

# Assurance-qualité des expertises médico-assurantielles

## Manuel de procédure d'évaluation par les pairs (PEP)

Élaboré par un groupe d'experts sur mandat de l'assurance-invalidité fédérale de l'OFAS, 2020

Révisé par le secrétariat spécialisé de la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (COQEM), 2024



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

sur la base du manuel de contrôle de la *Deutsche Rentenversicherung*, édition 2018



Deutsche  
Rentenversicherung

## Table des matières

I.	Introduction.....	2
II.	Principes de la procédure de contrôle.....	4
III.	Remarques à l'intention des pairs.....	7
IV.	Mode d'emploi du catalogue de questions.....	11

### I. Introduction

Le développement d'une procédure systématique d'assurance-qualité des expertises médico-assurantielles s'inscrit dans le plan élaboré par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pour améliorer la qualité et la fiabilité des évaluations et expertises médicales dans le domaine de l'assurance-invalidité (AI). L'objectif consiste à mettre en place un contrôle systématique et homogène à l'échelle nationale permettant de comparer la qualité des expertises. Il s'agit de garantir l'uniformité de la procédure d'expertise et donc l'égalité de traitement des assurés de l'AI. À long terme, la mise en place d'un tel système permettra non seulement d'améliorer de manière constante la qualité du travail des centres d'expertises et des experts, mais aussi de mieux comparer les expertises réalisées par ces différents centres, leurs experts ainsi que les appréciations réalisées par les organes d'exécution cantonaux (offices AI).

Régulièrement proposée dans les milieux juridiques et politiques, cette procédure d'assurance-qualité uniforme à l'échelle nationale a été développée et mise en œuvre sur la base du système de contrôle instauré en Allemagne par la *Deutsche Rentenversicherung* (DRV) ; elle s'inspire en particulier du manuel rédigé à cet effet (DRV, 2013, 2018, 2020). Dans le cadre d'un processus consensuel, les médecins-chefs de la Deutsche Rentenversicherung ont convenu de 18 critères de qualité devant servir de référence pour la procédure d'évaluation par les pairs, et les ont concrétisés sous la forme de questions. La qualité des résultats des expertises sera contrôlée au moyen de critères définis.

Dans le système de la *Deutsche Rentenversicherung*, les contrôles de qualité ont lieu de façon ponctuelle, au cours d'une procédure d'évaluation par les pairs, indépendants des cas précis. En Suisse, en complément à cette procédure, les expertises feront également l'objet d'un examen uniforme et transparent lors de leur réception par l'assurance, au moyen d'un outil de pointage concis, reprenant uniquement des thèmes du manuel.

Le présent manuel se réfère exclusivement au catalogue de questions détaillé spécifiquement élaboré pour le contrôle par les pairs en Suisse.

Sur mandat de l'OFAS, un groupe de travail dirigé par Mme Dre. med. M. Hermelink et composé de représentants des différents milieux intéressés (assurés, experts et centres d'expertises, sociétés de discipline médicale, assurance-invalidité et assurances privées, médecins chargés de l'enseignement de la médecine d'assurance) a mené dès 2019 des discussions approfondies afin de définir les outils et les processus ainsi que les aspects qualitatifs à traiter. Sur les 18 thèmes du manuel de la DRV, 16 ont été repris ; certains d'entre eux ont été adaptés et 9 questions supplémentaires ont été définies (A2, C1, C4, D5, E2 à E6) afin de mieux prendre en compte les spécificités suisses. Toutes les questions sont rassemblées dans un **catalogue**.

En Suisse, selon les statistiques officielles de l'OFAS dans le domaine de l'AI, environ 40% des cas évalués font l'objet d'une expertise pluridisciplinaire mandatée à l'externe. Celle-ci se compose de plusieurs expertises par discipline et d'une évaluation consensuelle interdisciplinaire qui fournit une appréciation globale intégrant et pondérant les résultats des expertises par discipline. La structure et le contenu des expertises par discipline n'étant pas comparables à ceux de l'évaluation consensuelle,

deux outils de vérification différents ont été créés, comptant respectivement 24 et 11 questions basées sur 25 thèmes définis.

