGA). Ils le font
en principe conformément aux ch. 2062 ss.

2050. Dans l'optique d'une réadaptation fructueuse, il faut privilé-
2 gier un entretien oral. Il convient de coordonner autant que
1/17 possible les mesures de réadaptation et les traitements médi-
caux.

2050. Les médecins traitants concernés sont informés au besoin
3 des efforts de réadaptation.
1/17

– Les organes de l'AVS et de l'AI

2051 Les organes de l'AVS et de l'AI doivent se fournir réciproque-
ment tous les renseignements nécessaires et les pièces
utiles.

2052 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 compé-
tente fournit les renseignements sur la base des pièces en sa
possession, après avoir, le cas échéant, demandé des ren-

seignements 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.

– Les autorités administratives et judiciaires et les autres assureurs sociaux

- 2053 Les autorités et offices de la Confédération, des cantons, des districts, des cercles et des communes sont tenus de fournir gratuitement des renseignements aux organes de l'AI et de leur délivrer des attestations (art. 32, al. 1, LPGA). Les institutions d'assurance et les autorités d'assistance des corporations citées qui versent des prestations à l'assuré en raison de son invalidité ont en particulier l'obligation de fournir gratuitement des renseignements sur leurs constatations et sur leurs prestations.
- 2054 Les institutions des autres assureurs sociaux sont tenus de fournir gratuitement des renseignements aux organes de l'AI (art. 32, al. 2, LPGA). Cette obligation de renseigner incombe notamment à l'assurance-accidents, aux assureurs-maladie reconnus (art. 11 LAMal), à l'AM, à l'AC et aux institutions de la prévoyance professionnelle obligatoire.
- 2055 Les renseignements sont demandés aux offices de l'état civil au moyen du formulaire spécial « Confirmation des données personnelles ».

– Les assureurs privés

- 2056 En ce qui concerne la consultation du dossier et la fourniture
1/12 de renseignements dans les rapports avec les assurances privées, on se référera à l'art. 6a LAI, en relation avec l'art. 28, al. 3, LPGA, ainsi qu'aux règles indiquées aux ch. 2027 ss et aux conventions figurant à l'annexe II. L'obligation de renseigner qui incombe aux assureurs privés participant à l'application de l'AA est régie par le ch. 2054.

2.3.3 Conséquences de la non-communication de renseignements

2056. Si l'office AI n'a pas obtenu les renseignements demandés
1 dans un délai approprié, il fixe un délai supplémentaire à la
1/12 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.
2056. Si les renseignements nécessaires ne sont pas fournis en
2 dépit d'un avertissement, l'introduction d'une plainte pénale
1/12 est à examiner. Si un médecin refuse d'établir un rapport médical, le ch. 2067 s'applique également.

2.4 Communication de renseignements et droit de consulter le dossier

2.4.1 Généralités

- 2057 Les dispositions relatives à cet objet sont contenues dans la COGSC, dans la convention mentionnée au ch. 2056, ainsi que dans les règles de la collaboration interinstitutionnelle énoncées aux ch. 2027 ss (cf. art. 47 s. LPGA et art. 8 ss OPGA ; art. 66 ss et 68^{bis} LAI ; art. 49a ss LAVS).

2.4.2 Exceptions

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

- 2058 Lors de l'examen des possibilités de réadaptation ou de placement,
1/12 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 indispen-

sables à la formation, à l'orientation ou au placement de l'assuré (art. 50a, al. 1, let. b, LAVS en relation avec l'art. 66 LAI et l'art. 76, al. 1, let. f, RAI).

- 2059
1/17 Si, pour l'examen des possibilités de réadaptation professionnelle ou pour l'exécution de mesures, il est fait appel à un centre de réadaptation, à un COPAI ou à un autre organisme spécialisé, l'office AI met à disposition toutes les données et documents nécessaires. En outre, les ch. 5018 ss sont applicables aux COPAI. 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.

– Renseignements donnés aux services publics et privés d'assistance et aux médecins traitants

- 2060 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.
- 2061 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. 50a, al. 4, LAVS en relation avec l'art. 66 LAI).

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

2061. Les offices AI sont tenus de signaler à l'autorité de protection
1 de l'adulte et de l'enfant compétente les personnes qui sem-

- 1/15 blent avoir besoin d'aide et les enfants maltraités ou en danger (art. 443, al. 2, et 314, al. 1, CC). Cet avis ne doit contenir que le nom de la personne ou de l'enfant concerné 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. 50a, al. 1, let. e, ch. 6, LAVS en relation avec l'art. 66 LAI).
2061. Sont réputées avoir besoin d'aide au sens de l'art. 443, al. 2,
2 CC les personnes qui, d'après leurs propos ou leur compor-
2/13 tement en rapport avec leurs affaires personnelles ou finan-
cières, paraissent en danger au point de nécessiter l'aide ou la protection de tiers ou de l'Etat.
2061. Les offices AI sont autorisés à signaler à l'autorité de pro-
3 tecton de l'adulte les cas où il existe un réel danger qu'une
2/13 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).
2061. Un enfant est réputé être en danger lorsque son intégrité
4 corporelle, psychique ou sexuelle est en danger. Il peut s'agir
1/15 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.).
2061. Si l'office AI a des doutes sur la communication à faire, il se
5 concerte au préalable avec l'autorité de protection de l'adulte
1/15 et de l'enfant, sans nommer la personne concernée.

– Communication au Service des automobiles

2061. L'office AI est autorisé à signaler l'assuré au Service can-
6 tonal des automobiles en cas de doutes sur ses capacités
2/13 physiques ou psychiques à conduire un véhicule motorisé en toute sécurité (art. 66c, al. 1, LAI). Cet avis ne doit contenir

que le nom de la personne concernée et l'indication de sa condition physique ou psychique.

2061. L'office AI peut fournir au Service cantonal des automobi-
7 les, à sa demande, les données qui lui sont nécessaires
2/13 aux fins visées (art. 66c, al. 3, LAI).

2061. L'office AI informe l'assuré du fait qu'il l'a signalé au Ser-
8 vice des automobiles (art. 66c, al. 2, LAI).
2/13

2.5 Instruction médicale

2.5.1 Généralités

2062 Si la demande n'apparaît pas d'emblée vouée à l'échec
1/17 (ch. 2023), l'office AI ou le SMR se procure des informations
médicales, en général après avoir mené un entretien avec
l'assuré (ch. 2032 et 2034.1). Les informations peuvent être
obtenues de différentes manières : entretien avec le médecin
traitant, exploitation des documents médicaux existants (rap-
ports de consultation, rapports d'opération et de sortie, docu-
ments de l'AMal, de la Suva, etc.) ou demande de rapport
médical. Les informations fournies oralement doivent être
consignées conformément au ch. 2047.

S'il demande un rapport médical, 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 de-
mande, 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'em-
ployeur ou l'établit avec l'aide de l'assuré.

2063 Pour l'appréciation d'infirmités congénitales dans le domaine
1/12 dentaire, il faut remettre 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 ».

2.5.2 Médecin compétent

- 2064 1/17 Les informations médicales ou le rapport médical sont en principe demandés au médecin qui a traité l'assuré en dernier lieu pour l'affection annoncée.
- 2065 1/17 Si le traitement n'a pas encore commencé, on s'adresse au médecin par lequel l'assuré désire être soigné afin d'obtenir les informations souhaitées.
- 2066 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.
- 2067 1/17 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.
- 2068 1/12 abrogé

2.5.3 Informations et documents médicaux

– Généralités

- 2069 1/18 L'importance de l'instruction médicale dépend du tableau clinique, de la complexité du cas et du type de prestation AI envisagée. En tant qu'il est nécessaire, les points suivants doivent être éclaircis :
- 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 (ch. 2032 et 2034.1) ;
 - certificats d'incapacité de travail établis.

- 2070 Si, pour clarifier ces points, l'office AI demande explicitement
1/18 au médecin traitant d'établir un rapport médical, il requiert uniquement les informations nécessaires dans le cas d'espèce. Si des documents et informations sont déjà disponibles, l'office AI pose des questions spécifiques liées au cas, précise l'objet de sa requête et veille à ne pas demander des informations déjà disponibles (ch. 2036).
- 2071 L'office AI décide avec la participation du SMR s'il dispose de
1/18 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.
- 2072 Les renseignements fournis par les médecins sans mandat
1/18 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, consid. 3.2 du 21 juillet 2015).
2072. Ne peuvent être facturées à l'AI dans le cadre du tarif médi-
1 cal Tarmed que les prestations fournies par un médecin dans

1/18 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.

2.5.4 Résultat de l'instruction médicale

2073 Une fois que l'office AI a recueilli l'ensemble des informations
1/18 et documents pertinents conformément aux ch. 2032 et 2069, il doit pouvoir apprécier sur cette base les aspects médicaux suivants, en vue de rendre une décision en matière de prestations :

- appréciation de l'état de santé ;
- description de l'évolution de l'état de santé au cours du temps, avec examen médical adéquat, le cas échéant, et compte tenu des troubles (subjectifs) dont se plaint l'assuré ;
- résultats des examens ;
- diagnostic ;
- avis motivé du médecin sur l'incapacité de travail de l'assuré.

2073. Si nécessaire pour l'évaluation de la capacité de travail exploitable, il faut impliquer les spécialistes de la réadaptation
1 professionnelle et de l'orientation professionnelle
1/18 (ATF 140 V 193, consid. 3.2).

2.5.5 Examens effectués en interne par l'assurance

- 2074 1/18 Si aucune appréciation au sens du ch. 2073 n'est possible 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).
2074. 1 1/18 L'office AI ou le SMR organise au SMR l'examen médical recommandé pour compléter les faits médicaux.
2074. 2 1/18 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.

