

Étude thématique

# **Utilité des enquêtes auprès des personnes concernées pour l'assurance qualité des expertises médico-assurantielles, particulièrement, en termes d'équité et de satisfaction à l'égard du déroulement des expertises**

sur mandat de la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (COQEM)

Auteurs

Prof. Dr. Beate Muschalla<sup>1</sup>

PD Dr. rer. nat. Felix Fischer<sup>2</sup>

Anne Meier-Credner, psych. dipl.<sup>1</sup>

Prof. Dr. Michael Linden<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Université technique de Braunschweig, psychothérapie et diagnostic

<sup>2</sup> Université de médecine Charité de Berlin, Centre de recherche sur les résultats axés sur les patients

<sup>3</sup> Université de médecine Charité de Berlin, groupe de recherche Réadaptation psychosomatique

## **1. Mandat**

### **1.1. Mandant**

Le 26 octobre 2022, au nom du Prof. Michael Liebrecht, président de la Commission fédérale extraparlamentaire d'assurance qualité des expertises médicales (COQEM), Roman Schleifer, chef du Secrétariat de la COQEM en Suisse, c/o Office fédéral des assurances sociales (OFAS), a chargé les auteurs de réaliser une étude sur le thème des « enquêtes auprès des personnes concernées par les processus d'expertise médico-assurantielle » et, plus particulièrement, sur l'« *utilité des enquêtes auprès des personnes concernées en termes d'équité et de satisfaction à l'égard du déroulement des expertises* ».

### **1.2. Contexte**

La COQEM s'est vu confier le mandat légal de formuler des recommandations concernant les critères et les outils pour l'évaluation qualitative des expertises (art. 7p, al. 1, let. d, OPGA).

L'instruction médicale prévue par la procédure de l'assurance-invalidité (AI) fournit les éléments nécessaires pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations de l'AI (CPAI, état : 1<sup>er</sup> juillet 2022, ch. 3048).

Selon des études non représentatives menées par l'organisation Inclusion Handicap, de nombreuses personnes concernées ont déploré une mauvaise ambiance lors des entretiens et

un manque d'intérêt des experts à leur égard. Les critiques émises à l'encontre de la conduite de l'entretien ont déjà donné lieu à de multiples interventions et débats au sein du Parlement ainsi qu'à la décision d'introduire l'enregistrement sonore de l'ensemble de l'entrevue de bilan (art. 7k et 7l, al. 2, OPGA).

Une enquête systématique auprès des personnes assurées sur leur satisfaction à l'égard de l'entrevue de bilan n'est pas prévue par le législateur, mais peut être recommandée par la commission dès lors que son utilité pour l'évaluation qualitative des expertises est justifiée.

### **1.3. Objectif et questions de recherche**

En vue d'examiner l'utilité de recueillir les remarques des personnes concernées (les personnes assurées), la commission a décidé de mandater une revue de littérature. Celle-ci devait faire l'état de la recherche et préciser les conditions permettant d'utiliser efficacement cet instrument à des fins d'amélioration de la qualité des expertises médicales.

Les sources devaient provenir de publications scientifiques diffusées dans l'espace européen, anglo-saxon et, en particulier, francophone (Canada compris), comportant par exemple des mots-clés tels que « outil de collecte de données », « satisfaction des patients/personnes assurées », « utilité/avantages », « assurance qualité » et « expertises médicales ».

En résumé, le mandat consiste en une revue de littérature visant à examiner l'utilité de recueillir systématiquement les remarques des personnes concernées afin d'évaluer la qualité des expertises et du processus. En concertation avec le Dr. Schleifer, les questions suivantes ont été identifiées et traitées dans le cadre d'une scoping review (étude de la portée) :

- (a) Dans quelle mesure dispose-t-on de données empiriques concernant le type et l'utilisation des remarques spontanées formulées par les personnes concernées durant et après les expertises ?
- (b) Quels sont les avantages et les limites des évaluations des personnes concernées dans le contexte des expertises médico-assurantielles ?
- (c) Dans quelles conditions et dans quelle optique les évaluations des personnes concernées sont-elles utiles pour l'assurance qualité des expertises médicales ?

## **2. Recherche bibliographique et méthode d'établissement d'expertises**

Pour la recherche bibliographique, les auteurs ont consulté des banques de données internationales (notamment Google Scholar, PubMed, Medline) en utilisant, sous diverses combinaisons, les termes « quality », « (patient) self-rating », « assessment », « instrument », « questionnaire », « PROM » ou « Patient-Reported Outcome Measure », « PRO » ou « Patient-Reported Outcome », « PREM » ou « Patient-Reported Experience Measure », « (patient) satisfaction, benefit », « social medicine », « expert opinion », « guidelines » ainsi que la terminologie germanophone « medizinische Begutachtung », « Qualität », « Patienten/Probandenselbstbericht/-selbstauskunft », « Patienten/Probandenzufriedenheit », « Nutzen » ou les notions françaises « expertise médicale », « qualité », « rapport/auto-rapport (du patient) », « satisfaction (du patient) », « utilité ».

Par ailleurs, ils ont passé en revue les bibliographies des publications identifiées à la recherche de sources complémentaires. Ils n'ont trouvé aucune publication pertinente en français.

En vue de répondre aux questions, les auteurs se sont appuyés sur les principes généraux applicables aux qualités psychométriques pour la validité d'outils de mesure et à

l'interprétation de données (par ex. Schmidt-Atzert & Amelang, 2018) ainsi que sur les normes professionnelles pour l'élaboration des expertises (AWMF, 2019 ; SSPA, 2016).

Ils ont également consulté et pris en compte des procédures d'assurance qualité mises en œuvre dans des contextes de médecine sociale, de réadaptation et d'expertise.

### **3. Bases théoriques**

#### **3.1. Niveaux d'évaluation de la qualité des expertises**

En vue de déterminer si certaines données se prêtent à l'évaluation de la qualité des expertises, il convient dans un premier temps de définir ce concept (Schmidt-Atzert & Amelang, 2018).

##### **3.1.1. Exactitude scientifique**

Par qualité d'une expertise, on entend en premier lieu son exactitude scientifique. Les expertises doivent répondre à des questions médicales et relevant du droit social (par ex. au sujet de la capacité de travail) en utilisant des méthodes adaptées ainsi qu'en recueillant et en examinant des faits conformément aux règles imposées par les normes professionnelles actuelles (cf. AWMF, 2019 ; SSPA, 2016). Elles reposent sur des faits qui ont été répertoriés dans le cadre d'examens de personnes assurées (par ex. examens physiques, investigations, tests et mesures spécifiques à l'aide d'outils professionnellement reconnus et validés et, le cas échéant, questionnaires d'auto-évaluation), en tenant également compte des résultats et des expertises antérieurs. La présentation des constats et des conclusions de l'expertise doit être cohérente et compréhensible.

