

Droit et handicap 4/13

Impressum

„Droit et handicap“ paraît en annexe des Informations trimestrielles de Intégration Handicap.

Éditeur: Service juridique *Intégration Handicap*

Bureau de la Suisse romande:
Place Grand Saint-Jean 1
1003 Lausanne
Tél. 021 323 33 52

Consultations juridiques gratuites en matière de droit des personnes handicapées, en particulier dans le domaine des assurances sociales

„Droit et handicap“ peut être téléchargé sous www.integrationhandicap.ch (publications).

Deutschsprachige Ausgabe: „Behinderung und Recht“

Dispositions finales de la révision 6a de l'AI: état intermédiaire et premières clarifications

Dans le cadre de la révision 6a de l'AI, le législateur a prévu dans les dispositions finales que toutes les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique sont à réexaminer dans un délai de 3 ans (c.-à-d. de 2012 à 2014). S'il s'avère que les critères restrictifs en matière d'octroi de rente, développés par la jurisprudence et inscrits dans la loi (art. 7 LPG), ne sont pas remplis, ces rentes doivent être réduites ou supprimées même si les conditions usuelles d'une révision de rente ne sont pas remplies (dispositions finales let. a al. 1). Il est prévu que ces dispositions finales conduisent – selon la volonté du législateur – à la suppression de près de 4'500 rentes „pondérées“, ce qui toucherait au final environ 6'000 personnes.

Bilan intermédiaire guère possible

Après écoulement de plus de la moitié de la période de 3 ans, les médias notamment tentent de tirer un bilan intermédiaire de ce processus. Or, pour diverses raisons, il est encore trop tôt pour faire un bilan: d'une part, dans de nombreux cantons l'administration a laissé passer un certain temps avant de lancer le processus de réexamen des rentes, étant donné qu'elle devait préalablement obtenir une vue d'ensemble des „cas de rentes“. Ensuite, une suppression de rente ne peut en règle générale intervenir qu'après un nouvel examen médical, ce qui nécessite l'obtention de nouveaux rapports médicaux

actuels et la demande d'expertises – un processus qui selon l'expérience prend passablement de temps. Dans les cas où il a été renoncé à des examens médicaux actuels et où il a été décidé, au cours d'une procédure expéditive, de supprimer la rente, on constate que certaines de ces décisions ont ensuite été annulées par des tribunaux cantonaux.

S'ajoute à cela que les rentes ne sont le plus souvent pas supprimées ou réduites immédiatement même si les conditions prévues à la let. a al. 1 des dispositions finales sont remplies: dans tous les cas où des mesures de réadaptation ont été accordées, la rente continue d'être versée jusqu'à achèvement des mesures, mais au maximum pendant 2 ans.

Enfin, bon nombre de décisions concernant des suppressions de rentes ont fait l'objet de recours par les personnes concernées. La plupart de ces procédures sont encore en cours. Pour ces raisons, il n'est guère sérieux d'émettre un bilan intermédiaire chiffré tel que parfois communiqué.

Suppressions et réductions de rentes pour d'autres motifs

Dans notre pratique de conseils juridiques des personnes concernées, nous avons constaté que de nombreuses rentes sont actuellement réexaminées et ensuite certes supprimées ou réduites, mais que le motif de ces suppressions ou réductions n'est souvent pas fondé sur les dispositions finales de la révision 6a de l'AI mais sur des possibilités juridiques ordinaires offertes par la loi, à savoir la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, d'une part, et la révision au sens de l'art. 17 LPGA, d'autre part. Ainsi, il est fréquent de se baser sur de nouvelles expertises pour faire valoir que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. Or, une comparaison des anciennes appréciations médicales avec les nouvelles expertises révèle ensuite que tel n'est loin d'être toujours le cas.

La circulaire de l'OFAS sur les dispositions finales (CDF) a récemment été complétée par une nouvelle disposition

qui recommande d'examiner en premier lieu la possibilité de reconsidérer la rente par la voie „ordinaire”, et de n'appliquer les dispositions finales que de manière subsidiaire si une reconsidération est impossible (chiffre 1019 CDF): la circulaire prévoit ce procédé pour tous les cas où une rente a été octroyée après le 1.1.2008 (entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI) en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. L' „avantage” du point de vue de l'AI pourrait résider dans le fait que la loi n'oblige pas l'administration, en cas de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, à proposer des mesures de réinsertion et à continuer de verser la rente pendant la durée des mesures (jusqu'à 2 ans au maximum).

