Catalogue de questions pour le contrôle de l'expertise par les pairs :

Appréciation générale interdisciplinaire

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

Nom de l'examinateur / évaluateur	
Numéro d'assuré de la personne expertisée	**756.**

Table des matières

A. Critère « Structure formelle » 2
B. Critère « Clarté » 4
D. Critère « Exhaustivité » 7
E. Critère « Compétences techniques » 11
Bibliographie 17

A. Critère « Structure formelle »

Le critère « Structure formelle » se divise en deux questions. Ce critère requiert la prise en compte adéquate des exigences formelles pour l'expertise médico-assurantielle. Le contrôle vise à déterminer si les exigences de structure et de délai prescrites sont respectées.

L'examen de la qualité se réfère exclusivement aux aspects purement formels. L'exhaustivité et la clarté du contenu ne sont pas pertinentes ici et sont examinées à un autre endroit.

Question A1	**Critère A : structure formelle**

Dans quelle mesure les prescriptions structurelles, y compris celles sur l'appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle), sont-elles respectées ?

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

Les rubriques ci-après, présentées dans les prescriptions structurelles selon la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) de l'OFAS, Annexe V doivent figurer dans toute expertise :

1. Déroulement du mandat d'expertise
2. Informations sur les experts et les examens
3. Motif et circonstances de l'expertise
4. Appréciation générale interdisciplinaire
5. Informations sur la réalisation du consensus et signatures

Annexe (synthèse de dossier interdisciplinaire, expertises par discipline)

Ces rubriques doivent figurer dans l'expertise, respectivement dans l'appréciation interdisciplinaire et se distinguer clairement les unes des autres. Les synonymes ne sont pas admis. Par rapport aux questions du critère « Exhaustivité », il s'agit ici de vérifier, sur le plan formel, que les différents points sont bien présents. Les aspects de fond, comme par exemple le type, l'étendue, l'adéquation ou l'exhaustivité des informations qui figurent dans ces rubriques, ne font pas l'objet de ce contrôle.

(Remarque formulée lors de la discussion de groupe : pour des raisons de lisibilité et pour éviter les redondances, la synthèse générale du dossier doit être annexée une fois à la fin des expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires. Seuls les documents importants spécifiques peuvent être mentionnés dans les expertises par discipline en complément à la synthèse générale du dossier, entre autres les résultats d'examen fournis par l'assuré ou à la demande d'un expert. Cette adaptation correspond aux prescriptions déjà en vigueur depuis 2018, mais n'était pas appliquée de façon systématique jusqu'ici. Actuellement, certains instituts d'expertise joignent la synthèse du dossier à chaque expertise par discipline ; il n'est donc pas rare que le dossier complet atteigne 200 à 500 pages).

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	L'**ordre** des rubriques n'est pas respecté.
☐	**Lacunes manifestes**	**Une** rubrique manque. L'emploi de synonymes compte comme une rubrique manquante.

☐	**Lacunes majeures**	**Plusieurs** rubriques manquent. L'emploi de synonymes compte comme une rubrique manquante.

Résultat du contrôle : [Texte]
Quelles sont les raisons des lacunes constatées ? [Texte]

Question A2	**Critère A : structure formelle**

Les délais entre l'examen de l'assuré et la réception de l'expertise par l'AI sont-ils appropriés ??

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle des expertises bi- et pluridisciplinaires)

Pour que l'expertise soit utilisable, les délais entre l'examen de l'assuré et la finalisation de l'expertise doivent être les plus courts possible. En cas d'allongement du délai global, il ne serait toutefois pas rationnel de considérer une expertise comme déficiente lorsque, par exemple, le premier examen est repoussé à la demande de l'assuré ou en raison d'un manque de documents pour lequel l'expert n'est pas fautif.

