

ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

*Rapport dans le cadre du
Programme de recherche pluriannuel sur l'assurance invalidité (PR-AI)*

Evaluation des services médicaux régionaux (SMR)

Rapport de recherche n°13/07



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa série « Aspects de la sécurité sociale » des articles de fond et des rapports de recherche ou d'évaluation sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et stimuler la discussion. Les conclusions et les recommandations présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

- Auteurs:** Bettina Wapf, Matthias Peters
Econcept AG
Lavaterstrasse 66
8002 Zürich
Tel. +41 (0) 44 286 75 75 Fax +41 (0) 44 286 75 76
E-mail: bettina.wapf@econcept
matthias.peters@econcept
Internet: <http://www.econcept.ch>
- Renseignements:** Markus Buri
Division MAS
Office fédéral des assurances sociales
Effingerstrasse 20
3003 Berne
Tel. +41 (0) 31 322 91 35
E-mail: markus.buri@bsv.admin.ch
- ISBN:** 3-909340-52-0
- Copyright:** Office fédéral des assurances sociales, CH-3003 Berne
Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins commerciales – avec mention de la source ; copie à l'Office fédéral des assurances sociales.
- Diffusion:** OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
<http://www.bundespublikationen.admin.ch>
- Numéro de commande:** 318.010.13/07f

Evaluation
des services médicaux régionaux (SMR)

Rapport final

econcept

Bettina Wapf / Matthias Peters

Zurich, le 13 août 2007

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'entrée en vigueur de la 4^e révision de l'AI au 1^{er} janvier 2004 a permis la création de « services médicaux régionaux » (SMR). Un réseau complet de dix SMR couvrant l'ensemble du territoire suisse a été mis en place et fonctionne depuis le 1^{er} janvier 2005. L'objectif visé par le législateur en instaurant ces services était d'augmenter dans l'assurance-invalidité fédérale le savoir-faire en matière d'expertise médicale et de technique d'application de la loi. De plus, les médecins des SMR sont désormais habilités à procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés, ce qui était auparavant interdit aux médecins des offices AI. En outre, les effectifs de l'assurance-invalidité dans le domaine médical ont été fortement augmentés.

L'OFAS s'apprête, dans le cadre de la transformation de l'assurance (5^e révision de l'AI), à analyser les processus du système SMR-office AI. Les recommandations formulées par econcept seront examinées dans ce contexte, et les démarches nécessaires entreprises, conjointement ou séparément, par l'OFAS et par les offices AI, en fonction des compétences respectives. L'assurance-invalidité applique depuis peu un système de management de la qualité ainsi qu'un système de pilotage. Dans ce dernier, l'OFAS définit des objectifs de résultats pour les offices AI uniquement. A ceux d'entre eux qui ont la compétence d'un SMR, il appartiendra de dire dans quelle mesure il conviendrait d'assigner aux SMR des objectifs de résultats spécifiques.

La mise en place des SMR n'a pas avancé aussi vite que prévu. L'une des raisons principales en est qu'il n'a malheureusement pas été possible de trouver un nombre suffisant de médecins qualifiés pour permettre aux SMR de pourvoir tous les postes de leur contingent. Manifestement, des attentes enracinées dans leur « culture » les retiennent parfois de s'engager dans la médecine des assurances. Force est d'ailleurs de constater qu'il n'existe en Suisse pratiquement aucune filière de formation en la matière. Les activités de formation universitaire et de formation postgrade dans cette branche proposées depuis 2004 à Winterthour par la communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances « Swiss Insurance Medicine » (SIM) et depuis 2005 à l'Hôpital universitaire de Bâle par l'« Academy of Swiss Insurance Medicine » (ASIM) pourraient à l'avenir combler cette lacune. Soucieux d'augmenter en Suisse l'attrait d'une activité dans ce domaine, les milieux intéressés discutent aussi, en ce moment, de scénarios d'introduction d'un titre de spécialiste en médecine des assurances. L'augmentation des salaires que le rapport d'econcept propose pour les médecins des SMR n'est guère réalisable, s'agissant d'une assurance sociale fédérale. L'OFAS n'en part pas moins du principe que le fonctionnement à plein régime des SMR, prévu pour la fin 2007, ne subira qu'un léger retard. Partant, le nombre d'examens effectués sur la personne des assurés par les médecins des SMR pourra augmenter.

Markus Buri

Chef de projet

Secteur Statistique

Alard du Bois-Reymond

Vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Mit dem Inkrafttreten der 4. IVG-Revision auf den 1. Januar 2004 wurde es möglich „regionale ärztliche Dienste“ (RAD) einzurichten. Seit dem 1. Januar 2005 wird eine flächendeckende Versorgung mit 10 RAD in der ganzen Schweiz aufgebaut. Ziel des Gesetzgebers war es, mit den RAD das medizinische und versicherungstechnische Know-How in der eidgenössischen Invalidenversicherung auszubauen. Zudem sind die RAD-Ärztinnen und -Ärzte nun berechtigt, Versicherte selbst zu untersuchen, was früher den Ärztinnen und Ärzten in den IV-Stellen nicht erlaubt war. Weiter wurde der Stellenetat der Invalidenversicherung im medizinischen Bereich stark ausgebaut.

Das BSV ist daran, im Rahmen des Umbaus der Versicherung (5. IVG-Revision) die Prozesse RAD-IV-Stelle zu analysieren. Die Empfehlungen von econcept werden geprüft und je nach Zuständigkeit, vom BSV, von den IV-Stellen bzw. gemeinsam an die Hand genommen. Die Invalidenversicherung führt neu ein QMS- sowie ein Steuerungssystem ein. Das BSV wird dabei die Wirkungsziele nur für die IV-Stellen definieren. Inwieweit für die RAD eigene Ziele nötig sind, müssen die für die RAD zuständigen IV-Stellen entscheiden.

Der Aufbau der RAD ging leider weniger schnell vonstatten, als geplant. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass es leider nicht möglich war die nötige Anzahl qualifizierter Ärztinnen und Ärzte zu finden, damit die RAD ihren Stellenplafond überhaupt besetzen konnten. Offenbar bestehen bei Ärztinnen und Ärzten in der „Kultur“ verankerte Erwartungen, die einem Engagement als Versicherungsarzt entgegenstehen. Weiter ist festzustellen, dass in der Schweiz Ausbildungsgänge für Mediziner im versicherungsmedizinischen Bereich kaum existieren. Die Aus- und Fortbildungstätigkeiten, die die Interessengemeinschaft für Versicherungsmedizin „Swiss Insurance Medicine“ (SIM) in Winterthur seit 2004 und die „Academy of Swiss Insurance Medicine“ (ASIM) am Universitätsspital Basel seit 2005 anbieten, könnten hier in Zukunft Abhilfe schaffen. Um die Attraktivität einer versicherungsmedizinischen Tätigkeit in der Schweiz zu erhöhen, werden derzeit in versicherungsmedizinischen Kreisen auch Szenarien für die Einführung eines Facharzttitels in Versicherungsmedizin diskutiert. Die im Bericht von econcept vorgeschlagene Erhöhung der Gehälter der RAD-Ärztinnen und -Ärzte von einer eidgenössischen Versicherung können kaum übernommen werden. Das BSV geht dennoch davon aus, dass der geplante Vollausbau der RAD bis Ende 2007 sich nur gering verzögern wird. Damit kann die Zahl der Untersuchungen von Versicherten durch den RAD erhöht werden.

Markus Buri
Projektleiter
Bereich Statistik

Alard Du Bois-Reymond
Vizedirektor
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L'entrata in vigore della 4a revisione AI, avvenuta il 1° gennaio 2004, ha reso possibile la creazione di "servizi medici regionali" (SMR). Dal 1° gennaio 2005 sono operativi dieci SMR che coprono l'intero territorio svizzero. L'obiettivo del legislatore era di ampliare nell'assicurazione invalidità federale le conoscenze concernenti le perizie mediche e l'analisi tecnica degli incarti. Inoltre i medici dei SMR sono ora autorizzati a procedere di persona ad accertamenti nei confronti degli assicurati, ciò che era vietato ai medici degli uffici AI. Infine sono stati notevolmente potenziati gli effettivi del personale medico dell'assicurazione invalidità.

Nell'ambito delle modifiche apportate all'assicurazione (5a revisione AI), l'UFAS sta analizzando i processi del sistema SMR - ufficio AI. Le raccomandazioni formulate dalla ditta econcept vengono esaminate in questo contesto e, a seconda delle competenze, attuate dall'UFAS o dagli uffici AI oppure da entrambi. L'assicurazione invalidità ha appena introdotto un sistema di gestione della qualità e un sistema di gestione. Al riguardo l'UFAS definirà gli obiettivi soltanto per gli uffici AI. Gli uffici AI competenti per i SMR dovranno decidere in che misura sarà necessario assegnare loro obiettivi specifici.

La creazione dei SMR non si è svolta così rapidamente come previsto. Questo è da ricondurre principalmente all'impossibilità di trovare un numero sufficiente di medici qualificati per permettere ai SMR di occupare tutti i posti assegnati loro. A quanto sembra, le aspettative radicate nella "cultura" dei medici li allontanano dalla medicina assicurativa. Inoltre si osserva che in Svizzera non esiste praticamente nessun ciclo di formazione per i medici nel campo della medicina assicurativa. I curricula di studio e gli studi postdiploma proposti dal 2004 a Winterthur dalla comunità d'interessi svizzera per la medicina assicurativa "Swiss Insurance Medicine" (SIM) e dal 2005 all'Ospedale universitario di Basilea dall'"Academy of Swiss Insurance Medicine" (ASIM) potrebbero colmare questa lacuna. Inoltre, al fine di aumentare in Svizzera l'interesse per un'attività in questo settore, gli ambienti interessati stanno discutendo di vari scenari per l'introduzione di un titolo di specialista in medicina assicurativa. L'aumento dei salari dei medici dei SMR, proposto nel rapporto della ditta econcept, non è realizzabile poiché si tratta di un'assicurazione federale. Ciononostante l'UFAS parte dall'idea che il funzionamento a pieno regime dei SMR, previsto per la fine del 2007, subirà solo un lieve ritardo di modo che il numero di accertamenti svolti dai medici dei SMR nei confronti degli assicurati potrà aumentare.

Markus Buri

Responsabile del progetto

Settore Statistica

Alard Du Bois-Reymond

Vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

The entry into force of the 4th IVG revision on 1 January 2004 led to the creation of “regional medical services” (RAD). Since 1 January 2005, ten RAD have been set up and are active throughout the country. The introduction of these new services was intended to contribute to the development of the medical and insurance expertise of the federal invalidity insurance system. Also, RAD physicians are now authorised to carry out medical examinations linked to IV benefit claims; previously this practice was restricted to physicians employed in the cantonal IV offices. The creation of RAD has also enabled the IV to take on more medical specialists.

As part of the overhaul of the invalidity insurance system (5th IVG revision), the FSIO is interested in analysing RAD-IV office processes. The recommendations proposed by ecoconcept are reviewed, and depending on the subject matter are handled by the FSIO and the IV offices either separately or jointly. The IV also now has both a quality management and a control system in place. Consequently, the FSIO will be responsible for setting objectives only for the IV offices. Responsibility for defining any RAD-specific goals falls to the IV office in charge of the given regional medical service.

The introduction of RAD has been slower than planned. This can be attributed to the fact that the necessary number of physicians needed to fully staff the RAD could not be found. It would appear that physicians have deep-rooted expectations which are incompatible with a career in insurance medicine. Furthermore, insurance medicine is virtually non-existent in the training of physicians in Switzerland. The training and further education programmes offered by the “Swiss Insurance Medicine” (SIM) association in Winterthur since 2004 and the “Academy of Swiss Insurance Medicine” (ASIM) at the University Hospital Basle since 2005 could help rectify this situation. To improve the appeal of a career in insurance medicine, Swiss insurance medicine circles are currently discussing the possible creation of a specialist insurance medicine elective in medicine degree programmes. The econcept report also proposed raising the salaries of RAD physicians; it would be impossible for one branch of the federal social security system to undertake such a move. Nevertheless, the FSIO believes that full staffing levels are still attainable, albeit slightly later than planned (end of 2007). This development will then lead to an increase in the volume of IV-related medical examinations carried out by the RAD.

Markus Buri
Project manager
Statistics Section

Alard Du Bois-Reymond
Vice director
Head of Invalidity Insurance

Table des matières

Table des matières	I
Liste des tableaux	III
Table des légendes	V
Résumé	VII
Zusammenfassung	XIII
Riassunto	XIX
Summary	XXV
Glossaire	XXXI
1 Rappel des faits et problématique	1
1.1 Contexte	1
1.2 Services médicaux régionaux (SMR)	2
1.3 Procédures dans l'AI et le SMR	3
2 Mandat d'évaluation et contexte	7
2.1 Objet et objectifs de l'évaluation	7
2.2 Questions de l'évaluation	9
3 Méthodologie	11
3.1 Modèle causal et approche évaluative	11
3.2 Aperçu des méthodes utilisées	12
4 Résultats de l'évaluation	15
4.1 Caractérisation des services médicaux régionaux	15
Détermination des critères de caractérisation	17
Service régional médical Suisse centrale	29
Service médical régional Nord-est de la Suisse	32
Service médical régional des deux Bâle	35
Service médical régional Rhône	38
Service médical régional Suisse romande	41
Service médical régional Sud	44
Discussion des dimensions évaluatives	47
4.2 Évaluation et analyse de l'impact	56
Variables indépendantes du système d'évaluation	56

Variables dépendantes du système d'évaluation	58
Système d'évaluation	63
Discussion des résultats	66
Conclusions de l'équipe d'évaluation	67
4.3 Analyse de l'atteinte des objectifs	68
Conclusions de l'équipe d'évaluation	71
5 Réponses aux questions de l'évaluation et bilan	73
6 Recommandations	77
Bibliographie	79
Annexe	81
Liste des personnes interrogées	81
Canevas d'entretien	82
Grille de recueil	87
Données	89
Variables indépendantes	89
Variables dépendantes	90

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Emplacement et rayon d'activités des SMR	3
Tableau 2 :	Questions prioritaires	9
Tableau 3 :	Entretiens réalisés lors de la première phase de l'évaluation	13
Tableau 4 :	Indicateurs relatifs au contexte dans lequel les SMR évoluent	17
Tableau 5 :	Indicateurs relatifs à l'organisation et à la façon de travailler des SMR	18
Tableau 6 :	Indicateurs relatifs aux rapports entre SMR et OAI	19
Tableau 7 :	Contexte du SMR Plateau	20
Tableau 8 :	Organisation et façon de travailler du SMR Plateau	21
Tableau 9 :	Rapports entre le SMR Plateau et l'OAI AG	22
Tableau 10 :	Contexte du SMR BE-FR-SO	23
Tableau 11 :	Organisation et façon de travailler du SMR BE-FR-SO	24
Tableau 12 :	Rapports entre le SMR BE-FR-SO et l'OAI BE	25
Tableau 13 :	Contexte du SMR Suisse orientale	26
Tableau 14 :	Organisation et façon de travailler du SMR Suisse orientale	27
Tableau 15 :	Rapports entre l'OAI SG et le SMR Suisse orientale	28
Tableau 16 :	Contexte du SMR Suisse centrale	29
Tableau 17 :	Organisation et façon de travailler du SMR Suisse centrale	30
Tableau 18 :	Rapports entre le SMR Suisse centrale et l'OAI LU	31
Tableau 19 :	Contexte du SMR Nord-est de la Suisse	32
Tableau 20 :	Organisation et façon de travailler du SMR Nord-est de la Suisse	33
Tableau 21 :	Rapports entre le SMR Nord-est de la Suisse et l'office AI ZH	34
Tableau 22 :	Contexte du SMR des deux Bâle	35
Tableau 23 :	Organisation et façon de travailler du SMR des deux Bâle	36
Tableau 24 :	Rapports entre le SMR des deux Bâle et l'OAI BL	37
Tableau 25 :	Contexte du SMR Rhône	38
Tableau 26 :	Organisation et façon de travailler du SMR Rhône	39
Tableau 27 :	Rapports entre le SMR Rhône et l'OAI VS	40
Tableau 28 :	Contexte du SMR Suisse romande	41
Tableau 29 :	Organisation et façon de travailler du SMR Suisse romande	42
Tableau 30 :	Rapports entre le SMR Suisse romande et l'OAI VD	43
Tableau 31 :	Contexte du SMR Sud	44
Tableau 32 :	Organisation et façon de travailler du SMR Sud	45
Tableau 33 :	Collaboration entre le SMR Sud et l'OAI TI	46
Tableau 34 :	Tableau synoptique des dimensions évaluatives	47
Tableau 35 :	Critères distinctifs des neuf SMR	48
Tableau 36 :	Récapitulatif des critères distinctifs des SMR	51
Tableau 37 :	Synthèse des critères distinctifs	53
Tableau 38 :	Présentation des variables indépendantes du système d'évaluation	57
Tableau 39 :	Présentation des variables indépendantes par SMR	57
Tableau 40 :	Variables dépendantes	59
Tableau 41 :	Variable « Qualité des bases de décision et des décisions médicales » dans les offices AI, groupés par SMR	60

Tableau 42 :	Durée moyenne de traitement des dossiers dans les offices AI, groupés par SMR	61
Tableau 43 :	Taux de nouvelles rentes par SMR	62
Tableau 44 :	Décisions des tribunaux cantonaux, groupées par SMR	63
Tableau 45 :	Corrélations postulées entre variables dépendantes et indépendantes	64
Tableau 47:	Variable « Qualité des bases de décision et des décisions médicales » (indicateur 1)	89
Tableau 48 :	Variable « Qualité des bases de décision et des décisions médicales » (indicateurs 2 et 3 ; données complètes)	90
Tableau 49 :	Variable « Décisions des tribunaux cantonaux » (indicateurs 2 et 3; données complètes)	91
Tableau 50:	Variable « Temps d'immobilisation des dossiers » (données complètes)	93

Table des légendes

Fig. 1:	Procédure dans l'AI (source: OFAS 2005a: 18)	3
Fig. 2 :	Procédure d'instruction (source : OFAS 2005a : 19)	4
Fig. 3 :	Mécanismes de décision du SMR	5
Fig. 4 :	Mécanismes de décision des SMR depuis 2006	6
Fig. 5:	Modèle causal des SMR et critères d'évaluation	11
Fig. 6 :	Organisation et structure du SMR Plateau	20
Fig. 7 :	Organisation du SMR BE-FR-SO	23
Fig. 8 :	Organisation du SMR Suisse orientale	26
Fig. 9 :	Organisation du SMR Suisse centrale	29
Fig. 10:	Organisation du SMR Nord-est de la Suisse	32
Fig. 11 :	Organisation du SMR des deux Bâle	35
Fig. 12 :	Organisation du SMR Rhône	38
Fig. 13 :	Organisation et structure du SMR Suisse romande	41
Fig. 14 :	Organisation et structure du SMR Sud	44
Fig. 15:	Taux des nouvelles rentes par SMR	92
Fig. 16:	Objectif de gestion (OG) 2a par office AI	94

Résumé

La présente évaluation a pour **arrière-plan** la forte augmentation du nombre de bénéficiaires de rentes AI observée depuis le début des années 90. L'aggravation croissante de la situation financière de l'AI qui en résultait a constitué le facteur déclenchant de la 4^e révision de l'AI. Préalablement à celle-ci, on avait diagnostiqué, dans l'examen des conditions médicales du droit aux prestations AI, diverses lacunes qui avaient débouché sur la création de services médicaux régionaux (SMR) dotés de la compétence de procéder eux-mêmes à des examens médicaux.

La **création des SMR** visait plusieurs objectifs : rendre l'appréciation médicale des demandes de prestations AI plus compétente et plus rapide, uniformiser les bases médicales nécessaires à la décision et accélérer la procédure.

La présente évaluation des services médicaux régionaux a été réalisée dans le cadre d'un programme pluriannuel de recherche (PR-AI) portant sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI).

L'évaluation a pour **objet** les services médicaux régionaux (SMR) introduits par la 4^e révision de l'AI (art. 59, al. 2, LAI), à l'exception du SMR Etranger à Genève. Après une phase pilote impliquant quatre SMR, qui avait débuté le 1^{er} janvier 2003, il existe maintenant en Suisse dix SMR comptant au total 235 postes à plein temps (plafond en décembre 2006).

L'**objectif** concret du présent mandat est d'évaluer de manière approfondie les SMR et la manière dont ils collaborent avec les offices AI. Nous avons mis l'accent, d'une part, sur les processus de mise en place et d'application et, d'autre part, sur les conséquences de la création des SMR (impact).

Méthodologie : l'évaluation, conçue principalement comme une comparaison avant/après, portait sur quatre domaines :

- caractérisation des SMR du point de vue de leurs activités et de leur collaboration avec les offices AI ;
- évaluation des inputs, des outputs et de l'impact en relation avec plusieurs objectifs ;
- examen et évaluation de l'atteinte des objectifs ;
- formulation de recommandations en vue d'améliorer le déroulement du travail de façon à atteindre les objectifs.

Nous avons analysé des documents et des statistiques internes de l'OFAS, mais aussi recueilli nous-mêmes des données :

- entretiens exploratoires semi-dirigés avec le directeur et une assistante administrative de l'office AI Zurich, ainsi qu'avec le médecin-chef du SMR Nord-ouest de la Suisse ;
- entretiens personnels semi-dirigés avec les neuf médecins-chef de SMR, un autre médecin de SMR et les responsables de tous les offices AI auxquels le SMR est rattaché ; visites sur place dans les SMR et les offices AI ;
- entretiens téléphoniques semi-dirigés avec le responsable d'un autre office AI auquel le SMR fournit des services.

La **portée** de l'évaluation est **limitée** principalement par le manque de données.

Résultats de l'évaluation

Typologie des services médicaux régionaux

Afin de pouvoir juger les SMR dans leur **contexte** propre, nous avons commencé par préciser celui-ci : différences portant sur leur durée de fonctionnement, sur les caractéristiques des zones desservies et sur les systèmes informatiques. Nous avons étudié ensuite les SMR du point de vue de leur **organisation** et de leur **façon de travailler**, c'est-à-dire leur dotation en personnel, le nombre d'examen pratiqués, leur productivité et leur autonomie. Nous avons rencontré à ce niveau des difficultés pour comparer les données, ce qui fait que ces indicateurs sont plutôt des « valeurs approchées ». Dans un troisième temps, nous avons examiné la **collaboration** des SMR **avec les offices AI**, afin d'évaluer les inputs des offices AI, les processus de travail internes et l'implication des SMR dans les processus des offices AI, ainsi que les points de contact avec le centre d'observation professionnelle et le service juridique. Il n'existe pas de données permettant une comparaison quantitative des SMR, de sorte que nous avons dû nous contenter d'une comparaison qualitative.

Partant de là, nous avons caractérisé chacun des neuf SMR d'après son contexte, son organisation, sa façon de travailler et sa collaboration avec les offices AI, en nous fondant sur les indications tirées des entretiens. Les **portraits** des SMR brossés à partir de ces indications en donnent une vision extérieure.

Nous avons ensuite établi, à partir de différents aspects, une **typologie** des neuf SMR. En conclusion, on peut dire que ceux-ci diffèrent fortement sur la moitié des points étudiés et faiblement sur deux points seulement, ce qui montre déjà que, en termes de mise en œuvre, fédéralisme est synonyme de diversité. Le cadre structurel et organisationnel, c'est-à-dire le contexte, joue donc un rôle majeur. Nous n'avons pu dégager finalement que deux types, comprenant chacun deux SMR. La diversité des SMR reflète la diversité des offices AI et de leur gestion par les cantons.