Toute évaluation de la justesse d'une expertise médicale doit se fonder sur les lignes directrices applicables à l'expertise médicale et sur une vérification des faits et des conclusions. Cette évaluation est réalisée exclusivement dans le cadre d'une « deuxième expertise ou d'une surexpertise » effectuée par d'autres spécialistes, mais non par la personne examinée.

##### **3.1.2. Satisfaction des personnes assurées à l'égard du résultat de l'expertise**

L'enquête auprès des personnes expertisées peut porter sur deux aspects :

- la satisfaction à l'égard du résultat de l'expertise (satisfaction quant au résultat) ;
- la satisfaction à l'égard du processus d'examen sous-jacent (satisfaction quant au processus).

L'évaluation du résultat d'une expertise par la personne examinée reflète en premier lieu le fait que ce résultat répond ou non à ses attentes. Il s'agit donc d'une appréciation subjective, ce qui revêt de l'importance lorsqu'une personne examinée entend former un recours contre la décision prise par l'assurance sociale sur la base de l'expertise établie.

De même pour l'évaluation du processus d'expertise par la personne assurée si elle souhaite faire valoir que l'expert n'a pas recueilli d'éléments décisifs pour la prise de décision ou n'en a pas pris connaissance (par ex. n'a supposément pas écouté).

La décision de répondre favorablement à la demande de recours de la personne concernée et de soutenir ou non celle-ci ou son appréciation incombe aux assurances sociales et aux tribunaux. Leur jugement porte ainsi principalement sur la qualité scientifique de l'expertise.

À cet égard, la qualité de l'expertise, qu'il s'agisse du résultat ou du processus de recueil des informations, est régulièrement critiquée par le représentant juridique de la personne concernée, conclusions correctes ou erronées à l'appui. En dernière instance, il appartient aux tribunaux de suivre ou non ces avis.

### **3.1.3. Satisfaction des personnes assurées à l'égard du processus d'expertise**

En principe, la satisfaction des personnes assurées à l'égard du processus d'expertise ainsi que de la conduite et du climat de l'entretien n'entrent pas en ligne de compte pour l'évaluation de la qualité de l'expertise elle-même. La perception de l'équité par une personne concernée ou sa satisfaction quant au déroulement de l'examen, d'une part, et la réalisation et le résultat de l'expertise, d'autre part, sont en théorie indépendants puisqu'il s'agit d'aspects différents.

Dans la réalité pourtant, ils sont étroitement liés étant donné qu'un résultat décevant peut pousser les personnes assurées à déposer un recours contre le processus d'expertise. À l'inverse, il est possible qu'elles soient satisfaites d'une procédure d'expertise éprouvante lorsque son résultat va dans leur sens.

L'appréciation du déroulement de l'expertise et du climat de l'entretien donnée par une personne examinée peut toutefois se révéler pertinente pour évaluer la qualité de l'expertise lorsque cette personne fait valoir que des aspects importants de ses problèmes n'ont pas été pris en compte. L'argument est alors que la qualité de l'expertise est contestée car les faits ont été recensés de manière incomplète à la suite d'un processus inadéquat. Face à de tels recours, les autorités doivent saisir l'occasion de contrôler l'expertise en question afin d'examiner si les lacunes factuelles invoquées par la personne concernée sont effectivement recevables.

Indépendamment de l'exhaustivité du relevé des faits, la satisfaction des personnes assurées à l'égard du processus d'expertise est aussi pertinente dans la mesure où une perception subjective positive et, en particulier, le sentiment d'équité peuvent contribuer à l'acceptation du résultat d'expertise et à la paix juridique (Echterhoff *et al.*, 2010 ; Rosburg, 2021).

Par conséquent, la note de satisfaction attribuée par une personne concernée ne constitue en principe pas un élément indispensable d'une expertise médicale. Reste à savoir si l'expert devrait consigner ses interactions avec la personne examinée durant l'expertise et dans quelle mesure les remarques de cette dernière sur sa satisfaction à l'égard du processus peut, pour le mandant, faire office d'outil permettant de contrôler aussi bien les expertises que les experts.

Dans ce qui suit sont exposés les critères à appliquer aux appréciations subjectives pour qu'elles livrent des informations judicieuses et fiables ainsi que les facteurs influant sur les évaluations des personnes concernées, qui influencent à leur tour le résultat.

## **3.2. Fiabilité des appréciations des personnes concernées**

La fiabilité signifie que deux observations aboutissent au même résultat. Elle peut varier de 0 (aucune concordance) à 1 (concordance parfaite) (Schmidt-Atzert & Amelang, 2018).

Les exigences applicables au niveau de fiabilité dépendent de la finalité de l'observation. Il convient ici en particulier de faire la distinction entre les observations dont l'objectif consiste à établir des rapports (rapports publics relatifs au fonctionnement du système d'expertise en général, élaborés sur la base des avis de certaines personnes ou à l'aide d'outils spécifiques) et celles qui sont destinées à des évaluations au cas par cas ou à la gestion de processus (évaluation de la compétence professionnelle d'un expert ou gestion de processus décisionnels).

Dans le cas de relevés sur le terrain à des fins de statistique de groupe ou d'examen indicatifs de personnes assurées, des niveaux de fiabilité compris entre 0,5 et 0,7 sont jugés suffisants. Pour ce qui est des observations relatives à la gestion de systèmes et de processus, ils doivent en revanche être proches de 1.

La finalité et les conséquences des appréciations des personnes concernées sont donc décisives s'agissant des exigences de fiabilité et doivent être expliquées et définies, par exemple par la COQEM. Dans le cas où cette dernière entend démontrer au niveau politique que les experts mandatés par les assurances sociales effectuent leur travail dans le respect des personnes concernées, des exigences de fiabilité moins élevées sont alors suffisantes. Si l'enquête a pour but de décider de la poursuite de l'attribution de mandats à un expert ou si le résultat de l'expertise doit être contrôlé par le mandant et la COQEM, le niveau de fiabilité doit être proche de 1. Les auteurs de l'étude ne disposent pas d'informations sur les objectifs concrets des enquêtes.

### **3.3. Validité des appréciations des personnes concernées**

À elle seule, la fiabilité ne constitue pas un critère suffisant pour évaluer l'appréciation de personne concernée. La validité (Schmidt-Atzert & Amelang, 2018), c'est-à-dire le bien-fondé de ce qui est évalué (par ex. satisfaction des personnes assurées vis-à-vis du résultat, du processus d'expertise ou du vécu individuel), est au moins aussi importante.

La validité implique que les catégories d'observation englobent effectivement l'aspect à observer (par ex. satisfaction à l'égard du résultat de l'expertise, perception subjective de l'ambiance de l'entretien ou représentation de l'état psychique de la personne concernée).

Lorsque des observations visent à évaluer et à gérer des systèmes, lesquels ont des répercussions sur le bien-être de personnes (par ex. expertise médicale pour évaluer la capacité de travail et de rendement d'une personne assurée), des exigences élevées doivent alors aussi être posées à la validité :

- Il convient au préalable de déterminer « qui veut savoir quoi ».
- Les données et les évaluations doivent posséder une validité de contenu en vue d'une définition précise des paramètres à observer.
- Les données doivent être disponibles en temps réel.
- Les données doivent permettre d'identifier des mesures concrètes, lesquelles doivent être efficaces, c'est-à-dire conduire à un changement.