Pour les expertises bi- et pluridisciplinaires, la durée est calculée à partir de la date du dernier examen d'une discipline par l'évaluateur de l'expertise consensuelle : **La durée entre la date du dernier examen de l'assuré et la finalisation de l'expertise (date de réception de l'expertise à l'office AI) ne doit pas excéder 100 jours.**

En cas de dépassement de la durée de 100 jours, le rapport d'expertise en explique-t-il les raisons ?

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	100 jours < X < 110 jours
☐	**Lacunes manifestes**	100 jours < X < 120 jours
☐	**Lacunes majeures**	120 jours < X

Résultat du contrôle : [Texte]
Quelles sont les raisons des lacunes constatées ? [Texte]

B. Critère « Clarté »

Le critère « Clarté » se divise en trois questions. Le contrôle porte sur l'aspect linguistique de l'expertise ainsi que sur l'utilisation des termes de la médecine 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, ou les expliciter dans 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.

Question B1	**Critère B : clarté**

L'expertise est-elle rédigée correctement sur le plan linguistique et de façon univoque ?

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

Le mode d'expression est concis. Les longueurs inutiles, par exemple la répétition de faits déjà décrits ou la discussion détaillée de constatations non pertinentes, doivent être évitées. Par répétition, on n'entend pas la reprise dans une évaluation consensuelle des conclusions tirées des expertises par discipline. Les avis similaires exprimés en réponse à une même demande dans plusieurs rubriques ne comptent pas non plus comme répétitions. La clarté de l'exposé est primordiale.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	L'expertise contient des répétitions de fond inutiles. **OU** L'expertise contient des formulations inutilement compliquées.
☐	**Lacunes manifestes**	**Certaines** formulations sont ambiguës ou incompréhensibles.
☐	**Lacunes majeures**	La **plupart** des formulations sont ambiguës ou incompréhensibles.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Question B2 :	Critère B : clarté

Dans quelle mesure les expressions techniques et les abréviations utiles à la compréhension de l'expertise sont-elles expliquées dans un langage courant ?

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

Doivent être expliquées les expressions techniques et les abréviations non courantes dont on ne peut pas présumer des professionnels non-médecins (par ex. personnel administratif, juristes) qu'ils les connaissent.

Les expressions et les abréviations médicales utilisées dans l'évaluation médicale doivent également y être expliquées au moins une fois dans un langage courant.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	**Une** abréviation n'est pas écrite en toutes lettres au moins une fois. **OU** **Un** terme non courant n'est pas expliqué.
☐	**Lacunes manifestes**	**Plusieurs** abréviations ne sont pas écrites en toutes lettres au moins une fois. **OU** **Plusieurs** termes médicaux non courants ne sont pas expliqués.
☐	**Lacunes majeures**	La **plupart** des abréviations ne sont pas écrites en toutes lettres au moins une fois. **OU** La **plupart** des termes médicaux non courants ne sont pas expliqués.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Question B3	Critère B : clarté

Dans quelle mesure la terminologie médico-assurantielle est-elle correctement employée ?

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

La tâche de l'expert consiste à décrire les conditions médicales qui président aux prestations d'assurance sans tirer de conclusions juridiques. On attend de l'expert qu'il maîtrise les termes pertinents de la médecine des assurances.

Le contrôle porte sur l'utilisation correcte de la terminologie médico-assurantielle conformément à la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), à la loi sur l'assurance-invalidité (LAI) et aux directives actuelles des sociétés de discipline médicale sur la rédaction d'expertises.

Exemples de conclusions juridiques (non admises) : le professionnel en médecine des assurances se prononce sur l'invalidité, constate une « incapacité de gain », recommande le versement d'une rente ou un reclassement ou utilise des termes comme « travaux présentant une valeur économique » ou « activité rentable ».