Dispenses de réexamen selon les dispositions finales

Une suppression ou une réduction des rentes selon les dispositions finales n'est pas autorisée lorsque la personne a atteint 55 ans au 1er janvier 2012, ou qu'elle touche une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de 15 ans (dispositions finales, let. a al. 4). Récemment, cette dernière disposition a donné lieu à un jugement du Tribunal fédéral. L'administration avait fait valoir que le délai de 15 ans commençait à courir dès que la première décision de rente était rendue, et non au moment de la naissance matérielle du droit à une rente. Concrètement, il s'agissait d'un assuré auquel l'office AI avait alloué, par décision rendue fin 1997, une rente à titre rétroactif à compter de juin 1995.

Dans son jugement du 29.8.2013 (8C_324/2013), le Tribunal fédéral en est heureusement arrivé à la conclusion que c'était le moment de la naissance du droit à une rente qui marquait le début du délai de 15 ans, et non pas la date où la décision de rente a été rendue. Le tribunal a motivé cette décision en arguant que le législateur avait voulu protéger de l'application des dispositions finales les personnes qui, du fait d'une longue absence du marché de l'emploi, n'ont plus guère de chances réalistes de se réinsérer. Il a estimé que le début du droit à la rente, qui naît en règle générale après une année d'incapacité de travail, constituait (contrairement

à la date où la décision est rendue) le seul critère apte à évaluer la durée pendant laquelle l'assuré a été absent du marché de l'emploi. Vu que, dans le cas concret, l'assuré avait droit à la rente depuis plus de 16 ans au moment du lancement du réexamen, le Tribunal fédéral a conclu que la rente ne pouvait être supprimée sur la base des dispositions finales. L'OFAS vient de préciser la circulaire en conséquence (chiffre 1018 CDF).

Georges Pestalozzi-Seger

Toute fatigue pathologique n'est pas „objectivement surmontable“

Dans un jugement de principe du 12.3.2004, le Tribunal des assurances de l'époque avait statué que les troubles somatoformes douloureux étaient en règle générale objectivement surmontables et qu'ils n'étaient par conséquent pas de nature à fonder une invalidité (130 V 352). Par la suite, le TFA et le Tribunal fédéral ont petit à petit déclaré cette supposée surmontabilité applicable à d'autres „syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique“, à savoir la fibromyalgie, le trouble dissocié de la sensibilité et de la réceptivité, le syndrome de fatigue chronique (Chronic Fatigue Syndrom), la neurasthénie, la distorsion de la colonne cervicale (dite coup du lapin) sans déficits fonctionnels d'origine organique démontrables, ainsi que l'hypersomnie.

Cette jurisprudence a parfois conduit certains offices AI à se référer sans nuance à la jurisprudence mentionnée pour nier, dans toute problématique algique ou de fatigue chronique, l'existence d'une invalidité chez l'assuré. Heureusement, le Tribunal fédéral a décidé, dans un nouveau jugement de principe, de mettre le holà à cette pratique.

Contexte

Le cas à juger concernait un assuré âgé de 58 ans qui avait été opéré d'un carcinome épidermoïde pulmonaire du lobe supérieur gauche et traité ensuite par chimiothérapie adjuvante. L'office AI du canton d'Argovie, après avoir demandé dans un premier temps divers rapports, a ensuite ordonné une expertise pluridisciplinaire. Les résultats de cette expertise concluent principalement à la présence d'une fatigue liée au cancer ayant pour conséquence de réduire la capacité de travail du patient de 50%. Or, malgré cette expertise, l'office AI a ensuite refusé d'octroyer à l'assuré le droit à une rente au motif qu'une fatigue liée au cancer, n'étant pas démontrable du point de vue organique, devait être considérée comme un syndrome surmontable moyennant un effort de volonté.

Par la suite, le recours déposé contre cette décision a été accepté par le Tribunal des assurances du canton d'Argovie, suite à quoi l'office AI du canton d'Argovie a décidé de porter le cas devant le Tribunal fédéral.