L'étude pilote menée en 2023 par le secrétariat spécialisé de la COQEM a montré que les 24 questions de contrôle étaient valables, fiables et pertinentes (voir étude pilote PEP). Début 2024, un groupe de travail de la COQEM a adapté cinq questions de contrôle (A2, D1, D3, E5, E6) aux indicateurs de qualité élaborés et publiés par la commission en 2023, afin de les évaluer avec la fiabilité requise.

La COQEM a l'intention d'utiliser le catalogue de questions de contrôle PEP pour un échantillon aléatoire représentatif d'au moins 100 des 11'000 expertises réalisées chaque année en Suisse. Il s'agira d'une procédure en double aveugle, réalisée de manière anonyme, avec des évaluateurs indépendants, expérimentés et formés à la PEP, afin de mesurer l'état de la qualité des expertises médicales (mesures de l'état actuel)<sup>1</sup> et ceci à partir de 2024. Le suivi ultérieur de l'évolution de la qualité dans les années à venir, ainsi que l'identification d'éventuels défauts de qualité lors d'audits de centres d'expertises devrait contribuer à une amélioration constante dans le cadre d'un dialogue sur la qualité, avec les personnes concernées.

**Conditions organisationnelles.** L'étude pilote menée en 2023 par le secrétariat spécialisé de la COQEM a montré que la commission disposait des conditions organisationnelles nécessaires pour mettre en œuvre la PEP. La formation des évaluateurs établie durant la phase pilote s'est déroulée avec succès. La sélection aléatoire des expertises est effectuée par le secrétariat spécialisé de la COQEM. Avant d'être transmises aux pairs évaluateurs, les expertises sont systématiquement rendues anonymes et ne permettent pas d'identifier les personnes concernées ni les experts, et ni, respectivement les centres d'expertises. Le mode de saisie électronique pour l'entrée des résultats d'évaluation a fonctionné parfaitement pendant toute l'étude pilote, à l'entière satisfaction de tous les participants.

**Pairs.** Les pairs sont des médecins d'assurance expérimentés, disposant de connaissances solides dans le domaine de l'assurance-invalidité, qui contrôleront les expertises dans une perspective interdisciplinaire. La compréhension et l'application pratique des questions d'examen PEP pour évaluer la qualité des expertises est une condition importante pour une mise en œuvre uniforme et fiable. Pour cela, ces médecins suivront une formation approfondie durant laquelle ils se familiariseront avec la procédure à l'aide de différents outils (tels que le présent manuel) et examineront seuls et en groupe des exemples d'expertises. En ajustant les éventuelles différences d'appréciation, on développera les critères d'évaluation communs et, avec l'expérience, on intériorisera les critères d'évaluation. Un engagement à cette collaboration des pairs à long terme est souhaitable et assurera la constance dans l'évaluation de la qualité. Les formations des pairs font également l'objet d'un suivi scientifique par la commission.

L'étude pilote effectuée en 2023 a montré que le temps nécessaire à l'évaluation d'une expertise par discipline était d'environ 90 minutes en moyenne pour la version complète de la PEP. En effet, les pairs effectueront cette tâche en parallèle de leur activité principale. Il n'est pas prévu d'en faire un emploi à plein temps, car les pairs doivent justement pouvoir fonder leur travail sur leur expérience pratique en médecine des assurances.

L'engagement des pairs sera soumis à un examen des conditions requises et sur la base des critères de sélection établis par la commission.

**Rapports.** Des rapports de qualité seront rédigés annuellement. Un thème prioritaire sera défini chaque année afin de parvenir à des conclusions dans des domaines différents. Ces rapports réguliers permettront en outre d'observer l'évolution de la qualité des expertises au fil des ans. La commission sera tenue responsable de la publication des rapports.