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Les termes de la médecine des assurances ne sont pas toujours bien employés. **MAIS** Cela **n'induit pas** de malentendus ou de conclusions erronées.
☐	**Lacunes manifestes**	Les termes de la médecine des assurances ne sont pas toujours bien employés. **ET** Cela **induit** des malentendus ou des conclusions erronées.
☐	**Lacunes majeures**	L'expert tire au moins une **conclusion à valeur juridique** dans son expertise.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

D. Critère « Exhaustivité »

Le critère « Exhaustivité » se divise en trois questions. Le contrôle vise à déterminer dans quelle mesure 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.

Question D3	**Critère D : exhaustivité**

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 ?

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

Il s'agit ici de conclusions sur l'évaluation diagnostique et les capacités fonctionnelles qui divergeraient des conclusions de rapports antérieurs et pourraient ainsi aboutir à une autre décision juridique. Toute divergence en termes de quantité et de qualité des capacités fonctionnelles, ou concernant le début et la durée des limitations fonctionnelles ou du besoin de traitement, doit être décrite et évaluée dans l'évolution.

Par rapports antérieurs, on entend entre autres : rapport de sortie d'un centre de réadaptation, expertise de l'organisme d'assurance sociale, expertise judiciaire, expertise d'autres assureurs, rapports de praticiens impliqués dans le traitement ou d'hôpitaux, rapports professionnels et de réadaptation.

Si l'expertise ne mentionne pas de rapports antérieurs divergents, cocher « aucune lacune ».

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Il existe des divergences significatives entre l'évaluation médico-assurantielle et d'autres rapports antérieurs concernant les capacités fonctionnelles. L'expertise les met en évidence, mais **l'évaluation n'en explique pas certains aspects**.
☐	**Lacunes manifestes**	Il existe des divergences significatives entre l'évaluation médico-assurantielle et d'autres rapports antérieurs concernant les capacités fonctionnelles. L'expertise les met en évidence, mais **l'évaluation ne les explique pas**.
☐	**Lacunes majeures**	L'expertise cite des rapports antérieurs, mais ne dit rien des observations qu'ils contiennent sur les capacités fonctionnelles. **OU** Il existe des divergences significatives entre l'évaluation médico-assurantielle et d'autres rapports antérieurs concernant les capacités fonctionnelles, mais elles **ne sont pas démontrées dans l'évaluation**.

Résultat du contrôle : [Texte]
Quelles sont les raisons des lacunes constatées ? [Texte]

Question D4	**Critère D : exhaustivité**

Dans quelle mesure les réponses aux questions médico-assurantielles posées par le mandant, y compris aux questions complémentaires, sont-elles complètes ?

Champ d'application	Mention des questions et réponses dans l'appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

Il s'agit ici de vérifier si toutes les questions figurant aux points 4.5 à 4.8 de la structure de l'évaluation consensuelle en vigueur ont été traitées. Les réponses aux questions médico-assurantielles complémentaires relatives au cas d'espèce, notamment les questions relatives à la révision ou au ménage, doivent également être vérifiées. Si les réponses aux questions complémentaires ont la même teneur que celles fournies aux questions standard et qu'elles ne sont pas reprises explicitement dans l'expertise, il ne s'agit pas d'une lacune. Si aucune réponse n'est fournie à des questions qui ne sont pas purement d'ordre médical (par ex. sur l'obligation de réduire le dommage), cocher « aucune lacune ».

4.5. Motivation de la capacité de travail globale

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

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

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

4.7. Capacité de travail dans une activité adaptée

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?
- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?
- La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ?
- Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité et l'incapacité de travail (merci d'indiquer les deux valeurs) de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?

– Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

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

– D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de manière significative par des mesures médicales (si non, justification succincte) ?

– Dans l'affirmative, veuillez fournir des informations plus détaillées sur les différentes options thérapeutiques, la durée présumée du traitement jusqu'à son succès et efficacité de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible.

– Y a-t-il des raisons médicales (risques, ressources individuelles réduites) qui s'opposent à la thérapie proposée ?

Questions se rapportant au cas précis

(à reprendre du mandat)

Il ne s'agit pas ici d'évaluer si les réponses aux questions sont correctes.

