

Améliorer la collaboration entre les offices AI et les médecins traitants

Une bonne collaboration entre les offices AI et les médecins traitants contribue à améliorer l'efficacité de la procédure AI et l'adéquation de ses résultats. Or cette collaboration ne donne pas toujours satisfaction, par exemple lorsque l'office AI et le médecin n'évaluent pas de la même façon la capacité de travail de l'assuré. Après avoir analysé les problèmes existants et leurs causes, une étude récente a identifié un ensemble de pratiques recommandables en la matière.



Christian Bolliger

Bureau Vatter, recherche et conseil politique



Marius Féraud

Pour l'assurance-invalidité (AI), la qualité de la collaboration avec les médecins traitants joue un rôle essentiel dans le processus de réadaptation des assurés et dans l'examen de leurs droits aux prestations. Les médecins traitants possèdent en effet des informations précieuses sur l'état de santé des assurés et sur les ressources qui peuvent être mobilisées. En tant que personnes de confiance de leurs patients, ils sont des partenaires importants pour aider à surmonter les obstacles qui entravent la réadaptation professionnelle des assurés. Afin d'obtenir des informations médicales, les offices AI s'appuient en partie sur des rapports médicaux écrits, lesquels prennent le plus souvent la forme d'un questionnaire posant un certain nombre de questions relatives

notamment au diagnostic et à la capacité de travail de l'assuré. D'autres modalités de contact plus informelles (entretiens téléphoniques, réunions, courriels) sont également possibles. Les médecins traitants ont eux aussi intérêt à une bonne collaboration avec l'AI: ils souhaitent à la fois obtenir des informations sur le déroulement de la procédure et parvenir à une bonne coordination de la procédure AI avec le traitement médical de leurs patients.

Sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales, le bureau Vatter a étudié la collaboration entre les offices AI et les médecins traitants dans quatre domaines: les mesures médicales pour les assurés de moins de 20 ans, la réadaptation, l'examen approfondi du droit à la rente et la révision des rentes.

Modèle d'analyse et objectifs de l'étude

Selon le modèle d'analyse retenu pour l'étude (voir graphique G1), les facteurs d'une bonne collaboration sur des cas concrets sont des ressources en temps suffisantes, une solide compréhension des possibilités d'action des partenaires et de leurs limites, des attentes similaires et réalistes quant aux apports de la collaboration, ainsi qu'une confiance et une estime mutuelles entre les partenaires. Ces facteurs dépendent fortement des caractéristiques propres aux personnes concernées (collaborateurs de l'AI, médecins traitants), des instruments, des procédures et du mode de fonctionnement des offices AI, ainsi que du cadre structurel, organisationnel et juridique existant. Si les offices AI peuvent exercer une certaine influence sur la façon dont ils organisent leurs processus ou gèrent leurs contacts, certains éléments – le cadre juridique, par exemple – échappent dans une large mesure à leur contrôle.

L'objectif principal de l'étude était, d'une part, de déterminer comment les acteurs concernés perçoivent la collaboration. Il consistait, d'autre part, à présenter le cadre, les formes actuelles et les instruments de la collaboration, ainsi qu'à identifier des pratiques recommandables des offices AI en la matière.

Méthodologie

Les offices AI et le corps médical ont été associés de manière équilibrée à l'enquête. Des questionnaires écrits ont permis de connaître le degré de satisfaction à l'égard de la collaboration, les difficultés rencontrées et les possibilités d'amélioration.

Les 26 offices AI cantonaux et 325 médecins traitants de cinq cantons ont été consultés. L'enquête a également examiné, sur la base d'analyses documentaires et d'entretiens, l'organisation, les instruments et les procédures des offices AI dans chacun des cantons sélectionnés. Ces cinq études de cas ont été complétées par un entretien de groupe avec des collaborateurs de l'office AI concerné et trois entretiens semi-directifs avec des médecins traitants du canton en question. Les modes de collaboration jugés prometteurs sur la base des résultats des études de cas ont fait l'objet de discussions avec des représentants des différents offices AI et du corps médical lors de deux ateliers organisés l'un en Suisse romande et l'autre en Suisse alémanique. Les auteurs de l'étude en ont déduit un ensemble de pratiques recommandables.

Divergences d'approche et conditions défavorables

Pour l'AI, l'évaluation de la capacité de travail d'un assuré constitue une base importante pour décider d'éventuelles mesures de réadaptation ou d'autres prestations individuelles.