**Évaluation.** La procédure d'assurance-qualité est conçue comme un système apprenant, favorisant des évaluations continues. Ainsi, les critères de contrôle seront régulièrement passés en revue, en

---

<sup>1</sup> Il s'agit tout d'abord d'expertises à l'attention des offices AI. Pour d'éventuelles applications dans le domaine de la LAA, des adaptations de la procédure seraient nécessaires.

principe tous les quatre ans, et la procédure adaptée en fonction des conclusions qui en auront été tirées.

## II. Principes de la procédure de contrôle

La qualité générale des expertises médicales (indépendamment de cas précis) est assurée par une procédure de contrôle menée par des experts expérimentés (appelés pairs) sur la base du présent manuel.

**Critères de qualité.** La qualité des résultats de l'expertise est analysée à l'aune de critères définis, à savoir *six critères portant sur des thèmes précis et un critère général*. Le critère général *Compréhensibilité de l'expertise du point de vue médico-assurantiel* est un critère de qualité décisif qui doit impérativement être rempli.

Les six autres critères *Structure formelle, Clarté, Transparence, Exhaustivité, Compétences techniques* et *Économicité* visent à contrôler différents aspects qualitatifs. Les lacunes constatées peuvent servir à fournir des retours qui permettront d'améliorer continuellement la qualité des expertises.

**Critères.** Chaque critère est contrôlé à l'aide de **questions** prédéfinies. Le nombre de questions et l'étendue des aspects examinés varient en fonction de chacun des critères.

Le critère **Structure formelle** se divise en deux questions. Ce critère requiert la prise en compte adéquate des exigences formelles pour la réalisation d'une expertise médico-assurantielle. Son contrôle vise à déterminer si les exigences de structure prescrites par l'OFAS (y c. concernant la structure de l'évaluation consensuelle) sont respectées. L'examen de la qualité se réfère ici exclusivement aux aspects purement formels ; l'exhaustivité et la clarté du contenu ne sont pas pertinentes ici et sont examinées à l'aide d'autres critères. Par ailleurs, les délais entre l'examen de l'assuré et la rédaction de l'expertise font également l'objet d'un contrôle.

Le critère **Clarté** se divise en trois questions. Le contrôle porte ici sur l'aspect linguistique de l'expertise ainsi que sur l'utilisation de la terminologie spécifique du droit des assurances et des assertions dans ce domaine. L'expertise doit être rédigée de manière compréhensible et concise. Il faut éviter, dans la mesure du possible, les abréviations techniques dans les diagnostics et l'évaluation, et utiliser un langage courant. La terminologie de la médecine des assurances doit être employée correctement, et les exposés ou conclusions juridiques ne sont pas admis dans l'expertise médicale.

Le critère **Transparence** se divise en cinq questions. Le contrôle vise à déterminer dans quelle mesure les méthodes d'examen utilisées sont décrites et si les critères pour évaluer les résultats obtenus sont décrits dans l'expertise. La source, la date et les observations clés relatives aux informations anamnestiques et aux résultats médicaux doivent être identifiables ; l'expertise doit faire la distinction entre les résultats d'examens concrets et les symptômes rapportés. Les résultats d'examens pertinents pour l'évaluation doivent être comparés à des valeurs de référence. Enfin, la date, l'heure et la durée des différents examens et entretiens doivent être documentées.

Le critère **Exhaustivité** se divise en cinq questions. Il vise à déterminer dans quelle mesure l'anamnèse est présentée de manière exhaustive, les diagnostics sont motivés et codés de façon compréhensible, les écarts observés par rapport aux rapports précédents sont discutés et les réponses aux questions de médecine des assurances sont complètes. Il s'agit en outre de vérifier que les expertises interdisciplinaires contiennent aussi une appréciation intégrative à part entière. On parle bien ici de l'évaluation de l'exhaustivité et non de l'exactitude des réponses apportées.

