Catalogue de questions de contrôle par les pairs : expertises par discipline

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.**
Discipline médicale	

Table des matières

A. Critère « Structure formelle » 2
B. Critère « Clarté » 5
C. Critère « Transparence » 8
D. Critère « Exhaustivité » 12
E. Critère « Compétences techniques » 18
F. Critère « Économicité » 27
Critère général « Compréhensibilité de l'expertise du point de vue médico-assurantiel » 29
Bibliographie 32

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 par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sont respectées.

L'examen de la qualité se réfère ici exclusivement aux aspects purement formels. L'exhaustivité et la clarté du contenu ne sont pas pertinentes ~~ici~~ et sont examinées à 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	Toutes les expertises par discipline

Le contrôle porte exclusivement sur la structure de l'expertise et de l'appréciation générale interdisciplinaire selon la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) de l'OFAS, Annexe IV.

Les rubriques ci-après, présentées dans les prescriptions structurelles, doivent figurer dans toute expertise :

1. Situation initiale et aspects formels
2. Synthèse du dossier (interdisciplinaire : éventuels éléments de dossier techniques supplémentaires)
3. Entretien
4. Constatations
5. Informations éventuelles fournies par des tiers
6. Évaluation médicale
7. Évaluation médico-assurantielle
8. Réponses aux questions du mandant
9. Annexes

Ces rubriques doivent figurer dans l'expertise 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	Expertises monodisciplinaires

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 monodisciplinaires, la durée est calculée entre la date de l'examen clinique de l'assuré et la finalisation de l'expertise (la date de réception de l'expertise à l'office AI) et 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	Toutes les expertises par discipline

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 exclut 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	Toutes les expertises à partir du point « Évaluation médicale »

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	Toutes les expertises à partir du point « Évaluation médicale »

La tâche de l'expert consiste à décrire les conditions médicales pour les 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]

C. Critère « Transparence »

Le critère « Transparence » se divise en cinq questions. Le contrôle vise à déterminer dans quelle mesure la durée d'examen et les processus, méthodes et outils utilisés sont décrits et si les critères pour évaluer les résultats d'examen sont présentés dans l'expertise. La source des informations anamnestiques et des résultats médicaux doit être identifiable.

Question C1	**Critère C : transparence**

Le temps d'examen (date, en heures de … à ...) est-il documenté ?

Champ d'application	Toutes les expertises par discipline Précision : ce point doit être vérifié à chaque expertise, y compris pluridisciplinaire.

Il est question de transparence et non d'une appréciation de la durée. Il s'agit seulement de vérifier si l'indication de temps (date, en heures de ... à ...) figure dans l'expertise.

☐	L'indication de temps (date, en heures de ... à ...) figure dans l'expertise.
☐	L'indication de temps (date, en heures de ... à ...) **ne figure pas dans l'expertise ou est incomplète**.

Question C2	**Critère C : transparence**

Dans quelle mesure la source, la date et les observations clés relatives aux informations médicales sont-elles identifiables ?

Champ d'application	Toutes les expertises par discipline, toutes les synthèses de dossier

Toutes les informations médicales citées dans l'expertise doivent être documentées. La provenance (source), la date et les observations clés y relatives doivent être identifiables.

Par informations médicales, on entend :

- les indications fournies par l'assuré lui-même
- les indications fournies par des tiers
- les rapports médicaux
- les rapports de sortie d'un hôpital ou d'un centre de réadaptation
- les expertises médicales antérieures
- les dossiers (médicaux) émanant de l'assurance sociale qui donne le mandat et d'autres assureurs sociaux ou d'assureurs privés

- les dossiers de droit pénal, de droit de la circulation routière, de droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, etc.
- les constatations recueillies par l'expert lui-même ou sur mandat
- les constatations ou documents médicaux demandés, joints à l'expertise ou transmis par la suite

Dans les expertises ou rapports précédents, les observations clés correspondent notamment à l'évaluation médico-assurantielle. La mention « Voir rapport du Dr XXX » n'est pas admise ».

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	La source, la date ou des observations clés relatives aux informations médicales manquent **une fois**.
☐	**Lacunes manifestes**	La source, la date ou des observations clés relatives aux informations médicales manquent **plusieurs fois**.
☐	**Lacunes majeures**	La source, la date ou des observations clés relatives aux informations médicales manquent **dans la plupart des cas**.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Question C3	**Critère C : transparence**

Dans quelle mesure les méthodes ayant servi à recueillir les résultats médicaux sont-elles mentionnées ?