2.6 Expertises médicales

2.6.1 Généralités

- 2075 1/18 Une expertise médicale doit fournir les indications médicales nécessaires à l'appréciation du droit aux prestations, en particulier les atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail et de gain dans les activités professionnelles exercées jusque-là ou dans d'autres activités professionnelles appropriées. Elle doit également renseigner, du point de vue médical, sur les possibilités de réadapter l'assuré et d'exiger raisonnablement qu'il exécute des mesures de réadaptation.
2075. 1 1/18 Si, sur la base du dossier, une expertise médicale externe s'avère indispensable sous l'angle de la médecine des assurances, le SMR rédige un bref résumé de la situation médicale et une brève motivation du type d'expertise envisagé. Sur cette base, la suite de la procédure est discutée avec le supérieur. L'office AI est également impliqué et les indications juridiques ou les injonctions judiciaires demeurent réservées.

2075. Suivent un examen commun de la situation et une appréciation commune de la nécessité ou non de demander, en l'état de la procédure, une expertise externe en vue de clarifier les faits. Les indications juridiques ou les injonctions judiciaires demeurent réservées.
2075. 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.
2075. 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.
2075. Que l'office AI donne un mandat d'expertise médicale monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, il doit toujours utiliser le « mandat d'expertise médicale » (y c. structure de l'expertise et structure de l'évaluation consensuelle ; cf. annexes VI, VII et VIII).
2075. L'office AI établit de concert avec le SMR le mandat d'expertise (cf. annexe VI), 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 (y c. case report éventuel) ;
 - classement des documents par ordre chronologique.
- Les documents sont envoyés sur CD et par courrier recommandé, à moins que les données soient transmises sur un CD protégé par un mot de passe et que le mot de passe soit communiqué séparément.
2075. 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.

2075. Pour l'expertise médicale, l'assuré n'a pas droit à l'assistance
8 d'un avocat ou d'une tierce personne. L'expert apprécie libre-
1/18 ment s'il convient d'autoriser, à titre exceptionnel, l'assistance
d'une tierce personne (arrêt du TF I 42/06 du 26.6.2007,
ATF 132 V 443, consid. 3).
2075. Si le recours à un ou une interprète s'avère nécessaire, on se
9 reportera aux ch. 2121.1 ss.
1/18
2075. Les principes de procédure exposés dans l'ATF 137 V 210
10 s'appliquent de manière générale aux expertises sollicitées
1/18 par les assureurs-accidents LAA (ATF 137 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 (8C_15/2015 du 31 mars 2015).

2.6.2 Procédure d'attribution de mandats d'expertise monodisciplinaire ou bidisciplinaire

- 2076 L'office AI sélectionne les experts prévus en fonction de leur
1/18 discipline et de leur disponibilité.
2076. Si une expertise monodisciplinaire ou bidisciplinaire s'avère
1 nécessaire, l'office AI transmet à l'assuré une communication
1/18 indiquant le type d'expertise (monodisciplinaire, bidisciplinaire)
ainsi que le nom et le titre médical professionnel de la personne
ou des personnes chargées de l'expertise.
2076. Le mandat d'expertise médicale (y c. structure de l'expertise
2 et structure de l'évaluation consensuelle ; cf. annexes VI,

- 1/18 VII et VIII) et les éventuelles questions sont annexées à la communication, qui doit également mentionner la possibilité pour l'assuré de remettre à l'office AI, par écrit, des questions supplémentaires.
2076. L'office AI fixe une date à l'assuré pour formuler des objections ou remettre des questions supplémentaires. Le délai fixé ne doit pas dépasser 12 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).
2076. L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle, qui portent notamment sur les thèmes suivants :
- 1/18 - 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 ;
- l'expert est impliqué dans l'affaire pour d'autres raisons ;
- l'expert ne possède pas les compétences professionnelles nécessaires ;
- il faut demander une expertise dans une autre discipline médicale ;
- les faits sont suffisamment clairs, si bien qu'une nouvelle expertise est superflue.
2076. Si l'assuré ne soulève pas d'objections, le mandat est attribué à l'expert ou aux experts, avec un délai approprié à la complexité de l'expertise (en règle générale 90 jours).
2076. 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). Lorsque l'office AI n'accepte pas toutes les questions supplémentaires que l'assuré a posées ou si l'assuré conteste l'expertise, l'office AI doit rendre une décision incidente (ATF 141 V 330).
2076. S'il est entièrement fait droit aux objections de l'assuré, l'office AI émet une communication dans laquelle il indique le

- 1/18 type de l'expertise, la ou les disciplines médicales prévues et le nom du ou des experts désignés.
2076. Si une objection admissible de nature formelle (demande de
8 récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou maté-
1/18 rielle (en rapport avec la spécialité) est soulevée, la re-
cherche d'un consensus est nécessaire (arrêt du
TF 9C_560/2013 du 6 septembre 2013, consid. 2.3.).
2076. La recherche d'un consensus présuppose qu'un échange
9 (écrit ou oral) entre office AI et assuré ait lieu. Cet échange
1/18 doit être consigné aux actes.
2076. Si un consensus est trouvé, une décision incidente ne doit
10 pas être rendue (ATF 137 V 210, consid. 3.1.3.3) et le man-
1/18 dat d'expertise est attribué à l'expert ou aux experts, avec un
délai approprié à la complexité de l'expertise (en règle générale 90 jours).
2076. Si aucun consensus n'est trouvé, l'office AI rend une décision
11 incidente dans laquelle il indique le genre de l'expertise, la ou
1/18 les disciplines médicales prévues, le nom de l'expert ou des
experts désignés et où il explique pourquoi il n'a pas été tenu
compte des objections soulevées.
2076. Si l'assuré propose qu'une expertise médicale pluridiscipli-
12 naire soit effectuée, mais que l'office AI estime qu'une exper-
1/18 tise mono- ou bidisciplinaire est indiquée, l'office expose les
raisons médicales d'un tel choix dans la décision incidente
(ATF 139 V 349, consid. 3.2).
2076. Si l'assuré présente des demandes de prolongation de délai,
13 dépose des requêtes liées au droit de la procédure ou au
1/18 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 procé-
dure afin de toucher la rente en cours le plus longtemps pos-
sible, l'office AI peut suspendre le versement de la rente (ar-
rêts du TF 9C_294/2016 du 27 mai 2016, consid. 2, et
8C_690/2014 du 4 mai 2015, consid. 9.2).

2076. Si l'assuré recourt contre la décision incidente, le mandat
14 d'expertise n'est en principe pas attribué tant que la décision
1/18 n'est pas entrée en force.
2076. Si l'assuré ne recourt pas ou que la décision incidente a été
15 confirmée par le juge, le mandat est confié à la personne ou
1/18 aux personnes chargées de l'expertise (ch. 2076.5).
2076. L'office AI veille à ce que l'assuré soit informé de l'expertise
16 prévue et des rendez-vous fixés. Il attire au préalable l'atten-
1/18 tion de l'assuré sur la nécessité de respecter les dates et
heures fixées, afin d'éviter des absences inutiles.
2076. L'office AI contrôle les délais fixés pour les mandats d'exter-
17 tise et envoie un rappel aux experts s'ils ne les respectent
1/18 pas.

2.6.3 Procédure d'attribution d'expertises pluridiscipli- naires

- 2077 Une expertise pluridisciplinaire implique trois disciplines mé-
1/18 dicales ou davantage. Lorsqu'une expertise pluridisciplinaire
est indiquée, la médecine générale ou la médecine interne
est toujours représentée.
2077. Si une expertise pluridisciplinaire s'avère nécessaire, l'office
1 AI indique à l'assuré le type d'expertise et les disciplines mé-
1/18 dicales prévues. Il faut joindre à la communication le mandat
d'expertise médicale (y c. structure de l'expertise et structure
de l'évaluation par consensus ; cf. annexes VI, VII et VIII) et
les éventuelles questions et mentionner la possibilité pour
l'assuré de remettre à l'office AI, par écrit, des questions sup-
plémentaires.
2077. L'office AI fixe une date à l'assuré pour remettre des que-
2 stions supplémentaires. Le délai fixé ne doit pas dépasser
1/18 12 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).
2077. Si l'assuré présente des questions supplémentaires, l'office

3 AI les examine, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation,
1/18 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). Lorsque l'office AI n'accepte pas toutes les questions supplémentaires que l'assuré a posées ou si l'assuré conteste l'expertise, il doit rendre une décision incidente (ATF 141 V 330).

2077. Le mandat est déposé sur SuisseMED@P (arrêt du TF
4 8C_771/2013 du 10 décembre 2013). La procédure d'attribu-
1/18 tion du mandat pour les expertises pluridisciplinaires via SuisseMED@P se fait selon le manuel de l'annexe V. Le courriel de confirmation de l'attribution du mandat de la plate-forme SuisseMED@P doit être enregistré dans le dossier de l'assuré.

2077. Les expertises de suivi peuvent être attribuées directement
5 au centre d'expertises médicales qui avait déjà produit une
1/18 expertise pluridisciplinaire, si cette dernière avait été attribuée par la plateforme SuisseMED@P.

2077. L'office AI transmet au centre d'expertises médicales le dossier complet, à jour et présenté par ordre chronologique, avec
6 le mandat (y c. structure de l'expertise et structure de l'évaluation par consensus ; cf. annexes VI, VII et VIII), au plus tard le jour qui suit l'attribution du mandat. Les documents sont envoyés sur CD et par courrier recommandé, à moins que les données soient transmises sur un CD protégé par un mot de passe et que le mot de passe soit communiqué séparément.
Le numéro du mandat SuisseMED@P doit être indiqué sur les documents.

2077. Le centre d'expertises compétent en dernier lieu pour l'intégrité et l'exhaustivité de l'expertise examine, sous l'angle de
7 l'économicité de l'instruction, 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 (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.