Le jugement

Le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'office AI par jugement du 19.6.2013 (8C_32/2013). Il a considéré que la fatigue due au cancer était un syndrome multidimensionnel dont souffre la majorité des patients durant la thérapie. Dans 30 à 40% des cas, cette fatigue perdure pendant de nombreuses années après la fin du traitement et dépend de facteurs d'ordre physique, psychologique et social dont les causes sont multiples. Ainsi la présence de causes métaboliques et de modifications endocrinologiques et neurophysiologiques ainsi que de cytokine est évidente. Entre autres, l'accumulation de cellules tumorales détruites revêt une signification étiologique; aujourd'hui, a ajouté le tribunal, les spécialistes discutent de divers facteurs pathophysiologiques et, vu la fréquence de la forte baisse des capacités de performance physique, décrivent principalement des modifications au niveau des centres corticaux et spinaux de la sensorimotricité ainsi qu'au niveau du métabolisme musculaire.

Au final, le Tribunal fédéral a constaté que les causes complexes de la fatigue due au cancer n'étaient certes pas entièrement mises en évidence, mais que cette forme de fatigue chronique se manifestait obligatoirement en relation avec une maladie cancéreuse, raison pour laquelle le tableau clinique était, du moins indirectement, imputable à une cause organique. D'ailleurs, a-t-il ajouté, on ne trouve aucune mention dans la littérature médicale qui attribue cette fatigue à un trouble somatoforme. Par conséquent – selon le Tribunal fédéral –, la fatigue liée à un cancer se distingue clairement d'un „syndrome de fatigue chronique“. Il en a conclu qu'il n'existait donc, du point de vue juridique, aucun élément permettant de supposer que cette maladie est en règle générale objectivement surmontable.

Remarque

Ce jugement revêt une grande importance en ce sens qu'il rend aux appréciations des spécialistes de la médecine la portée qui leur est due et qu'il met un terme à l'agrandissement continu du fossé entre évaluations médicales et évaluations juridiques dans le droit des assurances sociales. Ce qui s'applique à la fatigue due au cancer pourrait s'appliquer dans la même mesure à la fatigue en cas de SEP, qui est également fréquente, à la fatigue apparaissant dans le cadre d'un syndrome post-polio ainsi qu'à d'autres symptômes de fatigue découlant de graves maladies organiques.

Georges Pestalozzi-Seger

Pas de convention de sécurité sociale pour les ressortissants du Kosovo

Historique

Après la sécession du Kosovo de la Serbie et la reconnaissance du nouvel État par la Suisse en février 2008, des négociations ont eu lieu – comme il est d'usage dans de tels cas – concernant la poursuite de l'applicabilité de la convention de sécurité sociale signée en son temps avec la République populaire de Yougoslavie (qui, suite à la dissolution de cette dernière, garde sa validité pour la Serbie). Comme on sait, ces négociations n'ont pas abouti à un résultat positif, raison pour laquelle le Conseil fédéral a décidé, en décembre 2009, de ne plus appliquer la convention de sécurité sociale en question, maintenue jusque-là selon des bases informelles, à compter du 1.4.2010. L'avis des autorités suisses selon lequel le nouvel État n'a pas suffisamment coopéré pour lutter contre les abus dans l'assurance-invalidité a contribué de manière essentielle à cette décision. Dans les médias, la décision du Conseil fédéral a été communiquée comme la „résiliation" de la convention.

Par la suite, une décision de principe rendue le 15.4.2010 par le Tribunal administratif fédéral a créé une situation d'incertitude générale: le tribunal de première instance en est arrivé à une conclusion quelque peu audacieuse en déclarant que les personnes originaires du Kosovo continuaient de posséder la nationalité serbe du fait que la constitution serbe exclut explicitement l'indépendance du Kosovo, raison pour laquelle la nationalité serbe de ces personnes n'a pas pu être annulée. Le Tribunal administratif fédéral a par conséquent décidé que la convention de sécurité sociale avec l'ex-Yougoslavie restait applicable aux ressortissants du Kosovo.

Ce jugement n'a jamais été reconnu par l'administration. La clarification espérée de la situation n'a toutefois pas eu lieu étant donné que le Tribunal fédéral a régulièrement décidé la non entrée en matière, pour des raisons formelles, sur des recours déposés en ce sens (cf. entre autres le jugement du 27.9.2011; 9C_329/2011).