Ces caractéristiques des SMR, tout comme leurs types, ne représentent qu'un instantané. SMR et offices AI sont en constante évolution : en vue de la mise en œuvre de la 5^e révision de l'AI, des processus internes sont modifiés ; de nouveaux instruments de collaboration interdisciplinaire, qui auront des répercussions sur les SMR, sont en phase de test.

Signalons par ailleurs que le jugement porté sur les SMR ne peut être que de nature qualitative, étant donné l'insuffisance des données et les différences entre les SMR, et même à l'intérieur de ceux-ci, en ce qui concerne la collecte des données ; il laisse une certaine marge d'interprétation.

Appréciation et analyse des effets

A partir de la typologie, nous avons tenté de développer un système d'appréciation permettant d'évaluer les SMR d'un point de vue quantitatif. Pour ce faire, nous avons analysé les conséquences qu'ont divers éléments comme la façon de travailler, les systèmes informatiques, la tenue des dossiers, les connaissances des médecins sur la médecine des assurances, la dotation en personnel et la collaboration avec les offices AI, le tout sous les aspects suivants :

1. qualité des bases de décision médicales et des décisions,
2. durée de la procédure,
3. taux de rentes,

4. efficacité du système SMR-offices AI,
5. décisions des tribunaux cantonaux.

La conclusion que l'on peut tirer est que, en raison de l'insuffisance des données et de la diversité des facteurs contextuels internes et extérieurs aux offices AI – que l'on ne peut pas isoler –, il est impossible d'élaborer un système d'appréciation quantitatif des SMR. Vu la situation actuelle en matière de données, nous ne pouvons pas dire avec certitude quels facteurs internes influent sur les variables dépendantes ni, bien évidemment, de quelle manière.

Nous n'avons pas pu confirmer, en général, les liens supposés entre variables indépendantes et variables dépendantes, ce qui est dû très vraisemblablement aux facteurs extérieurs, pour lesquels aucun contrôle n'est possible. Si l'on veut parvenir à des conclusions sûres, deux conditions sont nécessaires : tout d'abord, uniformiser entre SMR et offices AI la façon de noter divers indicateurs ; ensuite, analyser de manière approfondie la qualité du contenu des avis médicaux et des oppositions ou des recours.

Analyse de l'atteinte des objectifs

Pour analyser l'atteinte des objectifs, nous avons utilisé, outre le message concernant la 4^e révision de l'AI, le modèle de référence des SMR ainsi que des procès-verbaux internes rédigés par divers organes, par exemple ceux de la Commission AVS/AI.

Plusieurs objectifs visés par la création des SMR ont été atteints. La plus grande dotation en personnel médical a permis d'élargir la palette de spécialistes, d'où un examen plus poussé des dossiers. Les formations proposées par l'OFAS ont amélioré les connaissances des médecins en médecine des assurances et, par conséquent, l'évaluation des dossiers de ce point de vue.

Pour certains objectifs, on ne peut pas juger dans quelle mesure les SMR ont contribué à leur atteinte. A notre avis, il est impossible de savoir, par exemple, si la diminution du taux de rentes s'explique par la création des SMR ; elle paraît davantage résulter d'un certain nombre de facteurs, dont l'un est le travail des SMR. Nous estimons que d'autres objectifs ne sont pas très judicieux ; par exemple, raccourcir la durée de la procédure risque d'être en contradiction avec la qualité des bases de décision médicales.

Globalement, on peut dire que pour cinq des huit objectifs que nous avons étudiés, il y a eu des améliorations par rapport à la période antérieure à la 4^e révision de l'AI, même si ces objectifs n'ont sans doute pas été complètement atteints. Par rapport à cette époque, beaucoup de choses se sont améliorées : la qualité des bases de décision médicales dont disposent les offices AI (uniformisation, meilleure tenue des dossiers) a augmenté, de même que la connaissance de la médecine des assurances et l'interdisciplinarité de l'équipe médicale ; de plus, les SMR ont commencé à se faire connaître auprès du corps médical et à exercer ainsi un effet préventif.

Dans deux domaines (diminution du taux de rentes et évitement des rentes injustifiées), les facteurs susceptibles de jouer un rôle sont certainement nombreux, de sorte qu'on ne peut guère tirer des conclusions quant à l'influence des SMR. En ce qui concerne la durée de la procédure, on peut supposer que ceux-ci ont plutôt tendance à l'allonger, mais ce phénomène s'accompagne d'une amélioration de la qualité.

Cependant, l'arbre ne doit pas cacher la forêt : malgré ces points positifs, de nombreux aspects doivent encore être améliorés. Dans la façon d'exécuter certains services, les différences entre SMR sont considérables.

Bilan

Même si, en principe, les **activités** de l'office AI cantonal et du SMR sont soumises à un certain nombre de règles, c'est le premier qui organise concrètement les processus. De plus, la situation varie d'un office AI et d'un SMR à l'autre, si bien qu'on ne peut guère tirer de parallèle entre les différents systèmes OAI-SMR.

Les **systèmes informatiques** n'exercent, à notre avis, qu'une influence mineure sur l'activité des SMR, qui se sont adaptés à leurs particularités. Quand un SMR a à faire avec plusieurs offices AI utilisant des systèmes différents, la tâche est un peu plus complexe, mais en fin de compte cet élément ne semble pas déterminant.

Nous estimons que les **données** fournies par les SMR sont d'une qualité insuffisante pour permettre des comparaisons, car les définitions ne sont pas assez concrètes et l'OFAS n'a pas donné de prescriptions claires et contraignantes pour leur collecte. On peut difficilement utiliser celles qui sont actuellement disponibles comme indicateurs pour les inputs, les prestations et les effets des SMR. Il faudrait pour cela collecter d'une manière systématique et fiable des données sur le fonctionnement.

Nous n'avons pas trouvé de **liens** systématiques entre les caractéristiques des SMR et des offices AI ou de leur collaboration pour ce qui est des aspects suivants : qualité des bases de décision et des décisions médicales, durée de la procédure, taux de rentes, efficacité du système SMR-office AI et décisions des tribunaux cantonaux.

Pour cinq des huit **objectifs** de la création des SMR que nous avons étudiés, il y a eu des améliorations, même si les objectifs ne sont sans doute pas complètement atteints. Par rapport à la période antérieure à la 4^e révision de l'AI, la qualité et l'homogénéité des bases de décision médicales ont été améliorées, l'équipe médicale a gagné en interdisciplinarité et en connaissance de la médecine des assurances, les décisions des offices AI ont été dans l'ensemble plus conformes à l'esprit de l'assurance, et la collaboration avec le corps médical et les associations s'est développée, ce qui a eu un certain effet préventif. Pour deux des objectifs (diminuer le taux de rentes et éviter les rentes injustifiées), les facteurs susceptibles de jouer un rôle sont certainement nombreux, de sorte qu'on ne peut guère tirer de conclusions quant à l'influence des SMR. La création de ces derniers a plutôt eu pour effet d'allonger la durée de la procédure, mais au profit d'une meilleure qualité.

Pour **améliorer** les processus de travail, nous préconisons d'introduire un management de la qualité ; celui-ci devrait notamment définir les inputs et les outputs des divers services impliqués dans lesdits processus et, à cet effet, fixer des valeurs cibles et les contrôler. Nous avons l'impression qu'une gestion électronique des dossiers faciliterait également le travail.

En résumé, l'évaluation conclut que la création des SMR a commencé à amener les effets escomptés, même s'il reste des améliorations à apporter et que les objectifs ne sont pas encore atteints.

La structure de l'AI étant fédéraliste, la mise en œuvre des SMR l'est aussi ; ceux-ci ont donc pris des formes très diverses sans guère de points communs. Il est par conséquent difficile d'en tirer des conclusions nettes sur le lien entre les caractéristiques des SMR ou de leur collaboration avec les offices AI d'un côté et l'activité des SMR de l'autre. Nous supposons en outre qu'une valeur clé comme le taux de rentes et les chiffres qui en découlent sont déterminés par de multiples facteurs, avant tout d'ordre contextuel, et que les caractéristiques organisationnelles de l'AI ne jouent qu'un rôle mineur.

Par ailleurs, les données sont insuffisantes pour permettre une analyse précise de ces liens. Une évaluation fiable ne sera possible que lorsque les données seront recueillies d'une manière clairement définie, uniforme et systématique, comme l'étude de faisabilité l'avait proposé. Les données fournies par les SMR ne sont pas d'une grande utilité, car leur collecte comporte trop d'imprécisions.

Recommandations

Dans la perspective d'accroître l'efficacité de la procédure et d'atteindre les objectifs assignés par les instances politiques, nous soumettons à l'OFAS un certain nombre de recommandations, qui se cantonnent au système des SMR tel qu'il se présente actuellement.

Les conclusions de notre évaluation nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

1. L'OFAS définit à l'intention des dix SMR des objectifs stratégiques supérieurs, qui soutiennent l'orientation stratégique à long terme et qui, en règle générale, portent sur les résultats.
2. Un controlling complet est mis en place afin de garantir l'efficacité de la procédure et des processus.
3. L'OFAS définit les principales valeurs du management de la qualité dans les SMR et les offices AI, ce qui signifie qu'il traduit en termes concrets et mesurables les objectifs formulés pour les inputs et les outputs, et qu'il fixe les valeurs cibles.
4. Afin d'optimiser les processus, l'OFAS, en accord avec les SMR, examine le rapport entre examens médicaux réalisés en interne et expertises externes, et édicte à ce sujet des prescriptions et des directives.
5. Les processus internes des offices AI et des SMR sont soumis à une analyse systématique visant à identifier les points faibles et les potentiels d'amélioration.
6. L'OFAS fait en sorte d'harmoniser la pratique des SMR en organisant des formations et en édictant des prescriptions relatives au personnel (p. ex. n'embaucher que des médecins ayant suivi une formation en médecine des assurances).
7. L'OFAS étudie la possibilité d'augmenter le salaire des médecins spécialistes afin d'accroître pour eux l'attrait du travail dans les SMR.
8. Tous les SMR s'emploient systématiquement à sensibiliser les généralistes aux questions de médecine des assurances.

Zusammenfassung

Hintergrund der Evaluation ist die seit Anfang der 1990er Jahre starke Zunahme der IV-Leistungsbezügerinnen und -Leistungsbezüger. Die daraus folgende zunehmende Verschlechterung der finanziellen Situation der IV löste die 4. IVG-Revision aus. In deren Vorfeld wurden im Bereich der medizinischen Prüfung der Anspruchsberechtigung auf IV-Leistungen verschiedene Mängel diagnostiziert und in der Folge die Einführung von regionalen ärztlichen Diensten (RAD) mit eigener Untersuchungskompetenz beschlossen.

Mit der **Einführung der RAD** wurden in erster Linie eine kompetentere und speditivere medizinische Beurteilung von IV-Leistungsbegehren, eine Vereinheitlichung der für das Entscheidungsverfahren notwendigen medizinischen Grundlagen sowie eine Beschleunigung der Verfahren angestrebt.

Im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprogramms (FoP-IV) zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes wurde die vorliegende Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste in Auftrag gegeben.

Gegenstand der Evaluation sind die regionalen ärztlichen Dienste (RAD), die mit der 4. IVG-Revision geschaffen wurden (Art. 59 Abs. 2 IVG), mit Ausnahme des RAD Ausland mit Sitz in Genf. Nach einer Pilotphase mit 4 RAD ab dem 1.1.2003 bestehen nun in der Schweiz zehn RAD mit rund 235 Vollzeitstellen (Stand Stellenplafond Dezember 2006).

Das konkrete **Ziel** der Evaluation besteht darin, die RAD und das Zusammenspiel zwischen RAD und IV-Stelle umfassend zu evaluieren. Schwerpunkte sollen dabei zum einen die Aufbau- und Durchführungsprozesse (Output), zum andern die Auswirkungen der RAD-Einführung (Impacts) sein.

Methodik: Die Evaluation, hauptsächlich als Vorher/Nachher-Vergleich konzipiert, umfasste vier Untersuchungsbereiche:

- Typisierung der RAD hinsichtlich ihrer Tätigkeiten und ihrer Zusammenarbeit mit den IV-Stellen
- Bewertung der Inputs, Outputs und Impacts der RAD hinsichtlich mehrerer Zieldimensionen
- Klärung und Bewertung der Zielerreichung
- Formulierung von Empfehlung hinsichtlich Verbesserungen im Arbeitsablauf sowie der Zielerreichung

Neben der Analyse von Dokumenten und BSV-internen Statistiken wurden eigene Datenerhebungen durchgeführt:

- Explorative halb-strukturierte Interviews mit dem Leiter der IV-Stelle Zürich, einer Office-Managerin der IVST Zürich und dem Leiter des RAD Nordostschweiz.
- Halb-strukturierte persönliche Interviews mit allen 9 RAD-Leitern und Leiterinnen, einem weiteren RAD-Arzt oder einer weiteren RAD-Ärztin sowie den Leitern und Leiterinnen der jeweiligen IV-Stellen, welchen das RAD angegliedert ist; persönliche Begehung der RAD und IV-Stelle.
- Halb-strukturierte telefonische Interviews mit jeweils einer weiteren IV-Stelle (IVST-Leiter/Leiterin), welche das RAD mit Dienstleistungen versorgt.

Die **Grenzen der Evaluation** bestehen in erster Linie in der eingeschränkten Datenlage.

Ergebnisse der Evaluation

Typologisierung der regionalen ärztlichen Dienste

Damit die RAD vor ihrem spezifischen **Kontext** beurteilt werden können, wird dieser in einem ersten Schritt näher charakterisiert. Es handelt sich hierbei um Unterschiede in der Betriebsdauer der RAD, der Heterogenität des zu bedienenden Versorgungsgebietes und der Heterogenität der EDV-Systeme. In einem zweiten Schritt werden die RAD hinsichtlich ihrer **Organisation und Arbeitsweise** charakterisiert. Dies beinhaltet eine Unterscheidung der RAD hinsichtlich ihrer personellen Dotierung, ihrer Untersuchungstätigkeit, ihrer Produktivität sowie ihrer Autonomie. Dabei zeigten sich Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit der Daten. Diese Indikatoren sind daher als „Näherungswerte“ zu verstehen. In einem dritten Schritt werden die RAD hinsichtlich ihrer **Zusammenarbeit mit den IVST** charakterisiert. Dies beinhaltet eine Beurteilung des Inputs der IVST, der internen Arbeitsabläufe, der Einbindung des RAD in den IVST-Prozess sowie der Schnittstellen mit beruflicher Abklärung und Rechtsdienst. Die vorhandenen Daten für einen quantitativen Vergleich der RAD sind nicht gegeben, so dass wir uns mit einem qualitativen Vergleich begnügen müssen.

Gestützt darauf wird jeder der neun RAD in Bezug auf seinen Kontext, seine Organisation und Arbeitsweise sowie seine Zusammenarbeit mit den IV-Stellen charakterisiert. Die Angaben dazu stammen aus den Interviews. Die so entstehenden **Portraits** der neun RAD stellen eine Aussensicht dar.

Anschliessend wurden die neun RAD hinsichtlich verschiedener Unterscheidungsdimensionen **typologisiert**. Als Fazit lässt sich die Tatsache festhalten, dass sich die RAD in rund der Hälfte der untersuchten Dimensionen stark unterscheiden und geringe Unterschiede nur in zwei Dimensionen festzustellen sind. Dies weist bereits darauf hin, dass die föderalistische Umsetzung zu Vielfalt führte. Die strukturelle-organisatorische Einbettung und damit der Kontext des RAD erhält somit grosses Gewicht. So erstaunt es auch nicht, dass sich lediglich zwei Typen mit je zwei RAD bilden lassen. Die Vielfalt der RAD ist somit ein Abbild der Vielfalt der kantonal implementierten IV-Stellen.

Die dargestellten Merkmale der RAD und damit auch die Typen stellen eine Momentaufnahme dar. Die RAD und die IVST befinden sich in einem stetigen Wandel. Im Hinblick auf die 5. IV-Revision werden bereits interne Abläufe umgestaltet. Es werden neue Instrumente der interdisziplinären Zusammenarbeit getestet, die Auswirkungen auf die RAD haben werden.

Allerdings weisen wir auch darauf hin, dass die Beurteilungen der RAD aufgrund der eingeschränkten Datenlage und der uneinheitlichen Handhabung der Datenerhebung zwischen und innerhalb der RAD vorwiegend qualitativer Natur sind und somit ein gewisser Interpretationsspielraum vorhanden ist.

Bewertung und Wirkungsanalyse

Ausgehend von der Typologisierung wurde versucht, ein Bewertungssystem zu entwickeln, um die RAD quantitativ evaluieren zu können. Damit sollen etwa die Auswirkungen der Arbeitsweise der RAD, der verschiedenen EDV-Systeme, der unterschiedlichen Dossierführung, der versicherungsmedizinischen Kompetenz der RAD-Ärzte und -Ärztinnen, der Dotation en personnel der RAD und des Zusammenspiels zwischen RAD und IV-Stellen eruiert werden bezüglich folgender Dimensionen:

1. Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen
2. Dauer des Verfahrens
3. Berentungsquote
4. Effizienz des Systems RAD – IV-Stelle
5. Entscheide der kantonalen Gerichte

Als Fazit ist festzustellen, dass die beschränkte Datenlage sowie die verschiedenen IV-stelleninternen und -externen Kontextfaktoren, für die nicht kontrolliert werden kann, die Entwicklung eines quantitativen Bewertungssystems der RAD verunmöglichen. Mit der bestehenden Datenlage können keine gesicherten Aussagen darüber gemacht werden, welche der RAD-internen Faktoren in welcher Weise die abhängigen Variablen beeinflussen.

Die vermuteten Zusammenhänge zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen konnten grösstenteils nicht bestätigt werden. Dies liegt höchstwahrscheinlich an RAD-externen Einflussfaktoren, für die nicht kontrolliert werden kann. Um gesicherte Aussagen machen zu können, müssten als erstes eine zwischen den RAD und den IV-Stellen einheitliche Erhebungspraxis von verschiedenen Indikatoren eingeführt werden sowie vertiefende Abklärungen zur inhaltlichen Qualität der medizinischen Stellungnahmen und der Einsprachen bzw. Beschwerden durchgeführt werden.

Analyse der Zielerreichung

Als Grundlage bei der Analyse der Zielerreichung dienten nebst der Botschaft zur 4. IVG-Revision auch das Referenzmodell der RAD sowie interne Protokolle von relevanten Gremien, z.B. die Protokolle der AHV-/IV-Kommission.

Verschiedene Zielsetzungen, die mit der Einführung des RAD angestrebt wurden, sind erfüllt worden. Die Aufstockung des medizinischen Personalbestandes ermöglichte eine Verbreiterung des fachärztlichen Spektrums und trug zu einer vertieften Dossierprüfung bei. Die vom BSV angebotenen Weiterbildungen haben die versicherungsmedizinische Kompetenz der in den RAD tätigen Ärzte und Ärztinnen erhöht und die Dossierbeurteilung unter versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten verbessert.

Bei einigen Zielsetzungen ist der Beitrag des RAD zu deren Erreichung nicht abschätzbar. Es ist unserer Meinung nach beispielsweise nicht möglich, die gesunkene Berentungsquote auf die Einführung der RAD zurückzuführen. Die gesunkene Berentungsquote scheint vielmehr das Ergebnis einer Vielzahl verschiedener Einflüsse zu sein, wovon einer der RAD ist. Gewisse Zielsetzungen sind für den RAD nur bedingt sinnvoll. Eine kürzere Verfahrensdauer kann in Widerspruch zur Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen stehen.

Gesamthaft betrachtet, sind bei fünf der acht untersuchten Zielsetzungen der RAD-Einführung im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision Verbesserungen erzielt worden, auch wenn die Ziele noch nicht vollumfänglich erreicht worden sein dürften. Im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision hat sich vieles verbessert: Die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen der IV-Stellen (Vereinheitlichung der Grundlagen und bessere Dossierbeurteilung) hat sich verbessert, das versicherungsspezifische Wissen und die Interdisziplinarität der Ärzteteams haben sich erhöht. Zudem beginnen die RAD auf die Ärzteschaft auszustrahlen und präventiv zu wirken.

In zwei Bereichen (Senkung der Berentungsquoten und Verhinderung von ungerechtfertigtem Rentenbezug) dürfte eine Vielzahl von Einflussgrössen wirken, so dass sich ein Einfluss der RAD nicht feststellen lässt. Bezüglich der Verfahrensdauer kann eher von einer Verlängerung aufgrund der RAD ausgegangen werden, die jedoch eine erhöhte Qualität mit sich bringt.

Diese insgesamt positiven Auswirkungen der Einführung der RAD dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in verschiedenen Belangen noch Verbesserungsbedarf besteht. Zwischen den einzelnen RAD gibt es erhebliche Unterschiede im Vollzug von gewissen Dienstleistungen.

Bilanz

Grundsätzlich sind die **Tätigkeiten** von IV-Stelle und RAD geregelt. Allerdings ist die Ausgestaltung dieser Prozesse Sache der kantonalen IV-Stelle. Kommt dazu, dass die jeweilige Situation von IV-Stelle und RAD stark variiert, so dass sich kaum Parallelen zwischen den einzelnen IV-Stellen-RAD-Systemen ergeben.

Die **EDV-Systeme**, die bei den IV-Stellen verwendet werden, beeinflussen unseres Erachtens die Tätigkeit der RAD nur am Rande. Die RAD haben sich mit den jeweiligen Eigenheiten der EDV-Systeme arrangiert. Hat ein RAD mit mehreren IV-Stellen zu tun, die unterschiedliche EDV-Systeme verwenden, so bringt dies etwas Mehraufwand mit sich, der aber letztendlich nicht entscheidend zu sein scheint.

Wir beurteilen die Qualität der von den RAD gelieferten **Daten** als ungenügend für Vergleiche, da die Definitionen zu wenig konkret sind und klare, verbindliche Vorgaben für die Datenerhebung vom BSV fehlen. Die heute vorliegenden Daten lassen sich nur beschränkt als Indikatoren für Inputs sowie Leistungen und Auswirkungen der RAD einsetzen. Um dies zu ermöglichen, müssen operative Daten systematisch und zuverlässig gesammelt werden.

Es können keine systematischen **Zusammenhänge** zwischen den Merkmalen der RAD und IV-Stellen sowie ihrer Zusammenarbeit auf die folgenden Zieldimensionen festgestellt werden (Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen, Dauer des Verfahrens, Berentungsquote, Effizienz des Systems RAD–IV-Stelle und Entscheide der kantonalen Gerichte).

In fünf der acht untersuchten **Zielsetzungen** der RAD-Einführung sind Verbesserungen erreicht worden, auch wenn die Ziele noch nicht vollumfänglich erreicht worden sein dürften. Im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision ist die Qualität und die Homogenität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen erhöht worden, das Ärzteteam hat an Interdisziplinarität und versicherungsspezifischem Wissen gewonnen, die Entscheide der IV-Stellen wurden tendenziell versicherungskonformer und die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Verbänden wurde erhöht, was eine gewisse Präventivwirkung hatte. In zwei Zielbereichen (Senkung der Berentungsquoten und Verhinderung von ungerechtfertigtem Rentenbezug) dürfte eine Vielzahl von Einflussgrössen wirken, so dass ein Einfluss der RAD nicht feststellbar ist. Die Verfahrensdauer hat sich aufgrund der Schaffung der RAD eher verlängert, dies jedoch zugunsten einer erhöhten Qualität.