2077. Une fois le mandat attribué par SuisseMED@P, l'office AI
8 communique à l'assuré quel centre est chargé de l'expertise,
1/18 ainsi que le nom et le titre de spécialité médicale des experts.
Si le centre d'expertises médicales modifie la liste des disciplines conformément au ch. 2077.7, l'office AI en informe l'assuré. Par ailleurs, l'office AI attire l'attention de l'assuré sur le fait que le centre d'expertises médicales lui communique 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 centre d'expertises médicales.

2077. L'office AI fixe une date à l'assuré pour formuler des objections.
9 Le délai fixé ne doit pas dépasser 12 jours à compter
1/18 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). Aucune procédure de conciliation n'est organisée (arrêt du TF 8C_771/2013 du 10 décembre 2013, ATF 140 V 507).

2077. L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou
10 matérielle, qui portent notamment sur les thèmes suivants :
1/18 - 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 ;
- l'expert est impliqué dans l'affaire pour d'autres raisons ;
- l'expert ne possède pas les compétences professionnelles nécessaires ;
- il faut demander une expertise dans une autre discipline médicale ;
- les faits sont suffisamment clairs, si bien qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire.

L'office AI doit examiner les objections soulevées.

2077. Si la présence d'un motif de récusation lié à la personne de
11 l'expert est admise, l'office AI prend contact avec le centre
1/18 d'expertises médicales et celui-ci désigne un nouvel expert ou de nouveaux experts. L'office AI renseigne l'assuré par

communication et lui accorde un délai de 12 jours à compter de l'envoi de la communication pour formuler des objections. Ce délai peut être prolongé de 10 jours au maximum sur demande écrite et motivée. Si l'assuré soulève de nouvelles objections liées à la personne de l'expert, l'office AI rend une décision incidente dans laquelle il explique pourquoi il n'a pas été tenu compte de ces objections et indique les disciplines médicales prévues et le nom des experts désignés.

2077. Si le centre d'expertises médicales ne peut pas remplacer
12 l'expert concerné, le mandat est à nouveau déposé sur la
1/18 plateforme SuisseMED@P.
2077. Si l'on ne donne suite qu'en partie ou pas du tout aux objec-
13 tions de l'assuré, l'office AI rend une décision incidente dans
1/18 laquelle il explique pourquoi il n'a pas été tenu compte de ces
objections et indique les disciplines médicales prévues et le
nom des experts désignés.
2077. Si l'assuré présente des demandes de prolongation de délai,
14 dépose des requêtes liées au droit de la procédure ou au
1/18 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 procé-
dure afin de toucher la rente en cours le plus longtemps pos-
sible, l'office AI peut suspendre le versement de la rente (ar-
rêts du TF 9C_294/2016 du 27 mai 2016, consid. 2, et
8C_690/2014 du 4 mai 2015, consid. 9.2).
2077. Si la décision incidente n'est pas confirmée ou ne l'est qu'en
15 partie, il y a lieu le cas échéant de reprendre la procédure à
1/18 partir du ch. 2077.11.
2077. Si l'assuré recourt contre la décision incidente, le mandat
16 d'expertise est en principe bloqué dans SuisseMED@P tant
1/18 que la décision n'est pas entrée en force. Cela peut nécessi-
ter 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 centre d'expertises.
2077. Si l'assuré ne recourt pas ou que la décision incidente a été

17 confirmée par le juge, l'expertise est réalisée. Le délai pour le
1/18 déroulement de l'expertise recommence à courir dès l'entrée
en force de la décision incidente ou du jugement (cf. an-
nexe V, no 9).

2077. En cas de changement dans le déroulement, qui ne relève
18 pas de la responsabilité du centre d'expertises (motifs de re-
1/18 jet 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'of-
fice AI doit stopper le chronomètre dès que le centre d'exper-
tises l'en a informé, afin de ne pas laisser courir le temps im-
parti pour l'expertise.

2077. Demeurent réservées les dispositions particulières pour les
19 mandats attribués par l'office AI pour les assurés résidant à
1/18 l'étranger (cf. annexe V).

2077. L'office AI contrôle les délais fixés pour les mandats d'exter-
20 tise et envoie un rappel aux experts s'ils ne les respectent
1/18 pas.

2.6.4 Violation de l'obligation de collaborer

2078 Si l'assuré, sans raison plausible, ne donne pas suite à l'inv-
1/18 itation 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 ch. 2035 s. s'appliquent
par analogie.

2.6.5 Procédure suite à la réception du rapport d'exter- tise

2079 Immédiatement après réception de l'expertise, l'office AI véri-
1/18 fie si, sur le plan formel, celle-ci respecte la structure uni-
forme exigée (cf. annexes VI et VII). 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.

- 2080 Dans les 20 jours suivant réception de l'expertise, l'office AI
1/18 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).
- 2081 Les ruptures manifestes dans l'exposé de l'argumentation né-
1/18 cessitent que l'on demande des explications ou des compléments à l'expert ou au centre d'expertises.
- 2082 Le SMR consigne dans un bref avis le résultat de son con-
1/18 trôle 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.
- 2083 Si l'office AI demande à l'expert ou aux experts des explica-
1/18 tions ou des compléments, il doit en informer l'assuré et lui remettre une copie de l'expertise (ATF 137 V 210, consid. 3.4.1.5).
- 2084 L'office AI fixe à l'assuré une date pour demander des expli-
1/18 cations ou des compléments. Le délai fixé ne doit pas dépasser 12 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).

- 2085
1/18 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). Les questions sont transmises à l'expert en indiquant qu'elles émanent de l'assuré. Lorsque l'office AI n'accepte pas toutes les questions que l'assuré a posées, il doit rendre une décision incidente (ATF 141 V 330).
- 2086
1/18 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.
- 2087
1/18 L'office AI rend une décision avec célérité et en remet une copie aux experts (art. 76, al. 1, let. g, RAI).
- 2088
1/18 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. 9a OPGA).

2.7 Mesures de réinsertion, de réadaptation d'ordre professionnel et de nouvelle réadaptation

2.7.1 Généralités

- 2090
1/15 L'office AI examine l'opportunité de mesures de réinsertion, de réadaptation d'ordre professionnel ou de nouvelle réadaptation (art. 57, al. 1, LAI). Il veille à impliquer le médecin traitant de manière à assurer l'échange d'informations, à soutenir au mieux la réalisation des éventuelles mesures et à garantir un traitement médical adéquat.
- 2091 Pour les mesures de réinsertion, on examine en particulier si, pour des raisons médicales, l'assuré ne possède pas l'aptitude à la réadaptation en vue des mesures de réadaptation d'ordre professionnel ou s'il risque de perdre cette aptitude

en l'absence de mesures de réinsertion.

Pour les mesures d'ordre professionnel, on établit quelles activités professionnelles l'assuré pourrait encore exercer et si le marché ordinaire du travail offre en principe de telles possibilités. Ce faisant, on tient compte des ressources et des restrictions liées à la santé (par ex. limitations fonctionnelles, allergies) ou autres (par ex. mesures relevant de la police des étrangers).

2092 abrogé
1/12

2.7.2 Evaluation

2093 L'examen comprend, outre le premier entretien (ch. 2034.1),
1/17 une séance d'évaluation (art. 70 RAI) avec l'assuré et, le cas échéant, des consultations, ainsi que des tests et des essais auprès d'employeurs et de centres de réadaptation (cf. CMRP).

2094 La séance d'évaluation avec l'assuré sert à faire le point de la
1/17 situation médicale, professionnelle et personnelle. Lors de l'appréciation de la situation médicale en particulier, il convient d'impliquer le médecin traitant de manière à assurer l'échange d'informations, à soutenir au mieux la réadaptation de l'assuré et à garantir un traitement médical adéquat. Il faut également impliquer l'employeur, le cas échéant.

2094. Si l'évaluation permet de constater que l'assuré peut être
1 réadapté, il faut convenir des étapes suivantes (contenu,
1/12 dates et durée). A partir des résultats, l'office AI établit un plan de réadaptation (cf. art. 70, al. 2, RAI et CDIP).

2095 L'évaluation fait l'objet d'une note écrite, versée au dossier,
qui contient notamment les éléments suivants :

- parcours professionnel (écoles suivies, formation, langues, connaissances en informatique, etc.) ;
- situation personnelle, familiale et financière ;
- activités durant les loisirs (hobbies, intérêts) ;

- handicap et aptitudes (indications objectives et subjectives) ;
 - avis de l'assuré (situation actuelle, souhaits professionnels, etc.) ;
 - mention du fait que l'assuré a reçu des informations et, si oui, lesquelles, sur des questions juridiques et sur le rôle de l'orientation professionnelle ;
 - étapes suivantes.
- 2096 Si l'assuré ne se présente pas à l'évaluation sans excuse valable, on procède comme indiqué aux ch. 2035 s.
- 2097 1/18 L'office AI peut faire appel à des spécialistes de l'aide privée aux invalides, à des experts, aux centres d'observation professionnelle, à des services spécialisés dans l'intégration des étrangers, à des services d'interprétariat communautaire et aux organes d'autres assurances sociales (art. 59, al. 3, LAI). Il attire l'attention de ces tiers sur leur obligation de garder le secret (art. 33 LPGa).
- 2098 Les documents relatant les résultats de l'examen doivent indiquer au moins les éléments suivants :
- mesures d'examen accomplies (où, comment, avec quels résultats) ;
 - possibilités de formation et d'activités pour l'assuré, avec mention des perspectives professionnelles s'y rapportant, du marché de l'emploi, des tentatives de placement, des espérances de salaire ;
 - exigences particulières liées au poste de travail (par ex. moyen auxiliaire, mise au courant) ;
 - mesures AI proposées (par ex. mesures de réinsertion, formation professionnelle initiale, reclassement, indemnités journalières) ;
 - frais ou frais supplémentaires de ces mesures ;
 - avis de la personne procédant à l'examen (ch. 2101 et 2102) ;
 - point de vue de l'assuré.
- 2099 Une copie de ce résumé peut être remise au centre de réadaptation concerné.