Jugement du 19.6.2013

Dans son jugement du 19.6.2013 (139 V 263), le Tribunal fédéral a enfin apporté les clarifications nécessaires en soutenant la position de l'administration et en rejetant l'avis du Tribunal administratif fédéral. Dans sa motivation, qui se lit comme une étude de droit international public, le Tribunal fédéral en est arrivé à la conclusion que la manière de procéder des autorités fédérales était correcte sous tous rapports. Vu qu'il n'y a jamais eu d'accord sur la reconduction de la convention de sécurité sociale avec l'ex-Yougoslavie resp. avec l'État successeur, la Serbie, une résiliation formelle de la convention n'était donc pas nécessaire. D'autre part, le fait que la Suisse ait provisoirement continué d'appliquer la convention de sécurité sociale après la reconnaissance du Kosovo ne saurait changer quoi que ce soit à ce résultat, la République du Kosovo ayant toujours été consciente qu'une reprise définitive nécessitait un accord avec la Suisse.

L'avis du Tribunal administratif fédéral, selon lequel tout ressortissant kosovar est à considérer également comme un ressortissant serbe, a été rejeté par le Tribunal fédéral. Il a estimé que le nouvel ordre établi dans les États successeurs de l'ancienne Yougoslavie se caractérisait (de la même manière que lors de l'éclatement de l'Union soviétique et de la Tchécoslovaquie) par le principe que le changement de souveraineté territoriale entraîne également le changement de nationalité de la population vivant dans la région en question. La République du Kosovo autorise certes la double nationalité; mais ce fait ne permet pas de déduire que les ressortissants kosovars possèdent automatiquement la double nationalité kosovo-serbe. Compte tenu de la situation régie par les normes de droit international, la République de Serbie ne peut faire valoir la prérogative de définir elle-même ses propres ressortissants, a précisé le tribunal. La Suisse n'est du moins pas liée à l'avis de la République de Serbie et elle peut, de ce fait, refuser d'accepter cette vision des choses. Dans le cas d'espèce, l'existence de la double nationalité kosovo-serbe n'est certes pas exclue; or il convient non seulement d'en affirmer la possession de façon convaincante mais aussi d'en fournir une preuve

conforme aux exigences légales sous forme de documents. Il n'en était pas ainsi dans le litige qui devait être jugé.

Conséquences

Le jugement du Tribunal fédéral portait sur la question, relevant du droit en matière d'AVS, de savoir si une personne vivant au Kosovo peut demander qu'une rente de vieillesse de l'AVS, à laquelle elle peut en soi prétendre vu que des cotisations ont été versées en Suisse, peut lui être versée dans son pays d'origine. Sans convention de sécurité sociale, un tel export n'est toutefois pas possible. Cette interdiction d'exporter des rentes, qui constitue certainement l'effet le plus radical de cette absence de convention, touche dans la même mesure les personnes âgées et invalides.

Dans le domaine de l'AI, les ressortissants du Kosovo subissent en outre à maints égards d'autres désavantages par rapport aux autres ressortissants d'États successeurs de l'ex-Yougoslavie. Ainsi p. ex., une allocation pour impotent peut être refusée si l'impotence est survenue à un moment où la personne assurée n'a pas encore versé des cotisations pendant une année, resp. (chez les mineurs) si elle a séjourné en Suisse depuis moins de 10 ans.

Au final, le fait qu'une population aussi étendue vivant et travaillant en Suisse de-meure ainsi sans la protection d'une convention de sécurité sociale est extrêmement insatisfaisant. C'est pourquoi il faut espérer que les deux parties parviendront le plus vite possible, dans le cadre de négociations, à éliminer leurs divergences et à aboutir à une solution consentie mutuellement.

Droit intertemporel

Dans sa décision de ne plus appliquer la convention de sécurité sociale avec l'ex-Yougoslavie aux ressortissants du Kosovo, l'administration avait précisé que toutes les rentes allouées par décision avant le 31.3.2010 continueraient d'être versées aux ressortissants du Kosovo ayant leur domicile à l'étranger, et ce au sens d'une garantie

des droits acquis. Du point de vue de l'administration, la date déterminante pour déclencher la garantie des droits acquis était par conséquent celle de la décision.