Zur **Verbesserung** der Arbeitsabläufe empfehlen wir die Einführung eines Qualitätsmanagements, das insbesondere die Inputs bzw. die Outputs der verschiedenen am Prozess beteiligten Stellen

definiert und dafür Zielwerte formuliert und überprüft. Ebenfalls haben wir den Eindruck, dass eine elektronische Dossierführung die Arbeitsabläufe erleichtern würde.

Zusammenfassend kommt die Evaluation zum Schluss, dass die Einführung der RAD die erwarteten Entwicklungen eingeleitet hat, wenn auch weiter daran gearbeitet werden muss und die Ziele noch nicht erreicht sind.

Aufgrund der föderalistischen Struktur der IV-Organisation und damit auch der Umsetzung der RAD entwickelte sich eine grosse Vielfalt unterschiedlicher Erscheinungsformen von RAD, die nur beschränkt Gemeinsamkeiten aufweisen. Es lassen sich deshalb auch keine schlüssigen Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der RAD bzw. der Zusammenarbeit von RAD und IV-Stelle auf die Tätigkeit der RAD feststellen. Zudem vermuten wir, dass eine Schlüsselgrösse wie die Berentungsquote und die daraus ableitbaren Folgegrössen durch eine Vielzahl, vor allem kontextueller Faktoren bestimmt werden und die Merkmale der IV-Organisation nur beschränkt von Bedeutung sind.

Einer präzisen Analyse der oben erwähnten Zusammenhänge steht auch die schlechte Datenlage entgegen. Eine verlässliche Evaluation kann nur vorgenommen werden, wenn klar definierte Daten einheitlich und systematisch gesammelt werden, wie das die seinerzeitige Machbarkeitsstudie vorschlug. Die von den RAD gelieferten Daten sind wenig hilfreich, da es zu viele Ungenauigkeiten in der Erfassung gibt.

Empfehlungen

Im Hinblick auf die Sicherstellung eines effizienteren Verfahrensablaufs und die Erreichung der politisch gesteckten Ziele unterbreiten wir dem BSV verschiedene Empfehlungen. Diese Empfehlungen beziehen sich auf das heutige System der RAD und klammern darüber hinausgehende Aspekte aus.

Ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation kommen wir zu den folgenden Empfehlungen:

1. Das BSV formuliert für alle zehn RAD übergeordnete strategische Ziele. Die strategischen Ziele dienen der langfristigen strategischen Orientierung und sind in der Regel Wirkungsziele.
2. Für eine effektive und effiziente Steuerung der Verfahren und Prozesse empfehlen wir den Aufbau eines umfassenden Controllings.
3. Das BSV definiert die Eckwerte des Qualitätsmanagement in den RAD und den IV-Stellen. Dies beinhaltet eine Operationalisierung der formulierten Input- und Outputziele sowie die Bestimmung der Zielwerte.
4. Im Hinblick auf eine Prozessoptimierung empfehlen wir dem BSV, in Absprache mit den RAD das Verhältnis von eigenen medizinischen Untersuchungen und externen Gutachten zu klären und diesbezüglich Vorgaben und Richtlinien zu erlassen.
5. Für eine Verbesserung der internen Prozesse in den IV-Stellen und den RAD empfehlen wir eine systematische Prozessanalyse, um Schwachstellen und Verbesserungspotenziale identifizieren zu können.

6. Das BSV fördert die Vereinheitlichung der RAD-Praxis durch Weiterbildung bzw. durch Vorgaben im Personalbereich (z. B. versicherungsmedizinische Ausbildung der RAD-Ärzte).
7. Um die Attraktivität der RAD bei Fachärzten zu steigern, empfehlen wir dem BSV, eine Erhöhung der Entlohnung für Fachärzte zu prüfen.
8. Die Sensibilisierung der Hausärzte für versicherungsmedizinische Belange soll durch alle RAD konsequent vorangetrieben werden.

Riassunto

Alla **base della valutazione** vi è il forte aumento del numero di beneficiari di prestazioni AI registrato a partire dall'inizio degli anni Novanta. Il conseguente, progressivo peggioramento della situazione finanziaria dell'AI ha portato alla 4a revisione della LAI. I lavori preliminari alla revisione hanno evidenziato diverse lacune nella valutazione medica del diritto alle prestazioni dell'AI, ragion per cui si è deciso di istituire Servizi medici regionali (SMR) dotati della competenza di svolgere propri esami.

Con l'**introduzione dei SMR** si è voluto garantire una maggiore competenza e rapidità della valutazione medica delle richieste di prestazioni AI, uniformare i dati medici di base necessari per la procedura decisionale e accelerare le procedure.

La presente valutazione dei Servizi medici regionali è stata commissionata nel quadro di un progetto di ricerca pluriennale (FoP-IV) sull'invalidità e la disabilità e sull'attuazione della legge sull'assicurazione per l'invalidità.

La valutazione ha per oggetto i Servizi medici regionali (SMR) creati con la 4a revisione della LAI (art. 59 cpv. 2 LAI), eccettuato il SMR Estero con sede a Ginevra. Dopo una fase pilota iniziata il 1° gennaio 2003 con la creazione di 4 SMR, in Svizzera sono stati istituiti complessivamente dieci SMR, che impiegano l'equivalente di circa 235 collaboratori a tempo pieno (limite dei posti del dicembre 2006).

L'**obiettivo** concreto di questo studio è di offrire un'ampia valutazione dei SMR e della loro collaborazione con gli uffici AI. L'analisi si concentra principalmente sulla costituzione dei SMR e i processi esecutivi (*output*) e sugli effetti dell'introduzione dei SMR.

Metodo: la valutazione, concepita essenzialmente quale confronto tra la situazione precedente e quella successiva all'introduzione dei SMR, si estende a quattro settori di analisi:

- definizione dei tipi di SMR in funzione delle attività svolte e della collaborazione con gli uffici AI;
- valutazione degli *input*, degli *output* e degli effetti dei SMR in funzione di vari obiettivi;
- accertamento e valutazione del raggiungimento degli obiettivi;
- formulazione di raccomandazioni per il miglioramento dei processi lavorativi e il raggiungimento degli obiettivi.

Oltre ad analizzare la documentazione e le statistiche interne dell'UFAS, gli autori dello studio hanno proceduto a proprie rilevazioni di dati sotto forma di:

- interviste esplorative semistrutturate con il capo dell'ufficio AI di Zurigo, un'*office manager* dell'UAI di Zurigo e il capo del SMR Svizzera Nordorientale;
- interviste personali semistrutturate con i 9 capi dei SMR esaminati, un ulteriore medico per ogni SMR e i capi degli uffici AI cui sono aggregati i SMR; visita di persona presso i SMR e gli uffici AI;
- interviste telefoniche semistrutturate con i capi di altri uffici AI che beneficiano dei servizi dei SMR (uno per ogni SMR).

La **valutazione ha dei limiti**, soprattutto a causa della scarsità dei dati disponibili.

Risultati della valutazione

Definizione dei tipi di Servizi medici regionali

Per poter valutare i SMR tenendo conto del loro **contesto** specifico, in un primo tempo si è proceduto ad una descrizione dettagliata di quest'ultimo: i SMR sono molto eterogenei quanto a durata dell'attività, zona di copertura del servizio e sistemi informatici. In un secondo tempo sono stati caratterizzati l'**organizzazione e il funzionamento** dei SMR, che sono stati distinti in funzione della dotazione di personale, dell'attività di esame, della produttività e dell'autonomia. Il confronto dei dati si è rivelato difficoltoso. Questi indicatori vanno dunque interpretati quali "valori approssimativi". In una terza fase gli uffici AI sono stati caratterizzati sotto il profilo della loro **collaborazione con gli uffici AI**. Sono cioè stati valutati gli *input* degli uffici AI, i processi lavorativi interni, il collocamento dei SMR all'interno del processo dell'UAI e i punti di contatto con l'accertamento professionale e il servizio giuridico. Non essendo disponibili i dati necessari per un confronto quantitativo tra i SMR, ci si è dovuti accontentare di un confronto qualitativo.

Sulla base di quest'ultimo, ogni SMR è stato caratterizzato in funzione del suo contesto, della sua organizzazione, del suo funzionamento e della sua collaborazione con gli uffici AI. I dati provengono dalle interviste. I nove "**ritratti**" dei SMR sono una descrizione esterna.

I nove SMR sono stati successivamente **suddivisi in tipi** sulla base di vari criteri distintivi. Riassumendo si può constatare che i SMR divergono molto in circa la metà degli aspetti analizzati e che le differenze sono lievi soltanto sotto due aspetti. Come si può vedere già da questo fatto, l'introduzione dei SMR nel sistema federalistico ha prodotto una grande varietà di forme. Per questa ragione assume una grande importanza la collocazione strutturale e organizzativa dei SMR e quindi il loro contesto. Non stupisce dunque che sia stato possibile definire soltanto due tipi, ciascuno dei quali rappresentato da due SMR. La varietà dei SMR riflette la varietà degli uffici AI istituiti a livello cantonale.

Le caratteristiche dei SMR e quindi anche i tipi individuati non sono che un'istantanea, dal momento che i SMR e gli UAI sono in continua trasformazione. Nel quadro della 5a revisione si sta già procedendo alla ridefinizione dei processi interni e si stanno sperimentando nuovi strumenti di collaborazione interdisciplinare che influiranno sui SMR.

Ribadiamo tuttavia che le valutazioni dei SMR, a causa della limitatezza dei dati disponibili e della diversità dei modi in cui sono state condotte le rilevazioni, sono sostanzialmente di natura qualitativa e che quindi sussiste un certo margine di interpretazione.

Valutazione e analisi degli effetti

Sulla base dei tipi definiti si è cercato di sviluppare un sistema che permetta una valutazione quantitativa dei SMR. Questo sistema dovrebbe per esempio consentire di determinare le ripercussioni delle differenze a livello di funzionamento dei SMR, sistemi informatici, gestione delle pratiche, competenze dei medici nel campo della medicina assicurativa, dotazione di personale e collaborazione con gli UAI sugli aspetti seguenti:

1. qualità delle basi decisionali mediche e delle decisioni;
2. durata della procedura;

3. quota delle nuove rendite;
4. efficienza del sistema SMR – ufficio AI;
5. decisioni dei tribunali cantonali.

Si può concludere che la limitatezza dei dati disponibili e i vari fattori contestuali interni ed esterni agli uffici AI, che non possono essere controllati, impediscono lo sviluppo di un sistema di valutazione quantitativo. Con i dati disponibili è impossibile affermare con sicurezza quali fattori interni ai SMR influenzino le variabili dipendenti e in che modo.

La maggior parte delle ipotesi formulate riguardo ai nessi tra le variabili indipendenti e dipendenti non hanno trovato conferma. Ciò dipende molto probabilmente dai fattori di influenza esterni ai SMR, che non possono essere controllati. Per poter fare affermazioni fondate, sia i SMR che gli uffici AI dovrebbero innanzitutto adottare una prassi uniforme per la rilevazione di vari indicatori. Andrebbero inoltre svolti accertamenti approfonditi sulla qualità del contenuto dei pareri medici e delle opposizioni/dei ricorsi.

Analisi del grado di raggiungimento degli obiettivi

Per l'analisi del grado di raggiungimento degli obiettivi ci si è basati, oltre che sul messaggio sulla 4a revisione della LAI, anche sul modello di riferimento dei SMR e sui verbali delle sedute di organi collegiali rilevanti, p. es. la Commissione dell'AVS/AI.

Diversi obiettivi stabiliti all'introduzione dei SMR sono stati raggiunti. L'incremento del personale medico ha permesso di ampliare la gamma degli specialisti e di approfondire maggiormente l'esame delle pratiche. Grazie ai perfezionamenti offerti dall'UFAS, i medici impiegati presso i SMR hanno potuto accrescere le proprie competenze in materia di medicina assicurativa, il che ha portato ad un miglioramento della valutazione delle pratiche sotto il profilo medico-assicurativo.

Per quel che concerne altri obiettivi, non è possibile determinare in che misura i SMR abbiano contribuito al loro raggiungimento. Gli autori dello studio ritengono per esempio che il calo della quota di nuove rendite non sia riconducibile unicamente all'introduzione dei SMR. Questo calo sembrerebbe invece essere il risultato di una moltitudine di fattori, uno dei quali è l'introduzione dei SMR. Alcuni obiettivi non hanno molto senso per i SMR. Una riduzione della durata della procedura può infatti pregiudicare la qualità delle basi decisionali mediche.

In cinque degli otto ambiti per i quali erano stati formulati obiettivi, l'introduzione dei SMR ha portato ad un miglioramento rispetto alla situazione precedente la 4a revisione dell'AI, anche se probabilmente gli obiettivi non sono ancora stati raggiunti pienamente. I miglioramenti sono molti: la qualità delle basi decisionali mediche degli uffici AI (armonizzazione delle basi e migliore valutazione delle pratiche) è migliorata e sono aumentate le conoscenze specifiche in medicina assicurativa e l'interdisciplinarietà delle equipe di medici. I SMR cominciano inoltre ad influire sul comportamento dei medici curanti, esplicando così un effetto preventivo.

In due settori (riduzione delle quote di nuove rendite e prevenzione della riscossione ingiustificata di rendite) i fattori in gioco sono probabilmente molti, ragion per cui non è possibile stabilire quale sia l'influenza dei SMR. Con l'introduzione dei SMR, la durata della procedura si è probabilmente allungata. In compenso dovrebbe esserne anche aumentata la qualità.

Le conseguenze complessivamente positive dell'introduzione dei SMR non devono però far dimenticare che in diversi ambiti sono ancora necessari miglioramenti. I SMR presentano notevoli differenze nella fornitura di determinati servizi.

Bilancio

I principi delle **attività** degli uffici AI e dei SMR sono regolamentati. L'impostazione concreta dei processi è tuttavia compito degli uffici AI cantonali. A ciò si aggiunge che la situazione di ogni ufficio AI e del relativo SMR è assai differente da quella degli altri. Per questa ragione, tra i vari sistemi (ufficio AI – SMR) non vi sono praticamente parallelismi.

Secondo gli autori dello studio, i **sistemi informatici** degli uffici AI influenzano solo marginalmente l'attività dei SMR. I SMR si sono adeguati alle particolarità dei vari sistemi informatici. Il fatto che un SMR presti i suoi servizi a più uffici AI che utilizzano sistemi informatici differenti comporta qualche onere in più, ma alla fin fine non sembra avere un'influenza determinante.

La qualità dei **dati** forniti dai SMR è insufficiente per un confronto, in quanto le definizioni sono troppo poco concrete e l'UFAS non ha impartito istruzioni chiare e vincolanti per la rilevazione dei dati. I dati attualmente disponibili possono essere impiegati soltanto in misura limitata quali indicatori degli *input*, delle prestazioni e degli effetti dei SMR. Perché ciò sia possibile occorrerebbe raccogliere in modo sistematico e affidabile dati operativi.

Non è possibile constatare un'**influenza** delle caratteristiche dei SMR, degli uffici AI e della loro collaborazione sui seguenti indicatori: qualità degli elementi di decisione medici e delle decisioni, durata della procedura, quota delle nuove rendite, efficienza del sistema (SMR-ufficio AI) e decisioni dei tribunali cantonali.

In cinque degli otto ambiti per i quali erano stati formulati **obiettivi**, l'introduzione dei SMR ha portato ad un miglioramento, anche se è probabile che gli obiettivi non siano ancora stati raggiunti pienamente. Rispetto alla situazione precedente la 4a revisione dell'AI, la qualità e l'omogeneità delle basi decisionali mediche sono aumentate, l'interdisciplinarietà e le conoscenze in materia di medicina assicurativa delle equipe di medici sono migliorate, le decisioni degli uffici AI sono diventate in generale più conformi agli obiettivi dell'assicurazione e la collaborazione con il corpo medico e le associazioni è migliorata, il che ha avuto un certo effetto preventivo. In due settori (riduzione delle quote di nuove rendite e prevenzione della riscossione ingiustificata di rendite) vi sono probabilmente molti fattori che giocano un ruolo, ragion per cui non è possibile determinare con precisione l'influsso dei SMR. La creazione dei SMR non ha comportato una riduzione della durata della procedura, ma piuttosto un allungamento, che è stato però compensato da un aumento della qualità.

Per **migliorare** i processi lavorativi raccomandiamo l'introduzione di un sistema di gestione della qualità che definisca in particolare gli *input* e gli *output* delle varie unità coinvolte nel processo, stabilisca obiettivi quantitativi e ne verifichi il raggiungimento

Riassumendo, lo studio giunge alla conclusione che l'introduzione dei SMR ha dato il via agli sviluppi auspicati. Il lavoro non è però terminato e gli obiettivi non sono ancora raggiunti.

A causa della struttura federalistica dell'organizzazione dell'AI e quindi anche dei processi di attuazione, si è assistito allo sviluppo di una moltitudine di forme di SMR, che si assomigliano solo parzialmente. Per questa ragione, non è neppure possibile individuare le relazioni tra le caratteristiche dei SMR o la collaborazione tra SMR e uffici AI e l'attività dei SMR. Si presume inoltre che alcuni indicatori chiave quali la quota delle nuove rendite e gli indicatori che ne derivano siano determinati da numerosi fattori, soprattutto contestuali, e che le caratteristiche dell'organizzazione dell'AI siano poco rilevanti.

Un altro ostacolo all'analisi precisa delle summenzionate relazioni è la lacunosità dei dati disponibili. Per poter svolgere una valutazione attendibile, è indispensabile raccogliere in modo uniforme e sistematico una serie ben definita di dati, come proposto a suo tempo nello studio di fattibilità. I dati forniti dai SMR sono di scarso aiuto, poiché sono stati rilevati con troppa imprecisione.

Raccomandazioni

Al fine di garantire una maggiore efficienza nello svolgimento della procedura e il raggiungimento degli obiettivi politici, rivolgiamo all'UFAS le seguenti raccomandazioni, che si riferiscono all'attuale sistema dei SMR e non tengono conto di ulteriori aspetti.

Sulla base dei risultati della valutazione raccomandiamo quanto segue:

1. L'UFAS formula obiettivi strategici generali validi per tutti i SMR. Questi obiettivi definiscono l'orientamento strategico a lungo termine e si riferiscono per principio ai risultati.
2. Per garantire una gestione efficiente ed efficace delle procedure e dei processi va allestito un *controlling* dettagliato.
3. L'UFAS stabilisce i principi per la gestione della qualità nei SMR e negli uffici AI. A tal fine vanno definite le modalità per la misurazione degli obiettivi formulati per l'*input* e l'*output* e fissati obiettivi quantitativi.
4. Al fine di ottimizzare i processi, raccomandiamo all'UFAS di chiarire d'intesa con i SMR il rapporto tra i propri esami medici e le perizie esterne e di emanare prescrizioni e direttive a questo proposito.
5. Per migliorare i processi interni degli uffici AI e dei SMR occorre effettuare un'analisi sistematica dei processi al fine di individuare i punti deboli e le possibilità di miglioramento.
6. L'UFAS promuove l'armonizzazione della prassi dei SMR attraverso perfezionamenti o istruzioni in materia di personale (p. es. richiesta di una formazione in medicina assicurativa per i medici dei SMR).
7. Per rendere più interessante per gli specialisti l'attività presso i SMR, raccomandiamo all'UFAS di considerare l'eventualità di aumentare la retribuzione dei medici specialisti.
8. Tutti i SMR devono sensibilizzare assiduamente i medici di famiglia su aspetti di natura medico-assicurativa.

Summary

The evaluation is based on the strong increase in DI beneficiaries since the early 1990s, and the resulting deterioration of the DI system's financial situation, which gave rise to the 4th revision of the law on DI. As part of this revision, various gaps in the medical assessment of claims to DI benefits were noted, leading to the introduction of regional medical services (RAD) with their own examining competence.

The aim of RAD introduction was above all faster and competent medical assessment of DI claims, a more uniform medical basis for decision making, and more rapid procedures.

The present evaluation of RAD was mandated as part of a research program on disability and handicaps and the ongoing implementation of DI legislation (FoP-IV).

The object of the evaluation are the regional medical services (regionale ärztliche Dienste RAD), set up by the 4th revision of DI legislation. (Art. 59 paragraph 2 IVG), except for the RAD abroad which is based in Geneva. After a pilot phase with four RAD as of 1.1.2003, there are now ten RAD in Switzerland, with approximately 235 full time posts (status December 2006).

The concrete aim of the evaluation is to comprehensively examine RAD and its interplay with the DI office. Priorities will be the construction and implementation processes (output) on the one hand, on the other hand the effects of RAD establishment (impacts).

Methodology: The evaluation, designed as a pre-post comparison, included four main areas:

- Establishing a typology of RAD on the basis of their activities and co-operation with DI offices
- Assessment of inputs, outputs and impacts of RAD in view of several target criteria
- Establishment and evaluation of goals reached
- Recommendations concerning improved working procedures and goals

Besides analysing documents and internal Federal Social Insurance Office (FSIO) statistics, the study analysed independently collected:

- Exploratory semi-structured interviews with the head of the DI office in Zurich, an office manager of the Zurich DI office, and the head of the RAD for north-eastern Switzerland.
- Semi-structured personal interviews with all nine RAD directors, a further RAD physician and the heads of the corresponding DI offices; on-site visits to the RAD and DI office.
- Semi-structured telephone interviews with a further DI body (head of DI office), which provides services to the RAD.

The limits of the evaluation are principally due to inadequate data.

Evaluation results

Typology of regional medical services (RAD)

In order to assess RAD in their specific context, it was necessary to establish their characteristics more closely. This meant differentiating between their length of operation, the heterogeneity of the

area to be serviced, and the heterogeneity of the IT systems. In a second step, RAD were characterised according to their organisation and methods of working, including staff data, examination activity, productivity and autonomy. Data here proved difficult to compare, and these indicators should be considered “approximate”. A third step characterised RAD in view of their cooperation with the DI offices, including an assessment of DI office inputs, internal working processes, inclusion of the RAD in the DI office process and interfaces with professional clearance and legal services. Data for a quantitative comparison of RAD are not available, i.e. we had to make do with a qualitative comparison.

On this basis, each RAD is characterised as to its context, organisation and methods of cooperating with DI offices. Information was provided by the interviews. The resulting portraits of the nine RAD thus present an external view.

Then a typology of the nine RAD was set up according to various distinctive criteria. We may conclude that the RAD differ as to approximately half of the criteria examined, and small differences appear in only two of them. This already indicates that federal implementation gives rise to great variety. Thus, the structural and organisational environment and context of the RAD are very important. It comes as no surprise that that we were only able to establish two types with two RAD each. The variety of RAD mirrors the variety of DI offices operating at cantonal level.

The represented RAD characteristics and their types represent a snapshot of sorts, since both RAD and DI offices are changing constantly. Internal processes are already being modified in view of the 5th DI revision. New instruments for interdisciplinary cooperation are being tested, which will have an impact on RAD.

However, we would like to note that due to limited data and disparate data collection between and even within the RAD, RAD assessments are principally qualitative and therefore leave room for interpretation.

Assessment and impact analysis

Going out from the typology, we attempted to develop a system of assessment to evaluate the RAD quantitatively. This was meant to analyse the impact of the RAD working methods, the various IT systems, case management methods, the medical insurance competence of the RAD physicians, RAD staff and the interplay between RAD and DI offices, according to the following criteria:

1. Quality of medical decision-making bases and decisions
2. Length of process
3. Pension recipients' quota
4. Efficiency of RAD – DI office system
5. Decisions of cantonal courts

We conclude that the limited data base and different DI office internal and external context factors, which cannot be controlled, make it impossible to establish a quantitative system to assess RAD. The existing data base allows for no reliable statements on internal RAD factors and the ways in which they influence dependent variables.