Le critère **Compétences techniques** se divise en sept questions. Elles visent à déterminer dans quelle mesure les connaissances médicales généralement acceptées (figurant dans les directives médicales) sont respectées. La vérification porte sur le rapport entre diagnostics et limitations fonctionnelles ainsi que sur la prise en compte des éventuels diagnostics complémentaires dans les expertises respectives. On attend également de l'expert qu'il présente le(s) traitement(s) suivi(s) par l'assuré jusqu'ici et qu'il se prononce sur d'autres options thérapeutiques réalistes. Sont également

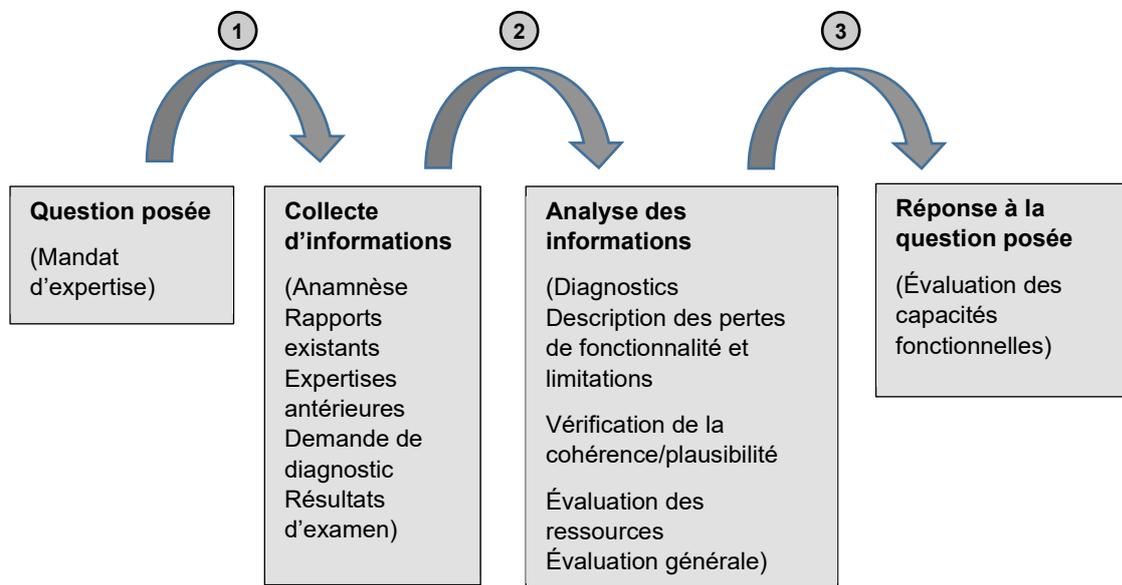
vérifiées l'appréciation des ressources personnelles et des facteurs psychosociaux ainsi que la réflexion critique relative à la cohérence et à la plausibilité.

Le critère **Économicité** se divise en deux questions. Toutes deux se rapportent au diagnostic et sont axées sur le principe d'économicité de la LAI (simple et adéquat). Les processus, méthodes et outils doivent, par conséquent, se conformer à ce principe. La tâche des pairs consiste à vérifier si l'expert a mis en évidence le sens et le but d'un examen ordonné et qu'il en tire des conclusions dans l'évaluation.

### Critère général.

Le critère général **Compréhensibilité de l'expertise** porte sur l'expertise dans son ensemble ; il vise à contrôler la compréhensibilité de son argumentation (voir schéma ci-après). Par argumentation, on entend le lien logique entre les étapes de l'expertise, par exemple le rapport établi entre l'anamnèse/les résultats d'examen et l'évaluation médicale, puis entre cette évaluation et la détermination des capacités fonctionnelles. L'argumentation doit également présenter clairement les limitations fonctionnelles et les pertes de capacité.