Or, le Tribunal fédéral a rendu un autre jugement, daté celui-là du 8.7.2013 (139 V 335), qui corrige ce point. Le cas à juger concernait un ressortissant kosovar qui s'était vu allouer, par décision du 12.7.2011, une rente de trois-quarts à titre rétroactif à compter d'août 2009. Le Tribunal fédéral a statué qu'il fallait régulièrement considérer comme déterminants du point de vue temporel les normes en vigueur au moment où les faits entraînent des conséquences juridiques. Ce principe permet de conclure qu'au moment de la naissance du droit à la rente, la convention de sécurité sociale était encore applicable à l'assuré concerné. Contrairement à ce que l'administration avait supposé, la date à laquelle la décision a été rendue n'a en soi pas d'importance, vu qu'un certain caractère arbitraire lui est inhérent resp. qu'elle dépend fortement de facteurs que seule l'administration peut influencer.

L'OFAS a tenu compte de ce jugement en clarifiant dans une circulaire n° 332, qui est relativement récente, que les rentes doivent être versées comme auparavant aux ressortissants kosovars domiciliés hors de Suisse lorsque le droit à une rente est né au plus tard le 31.3.2010. Seules les quarts de rentes de l'AI sont exclues de cette règle.

Georges Pestalozzi-Seger

Nouveau jugement du Tribunal fédéral concernant les expertises mono- et bidisciplinaires

Dans l'édition de Droit et handicap 4/11, nous avons commenté le jugement de principe rendu par le Tribunal fédéral le 28 juin 2011 concernant l'égalité des armes et l'équité dans la procédure AI (137 V 210). Nous avons souligné le renforcement des droits d'être entendu et de participer lors de l'établissement d'expertises administratives comme étant l'une des conclusions essentielles de ce jugement, en insistant notamment sur la nécessité d'une tentative d'accord quant au choix de l'expert et des questions à poser. En outre, nous avons évoqué les suggestions adressées par le Tribunal fédéral au pouvoir réglementaire et à l'autorité de surveillance (OFAS) concernant la garantie d'une procédure équitable.

Après que le Tribunal fédéral ait suggéré de choisir les experts pluridisciplinaires (centres COMAI) selon le principe aléatoire, le pouvoir réglementaire a mis en vigueur, à compter du 1er mars 2012, l'art. 72bis RAI. Selon cette disposition, les expertises médicales comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral (OFAS) par une convention (art. 72bis al. 1 RAI). D'autre part, l'attribution des mandats d'expertise doivent se faire de manière aléatoire (art. 72bis al. 2 RAI). La mise en œuvre s'effectue par le biais de la plate-forme Internet SuisseMed@P installée par l'OFAS. L'ensemble de la procédure d'établissement d'une expertise est piloté et contrôlé à l'aide de cette plate-forme.

Nouveau jugement du Tribunal fédéral du 3 juillet 2013

Peu de temps après le jugement de principe susmentionné (137 V 210) dans lequel le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur les expertises pluridisciplinaires effectuées par les COMAI, le TF a rendu un nouveau jugement le 3 juillet 2013 (9C_207/2012) dans lequel il se prononce sur des questions de droit de procédure en cas d'expertises

mono- et bidisciplinaires. Après consultation de la Ire et IIe Cour de droit social, le Tribunal fédéral a évalué les deux questions suivantes:

1re question: Est-il conforme à la loi de limiter, en vertu de l'art. 72bis RAI, l'attribution de mandats selon le principe aléatoire aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales (expertises pluridisciplinaires)? Réponse: *oui*.

2e question: Les autres exigences relevant de l'État de droit sont-elles applicables en analogie, selon la jurisprudence (137 V 210), aux expertises mono- et pluridisciplinaires? Réponse: *oui*.

Dans ce qui suit, nous expliquons les raisonnements ayant conduit le tribunal à répondre à ces deux questions par l'affirmative.

Limitation de l'attribution de mandats selon le principe aléatoire

Comme déjà mentionné, l'attribution d'expertises pluridisciplinaires s'effectue selon les conditions statuées dans l'art. 72bis al. 1 et al. 2 RAI. En cas d'expertises mono- et bidisciplinaires, en revanche, les mandats ne sont pas conférés selon ce système (pas de convention nécessaire avec l'OFAS, pas de principe aléatoire). Le cercle des experts qui entrent en ligne de compte est beaucoup plus large (p. ex. cliniques universitaires, médecins et experts pratiquant à titre indépendant). Le Tribunal fédéral estime que le seul fait qu'il y a absence de *numerus clausus* interdit de soumettre les expertises mono- et bidisciplinaires au principe aléatoire, et il considère cela comme une raison matérielle de n'appliquer l'art. 72bis RAI qu'aux expertises pluridisciplinaires. En outre, notamment en raison de la large latitude d'action dont dispose le Conseil fédéral en tant qu'autorité réglementaire, le Tribunal fédéral estime que la limitation du champ d'application de l'art. 72bis RAI aux expertises pluridisciplinaires est conforme à la loi.