L'assurance sollicite pour cela l'avis des médecins traitants. Or l'étude met en évidence le fait que les médecins et l'AI évaluent la capacité de travail de l'assuré sur la base de conceptions et d'échelles de mesure différentes. Les médecins travaillent en effet avec une conception de la santé et de la maladie plus large que celle de l'AI, puisqu'elle tient davantage compte des aspects sociaux. Ils tendent à évaluer la capacité de travail sur la base d'une approche purement médicale, en considérant la profession actuelle de leur patient et leur propre vision du marché du travail. L'AI examine quant à elle si l'assuré peut encore exercer une activité professionnelle adaptée à son handicap; elle compare le salaire réalisable avant et après la survenance du handicap en considérant non le marché du travail effectif, mais la vision théorique d'un marché du travail équilibré. Enfin, les exigences de l'AI pour la reconnaissance objective d'une maladie sont plus élevées que celles des médecins traitants, ce qui favorise des appréciations divergentes, surtout dans le cas des maladies psychiques et des affections douloureuses sans cause univoque.

Outre des critères d'évaluation divergents, d'autres éléments de l'environnement – présentés ici sous la no-

tion d'idéal-type – peuvent entraver la collaboration: les médecins traitants s'inscrivent dans une relation contractuelle, et souvent dans une relation de confiance, avec les assurés, tandis que les collaborateurs de l'AI doivent adopter une attitude plus critique à leur égard; des contacts personnels réguliers entre les médecins traitants et les spécialistes des offices AI faciliteraient l'échange d'informations; les demandes de l'AI ne représentent pour les médecins traitants qu'un aspect marginal de leur activité et ne revêtent donc pour eux qu'une importance secondaire; enfin, il faut souligner que le cadre juridique (dispositions sur la protection des données) fixe certaines limites à l'échange d'informations.

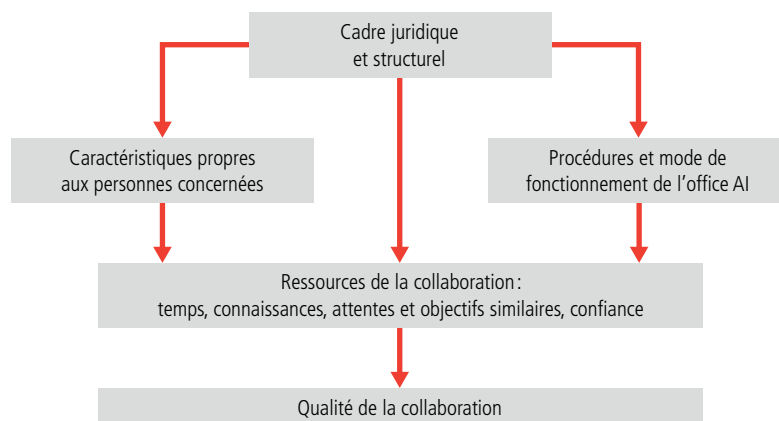
Le degré de satisfaction à l'égard de la collaboration varie d'un cas à un autre

Les résultats de l'enquête écrite montrent que les offices AI sont convaincus de l'importance d'une bonne collaboration pour la réussite de la procédure AI. Comme les médecins interrogés, les offices AI jugent la collaboration dans la plupart des cas plutôt, voire entièrement satisfaisante. Le degré de satisfaction varie toutefois considérablement d'un cas à un autre en fonction des méthodes de travail et de l'attitude générale des acteurs concernés, de la nature et de la complexité de l'infirmité de l'assuré, mais aussi de facteurs structurels (discipline médicale concernée, p.ex.) et des expériences antérieures de la collaboration.

Le degré de satisfaction dépend aussi du domaine considéré: s'agissant des mesures médicales, les personnes interrogées se sont déclarées plutôt, voire entièrement satisfaites de la collaboration dans plus de trois cas sur quatre. Ce niveau de satisfaction chute à un peu plus d'un cas sur deux en ce qui concerne l'examen du droit à la rente, où les divergences d'approche décrites précédemment s'expriment

Modèle d'analyse: facteurs de la collaboration

G1



Source: *Op. cit.* Bolliger/Féraud.

pleinement. Il se situe entre ces deux valeurs dans les domaines de la réadaptation et de la révision des rentes.

Motifs d'insatisfaction

Les différences d'appréciation de la capacité de travail d'un assuré entre les médecins traitants et les experts désignés par l'AI sont des sources fréquentes de désaccord. Les offices AI reprochent aux rapports médicaux de ne pas toujours être suffisamment précis, notamment en ce qui concerne les limitations fonctionnelles de l'assuré. Des doutes existent aussi parfois en ce qui concerne l'indépendance des médecins traitants. Ces derniers soulignent quant à eux qu'ils sont, dans la procédure, les seuls médecins dont le jugement s'appuie sur des observations à long terme de l'assuré. Une proportion significative de médecins interrogés émettent de sérieux doutes quant à la qualité et à l'indépendance des expertises externes.