Dans le cas d'analyses statistiques de groupe et d'appréciations globales (par ex. « Dans quelle mesure les personnes concernées sont-elles en général satisfaites de leur expertise, tant sur le plan du contenu que sur celui du processus ? »), les règles sont alors les suivantes :

- Il convient au préalable de déterminer « qui veut savoir quoi ».
- Les données et les évaluations doivent posséder une validité de contenu de façon à permettre la formulation d'affirmations circonstanciées (par ex. lorsque la question porte sur la qualité du processus d'expertise, l'auto-évaluation ne devrait pas consister en un rapport sur la pathologie actuelle de la personne concernée).
- Les données n'ont pas besoin d'être disponibles en temps réel, mais seulement au moment où un rapport doit être établi (par ex. une fois par an).
- Les données permettent uniquement d'initier une discussion et, le cas échéant, un autre processus de contrôle, mais ne justifient pas de changement concret.

### **3.4. Distorsion motivationnelle et émotionnelle de la perception et de la mémoire**

Les appréciations des personnes expertisées reflètent leur vécu et leur perception de l'expertise. Dans ce cadre se pose le problème des distorsions de la perception et de la mémoire, mécanismes dans lesquels interviennent tout un ensemble de processus psychologiques, dont notamment les faux souvenirs, les tendances à l'accentuation, l'exagération, la simulation, la dissimulation, la motivation, la suggestion, les aspirations, etc. (cf. Kieser, 2017 ; Merten, 2020 ; Muschalla & Schönborn, 2021 ; Caussé-Versaveau et al., 2018). Ces phénomènes sont par exemple analysés sous l'angle de leur vraisemblance en psychologie légale ou en psychologie de la déposition (cf. Toolin et al., 2022 ; Pfundmair, 2020). Ainsi, lorsqu'une personne est interrogée sur sa propre capacité de travail, elle accentuera en les exagérant les éléments qui sont importants à ses yeux et qui, selon son point de vue et sa motivation individuels, lui sont favorables, tout en minimisant les aspects contradictoires.

Les concepts psychologiques de la mémoire dépendante de l'état (« state dependent memory ») et du raisonnement dépendant de l'état (« state dependent reasoning ») constituent d'autres facteurs fondamentaux dans le contexte des expertises relevant du droit social. Les souvenirs et les perceptions d'une personne ainsi que son appréciation du monde et ses arguments sont directement influencés par son état d'esprit du moment (Blanchette & Richards, 2010 ; Luo & Yu, 2015). Un individu évaluera les mêmes faits de manière différente selon qu'il est d'humeur sereine ou plus pessimiste. Les personnes expertisées se trouvent sans doute fréquemment dans un état psychique altéré, si bien que leur vécu et leur évaluation d'une expertise peuvent être sous l'influence d'un biais négatif dans de nombreux cas.

### **3.5. Particularités des interactions entre experts et personnes concernées**

Les appréciations des personnes concernées quant à leur satisfaction vis-à-vis du processus d'expertise consistent en une évaluation de leurs interactions avec les experts. Ce type de relation interpersonnelle présente diverses particularités, qui peuvent naturellement aussi susciter de l'irritation chez la personne examinée et influencer sur son appréciation.

La personne concernée arrive à l'expertise avec des a priori. En souffrance, elle a notamment des attentes vis-à-vis du résultat de l'expertise, ce qui peut conduire à des craintes ou à des déceptions.

Les experts ne sont pas des thérapeutes et ne sont pas non plus « du côté » de la personne examinée, mais agissent sur mandat d'assurances sociales, de tribunaux ou de tiers – ce dont la personne devrait être explicitement informée. Il n'existe pas de relation contractuelle entre cette dernière et l'expert. L'expert est astreint au principe de neutralité et peut même se voir reprocher un manque de distance si, à la manière d'un thérapeute, il fait preuve d'une grande empathie lorsqu'il s'adresse à la personne examinée et « comprend tout ».

Les experts sont tenus de répondre à des questions posées par le mandant et ne sont pas autorisés à recueillir voire commenter des problèmes sortant de ce cadre que leur exposent les personnes concernées. Ils doivent consigner tous les faits pertinents pour l'expertise dont ils prennent connaissance durant le processus. En ce sens, la confidentialité ou le secret professionnel ne s'applique pas. Les experts sont liés par des dispositions légales, c'est-à-dire qu'ils doivent par exemple évaluer l'« incapacité de travail » – ce qui n'est pas la même chose que porter un jugement sur les troubles des personnes assurées.

Par ailleurs, les experts sont tenus de procéder à une vérification de la cohérence des indications des personnes concernées. Ne pouvant se fier exclusivement aux déclarations subjectives de ces dernières, ils doivent les comparer avec d'autres informations disponibles ainsi qu'observer leur comportement en situation d'expertise. Les personnes assurées peuvent même estimer que les experts sont potentiellement « dangereux », car ils peuvent parvenir à des constats contraires à leurs intérêts. La question se pose dès lors de savoir comment se présente ou peut se présenter le contenu d'une appréciation de personne concernée quant au processus d'expertise.

Pour les personnes assurées elles-mêmes, de telles distinctions juridiques et scientifiques ne sont généralement pas compréhensibles (par ex. « Comment peut-on affirmer que je suis capable de travailler alors que je suis malade ? »). C'est pourquoi des malentendus au sujet de la situation d'expertise et du comportement de l'expert sont prévisibles.

### **3.6. Réactivité et effets indésirables**

La discussion autour de l'adéquation des appréciations des personnes concernées se doit également d'aborder la question des effets négatifs. Les évaluations formulées dans des structures systémiques ne sont pas anodines et ont des répercussions aussi bien sur l'expert que sur la personne examinée (Muschalla, 2018). Nommé « réactivité », ce mécanisme désigne le degré de changement induit par une observation sur son objet.

Lorsque des personnes concernées attribuent des notes de satisfaction relatives au processus d'expertise, l'objectif de l'enquête peut même consister à induire un changement de comportement chez l'expert, de sorte qu'il devienne par exemple plus proche et attentif. Il s'agirait ici d'une réactivité positive. Mais des conséquences négatives sont aussi possibles, si l'expert pense par exemple pouvoir « acheter » la satisfaction en rendant une expertise de complaisance.

L'avis d'un assuré peut également avoir des répercussions sur sa propre personne. La question relative au vécu actuel est susceptible de déclencher une introspection plus approfondie, tandis que celle concernant la qualité de l'expertise peut le mener à s'interroger s'il n'a pas matière à déposer un recours. Des circonstances complexes peuvent être dichotomisées, en étant scindées en uniquement favorables ou mauvaises. Une fois que des positions ont été prises, elles ne peuvent que difficilement être révisées. Un dialogue interne peut s'enclencher, lors duquel les personnes concernées recherchent et développent de nouveaux arguments pour leur propre appréciation, en particulier lorsque celle-ci est ensuite remise en question par des tiers. De même, des raisonnements « pseudologiques » peuvent intervenir, dans lesquels des positions prises sont défendues à l'aide d'arguments sans cesse changeants qui ne reflètent que partiellement la réalité. Cela pourrait compromettre la paix juridique.