(Remarque formulée lors de la discussion de groupe : il est essentiel que les questions soient reprises telles quelles de la structure prédéfinie. La vérification porte sur l'exhaustivité des réponses. Afin que nous puissions, dans le cadre de la révision par les pairs, également vérifier que les éventuelles questions complémentaires ont été correctement reprises, les mandats anonymisés des offices AI doivent être également joints aux expertises.)

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Il **manque des indications sur les besoins en mesures thérapeutiques**.
☐	**Lacunes manifestes**	Il **manque des indications sur le début et / ou la durée de la baisse des performances** (dans l'activité exercée jusqu'alors et par rapport au marché primaire de l'emploi).
☐	**Lacunes majeures**	Il **manque des indications sur les capacités fonctionnelles** (qualité/quantité) par rapport au marché primaire de l'emploi.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Question D5	Critère D : exhaustivité

Dans les expertises interdisciplinaires, existe-t-il une véritable appréciation intégrative ?

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle) pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires

Il s'agit de formuler un nouveau texte, précis. Ce texte doit résumer l'anamnèse relative à tous les troubles de santé pertinents, énumérer les diagnostics, présenter les charges, les ressources et la personnalité et leurs interactions avec l'évolution de la maladie et les limitations qui en résultent. Il est admis de copier les évaluations des expertises par discipline déterminant largement la capacité de travail pour éviter tout malentendu ou incertitude dans le résumé. Les modalités de discussion entre les experts et l'appréciation commune qui en a résulté doivent être clairement décrites. La manière dont a été établie la capacité de travail générale en prenant en compte les résultats des expertises par discipline doit également être précisée.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	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)..
☐	**Lacunes manifestes**	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.
☐	**Lacunes majeures**	L'évaluation consensuelle reprend la position d'une expertise sans qu'il ne soit précisé si des interactions ou des effets cumulés entre des limitations apparemment moindres observées dans différentes disciplines ont été discutés. **OU** Aucune justification sur la manière dont a été déterminée l'incapacité de travail/la capacité de travail ne figure dans l'évaluation consensuelle.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

E. Critère « Compétences techniques »

Le critère « Compétences techniques » se divise en deux questions. Le contrôle vise à déterminer dans quelle mesure les experts s'appuient sur les connaissances médicales généralement acceptées et tiennent compte de toutes les informations disponibles dans leurs expertises respectives.

Question E6	**Critère E : compétences techniques**

L'évaluation de la cohérence et la plausibilité est-elle argumentée par l'expert de manière compréhensible ?

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle) à partir du point 4.6 « Contrôle de cohérence »

Ici, non seulement les informations contenues dans les dossiers antérieurs, les déclarations des personnes assurées, les éventuelles informations obtenues par des tiers (soignants, entourage), les plaintes et les résultats cliniques doivent être pris en compte dans leur évaluation, mais également les éventuelles incohérences constatées entre les expertises par discipline. Il s'agit de vérifier si les symptômes mentionnés, les capacités de l'assuré et les autres informations fournies sont cohérents, plausibles au vu des pathologies évoquées et pertinents pour l'expertise. Les incohérences non pertinentes (par ex. nombre de cigarettes fumées, divergences négligeables au niveau des dates) ne sont pas visées ici.

L'expertise doit évaluer la cohérence (par ex. entre les informations fournies par l'assuré, le dossier et les résultats médicaux) ainsi que la plausibilité (traçabilité et compréhensibilité sur la base du relevé des résultats et du diagnostic différentiel) des troubles décrits, des symptômes apparents et des limitations fonctionnelles. Elle doit préciser si les éventuelles divergences sont explicables sur la base des connaissances médicales généralement acceptées. En cas de doute, la cohérence et la plausibilité des informations doivent être systématiquement examinées.