2100 La personne qui procède à l'examen ne doit pas donner à l'assuré des garanties quant à son droit éventuel aux prestations de l'AI.

2.7.3 Octroi ou refus de mesures de réinsertion et de mesures d'ordre professionnel

2101 Si la personne qui procède à l'examen estime qu'une réadaptation n'est pas possible, elle en indique les motifs essentiels, objectifs et concrets. Elle ne peut se fonder sur les seules indications subjectives de l'assuré (RCC 1981, p. 42).

2102 Si la personne qui procède à l'examen aboutit à la conclusion que des mesures de réinsertion ou des mesures d'ordre professionnel sont indiquées, elle démontre

- la simplicité et le caractère approprié de la mesure à octroyer ;
- sa compatibilité avec les aptitudes et le handicap de l'assuré ;
- les possibilités réalistes de réadaptation et le gain que l'on peut escompter.

2.7.4 Supervision des mesures de réinsertion et des mesures d'ordre professionnel

2103 abrogé

2104 L'office AI coordonne et supervise l'exécution des mesures de réadaptation ordonnées (art. 41, al. 1, let. e, RAI).

2105 Les contacts personnels ou téléphoniques importants avec l'assuré et les incidents éventuels sont consignés par écrit.

2106- abrogés
2112

2.7.5 Rapport final et résultat de la réadaptation

2113 Une fois les mesures de réadaptation exécutées, un rapport est établi, comprenant au moins

- un avis de la personne qui a procédé à l'examen, sur la réadaptation qui a eu lieu, avec mention du salaire annuel ou des activités possibles ou raisonnablement exigibles,
- le cas échéant, des propositions d'autres prestations de l'AI.

2113. Lors de la clôture des dossiers concernant la réadaptation professionnelle, le résultat final des mesures effectuées doit être saisi dans le système informatique et rendu accessible à l'OFAS.

1
1/18

2.8 Enquête sur place

2.8.1 Généralités

2114 L'office AI procède à une enquête sur place dans les cas énoncés ci-dessous. L'enquête n'est pas indispensable si la situation personnelle de l'assuré est déjà suffisamment connue et documentée dans le dossier, mais elle est nécessaire en cas de première demande. Les enquêtes sont effectuées

1/12

par du personnel dûment formé. Le personnel chargé des enquêtes en milieu agricole doit avoir suivi une formation appropriée en agriculture et en gestion d'entreprise.

<i>Prestations en espèces</i>	<i>Etendue de l'enquête</i>
Rentes	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – mineurs impotents – adultes impotents

<i>Prestations en nature</i>	<i>Etendue de l'enquête</i>
Moyens auxiliaires	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – mineurs impotents – adultes impotents
-----------------------------------	--

- 2115 1/12 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.

2115. 1 1/16 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).

2.8.2 Contenu de l'enquête

- 2116 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.

2.8.3 Rapport d'enquête

- 2117 L'office AI utilise pour les enquêtes les formulaires téléchargeables sur Intranet ou ses propres formulaires ayant un contenu et une structure semblables.
1/12
- Les enquêtes dans l'agriculture doivent être menées suivant le programme « Agro-AI ». Se référer pour cela au manuel d'utilisation (Intranet).

2.9 Frais des mesures d'instruction

2.9.1 Prise en charge des frais

- 2118 Les frais des mesures d'instruction ordonnées sont à la charge de l'AI (art. 45, al. 1, LPGA).
- 2119 Les frais des mesures d'instruction qui ont été exécutées
1/18 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.

- 2120 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.
- 2121 Le remboursement des frais de voyage est régi par la CRFV.

2.9.2 Frais de traduction (interprètes)

2121. 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 les services d'un interprète ont été ordonnés. Si ce n'est pas le cas, les frais sont remboursés si la traduction a été indispensable à la décision d'octroyer ou non des prestations.
2121. L'office AI n'est pas tenu d'examiner particulièrement les connaissances linguistiques de l'assuré. C'est l'expert qui, dans l'accomplissement soigneux de son mandat, décide si l'examen médical doit se dérouler dans la langue maternelle de l'assuré ou en faisant appel à un interprète. Pour savoir si, pour l'examen médical, il faut tenir compte de la langue et de quelle manière, l'élément déterminant est l'importance de la mesure pour la prestation envisagée.
2121. 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. En cas de difficultés de compréhension, l'expert peut demander à l'assuré de faire appel à un interprète professionnel, que l'assuré choisira lui-même le cas échéant (cf. ATF 140 V 260)

2121. 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.
- 4
2121. Si une traduction s'avère nécessaire, la personne choisie doit en principe être un interprète professionnel.
- 5

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

- 2122 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.

2.9.4 Facturation

- 2123 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.

Troisième partie : Fixation des prestations et communication des prononcés

1. Prononcé de l'office AI

1.1 Généralités

- 3000 1/17 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. 69^{quater}, al. 1, RAVS).
- 3001 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). Le ch. 3009 (art. 51 LPGA ; art. 58 LAI ; art. 74^{ter} et 74^{quater} RAI) est réservé.
- 3002 La CCONT (1^{re} partie) est applicable par analogie en ce qui concerne la signature de décisions et de communications.

1.2 Motivation des prononcés

- 3003 Les prononcés relatifs au refus, à la réduction ou au retrait d'une prestation ou encore à la restitution d'une prestation induite sont communiqués par le biais d'un préavis et d'une décision. Il en va de même des prononcés par lesquels seule une partie des prestations est allouée à l'assuré qui les a demandées ou qui s'est manifestement attendu à les recevoir. Ils sont sans exception motivés d'une manière suffisamment précise et compréhensible (art. 49, al. 3, LPGA ; RCC 1983 p. 538). La simple reproduction de dispositions légales ne suffit pas.
3003. 1 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 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.

- 3004 1/17 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 (ch. 3016) (par ex. : « Les observations effectuées par le centre d'expertises médicales XY ont montré que ... ») sont, en général, à éviter. On tient ainsi compte du fait que les conclusions de l'office AI doivent normalement se fonder sur une appréciation générale des résultats de l'instruction. Il faut veiller cependant à ce que, malgré sa formulation générale, le prononcé satisfasse aux prescriptions le concernant, c'est-à-dire qu'il soit suffisamment et clairement fondé au sens du ch. 3003.
- 3005 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).
- 3006 La formulation des prononcés se base sur le recueil de textes standard.

1.3 Rédaction et notification des prononcés

- 3007 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).
- 3008 L'office AI notifie son prononcé à l'assuré soit au moyen d'une décision sujette à recours (art. 49 LPGA), soit par la remise d'une communication (art. 51 LPGA ; art. 58 LAI ; art. 74^{ter} et 74^{quater} RAI). 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.

- 3009 Si plusieurs prestations sont octroyées simultanément, l'office AI rédige une décision pour chacune des prestations.

1.4 Révision des prononcés

- 3010 L'office AI fixe les délais d'examen des prestations conformément aux directives en la matière et veille au respect de ces échéances.

1.5 Force obligatoire du prononcé

- 3011 La caisse de compensation est liée par le prononcé de l'office AI.
- 3012 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

- 3013 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. 57a, al. 1, LAI).

3013. abrogé

1

3013. 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.

3013. Le délai de 30 jours ne peut en principe être prolongé que
3 dans des cas dûment motivés. Les art. 38 à 41 LPGA s'appli-
1/18 quent par ailleurs (ATF 143 V 71). 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 in-
fluer sur la décision, ceux-ci doivent être pris en compte.

3013. La restitution d'un délai pour inobservation pour les raisons
4 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.

3013. Le préavis porte uniquement sur les questions qui relèvent
5 des attributions des offices AI au sens de l'art. 57, al. 1, let. a
1/10 à d, LAI. En ce qui concerne les rentes, l'office AI se limite à
communiquer le taux d'invalidité, le début du droit, ainsi que,
en cas de suppression ou de modification de la rente, le mo-
ment à partir duquel le droit à la rente est modifié.

3013. La procédure de préavis ne s'applique pas aux questions
6 relevant de la compétence des caisses de compensation
1/10 (ATF 134 V 97), c'est-à-dire ni au calcul des rentes, des in-
dennités 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.

3014 Pour la consultation du dossier, on se réfère à la COGSC.

3014. Dans les cas où l'audition a lieu oralement, dans le cadre
1 d'un entretien personnel, l'office AI établit un procès-verbal
sommaire qui est signé par l'assuré.

3014. Si l'assuré a présenté des observations sur des points déter-
2 minants, 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

3014. Un exemplaire du préavis est également notifié aux assu-
3 reurs 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. 73^{bis}, al. 2, RAI).

3014. Lors du premier octroi de rente, l'office AI transmet à la
4 caisse de compensation les copies de toutes les pièces an-
nexées à la demande (y compris les éventuels extraits de
comptes individuels demandés). 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.

3014. Le droit de s'exprimer sur le préavis appartient non seule-
5 ment à tout assuré et aux éventuels autres assureurs concer-
nés, mais aussi à toute partie à la procédure au sens de
l'art. 49, al. 4, LPGA.

3014. Ces parties et les assureurs concernés peuvent s'exprimer
6 uniquement par écrit, dans un délai de 30 jours.

3014. Les règles valables pour l'assuré s'appliquent par analogie.
7

3. Avis de l'OFAS

3.1 Généralités

- 3015 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.
- 3016 Dans les demandes, il faut indiquer
- les nom, prénom et numéro de l'assuré,
 - 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. 3004).