Champ d'application	Tous les résultats médicaux recueillis lors de l'expertise

On attend de l'expert qu'il signale les méthodes qu'il a utilisées pour recueillir ses propres résultats d'examen. Par exemple, en cas de tests psychologiques, il doit indiquer s'il s'agit de tests de performances ou de personnalité ; en cas d'échelle de mesure, s'il s'agit d'une auto-évaluation ou d'une évaluation par autrui ayant permis d'identifier le degré de pathologie psychique conformément à l'Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP); en cas d'examen physique, quels systèmes organiques ont été examinés et comment (par ex. quels examens/manipulations neurologiques ont été effectués) ; en cas de tests de mesure, ce qui a été fait (spirométrie ou pléthysmographie, ou ergométrie en position assise ou couchée). Il n'est pas nécessaire d'expliquer en détail les méthodes d'examen portant le nom de leur découvreur (par ex. le test d'Unterberger) ni ce que révèlent les résultats.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	La présentation des méthodes d'examen fait défaut pour **des résultats médicaux non pertinents pour l'évaluation médico-assurantielle**.
☐	**Lacunes manifestes**	La présentation des méthodes d'examen fait défaut pour **un résultat médical pertinent pour l'évaluation médico-assurantielle**.
☐	**Lacunes majeures**	La présentation des méthodes d'examen fait défaut pour **au moins deux résultats médicaux pertinents pour l'évaluation médico-assurantielle**.

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

Question C4	**Critère C : transparence**

Dans quelle mesure l'expert distingue-t-il les sources d'information qu'il a utilisées pour recueillir ses propres résultats d'examen ?

Champ d'application	Tous les examens effectués lors de l'expertise

Dans les résultats médicaux qu'il a recueillis lui-même, l'expert doit clairement différencier ceux qu'il a effectivement observés lui-même des informations qui lui ont été rapportées par l'assuré ou par des tiers (par ex. troubles du sommeil, douleurs, insuffisance respiratoire, sensation de faiblesse, troubles de la sensibilité, etc.).

Il est recommandé de retranscrire les dires de l'assuré au discours indirect : « l'assuré déclare qu'il a des douleurs, qu'il ne peut pas dormir, qu'il a des troubles de la sensibilité, que son chef ne le traite pas correctement, etc. ».

Le discours indirect doit également être employé pour décrire toutes les informations anamnestiques provenant de tiers.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	La source d'un résultat médical ou d'une information documentée dans un résultat médical manque.
☐	**Lacunes manifestes**	La source de deux/trois résultats médicaux ou informations documentées dans un résultat médical manquent.
☐	**Lacunes majeures**	La source de plus de trois résultats médicaux ou informations documentées dans un résultat médical manquent.

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

Question C5	**Critère C : transparence**

Dans quelle mesure la base sur laquelle repose l'évaluation des résultats d'examen est-elle présentée ?

Champ d'application	Tous les examens effectués lors de l'expertise

Pour les résultats d'examens techniques qu'il a recueillis lui-même, y compris les tests psychométriques, l'expert doit indiquer les valeurs et les seuils de référence relevés. Cela vaut aussi pour les examens sans assistance technique comme la méthode du zéro neutre. Les valeurs significatives pour l'évaluation sont comparées aux résultats normaux ou aux groupes de référence.

Il est essentiel que le lecteur puisse comprendre les écarts décrits par rapport aux valeurs normales et aux références citées dans l'expertise. Il n'est pas nécessaire d'indiquer les seuils de référence pour la tension artérielle et l'indice de masse corporelle. Pour les échelles d'évaluation en psychiatrie comme l'échelle de dépression de Hamilton ou le questionnaire de dépression de Beck, il convient d'indiquer les scores permettant de déterminer la gravité de la dépression.

En cas de test de validation des symptômes, il n'est pas nécessaire de trop détailler les données. Il suffit de fournir les seuils et les scores atteints. Pour les valeurs de laboratoire spécifiques dans des situations médicales complexes, une appréciation de la pertinence de la valeur est suffisante.

Les résultats non significatifs doivent être caractérisés comme tels. En cas de pathologie, les valeurs de laboratoire doivent être fournies de manière précise, l'indication +/- (au sens de au-dessus ou en-dessous du seuil de référence) n'est pas suffisante.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Il manque la valeur/le renvoi à la référence pour **une mesure non pertinente du point de vue médico-assurantiel**.
☐	**Lacunes manifestes**	Il manque la valeur/le renvoi à la référence pour **au moins une mesure pertinente du point de vue médico-assurantiel**.
☐	**Lacunes majeures**	Il manque la valeur/le renvoi à la référence pour **au moins deux mesures pertinentes du point de vue médico-assurantiel**.

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

D. Critère « Exhaustivité »

Le critère « Exhaustivité » se divise en quatre questions. Le contrôle vise à déterminer dans quelle mesure l'anamnèse, les résultats d'examen, l'évaluation médicale, les diagnostics ainsi que les pronostics et capacités sont présentés de manière exhaustive et si les réponses aux questions de médecine des assurances sont complètes. On parle bien de l'évaluation de l'exhaustivité et **non de l'exactitude** des réponses apportées.

Les observations sur lesquelles s'appuie l'expert doivent être suffisamment documentées.