L'évaluation de la cohérence et de la plausibilité et leur signification pour l'évaluation médico-assurantielle des capacités de l'assuré sont analysés dans une perspective transversale et longitudinale au niveau des expertises par discipline, puis intégrés à l'appréciation générale interdisciplinaire.

Les incohérences doivent toujours être mentionnées de façon neutre, sans être immédiatement assimilées à une aggravation, à une simulation ou à une dissimulation, puis évaluées en fonction de leur pertinence sur le plan médico-assurantiel.

Les points suivants doivent être pris en compte et discutés :

1. L'avis sur l'existence de limitations régulières du niveau d'activité dans des domaines comparables de la vie.
2. Prise de position lorsque des thérapies ont également été suivies en fonction des symptômes décrits (poids de la souffrance) : Le cas échéant, les taux sériques de médicaments doivent être déterminés et leurs résultats discutés.
3. Prise de position sur la cohérence et la plausibilité des symptômes ou des pertes fonctionnelles dont se plaint la personne évaluée et sur la validité et la traçabilité des résultats des examens ou s'il existe une divergence entre l'intensité des troubles décrits et le caractère

vague de la présentation des troubles ou s'il existe des divergences entre les troubles subjectifs et les limitations physiques et psychiques (non) identifiables lors de l'examen / dans la vie quotidienne.

4. Si des procédures de validation des plaintes sont utilisées, leurs résultats doivent être discutés.
5. Si des résultats d'observation sont disponibles, ils doivent être discutés dans le cadre du contrôle de plausibilité et de cohérence.
6. En conclusion, il convient d'évaluer si les incohérences constatées (le cas échéant) sont dues à la maladie, si elles sont liées à des plaintes non authentiques ou si elles ont d'autres raisons ou explications non médicales.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Parmi les points 1 à 5 (s'il y a lieu) à prendre en compte ci-dessus, l'un d'entre eux n'est pas discuté ou l'est insuffisamment, mais le point 6 est évalué correctement sur le plan technique ; néanmoins, cette omission ne remet pas en question l'appréciation générale de la "compréhensibilité de l'expertise du point de vue de la médecine des assurances".
☐	**Lacunes manifestes**	Parmi les points 1 à 5 (s'il y a lieu) à prendre en considération ci-dessus, au moins un n'est pas discuté ou l'est insuffisamment et/ou le point 6 n'a pas été évalué correctement sur le plan technique. Cette omission remet partiellement en question l'évaluation globale de la "Compréhensibilité de l'expertise du point de vue de la médecine des assurances", mais peut éventuellement être corrigée par des questions ou une évaluation du dossier (par ex. par le SMR).
☐	**Lacunes majeures**	Parmi les points 1 à 5 (s'il y a lieu) à prendre en compte ci-dessus, au moins un n'est pas discuté ou l'est insuffisamment et/ou le point 6 n'a pas été évalué correctement sur le plan technique. Cette omission rend impossible l'évaluation globale de la "Compréhensibilité de l'expertise du point de vue de la médecine des assurances".

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Question E7	Critère E : compétences techniques

Dans quelle mesure l'expertise décrit-elle le traitement suivi jusque-là et se prononce-t-elle sur les autres options thérapeutiques qui pourraient influencer la capacité de travail ?

Champ d'application	Évaluation consensuelle interdisciplinaire au point 4.10

L'expert doit décrire et évaluer les traitements effectués jusque-là et, dans le cadre de l'évaluation médico-assurantielle, se prononcer sur les traitements éventuels qui permettraient améliorer significativement la capacité de travail. Cette exigence s'applique aux diagnostics pertinents pour l'évaluation des capacités fonctionnelles.