3.2 Avis préalable obligatoire de l'OFAS

- 3017 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.

4. Prononcés concernant la reconsidération d'une décision

- 3018 Voir la CCONT (3^e partie) ainsi que l'art. 53, al. 2 et 3, LPGA.

5. Notification de la décision – principe

5.1 Original de la décision

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

- 3019 – à l'assuré personnellement, s'il n'est pas représenté par un tiers ;
- 3020 – au représentant légal de l'assuré mineur ou sous tutelle, si celui-ci n'est pas représenté par un tiers (par, ex. avocat) ;
- 3021 – au représentant mandaté par l'assuré ou le représentant légal au moment de la notification (RCC 1977, p. 155).

5.2 Copies des décisions

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

- 3022 – à l'assuré ou à son représentant légal dans le cas du ch. 3021 ;
 - le cas échéant, aux personnes ou aux institutions mentionnées à l'art. 49, al. 4, LPGA et à l'art. 76, al. 1, let. d à g, RAI ;
- 3023 – à d'autres organismes dans la mesure autorisée par la COGSC ou par les conventions reproduites à l'annexe II.

6. Date de révision et limitation dans le temps

- 3024 Tous les prononcés qui concernent des prestations s'étendant sur une période indéterminée sont pourvus d'une date de révision. Cette révision sera effectuée au plus tard dix ans après l'entrée en vigueur du prononcé, sous réserve des dispositions prévues par les instructions applicables en la matière (par ex., pour les rentes et allocations pour impotent, ch. 5008 ss et 8113 CIIAI).

3024. Une limitation dans le temps de la durée de prestation est
1 autorisée là où elle peut matériellement se justifier et s'avère conforme à la loi (par ex. mesures d'ordre professionnel, mesures médicales de réadaptation visées à l'art. 12 LAI, traitement d'infirmités congénitales [RCC 1989, p. 186]).
- 3025 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.
- 3026- abrogés
3032

7. Prononcés concernant les rentes et les allocations pour impotent

7.1 Généralités

- 3033 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.
- 3034 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. 74^{ter}, let. f, RAI). Dans les autres cas (modification du droit, révision sur demande, etc.), il faut établir une décision.
- 3035 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 » :

- 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 ;
- 3036 abrogé
- 3037 – au COPAI qui a fait un rapport, pour autant qu'il l'ait demandé expressément et que l'assuré ait donné son accord ;
- 3038 – à l'organisme assureur compétent de l'AA¹, de l'AM, de l'AC ou de l'assurance-maladie sociale², pour autant que leur obligation d'allouer des prestations soit en jeu, ou quand la procédure officielle de communication réciproque des prestations est ouverte.

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

- 3039 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.
- 3040 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)
- 3041 Sont à remettre à la caisse de compensation :

¹ Ne sont visées que l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance facultative selon la LAA.

² Par « assurance-maladie sociale », on entend l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative pour les indemnités journalières selon la LAMal.

- 3042 – tous les documents nécessaires, tels que photocopie de la demande, carte AVS, livret de famille, livret d'étranger, certificats de formation, etc. ;
- 3043 – pour les indemnités journalières, la copie des documents permettant de les fixer.
- 3044 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.
- 3045 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) et à la fixation des allocations d'initiation au travail (art. 60, al. 1, let. b, LAI) ;
 - fixation des rentes, des allocations pour impotent en faveur d'adultes, des indemnités journalières et des allocations pour frais de garde et d'assistance (art. 60, al. 1, let. b, LAI) ;
 - empêchement des cumuls ou des surindemnisations injustifiés.
- 3046 La partie de la décision dont l'établissement incombe à la caisse de compensation (1^{re} 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 ; 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 d'assuré
 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
- 3047 La partie de la décision de l'office AI (2^e 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, n^o de tél.
 7. Avec nos salutations les meilleures, office AI, signature
- 3048 La partie de la décision de la caisse de compensation précède la partie de la décision de l'office AI.
- 3049 La caisse de compensation envoie en principe les décisions et les copies de décisions au nom de l'office AI (par ex. enveloppe munie de deux fenêtres et étiquette autocollante ou autres procédés). L'office AI compétent doit figurer comme expéditeur sur l'enveloppe.
- 3050 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).

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

- 3051 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 :
- à l'office AI compétent ou à la caisse de compensation (selon la compétence pour l'envoi de la décision, cf. annexe IV), 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 ;
- 3052 – à l'autorité fiscale cantonale compétente selon les ch. 9322 ss DR ;
- 3053 abrogé
2/13
- 3054 – aux organes compétents de l'AA³, de l'AMal⁴ 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 ;
1/15
- 3055 – aux autres destinataires mentionnés à l'art. 76, al. 1, RAI.
2/13
- 3056 Pour le reste, les prescriptions contenues dans les DR doivent être observées.

8. Décisions sur des indemnités journalières

- 3057 Les décisions relatives aux indemnités journalières doivent être remises aux organismes suivants :

³ Ne sont visées que l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-accidents facultative selon la LAA.

⁴ On entend par AMal « sociale » l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

- à l'office AI compétent ou à la caisse de compensation (selon la compétence pour l'envoi de la décision) ;
- 3058 – à l'AM, lorsque la procédure officielle de communication réciproque des prestations a été ouverte ;
- 3059 – aux organes compétents de l'AA⁵, 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 ;
- 3060 – aux organes compétents de l'AA⁶ ou de l'AC ; on notifie en
1/17 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 ;
- 3061 – au besoin, aux autres destinataires mentionnés à l'art. 76, al. 1, RAI.

9. Décisions sur la contribution d'assistance

- 3061. Une communication suffit pour l'octroi de prestations de
1 conseil et de soutien. Toutes les autres prestations doivent faire l'objet d'une décision.
- 3061. Une copie de la décision relative à la contribution
2 d'assistance doit être remise aux organismes suivants :
 - à la Centrale de compensation ;
- 3061. – au besoin, aux autres destinataires mentionnés à
3 l'art. 76, al. 1, RAI.

⁵ Ne sont visées que l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-accidents facultative selon la LAA.

⁶ Ne sont visées que l'assurance-accidents obligatoire et l'assurance-accidents facultative selon la LAA.

10. Réception et transmission des avis

- 3062 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 art. 77 RAI).
- 3063 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).

11. Prononcés dans le domaine de l'AVS (allocation pour impotent, moyens auxiliaires, contribution d'assistance)

- 3064 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.
3064. 1 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.
- 3065 Les prononcés d'octroi de moyens auxiliaires pour rentier AVS sont rendus par l'office AI sous forme de communications.
- 3066 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.

12. Décisions dans le domaine des PC

- 3067 Voir annexe III.

Quatrième partie : Office AI et caisse de compensation compétents

1. Office AI compétent

1.1 Réglementation ordinaire

- 4001 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).
- 4002 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 Cas particuliers

1.2.1 Placement par l'autorité d'assistance

- 4003 Pour l'assuré qui est placé par l'autorité cantonale ou communale d'assistance dans un établissement ou dans une famille, l'office AI compétent est celui du canton dans lequel l'autorité d'assistance a son siège.

1.2.2 Domicile ou séjour à l'étranger

– Généralités

- 4004 Sous réserve des ch. 4005 à 4008, 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. 4002.
- 4005 Si toutefois l'assuré se trouve en Suisse pour une assez longue période ou pour une durée indéterminée, sans y être domicilié (ch. 4022), son cas est traité par l'office AI cantonal ou commun compétent (art. 40, al. 2^{bis}, RAI).

– Frontaliers

- 4006 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).
- 4007 Le ch. 4006 vaut aussi pour d'anciens frontaliers s'ils résident encore dans la zone frontière 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, 2^e phrase, RAI).
- 4008 La règle de compétence des ch. 4006 et 4007 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 changé de domicile ou quitté la zone frontière et qu'il travaille toujours dans le même canton.
- 4009 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. 4021).

1.3 Changement d'office AI

1.3.1 En cours de procédure

- 4010 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).
- 4011 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.

4011. abrogé

1

1.3.2 Après l'achèvement de la procédure

4012 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.

4013 Pour le changement d'office AI dans les cas de rentes, se référer au ch. 4024.

1.3.3 Reconsidération des décisions

4014 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

4015 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.

4016 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

- 4017 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.
4017. Pour les assurés qui, juste avant le dépôt de la demande, ne
1 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.
- 4018 Pour fixer et verser les indemnités journalières et les allocations pour frais de garde et d'assistance, le ch. 4017 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.
- 4019 La compétence en cas de moyens auxiliaires et de prestations de remplacement octroyés par l'AVS est régie par la CMAV.
4019. abrogé
1

2.2 Cas spéciaux

2.2.1 Assuré sans cotisations

- 4020 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. 4001 ss). Pour le reste, les DR sont applicables.

2.2.2 Domicile ou séjour à l'étranger

- 4021 Pour les assurés qui habitent ou séjournent à l'étranger, y c. les frontaliers, la CSC est compétente, sous réserve du ch. 4022. Pour la notion de domicile, se référer au ch. 4002.
- 4022 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.
- 4023 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.
- 4024 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

- 4025 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.
- 4026 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. 4017 à 4023. Les directives sur la réduction des prestations en cas de cumul de prestations sont applicables.

3. Conflits de compétence

- 4027 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).

4028 L'OFAS tranche de même les litiges portant sur la collaboration des offices AI entre eux (ch. 4015 et 4016 ; art. 40, al. 4, RAI).

4. Récusation

4029 Si les personnes qui traitent une demande de prestations
1/18 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.

Cinquième partie : Appel aux services spécialisés et aux spécialistes

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

1. Définition et statut

- 5001 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.
- 5002 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.
- 5003 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

- 5004 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'invalidé,
 - 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 induite de prestations.