### **3.7. Enquêtes axées sur les émotions ou sur le comportement**

La théorie de la mesure distingue deux formes d'enquête, la première étant axée sur les émotions, tandis que la seconde se fonde sur le comportement et des événements (Thierbach & Petschick, 2019 ; Renecke, 2022).

L'enquête qualitative axée sur les émotions recourt à des items, dans le cadre desquels sont demandés des avis globaux sur la satisfaction et la perception (par ex. « L'expert m'a pris(e) au sérieux »).

Les items descriptifs de comportement portent sur des événements et des déroulements concrets (par ex. « L'expert m'a informé(e) »). Ils comportent cependant aussi toujours des aspects liés à l'émotion et des appréciations.

Ces formats d'item correspondent à différents buts et doivent être sélectionnés en fonction. La plupart du temps, il est plus facile d'établir une liste d'avis qualitatifs que des items descriptifs de comportement.

En tout état de cause, il convient de préciser que les résultats d'enquêtes peuvent être influencés par le choix et la formulation des questions ainsi que par les consignes relatives aux alternatives de réponse. Il est possible de concevoir des enquêtes de façon à ce que leur résultat consiste en des degrés de satisfaction élevés ou faibles. Dans ce cadre, des items basés sur le comportement et orientés en fonction des points à évaluer sont mieux adaptés sur le plan méthodologique que des notes globales qualitatives et axées sur les émotions.

#### **4. Possibilités d'utilisation des enquêtes auprès des personnes concernées**

##### **4.1. Enquêtes auprès des personnes concernées réalisées durant l'expertise**

###### **4.1.1. Bilan de l'état de santé**

Lors d'une expertise, des outils d'auto-évaluation peuvent être mis en œuvre pour permettre à la personne concernée de décrire son propre état de santé, comme le recommandent de nombreuses lignes directrices pour l'expertise (Schmidt-Atzert & Amelang, 2018). Des échelles d'auto-évaluation du propre état de santé, à l'instar des listes de contrôle des symptômes destinées à recenser la sévérité des troubles subjectivement perçue par la personne assurée, sont souvent utilisées. Des tests spécifiques des capacités fonctionnelles, par exemple pour les questions neuropsychologiques, peuvent également être employés. Enfin, il existe également des « tests de détection de mensonges » destinés à identifier d'éventuelles affirmations falsifiées de la personne concernée.

Les exigences et les limites aux conclusions précitées s'appliquent systématiquement pour tous les tests. Ils ne peuvent par conséquent pas être considérés comme une constatation de faits (une valeur élevée sur une échelle de dépression ne constitue par exemple pas la preuve de troubles dépressifs). Il est toujours nécessaire de faire procéder à une classification et à une interprétation par une personne familiarisée avec la théorie des tests et les règles d'interprétation de l'outil en question, et ce en référence aux autres constats issus des investigations et de l'examen. Les interprétations et les conclusions cliniques ne sont possibles que sur la base d'une prise en considération appropriée des résultats de l'évaluation dans la situation globale et doivent être justifiées en conséquence (AWMF, 2019 ; Schmidt-Atzert & Amelang, 2018).

###### **4.1.2. Évaluation des interactions**

Les évaluations du comportement interactif pendant ou immédiatement après l'expertise sont soumises aux mêmes limites d'ordre méthodologique, ce à quoi s'ajoute la problématique de la confidentialité. Le fait que la personne concernée ait lieu de penser que l'expert est susceptible d'avoir accès à son retour d'informations et que cela pourrait aussi influencer son avis peut conduire à fausser considérablement l'évaluation, dans un sens aussi bien positif que négatif. De même, il est impossible d'éviter que les déclarations de la personne assurée influent sur l'avis de l'expert, puisque celui-ci n'a à ce moment pas encore achevé son expertise.



Les auteurs ne connaissent aucune méthode de mesure qui ne soit pas sans impact, en particulier dans le cas des attentes des personnes concernées quant aux résultats.

#### **4.2. Enquêtes auprès des personnes concernées réalisées après l'expertise et confiées à des tiers**

Il est possible de mener des enquêtes auprès des personnes concernées dès la séance achevée, voire plusieurs semaines ou mois après, sans que les experts en prennent connaissance.

Il convient alors de déterminer si ces informations doivent être recueillies de façon anonyme ou nominative. Se pose ici la question de savoir qui pourrait tirer quelles conclusions, dans la réalité ou dans l'imagination des personnes assurées. Si ces dernières sont par exemple convaincues que leurs déclarations peuvent démontrer que leur état de santé est plus mauvais que l'a affirmé l'expert, cela aura alors une influence sur leurs avis.

De ce point de vue, il est aussi important de déterminer si la personne concernée avait déjà été informée du résultat de l'expertise au moment de l'enquête. Dans le cas où le résultat est connu et répond aux attentes de la personne assurée, son appréciation du processus sera probablement plus positive et à sa satisfaction plus grande que face à un résultat décevant.

De fait, pour le processus d'expertise également, le feedback de personne concernée revêt plusieurs dimensions et ne constitue pas un exposé des faits univoque.

### **5. Utilisation d'enquêtes feedback dans l'assurance qualité**

Dans le contexte de l'expertise et dans d'autres domaines médicaux, certaines approches font ou devraient faire usage des informations ou évaluations recueillies auprès des personnes concernées.

#### **5.1. PROs, PROMs et PREM**

Par « Patient-Reported Outcomes » (PROs), on n'entend pas les faits objectivement observables, mais seulement les concepts quantifiables de la situation ou de la qualité de vie en rapport avec l'état de santé relevés en interrogeant la personne. Ceux-ci englobent communément des paramètres physiques (par ex. capacité fonctionnelle physique, vécu de la douleur), psychologiques (épisodes anxieux ou dépressifs, vécu du stress) et sociaux (participation sociale). Les PROs sont habituellement recensés à l'aide de questionnaires standardisés, dits « Patient-Reported Outcome Measures » (PROMs). Ces questionnaires peuvent être génériques ou spécifiques à des maladies et incluent souvent plusieurs PROs pertinents, décrits par plusieurs questions (items) standardisées.

Lancée en 2004, l'initiative internationale « Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) » (<https://promis-germany.de/>) est une approche qui vise à garantir la qualité des outils de mesure des PROs.

Les PROMs peuvent être utilisés pour recueillir des informations sur l'état de santé actuel, tel qu'il est perçu par les patients eux-mêmes. Il est possible d'employer aussi bien des données PROM collectées dans le cadre de l'expertise que des données rassemblées à l'occasion de précédents traitements (par ex. lors d'une hospitalisation) pour évaluer l'état de santé perçu par la personne à examiner.