L'expertise doit préciser sur quelles recommandations concrètes elle se base (par ex. directives, recommandations de traitement), au bout de combien de temps on peut s'attendre à une amélioration des capacités fonctionnelles (pronostic fondé), si l'assuré dispose ou non des ressources suffisantes et quels sont les risques liés à ce traitement. Concernant ce dernier point, l'expert doit clarifier au cas par cas s'il existe des contre-indications médicales allant à l'encontre des options thérapeutiques proposées.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	L'expertise ne **décrit pas** le traitement effectué jusque-là..
☐	**Lacunes manifestes**	L'expertise ne **se prononce pas** (en mentionnant des sources ou des recommandations concrètes) sur les traitements qui permettraient d'accroître nettement la capacité de travail.
☐	**Lacunes majeures**	L'expertise ne **décrit pas** le traitement effectué jusque-là. **ET** L'expertise ne **se prononce pas** (en mentionnant des sources ou des recommandations concrètes) sur les traitements qui permettraient d'accroître nettement la capacité de travail.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Critère général « Compréhensibilité de l'expertise du point de vue médico-assurantiel »

Le critère général « Compréhensibilité de l'expertise du point de vue médico-assurantiel » est un critère de qualité décisif qui doit impérativement être rempli. Il consiste à examiner l'expertise dans son ensemble pour évaluer la compréhensibilité de son argumentation au moyen du schéma présenté ci-dessous.

À l'aide de ce critère, la personne chargée du contrôle juge de manière globale la compréhensibilité de l'expertise. Dans ce cadre, elle doit également vérifier la neutralité de l'expert.

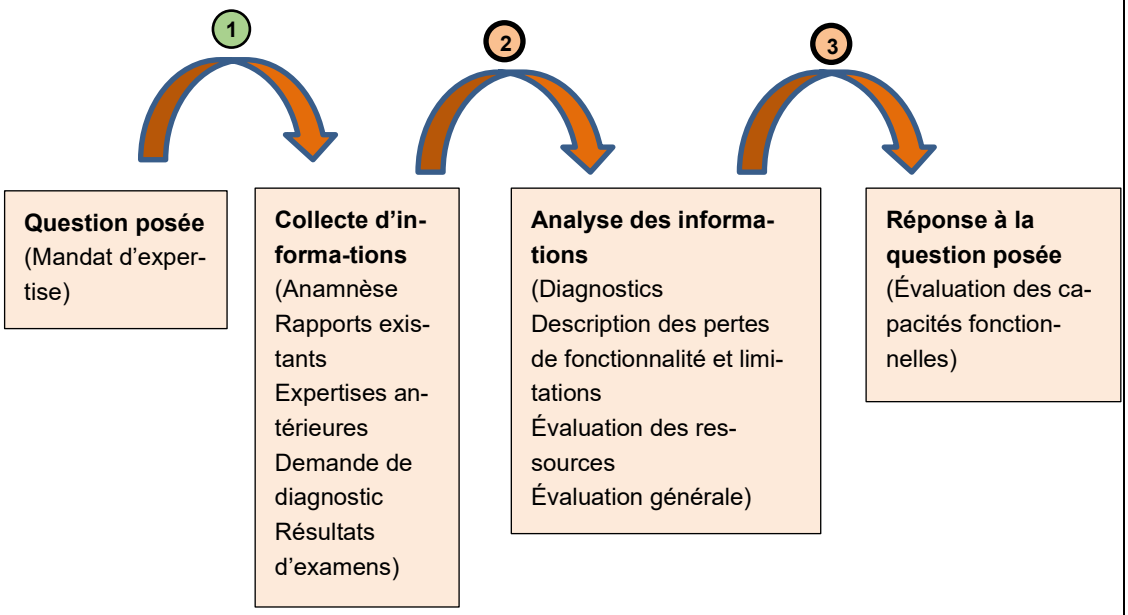
Critère général « Compréhensibilité de l'expertise du point de vue médico-assurantiel »

Veuillez, à l'aide du schéma suivant, vérifier la compréhensibilité de l'expertise sur le plan argumentatif.

Champ d'application	Appréciation générale interdisciplinaire (évaluation consensuelle)

Le critère général porte sur l'expertise dans son ensemble ; il vise à évaluer la compréhensibilité de son argumentation à l'aide du schéma ci-dessous.