Assumed connections between dependent and independent variables were in most cases impossible to confirm, probably due to factors external to the RAD, which cannot be controlled. To make

reliable statements, one would have to introduce a uniform practice of collecting indicators for the RAD and DI offices, and conduct in-depth analyses of the content of medical opinions, and objections or complaints.

Analysis of goals reached

The goals reached were analysed on the basis of the Federal Council's Message on the 4th revision of DI legislation, the reference model of the RAD, and internal protocols of relevant bodies, e.g. the protocols of the OASI/DI Commission.

Various goals targeted by the introduction of RAD have been met. Increased medical staff made it possible to expand the specialist range and more in-depth case examinations. Ongoing training proposed by the FSIO has increased the insurance competence of physicians working in RAD, and improved case assessment from an insurance point of view.

However, in certain areas it is impossible to measure the contribution of RAD to targeted goals. For example, we think it impossible to explain lower pension quota by RAD. They seem to be due to a number of factors, of which RAD are just one. Certain goals also seem not very feasible for the RAD – for example shorter procedure lengths may counteract the quality of medical decision-making.

Overall, in five of the eight analysed goals of RAD introduction, improvements have been reached as against the period prior to the 4th revision of DI legislation, although the goals have not been met completely. In comparison to the period before the revision, the situation has improved markedly: the quality of medical decision-making bases of DI offices (more uniform bases and better case management) has improved, insurance-related knowledge and the interdisciplinarity of the teams of physicians is also better. Moreover, RAD are beginning to have an impact on other physicians and thus generate preventive impact.

In two areas (drop in pension recipient quotas and avoiding unjustified pensions) we are most likely dealing with a number of factors, making it impossible to determine RAD influence. Concerning length of procedure, RAD seems to have extended them, but improved their quality.

These overall positive effects of RAD introduction cannot hide the fact that improvements are still necessary in a number of areas. Also, there are considerable disparities in the services provided by the various RAD.

Conclusion

Basically, the activities of the DI office and RAD are regulated, although the concrete implementation of these processes is the job of the cantonal DI office. Moreover, the situation of individual DI offices and RAD varies strongly, making it difficult to establish parallels between the different systems.

The IT systems used by the various DI offices seem to have only a marginal influence on RAD activity. The latter seem to have adapted to the specificities of the different IT systems. A RAD may deal with several DI offices making use of different IT systems, thus generating more work, but seemingly without impact on the end effect.

We consider the quality of data provided by RAD as insufficient for comparisons, since definitions are not concrete enough and there are no clear and binding instructions for data collection from the FSIO. Current data can only be used in limited fashion, as indicators on inputs, services and effects of RAD are inadequate. Operative data would have to be collected systematically and reliably.

No systematic relationships between RAD characteristics and DI offices and their cooperation on the following target criteria were established (quality of medical decision-making bases, decisions, length of procedure, pension recipient quota, efficiency of the RAD–DI office system, decisions of cantonal courts).

Improvements have been attained in five of the eight goals of RAD introduction, although the goals have not been met completely. In comparison to the period prior to the 4th revision of DI legislation, the quality and homogeneity of medical decision-making bases has improved, the physicians' team has become more interdisciplinary and knowledgeable on insurance-related issues, the decisions of DI offices are more in line with the insurance system, and cooperation between physicians and medical associations has improved, leading to better preventive effects. In two of the targeted goals (reducing pension recipients' quota and avoiding unjustified pensions) we are most likely dealing with a number of different factors, making it impossible to determine the influence of RAD introduction. Procedure length has increased owing to RAD, but quality has also improved.

To improve working processes we recommend the introduction of quality management to define inputs and outputs of the various parties involved in the process, and formulate and monitor target objectives. Electronic case management would also facilitate work.

To sum things up, the evaluation arrived at the conclusion that RAD introduction has launched expected developments, although more work is required and goals have not yet been fully met.

Owing to the federal structure of DI organisation and thus RAD implementation, RAD have assumed a variety of different forms, and are quite dissimilar. Thus no reliable connections between RAD characteristics and/or the cooperation between RAD and DI office on RAD activity can be made. We moreover assume that a key factor such as the pension recipient quota and resulting factors are influenced by a number of contextual elements, and that the characteristics of the given DI organisation have limited significance.

Poor data also make it difficult to analyse the above-mentioned connections. A reliable evaluation will only be possible if clearly defined data are collected uniformly and systematically, as suggested by the feasibility study. The data supplied by RAD are too imprecise to be of much use.

Recommendations

To ensure more efficient procedures and reach the objectives that have been defined by the relevant policies, we have a number of recommendations for the FSIO. These refer to the present RAD system and leave aside other aspects.

Our recommendations, based on the foregoing evaluation, are:

1. The FSIO should establish strategic goals for all ten RAD. These will serve as a long term strategic orientation basis and generally have an impact on goals.

2. For an efficient and effective steering of procedures and processes we recommend the set-up of comprehensive controlling.
3. The FSIO should define benchmark figures for RAD and DI office quality management, including the operationalisation of targeted inputs and outputs, and the establishment of target values.
4. To improve procedures we recommend that the FSIO together with the RAD clarify the relationship between its own medical examinations and external opinions, and provide relevant provisions and guidelines.
5. To improve internal processes in DI offices and RAD we recommend systematic process analysis to pinpoint weak spots and potential improvements,
6. The FSIO should foster more uniform RAD practice via ongoing training and provisions relative to staff (e.g. training of RAD physicians in insurance medicine).
7. To make RAD more attractive for specialists, we recommend they be paid higher fees.
8. All RAD should raise awareness of insurance medicine-related issues among family doctors.

Glossaire

AI	Assurance-invalidité
AMA	Appréciation du potentiel professionnel (<i>Arbeitsmarktliche Abklärungen</i>)
CEP	Commission d'évaluation préalable, organe composé de représentants de l'instruction des dossiers, du service juridique et du SMR chargé d'examiner les dossiers particulièrement urgents ou dont les faits sont clairs.
COMAI	Centre d'observation médicale de l'AI
ECF	Évaluation de la capacité fonctionnelle
ELAR	Système informatique
FF	Feuille fédérale
IGS	Système informatique
Impact	Effets d'une mesure en fonction d'un objectif donné
Input	Ressources et conditions préalables à l'exécution des mesures en fonction d'un objectif donné
IT	Incapacité de travail
LAI	Loi sur l'assurance-invalidité
MMT	Mesures du marché du travail
MQ	Management de la qualité
OAI	Office AI
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OSIV	Système informatique
Output	Mesure appliquée en fonction d'un objectif donné
PR-AI	Programme de recherche portant sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
SMR	Service médical régional

1 Rappel des faits et problématique

1.1 Contexte

Depuis le début des années 90, la forte progression du nombre de bénéficiaires de prestations et, par conséquent, des coûts qui en découlent, place l'assurance-invalidité (AI) dans une situation difficile. L'on avance comme causes possibles de la forte augmentation du nombre de rentes AI divers changements d'ordre social, économique et médical, sans oublier des problèmes de coordination entre les diverses assurances sociales (FF 2005 4237 ss.). La dégradation croissante des finances de l'AI a abouti à la 4^e révision de l'AI, qui visait quatre objectifs principaux : consolider financièrement l'AI, adapter les prestations de façon ciblée, renforcer la surveillance de la Confédération et, enfin, améliorer et simplifier la structure et la procédure de l'AI (FF 2001 3049 ss.).

Préalablement à la 4^e révision de l'AI, on avait diagnostiqué diverses lacunes dans l'examen des conditions médicales du droit aux prestations AI. Il s'était notamment avéré que les médecins traitants ne disposaient que de connaissances lacunaires en médecine des assurances et qu'il fallait mieux vérifier leurs rapports, que les connaissances médicales des petits offices AI étaient insuffisantes, que les médecins des offices AI n'étaient pas autorisés à pratiquer des examens et que le taux de rentes variait fortement d'un canton à l'autre. Le renforcement de la surveillance de la Confédération visait à harmoniser autant que faire se peut l'instruction des demandes de prestations dans toute la Suisse. C'est pour atteindre ce but que le législateur a décidé de créer des services médicaux régionaux (SMR) ayant la compétence de pratiquer eux-mêmes des examens médicaux.

La création des SMR avait pour objectifs principaux d'accroître la qualité et la rapidité de l'évaluation des demandes de prestations AI, d'uniformiser les bases de décision médicales et d'accélérer les procédures. Le législateur espérait que cette mesure structurelle contiendrait la hausse des dépenses occasionnées par les rentes AI (FF 2001 3259).

En se fondant sur l'art. 68 LAI, qui fait obligation à la Confédération de procéder à des études scientifiques sur la mise en œuvre de la loi, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a lancé en 2006 un programme pluriannuel (PR-AI) portant sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI). Les axes prioritaires de ce programme sont l'étude des causes de l'augmentation rapide du nombre de cas d'invalidité, l'élaboration de bases (critères et données) permettant de juger l'efficacité des mesures mises en place par les révisions de l'AI ainsi que la proposition de nouveaux instruments permettant de favoriser les objectifs de l'AI et la formulation des modifications des lois nécessaires pour en augmenter l'efficacité. Le quatrième bloc thématique du PR-AI porte sur les effets de la loi, des révisions et des nouveaux instruments : il s'occupe ainsi de l'évaluation des dispositions et mesures légales, des effets des principaux aspects des 4^e et 5^e révisions de l'AI, ainsi des nouveaux instruments mis en place notamment dans le cadre de la détection et de l'intervention précoces, des mesures d'observation d'ordre médical et professionnel ou des mesures d'observation du marché du travail. L'évaluation des services médicaux régionaux entre aussi dans ce champ d'activités.

1.2 Services médicaux régionaux (SMR)

Toute instruction d'une demande de prestations AI comporte aussi en principe¹ une évaluation de l'atteinte à la santé et de ses effets sur la capacité de travail de la personne assurée sous l'angle de la médecine des assurances. L'assistance dispensée par les SMR aux offices AI consiste à porter un jugement sur les aspects des conditions de l'octroi des prestations AI qui relèvent de la médecine des assurances, en particulier l'incapacité de travail lorsqu'une rente est prononcée et la capacité de travail qui peut être exigée de la personne assurée du point de vue de la médecine. A cet égard, les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée ; si nécessaire, ils peuvent aussi pratiquer eux-mêmes des examens médicaux. Pour chaque cas qui leur est soumis, les SMR remettent aux offices AI un rapport écrit contenant les résultats des enquêtes médicales et des recommandations, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations (cf. art. 47 à 50 RAI). La circulaire de l'OFAS du 1^{er} janvier 2004 précise les critères régissant l'attribution de dossiers aux SMR (cf. annexe IV dans Bohny et Reutter 2003)².

Outre les objectifs précités, le modèle de référence² de l'OFAS poursuivait aussi les objectifs suivants lors de la création des SMR (Bohny et Reutter 2003) :

- Une meilleure acceptation des décisions des offices AI grâce à des documents médicaux compréhensibles pour des non-professionnels.
- Une procédure compétente, systématique, uniforme, adaptée, efficace, qui soit simple et rapide dans les limites de la matière, et dont le rapport coût/utilité reste acceptable.
- La formation et le perfectionnement permanents, coordonnés par l'OFAS, du personnel médical du SMR en matière de médecine des assurances relativement à l'AI.
- La fourniture de conseils complets au personnel des offices AI et aux services de recours en ce qui concerne les questions médicales relevant de l'AI.
- Une collaboration étroite avec les médecins en exercice et leurs organisations, visant à une meilleure connaissance du but et des exigences de l'AI.

Les 10 SMR créés desservent les offices AI d'un ou de plusieurs cantons :

¹ En principe pour l'AI, seules des raisons médicales donnent droit à une rente, étant donné que le risque que l'AI assure est l'invalidité, autrement dit la capacité ou l'incapacité permanente, totale ou partielle, d'exercer une activité lucrative ou de travailler dans un domaine d'activité donné.

² L'OFAS a abrogé le modèle de référence au 1^{er} février 2007.

Tableau 1 : Emplacement et rayon d'activités des SMR

Nom	Administration	Rayon d'activité
SMR Suisse romande	OAI VD	JU, NE, VD, GE
SMR Rhône	OAI VS	VS, étranger ³
SMR BE-FR-SO	OAI BE	BE, FR, SO
SMR Plateau	OAI AG	AG
SMR des deux Bâle	OAI BL	BS, BL
SMR Sud	OAI TI	TI, partie italophone du canton des GR
SMR Nord-est de la Suisse	OAI ZH	GL, SH, ZH
SMR Suisse orientale	OAI SG	AI, AR, GR, TG, SG
SMR Suisse centrale	OAI LU	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
SMR Etranger ⁴	OAI Etranger	Etranger

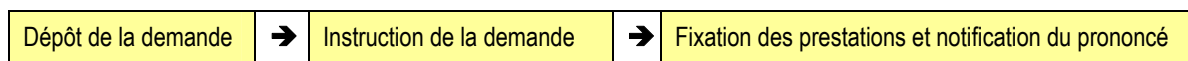
Les offices AI des régions créent et gèrent les services médicaux régionaux. Toutefois, l'OFAS est habilité à leur donner des instructions, même si les SMR sont indépendants de Berne pour l'examen des cas. Du point de vue administratif, chaque SMR est géré par une commission des offices AI auxquels il est rattaché ou par un office AI désigné à cet effet.

Alors que les travaux législatifs de la 4^e révision de l'AI se poursuivaient, quatre SMR ont commencé à fonctionner pour une phase pilote le 1^{er} janvier 2002 : les SMR Sud, Plateau, Suisse orientale et Suisse romande. Les six autres sont entrés en service le 1^{er} janvier 2005. Le modèle de référence mis en vigueur par l'OFAS à la même date prescrivait les exigences auxquelles devaient satisfaire le personnel médical des SMR (notamment en matière de formation) et la communication entre les SMR et les offices AI (Bohny et Reutter 2003).

1.3 Procédures dans l'AI et le SMR

En règle générale, une procédure ordinaire de l'AI comprend trois phases principales :

Fig. 1: Procédure dans l'AI (source: OFAS 2005a: 18)



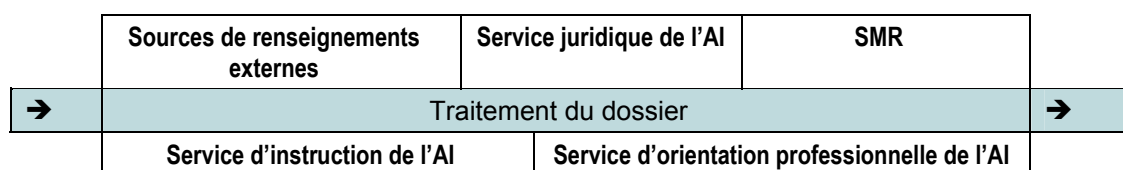
A la réception de la demande déposée par une personne assurée, ce sont en général les collaborateurs spécialisés qui sont responsables du bon déroulement de la procédure d'instruction. Les offices AI ouvrent un dossier pour la personne assurée et se procurent les données et documents que

³ Le SMR Rhône s'occupe par ailleurs de certaines affaires de l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

⁴ Le SMR Etranger, dont le siège est à Genève, ne rentre pas dans la présente évaluation.

la décision requiert, afin de réunir des renseignements sur l'état de santé, la situation financière, l'aptitude à la réadaptation et la capacité de travail ou de gain de la personne assurée. Une fois que l'office AI s'est assuré que les documents produits sont exacts et complets, l'instruction rentre dans la phase de détail. L'office AI soumet le dossier au SMR pour qu'il examine l'état de fait médical et pose, si besoin est, des questions ayant trait à la médecine des assurances et servant au traitement du dossier. Pour la procédure d'instruction, il fait appel non seulement au SMR, mais aussi à d'autres acteurs, internes et externes.

Fig. 2 : Procédure d'instruction (source : OFAS 2005a : 19)

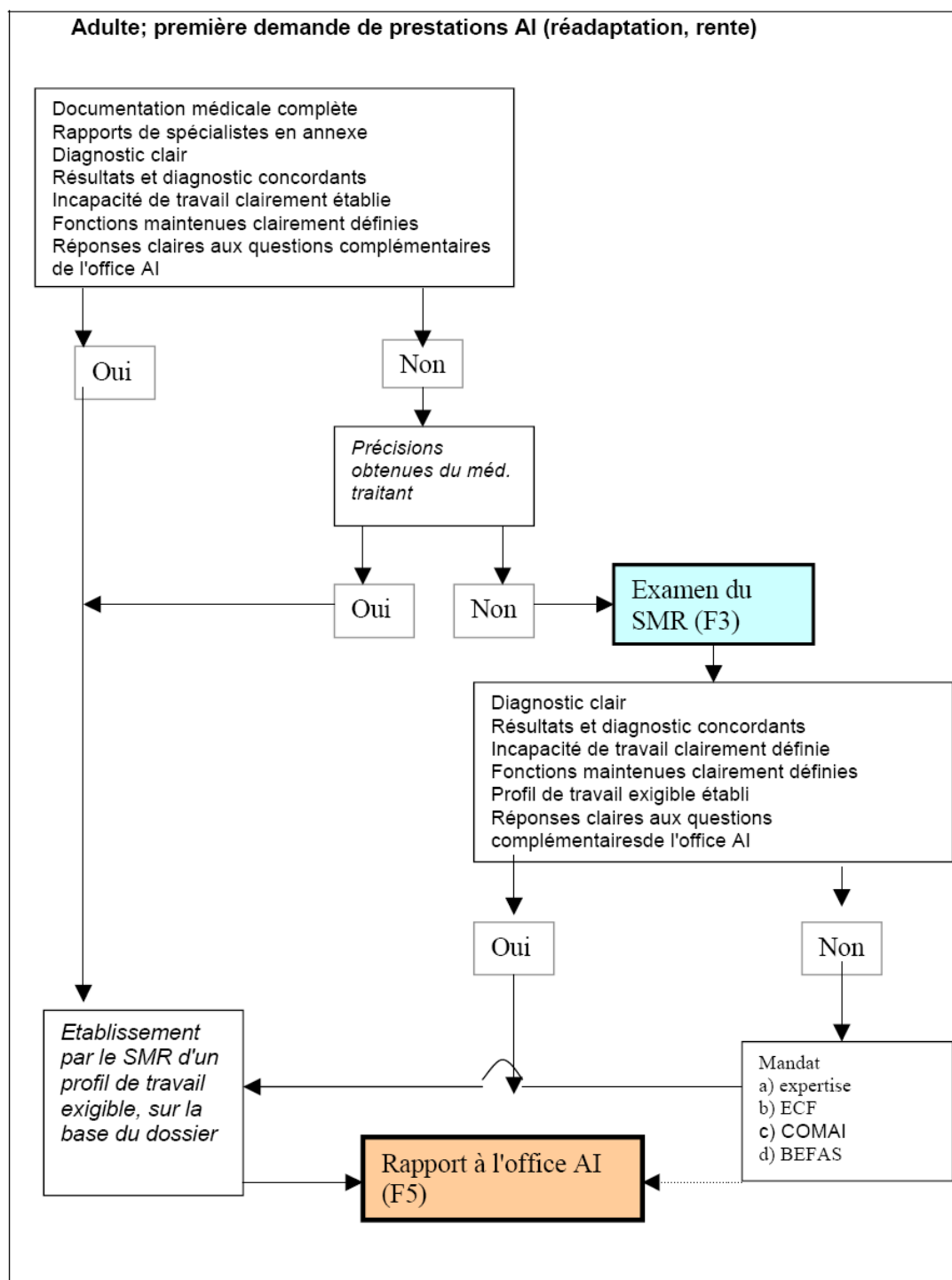


Pour l'évaluation sous l'angle de la médecine des assurances, le SMR dispose des possibilités suivantes : examen du dossier pur et simple, examen clinique interne et expertise médicale externe. Une expertise externe est généralement nécessaire lorsqu'il n'est pas possible d'apporter une réponse claire à certaines questions relatives à l'atteinte à la santé, ainsi qu'à ses effets sur la capacité de travail ou l'aptitude à la réadaptation de la personne assurée, sur la base du rapport médical et après épuisement de toutes les autres possibilités d'investigation s'offrant au SMR. En règle générale, le SMR ne demande au Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) de réaliser une expertise pluridisciplinaire que lorsqu'il s'agit de faire le point sur une situation impliquant plusieurs disciplines médicales et que le SMR n'a pas la capacité de procéder lui-même à une telle évaluation ou lorsque le juge le demande. Avant de recommander à l'office AI une expertise médicale ou une évaluation pluridisciplinaire, le SMR doit dans tous les cas avoir préalablement procédé à une évaluation médicale ou demandé un second avis (OFAS 2005a : 66). Le SMR évalue les expertises ordonnées sur la base d'éléments formels et d'éléments liés au contenu.

Les SMR remettent aux offices AI un avis écrit comportant les renseignements nécessaires pour chaque cas examiné. Ce rapport contient les résultats de l'examen médical et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Le rapport porte le nom du médecin compétent du SMR et la mention de sa spécialité. Les médecins du SMR ne doivent pas perdre de vue que leurs rapports doivent être rédigés de façon compréhensible et médicalement probante, étant donné qu'ils sont aussi destinés à des non-médecins (collaborateurs spécialisés, service juridique).

Fondé sur l'exemple d'une première demande de prestations AI, le diagramme suivant montre les mécanismes de décision du SMR appliqués jusqu'au 1^{er} février 2007 selon le modèle de référence.

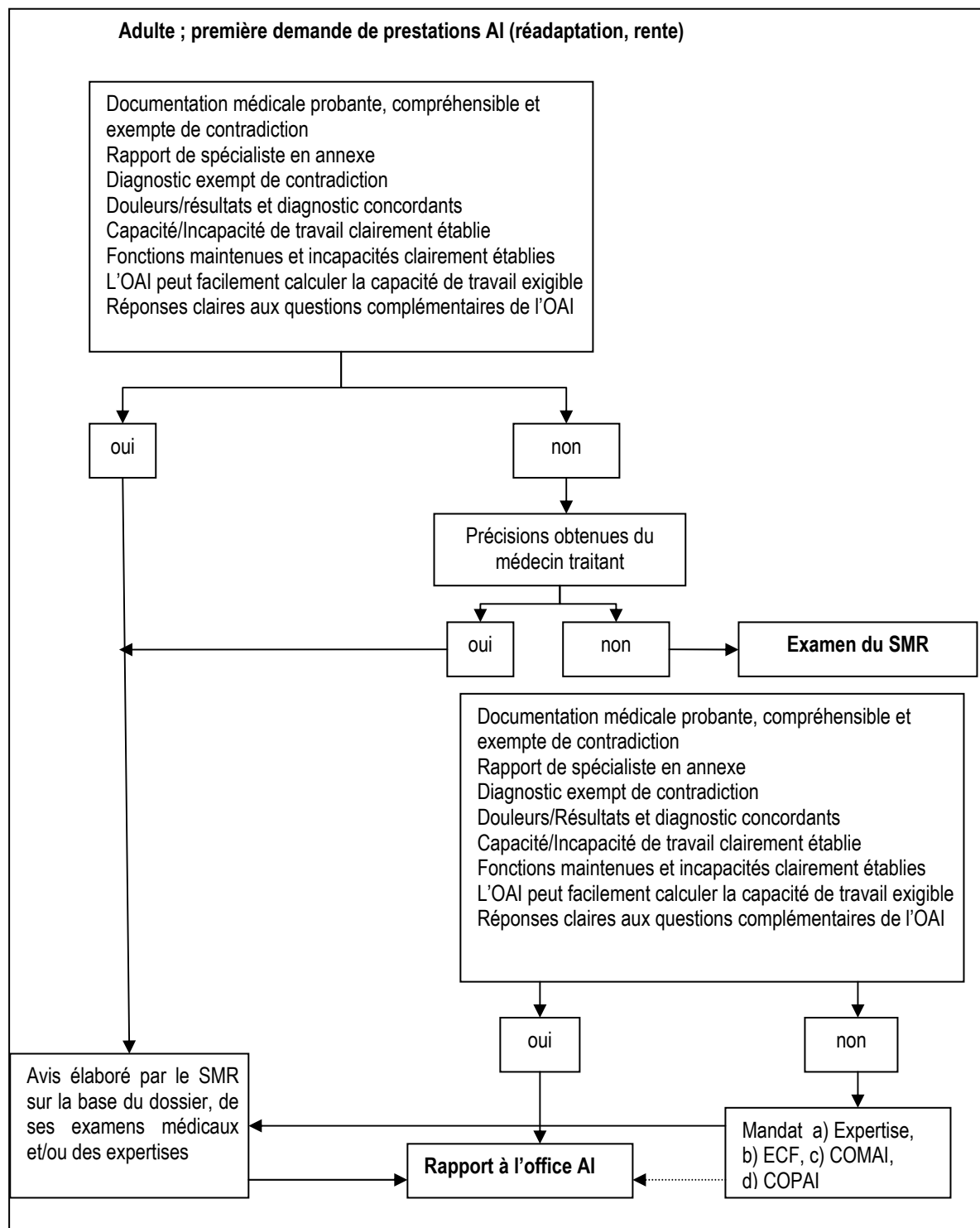
Fig. 3 : Mécanismes de décision du SMR



Source : OFAS (2005a : 67)

Au cours de 2006, le modèle de référence a été modifié avec les médecins-chefs des SMR au cours de nombreux ateliers et séminaires consacrés à ces services. Le diagramme ci-dessous présente les mécanismes de décision actuels des SMR en prenant comme exemple une première demande de prestations.