L'expert doit également se pencher sur les troubles dont l'assuré se plaint. Si la description des troubles est étendue, ils peuvent être résumés dans une appréciation. L'expert doit également se prononcer sur les traitements suivis jusqu'ici par l'assuré et sur les autres options thérapeutiques possibles. Les écarts significatifs observés dans l'évaluation médico-assurantielle par rapport aux rapports précédents, et en particulier aux expertises précédentes, doivent être discutés.

Question D1	**Critère D : exhaustivité**

Dans quelle mesure l'entretien et l'examen clinique sont-ils menés de manière exhaustive par rapport à la complexité de la problématique ?

Champ d'application	Toutes les expertises, à la rubrique « Entretien » et « Examen clinique »

Entretien :

Tous les aspects énoncés ci-après doivent figurer dans les expertises psychiatriques ; dans les expertises d'autres disciplines, certains aspects peuvent être laissés de côté, à condition de signaler/d'expliquer pourquoi l'aspect n'est pas traité. En l'occurrence, il n'est pas considéré comme manquant.

L'expert n'est pas censé fournir des indications pour tous les aspects partiels et les exemples parfois notés entre parenthèses, mais il doit montrer qu'il a considéré et examiné sérieusement chaque aspect selon l'état des rapports antérieurs et selon la complexité du cas.

- Affection actuelle (entretien libre et questions structurées)
- Troubles actuels, apparition et évolution des limitations, mesures de traitement, manière de l'assuré de percevoir sa maladie, gestion des troubles au quotidien, stratégies d'adaptation, représentation de l'évolution future de la maladie
- Anamnèse systématique, psychiatrique et/ou somatique, portant aussi sur la consommation de substances psychotropes
- Anamnèse familiale / hérédité
- Événements particuliers à la naissance, développement dans la petite enfance, relations au sein de la famille, comportements particuliers à l'âge préscolaire et scolaire
- Formation scolaire et parcours professionnel, activités bénévoles, service militaire
- Parcours professionnel [par ex. activités professionnelles et postes occupés, contextes d'anciennes activités professionnelles (réussies), date et circonstances de la cessation de l'activité ; mesures de réadaptation ou placements à l'essai]
- Tableau clinique par rapport au travail (appréciation subjective de l'assuré et explications données sur ce qui va encore et sur ce qui n'est plus possible pour lui)
- Anamnèse sociale (par ex. logement, situation financière/endettement, vie de couple, enfants, droit de garde, mesures prises dans le cadre du droit de la protection de l'enfant

et de l'adulte, obligations d'entretien, le cas échéant aussi dans le pays d'origine, réseau relationnel et construction des relations, gestion du handicap par l'entourage)

- Événements marquants, y compris infractions commises antérieurement (même au code de la route)
- Déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, organisation du temps libre, loisirs, description détaillée de l'activité possible dans le ménage (pour les personnes exerçant une activité professionnelle partielle ou une activité ménagère exclusive, de manière particulièrement détaillée), aides nécessaires pour le ménage et dans la vie quotidienne, moyens de transport utilisés, types de déplacements, voyages, etc.
- Traitement(s) suivi(s) à ce jour, y compris médicamenteux (en indiquant aussi les méthodes thérapeutiques relevant de la médecine alternative ou complémentaire ou l'absence éventuelle de traitement)
- Perception de l'avenir, en général et en lien avec l'activité professionnelle ou avec la réadaptation professionnelle
- Entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert
- Le cas échéant, entretien concernant le matériel d'observation recueilli

Pour les deux derniers points (entretien concernant les incohérences et le matériel d'observation), l'expert ne doit fournir des indications que si tel est le cas.

Examen clinique :

L'examen clinique est-il complet par rapport à la complexité du cas ? Les points suivants sont nécessaires :

- observation du comportement
- résultats somatiques et/ou psychiatriques
- résultats complémentaires : laboratoire, examens, tests.

Complet signifie :

Concernant les points susmentionnés, tous les résultats nécessaires ont été recueillis.

Suffisant signifie :

- Tous les résultats nécessaires n'ont pas été obtenus, mais les résultats sont suffisants pour l'évaluation de l'expert.
- Par exemple : l'observation du comportement n'est présentée que de manière rudimentaire, mais les constatations relevées et documentées permettent de se faire une idée suffisante.

Insuffisant :

- Des examens importants n'ont pas été effectués, ce qui compromet fortement l'évaluation d'expertise.
- Par exemple : Absence de test cognitif après un traumatisme crânien grave.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Pas d'indications concernant un ou deux aspects de l'entretien, mais l'examen clinique est complet par rapport à la complexité du cas

☐	**Lacunes manifestes**	Pas d'indications concernant trois aspects au plus de l'entretien, alors que l'examen clinique est au moins suffisant par rapport à la complexité du cas
☐	**Lacunes majeures**	Pas d'indications concernant au moins quatre aspects de l'entretien et/ou l'examen clinique est insuffisant par rapport à la complexité du cas

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

Question complémentaire : adéquation de la durée de l'examen :
Commentaire : si aucun défaut n'est constaté, la durée de l'examen est considérée comme adéquate.