Structure de l'argumentation



Selon ce schéma, des informations doivent tout d'abord être collectées sur la base de la *question posée*. L'examen du dossier, l'anamnèse, l'entretien, les informations fournies par des tiers et les résultats d'examen réunis par l'expert font partie de la *collecte d'informations*. L'argumentation se poursuit ensuite par l'*analyse des informations* collectées et documentées par l'expert, puis par la pose de diagnostics (selon la CIM ou le DSM en psychiatrie) et la détermination des limitations fonctionnelles qui en résultent. On attend aussi une réflexion critique sur la collecte d'informations. L'expert présente et soupèse les limitations fonctionnelles, les possibilités de compensation et les ressources du demandeur, les options thérapeutiques ainsi que les diagnostics différentiels. Enfin, il doit *répondre à la question posée* dans le mandat d'expertise. Ici, le contrôle vise à déterminer dans quelle mesure la collecte d'informations et leur analyse ont permis d'évaluer, du point de vue médico-assurantiel, les capacités à travailler sur le marché primaire de l'emploi au niveau quantitatif et qualitatif, et de cerner les (autres) options thérapeutiques envisageables.

En contrôlant ce critère, les pairs jugent de façon globale la compréhensibilité de l'expertise. Dans ce contexte, ils examinent également la neutralité de l'expert.

**Méthodologie du contrôle.** La méthodologie utilisée pour contrôler les critères de qualité consiste à répondre aux questions formulées pour chacun d'entre eux. Pour ce faire, seules les lacunes constatées en lien avec le critère donné sont déterminantes.

Un **système basé sur codage à quatre niveaux** est utilisé pour les **chacun des critères** :

- *Aucune lacune*
- *Lacunes mineures*
- *Lacunes manifestes*
- *Lacunes majeures*

Chaque lacune doit être documentée – au moins à l'aide de mots-clés parlants – et doit être décrite dans la réponse fournie. En l'absence de lacunes, la case *Aucune lacune* est cochée. La classification des lacunes suit un schéma propre à chaque question (voir chap. « Mode d'emploi du catalogue de questions »). Le nombre de questions par critère varie, mais ne correspond en aucun cas à une pondération.

Le **critère général** « Compréhensibilité de l'expertise » est évalué à l'aide du système des **feux tricolores** ROUGE, JAUNE ou VERT. Le contrôle porte ici sur l'argumentation présentée par l'expert. La présence de failles dans l'argumentation remet en cause la compréhensibilité de l'expertise. Leur importance détermine l'appréciation finale, qui se traduit par la couleur du feu attribuée par les pairs. Le feu est VERT s'ils ne remarquent aucune faille significative. S'ils parviennent à combler les failles dans l'argumentation, le feu est JAUNE. S'ils n'y parviennent pas, le feu passe au ROUGE.

Toute lacune constatée, en l'occurrence une faille dans l'argumentation, doit être expliquée et documentée.

Une violation sérieuse du principe de neutralité remet fondamentalement en question la légitimité de l'expertise dans son ensemble. Dans ce cas, la partialité de l'expert doit pouvoir être clairement mise en évidence dans le texte. En cas de violation grave du principe de neutralité, l'expertise se voit attribuer un feu ROUGE.

**Remarque importante:**

**Rapport entre les différents critères.** Il n'existe pas de lien causal entre le critère général et les critères particuliers. Ainsi, une expertise peut être jugée lacunaire au niveau des critères particuliers sans que cela ne se répercute négativement sur le critère général. Inversement, le critère général peut aboutir à une mauvaise appréciation qualitative bien qu'aucune lacune, ou peu, ne soit relevée au niveau des critères particuliers.

### III. Remarques à l'intention des pairs

Seuls des pairs dûment formés sont habilités à contrôler des expertises selon la procédure décrite. Il est interdit de transmettre l'expertise ou de procéder au contrôle avec d'autres collègues. Malgré l'anonymisation, s'il s'avère que l'expertise proviendrait d'un collègue direct travaillant au sein du même service, le secrétariat de la COQEM ayant attribué le mandat doit immédiatement en être informé et l'expert chargé du contrôle, remplacé.