Fig. 4 : Mécanismes de décision des SMR depuis 2006



Source: élaboration econcept

2 Mandat d'évaluation et contexte

2.1 Objet et objectifs de l'évaluation

L'évaluation a pour **objet** les services médicaux régionaux (SMR) créés à l'occasion de la 4^e révision de l'AI (art. 59, al. 2, LAI). Le législateur en attendait une évaluation médicale des demandes de prestations AI de meilleure qualité, une accélération des procédures et, par conséquent, un ralentissement de l'augmentation des frais de rente. La révision de la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004.

Les art. 47 à 50 RAI précisent la mission des SMR. Après une phase pilote entamée 1^{er} janvier 2002 avec quatre services, la Suisse compte désormais dix SMR totalisant environ 235 postes à plein temps (contingent en décembre 2006). Les différences entre les SMR sont grandes, et ce à plusieurs égards : utilisation du contingent de postes, méthodes de travail (examens, traitement des dossiers), pratique d'attribution des offices AI, tenue des dossiers, etc.

Cette évaluation fait partie d'un vaste programme de recherche pluriannuel de l'Office fédéral des assurances sociales portant sur l'assurance-invalidité (AI). Le **but** de ce programme est d'élaborer et de mettre à disposition des connaissances ayant une assise scientifique solide sur l'AI et sur la mise en œuvre des réformes en cours.

L'**objectif** concret du présent mandat est d'évaluer de manière approfondie les SMR et leurs rapports avec les offices AI. Nous avons mis l'accent, d'une part, sur les processus de mise en place et d'application (output) et, de l'autre, sur les conséquences de la création des SMR (impact).

Pour atteindre ces objectifs, l'évaluation prévoit quatre **phases de travail** :

Phase 1 : Caractérisation des SMR

Caractérisation descriptive des activités des SMR et des offices AI, de la collaboration entre SMR et offices AI et des effets de divers systèmes informatiques sur les travail des SMR.

Examen de la qualité des données fournies et évaluation des modèles d'organisation dans leur contexte précis.

Phase 2 : Appréciation et analyse des effets

Mise au point d'un système d'appréciation débouchant sur une évaluation quantitative des SMR, les variables suivantes étant retenues :

Variables indépendantes :

- Façon de travailler des SMR
- Systèmes informatiques
- Tenue des dossiers
- Compétence des médecins des SMR de procéder à des examens médicaux
- Dotation en personnel des SMR
- Rapports entre les SMR et les offices AI

Variables dépendantes :⁵

- Qualité des bases de décision et des décisions médicales (variable d'instance et de classe)
- Durée de la procédure (variable d'instance)
- Taux de rentes des SMR (variable de classe)
- Efficience du système SMR-office AI (variable de classe)
- Décisions des tribunaux cantonaux (variable d'instance et de classe)

Phase 3 : Evaluation de l'atteinte des objectifs

Examen visant à déterminer si les objectifs des SMR selon la 4^e révision de l'AI ont été atteints.

Phase 4 : Formulation de recommandations

Formulation de recommandations visant à rendre les procédures aussi efficaces que possible (processus de travail des SMR et des offices AI, ainsi que leurs rapports) et à atteindre les objectifs politiques fixés.

⁵ Les variables dépendantes sont soit des variables d'instance, soit des variables de classe pour les SMR. L'on peut déduire les secondes des premières.

2.2 Questions de l'évaluation

Les questions de l'évaluation se déduisent comme suit des phases de travail prescrites par l'appel d'offres :

Tableau 2 : Questions prioritaires

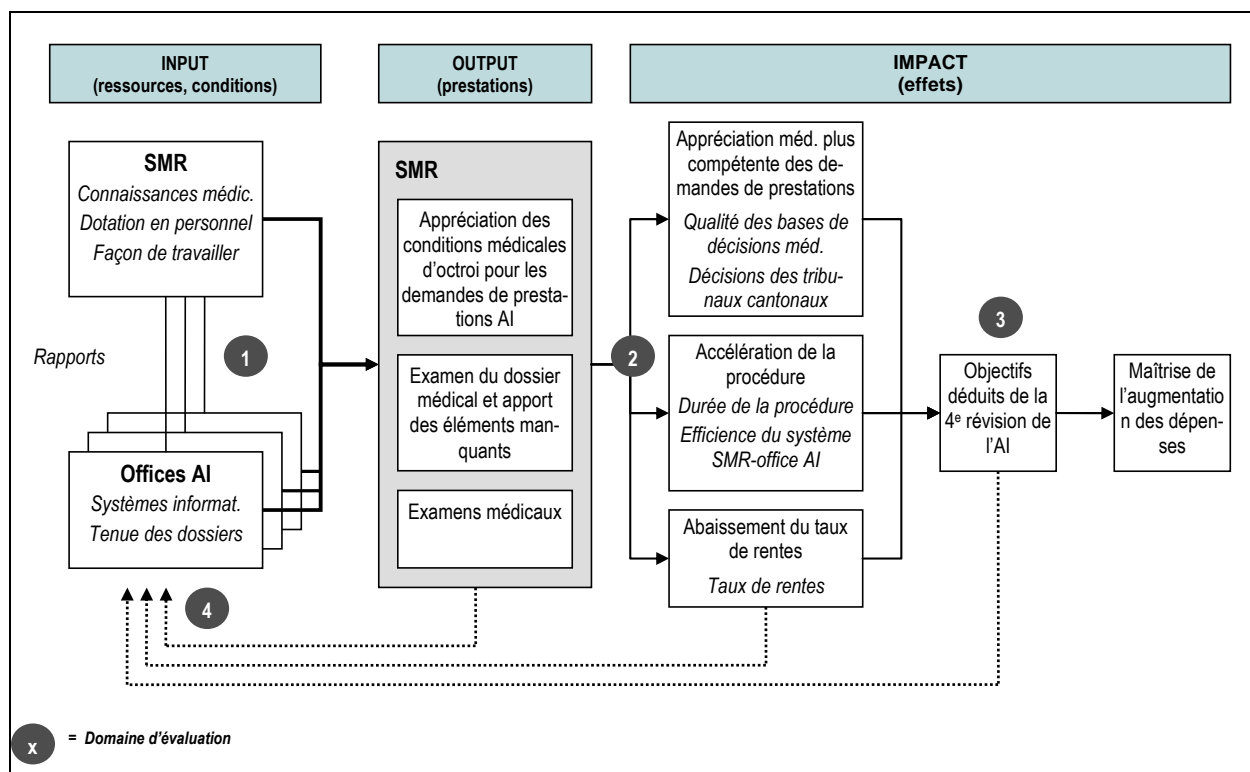
Questions de l'évaluation		
Caractérisation	Evaluation et analyse de l'impact	Atteinte des objectifs
Quelle est la typologie des activités réalisées dans les SMR, dans les offices AI, et celle de la collaboration entre ceux-ci et ceux-là ?	Quel système d'évaluation (indicateurs) permet de décrire et de mesurer, d'un côté, les inputs et les conditions applicables aux SMR et, de l'autre, leurs prestations et leur impact ?	Dans quelle mesure les objectifs formulés dans le message concernant la 4 ^e révision de l'AI pour la création des SMR ont-ils été atteints ?
Quelle est la typologie des effets des systèmes informatiques sur l'activité des SMR ?	Quels sont les effets des caractéristiques des SMR (façon de travailler, pratique en matière d'examen médicaux, dotation en personnel), des offices AI (système informatique, tenue des dossiers) et de leurs rapports sur les dimensions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité des bases de décision et des décisions médicales, ▪ Durée de la procédure, ▪ Taux de rentes, ▪ Efficacité du système SMR-office AI, ▪ Décisions des tribunaux cantonaux ? 	Pour quelles raisons les objectifs n'ont-ils été atteints que partiellement ou pas du tout ?
Quel jugement porter sur la qualité des données fournies ?		Quelles mesures sont susceptibles, le cas échéant, d'aider les SMR à mieux atteindre leurs objectifs ?
Recommandations		
Quelles modifications faut-il apporter aux processus de travail des SMR, des offices AI et à la collaboration entre eux pour améliorer l'efficacité de la procédure ?		

3 Méthodologie

3.1 Modèle causal et approche évaluative

Le modèle causal présente de façon simplifiée la position des SMR dans le système, leurs prestations et leurs objectifs.

Fig. 5: **Modèle causal des SMR et critères d'évaluation**



Source : élaboration econcept

Le modèle causal et les questions de l'évaluation permettent de dégager les **domaines d'évaluation** suivants :

- 1) Caractérisation des activités des SMR et de leurs rapports avec les offices AI
- 2) Evaluation des inputs, des outputs et de l'impact en relation avec plusieurs objectifs
- 3) Examen et évaluation de l'atteinte des objectifs
- 4) Formulation de recommandations en vue d'améliorer le déroulement du travail de façon à atteindre les objectifs

L'évaluation est conçue principalement comme une comparaison avant/après. L'appréciation des effets (question d'évaluation 2) est par ailleurs pensée comme une comparaison « avec/sans politi-

que »⁶ dans le but d'apprécier l'influence de la 4^e révision. L'on adopte en outre, pour répondre à la question d'évaluation 3, l'approche fondée sur une comparaison entre la situation souhaitée et la situation de fait.

3.2 Aperçu des méthodes utilisées

Nous présentons les méthodes utilisées pour répondre aux questions de l'évaluation de façon structurée selon la phase de l'évaluation.

Phase 1 Caractérisation des SMR :

Pour dresser un portrait des SMR, il faut des données relatives aux façons de travailler des SMR et des offices AI, ainsi que des données concernant les points de contact entre ceux-ci et ceux-là.

Nous avons recueilli les données par les méthodes suivantes :

- Entretiens exploratoires semi-dirigés avec le directeur et une assistante administrative de l'office AI Zurich, ainsi qu'avec le médecin-chef du SMR Nord-est de la Suisse.
- Entretiens personnels semi-dirigés avec les neuf médecins-chefs des SMR, un autre médecin des SMR et les directeurs ou directrices de tous les offices AI auxquels un SMR est rattaché ; visites sur place dans les SMR et les offices AI.
- Entretiens téléphoniques semi-dirigés avec le directeur d'un autre office AI auquel le SMR fournit des services.⁷

Nous avons par ailleurs analysé les bases légales, les documents de l'OFAS relatifs aux SMR (journaux des SMR, diverses statistiques internes) et certains rapports (sources secondaires).

Le tableau de la page suivante synthétise les entretiens réalisés pour recueillir les données.

Avant l'entretien, nous avons envoyé un courriel à toutes les personnes interrogées pour les informer de la teneur et du but de l'évaluation. Nous avons joint à ce courriel une lettre de recommandation de l'OFAS. En règle générale, les entretiens étaient personnels. La liste des personnes interrogées et les canevas d'entretien se trouvent en annexe.

⁶ Il s'agit en l'occurrence de se demander quelle serait la situation si certaines conditions étaient différentes.

⁷ Lorsqu'un SMR fournit ses services à plusieurs cantons.

Tableau 3 : Entretiens réalisés lors de la première phase de l'évaluation

Source des données (univers/échantillon)	Principaux sujets	Méthode de recueil des données	Nombre de personnes interrogées
Médecin-chef SMR (saisie complète)	Input SMR, rapports OAI-SMR, output SMR, processus internes SMR	Entretiens personnels semi-dirigés	9
Médecin SMR (saisie partielle)			9
Directeur/Directrice (ou suppléant/e) de l'office AI auquel le SMR est rattaché. (saisie complète)			9
Directeur/Directrice (ou suppléant/e) d'un office AI auquel le SMR fournit des prestations. (saisie partielle)	Input SMR, rapports OAI-SMR, output SMR	Entretiens téléphoniques semi-dirigés	6
Assistant/e administratif/ve de l'OAI (saisie partielle)		Entretiens personnels semi-dirigés	3

Phases 2, 3 et 4 (examen et analyse de l'impact, atteinte des objectifs et formulation de recommandations) :

Pour les phases 2, 3 et 4, nous avons utilisé les données recueillies durant les entretiens et, à titre complémentaire, des données secondaires.

L'évaluation est limitée en premier lieu par les données existantes. Nous ne pouvons en effet nous prononcer que sur des sujets pour lesquels nous disposons de données un tant soit peu sûres et, dans certains cas, comparables. En conséquence, une évaluation fiable n'est possible qu'à condition de disposer de données clairement définies et recueillies de façon uniforme et systématique ou lorsqu'il est possible de recueillir soi-même ces données.

4 Résultats de l'évaluation

4.1 Caractérisation des services médicaux régionaux

L'étude de faisabilité et le concept détaillé fournissent les premiers éléments des caractéristiques possibles des SMR. L'étude de faisabilité de l'évaluation des services médicaux régionaux (évaluanda 2003) propose ainsi divers indicateurs d'évaluation pour saisir la durée de traitement des dossiers AI, l'organisation des expertises externes et les rapports entre offices AI et SMR. Elle a notamment recommandé de mesurer les indicateurs suivants :

- Durée de traitement d'un dossier au SMR
- Nombre de mandats d'expertise confiés au COMAI
- Nombre de cas avec/sans examen des personnes assurées
- Nombre de mandats confiés au SMR

Quant au Concept détaillé Pilotage 07 (OFAS 2006), il recommande de mesurer pour la gestion des SMR les quatre groupes d'indicateurs suivants :

- **Qualité et utilité de l'avis médical** : indicateur qualitatif
- **Durée de traitement des dossiers** : durée médiane de l'instruction médicale
- **Recours aux expertises externes** : nombre moyen de mandats d'expertise confiés par année
- **Productivité des SMR** : nombre moyen de dossiers traités par année et par collaborateur ; nombre moyen d'examens médicaux réalisés par le SMR par année et par collaborateur

Le SMR saisit déjà une partie des indicateurs susmentionnés dans ses journaux, qui constituent une saisie quantitative statistique des activités réalisées. Il y consigne notamment des données relatives au laps de temps pendant lequel un dossier est en suspens au SMR, la durée de traitement des dossiers, les examens réalisés, les raisons qui expliquent la présentation du dossier (opposition, procédure judiciaire, recours, etc.) et l'avis médical donné par le SMR (atteinte à la santé, infirmité congénitale, mesures professionnelles, etc.). Le journal est tenu par le personnel du SMR. Dans un premier temps, nous avons étudié les analyses internes des journaux des SMR réalisées par l'OFAS (Kurth 2005, Reuter 2001, 2004, 2005).

Des analyses des journaux des SMR sont disponibles pour la phase pilote ; en 2005, elles ont été en partie mises à jour pour tous les services médicaux régionaux (Kurth 2005). L'examen de ces analyses a montré que les données consignées dans les journaux ne se prêtent guère à une comparaison entre les SMR. L'OFAS n'a jamais édicté de directives concernant la tenue de ces journaux, de sorte que les critères d'attribution sont différents, les modes de saisie et de consignation hétérogènes et la saisie entachée d'imprécisions. La notion de cas et la définition de la durée de traitement (ou d'immobilisation) diffèrent d'un SMR à l'autre, de sorte que leurs données sont très hétérogènes.⁸ Pour cette raison, nous n'avons pas procédé à une présentation détaillée des résultats des analyses internes de l'OFAS.

⁸ A l'origine, les journaux des SMR étaient prévus pour la phase pilote uniquement et n'étaient pas conçus pour en permettre la comparaison. Après la phase pilote, ces journaux n'ont pas été perfectionnés et les médecins des SMR n'ont pas reçu de formation permettant de garantir l'uniformité de la saisie des données.

L'analyse des journaux des SMR a révélé quelques problèmes de fond qui se sont aussi manifestés lors des entretiens : la saisie de données varie non seulement d'un SMR à l'autre mais aussi au sein du même SMR. Lorsqu'un SMR fournit des services à plusieurs offices AI, il n'est pas à exclure qu'il saisisse différemment les données sur place. Une des raisons possibles est à rechercher dans l'hétérogénéité des systèmes informatiques des offices AI et de leur pratique d'attribution des dossiers. Autre raison, le SMR ne veille pas au pilotage ni à l'harmonisation des données, ce qui se traduit par des différences dans les modes de recueil et de saisie.

Les différences de recueil et de saisie des données au sein d'un SMR et entre les SMR sont particulièrement perceptibles dans la saisie de la durée de traitement des dossiers et du nombre de mandats traités. Ainsi, certains SMR saisissent la durée de traitement à compter du moment où ils reçoivent un mandat de l'office AI, tandis que d'autres la datent seulement à partir du moment où un médecin du SMR commence à traiter la demande. Pour chaque dossier d'assuré, l'office AI peut confier plusieurs mandats ou demander plusieurs précisions au SMR. Lorsque le SMR renvoie immédiatement le mandat à l'office AI pour dissiper des doutes ou obtenir des précisions, les statistiques internes peuvent fausser la réalité en suggérant que la durée de traitement est réduite (et le volume de travail élevé). Le traitement réservé à ces mandats multiples diffère tant à l'intérieur d'un SMR qu'entre les SMR.

Commentaire des évaluateurs

L'OFAS n'ayant pas donné de consignes impératives, la saisie des données dans les journaux des SMR varie considérablement au sein d'un même SMR et entre les SMR. Dès lors, les exigences statistiques nécessaires à une comparaison quantitative des SMR ne sont pas réunies.

Les journaux des SMR permettent de constater des différences entre les neuf SMR, notamment en termes de dotation en personnel, de nombre d'examen réalisés dans le service, de nombre de mandats exécutés et de temps d'immobilisation des dossiers. Toutefois, les différences constatées entre les SMR ne sont guère révélatrices, compte tenu de l'hétérogénéité des données.

Détermination des critères de caractérisation

Les dimensions évaluatives ont été fixées en fonction de l'analyse des documents et des entretiens exploratoires. L'appel d'offres de l'OFAS demande de grouper les SMR en fonction des caractéristiques suivantes :

- Organisation et façon de travailler des SMR (« activités des SMR »)
- Organisation et façon de travailler des offices AI (« activités des offices AI »)
- Rapports entre SMR et offices AI
- Systèmes informatiques⁹

Il y a lieu de juger les SMR dans leur contexte spécifique, que nous caractériserons donc en détail dans un premier temps. Il s'agit en l'occurrence de différences observées dans la durée de fonctionnement du SMR, la zone desservie et les systèmes informatiques employés.

Tableau 4 : Indicateurs relatifs au contexte dans lequel les SMR évoluent

Contexte du SMR	Description des indicateurs
Durée de fonctionnement du SMR	Nombre d'années d'existence (SMR pilote oui/non)
Hétérogénéité de la zone desservie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de cantons desservis ▪ Estimation subjective par le SMR et par l'OAI des difficultés et des problèmes liés à la fourniture de services à plusieurs cantons
Hétérogénéité des systèmes informatiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de systèmes informatiques ▪ Estimation subjective par le SMR et par l'OAI des difficultés et des problèmes liés à l'utilisation quotidienne des systèmes informatiques

La deuxième phase consiste à dresser une typologie de l'organisation et de la façon de travailler des SMR. Il s'agit en l'occurrence d'établir une distinction entre les SMR en fonction de leur dotation en personnel, du nombre d'exams pratiqués, de leur productivité et de leur autonomie.

Des difficultés sont apparues pour comparer les données. Comme nous l'indiquons ci-dessus, ces difficultés proviennent du fait que les SMR travaillent avec des systèmes informatiques différents, fournissent pour certains d'entre eux leurs prestations à plusieurs cantons, et consignent de façon différente les données dans leurs journaux. Ce sont en particulier les temps d'immobilisation des mandats confiés aux SMR et le nombre de mandats/dossiers traités qui sont saisis de façon hétérogène. Dès lors, il faut voir dans ces indicateurs des valeurs approchées.

⁹ Les effets des systèmes informatiques sur l'activité des SMR ne sont pas considérés comme un critère distinctif distinct. En lieu et place, nous analysons ces effets sur plusieurs critères distinctifs comme la tenue des dossiers ou le contexte des SMR.

Tableau 5 : Indicateurs relatifs à l'organisation et à la façon de travailler des SMR

Organisation et façon de travailler des SMR	Description des indicateurs
Dotation en personnel du SMR	Utilisation du contingent de postes en valeurs absolues et en %
Mandats traités par le SMR	Nombre de mandats traités par le SMR ¹⁰ par an en valeurs absolues
Examens médicaux	Nombre d'examens médicaux par an en valeurs absolues et en % des mandats traités
Expertises externes	Nombre d'expertises externes par an en valeurs absolues et en % des mandats traités
Expertises COMAI	Nombre d'expertises COMAI par an en valeurs absolues et en % des mandats traités
Productivité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps d'immobilisation moyen des dossiers au SMR (en jours)¹¹ ▪ Estimation subjective de la productivité par le SMR et par l'OAI
Management de la qualité SMR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimation subjective du SMQ par le SMR ▪ Présence d'instruments de MQ
Autonomie du SMR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimation subjective de l'autonomie du SMR par l'OAI et par le SMR ▪ Compétences du médecin-chef du SMR (autonomie budgétaire, personnel)

Dans un troisième temps, nous avons examiné les rapports entre le SMR et les offices AI, afin d'évaluer les inputs des offices AI, les processus de travail internes et l'implication des SMR dans les processus des offices AI, ainsi que les points de contact avec le centre d'observation professionnelle et le service juridique.

¹⁰ Pour chaque dossier d'assuré, l'office AI peut confier plusieurs mandats au SMR. C'est pourquoi nous utilisons pour la notion de cas les « Mandats confiés au SMR ». Signalons toutefois que les SMR appliquent la notion de cas de façon variable (cf. chap. 4.1).

¹¹ La saisie des temps d'immobilisation diffère d'un SMR à l'autre (cf. chap. 4.1), ce qui limite la possibilité de comparer les données.