Structure de l'argumentation



Selon ce schéma, des informations doivent tout d'abord être collectées sur la base de la *question posée*. Cette *collecte d'informations* comprend l'anamnèse et l'entretien (conformément aux directives) ainsi que les informations fournies par des tiers, les rapports antérieurs et les résultats d'examen réalisés ou demandés par l'expert. Elle est suivie d'une évaluation motivée de la cohérence et de la plausibilité du dossier, de l'anamnèse et des résultats d'examen. Ces informations sont ensuite *analysées* pour poser un diagnostic (conforme à la CIM ou au DSM actuels), en détaillant également la réflexion ayant mené à ce diagnostic différentiel et les limitations fonctionnelles qui en découlent (par ex. à l'aide de la CIF). L'expert doit ensuite décrire et soupeser ces limitations, les possibilités de compensation de l'assuré (y compris les ressources dont celui-ci dispose et les éventuels facteurs psychosociaux) et les options thérapeutiques envisageables. Enfin, il doit *répondre à la question posée* dans le mandat d'expertise.

La vérification de ce critère se rapporte exclusivement à la compréhensibilité de l'expertise en ce qui concerne les **capacités fonctionnelles, c'est-à-dire la capacité à travailler sur le marché primaire de l'emploi ou à effectuer des tâches ménagères**. Elle consiste à juger du caractère concluant de l'argumentation, c'est-à-dire de la pertinence du lien entre les différentes étapes de l'expertise et de la compréhensibilité du raisonnement qui a permis de déterminer cette capacité. La personne chargée d'évaluer l'expertise doit mettre en évidence les lacunes de l'argumentation au moyen d'exemples concrets.

La **compréhensibilité de l'expertise** en ce qui concerne la capacité de l'assuré à travailler sur le marché primaire de l'emploi ou à effectuer des tâches ménagères est **validée** au moyen d'un système de feux tricolores :

- Le feu **VERT** signifie que l'argumentation ne présente pas de lacunes importantes et que l'expertise est donc concluante.
- Le feu **JAUNE** signifie que l'argumentation présente des lacunes, mais que le médecin compétent est parvenu à les combler en réexaminant les informations médico-assurantielles fournies, et à comprendre ainsi les conclusions de l'expertise (capacités fonctionnelles quantitatives, marché primaire de l'emploi), ou qu'il parviendra vraisemblablement à les combler en demandant des précisions aux experts.
- Le feu **ROUGE** signifie que l'argumentation présente des lacunes que le médecin compétent ne peut pas combler, même en réexaminant les informations fournies ou en posant des questions aux experts.

La neutralité des experts doit également être examinée, étant donné qu'une violation sérieuse de ce principe remettrait également en question la légitimité de l'expertise dans son ensemble. Il y a violation du principe de neutralité lorsque l'expert tient des propos dénigrants ou insultants envers une personne ou un groupe de population. 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 doit se voir attribuer un feu ROUGE.

☐	**VERT**	L'évaluation médico-assurantielle qui détermine la capacité de l'assuré à travailler sur le marché primaire de l'emploi ou à effectuer des tâches ménagères repose sur une argumentation concluante, qui ne présente pas de lacunes majeures.
☐	**JAUNE**	L'évaluation médico-assurantielle repose sur une argumentation lacunaire. Néanmoins, les informations fournies permettent au médecin compétent de comprendre les conclusions de l'expertise concernant la capacité de l'assuré à travailler sur le marché primaire de l'emploi ou à effectuer des tâches ménagères. **OU** L'évaluation médico-assurantielle repose sur une argumentation lacunaire. Néanmoins, il sera vraisemblablement possible de combler ces lacunes en demandant des précisions aux experts.
☐	**ROUGE**	L'argumentation sur laquelle repose l'évaluation médico-assurantielle présente des lacunes que le médecin compétent ne peut pas combler, même en posant des questions aux experts. Il n'est donc pas possible de comprendre comment la capacité quantitative de l'assuré à travailler sur le marché primaire de l'emploi a été déterminée. **OU** On constate une violation sérieuse du principe de neutralité.