Les dispositions du droit de la protection des données doivent être respectées.

Le déroulement du contrôle d'une expertise médico-assurantielle doit être uniforme et suivre l'ordre prédéfini des questions. Les pairs formulent leurs indications et commentaires dans le champ de texte prévu à cet effet. En cas d'analyse automatique standardisée, ce sont les champs de réponse prédéfinis qui sont pris en compte dans les statistiques. Les données inscrites dans le champ de texte peuvent être transmises aux offices AI, mais également aux experts, et sont particulièrement précieuses pour une exploitation nuancée des résultats.

Il est essentiel que toutes les lacunes constatées soient expliquées et documentées, au moins à l'aide de mots-clés dans le champ texte. Cette démarche contribue à rendre transparent et compréhensible le processus de contrôle, en particulier dans la perspective d'amélioration continue de la qualité.

L'analyse standardisée, par questions, du contrôle par les pairs vise à obtenir des conclusions fiables et significatives. Il est donc capital de vérifier systématiquement le contenu en lien spécifique avec la question correspondante et de ne pas se référer à des éléments apparentés ou plus généraux.

Pour chaque question, les pairs doivent suivre le schéma prédéfini en consignait le niveau de lacune correspondant. Une évaluation médico-assurantielle concluante par rapport à l'anamnèse, aux résultats d'examen et aux troubles fonctionnels présentés dans l'expertise constitue un élément déterminant.

Tous les cas de figure ne peuvent pas être décrits dans un manuel. Le présent manuel ne constitue donc pas la seule base pour le contrôle par les pairs ; ces derniers doivent toujours suivre une *formation* avant de pouvoir l'utiliser. L'objectif premier de ces formations est l'établissement de critères communs et uniformes pour le contrôle.

Résultat de plusieurs années de travail, le présent manuel (conception de base et majorité des questions) a été élaboré par la *Deutsche Rentenversicherung* avec le soutien scientifique du groupe de recherche dirigé par le Pr Vogel (section de psychologie médicale et des sciences de la réadaptation de l'université de Würzburg).

La version adaptée pour la Suisse a été développée et complétée sur cette base par un groupe d'experts dirigé par Mme la Dre. med. M. Hermelink représentant tous les milieux concernés dans le cadre d'un processus réalisé sur plusieurs années ; le manuel a été validé par la COQEM en 2023.

Il fait partie intégrante de la formation des pairs et de la procédure d'évaluation par les pairs.

**À cet endroit, la Confédération suisse souhaite remercier expressément la Deutsche Rentenversicherung, qui lui a généreusement permis d'utiliser son précieux outil de travail pour le développement de l'assurance-qualité en médecine des assurances et de l'adapter à ses propres besoins.**

Les tableaux 1 et 2 donnent un aperçu des questions posées dans le cadre du contrôle.