2.1.2 Information de l'assuré

- 5005 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 induite de prestations comme le prévoit l'art. 59, al. 5, LAI.
5005. Si des mesures de réadaptation sont exécutées, avec
- 1 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

- 5006 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.
- 5007 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.
- 5008 Le mandant peut donner des instructions sur la manière dont le mandant doit être exécuté.
- 5009 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.
- 5010 Il n'est pas permis de facturer l'accompagnement d'un enfant, par ex. chez le médecin.

5011 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

5012 Les services spécialisés et les spécialistes disposent de toutes les pièces et de tous les renseignements nécessaires à l'exécution du mandat.

5013 abrogé

5014 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.

5015- abrogés

5016

2.2 Exécution du mandat

5017 Les services spécialisés et les spécialistes s'acquittent eux-mêmes des mandats qui leur sont confiés.

3 Centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI)

3.1 But

5018 On fait appel aux services du COPAI dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. L'examen effectué par le COPAI concerne avant tout les catégories d'assurés suivantes :

- 5019 – l'assuré qui se déclare incapable de travailler et prétend à
3/12 une rente mais pour qui une réadaptation sur le marché ordinaire du travail paraît exécutable étant donné que l'atteinte à la santé est relativement faible ;
- 5020 – l'assuré qui a une capacité résiduelle de travail médicalement attestée, mais que l'office AI n'est pas en mesure d'objectiver pour un domaine particulier (par ex. un domaine voisin de l'activité précédemment exercée).
3/12
- 5021 Pour tous les autres examens d'ordre professionnel, en vue
3/12 notamment de la formation professionnelle initiale et de la préparation à une activité en atelier protégé, il convient de continuer de recourir aux centres habituels ainsi qu'aux nombreux ateliers protégés.
- 5022 Avant d'ordonner un séjour d'observation professionnelle
3/12 dans un COPAI (ou tout autre séjour d'examen professionnel), on veille à ce que les conditions ci-après soient remplies :
- la situation médicale qui conditionne les questions d'ordre professionnel a été qualifiée de suffisamment éclaircie par le SMR ;
 - la capacité de réadaptation ou de travail n'a pas pu être déterminée de façon suffisamment claire lors de l'examen ambulatoire effectué par l'office AI ou un autre organe spécialisé. Dans le cadre de cet examen, on a contacté l'ancien employeur afin de recueillir des indications sur le genre d'activité précédemment exercée, sur l'organisation concrète du poste de travail, sur le comportement professionnel ainsi que sur les aménagements possibles au sein de l'entreprise. Si des éléments demeurent obscurs, le COPAI doit pouvoir demander des précisions, raison pour laquelle il faut lui indiquer la personne qui a effectué le pré-examen professionnel.
- 5023 Le directeur ainsi que le personnel du COPAI sont soumis à
3/12 l'obligation de garder le secret conformément à l'art. 33 LPG. L'obligation de garder le secret est mentionnée dans la convention entre COPAI et OFAS.

3.2 Communication du mandat

5024 L'office AI confie un mandat d'examen à un COPAI sur la
3/12 base de pièces au dossier et de l'examen effectué par l'office AI (ch. 6006 ss).

3.3 Forme du mandat

5025 Le mandat d'examen confié au COPAI a pour base un
3/12 prononcé de l'office AI. Des copies sont envoyées :
– aux médecins concernés, pour autant qu'ils l'aient demandé et que l'assuré ait donné son accord ;
– à la caisse de compensation compétente pour l'indemnité journalière.

Les données en lien avec l'indemnité journalière sont jointes à la copie pour la caisse de compensation.

5026 L'office AI joint au mandat les pièces nécessaires relatives à
3/12 la situation médicale et économique de l'assuré ainsi qu'à l'orientation professionnelle dont il a bénéficié.

5027 La communication adressée à l'assuré indique la durée
3/12 probable du séjour et donne une indication sur le droit au remboursement des frais de voyage. Si une décision de la caisse de compensation relative à des indemnités journalières doit encore lui parvenir, mention en est faite.

3.4 Forme, durée, prolongation et interruption du séjour

5028 Les examens d'observation professionnelle se déroulent
3/12 sous forme de séjour en établissement ou en ambulatoire, en principe pour quatre semaines au plus. L'assuré est avisé de la date de l'examen par le COPAI.

5029 Le COPAI, après avoir reçu les documents relatifs à un
3/12 assuré, peut convoquer ce dernier à un préexamen d'une durée d'une journée. Le COPAI fait rapport à l'office AI sur les résultats de ce préexamen, brièvement et sans retard.

- 5030 L'examen est terminé dès que les données nécessaires ont
3/12 été recueillies.
- 5031 Le COPAI ne peut licencier l'assuré avant les résultats de
3/12 l'examen que pour des motifs importants (de nature disciplinaire en particulier) et seulement d'entente avec l'office AI qui lui a confié le mandat d'examen. En cas de licenciement prématuré pour raison médicale, les documents sont soumis au SMR pour avis.
- 5032 Le COPAI peut exceptionnellement prolonger la durée de
3/12 l'examen, de quatre semaines au maximum, mais seulement avec l'accord de l'office AI compétent et d'entente avec l'assuré. Cette prolongation ne requiert pas de prononcé particulier de l'office AI ni de communication à l'assuré.
- 5033 Le COPAI annonce sans retard, à l'office AI et à la caisse de
3/12 compensation compétente pour les indemnités journalières, l'entrée en examen de l'assuré, les éventuelles prolongations ou interruptions, et la fin du séjour (voir le modèle d'annonce à l'annexe IV).

3.5 Collaboration entre COPAI et office AI

- 5034 Pendant l'observation professionnelle, le COPAI, l'office AI
3/12 et, pour les questions de nature médicale, le SMR se tiennent en étroit contact.

3.6 Rapport final

– Généralités

- 5035 Le rapport final est fourni sans retard au terme de l'examen
8/12 d'observation professionnelle (dans un délai d'une à deux semaines). Il doit permettre à l'office AI d'apprécier convenablement la question de la réadaptation.

– Forme et structure

5036 La forme du rapport final est libre, mais il doit être rédigé et
3/12 structuré de manière claire selon le schéma figurant à l'an-
nexe IV.

– Communication

5037 Le COPAI remet un exemplaire du rapport à l'office AI (en lui
3/12 retournant les pièces communiquées).

– Prononcés de l'office AI / arrêts des tribunaux

5038 L'office AI rédige dès que possible son prononcé pour la suite
3/12 des mesures.

5039 Le COPAI peut, sur demande, recevoir une copie de la déci-
3/12 sion de l'office AI et des arrêts des tribunaux, pour autant que
l'assuré ait donné son accord.

3.7 Mesures (en particulier de réadaptation professionnelle) après l'examen dans un COPAI**– Généralités**

5040 Pour favoriser une réadaptation professionnelle rapide,
3/12 l'office AI veille à ce que la phase d'observation et celle de la
réadaptation s'enchaînent sans discontinuité. Par consé-
quent, l'exécution de mesures de réadaptation profession-
nelle après un examen dans un COPAI doit être traitée en
priorité par l'office AI.

– Mesures immédiates avant le prononcé de l'office AI

5041 Si, pendant l'examen d'observation, le COPAI parvient à la
3/12 conclusion que des mesures de réadaptation professionnelle
doivent être commencées immédiatement, il peut, avec l'ac-
cord de l'office AI compétent et d'entente avec l'assuré,

mettre en œuvre les mesures nécessaires en dehors du CO-PAI, pour une période de 90 jours au plus. Une proposition écrite en ce sens sera soumise sans retard à l'office AI, pour rédaction d'un prononcé. Si l'office AI n'est pas d'accord sur les mesures entreprises, il en ordonne l'interruption au terme le plus proche, avec prise en charge des frais jusqu'à ce moment-là.

Les organes concernés veillent à ce que la ou les décisions sur les mesures à suivre puissent être prises dès que possible.

Annexes :

- I Instructions concernant l'aide administrative aux assurances-invalidité étrangères, du 24 février 1965 (11.272)
- II Conventions
- II Evaluation du taux d'invalidité au nom des organes PC
- IV Modèles d'annonce d'entrée ou de sortie et de rapport final du COPAI
- V Manuel de SuisseMED@P
- VI Mandat concernant les expertises médicales

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 la personne assurée 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

Convention

Voir : www.iiz-plus.ch

Annexe III

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 (OAI), celui-ci la transmet immédiatement à l'organe PC compétent. L'OAI 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'OAI compétent d'évaluer le taux d'invalidité. L'OAI 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'OAI 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'OAI.

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'OAI. Si l'OAI 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 IV**Annonce d'entrée ou de sortie et rapport final du COPAI
(modèles)**

Numéro d'assuré

COPAI, annonce d'entrée ou de sortie

Assuré(e) : nom, prénom, adresse exacte, NPA, domicile
--

Office AI

L'assuré(e) susmentionné(e)

- est entré(e) dans notre établissement le _____
- a quitté notre établissement le _____ au terme de l'examen.
- a quitté prématurément notre établissement le _____ de sa propre initiative.
- a été licencié(e) par nous prématurément le _____ après entente avec _____ en raison de _____
- est d'accord avec la prolongation nécessaire du séjour d'examen qui doit se terminer à peu près le _____
- est entré(e) en formation le _____ après avoir donné son accord.