Abréviation de « Patient-Reported Experience Measures », les PREM se rapportent également à des questionnaires standardisés que les personnes assurées complètent en vue de

décrire leur vécu de l'expérience des soins de santé et leurs appréciations. Les PREMs représentent les caractéristiques structurelles (par ex. conception du cadre) et les aspects relatifs au processus (par ex. ponctualité, communication respectueuse) de l'expertise du point de vue des personnes concernées (IQTIG, 2017).

L'évaluation du processus d'expertise par les personnes concernées serait à considérer comme relevant des PREMs. Des exemples de PROMs et de PREMs sont disponibles auprès des agences américaines Agency for Health Care and Quality et Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS, <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html>). La validité de contenu diffère entre les nombreuses méthodes utilisées jusqu'à présent pour recenser les PROs, les PROMs et les PREMs. Elle s'est avérée bonne, par exemple, pour les items relatifs à l'anxiété, aux symptômes dépressifs, aux limitations dues à la douleur, à l'épuisement ainsi qu'aux relations avec les camarades du même âge chez les enfants atteints de colite ulcéreuse (Brenner *et al.*, 2021).

Pour les patients adultes en réadaptation, Kriz *et al.* (2008) ont identifié des critères de qualité adéquats pour le questionnaire destiné à relever la satisfaction à l'égard de la thérapie (questionnaire ZUF-8, Schmidt *et al.*, 1989). Une étude de Black *et al.* (2014) menée sur les patients en orthopédie en Angleterre a constaté que les PROMs et les PREMs présentaient une corrélation légèrement positive, la perception de la communication et la confiance vis-à-vis du personnel soignant s'accompagnant d'une probabilité réduite d'environ 30 % de rapporter des complications. Dans une revue systématique de la validité de contenu d'outils destinés à mesurer la capacité fonctionnelle physique auto-rapportée, Zonjee *et al.* (2022) ont relevé une qualité faible à moyenne, mentionnant ici des limitations liées à la qualité méthodologique lacunaire des études considérées.

D'autres études ont attiré l'attention sur le fait qu'une évaluation des performances d'établissements à l'aide des PROMs existants peut prêter à confusion en raison du manque systématique de données pour certains groupes de personnes concernées (Gomes *et al.*, 2016 ; Hutchings *et al.*, 2014). Köhn *et al.* (2022) ont étudié des patients en réadaptation cardiologique en Suisse et découvert une distorsion systématique dans les réponses, car près d'un tiers des membres de leur échantillon n'avaient pas complété les PROMs. Il s'agissait notamment de femmes, de personnes avançant en âge et de patients qui avaient réintégré une unité de soins aigus à l'issue de la réadaptation. L'enthousiasme vis-à-vis du retour d'informations différait également entre différents établissements de réadaptation, ce dont il faut tenir compte lors de leur comparaison.

## **5.2. Évaluation de sessions de formation**

Au sein des universités, il est aujourd'hui courant que les étudiants évaluent les enseignants à l'issue d'un cours. Les associations de médecins et de psychothérapeutes demandent que de telles évaluations soient aussi réalisées lors de sessions de formation continue. Les enseignants peuvent également donner une appréciation aux étudiants.

Les auteurs ne savent pas quelles personnes tirent des conclusions des nombreux questionnaires et n'ont pas connaissance de la nature de ces conclusions. Les associations ne suppriment pas les formations continues en cas d'insatisfaction des participants. Dans les universités, les évaluations des enseignants doivent être ponctuellement présentées à la direction au cours d'entretiens ad hoc (par ex. dans le cadre de conventions d'objectifs pour l'allocation de moyens axée sur la performance ou le maintien en emploi de professeurs assistants « tenure track »). Un « enseignement de haute qualité » est exigé, ce qu'on entend exactement par là n'étant pas clairement défini. Le problème de la validité de contenu restreinte se pose également dans ce contexte lorsque l'évaluation se base exclusivement sur

les retours d'informations d'étudiants quant à leur satisfaction, sans que les objectifs, les exigences et les contenus des enseignements soient pris en compte. Les procédures d'habilitation (qualification en tant que professeur privé) prévoient, en plus des feedbacks soumis par les étudiants, que le candidat donne des cours et/ou des conférences face à ses pairs, ce qui permet de vérifier sa capacité à enseigner. Cela correspond à un processus de « peer review » (examen par les pairs) mené par des représentants spécialisés.

### **5.3. Enquête menée auprès des assurés par l'assurance retraite en Allemagne**

La caisse d'assurance retraite allemande (« Deutsche Rentenversicherung » – DRV) fait office tant d'agent payeur que de fournisseur de prestations en ce qui concerne la réadaptation médicale. La DRV est légalement tenue de mettre en place des mesures d'assurance qualité (§ 37 du livre IX du code social). Les cliniques de réadaptation doivent respecter les multiples exigences de qualité, qui s'appliquent aussi aux autres établissements médicaux. Mais la DRV a également instauré un système d'assurance qualité échelonné supplémentaire, qui comprend notamment des descriptions détaillées des structures et des processus en vigueur au sein des établissements concernés, des visites dans les cliniques, des processus de gestion de la qualité avec visites spéciales, un recensement des prestations cliniques et thérapeutiques, un peer review régulier des rapports de sortie, une gestion différenciée des plaintes et enfin, des enquêtes auprès des patients réalisées plusieurs mois après l'hospitalisation.

La DRV compile ces données chaque année et établit des rapports à l'intention des différents établissements, rapports dans lesquels figure aussi une analyse comparative avec d'autres établissements. Une condition sur le plan méthodologique est que l'établissement ait traité un nombre suffisant de patients, de façon à pouvoir calculer des valeurs de distribution.

En cas d'anomalies, ces données donnent lieu à des questions ou à des visites dans la clinique concernée. La DRV les utilise également pour établir un classement de qualité des établissements. Le classement en question se fonde sur des données relatives à la structure de la patientèle, au type et à l'étendue des prestations cliniques et thérapeutiques, au succès de la réadaptation et, enfin, sur les résultats des enquêtes auprès des patients. La DRV envisage de déterminer l'occupation des cliniques sur la base de cette procédure.

La médecine de réadaptation en Allemagne a permis de constater que les appréciations subjectives de l'utilité formulées par les patients dépendent de leur retour à la vie professionnelle après la réadaptation (Nübling *et al.*, 2018). Les données d'observation ne permettent toutefois pas d'établir un lien de cause à effet entre la perception subjective d'un échec et un mauvais processus de traitement. Les patients dont les paiements de cotisations diminuent plus fortement sur la durée peuvent généralement, c'est-à-dire aussi dès le début de l'observation, avoir eu davantage de problèmes de participation que ceux qui voient leurs paiements reculer de manière moins marquée au fil du temps.