<b>Tableau 1 Aperçu du catalogue de questions pour le contrôle de l'expertise par les pairs</b>	
<b>Critères particuliers (système à quatre niveaux)</b>	
<b>Critère A : <i>structure formelle</i></b>	
Question A1	Dans quelle mesure les prescriptions structurelles, y compris celles de l'évaluation consensuelle, sont-elles respectées ?
Question A2	Les délais entre l'examen de l'assuré et la réception de l'expertise par l'AI sont-ils appropriés ?
<b>Critère B : <i>clarté</i></b>	
Question B1	L'expertise est-elle rédigée correctement sur le plan linguistique et de façon univoque ?
Question B2	Dans quelle mesure les expressions techniques et les abréviations utiles à la compréhension de l'expertise sont-elles expliquées dans un langage courant ?
Question B3	Dans quelle mesure la terminologie médico-assurantielle est-elle correctement employée ?
<b>Critère C : <i>transparence</i></b>	
Question C1	Le temps d'examen (date, en heures de ... à ...) est-il documenté ?
Question C2	Dans quelle mesure la source, la date et les observations clés relatives aux informations médicales sont-elles identifiables ?
Question C3	Dans quelle mesure les méthodes ayant servi à recueillir les résultats médicaux sont-elles mentionnées ?
Question C4	Dans quelle mesure les sources d'information utilisées par l'expert pour recueillir ses propres résultats d'examen se distinguent-elles ?
Question C5	Dans quelle mesure la base sur laquelle repose l'évaluation des résultats d'examen est-elle présentée ?
<b>Critère D : <i>exhaustivité</i></b>	
Question D1	Dans quelle mesure l'entretien et l'examen clinique sont-ils menés de manière exhaustive par rapport à la complexité de la problématique ?
Question D2	Dans quelle mesure les diagnostics sont-ils basés sur un système reconnu et codés selon ce système ?
Question D3	Dans quelle mesure les divergences significatives entre l'évaluation médico-assurantielle et d'autres rapports antérieurs concernant les capacités fonctionnelles sont-elles décrites et évaluées ?
Question D4	Dans quelle mesure les réponses aux questions médico-assurantielles posées par le mandant, y compris aux questions complémentaires, sont-elles complètes ?
<b>Critère E : <i>compétences techniques</i></b>	
Question E1	Dans quelle mesure les connaissances médicales généralement acceptées sont-elles prises en compte conformément aux directives en vigueur ?
Question E2	Les médecins spécialistes procèdent-ils à des évaluations en dehors de leur discipline ?
Question E3	L'expert médical compétent tient-il compte des diagnostics complémentaires dans son évaluation ?

Question E4	Les déficits fonctionnels et les résultats médicaux documentés sont-ils mis en lien avec les diagnostics posés ?
Question E5	Les facteurs personnels et psychosociaux sont-ils pris en compte ?
Question E6	L'évaluation de la cohérence et la plausibilité est-elle argumentée par l'expert de manière compréhensible ?
Question E7	Dans quelle mesure l'expertise décrit-elle le traitement suivi jusque-là et se prononce-t-elle sur les autres options thérapeutiques ?
<b>Critère F : <i>économicité</i></b>	
Question F1	Dans quelle mesure les méthodes de diagnostic utilisées sont-elles appropriées et nécessaires pour répondre à la question médico-assurantielle posée ?
Question F2	Dans quelle mesure les méthodes de diagnostic utilisées sont-elles suffisantes pour répondre à la question médico-assurantielle posée ?
<b>Critère général (feux tricolores) : <i>compréhensibilité de l'expertise</i></b>	
Critère general	Veuillez, à l'aide du schéma suivant, vérifier la compréhensibilité de l'expertise sur le plan argumentatif.

<b>Tableau 2 Aperçu du catalogue de questions pour le contrôle de l'appréciation générale interdisciplinaire par les pairs</b>	
<b>Critères particuliers (système à quatre niveaux)</b>	
<b>Critère A : <i>structure formelle</i></b>	
Question A1	Dans quelle mesure les prescriptions structurelles, y compris celles sur l'évaluation consensuelle, sont-elles respectées ?
Question A2	Les délais entre l'examen de l'assuré et la réception de l'expertise par l'AI sont-ils appropriés ?
<b>Critère B : <i>clarté</i></b>	
Question B1	L'expertise est-elle rédigée correctement sur le plan linguistique et de façon univoque ?
Question B2	Dans quelle mesure les expressions techniques et les abréviations utiles à la compréhension de l'expertise sont-elles expliquées dans un langage courant ?
Question B3	Dans quelle mesure la terminologie médico-assurantielle est-elle correctement employée ?
<b>Critère D : <i>exhaustivité</i></b>	
Question D3	Dans quelle mesure les divergences significatives entre l'évaluation médico-assurantielle et d'autres rapports antérieurs concernant les capacités fonctionnelles sont-elles décrites et évaluées ?
Question D4	Dans quelle mesure les réponses aux questions médico-assurantielles posées par le mandant, y compris aux questions complémentaires, sont-elles complètes ?
Question D5	Dans les expertises interdisciplinaires, existe-t-il une véritable appréciation intégrative ?
<b>Critère E : <i>compétences techniques</i></b>	
Question E6	La cohérence et la plausibilité sont-elles évaluées ?
Question E7	Dans quelle mesure l'expertise décrit-elle le traitement suivi jusque-là et se prononce-t-elle sur les autres options thérapeutiques ?
<b>Critère général (<i>feux tricolores</i>) : <b>compréhensibilité de l'expertise</b></b>	
Critère général	Veuillez, à l'aide du schéma suivant, vérifier la compréhensibilité de l'expertise sur le plan argumentatif.