Après que le Tribunal fédéral, dans son jugement de principe susmentionné (137 V 210), ait enfin suggéré au pouvoir réglementaire et à l'OFAS de procéder à des correctifs en vue de rendre la procédure équitable, il est quand même

un peu décevant qu'il motive la conformité légale du fait de limiter l'attribution aléatoire aux expertises du COMAI notamment par la large marge d'action dont dispose le pouvoir réglementaire. Il aurait été souhaitable de faire preuve d'un peu plus de courage et d'élargir le principe aléatoire aux expertises mono- et bidisciplinaires, d'autant que cela semble tout à fait faisable vu les possibilités offertes par une plate-forme informatique, et ce même pour un cercle largement plus important d'experts qui entrent en ligne de compte. Le Tribunal fédéral invite tout de même l'OFAS à s'occuper désormais avec détermination des exigences formulées dans le jugement de principe (137 V 210), mais pas encore mises en œuvre jusqu'à ce jour, concernant l'égalité des armes et l'équité dans la procédure AI.

Applicabilité des autres exigences relevant de l'État de droit

Dans son jugement, le Tribunal fédéral attire en outre l'attention sur le fait que, compte tenu de la limitation légale de l'attribution aléatoire des mandats aux expertises pluridisciplinaires, il est d'autant plus important de respecter les garanties de la procédure (droits de participation, obligation de rendre une décision et protection légale) dans les expertises mono- et bidisciplinaires. Car la demande d'expertises mono- et bidisciplinaires, précise le tribunal, ne doit pas être détournée pour éviter l'attribution aléatoire des mandats à des centres COMAI, étant donné que l'expertise pluridisciplinaire et l'attribution aléatoire nécessaire à cet effet constituent, dans des cas complexes, l'instrument réglementaire pour établir les faits médicaux dans la procédure AI non litigieuse. Si l'office AI s'écarte de cet instrument réglementaire en demandant une expertise bi- voire monodisciplinaire – le cas échéant même auprès d'un centre COMAI –, il doit obligatoirement tenter de parvenir à un accord. En cas d'échec de cette tentative, une décision doit être rendue.

Expertise pluridisciplinaire comme instrument réglementaire d'une expertise initiale

Dans ses considérants, le Tribunal fédéral mentionne de manière presque accessoire que l'expertise administrative initiale détaillée doit s'effectuer généralement de façon pluridisciplinaire et donc selon le principe aléatoire, et qu'une attribution directe du mandat doit rester exceptionnelle. Il précise qu'il convient de demander une expertise pluridisciplinaire même dans le cas où l'atteinte à la santé du patient semble certes relever uniquement d'une ou de deux disciplines médicales, mais que la nature du problème de santé n'est pas encore entièrement clarifiée avec certitude. Ce n'est que dans des cas justifiés qu'il est autorisé de renoncer à une expertise pluridisciplinaire et de procéder à une expertise mono- ou bidisciplinaire. Un tel cas se justifie lorsque la situation médicale concerne de toute évidence exclusivement une ou deux spécialités, que d'autres liens interdisciplinaires s'avèrent inutiles et qu'il n'y a pas besoin de clarifier en particulier la situation du point de vue de la médecine du travail resp. d'une réadaptation professionnelle. Selon le Tribunal fédéral, ces conditions pourraient notamment être remplies lorsqu'il s'agit d'expertises de suivi.

Si, à l'occasion d'une expertise initiale, l'office AI ordonne une expertise mono- ou bidisciplinaire, il faut donc s'assurer qu'il s'agit vraiment d'un cas justifié qui permette de renoncer à une expertise pluridisciplinaire. Si, dans le cas concret, une expertise mono- ou bidisciplinaire paraît justifiée mais qu'il y a désaccord quant au choix de l'expert, il est possible d'insister sur une tentative d'accord. Une décision rendue par la suite peut être contestée dans toute son étendue auprès du tribunal cantonal des assurances.

Petra Kern