Lieu et date

Timbre et signature COPAI

Copie à la caisse
de compensationSignature de
l'assuré(e)

34.749

Rapport final du COPAI (modèle)

1. Identité de l'assuré
(nom, numéro d'assuré, nationalité)
2. Conditions personnelles, scolaires et professionnelles
 - formation scolaire, langue maternelle et connaissances de langues étrangères
 - compréhension de la langue
 - formation professionnelle acquise à ce jour (y compris formation accélérée)
 - activités professionnelles exercées jusque-là, aptitudes professionnelles particulières et habileté observées
 - mobilité et flexibilité intellectuelle
3. Appréciation du comportement et de l'activité dans le COPAI
 - comportement dans le centre en général et au travail, en particulier attitude à l'égard du travail, motivation
 - facteurs personnels et sociaux, susceptibles d'influencer la réadaptation
 - particularités de caractère susceptibles d'influencer la réadaptation d'une manière positive ou négative
 - capacité de charge professionnelle, compte tenu des limitations constatées sur le plan médical
 - du point de vue quantitatif
 - du point de vue qualitatif
 - profil négatif et positif des exigences sur la base des examens effectués en établissement et des éventuels placements à l'essai. L'appréciation tiendra compte des possibilités de traitement médical, le cas échéant, de mesures médicales de l'AI ou de la remise de moyens auxiliaires.
 - Possibilité de réadaptation compte tenu des capacités établies et de l'intérêt manifesté, en indiquant d'une manière concrète les activités ou métiers qui entrent en considération
 - par l'apport personnel, avec placement par l'office AI ou par l'office du travail
 - avec mesures de réadaptation professionnelles à proprement parler, en précisant le contenu, la durée et la nécessité de celles-ci pour l'assuré.
On indiquera le but professionnel poursuivi, les chances de réalisation pratique et l'avis de l'assuré sur ces mesures.

4. Durée du séjour

Durée du séjour, motifs d'une prolongation ou d'un abandon prématuré.

Annexes :

- documents médicaux établis pendant le séjour COPAI
- dossier de l'office AI en retour

SuisseMED@P :

Guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI

(Etat au 15 novembre 2015)

I. Introduction

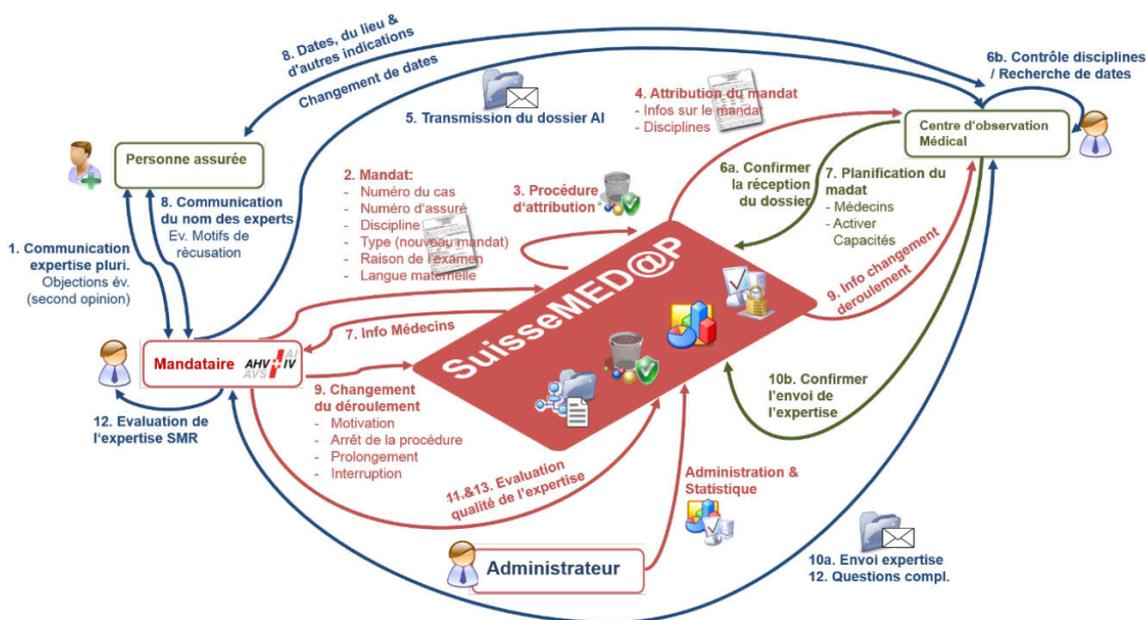
SuisseMED@P est une plate-forme en ligne. Elle attribue des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire¹ de manière aléatoire

A partir du 1^{er} mars 2012, les offices AI sont tenus d'attribuer tous les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire par l'intermédiaire de SuisseMED@P (art. 72^{bis} RAI). A compter de cette même date, les centres d'expertises n'ont plus le droit d'accepter de mandats des offices AI que par l'intermédiaire de SuisseMED@P.

II. Déroulement

Les flèches rouges et vertes correspondent aux activités électroniques se déroulant sur SuisseMED@P et les flèches bleues aux activités qui n'ont pas lieu sur la plate-forme :

¹ Dans le cadre du présent guide, une expertise est qualifiée de pluridisciplinaire dès lors qu'elle se compose d'au moins trois expertises ou qu'au moins trois disciplines médicales sont concernées, dont, dans tous les cas, la médecine générale / interne.



– Numéro 1 (en dehors de SuisseMED@P) :

L'office AI annonce à l'assuré qu'il juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire. Il l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts². L'assuré peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours.

– Numéro 2 (SuisseMED@P) :

Dès qu'un accord a été trouvé entre l'office AI et l'assuré concernant l'expertise médicale pluridisciplinaire, l'office AI saisit le mandat sur SuisseMED@P sous NOUVEAU MANDAT.

L'office AI sélectionne deux disciplines médicales, en plus de la MÉDECINE GÉNÉRALE/INTERNE (présélectionnée).

Les offices AI qui ont indiqué dans leur profil sur SuisseMED@P qu'ils utilisent plusieurs langues de procédure (allemand et français par ex.) précisent, outre la langue maternelle de l'assuré, la langue de procédure souhaitée pour l'expertise.

Sous TYPE D'EXAMEN, il faut indiquer s'il s'agit d'une première demande ou d'une révision.

Sous MOTIF DE L'EXAMEN, l'office AI peut notamment signaler au centre d'expertises qu'il aura aussi à traiter les questions ajoutées par l'assuré.

² Une communication-type figure dans le catalogue des textes AI.

Le numéro attribué au mandat par SuisseMED@P peut être modifié sous N° DE RÉFÉRENCE. Le cas échéant, ce numéro sera utilisé systématiquement en rapport avec le mandat concerné.

– Numéros 3 et 4 (sur SuisseMED@P) :

Lorsque l'office AI transmet le mandat (TRANSMISSION DU MANDAT), SuisseMED@P l'attribue de manière aléatoire à un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues ; possibilité de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée³).

Le centre d'expertises auquel le mandat a été attribué de manière aléatoire et l'office AI à l'origine du mandat sont informés de l'attribution du mandat par courriel. Les informations peuvent aussi être consultées sur SuisseMED@P sous MANDATS.

– Numéro 5 (en dehors de SuisseMED@P) :

Conformément au chiffre marginal 2074.2 CPAI, l'office AI envoie sans délai, par courrier postal, le dossier préparé complet de l'assuré au centre d'expertises auquel le mandat a été attribué de manière aléatoire. Le numéro du mandat⁴ doit toujours figurer au dossier.

– Numéro 6a (sur SuisseMED@P) :

Le centre d'expertises saisit la date de réception du dossier. Le « chronomètre » s'enclenche à cet instant (durée contractuelle pour l'établissement d'une expertise).

– Numéro 6b (en dehors de SuisseMED@P) :

Le centre d'expertises examine le dossier, le complète si nécessaire (demande de rapports médicaux supplémentaires par ex.) et, pour autant qu'il soit en mesure d'accomplir le mandat⁵, planifie l'expertise.

– Numéro 7 (SuisseMED@P) :

Lorsque le centre d'expertises ajoute une ou plusieurs disciplines médicales à celles choisies par l'office AI (AJOUTER UNE DISCIPLINE), cette

3 Si l'office AI utilise plusieurs langues de procédure, celle qu'il a sélectionnée est déterminante pour la procédure d'attribution. Voir à ce propos les explications relatives au numéro 2 (3^e paragraphe).

4 Voir à ce propos les explications relatives au numéro 2 (dernier paragraphe).

5 Un mandat attribué (numéro 4) doit être mené à terme. Des exceptions sont possibles si le centre d'expertises fait valoir de façon convaincante, par écrit, qu'il est indispensable d'élargir l'expertise à une discipline médicale non prévue par l'office AI et dans laquelle il ne réalise en principe pas d'expertise. Un mandat attribué peut aussi être considéré comme ne pouvant être accompli s'il existe des motifs de récusation (voir arrêt du Tribunal des assurances sociales de Zurich du 16.3.2016 en la cause P.A.).

sélection élargie est contraignante. Les centres d'expertises expliquent dans un champ plein-texte (COMMENTAIRE) pour quels motifs des expertises lui semblent nécessaires dans une ou plusieurs disciplines supplémentaires ou les motifs pour lesquels il a supprimé une ou plusieurs disciplines proposées par l'office AI.

Sous PLANIFICATION DU MANDAT, le centre d'expertises communique pour chaque discipline le nom et les titres de spécialité médicale des personnes auxquelles l'expertise est confiée. Une fois que le mandat est confirmé (CONFIRMATION DU MANDAT), l'office AI est informé par courriel du nom et du titre de spécialité médicale des experts⁶. Chaque fois qu'il reçoit un mandat attribué de manière aléatoire, le centre d'expertises indique ses capacités résiduelles dans chaque discipline sous MONITEUR DES CAPACITÉS⁷.