En outre, il apparaît que les plaintes des patients, qui contiennent parfois de longues énumérations de prétendus manquements de la clinique et des membres du personnel soignant, servent à justifier pourquoi une erreur d'appréciation de leur capacité de rendement est survenue, si l'évaluation de la capacité des patients par la médecine sociale au moment de la sortie ne correspondait pas à leurs attentes.

Une publication de Muschalla (2018) a analysé et critiqué ce système, relevant une qualité méthodologique insuffisante des outils en ce qui concerne la fiabilité et la validité. De graves problèmes de non-réactivité ne sont pas résolus (par ex. : comme beaucoup de diagnostics sont intégrés dans les processus de gestion de la qualité, le nombre maximal possible est indiqué dans les rapports de sortie ; étant donné que certains chiffres relatifs aux prestations

cliniques et thérapeutiques sont requis, des patients sont inclus dans des mesures thérapeutiques sans tenir compte des besoins réels ; les notes de satisfaction des patients étant prises en considération dans les processus de gestion de la qualité, des patients sortent de réadaptation avec une incapacité de travail comme ils le souhaitent). Il n'est pas non plus possible d'établir des liens de cause à effet (par ex. les patients malades tendent à se lamenter et se plaignent aussi des conditions d'hospitalisation). Il n'est pas possible d'utiliser des données d'enquêtes menées auprès de patients en réadaptation en tant qu'outils de comparaison ou même de gestion si leur fiabilité ne suffit pas à attester de la qualité d'un traitement de réadaptation (à savoir activités complexes de diagnostic et de traitement au sens du § 42 du livre IX du code social).

Elles peuvent cependant être employées à des fins de détection en présence d'anomalies particulières. On peut par exemple contrôler les cliniques où le taux d'insatisfaction est élevé et, sur cette base, identifier le problème dans le cadre d'observations et d'investigations sur place (visites, dialogue structuré sur la qualité). En effet, seules des visites (par des médecins et thérapeutes de la discipline respective) et l'observation directe des pratiques cliniques habituelles par des spécialistes permettent d'affirmer que les différents patients ont bien bénéficié d'une « réadaptation médicale » (§ 42 du livre IX du code social) conforme aux normes professionnelles dans des cliniques.

#### **5.4. Questionnaire de Bâle sur l'équité (QBE)**

Le Questionnaire de Bâle sur l'équité (QBE) a été explicitement développé en vue d'analyser la perception du processus d'expertise (Rosburg *et al.*, 2021 ; Lohss *et al.*, 2020) et doit être considéré comme un PREM. Sous sa forme actuelle, il comporte 25 items axés tant sur les émotions (« J'ai eu l'impression d'être pris(e) au sérieux ») que sur le comportement (« L'expert m'a informé(e) »), qui peuvent être condensés en quatre sous-dimensions : respect, conduite de l'entretien, connaissance du dossier et transparence.

De premières données sur les critères de qualité sont disponibles. D'après nos connaissances, il n'existe toutefois pas encore de données représentatives fiables, qui permettraient de procéder à des comparaisons à des fins de catégorisation de cas individuels. Les auteurs du QBE font état de limites quant à l'interprétabilité des données du questionnaire et soulignent qu'il ne faut pas tirer de conclusions sur un cas particulier sur la base d'une évaluation négative. Les enquêtes fondées sur le QBE devraient en outre se référer à une quantité représentative d'expertises réalisées par un expert. Le nombre d'expertises à effectuer par un seul expert afin de pouvoir formuler une affirmation sur celui-ci en tant que personne n'est pas clair. Les auteurs estiment également que d'autres dimensions doivent éventuellement être intégrées pour que la représentation du processus d'expertise soit exhaustive.

La question de savoir si un questionnaire détaillé tel que le QBE fournirait en définitive de meilleures informations qu'un outil plus concis comportant peu d'items voire uniquement un avis global reste aussi ouverte. Les auteurs du QBE se prononcent en faveur d'une demande de feedbacks plus détaillés, car cela offre la possibilité d'appréhender différents aspects de l'équité perçue du point de vue des demandeurs, ce qui revêt de l'importance pour des mesures ciblées d'assurance qualité.

## **6. Synthèse et recommandations**

La COQEM doit déterminer le but visé par les évaluations du résultat et du processus d'expertise par les personnes concernées : (a) contrôler l'exhaustivité du relevé des faits et la validité du résultat d'expertise ; (b) générer des données susceptibles de donner au public

spécialisé et aux milieux politiques une idée des différentes étapes du processus d'expertise ; (c) conduire à un changement de comportement des experts et, le cas échéant, à l'exclusion de certains d'entre eux ; (d) servir de sentinelle en vue d'un second examen et d'un contrôle d'expertises susceptibles d'être incorrectes pour des raisons de procédure ; (e) à titre préventif contre des plaintes ultérieures des personnes concernées.

### **6.1. Recours systématique à un avis de personne concernée sur le résultat d'expertise**

Ce n'est qu'après l'achèvement du processus et avoir reçu le rapport d'expertise écrit que la personne examinée peut évaluer sa satisfaction à l'égard du résultat d'expertise. Cette démarche pourrait s'avérer judicieuse si l'institution d'assurance compétente l'associait à une procédure de revue. En cas d'avis négatifs, cela permettrait de contrôler en interne la fiabilité de l'expertise avant toute prise de décision d'assurance, à titre de mesure de prévention d'actions juridiques consécutives et de promotion de la paix juridique.

Sur le plan méthodologique, l'évaluation devrait prendre la forme d'un texte libre, dans lequel la personne examinée ou son représentant juridique précise les points qui lui semblent litigieux. En règle générale, les plaintes spontanées revêtent déjà cette forme en cas de recours contre une décision d'assurance fondée sur une expertise.

Il serait envisageable de normaliser cette démarche et de la privilégier en demandant systématiquement à la personne concernée si elle estime nécessaire de compléter ou de rectifier l'expertise, avant la prise d'une décision.

### **6.2. Utilité des avis de personnes concernées vis-à-vis de l'évaluation et du choix de l'expert**

L'enquête systématique auprès des personnes examinées sur leur satisfaction vis-à-vis du processus d'expertise correspond au sens strict aux questions de l'étude mandatée par la COQEM (« utilité d'un recueil systématique de feedbacks des personnes concernées [les assurés] pour l'évaluation qualitative des expertises » et « satisfaction à l'égard de l'entrevue de bilan »). Selon une étude non représentative menée par l'organisation Inclusion Handicap, de nombreuses personnes concernées déplorent la mauvaise ambiance prévalant lors des entretiens et un manque d'intérêt des experts à leur égard.

Si l'on prend ces plaintes au sérieux et que l'on souhaite se limiter aux experts évalués positivement par les personnes assurées, il convient de recueillir les retours d'informations sans prendre connaissance du résultat de l'expertise.

D'autre part, comme déjà mentionné, les retours d'informations doivent être collectés à l'aide d'instruments aussi fiables que possibles et, surtout, valides.