Si des défauts ont été constatés sous D1, ils s'expliquent par une durée d'examen trop courte : Oui / Non

☐	**Aucune lacune**	Réponse par non ou pas de défaut à D1
☐	**Lacunes mineures**	Réponse par oui et lacunes mineures pour D1
☐	**Lacunes manifestes**	Réponse par oui et lacunes manifestes pour D1
☐	**Lacunes majeures**	Réponse par oui et lacunes majeures pour D1

Question D2	**Critère D : exhaustivité**

Dans quelle mesure les diagnostics sont-ils basés sur un système reconnu et codés selon ce système ?

Champ d'application	Toutes les expertises, rubriques Évaluation médicale et Diagnostics (points 6 et 7)

Le système de classification utilisé doit être nommé. Il faut pouvoir clairement identifier sur quels troubles et quelles constatations repose le diagnostic (motivation). Une motivation et un codage selon la CIM (selon le DSM dans des cas justifiés pour les troubles psychiques) sont obligatoires. Il ne s'agit pas ici de vérifier l'exactitude mais l'exhaustivité. Si aucun diagnostic n'est posé, rien ne doit être codé.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Le codage CIM/DSM manque pour au moins un diagnostic, mais celui-ci n'est pas pertinent pour évaluer la capacité de travail.
☐	**Lacunes manifestes**	La motivation du diagnostic sur la base des critères de la classification utilisée (CIM/DSM) manque pour au moins un diagnostic pertinent pour évaluer la capacité de travail.
☐	**Lacunes majeures**	La motivation du diagnostic sur la base des critères de la classification utilisée (CIM/DSM) manque pour au moins deux diagnostics pertinents pour évaluer la capacité de travail.

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

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	Toutes les expertises par discipline

Il s'agit de déclarations divergentes concernant l'évaluation du diagnostic et les capacités fonctionnelles par rapport aux rapports antérieurs, qui pourraient entraîner une décision différente en matière de droit des assurances sociales. 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 toutes les expertises

Toutes les questions figurant au point 9, y compris les questions complémentaires, ainsi que toutes celles basées sur l'évaluation consensuelle dans le cadre d'une expertise interdisciplinaire doivent être traitées. Si les réponses aux questions complémentaires ont la même teneur que celles fournies aux questions standards 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 ».

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?
- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?
- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité 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 ?

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 de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail (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 ?

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 façon sensible par des mesures médicales ?
- Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Questions se rapportant au cas précis

(à reprendre du mandat)

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]

E. Critère « Compétences techniques »

Le critère « Compétences techniques » se divise en sept 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 E1	**Critère E : compétences techniques**

Dans quelle mesure les connaissances médicales généralement acceptées sont-elles prises en compte conformément aux directives en vigueur ?

Champ d'application	Toutes les expertises par discipline

Le contrôle vise à déterminer si l'analyse des antécédents médicaux et des résultats d'examen, la motivation des diagnostics, la détermination des limitations fonctionnelles, la formulation du pronostic et la présentation des options thérapeutiques sont fondés sur des connaissances médicales généralement acceptées (par ex. sur la base des directives diagnostiques et thérapeutiques reconnues par les sociétés de discipline médicale). Les méthodes non reconnues ne sont pas considérées comme des connaissances médicales généralement acceptées.

L'exactitude du diagnostic et le raisonnement effectué pour y parvenir ne sont pas vérifiés ici.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Des méthodes non reconnues sont utilisées dans certains cas, mais elles ne servent pas à justifier l'évaluation médico-assurantielle.
☐	**Lacunes manifestes**	Des méthodes non reconnues sont notamment utilisées pour justifier l'évaluation médico-assurantielle.
☐	**Lacunes majeures**	L'évaluation médico-assurantielle se fonde sur des méthodes non reconnues.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Question E2	Critère E : compétences techniques

Les médecins spécialistes procèdent-ils à des évaluations en dehors de leur discipline ?

Champ d'application	Toutes les expertises par discipline

Il s'agit ici de déterminer si les spécialistes concernés s'en tiennent à leur discipline ou s'ils effectuent aussi activement des évaluations dans d'autres domaines, notamment en posant eux-mêmes ou en évaluant des diagnostics dans d'autres disciplines que la leur. Cette façon de travailler doit être considérée comme une lacune ; c'est par exemple le cas si un rhumatologue diagnostique une dépression.