Tableau 6 : Indicateurs relatifs aux rapports entre SMR et OAI

Rapports entre SMR et OAI	Description des indicateurs
Qualité des inputs donnés au SMR	Estimation subjective des aspects suivants par l'OAI et par le SMR et existence de directives en la matière : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité des mandats confiés au SMR ▪ Qualité de la préparation des dossiers ▪ Qualité de la pratique d'attribution
Implication du SMR dans les processus des OAI	Estimation subjective de la communication interne et du caractère systématique de l'implication du SMR (gestion des cas), etc. par l'OAI et par le SMR
Points de contact	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimation subjective des points de contact avec le centre d'observation professionnelle et le service juridique par l'OAI et par le SMR ▪ Existence de directives et de structures quant aux points de contact avec le service juridique et le centre d'observation professionnelle (entretiens de triage interdisciplinaires, p.ex.)
Caractère conflictuel des rapports	Estimation subjective par l'OAI et par le SMR du caractère conflictuel de leurs rapports

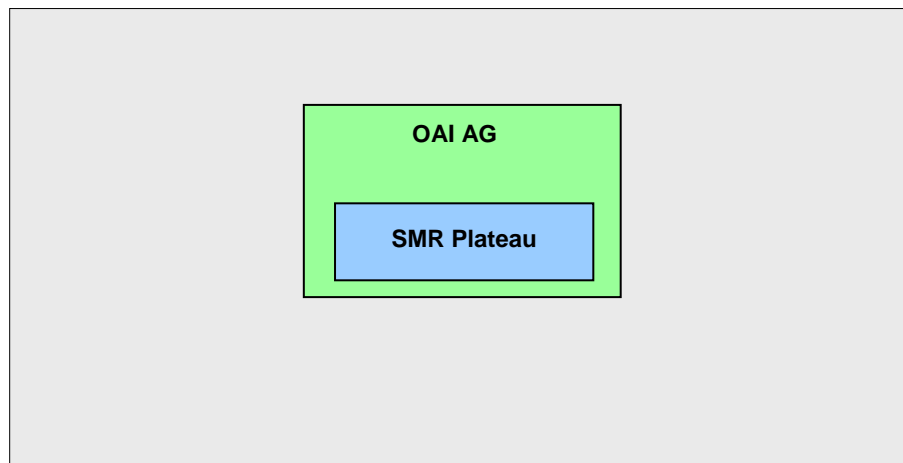
Partant de là, nous avons caractérisé chacun des neuf SMR d'après son contexte, son organisation, sa façon de travailler et ses rapports avec les offices AI, en nous fondant sur les indications tirées des entretiens. Nous avons ainsi recueilli l'opinion subjective des personnes interrogées sur plusieurs aspects. Pour certains de ces aspects, nous avons par ailleurs demandé des données quantitatives (cf. les tableaux ci-dessus). Nous avons soumis à un traitement qualitatif les données recueillies pendant les entretiens. Les portraits des neuf SMR en donnent une vision extérieure formée à partir de ces données.

Nous avons ensuite établi, à partir des divers critères distinctifs, une typologie des neuf SMR.

Service médical régional Plateau

Du point de vue administratif, le service médical régional Plateau est rattaché à l'office AI d'Argovie. Il fournit des avis médicaux uniquement au canton d'Argovie.

Fig. 6 : Organisation et structure du SMR Plateau



Le SMR Plateau est un SMR pilote. Etant donné qu'il ne dessert qu'un seul OAI, nous avons estimé que l'hétérogénéité des systèmes informatiques et de la zone qu'il dessert est faible.

Tableau 7: Contexte du SMR Plateau

Contexte du SMR Plateau	Description
Durée de fonctionnement du SMR	Depuis le 1 ^{er} janvier 2002 (SMR pilote)
Hétérogénéité de la zone desservie	Faible hétérogénéité (1 seul canton)
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Faible hétérogénéité (1 seul système informatique) L'OAI d'Argovie utilise le système informatique OSIV et la tenue des dossiers est électronique, à l'exception de ceux qui ont été ouverts avant 1997, tenus sur papier. Cette double tenue est laborieuse et l'OAI prévoit de passer à la tenue électronique intégrale des dossiers.

Par rapport à 2005, le SMR Plateau a utilisé tout son contingent de postes grâce à l'engagement de plusieurs nouveaux collaborateurs.

Il a pratiqué lui-même des examens médicaux pour 3,3 % des dossiers examinés. La hausse des effectifs lui a permis d'en augmenter considérablement le nombre par rapport à l'exercice précédent. Le SMR a demandé une expertise externe pour 8,7 % des dossiers examinés et une expertise au COMAI dans 1,7 % des cas. Il a rendu un avis médical sur dossier dans environ 85 % des cas.

Tableau 8 : Organisation et façon de travailler du SMR Plateau

Organisation et façon de travailler du SMR	État 2006
Dotation en personnel du SMR	Le SMR a utilisé tout son contingent de postes, les 20 postes à plein temps sont pourvus.
Mandats traités par le SMR	Le SMR a examiné 7269 dossiers.
Examens médicaux	Le SMR Plateau a procédé lui-même à 243 examens médicaux, soit 3,3 % des mandats traités.
Expertises externes	Le SMR Plateau a ordonné 635 expertises externes, ce qui représente 8,7 % des mandats traités.
Expertises COMAI	Le SMR Plateau a confié au COMAI 118 expertises, soit 1,6 % des mandats traités.
Productivité	Le temps d'immobilisation moyen des dossiers est de 44,5 jours.
Management de la qualité SMR	<p>Le système interne de management de la qualité est en phase de mise en place. Le SMQ interne a deux objectifs. D'un côté, il doit aboutir à une amélioration de la qualité des avis médicaux. En l'espèce, il est prévu d'instaurer une révision systématique des avis médicaux par la direction du SMR.</p> <p>Le SMQ interne vise par ailleurs à optimiser le choix des instruments d'examen, pour tenir notamment compte de la jurisprudence cantonale.¹² Dans le cadre de ce système, le SMR élabore des critères permettant d'évaluer la qualité des expertises externes. Il a déjà introduit une « gestion des expertises » dans le but d'en optimiser la qualité. Il élabore actuellement un système de sélection des méthodes d'examen pour savoir lesquelles sont le plus appropriées sous l'angle médical et économique.</p>
Autonomie du SMR	Nous estimons que l'autonomie du SMR est grande. Son médecin-chef est compétent pour établir le budget et engage en toute indépendance le personnel médical et administratif. La direction administrative et financière, ainsi que la gestion du personnel, lui incombent.

Dans l'ensemble, les rapports entre le SMR et l'OAI sont relativement bons. Les processus internes et la communication interne sont en cours de réorganisation en raison des changements à la tête de l'OAI.

¹² Ceci du fait que les avis du SMR peuvent avoir plus de poids aux yeux du tribunal cantonal lorsqu'ils se fondent sur les examens de ses médecins ou sur des expertises externes ou du COMAI que lorsqu'il s'agit d'une décision prise sur dossier.

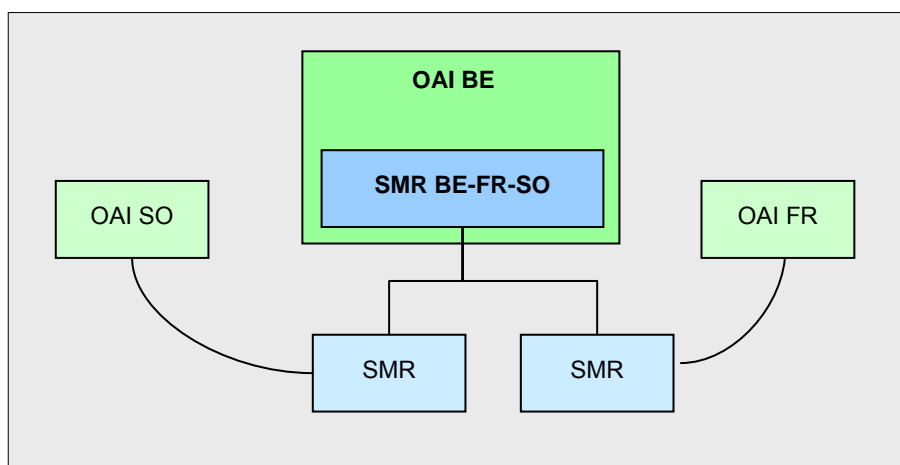
Tableau 9: Rapports entre le SMR Plateau et l'OAI AG

Rapports entre SMR et OAI	État 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>En raison des effectifs très insuffisants du SMR, les consignes de l'OFAS touchant l'attribution des dossiers à ce service n'ont pas toujours été respectées par le passé. Actuellement, cette attribution est cependant qualifiée d'adéquate. Une amélioration est encore possible pour ce qui est du moment de l'attribution, certains dossiers ayant été soumis au SMR à un stade trop avancé de la procédure. L'OAI ne dispose pas (encore) d'une directive interne qui précise quels cas doivent être transmis au SMR et à quel moment.</p> <p>La préparation des dossiers (tenue des dossiers) ainsi que la teneur et la formulation des mandats confiés au SMR ne sont pas encore optimales. Si le système informatique OSIV permet d'établir une chronique du cas, celle-ci reste néanmoins insuffisante. Les documents des dossiers sur papier ne sont souvent pas classés dans le bon ordre, de sorte que les documents nécessaires sont encore plus difficiles à trouver, ce qui a parfois occasionné des conflits entre le SMR et les collaborateurs spécialisés de l'OAI.</p> <p>Des questions plus précises doivent améliorer la formulation des mandats confiés au SMR. Des efforts dans cette direction sont actuellement consentis, avec l'élaboration d'un système interne de management de la qualité.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	<p>Si le SMR Plateau est intégré au processus de travail de l'OAI AG, il n'y a toutefois pas de moments déterminés où celui-ci fait intervenir le SMR. La gestion des cas est confiée aux collaborateurs spécialisés de l'OAI, qui se chargent du triage.</p> <p>La communication entre les collaborateurs spécialisés de l'OAI et le SMR comporte encore certaines lacunes. L'amélioration de la communication (qui devrait être personnelle plutôt qu'écrite) doit aboutir à une diminution du nombre des mandats qui sont inutilement confiés deux fois au SMR.</p>
Points de contact	<p>Pour améliorer la communication interne, des plates-formes internes (séances d'échange d'expériences) ont été créées et les points de contact avec le service d'orientation professionnelle et le service de placement redéfinis.</p> <p>L'OAI AG a appliqué de nouveaux instruments dans la perspective de la 5^e révision de l'AI. Dans le cadre du projet pilote « Réinsertion », des entretiens préliminaires ont été réalisés dans un tiers des cas environ. Ces entretiens réunissent non seulement un collaborateur spécialisé et un représentant du service de réadaptation professionnelle, mais aussi un représentant du SMR.</p>
Caractère conflictuel des rapports	<p>Hormis les problèmes de communication entre les collaborateurs spécialisés de l'OAI et le SMR, les rapports sont jugés peu conflictuels.</p>

Service médical régional Berne Fribourg Soleure (SMR BE-FR-SO)

Du point de vue organisationnel, le SMR BE-FR-SO est rattaché à l'office AI de Berne et dessert en sus les offices AI de Fribourg et de Soleure. A cet effet, il possède des équipes décentralisées à Fribourg et à Soleure (« SMR satellites »).

Fig. 7 : Organisation du SMR BE-FR-SO



La zone desservie par le SMR BE-FR-SO est hétérogène. Les divers systèmes informatiques et la collaboration entre deux régions linguistiques lui créent des difficultés supplémentaires.

Tableau 10 : Contexte du SMR BE-FR-SO

Contexte du SMR BE-FR-SO	Description
Durée de fonctionnement du SMR	Depuis le 1 ^{er} janvier 2005
Hétérogénéité de la zone desservie	Grande hétérogénéité (3 cantons, 2 régions linguistiques)
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Grande hétérogénéité (2 systèmes informatiques, OSIV pour les offices AI de Berne et de Soleure et GILAI pour l'office AI de Fribourg) C'est en particulier la collaboration avec l'office AI de Fribourg qui pose des problèmes logistiques, étant donné que cet office utilise un système informatique différent de celui de l'office AI de Berne. ¹³

Les effectifs du SMR BE-FR-SO sont fortement insuffisants et le contingent de postes n'est utilisé qu'à raison de la moitié environ. Cette insuffisance des effectifs n'est pas sans effet sur la façon de travailler du service, notamment sur le nombre d'examens qu'il pratique lui-même et sur le temps

¹³ Une grande partie des examens médicaux ont lieu à Berne, d'où la nécessité de transporter les dossiers de Fribourg à Berne. En raison de la diversité des systèmes informatiques, aucune transmission électronique n'est possible, de sorte que les dossiers de l'OAI Fribourg doivent être copiés, transportés à Berne en véhicule privé puis détruits après usage.

d'immobilisation des dossiers. Actuellement, ce temps est d'environ 30 jours en moyenne. En outre, le taux de fluctuation du personnel était élevé, ce qui nuisait à l'efficacité du SMR.

Tableau 11 : Organisation et façon de travailler du SMR BE-FR-SO

Organisation et façon de travailler du SMR	Etat 2006
Dotation en personnel du SMR	Le contingent de postes n'est utilisé qu'à raison de la moitié. Le SMR BE-FR-SO compte 42,5 postes permanents, dont la moitié environ (21,5) sont actuellement pourvus. De ce total, 2,7 postes sont à Soleure, 3,3 à Fribourg et 15,5 à Berne. Le SMR estime que le nombre de médecins spécialistes est insuffisant, en particulier en rhumatologie et en orthopédie.
Mandats exécutés par le SMR	En 2006, le SMR BE-FR-SO a traité en tout 20 599 mandats, dont 6910 ont été confiés par BE, 4724 par SO et 8965 par FR. ¹⁴
Examens médicaux	Le SMR BE-FR-SO a réalisé lui-même quelque 400 examens médicaux en tout, soit 1,9 % des mandats traités.
Expertises externes	Le SMR BE-FR-SO a donné environ 2500 mandats d'expertise externe (dont 450 expertises pluridisciplinaires), ce qui représente 12,1 % des mandats traités.
Expertises COMAI	En 2006, le SMR BE-FR-SO a confié au COMAI environ 575 expertises, soit 2,8 % des mandats traités. Le nombre de mandats confiés au COMAI a reculé en raison des longs délais d'attente.
Management de la qualité SMR	Le SMR BE-FR-SO ne possède pas encore de système de management de la qualité proprement dit. Toutefois, des aspects touchant à la qualité sont abordés lors des entretiens d'évaluation avec les collaborateurs, qui portent notamment sur la durée moyenne de traitement des dossiers et sur la qualité des avis médicaux.
Productivité	Le temps d'immobilisation moyen est d'environ 30 jours.
Autonomie du SMR	Le médecin-chef du SMR n'a pas d'autonomie budgétaire. Pour l'essentiel, c'est le directeur de l'office AI qui embauche le personnel (de concert avec le médecin-chef du SMR). Le SMR estime que son autonomie est grande dans l'ensemble. Vu de l'extérieur, on a cependant l'impression qu'il dépend étroitement de l'OAI BE, étant donné que le médecin-chef du SMR dispose uniquement de compétences restreintes en matière de direction administrative et financière et de gestion du personnel. De surcroît, les avis de la direction du SMR et de celle de l'OAI diffèrent quant à la productivité et à l'efficacité du SMR. ¹⁵

Les rapports entre l'OAI et le SMR ne sont pas encore optimaux. D'un côté, la tenue à double des dossiers rend les processus de travail inefficaces, de l'autre l'imprécision ou l'inopportunité des

¹⁴ Le nombre de mandats très élevés de FR et SO, par rapport à Berne, a deux causes. D'un côté, les modes de saisie ne sont pas homogènes dans les trois OAI, de l'autre, le nombre de mandats multiples est un peu plus élevé à SO et FR qu'à BE (facteur 1,3 à BE, facteur 2,5 à SO et facteur 2,6 à FR).

¹⁵ L'OAI exhorte le SMR à réfléchir davantage à l'optimisation des processus. Il souhaite que le SMR applique davantage des objectifs de résultats et de gestion.

mandats confiés¹⁶ au SMR engendre des désaccords entre celui-ci et les collaborateurs spécialisés de l'OAI.

Tableau 12 : Rapports entre le SMR BE-FR-SO et l'OAI BE

Rapports entre SMR et OAI	Etat 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>La tenue des dossiers¹⁷ en parallèle à l'OAI BE occasionne beaucoup de frais et de travail.</p> <p>Les points de contact entre le SMR et l'OAI ne sont pas clairement définis, d'où des problèmes de collaboration.</p> <p>Les processus internes doivent encore être améliorés, le potentiel d'optimisation étant particulièrement notable dans la formulation des mandats (questions) confiés aux SMR et dans l'attribution des cas au SMR. Certains mandats adressés au SMR sont formulés en termes très vagues ou concernent des aspects sur lesquels le SMR ne peut se prononcer (comme des questions d'ordre juridique).</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	<p>Aucune directive interne de l'OAI ne précise à quel moment et dans quels cas il faut faire intervenir le SMR. Il n'y a pas de représentation graphique des processus de travail. Compte tenu des objectifs de la 5^e révision (« la réadaptation prime la rente »), l'OAI tente d'associer le SMR suffisamment tôt à la démarche. L'entretien préliminaire constitue un nouvel instrument dans ce but.</p> <p>Des problèmes entravent la communication entre l'OAI et le SMR. A l'avenir, les demandes multiples soumises au SMR pour résoudre des doutes seront réduites par le fait que le collaborateur spécialisé de l'OAI doit prendre contact directement (c.-à-d. personnellement) lorsqu'il s'agit d'une deuxième demande.</p>
Points de contact	<p>Les avis du SMR portant sur la capacité de gain engendrent parfois des conflits avec les spécialistes du centre d'observation professionnelle, qui parviennent à d'autres conclusions lors de leurs visites sur place. Le projet pilote AMA a pour but d'améliorer la collaboration entre le SMR et le centre d'observation professionnelle.</p> <p>Il n'y a pas de points de contact clairement définis avec le service juridique. Celui-ci n'informe pas systématiquement le SMR du sort de ses avis médicaux devant les tribunaux.</p>
Caractère conflictuel des rapports	<p>Les avis du SMR ne lient pas l'OAI et sont simplement une recommandation qui sert de base de décision. Cette situation peut engendrer des conflits avec le SMR. L'OAI demande des précisions au SMR surtout lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur des maladies psychiques.</p>

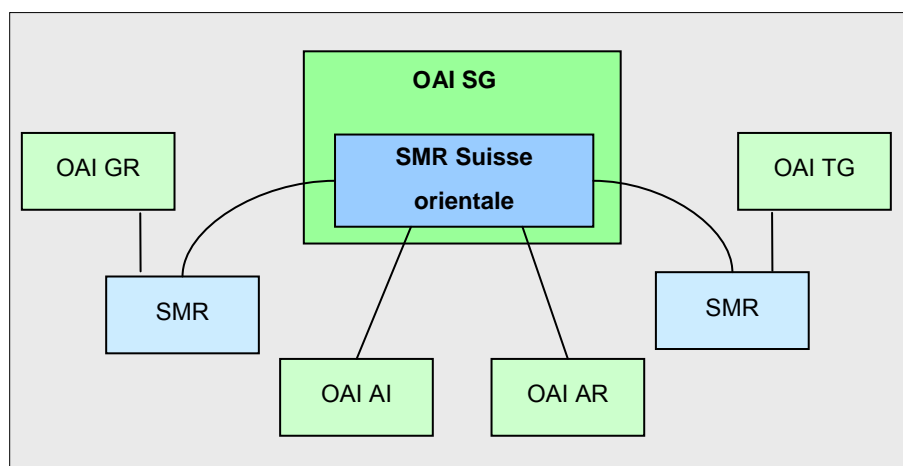
¹⁶ L'on entend par là des mandats sur lesquels le SMR n'est pas habilité à se prononcer (aspects juridiques, etc).

¹⁷ Les dossiers des assurés ouverts avant 1998 sont sur papier, les dossiers postérieurs sont électroniques. L'OAI discute encore du passage à la gestion électronique intégrale. Une autre critique du système informatique porte sur le fait qu'OSIV ne travaille pas selon le principe « premier arrivé, premier servi ». Il est donc d'autant plus difficile de garantir un traitement systématique des affaires en souffrance.

Le service médical régional Suisse orientale

Du point de vue administratif, le SMR Suisse orientale est rattaché à l'office AI de Saint-Gall. Outre ce canton, il dessert Appenzell Rhodes-Intérieures et Rhodes-Extérieures, la Thurgovie et les Grisons. Les cantons de Thurgovie et des Grisons sont desservis par une équipe décentralisée (SMR satellites). AI et AR sont desservis à partir de Saint-Gall. Cependant, tous les examens médicaux ont lieu à Saint-Gall.

Fig. 8 : Organisation du SMR Suisse orientale



La fourniture de services à cinq offices AI entraîne de gros frais logistiques, l'harmonisation des processus de travail étant particulièrement laborieuse (dynamique propre des processus). Les processus internes et les façons de travailler diffèrent beaucoup d'un office AI à l'autre. La commission de gestion¹⁸ s'efforce d'harmoniser ces processus.

Tableau 13 : Contexte du SMR Suisse orientale

Contexte du SMR Suisse orientale	Description
Durée de fonctionnement du SMR	Depuis le 1 ^{er} janvier 2002 (SMR pilote)
Hétérogénéité de la zone desservie	Grande hétérogénéité (cinq cantons)
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Hétérogénéité faible à moyenne (2 systèmes informatiques) Tous les OAI desservis par le SMR Suisse orientale utilisent ELAR, à l'exception de l'OAI AR, qui travaille sur OSIV. Les parties impliquées n'y voient pas de problèmes. Deux collaborateurs sont formés à l'utilisation tant d'ELAR que d'OSIV. La tenue des dossiers est entièrement électronique, sauf à AI et AR qui ont encore des dossiers sur papier.

¹⁸ La commission de gestion se compose des directeurs et directrices des OAI SG, GR, TG, AI et AR et du médecin-chef du SMR Suisse orientale.

Pour juger les dossiers, le SMR fait essentiellement appel à des expertises externes. Il justifie le bas nombre d'examens pratiqués en interne par le manque d'effectifs.

Tableau 14 : Organisation et façon de travailler du SMR Suisse orientale

Organisation et façon de travailler du SMR	Etat 2006
Dotation en personnel du SMR	Le SMR Suisse orientale dispose de 32 postes permanents, dont 80 % environ sont actuellement pourvus. Saint-Gall dispose de 17 postes à plein temps, les Grisons de 3 et la Thurgovie de 5. La dotation en personnel de Saint-Gall est jugée à peine suffisante, les effectifs sont insuffisants aux Grisons et la Thurgovie manque aussi de personnel.
Mandats exécutés par le SMR	Le SMR Suisse orientale a traité 23 947 mandats (dossiers), dont 12 372 pour SG, 5188 pour GR, 4975 pour TG, 1034 pour AR et 378 pour AI.
Examens médicaux	En 2006, le SMR Suisse orientale a pratiqué lui-même 270 examens médicaux, surtout dans les disciplines suivantes : rhumatologie/orthopédie, psychiatrie, médecine interne/pneumologie et médecine du travail. Cela représente 1,1 % des mandats traités par le SMR.
Expertises externes	Le SMR Suisse orientale a ordonné environ 1100 expertises externes, ce qui représente 4,5 % des mandats traités.
Expertises COMAI	Le SMR Suisse orientale a confié au COMAI 467 expertises, soit 1,9 % des mandats traités. Des expertises COMAI, 355 provenaient de SG, 72 de TG, 40 des GR et une poignée d'AI et d'AR. Par rapport à l'exercice antérieur, le nombre d'expertises confiées au COMAI a reculé en raison d'un gel provisoire des admissions.
Management de la qualité SMR	Le contrôle de la qualité des SMR comprend des contrôles par sondage de la qualité des avis médicaux et une comparaison avec les arrêts des tribunaux.
Productivité	Nous ne disposons pas de données sur le temps d'immobilisation des dossiers au SMR Suisse orientale. Ce temps varie fortement en fonction de la méthode de saisie.
Autonomie du SMR	La médecin-chef du SMR Suisse orientale dispose d'une grande liberté de décision. Elle dirige l'administration et gère le personnel du SMR. Elle embauche le personnel médical et en apprécie les prestations, adopte des décisions stratégiques et veille à la coordination des processus internes.