Les offices AI et les médecins traitants interrogés mettent en avant d'autres motifs possibles d'insatisfaction lors de la collaboration sur des cas individuels : les collaborateurs de l'AI estiment que les médecins n'accordent pas toujours assez d'importance à la réadaptation, tandis que les médecins reprochent précisément à l'AI de négliger parfois les autres dimensions de la situation. Sont également mentionnés une méconnaissance de la procédure et des instruments de l'AI par les médecins traitants (un point d'ailleurs reconnu par une partie du corps médical), un manque de communication directe (une lacune admise par les deux parties), une durée excessive de la procédure et un temps d'attente trop important du rapport médical, malgré des améliorations récentes sur ces derniers points. Enfin, les deux parties déplorent le fait que l'autre partenaire ne soit pas toujours facile à joindre.

Les difficultés de la collaboration se renforcent mutuellement : le sentiment que l'AI ne prend pas leurs

avis suffisamment au sérieux a sur les médecins un effet démotivant. Cela se répercute sur le temps que met l'AI à obtenir les informations des médecins traitants, voire sur la qualité de ces informations et, en fin de compte, sur la nécessité pour l'AI d'effectuer ses propres examens. Le manque de communication constaté de part et d'autre n'est pas non plus de nature à renforcer la confiance entre les partenaires.

A la lumière de ces résultats, c'est un bilan mitigé qui doit être tiré de l'analyse des facteurs de succès d'une bonne coopération : alors que les attentes et les objectifs des partenaires semblent fondamentalement conciliables, la connaissance des instruments, de l'organisation et des processus de l'AI par les médecins, d'une part, et la confiance mutuelle entre médecins et collaborateurs de l'AI, d'autre part, s'avèrent limitées. Cette relation de confiance fragile n'encourage pas les partenaires à consacrer à la collaboration un temps qui est par ailleurs déjà compté.

Approches pour renforcer la collaboration

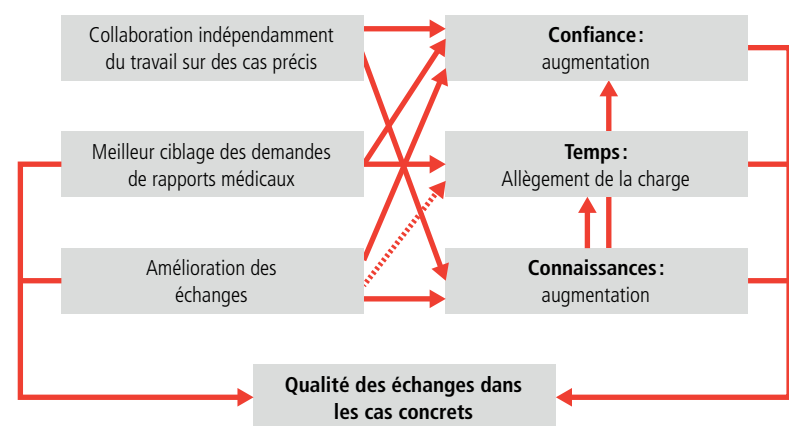
Sur la base d'une comparaison des instruments, de l'organisation

et des processus des cinq offices AI ayant fait l'objet d'un examen plus approfondi, l'étude a dégagé trois pistes pour lutter contre le risque de démotivation du corps médical et contribuer à une meilleure collaboration (voir graphique G2). Dans la plupart des cas, ces solutions ont déjà été mises en œuvre dans au moins un canton et revêtent le caractère de bonnes pratiques. L'amélioration de la collaboration sur des cas concrets passe à la fois par un *meilleur ciblage des demandes de rapports médicaux* et par une *amélioration des échanges* entre l'AI ou le SMR et les médecins traitants. Ces deux approches, associées à l'*entretien des contacts indépendamment du travail sur des cas précis*, permettent aux partenaires de renforcer leur confiance mutuelle, de mieux connaître leurs compétences, leurs tâches et leurs responsabilités respectives, et de gagner du temps lors de leur travail en commun sur des cas concrets.