Néanmoins, il est expressément autorisé (et même souvent nécessaire) pour l'expert d'évaluer l'influence de comorbidités déjà documentées par un autre spécialiste sur l'évolution d'une maladie relevant de sa propre discipline. De même, l'expert peut et devrait mentionner tous les diagnostics pertinents (avérés et documentés dans le dossier), notamment afin de fournir une vue d'ensemble de l'état de santé de l'assuré. Dans de tels cas, il ne s'agit pas d'une lacune. Il en va de même pour certaines expertises pluridisciplinaires en orthopédie, en rhumatologie et en neurologie, où il arrive que les domaines d'évaluation se recoupent (par ex. en cas de maux de dos chroniques avec constatations de nature somatique). Dans les expertises médicales monodisciplinaires en particulier, l'expert peut également indiquer (en justifiant son propos) que, selon les examens qu'il a menés, des clarifications supplémentaires s'avèrent nécessaires dans une autre discipline.

Remarque après la discussion dans le cadre de la formation de l'étude pilote 2023 : Dans cet item, il ne faut pas seulement prendre en compte les diagnostics, mais aussi les évaluations médicales dans la spécialité étrangère. Il peut s'agir, par exemple, d'avis sur des thérapies, de recommandations thérapeutiques et de pronostics dans la spécialité étrangère.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	L'expert émet des hypothèses diagnostiques dans d'autres disciplines, mais son évaluation de la capacité de travail est uniquement fondée sur des éléments relevant de sa propre spécialité.
☐	**Lacunes manifestes**	L'expert pose des diagnostics dans d'autres disciplines, mais son évaluation de la capacité de travail est uniquement fondée sur des éléments relevant de sa propre spécialité.
☐	**Lacunes majeures**	L'expert justifie son évaluation de la capacité de travail par des diagnostics qu'il a posés dans d'autres disciplines.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

Question E3	Critère E : compétences techniques

L'expert médical compétent tient-il compte des diagnostics complémentaires dans son évaluation ?

Champ d'application	Toutes les expertises par discipline

Il s'agit ici de déterminer dans quelle mesure l'expert s'est penché sur les résultats des examens complémentaires et en tient compte dans toutes ses réflexions relatives au diagnostic et aux capacités fonctionnelles. Il doit clairement apparaître qu'il ne s'est pas forgé une opinion tranchée avant de disposer de tous les résultats d'examen complémentaires. En effet, l'expert doit intégrer ces résultats dans son évaluation, en précisant comment il les interprète et quels diagnostics ou phénomènes permettent de les expliquer. Cela s'applique en particulier aux bilans complets, tels que le diagnostic neuropsychologique ou l'ECF (Evaluation des Capacités Fonctionnelles).

(Remarque formulée lors de la discussion de groupe : en particulier dans le cas d'un mandat d'expertise incluant une évaluation neuropsychologique, le mandant doit préciser dès le début si celle-ci doit venir compléter une expertise psychiatrique ou neurologique. En principe, selon les critères de Slick, il faudrait que les deux experts médicaux prennent position sur le sujet, car il doit être parfaitement clair si les troubles observés sont d'origine psychique, neurologique, ou ni l'une ni l'autre.)

L'expert doit aussi indiquer quels résultats complémentaires ne sont pas explicables du point de vue médical. Lorsqu'il évalue les capacités fonctionnelles de l'assuré, il doit prendre en compte tous les facteurs pertinents, c'est-à-dire non seulement les résultats médicaux les plus récents, mais également toute l'évolution de la maladie, en particulier en ce qui concerne les ressources et la personnalité du patient. Dans une expertise médico-assurantielle, il ne suffit pas de reprendre le résultat d'un examen médical sans procéder à une évaluation plus approfondie.

(Remarque formulée lors de la discussion de groupe : à l'heure actuelle, dans les expertises psychiatriques notamment, les examens sont généralement effectués et analysés avant de connaître les résultats neuropsychologiques. La plupart du temps, ces expertises ne sont ensuite plus modifiées sur le fond. Les résultats des expertises par discipline et des examens complémentaires sont certes abordés dans le cadre de l'évaluation consensuelle, mais les experts par discipline se contentent généralement de commenter les constatations neuropsychologiques plutôt que de s'en servir comme base de réflexion.)

Un diagnostic complémentaire pertinent pour l'évaluation a été effectué : oui/non
(si non, la question E3 disparaît)

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Les examens complémentaires et leurs résultats sont mentionnés et commentés dans l'expertise médicale, mais leur interprétation diagnostique n'est pas claire. Néanmoins, leur influence sur la capacité à travailler (ou à effectuer des travaux ménagers) ressort clairement de l'analyse.
☐	**Lacunes manifestes**	Les examens complémentaires et leurs résultats sont mentionnés et commentés dans l'expertise médicale, mais leur

		influence sur la capacité à travailler (ou à effectuer des travaux ménagers) ne ressort pas clairement de l'analyse.
☐	**Lacunes majeures**	L'expertise médicale ne fournit pas d'analyse critique des résultats complémentaires ; ces derniers ne sont pas pris en compte ou sont uniquement repris sans commentaire dans l'évaluation médicale des expertises par discipline.