Enfin, il importe avant tout de clarifier ce qu'on entend par « perception positive du comportement de l'expert », en tenant compte du mandat d'expertise proprement dit, des particularités susmentionnées des relations entre experts et personnes concernées, des possibles effets négatifs de rétroaction sur l'établissement d'une expertise faite dans les règles de l'art ainsi que de l'influence de l'état psychique de la personne examinée.

Comme indiqué, l'avis d'une personne assurée sur l'ambiance de l'entretien ne permet pas de tirer de conclusion fiable, valide et objective sur le comportement de l'expert. Il faut pour cela tenir compte des considérations précitées relatives à la confusion entre vécu et perception des interactions, à l'influence de l'état d'esprit du moment sur les souvenirs, au lien entre résultat

d'expertise et plainte contre l'expert ainsi qu'aux particularités des interactions en situation d'expertise.

### **6.3. Présentation de la qualité des processus d'expertise à un public intéressé**

Lorsque, dans le cadre de débats politiques ou spécialisés (par ex. avec les organisations de personnes concernées, les milieux politiques et le grand public), il s'agit de présenter des conclusions fondées sur des données quant à la qualité des processus d'expertise en général, il est possible de s'appuyer sur une enquête systématique auprès des assurés.

Conformément aux explications précédentes et compte tenu des avantages et inconvénients respectifs, il convient de décider si cette enquête doit être menée immédiatement après l'expertise (plutôt judicieux) ou à quelque temps plus tard (plutôt moins judicieux), sans prendre connaissance du résultat de l'expertise (plutôt judicieux) ou après réception du rapport d'expertise (plutôt moins judicieux), en indiquant au mandant le nom de la personne en question (plutôt judicieux) ou de manière anonyme (plutôt moins judicieux).

En outre, il faudrait déterminer si l'on utilise un outil nuancé comme le QBE, ce qui permet également de nuancer la discussion. Une alternative serait d'utiliser des outils plus concis, par exemple de type échelle visuelle analogique permettant aux personnes concernées de noter de un à dix leur satisfaction à l'égard d'aspects tels que (a) l'amabilité de l'expert et la conduite de l'entretien ou encore (b) la capacité d'écoute.

### **6.4. Feedbacks sentinelles sur la qualité des expertises**

Des relevés systématiques de la satisfaction vis-à-vis de l'expert et du processus d'expertise peuvent aussi s'avérer judicieux au sens d'une enquête sentinelle. Il s'agit ici de donner à la personne examinée l'opportunité de déclarer, immédiatement après l'expertise, si, à ses yeux, tous les faits pertinents ont été évoqués durant le processus et si les interactions avec l'expert ont été satisfaisantes.

Dès lors que la personne estime que cela n'a pas été le cas, se pose alors la question de l'éventuelle nécessité de compléter ou de rectifier l'expertise. Ce pourrait être l'occasion de soumettre l'expertise achevée à un contrôle avant que des décisions relatives à une rente soient prises sur cette base. Les commentaires critiques formulés par la personne examinée pourraient également être portés à la connaissance de l'expert, en le priant de prendre position.

Dans ce cadre aussi, il s'agit de décider s'il faudrait employer un outil de mesure nuancé comme le QBE ou plutôt une question ciblée sur les problèmes concrets intervenus durant l'expertise, accompagnée de la possibilité d'apporter des précisions et des informations complémentaires dans un texte libre.

## **7. Synthèse**

### **7.1. Dans quelle mesure dispose-t-on de données empiriques concernant le type et l'utilisation des rapports spontanés des personnes concernées durant et après les expertises et quels sont les avantages et les limites des évaluations spontanées de ces personnes dans le contexte des expertises médico-assurantielles ?**

- Les conceptions divergentes de ce qui fait la « qualité des expertises médicales » dans les multiples disciplines (différences en matière d'exigences spécifiques dans divers contextes d'examen, d'indications, de personnes concernées et de questions auxquelles

l'expert doit répondre) rendent impossible toute définition générale d'une « bonne expertise ».

- Lors des processus d'expertise, la satisfaction des personnes concernées est subordonnée à l'objectif de l'exactitude de l'expertise.
- Les limites méthodologiques des enquêtes auprès des personnes concernées doivent être prises en considération.
- S'agissant des processus d'évaluation et de gestion, les exigences les plus élevées doivent être imposées en termes de fiabilité, de validité et de non-réactivité des outils.
- En ce qui concerne les rapports publics et les enquêtes de groupe, des normes méthodologiques moins strictes, c'est-à-dire courantes, sont suffisantes.
- En principe, les déclarations des personnes concernées ne permettent de tirer des conclusions valides que dans une mesure très limitée.
- Les enquêtes auprès des personnes concernées peuvent constituer une opportunité de soumettre une expertise à un contrôle interne avant la prise de décisions relatives à des prestations.
- Il convient également de tenir compte des effets indésirables des enquêtes auprès des personnes concernées, tels que des changements non souhaités de comportement des experts.
- Il existe en général de multiples applications des PROs, PROMs et PREMs. Le QBE est un outil spécifique permettant d'évaluer le processus d'expertise.

## **7.2. Dans quelles conditions et dans quelle optique les évaluations spontanées des personnes concernées sont-elles utiles pour l'assurance qualité des expertises médicales ?**

- À l'issue de l'expertise, la personne concernée est invitée à formuler un commentaire succinct sur le processus.
- Il serait possible d'utiliser pour cela le QBE ou un outil plus concis à l'aide duquel il est explicitement demandé si l'expert s'est montré aimable et si il a pris acte de tous les arguments de manière appropriée. Dans tous les cas, la personne devrait aussi se voir offrir la possibilité d'exposer sur texte libre ce qui selon elle a fait défaut.
- La personne concernée retourne ces commentaires sous enveloppe scellée à l'institution d'assurance ou à un organe indépendant comme la COQEM.
- Face à des retours d'informations critiques, l'expertise fait l'objet d'un nouveau contrôle interne avant toute prise de décision d'assurance.
- L'autorité informe la personne concernée de ce contrôle d'une façon neutre, sans porter de jugement ni se confondre en excuses, afin qu'elle sache que ses commentaires ont été pris en compte. Une telle approche peut favoriser la paix juridique.
- Si, ultérieurement, la personne concernée ou son représentant juridique dépose un recours contre le processus d'expertise, l'appréciation de la personne peut être utilisée à des fins de comparaison et, dans certains cas, de rectification.
- La COQEM et l'OFAS ont la possibilité d'établir et de publier des statistiques relatives à ces retours d'informations aux intervalles qui s'imposent.
- Ces statistiques peuvent objectiver le débat politique.
- Dans une optique de formation à la qualité et d'assurance qualité, ces statistiques peuvent faire l'objet de discussions avec les experts lorsque l'occasion s'y prête.

L'approche esquissée ici pourrait contribuer à améliorer la qualité des expertises en termes de contenu, à garantir la satisfaction des personnes concernées et la paix juridique, à objectiver le débat public ainsi qu'à assurer et à optimiser la qualité.