Résultat du contrôle : [Texte]
Quelles sont les raisons des lacunes constatées ? [Texte]

Bibliographie

Brüggemann, S., Niehues, C., Rose, A., Schwöbel, B. (éd.) (2015) : *Pschyrembel Sozialmedizin und Public Health*, 2e édition. De Gruyter, Berlin/Boston.

Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales COQEM (2024) : Rapport de l'étude pilote : Procédure d'évaluation par les pairs (PEP) pour l'évaluation de la qualité des expertises médicales de l'AI, établi par le secrétariat spécialisé COQEM et approuvé par la COQEM lors de la séance du 25 octobre 2023. Publié sur le site internet : https://www.ekqmb.admin.ch/ekqmb/de/home/information/prv.html

Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) de l'OFAS, (Valable à partir du 1.1.2022; Etat au 1.1.2024), Annexe V.

Deutsche Rentenversicherung Bund (éd.) (janvier 2007) : rapport final du groupe de projet *Qualitätssicherung der Deutsche Rentenversicherung (2020): Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung, Manual zum Peer-Review-Verfahren*, version de février 2020.

Versicherungsmedizinischen Begutachtung (PGQSBEGUT) ». Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (éd.) (novembre 2012) : *Qualitätssicherung der versicherungsmedizinischen Begutachtung – Bericht zur Umsetzung des „Qualitätssicherungsverfahrens der versicherungsmedizinischen Begutachtung" – Aktueller Sachstand.* Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (2018) : *Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung, Manual zum Peer-Review-Verfahren*, version de février 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (éd.) (2011) : *Versicherungsmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung.* 7e édition, Springer, Berlin/Heidelberg.

Legner, R., Cibis, W. (2007) : « Qualitätssicherung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung ». *Rehabilitation*, no 48, p. 57-61.

Des directives relatives aux expertises médico-assurantielles, portant notamment sur l'évaluation de la capacité de travail et/ou le besoin de réadaptation (accès aux prestations de réadaptation médicale et/ou aux prestations d'insertion dans le monde du travail), sont disponibles et régulièrement mises à jour sur le site de la *Deutsche Rentenversicherung*, à l'adresse https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.html

Strahl, A., Gerlich, C., Wolf, H.-D., Gehrke, J., Müller-Garnn, A., Vogel, H. (2016) : « Qualitätssicherung in der Versicherungsmedizinischen Begutachtung durch Beurteilende Fachperson Review – ein Pilotprojekt der Deutschen Rentenversicherung. *Gesundheitswesen*, no 78, p. 156-160.

Strahl et al. (2018) : Development and evaluation of a standardized peer-training in the context of peer review for quality assurance in work capacity evaluation » (consulté le 13 août 2018). *BMC Medical Education,* no 18, p. 135 ss.

Ueberschär, I. (2008) : « Qualitätssicherung bei der versicherungsmedizinischen Sachaufklärung in der Deutschen Rentenversicherung ». *Gesundheitswesen,* no 70, p. 690-695.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (éd.) (2004) : « Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) ». *DRV-Schriften* no 53, Francfort-sur-le-Main.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (éd.) (2000) : « Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung ». *DRV-Schriften* no 21, Francfort-sur-le-Main. Version révisée en préparation (état : juillet 2018). Aussi disponible à l'adresse : http://www.deutsche-rentenversicherung.de.

Hoffmann-Richter, U. (2005) : *Die psychiatrische Begutachtung.* Thieme, Stuttgart.

Marelli, R., Kopp, H.-G., Küchenhoff, J. (2010) : « Mulitidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungpsychiatrischen Kontext ». *SANP* 2010, no 161(4), p. 117–127.