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

Question E4	**Critère E : compétences techniques**

Les déficits fonctionnels et les résultats médicaux documentés sont-ils mis en lien avec les diagnostics posés ?

Champ d'application	Toutes les expertises à partir du point « Évaluation médicale »

Ici, l'objectif est de contrôler si l'expertise met en lien les capacités ou les déficits fonctionnels et tous les autres éléments qui appartiennent au diagnostic. Les résultats médicaux documentés (y compris ceux qui figurent dans le dossier) y sont également compris. Par capacités ou déficits fonctionnels, on n'entend pas les catégories de la CIF, mais les limitations réelles attendues au vu des diagnostics posés, des symptômes correspondants et de leur évolution. Ainsi, il est aussi possible de vérifier si l'évolution sur le long terme est prise en considération.

De manière générale, toutes les limitations décrites doivent être mises en lien avec les diagnostics posés. Pour chaque diagnostic (motivé de façon compréhensible – cet aspect est abordé plus loin), il faut préciser l'impact des symptômes associés sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans son quotidien et son travail. Il est aussi possible que la combinaison de différentes pathologies aggrave les limitations fonctionnelles. Par exemple, un assuré atteint d'un trouble dépressif qui présente en même temps une accentuation de certains traits de la personnalité aura nettement plus de difficultés à retrouver une perspective positive, voire simplement à accepter de suivre une thérapie.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	Le lien concret entre le diagnostic et les limitations fonctionnelles ou entre les résultats médicaux et le diagnostic n'est pas systématiquement précisé, mais il est clair dans l'ensemble.
☐	**Lacunes manifestes**	Le lien concret entre le diagnostic et les limitations fonctionnelles n'est pas établi. **OU**

		Le lien concret entre les résultats médicaux et le diagnostic n'est pas établi.
☐	**Lacunes majeures**	Le lien concret entre le diagnostic et les limitations fonctionnelles n'est pas établi. **ET** Le lien concret entre les résultats médicaux et le diagnostic n'est pas établi.

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

Question E5	**Critère E : compétences techniques**

Les facteurs personnels et psychosociaux sont-ils pris en compte ?

Champ d'application	Toutes les expertises à partir du point « Appréciation des capacités et des ressources »

En ce qui concerne l'appréciation nuancée des ressources, les exigences sont nettement plus élevées pour les pathologies psychiques et psychosomatiques. Il existe des éléments appréciés différemment par les experts somaticiens et les experts psychiatres.

Lors de l'évaluation de la capacité de travail, toutes les données physiques et psychiques pertinentes ainsi que la personnalité et les facteurs environnementaux pertinents d'une personne doivent être pris en compte. Cela comprend ses forces et ses capacités (ressources) ainsi que les limitations fonctionnelles liées à sa personnalité, de même que les défis et les contraintes auxquels elle peut être confrontée dans le contexte du travail.

En effet, les experts doivent évaluer les possibilités concrètes dont la personne assurée dispose dans les différents domaines de sa vie ainsi que leur impact sur l'évolution de la maladie :

- compréhension de la maladie et du traitement (par ex. attribution des troubles à une cause externe, attentes passives sans implication personnelle par rapport au traitement, refus d'accepter les causes de la maladie, refus d'un traitement ou, au contraire, compréhension nuancée de la maladie, attitude participative à l'égard du traitement, etc.) ;
- comportement lors de l'entretien et de l'examen (par ex. personne coopérative, décrivant ses troubles de façon spontanée et nuancée ou, au contraire, personne renfermée, sur la défensive, irritable, impulsive, etc.) ;
- interaction avec les tiers, comportement (par ex. personne appréciée par son supérieur hiérarchique et ses collègues ou, au contraire, personne présentant des difficultés ou recueillant des réactions négatives de la part de son entourage ; équilibre émotionnel ou, au contraire, difficultés à contrôler ses émotions et ses impulsions, etc.) ;
- ressources et déficits psychosociaux, comme les limitations fonctionnelles liées à la personnalité, ainsi que les défis et les contraintes qu'une personne peut rencontrer dans le contexte du travail et dans d'autres domaines de la vie (par ex. assuré soutenu par son entourage familial et social, employeur approuvant et soutenant la réadaptation, personne

issue de l'immigration bien intégrée, disposant de bonnes connaissances linguistiques, d'une bonne formation scolaire et de capacités intellectuelles élevées ou, au contraire, relations conflictuelles, entourage familial absent ou offrant peu de soutien, employeur souhaitant se défaire de l'assuré ou ne se préoccupant pas de son intégration, personne issue de l'immigration mal intégrée, disposant de connaissances linguistiques limitées ou inexistantes, d'un faible niveau d'instruction et de capacités intellectuelles limitées).