Si le centre d'expertises n'est pas en mesure d'accomplir le mandat (cf. note 5), il active IMPOSSIBLE À ACCOMPLIR. Un courriel est alors envoyé à l'office AI à l'origine du mandat. Si l'office AI accepte le motif invoqué par le centre d'expertises pour ne pas réaliser le mandat, il a alors deux possibilités : annuler le mandat (ANNULER LE MANDAT)⁸, ce qui entraîne la radiation du mandat sur SuisseMED@P et l'abandon du processus, ou réattribuer le mandat assorti des disciplines médicales d'origine et complété par la ou les nouvelle(s) discipline(s) (NOUVELLE ATTRIBUTION). Toutes les mutations peuvent être consultées sur SuisseMED@P dans STATUT DU MANDAT.

– Numéro 8 (en dehors de SuisseMED@P) :

L'office AI communique à l'assuré (en joignant une copie au centre d'expertises) quel est le centre qui effectuera l'expertise, les noms et les titres de spécialité médicale des experts. Il attire aussi son attention sur son droit de faire valoir dans les dix jours d'éventuels motifs de rejet ou de récusation à l'encontre des experts cités⁹. Dès cet instant, l'office AI procède aux éventuels changements nécessaires dans le déroulement (cf. numéro 9) mais, pour le reste, se contente

6 Lorsque l'assuré soumis à une expertise est domicilié à l'étranger (mandats de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger), le premier examen auprès du centre d'expertises doit avoir lieu huit semaines au minimum après la date de confirmation du mandat.

7 Si, par manque de capacités, le centre d'expertises désactive une discipline médicale, SuisseMED@P la réactive automatiquement dès que le centre d'expertises a terminé un mandat incluant ladite discipline. Dans l'intervalle, le centre d'expertises est exclu de toutes les procédures portant sur l'attribution de mandats incluant la discipline concernée.

8 Parce que l'expertise n'est plus nécessaire – quelle qu'en soit la raison.

9 Une communication-type figure dans le catalogue des textes AI. Une copie de la communication est systématiquement transmise au centre d'expertises. L'office AI et l'assuré peuvent soumettre des questions supplémentaires si le centre d'expertises a ajouté une ou plusieurs disciplines médicales.

d'attendre la réception de l'expertise. Les reports de rendez-vous sont en principe gérés entre l'assuré et le centre d'expertises.

A l'échéance du délai de dix jours imparti pour soulever des motifs de récusation à l'encontre d'un ou de plusieurs experts désignés, le centre d'expertises indique à l'assuré, avec copie à l'office AI, les lieu et date de convocation et autres indications relatives à l'expertise.

Pour ce qui concerne les personnes résidant à l'étranger, une série de points doivent être examinés, notamment la question des visas, des levées d'interdiction d'entrée en Suisse, du type de moyen de transport à utiliser, de l'hébergement et des avances de frais. Par conséquent, il est nécessaire dans ces cas, pour fixer les dates de convocation, que le centre d'expertises se mette en contact avec l'Office AI pour les personnes résidant à l'étranger.

– Numéro 9 (sur SuisseMED@P) :

Les offices AI sont seuls habilités à saisir des changements dans le déroulement avec la fonction MODIFIER. Les motifs de rejet ou de récusation conduisent en principe à un changement dans le déroulement¹⁰. Les interruptions pour cause de force majeure ou par suite de reports de rendez-vous ou de rendez-vous manqués peuvent aussi nécessiter un changement. En cas d'événement conduisant à un changement dans le déroulement qu'ils jugent inacceptable¹¹, les centres d'expertises en font part, par téléphone ou par courriel, à l'office AI qui les a mandatés, afin qu'il puisse saisir le changement. Les centres d'expertises peuvent consulter tout changement saisi par l'office AI dans DÉROULEMENT DU MANDAT.

– Numéro 10a (en dehors de SuisseMED@P) :

Le centre d'expertises rend son expertise à l'office AI qui l'a mandaté par courrier postal recommandé.

– Numéro 10b (sur SuisseMED@P) :

Le centre d'expertises confirme sur SuisseMED@P l'envoi du rapport d'expertise (CONFIRMER L'ENVOI). Le « chronomètre » s'arrête à cet

¹⁰ Lorsque des objections de nature formelle émises à l'encontre d'un expert ou d'une experte sont justifiées et que le centre d'expertises concerné n'est pas en mesure de trouver un remplaçant ou une remplaçante, l'office AI annule le mandat (ANNULER LE MANDAT) avec la fonction MODIFIER et saisit à nouveau le mandat, sans modification. Le centre d'expertises concerné est exclu de la procédure de réattribution. En cas d'objections injustifiées de nature formelle ou d'objections de nature matérielle, l'office AI suit la procédure prévue au ch. 2079 de la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI). Il arrête le chronomètre (MODIFIER).

¹¹ Le report d'une expertise de quelques jours ne porte pas nécessairement à conséquence.

instant. Du côté de l'office AI le mandat n'apparaît plus sous ACTUELS, mais sous TERMINÉS¹².

– **Numéro 11 (sur SuisseMED@P)**¹³ :

Abrogé

– **Numéro 12 (en dehors de SuisseMED@P) :**

L'office AI examine l'expertise dans les 20 jours suivant la réception, clarifie au besoin avec le centre qui a réalisé l'expertise les questions ouvertes et les points demeurés flous, et porte une appréciation sur la qualité de l'expertise.

– **Numéro 13 (sur SuisseMED@P) :**

L'office AI répond à des questions concernant la qualité de l'expertise sur SuisseMED@P (EVALUATION DE LA QUALITÉ)¹⁴.

– **Numéro 14 (sur SuisseMED@P) :**

L'office AI saisit sur SuisseMED@P la date de sa décision et précise si celle-ci se fonde sur l'expertise et si elle a donné lieu à une procédure judiciaire (CLORE LA PROCÉDURE AI). Si la décision entre en vigueur sans avoir été contestée, le mandat passe du statut TERMINÉS au statut ARCHIVÉS.

La procédure SuisseMED@P se termine lorsque les tribunaux ont statué définitivement sur d'éventuels recours de l'assuré contre la décision et que celle-ci est entrée en force. L'office AI précise sur SuisseMED@P si l'expertise était au cœur du différend et, dans l'affirmative, si le jugement définitif entré en vigueur reconnaît pleinement la valeur probante de l'expertise (CLORE LA PROCÉDURE D'ATTRIBUTION). Pour l'office AI, le mandat passe alors sur SuisseMED@P du statut TERMINÉS au statut ARCHIVÉS.

¹² Du côté du centre d'expertises, le mandat passe du statut EN COURS au statut TERMINÉS.

¹³ Abrogé (Modification du 15 novembre 2015 : avant cette date les offices devaient confirmer la réception de l'expertise).

¹⁴ Les questions visent principalement à établir si l'expertise a valeur probante au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281, 125 V 352).

Annexe VI

Assurance-invalidité fédérale AI

Mandat concernant les expertises médicales

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous vous donnons mandat d'établir pour l'assurance-invalidité (AI) une expertise médicale concernant 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.

Dans les mandats d'expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire :
Veuillez rédiger l'évaluation par consensus en collaboration avec les experts impliqués suivant le modèle ci-joint.

Dans les mandats d'expertise monodisciplinaire ou bidisciplinaire :
Les frais d'expertise sont remboursés conformément au Tarmed. Pour facturer une expertise dans la catégorie E (cas particulièrement complexes), il est nécessaire de demander au préalable une garantie de prise en charge à l'office AI mandant. Veuillez rendre votre expertise dans un délai de ... jours à compter de la date d'attribution du présent mandat.

Motif et circonstances de l'expertise

(à formuler par l'office AI en fonction du cas d'espèce)

Contexte du mandat

À quel stade de la procédure en est le cas : première appréciation / révision / dépôt d'une nouvelle demande ? 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, faire des provisions)
 - **Entretien du logement ou de la maison** (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer à fond, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets) et **garde des animaux domestiques** (les promener, les nettoyer, etc.)
 - **Achats** (courses quotidiennes et achats plus importants) et **courses diverses** (poste, assurances, services officiels)
 - **Lessive et entretien des vêtements** (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures)
 - **Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille**
- *Combien d'heures par semaine une activité adaptée (telle que décrite ci-dessus) peut-elle raisonnablement être exigée de l'assuré si celui-ci, selon l'examen préalable, vaque simultanément à des travaux habituels dans le ménage ?*

Cas avec rapport de l'enquête relative aux travaux habituels

- *Les troubles fonctionnels avancés dans le rapport d'enquête sont-ils plausibles du point de vue médical ?*
- *Combien d'heures par semaine une activité adaptée (telle que décrite ci-dessus) peut-elle raisonnablement être exigée de l'assuré si celui-ci, selon le rapport d'enquête, vaque simultanément à des travaux habituels dans le ménage ?*

Annexe VII**Assurance-invalidité fédérale AI**
Structure de l'expertise**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 d'assuré, 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 recueillies par téléphone)

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)

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

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

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. 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

En cas de maladie addictive, existence ou non d'un autre trouble important ayant causé le développement de la dépendance, et/ou présence ou non de dommages irréversibles consécutifs à la dépendance

7. Évaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 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

7.2 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 possi-

bilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables.

7.3 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)

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité 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 de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence 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 ?

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail 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 (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Capacité 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 de travail 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 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.

Annexe VIII

Assurance-invalidité fédérale AI

Structure de l'évaluation consensuelle pour les expertises bi-disciplinaires et pluridisciplinaires

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 d'assuré)

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

Examen par le responsable du cas (discipline) du voir annexe
Nom, titre

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 ou pour les travaux habituels

4. Évaluation consensuelle)

- 4.1. Évaluation médicale interdisciplinaire avec
 - un résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citations des expertises)
 - une explication/motivation des diagnostics actuels
- 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail
- 4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles
- 4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence
- 4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge
- 4.6. Contrôle de cohérence
- 4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici
- 4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée
- 4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)
- 4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

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 ?

Annexe

- Résumé interdisciplinaire
- Expertises de toutes les disciplines