1. **Premièrement – un meilleur ciblage des demandes de rapports médicaux** : l'office AI ne devrait pas demander systématiquement des rapports médicaux écrits, mais seulement lorsque cela s'avère nécessaire à la lumière des informations déjà en sa possession (entretiens, rapports existants, p.ex. ceux

Recommandations pour la collaboration et effets attendus

G2



Source : Op. cit. Bolliger/Féraud.

d'autres institutions). Il devrait, dans la mesure du possible, n'en demander qu'aux médecins susceptibles de formuler un avis pertinent sur le cas d'espèce. Les questions posées devraient être aussi spécifiques et précises que possible. La communication accompagnant la demande devrait préciser explicitement au médecin qu'il jouit d'une certaine liberté dans la façon de remplir le formulaire qui sert de cadre au rapport écrit (le contenu avant la forme). Elle devrait également refléter une démarche de nature essentiellement partenariale et préciser les attentes à l'égard du corps médical. La forme orale devrait si possible être privilégiée lorsqu'il s'agit d'adresser un rappel aux médecins retardataires. Le fait de signaler que l'office AI est ouvert au dialogue est aussi un élément propice à l'établissement d'un climat de confiance.

2. **Deuxièmement – une amélioration des échanges:** au-delà des demandes de rapports écrits, d'autres échanges entre l'office AI et les médecins traitants peuvent s'avérer nécessaires pour l'un ou l'autre des partenaires (dans le but d'obtenir des informations complémentaires, de coordonner la procédure AI avec le traitement médical, de tirer au clair les divergences d'appréciation). Un souci d'assurer la joignabilité des personnes compétentes – par exemple en désignant des interlocuteurs au sein de l'office AI, du SMR, mais aussi des cliniques et des cabinets médicaux – s'avère également être un facteur précieux. Il serait par ailleurs souhaitable de définir les modalités de l'échange en fonction de la situation et d'assurer en commun le suivi et la coordination des mesures de réadaptation. En ce qui concerne les éventuelles divergences d'appréciation et la coordination de la procédure AI avec le traitement médical, il faudrait veiller à informer le médecin traitant des principales étapes de la

procédure (début d'une mesure, expertise, préavis, décision). Il importe à cet égard de clarifier le rôle qui revient à l'assuré dans cet échange d'informations et comment ses droits de la personnalité doivent être garantis (procuration autorisant l'office AI à transmettre des informations). Puisque les offices AI ont des exigences différentes en la matière, une clarification par la Confédération s'avère souhaitable. Enfin, il est judicieux que les justifications des décisions, en particulier dans les dossiers complexes, soient formulées d'une manière qui soit compréhensible par des personnes sans formation juridique.

3. **Troisièmement – entretien des contacts indépendamment du travail sur des cas précis:** l'étude a mis en évidence deux approches qui, indépendamment du travail sur des cas précis, s'avèrent propices à l'entretien des contacts et à l'établissement d'un climat de confiance entre les partenaires. D'une part, il est souhaitable, lors de l'organisation et de la réalisation de manifestations de formation et d'information, d'avoir recours aux réseaux et aux canaux de communication existants de la profession médicale (cercles de qualité et de formation continue à l'échelle régionale, p.ex.). D'autre part, des formes de collaboration plus contraignantes ont fait leurs preuves, par exemple l'élaboration en commun d'une convention de collaboration entre l'office AI et une société de discipline médicale ou le développement conjoint d'instruments de travail simples comme la formulation des lettres de rappel pour les rapports médicaux.

Conclusion

Les pratiques identifiées dans la présente étude contribuent à améliorer la collaboration et à accroître le degré de satisfaction des partenaires. Elles visent à réduire à l'essentiel la

communication écrite et à encourager les contacts personnels directs lorsque ceux-ci permettent un gain de temps. Elles améliorent également la compréhension des attitudes et pratiques des uns et des autres, et augmentent l'estime réciproque. Les différences fondamentales existant entre la pratique médicale et la médecine des assurances continueront d'entraîner des divergences dans les appréciations que les représentants de la première comme de la seconde portent sur la capacité de gain des assurés dans le cadre de la procédure AI. Une estime réciproque entre les partenaires peut néanmoins aider, dans de telles situations, à assurer un échange efficace des informations, un déroulement adéquat et efficace de la procédure AI, ainsi qu'une meilleure coordination entre celle-ci et le traitement médical.

Rapport de recherche

Bolliger, Christian et Marius Féraud, *Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure*. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 5/15: www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche → Rapports de recherche

Christian Bolliger, Dr rer. soc., chef de projet, Bureau Vatter, recherche et conseil politique, Berne.
Mél: bolliger@buerovatter.ch

Marius Féraud, lic. rer. soc., chef de projet, Bureau Vatter, recherche et conseil politique, Berne.
Mél: feraud@buerovatter.ch