Ici, l'expert appelé à se prononcer sur des troubles somatiques ne doit pas évaluer l'état psychique ou psychiatrique de l'assuré, mais émettre un pronostic sur son évolution (autrement dit sur les possibilités réalistes dont l'assuré dispose), de même que le médecin traitant doit considérer les différentes options thérapeutiques et déterminer si elles peuvent réellement être bénéfiques au patient. Pour ce faire, l'expert doit également chercher à comprendre pourquoi les traitements entrepris jusque-là n'ont pas fonctionné ; il ne suffit pas de déclarer en une phrase que les limitations décrites ne sont pas entièrement explicables sur le plan somatique. Il faut démontrer qu'un diagnostic différentiel minutieux des résultats actuels et une évaluation des rapports antérieurs ont été effectués. Un somaticien doit également déclarer ici clairement s'il remarque des aspects qui nécessitent un examen psychiatrique ou s'il ne remarque pas d'aspects pertinents de la personnalité dans l'impression clinique.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	L'expertise psychiatrique décrit les facteurs personnels et psychosociaux (ressources et déficits) et leur impact sur la maladie, mais il n'est pas clair dans quelle mesure ils influencent la capacité à travailler (ou à effectuer des travaux ménagers).
☐	**Lacunes manifestes**	L'expertise psychiatrique décrit les facteurs personnels et psychosociaux (ressources et déficits), mais ne précise pas clairement leur impact sur la maladie. **OU** L'expertise somatique mentionne le comportement et l'apparence extérieure de l'assuré, mais ne permet pas de se faire une image concrète de ce dernier.
☐	**Lacunes majeures**	L'expertise psychiatrique ne précise pas les facteurs personnels et psychosociaux (ressources et déficits). **OU** L'expertise somatique ne mentionne pas le comportement et l'apparence extérieure de l'assuré.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

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	Toutes les expertises à partir du point « Évaluation médicale »

Ici, 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. 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	Toutes les expertises aux points 8.1 « Évolution du traitement et chances de guérison » et 9 « Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail »

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 d'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 l'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'augmenter significativement la capacité de travail.

Résultat du contrôle : [Texte]

Quelles sont les raisons des lacunes constatées ?

[Texte]

F. Critère « Économicité »

Le critère « Économicité » se divise en deux questions. Toutes deux se rapportent au diagnostic et sont axées sur le principe d'économicité de la LAI. Les processus, méthodes et outils doivent, par conséquent, se conformer à ce principe. Il s'agit ici de vérifier si l'expert a mis en évidence le sens et le but d'un examen et qu'il en tire des conclusions dans l'évaluation.

Question F1	**Critère F : économicité**

Dans quelle mesure les méthodes de diagnostic utilisées sont-elles appropriées et nécessaires pour répondre à la question médico-assurantielle posée ?

Champ d'application	Toutes les expertises : méthode de diagnostic utilisée pour l'évaluation

La méthode de diagnostic médico-technique utilisée par l'expert et les éventuels tests psychologiques effectués doivent être indiqués pour répondre à la question posée et ne pas dépasser les limites du nécessaire. Il faut donc déterminer dans quelle mesure la méthode employée est effectivement appropriée et nécessaire à l'évaluation médico-assurantielle. Par exemple, si des résultats d'examen menés par un autre médecin sont disponibles, l'expert n'effectue pas un nouveau diagnostic. De même, dans le cadre d'une expertise psychiatrique, il n'est pas justifié de procéder à un test psychologique de routine. Il doit ressortir clairement de l'expertise pourquoi la méthode choisie est indiquée dans ce cas précis.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	La méthode de diagnostic utilisée par l'expert est appropriée pour répondre à la question médico-assurantielle posée. **À une ou deux reprises**, l'expert a fait plus que ce qui aurait été nécessaire.
☐	**Lacunes manifestes**	La méthode de diagnostic utilisée par l'expert est appropriée pour répondre à la question médico-assurantielle posée. **À plus de deux reprises**, l'expert a fait plus que ce qui aurait été nécessaire.
☐	**Lacunes majeures**	La méthode de diagnostic utilisée par l'expert n'est **pas appropriée** et donc pas nécessaire pour répondre à la question médico-assurantielle posée.

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

Question F2	Critère F : économicité

Dans quelle mesure les méthodes de diagnostic utilisées sont-elles suffisantes pour répondre à la question médico-assurantielle posée ?

Champ d'application	Toutes les expertises : méthode de diagnostic utilisée pour l'évaluation

La méthode de diagnostic médico-technique utilisée et les éventuels tests psychologiques effectués doivent suffire pour répondre à la question posée.

Si les résultats médicaux disponibles sont insuffisants, l'expert doit effectuer ses propres examens pour aboutir à un diagnostic, ou demander à ce qu'ils soient réalisés. Suivant la question posée, même les données de base fournies par l'examen corporel (par ex. poids, taille, état général, musculature) peuvent s'avérer indispensables.

À l'inverse, l'absence de diagnostic peut aussi avoir une importance en termes d'économicité si elle engendre une charge de travail supplémentaire ou qu'elle nécessite un nouveau diagnostic ou une nouvelle expertise.