Les rapports entre le SMR et l'OAI ne sont pas encore optimaux. Des potentiels d'amélioration existent dans la communication interne, la préparation des dossiers et les mandats confiés au SMR.

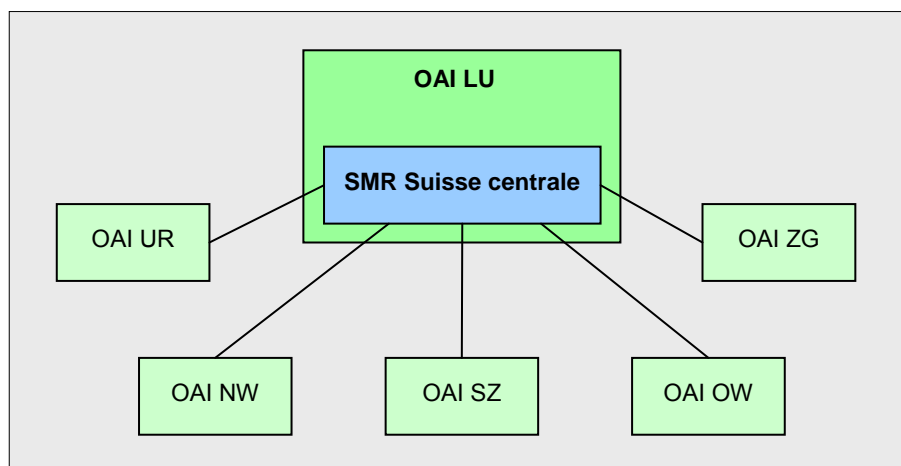
Tableau 15 : Rapports entre l'OAI SG et le SMR Suisse orientale

Rapports entre SMR et OAI	Etat 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>La pratique d'attribution n'est pas encore optimale. Etant donné que le SMR recevait trop de mandats inutiles et vagues, l'OAI a édicté une norme interne qui précise quels mandats doivent impérativement être soumis au SMR. Il s'agit de tous les cas de rente et de toutes les mesures de réadaptation professionnelle.</p> <p>Un potentiel d'amélioration a aussi été identifié dans la formulation des mandats confiés au SMR. La commission de gestion a tenu un atelier pour améliorer la formulation des questions posées au SMR. En particulier, il convient de réduire le nombre de questions très ouvertes (« hors contexte »).</p> <p>La préparation des dossiers est très variable : certains dossiers sont incomplets, c'est-à-dire qu'il manque des rapports ou des avis médicaux, ce qui génère un travail administratif accru au SMR. L'OAI travaille actuellement à l'optimisation de la synthèse des cas en précisant les aspects qui doivent y figurer.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	<p>La communication interne entre le SMR et l'OAI présente des lacunes. Ils n'ont pas suffisamment recours aux contacts directs pour dissiper les doutes. Deux préposés à la coordination des cas ont été engagés pour y remédier. En outre, un premier triage des cas est réalisé lors des entretiens préliminaires, de sorte à accélérer la procédure.</p>
Points de contact	<p>Le service juridique recherche l'échange avec le SMR dans le cadre d'un contrat de prestation de services. Lorsque les arrêts des tribunaux sont défavorables à l'OAI, le service juridique en informe le SMR et les collaborateurs spécialisés et recherche les raisons qui expliquent la divergence. Cette approche sert au management interne de la qualité.</p> <p>Le SMR collabore avec le service d'orientation professionnelle et le service de placement dans le cadre des entretiens préliminaires.</p>
Caractère conflictuel des rapports	<p>Dans l'ensemble, les rapports sont qualifiés de peu conflictuels.</p>

Service régional médical Suisse centrale

Du point de vue administratif, le SMR Suisse centrale est rattaché à l'office AI de Lucerne. Il dessert les offices AI de Lucerne, d'Obwald, de Nidwald, d'Uri, de Zoug et de Schwyz.

Fig. 9 : Organisation du SMR Suisse centrale



Un ou deux médecins du SMR sont responsables des cantons extérieurs. Tous les examens médicaux ont cependant lieu à Lucerne. La desserte de plusieurs cantons est considérée comme coûteuse sur le plan logistique, ce qui est encore aggravé par l'hétérogénéité des systèmes informatiques. Ainsi, l'office AI de Lucerne utilise OSIV, tandis que tous les autres offices de la zone de desserte du SMR Suisse centrale travaillent sur IGS (ELAR). Dans tous les offices AI, la gestion des dossiers est entièrement électronique.

Tableau 16 : Contexte du SMR Suisse centrale

Contexte du SMR Suisse centrale	Description
Durée de fonctionnement du SMR	Depuis le 1 ^{er} janvier 2005
Hétérogénéité de la zone desservie	Grande hétérogénéité (6 cantons)
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Grande hétérogénéité (2 systèmes informatiques) Lucerne utilise OSIV, les autres cantons IGS (ELAR)

L'OAI LU accorde la priorité à la réadaptation professionnelle, de sorte que le SMR utilise essentiellement l'instrument de l'entretien (avec le patient) pour accélérer la procédure et adopter suffisamment tôt les mesures de réadaptation professionnelle.

Tableau 17 : Organisation et façon de travailler du SMR Suisse centrale

Organisation et façon de travailler du SMR	Etat 2006
Dotation en personnel du SMR	Le SMR Suisse centrale dispose de 20,5 postes permanents, tous pourvus au 1 ^{er} avril 2007. L'utilisation du contingent de postes est ainsi élevée.
Mandats exécutés par le SMR	En 2006, le SMR Suisse centrale a traité environ 18 000 dossiers.
Examens médicaux	Le SMR Suisse centrale a réalisé lui-même environ 200 examens médicaux et 650 entretiens de triage et entretiens personnels (avec les patients), soit 1,1 % (4,7 %) ¹⁹ des mandats traités. En raison d'un changement dans les effectifs (équipe bien rodée de psychiatres et de rhumatologues), le SMR a réalisé lui-même moins d'examens médicaux spécialisés que l'année précédente.
Expertises externes	Le SMR Suisse centrale a ordonné environ 300 expertises externes, ce qui représente 1,6 % des mandats traités.
Expertises COMAI	Le SMR Suisse centrale a confié au COMAI 72 expertises, soit 0,4 % des mandats traités. Le faible nombre d'expertises confiées au COMAI s'explique par les longs délais d'attente (de 1,5 à 2 ans). A certains moments, le COMAI Lucerne a décrété un gel des admissions.
Management de la qualité SMR	Un SMQ complet en est encore à ses débuts. L'entretien d'évaluation des collaborateurs porte sur des aspects qualitatifs, comme l'intelligibilité des avis médicaux, et sur des aspects quantitatifs, comme le nombre de dossiers traités, d'examens, d'entretiens, etc.
Productivité	L'engagement de nouveaux collaborateurs a permis de réduire les cas en souffrance, de sorte que le temps moyen d'immobilisation avoisine actuellement 14 jours (Lucerne seulement). La saisie des temps d'immobilisation des autres cantons desservis par le SMR est très variable. Comme les systèmes informatiques utilisés sont différents, il n'y a pas de saisie centralisée de ces temps.
Autonomie du SMR	Les personnes interrogées qualifient d'éllevée l'autonomie du SMR. Toutefois, la médecin-chef du SMR ne dispose pas de beaucoup de compétences en matière de direction financière et administrative et de gestion du personnel. Pour l'essentiel, c'est le directeur de l'office AI qui embauche le personnel (de concert avec la direction du SMR).

Dans l'ensemble, le SMR Suisse centrale est bien intégré dans l'OAI LU. Cet office accorde beaucoup d'importance à la réadaptation professionnelle et à l'interdisciplinarité, et la collaboration avec le SMR est axée sur ces priorités.

¹⁹ Y compris les entretiens individuels/consultations avec les patients.

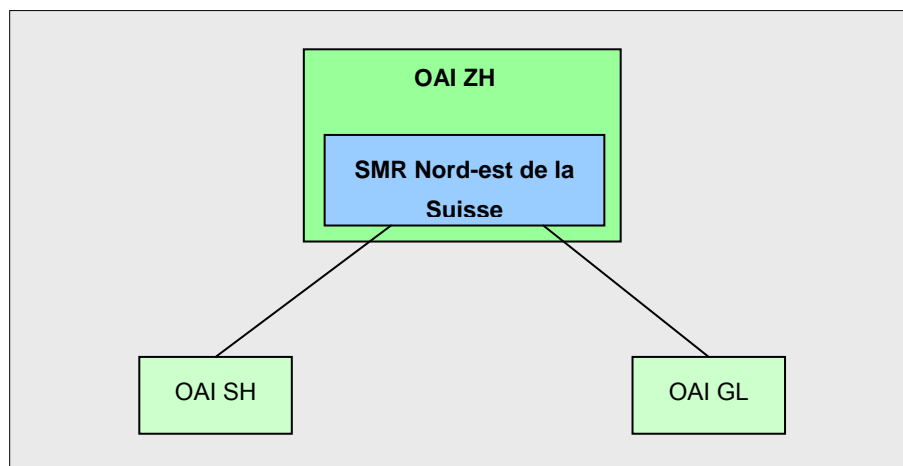
Tableau 18 : Rapports entre le SMR Suisse centrale et l'OAI LU

Rapports entre SMR et OAI	État 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>La qualité de la préparation des dossiers et de la formulation des mandats confiés au SMR est jugée bonne dans l'ensemble. Des améliorations sont encore nécessaires dans la synthèse du cas.</p> <p>La pratique d'attribution est jugée appropriée.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	<p>Le SMR est bien intégré dans les processus de l'OAI Lucerne. S'il y a encore des doublons, l'OAI Lucerne consent actuellement des efforts afin d'optimiser les procédures et éviter ces doublons.</p> <p>Lucerne accorde beaucoup d'importance à la réadaptation professionnelle et à l'interdisciplinarité et les processus de travail de l'OAI sont axés sur ces priorités.</p> <p>Toute nouvelle demande donne généralement lieu à un entretien préliminaire interdisciplinaire auquel assistent les collaborateurs spécialisés, les services de réadaptation professionnelle et de placement et le SMR. Ces entretiens de triage ont pour objectif primaire d'accélérer la procédure.</p> <p>Lorsque des divergences d'opinion apparaissent quant à l'appréciation des faits, un nouvel entretien interdisciplinaire a lieu avant la clôture du dossier. Des entretiens urgents peuvent avoir lieu, si besoin est, entre ces deux entretiens.</p>
Points de contact	<p>Le SMR collabore étroitement avec le service de réadaptation professionnelle et le service de placement. Il s'agit là des principaux points de contact entre l'OAI et le SMR.</p> <p>Le SMR se concerta aussi avec le service juridique.</p>
Caractère conflictuel des rapports	Les rapports ne sont guère conflictuels.

Service médical régional Nord-est de la Suisse

Rattaché administrativement à l'office AI de Zurich, le SMR Nord-est de la Suisse dessert aussi les cantons de Glaris et de Schaffhouse. Une ou deux fois par semaine, un collaborateur se rend à SH et à GL pour fournir des services sur place. Néanmoins, tous les examens médicaux sont pratiqués à Zurich.

Fig. 10: Organisation du SMR Nord-est de la Suisse



La zone desservie par le SMR Nord-est de la Suisse est d'une hétérogénéité moyenne. S'il dessert, outre Zurich, deux autres cantons, ceux-ci présentent toutefois une moindre importance à l'aune du nombre de dossiers à traiter.

Tableau 19 : Contexte du SMR Nord-est de la Suisse

Contexte du SMR Nord-est de la Suisse	Description
Durée de fonctionnement du SMR	Depuis le 1 ^{er} janvier 2005
Hétérogénéité de la zone desservie	Hétérogénéité moyenne (3 cantons)
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Faible hétérogénéité (1 système informatique) Tant l'office AI de Zurich que ceux de Schaffhouse et de Glaris utilisent le système informatique IGS (ELAR). La tenue des dossiers est entièrement électronique.

Les effectifs du SMR Nord-est de la Suisse sont plafonnés à 35,5 postes. Des 28 postes permanents (médecins seulement, sans personnel administratif), 19,5 sont actuellement pourvus. Ce manque d'effectifs a des effets sur les temps d'immobilisation des dossiers et sur le nombre d'examen pratiqués en interne. Pour rédiger ses avis, le SMR Nord-est de la Suisse se fonde de ce fait pour une grande partie sur des expertises externes et sur des expertises du COMAI, ne pratiquant pour ainsi dire pas d'examen lui-même.

Tableau 20 : Organisation et façon de travailler du SMR Nord-est de la Suisse

Organisation et façon de travailler du SMR	État 2006
Dotation en personnel du SMR	Les effectifs du SMR Nord-est de la Suisse sont plafonnés à 35,5 postes. Des 28 postes permanents (médecins seulement), 19,5 sont actuellement pourvus. Les diverses disciplines médicales ne sont pas encore suffisamment représentées.
Mandats exécutés par le SMR	Le SMR Nord-est de la Suisse a traité 23 881 mandats.
Examens médicaux	En raison du manque de personnel, le SMR Nord-est de la Suisse a pratiqué seulement 12 examens médicaux, soit 0,05 % des mandats traités.
Expertises externes	Le SMR Nord-est de la Suisse a ordonné 1699 expertises externes, ce qui représente 7,1 % des mandats traités.
Expertises COMAI	Le SMR Nord-est de la Suisse a confié au COMAI 687 expertises, soit 2,9 % des mandats traités.
Management de la qualité SMR	La qualité de la formulation des mandats confiés par l'office AI ZH au SMR et celle des avis médicaux du SMR est régulièrement contrôlée en interne. L'OAI ZH utilise le SMQ scorecard, qui permet notamment de saisir le nombre de dossiers traités par le SMR et la durée moyenne de traitement. Des contrôles par sondage des inputs et des outputs sont réalisés au SMR. Les critères de qualité suivants s'appliquent à l'output du SMR : caractère probant de l'avis médical, caractère complet, indication de l'atteinte à la santé et de ses conséquences sur la capacité de travail et, éventuellement, sur une activité adaptée, mention de traitements répondant à l'obligation de réduire le dommage.
Productivité	Le temps moyen d'immobilisation des dossiers est de 85 jours (enregistré uniquement à partir du 1 ^{er} juin 2006).
Autonomie du SMR	Le SMR prend ses décisions d'ordre médical de façon autonome. Il est en revanche dépendant en matière administrative (personnel, p.ex.). L'influence de l'OAI ZH se fait beaucoup sentir dans la direction administrative du SMR. Toute décision relative au personnel doit être prise de concert avec la direction de l'office AI, qui dispose d'un droit de veto.

En matière d'organisation des processus, le SMR Nord-est de la Suisse est entièrement intégré dans l'organisation de l'office AI. Ce degré élevé d'intégration a toutefois pour corollaire une autonomie restreinte du SMR, ce qui a engendré des conflits entre l'office AI et le SMR.

Tableau 21 : Rapports entre le SMR Nord-est de la Suisse et l'office AI ZH

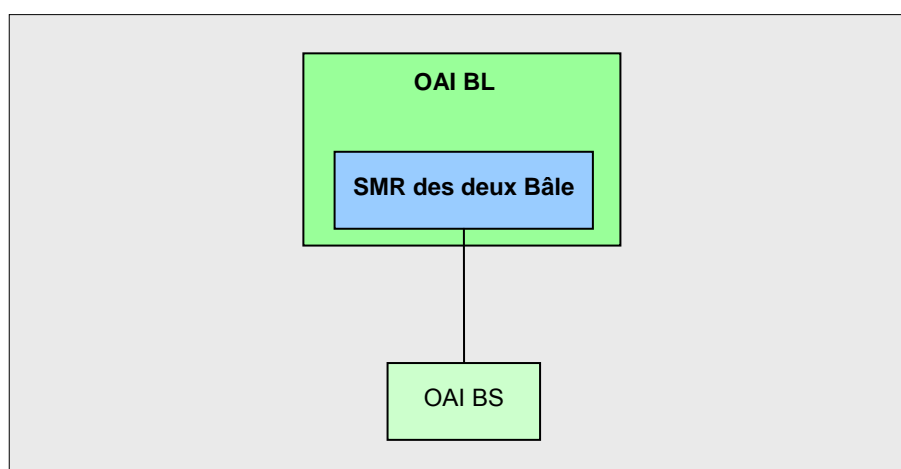
Rapports entre SMR et OAI	Etat 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>La qualité de la formulation des mandats confiés au SMR par l'OAI est jugée relativement bonne dans son ensemble. Certaines questions qui lui sont posées sont néanmoins encore vagues.</p> <p>Lorsque le mandat est confus ou en cas d'incertitude d'un autre genre, le SMR demande des précisions aux collaborateurs spécialisés de l'OAI.</p> <p>L'un dans l'autre, la préparation des dossiers est considérée comme satisfaisante.</p> <p>Toutes les données importantes sont consignées sur un procès-verbal qui sert également de synthèse chronologique interne du cas. Le système d'archivage électronique fonctionne bien en règle générale.</p> <p>La pratique d'attribution des dossiers est régie par une directive interne. Toutes les demandes de rentes et de mesures d'ordre professionnel sont soumises à l'avis du SMR.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	<p>Ce sont les collaborateurs spécialisés qui déterminent le déroulement de l'instruction du dossier et, par conséquent, le recours au SMR. Actuellement, l'intégration du SMR dans les processus de l'OAI est bien avancée.</p> <p>L'OAI de Zurich est en train de mettre sur pied une équipe interdisciplinaire d'« aiguillage », qui intervient avant la procédure proprement dite et qui veille à ce que les dossiers soient aiguillés suffisamment tôt vers le service compétent (SMR, orientation professionnelle/placement ou collaborateurs spécialisés), de sorte à réduire la durée de traitement.</p>
Points de contact	<p>Les contacts avec le service juridique et le centre d'observation professionnelle se font pour l'essentiel par le truchement des collaborateurs spécialisés.</p> <p>Le service juridique ne rend pas systématiquement compte au SMR de la jurisprudence.</p>
Caractère conflictuel des rapports	<p>Toujours sans solution, la question de l'autonomie du SMR a engendré des conflits entre l'OAI et le SMR pour ce qui est de l'organisation interne et de l'embauche du personnel.</p>

Service médical régional des deux Bâle

Rattaché à l'office AI de Bâle-Campagne, le SMR des deux Bâle est dirigé par une commission de gestion composée des directeurs des deux offices AI et du médecin-chef du SMR. Du point de vue hiérarchique, le médecin-chef du SMR dépend du directeur de l'office AI de Bâle-Campagne, qui l'évalue et possède la compétence budgétaire. C'est la commission de gestion qui embauche le personnel. Le médecin-chef du SMR occupe une position à part.

Par manque de place, le SMR ne se trouve pas dans les locaux de l'office AI de Bâle-Campagne à Binningen, mais à Bottmingen.

Fig. 11 : Organisation du SMR des deux Bâle



Les deux offices AI utilisent OSIV, mais leurs systèmes informatiques ne sont pas en réseau. La tenue des dossiers est entièrement électronique à Bâle-Ville, tandis que Bâle-Campagne a recours à des dossiers temporaires sur papier.

Tableau 22: Contexte du SMR des deux Bâle

Contexte du SMR des deux Bâle	Description
Durée de fonctionnement du SMR	Depuis le 1 ^{er} janvier 2005
Hétérogénéité de la zone desservie	Hétérogénéité moyenne (2 cantons)
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Hétérogénéité faible (1 système informatique) Tenue des dossiers entièrement électronique à BS ; BL a recours à des dossiers temporaires sur papier. Les deux offices AI utilisent OSIV.

La différence de philosophie et de style de direction des deux OAI desservis par le SMR ne semble pas nuire à la fonctionnalité ni à la productivité du SMR, pas plus, manifestement, que le fait que les deux offices AI utilisent des caractéristiques différentes d'OSIV ou que les médecins du SMR qui instruisent des dossiers des deux OAI doivent travailler sur des ordinateurs différents pour être conformes aux prescriptions de la protection des données.

Tableau 23 : Organisation et façon de travailler du SMR des deux Bâle

Organisation et façon de travailler du SMR	Etat 2006
Dotation en personnel du SMR	Le SMR dispose de 15,5 postes permanents, dont 12 postes de médecins. Actuellement, le contingent de médecins est utilisé à 88 % environ. Les deux offices AI estiment que la dotation en personnel est insuffisante, car il est actuellement impossible de pratiquer davantage d'examens médicaux, ce qui est pourtant souhaitable.
Mandats exécutés par le SMR	Le SMR des deux Bâle a traité 12 984 mandats.
Examens médicaux	Le SMR a pratiqué lui-même 392 examens médicaux, soit 3 % des mandats traités.
Expertises externes	Pas de données
Expertises COMAI	Pas de données
Management de la qualité SMR	L'OAI BL applique un système de qualité et de controlling intégral. Les statistiques sont analysées chaque mois en fonction des objectifs du directeur de l'OAI. Les critères de qualité applicables aux avis du SMR comprennent notamment la plausibilité et le caractère probant. L'OAI demande des précisions au médecin responsable via le médecin-chef du SMR lorsque l'exécution d'un mandat est insatisfaisante.
Productivité	Le temps d'immobilisation des dossiers est d'environ 3 semaines. Les examens médicaux pratiqués en interne allongent ce temps. La consigne officielle est d'accorder la priorité aux dossiers les plus anciens. En janvier 2007, 99 % des mandats ont été exécutés dans les 30 jours. Ce délai s'allonge considérablement pour les examens médicaux : 33 % des examens ont été pratiqués dans les 60 jours, 55 % dans les 90 jours.
Autonomie du SMR	Le SMR est dirigé par une commission de gestion composé des directeurs des deux offices AI et du médecin-chef du SMR, qui dépend du point de vue hiérarchique du directeur de l'OAI de Bâle-Campagne. Bien que l'autonomie du SMR soit réduite, la collaboration avec les deux offices AI est bonne.

Considéré dans son ensemble, le SMR des deux Bâle fonctionne sans accroc, même si le contexte n'est pas des plus simples. Etant donné que l'office AI dont il dépend directement lui applique des principes de gestion d'entreprise et le dirige sur la base d'objectifs, le SMR œuvre à l'optimisation de ses processus internes. Signalons en outre que les deux offices AI ont déjà associé le SMR aux travaux préparatoires en vue de la 5^e révision de l'AI.