## IV. Mode d'emploi du catalogue de questions

La méthode d'utilisation des questions et du critère général pour déterminer les lacunes est présentée ci-après. Pour les pairs, elle constitue la base de vérification de la qualité des résultats de l'expertise dans le cadre de la procédure *ad hoc*.

### Comment se déroule le contrôle ?

Le contrôle porte exclusivement sur le contenu en lien avec la question correspondante et son résultat doit être reporté dans les niveaux prédéfinis.

*Trois niveaux* – « Lacunes mineures », « Lacunes manifestes » et « Lacunes majeures » – sont assortis à chaque question et présentés sous forme de tableau. À noter que la gradation des lacunes diffère d'une question à l'autre.

Elle peut être **quantitative**:

<b>Lacunes mineures</b>	Une abréviation n'est pas écrite en toutes lettres au moins une fois.
<b>Lacunes manifestes</b>	Plusieurs abréviations ne sont pas écrites en toutes lettres au moins une fois
<b>Lacunes majeures</b>	La plupart des abréviations ne sont pas écrites en toutes lettres au moins une fois.

Elle peut s'exprimer sous la forme **d'aspects / de contenus qualitativement différents** :

<b>Lacunes mineures</b>	L'évaluation consensuelle interdisciplinaire reprend quelques passages de l'expertise, mais contient aussi une appréciation intégrative à part entière (qui englobe toutes les atteintes à la santé).
<b>Lacunes manifestes</b>	Il existe des divergences entre les informations figurant dans l'expertise et les formulations employées dans l'évaluation consensuelle qui ne sont pas abordées ni expliquées.

La combinaison de plusieurs aspects qualitatifs par **OU** et **ET** peut également être déterminante :

<b>Lacunes manifestes</b>	Le lien concret entre le diagnostic et les limitations fonctionnelles n'est pas établi. <b>OU</b> Le lien concret entre les résultats médicaux et le diagnostic n'est pas établi.
<b>Lacunes majeures</b>	Le lien concret entre le diagnostic et les limitations fonctionnelles n'est pas établi. <b>ET</b> Le lien concret entre les résultats médicaux et le diagnostic n'est pas établi.

La **pertinence du point de vue médico-assurantiel** peut également définir le niveau de lacune :

<b>Lacunes mineures</b>	Il manque la valeur/le renvoi à la référence pour <b>une mesure non pertinente du point de vue médico-assurantiel</b>
<b>Lacunes manifestes</b>	Il manque la valeur/le renvoi à la référence pour <b>au moins une mesure pertinente du point de vue médico-assurantiel.</b>

La combinaison des différentes formes de gradation fournit un classement propre à chaque question. Il convient donc de bien lire à quoi correspond chaque niveau de lacune pour chaque question.

Si aucun des trois niveaux ne correspond, cocher « Aucune lacune ». Les manques qualitatifs qui justifient l'appréciation des lacunes doivent être décrits dans le formulaire de contrôle.