## 8. Bibliographie

- AWMF. (2019). *AWMF-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen. Teil II: Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit*. Berlin : AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Consulté le 20.11.2022 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-029>
- Black, N., Varaganum, M., Hutchings, A. (2014). Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Qual Safety*, 23, p. 534–542. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-002993>
- Blanchette, I., & Richards, A. (2010). The influence of affect on higher level cognition: A review of research on interpretation, judgement, decision making and reasoning. *Cognition & Emotion*, 24 (4), p. 561-595.
- BPtK. (2018). *Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Dortmund : Deutscher Psychotherapeutentag.
- Brenner, E.J., Long, M.D., Mann, C.M., Lin, M.S., Chen, W., Reyes, C., Bahnson, K.M., Reeve, B.B. (2021). Validity and responsiveness of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System in Children with Ulcerative Colitis. *Pediatr Gastroenterol Nutrition*, 73 (1), p. 67–72. doi:10.1097/MPG.0000000000003101.
- Caussé-Versaveau F, Assié P, Jammet P, Lacambre M, Courtet P. (2018). *L'expert psychiatre peut-il diagnostiquer la simulation en expertise de dommage corporel ?* L'Information psychiatrique. 94 (4), p. 271-4 doi:10.1684/ipe.2018.1789
- Deutscher Ärztetag. (2018). *Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte*. *Deutsches Ärzteblatt*, 05/2018, A1–A9.
- DRV. (2017). *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft*. Berlin : Deutsche Rentenversicherung.
- Echterhoff, W., Heinecke, M., & Brückner, P.F. (2010). *Informationsbroschüre: Das rundum gute Gutachten. Qualität von Sachverständigen-Gutachten und ihr Beitrag zum Rechtsfrieden*. Bergische Universität Wuppertal und Sozialgericht Düsseldorf.
- Farin, E., & Jäckel, W.H. (2011). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, p. 176–184.
- Gomes, M., Gutacker, M., Gutacker, N., Bojke, C., Street, A. (2016). Addressing Missing Data in Patients-Reported Outcome Measures (PROMS): Implications for the Use of PROMS for Comparing Provider Performance. *Health Economics*, 25, p. 515–528. doi: 10.1002/hec.3173
- Hutchings, A., Neuburger, J., von der Meulen, J., Black, N. (2014). Estimating recruitment rates for routine use of patient reported outcome measures and the impact on provider comparisons. *BMC Health Services Research*, 14, p. 66. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/66>
- IQTIG. (2017). *Entwicklung und Durchführung von Qualitätssicherungsverfahren im Gesundheitswesen*. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.

- Kieser, U. (2017). *Verdeutlichung, Aggravation und Simulation im Sozialversicherungsrecht*. In Kieser, Ueli & Lendfers, Miriam (Hrsg.). *Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2017*. Zurich/Saint-Gall : Dike Verlag, p. 185-194.
- Klosterhuis, H. (2010). Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. *RV aktuell*, 08/2010, p. 260–268.
- Köhn, S., Schlumbohm, A., Marquardt, M., Scheel-Sailer, A., Tobler, S., Vontobel, J., Menzi, L. (2022). Predicting non-response in patient-reported outcome measures - results from the Swiss quality assurance program in cardiac inpatient rehabilitation. *International Society for Quality in Health Care*, accepted for publication.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, p. 67 – 79.
- Linden, M. (2011). *Möglichkeiten und Grenzen der Beobachtungsforschung in der psychosomatischen Rehabilitation*. Vortrag im Rahmen des Forschungskolloquiums der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation. Rehasentrum Seehof, Teltow.
- Linden, M., Muschalla, B., Noack, N., Heintze, C., & Döpfner, S. (2018). Treatment Changes in General Practice Patients with Chronic Mental Disorders following a Psychiatric-Psychosomatic Consultation. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 5, p. 1-6.
- Lohss, R., Rosburg, T., Bachmann, M., Meyer, B.W., de Boer, W., Fischer, K., Kunz, R. (2020). Perceived fairness of claimants undergoing a work disability evaluation: Development and validation of the Basel Fairness Questionnaire. *PLoS One*, 15(9), e0238930.
- Luo, J., & Yu, R. (2015). Follow the heart or the head? The interactive influence model of emotion and cognition. *Frontiers in Psychology*, 6, p. 573.
- Merten, T. (2020). Beschwerdvalidierung in der psychologischen und medizinischen Begutachtung. *Praxis der Rechtspsychologie*, 30 (2), p. 59-67.
- Muschalla, B. (2018). What can and what cannot be concluded from patient-reported outcomes as a quality indicator in medical rehabilitation? *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 31, p. 227-238.
- Muschalla, B., & Schönborn, F. (2021). Induction of False Beliefs and False Memories in Laboratory Studies – A Systematic Review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, xx, accepted for publication. doi: 10.1002/cpp.2567
- Pfundmair, M. (2020). Aussagepsychologie. In: *Psychologie bei Gericht. Die Wirtschaftspsychologie*. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61796-0\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61796-0_1)
- Reinecke, J. (2022). Grundlagen der standardisierten Befragung. In: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* p. 949-967. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Rogge, A. A., Fischer, F., Otto, L., & Rose, M. (2022). Empirische Erfassung patient\*innenberichteter Merkmale: PROMs und PREMs. *AINS - Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie*, 57 (02), p. 150–155. <https://doi.org/10.1055/a-1452-2788>

- Rosburg, T., Lohss, R., Bachmann, M.S., Walter Meyer, B., de Boer, W., Fischer, K., & Kunz, R. (2021). *Questionnaire de Bâle sur l'équité (QBE) : perception d'équité des expertises*. SUVA.
- Schmidt-Atzert, L., & Amelang, M. (2018). *Psychologische Diagnostik*. Berlin : Springer.
- SSPA. (2016). *Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten*. Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie. *Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten (17.10.2016)*. Consulté le 20.11.2022: <https://www.sgv.ch/leitlinien/>
- Thierbach, C., & Petschick, G. (2019). Beobachtung. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, p. 1165-1181.
- Toolin, K., van Langeraad, A., Hoi, V., Scott, A.J., & Gabbert, F. (2022). Psychological contributions to cold case investigations: A systematic review. *Forensic Sci Int Synerg*, 19 (5), 100294. doi: 10.1016/j.fsisyn.2022.100294.
- OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé CIF*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Widera, T. (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung- Neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. *RV aktuell*, 4, 2010 p. 153–159.
- Widera, T., Beckmann, U., Zander, J., & Radoschewski, M. (2011). Wer hat Recht - Rehabilitand oder KTL-Dokumentation? *RV aktuell* 10, 2011, p. 291–298.
- Zonjee, V.J., Abma, I.L., de Mooij, M.J., van Schaik, S.M., Van den Berg-Vos, R.M., Roorda, L.D., Terwee, C.B. (2022). The patient-reported outcomes measurement information systems (PROMIS®) physical function and its derivative measures in adults: a systematic review of content validity. *Quality of Life Research*, 31, p. 3317–3330. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03151-w>