On distingue trois types de lacunes :

S'il manque un seul examen qui aurait été indiqué pour étayer l'évaluation médico-assurantielle (par ex. gazométrie artérielle en cas de BPCO), il s'agit d'une lacune mineure, qui n'engendre pas de charge supplémentaire.

S'il manque plusieurs examens qui auraient été utiles pour étayer l'évaluation, la rendant ainsi plus difficile, on considère qu'il s'agit d'une lacune manifeste. C'est notamment le cas si seule une spirométrie a été effectuée chez un patient atteint d'une BPCO, mais pas de pléthysmographie, ou encore si, en cas de TDAH ou de troubles du spectre autistique, les examens nécessaires n'ont pas été réalisés.

S'il manque des examens qui auraient été essentiels pour répondre à la question médico-assurantielle posée, il s'agit d'une lacune majeure. De telles lacunes engendrent une charge de travail supplémentaire ; il peut notamment être nécessaire de rattraper les examens manquants. C'est par exemple le cas si, en cas de BPCO, seul un examen corporel a été effectué, mais pas de spirométrie ni de pléthysmographie, ou encore si aucun examen neuropsychologique n'a été réalisé à la suite d'une lésion cérébrale.

Si l'expert n'a pas recours aux outils diagnostiques spécifiques requis par le mandat d'expertise car il ne les juge pas nécessaires, mais qu'il parvient néanmoins à répondre de façon concluante aux questions posées, on considérera qu'il ne s'agit pas d'une lacune.

☐	**Aucune lacune**	
☐	**Lacunes mineures**	**Un examen indiqué pour étayer l'évaluation médico-assurantielle** n'a pas été réalisé, sans toutefois que cela n'engendre une charge de travail supplémentaire.
☐	**Lacunes manifestes**	**Quelques** examens indiqués pour étayer l'évaluation médico-assurantielle n'ont pas été réalisés, ce qui rend cette évaluation plus difficile.

☐	**Lacunes majeures**	Il manque des examens qui auraient été **essentiels** pour répondre aux questions médico-assurantielles posées, ce qui engendre une charge de travail supplémentaire.

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.

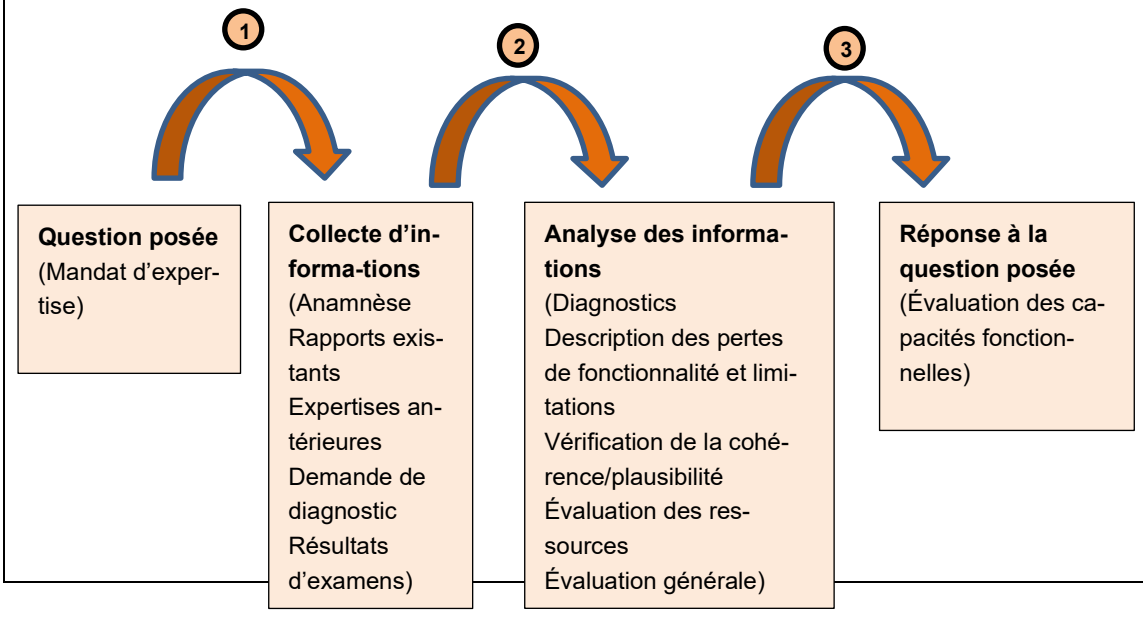
Critère général « Compréhensibilité de l'expertise du point de vue médico-assurantiel »

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

Champ d'application	Toutes les expertises

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.

Quelles lacunes ont été constatées ?
Les manques qualitatifs qui justifient cette appréciation doivent être décrits dans le formulaire de contrôle. [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

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.

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 IV.

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.

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

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

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.