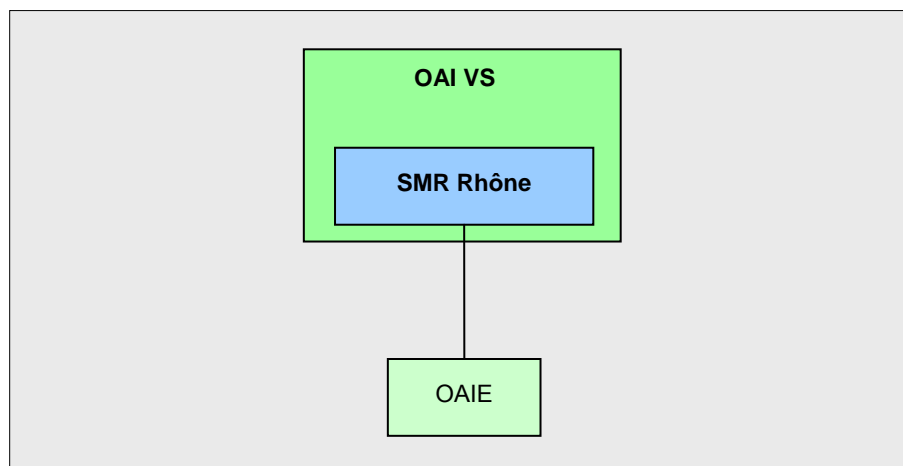
Tableau 24 : Rapports entre le SMR des deux Bâle et l'OAI BL

Rapports entre SMR et OAI	État 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>Dans l'ensemble, la tenue des dossiers est considérée comme bonne. Toutefois, elle varie d'un collaborateur spécialisé de l'OAI à l'autre. La tenue des dossiers est chronologique, mais il n'y a pas de procès-verbal du déroulement.</p> <p>La formulation des mandats confiés au SMR est en règle générale appropriée. Toutefois, elle varie d'un collaborateur spécialisé à l'autre. Cette formulation n'est régie par aucune règle claire, mais elle doit être spécifique.</p> <p>L'attribution des dossiers est régie par la circulaire de l'OFAS (modèle de référence). Tous les dossiers de demande de rente AI passent par le SMR. Le modèle de référence ayant été abrogé, il y a désormais lieu d'examiner à nouveau quels sont les dossiers qui doivent obligatoirement être soumis au SMR.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	Les collaborateurs spécialisés s'occupent du triage et associent le SMR à la démarche lorsqu'il s'agit d'établir l'état de fait médical.
Points de contact	<p>Le SMR participe régulièrement à des séances avec le service juridique ou avec des juristes chargés de la gestion des cas.</p> <p>Les arrêts importants des tribunaux sont portés à la connaissance du SMR. Des analyses de cas ont lieu une fois par mois.</p> <p>La collaboration avec le service d'orientation professionnelle peut être améliorée, surtout pour la détection précoce des cas.</p>
Caractère conflictuel des rapports	Pas de conflits entre le SMR et l'OAI.

Service médical régional Rhône

Du point de vue administratif, le SMR Rhône est rattaché à l'office AI VS et dessert le canton du Valais. La création du SMR Rhône a donné lieu à une vive polémique politique. Afin de réunir le nombre de cas exigé par l'OFAS, le SMR Rhône a aussi la mission de traiter certains mandats de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE).

Fig. 12 : Organisation du SMR Rhône



L'OAI VS et l'OAIE utilisent des systèmes informatiques différents qui, pendant longtemps, n'étaient pas en réseau. Cette situation occasionnait des problèmes considérables au SMR, car le transfert des dossiers était laborieux : les dossiers de l'OAIE devaient être enregistrés sur DVD et envoyés au SMR par courrier postal. Dans l'ensemble, le traitement des dossiers de l'OAIE requiert passablement plus de temps que le traitement des dossiers de l'OAI VS. Depuis cette année, le SMR Rhône a directement accès aux données du système informatique de l'OAIE.

Tableau 25 : Contexte du SMR Rhône

Contexte du SMR Rhône	Description
Durée de fonctionnement du SMR	Depuis le 1 ^{er} janvier 2005
Hétérogénéité de la zone desservie	Hétérogénéité moyenne (2 offices AI)
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Grande hétérogénéité (2 systèmes informatiques) L'OAI VS et l'OAIE utilisent des systèmes informatiques différents. Depuis le début de 2007, le SMR Rhône a un accès direct aux données de l'OAIE.

Le SMR Rhône a la particularité de réaliser de nombreux examens médicaux en interne. Ainsi, un mandat sur dix a donné lieu à un examen médical pratiqué en interne.

Tableau 26 : Organisation et façon de travailler du SMR Rhône

Organisation et façon de travailler du SMR	État 2006
Dotation en personnel du SMR	Le SMR Rhône utilise entièrement son contingent : les 15 postes à plein temps qui lui sont attribués sont en effet pourvus.
Mandats exécutés par le SMR	Le SMR Rhône a traité 9709 mandats, dont 5587 pour l'office AI VS et 4122 pour l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.
Examens médicaux	Le SMR Rhône a réalisé lui-même 598 examens médicaux, soit 6,2 % des mandats traités. Le SMR Rhône accorde beaucoup d'importance aux examens médicaux réalisés en interne, les expertises externes présentant souvent des lacunes en matière de médecine des assurances.
Expertises externes	Le SMR Rhône a ordonné environ 150 expertises externes, ce qui représente 1,5 % des mandats traités.
Expertises COMAI	Le SMR Rhône a confié au COMAI 63 expertises, soit 0,6 % des mandats traités. Pour les expertises faites par le COMAI, la tendance est à la baisse.
Management de la qualité SMR	Il n'y a pas de management de la qualité à proprement parler. Toutefois, les formulaires sur lesquels le SMR rend ses avis ont été élaborés de sorte que l'on identifie rapidement une argumentation insuffisante du SMR.
Productivité	Le temps d'immobilisation d'un dossier est d'environ un mois pour les dossiers de l'OAIE (pas d'examens médicaux, mais tenue des dossiers plus complexe). Pour l'OAI VS, il est de 3 à 4 semaines sans examens médicaux et d'environ 3 mois lorsque le SMR pratique lui-même des examens médicaux. Toutes les personnes concernées estiment que la productivité est élevée.
Autonomie du SMR	L'autonomie du SMR est considérée élevée en matière médicale, mais moyenne en matière administrative. L'engagement des collaborateurs relève de la compétence du directeur de l'OAI, qui associe le médecin-chef du SMR à la décision d'engagement. Le médecin-chef du SMR accomplit des tâches de direction et d'administration. Il attribue les dossiers aux médecins du SMR suivant plusieurs critères (connaissances linguistiques, exigences médicales, notamment). En outre, il a fixé un contingent de dossiers à traiter pour chaque médecin, en fonction de leur degré d'occupation et de leur spécialisation. Il existe aussi des valeurs de consigne pour le nombre d'examens médicaux à réaliser et pour la durée de traitement des dossiers.

La collaboration avec l'OAI VS repose sur des normes claires et elle est bien rodée. La collaboration avec l'OAIE demande plus de temps, étant donné que les systèmes informatiques ne sont pas en réseau et que la tenue des dossiers est différente.

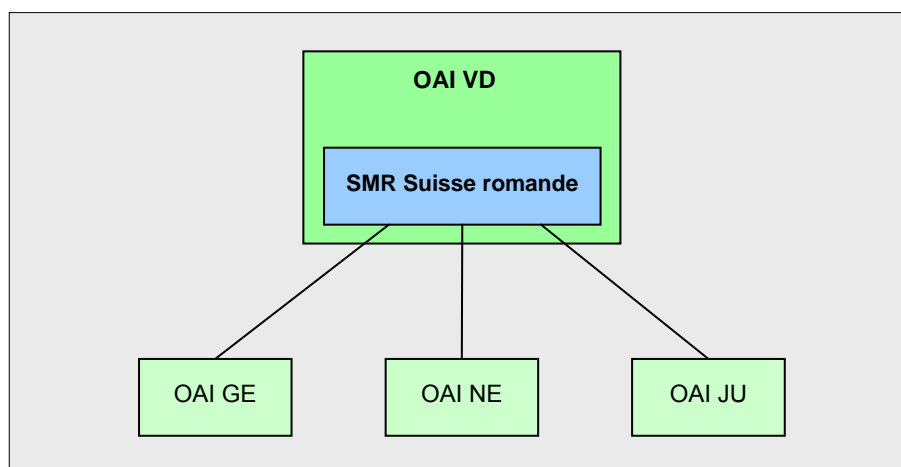
Tableau 27 : Rapports entre le SMR Rhône et l'OAI VS

Rapports entre SMR et OAI	Etat 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>La pratique d'attribution interne de l'OAI VS prévoit que toutes les demandes de rentes et de mesures de réadaptation, ainsi que les demandes de révision de rentes lorsque les faits ont évolué, doivent être soumises au SMR.</p> <p>La qualité de la formulation des mandats confiés par l'OAI au SMR est jugée bonne.</p> <p>S'il n'y a pas de documentation du déroulement ou de préparation des dossiers à proprement parler, il est toutefois possible de trier les documents électroniquement en fonction de la date et de certaines catégories. En outre, les collaborateurs spécialisés consignent les principales caractéristiques d'une personne assurée (formation, situation professionnelle, etc.) sur un procès-verbal. Pour l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, la gestion des dossiers est nettement plus laborieuse (elle requiert environ 2,5 fois plus de temps). Il n'y a pas de documentation du déroulement et il n'est pas possible de donner une structure chronologique aux dossiers.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	<p>En collaboration avec le SMR, l'office AI VS a normalisé plusieurs processus de travail et créé des formulaires ad hoc. Cette initiative garantit d'un côté l'implication du SMR dans le travail de l'OAI et sert de l'autre au management interne de la qualité.</p> <p>La communication entre les différentes parties prenantes peut être améliorée (SMR, collaborateurs spécialisés, service juridique, service d'orientation professionnelle/placement).</p> <p>L'OAI a créé la figure de l'interlocuteur SMR pour régler rapidement les questions urgentes ou de moindre importance (factures, etc.).</p>
Points de contact	<p>Le SMR suit la jurisprudence. En règle générale, les examens pratiqués par le SMR résistent à l'examen du tribunal.</p> <p>Des séances réunissent régulièrement le SMR et l'OAI pour discuter des opinions et promouvoir l'échange entre les deux organismes.</p>
Caractère conflictuel des rapports	<p>Les rapports entre le SMR et l'OAI sont jugés peu à moyennement conflictuels. Des problèmes informatiques et les différences de « culture » des collaborateurs entraînent parfois des conflits internes.</p>

Service médical régional Suisse romande

Le SMR Suisse romande est rattaché à l'office AI VD et dessert les offices AI des cantons du Jura, de Neuchâtel, de Genève et de Vaud. Son organisation interne vient d'être revue. Désormais, les médecins qui traitent les dossiers (omnipraticiens) sont divisés en quatre groupes cantonaux (VD, GE, JU, NE) dirigés chacun par un chef de groupe qui attribue les dossiers. Des spécialistes de diverses disciplines pratiquent les examens médicaux internes. Le SMR fournit toutes ses prestations à son siège de Vevey, mais a des interlocuteurs dans les offices AI NE, JU et GE.

Fig. 13 : Organisation et structure du SMR Suisse romande



La desserte de plusieurs offices AI occasionne des surcoûts logistiques, étant donné que la structure et la préparation des dossiers est hétérogène.

Tableau 28 : Contexte du SMR Suisse romande

Contexte du SMR Suisse romande	Description
Durée de fonctionnement du SMR	1 ^{er} janvier 2002 (SMR pilote)
Hétérogénéité de la zone desservie	Grande hétérogénéité (4 cantons) La desserte de plusieurs cantons n'est pas optimale. La nouvelle organisation interne, regroupant les médecins par OAI, vise à améliorer l'efficacité du traitement des dossiers.
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Faible hétérogénéité (1 système informatique) Bien que tous les OAI utilisent le même système informatique, des surcoûts sont occasionnés par les différences cantonales dans la structure et la préparation des dossiers.

Comme le SMR Rhône, le SMR Suisse romande pratique beaucoup d'examen médicaux en interne.

Tableau 29 : Organisation et façon de travailler du SMR Suisse romande

Organisation et façon de travailler du SMR	Etat 2006
Dotation en personnel du SMR	Des 40,7 postes permanents du SMR Suisse romande, 37,5 sont pourvus, de sorte que le contingent des postes est utilisé à plus de 90 %. La dotation en personnel et le nombre de spécialistes sont estimés suffisants.
Mandats exécutés par le SMR	En 2006, le SMR a traité en tout quelque 25 000 dossiers, 14 postes à plein temps étant affectés au traitement des dossiers. Les autres médecins pratiquent uniquement des examens médicaux.
Examens médicaux	Le SMR a pratiqué lui-même 2690 examens médicaux, soit 10,8 % des mandats traités.
Expertises externes	Le SMR Suisse romande a ordonné 927 expertises externes, ce qui représente 3,5 % des mandats traités.
Expertises COMAI	Le SMR Suisse romande a confié au COMAI 596 expertises, soit 2,4 % des mandats traités.
Management de la qualité SMR	Il n'y a pas de système de management de la qualité.
Productivité	La durée de traitement moyenne d'un dossier est de 136 jours (période d'évaluation de janvier à mars 2007), ce qui est jugé excessif. L'estimation subjective de la productivité du SMR varie fortement entre les OAI et le SMR. Si celui-ci juge sa productivité élevée, les OAI interrogés se contentent de l'estimer faible à moyenne.
Autonomie du SMR	Si l'autonomie du SMR est grande dans le domaine médical, elle est en revanche limitée dans le domaine administratif.

Les rapports entre le SMR et l'OAI VD sont conflictuels, surtout parce que la question de l'autonomie du SMR n'est pas résolue. Les aspects conflictuels concernent en premier lieu l'organisation interne du SMR.

Tableau 30 : Rapports entre le SMR Suisse romande et l'OAI VD

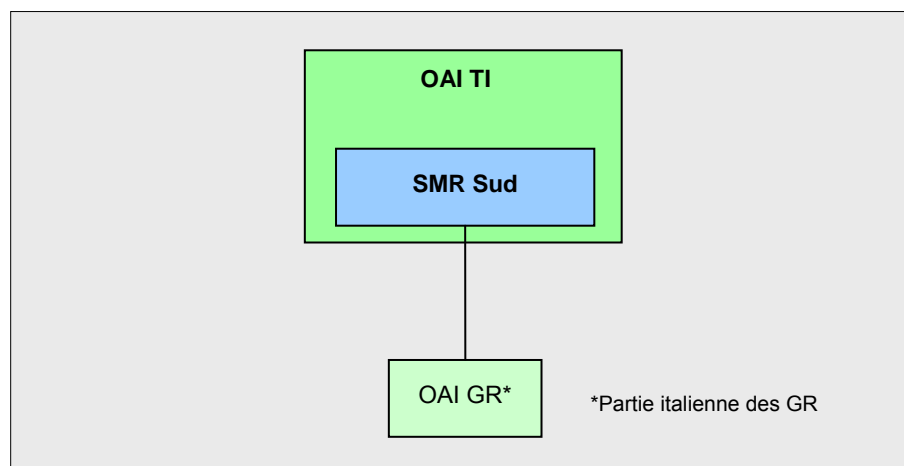
Rapports entre SMR et OAI	État 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>Aucune directive claire ne régit la pratique d'attribution. En principe, le SMR est associé à l'instruction pour toutes les demandes de rentes. En la matière, certains OAI suivent les consignes de l'OFAS, certains confient aussi au SMR d'autres dossiers.</p> <p>Si elle est dans l'ensemble satisfaisante, la préparation des dossiers varie toutefois d'un OAI à l'autre. Le système informatique permet de trier les documents de chaque dossier par ordre chronologique ou par type de document.</p> <p>La qualité de la formulation des mandats varie d'un OAI à l'autre. La plupart d'entre eux dressent une synthèse des cas, alors que le SMR doit gérer lui-même les dossiers dans d'autres cas. Des efforts sont actuellement consentis pour harmoniser la formulation des mandats confiés par les quatre OAI.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	<p>Chaque OAI dispose d'un interlocuteur au SMR pour répondre aux questions ponctuelles. Cet interlocuteur est à la disposition de l'office pendant toute la durée de l'examen de la demande. Les rapports entre l'OAI et le SMR entraînent une perte d'énergie, en raison de l'organisation interne du SMR qui n'est pas encore parfaite.²⁰</p> <p>Dans le canton de VD, le SMR collabore étroitement avec l'office AI au sein de la Commission d'évaluation préalable (CEP).</p> <p>L'on attend notamment de l'introduction des groupes cantonaux de médecins une accélération des procédures avec les OAI JU, NE et GE.</p>
Points de contact	<p>La Commission d'évaluation préalable (CEP) se compose de représentants des collaborateurs spécialisés, du service juridique et du SMR. Elle est convoquée pour les dossiers particulièrement urgents ou dont les faits sont clairs (procédure abrégée). Le but de cet organe est d'accélérer la procédure.</p>
Caractère conflictuel des rapports	<p>Dans l'ensemble, l'on considère que les rapports entre SMR et office AI sont très conflictuels. Les points de discorde portent en particulier sur l'organisation interne et l'autonomie du SMR et sur les aspects économiques de la façon de travailler du SMR (efficience).</p>

²⁰ Il a été constaté que de nombreux dossiers restaient de longues semaines au SMR sans être attribués à un médecin, ce qui occasionnait de gros retards. La nouvelle fonction de chef de groupe a augmenté l'efficience de l'attribution des dossiers.

Service médical régional Sud

Le SMR Sud est rattaché à l'office AI du Tessin. Il fournit des prestations médicales à l'office AI du Tessin et aussi, dans une moindre mesure, à l'office AI des Grisons.

Fig. 14 : Organisation et structure du SMR Sud



A l'office AI TI, la gestion de dossiers se fait en parallèle, la plupart des dossiers des assurés étant tenus sur papier. Le passage à la gestion entièrement électronique est toutefois en cours.

Tableau 31 : Contexte du SMR Sud

Contexte du SMR Sud	Description
Durée de fonctionnement du SMR	1 ^{er} janvier 2002 (SMR pilote)
Hétérogénéité de la zone desservie	Faible hétérogénéité (2 cantons) La partie italophone du canton des Grisons représente une très petite zone de desserte.
Hétérogénéité des systèmes informatiques	Hétérogénéité moyenne (2 systèmes informatiques) L'OAI TI utilise GILAI, l'OAI GR IGS. L'on n'y voit toutefois pas de problème.

Le SMR Sud fonde pour l'essentiel ses avis médicaux sur des expertises externes et ne pratique lui-même des examens médicaux que pour environ 1,5 % des mandats qui lui sont confiés.

Tableau 32 : Organisation et façon de travailler du SMR Sud

Organisation et façon de travailler du SMR	État 2006
Dotation en personnel du SMR	Le contingent de postes est actuellement utilisé à près de 90 % : 11,5 des 13 postes permanents sont pourvus.
Mandats exécutés par le SMR	Le SMR Sud a traité 7649 mandats.
Examens médicaux	Le SMR Sud a pratiqué lui-même 120 examens médicaux (surtout en rhumatologie et en psychiatrie), soit 1,5 % des mandats traités.
Expertises externes	Le SMR Sud a ordonné 797 expertises externes, ce qui représente 10,4 % des mandats traités.
Expertises COMAI	Le SMR Sud a confié au COMAI 486 expertises, soit 6,3 % des mandats traités.
Management de la qualité SMR	Il n'y a pas encore de système intégral de management de la qualité. L'OAI TI s'intéresse avant tout au temps d'immobilisation des dossiers au SMR ou aux quantités à traiter (nombre de dossiers par trimestre, par médecin SMR). Quant à lui, le SMR souhaite disposer de davantage de critères qualitatifs, comme le nombre de deuxièmes demandes inutiles.
Productivité	Le temps moyen d'immobilisation des dossiers au SMR est d'environ trois mois (48 jours ouvrables). Le jugement porté sur la productivité varie. Si le SMR estime qu'elle est bonne compte tenu des effectifs, l'OAI souhaite en revanche que les dossiers soient traités plus rapidement.
Autonomie du SMR	L'autonomie du SMR est grande en matière médicale, mais limitée en matière administrative. L'OAI TI engage les médecins du SMR (de concert avec celui-ci), en établit le budget et adopte une foule de décisions administratives.

Tant la préparation des dossiers que la pratique d'attribution appellent des améliorations. La question de l'autonomie, qui reste à régler, suscite des conflits internes en matière d'organisation interne et de recrutement du personnel.

Tableau 33 : Collaboration entre le SMR Sud et l'OAI TI

Rapports entre SMR et OAI	Etat 2006
Qualité des inputs donnés au SMR	<p>La qualité des dossiers confiés par l'OAI TI au SMR ne fait pas l'unanimité. Le jugement du SMR est en effet plus critique que celui de l'OAI. La qualité des dossiers varie en fonction des collaborateurs spécialisés, certains dossiers étant incomplets.</p> <p>La préparation des dossiers est chronologique, toutefois, elle n'opère pas de distinction suivant le type de documents.²¹ Etant donné que tous les dossiers ne sont pas sur support électronique, il peut en résulter une perte de temps pour le médecin du SMR qui traite les dossiers.</p> <p>Il existe deux formulaires standards utilisés pour confier les mandats au SMR. Les collaborateurs spécialisés ne synthétisent en règle générale pas les cas, ce qui entraîne une perte de temps pour les médecins du SMR et les contraint à demander à l'OAI des précisions ce qui, autrement, pourrait être évité.</p> <p>La pratique d'attribution est jugée adéquate. Un avis est demandé au SMR pour toutes les demandes de rentes.</p>
Implication du SMR dans les processus des OAI	Le SMR est en général associé au processus lorsque toutes les informations sur une personne assurée ont été réunies.
Points de contact	<p>Les points de contact avec le service d'observation professionnelle et le service juridique sont plutôt de nature officieuse.</p> <p>Un organe interne a été créé pour parler des questions opérationnelles. Réunissant des représentants des collaborateurs spécialisés, du SMR, du centre d'observation professionnelle et du service juridique, il siège tous les trimestres.</p>
Caractère conflictuel des rapports	L'autonomie administrative limitée du SMR suscite des conflits avec l'OAI en matière d'administration (attribution des dossiers, p.ex.), d'effectifs (généralistes contre spécialistes) et d'organisation du SMR.

²¹ Il s'agit d'un problème de GILAI, qui ne peut classer les dossiers par genre de documents.

Discussion des dimensions évaluatives

Les critères distinctifs peuvent être classés en quatre catégories. Dans la première, nous trouvons des caractéristiques organiques et, par conséquent, invariables, comme le nombre de cantons desservis par le SMR ou le nombre de systèmes informatiques avec lesquels le SMR doit travailler. Il s'agit donc du contexte ou des particularités régionales dont il faut tenir compte pour évaluer les SMR.

La deuxième catégorie comprend les caractéristiques relatives à l'organisation et à la façon de travailler des SMR, et notamment des critères d'évaluation portant sur les effectifs et les processus du SMR. Les indicateurs qualitatifs relatifs à l'input des offices AI constituent la troisième catégorie ; ils portent sur la qualité de la préparation des dossiers, sur la formulation des mandats confiés au SMR et sur la pratique d'attribution. Quant à la quatrième catégorie, elle rassemble des indicateurs de la qualité des rapports entre offices AI et SMR. Elle s'intéresse particulièrement à l'implication du SMR dans le processus de travail de l'OAI et aux points de contact avec le centre d'observation professionnelle/service d'orientation professionnelle, ainsi qu'avec le service juridique.

De la sorte, les quatre dimensions évaluatives Contexte, Façon de travailler, Input et Rapports résumement les caractéristiques des SMR.

Tableau 34 : Tableau synoptique des dimensions évaluatives

Contexte	Façon de travailler et organisation du SMR	Input des OAI	Rapports OAI- SMR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durée de fonctionnement du SMR ▪ Hétérogénéité de la zone desservie ▪ Hétérogénéité des systèmes informatiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dotation en personnel ▪ Examens pratiqués en interne ▪ Demande d'expertises externes ▪ Demande d'expertises au COMAI ▪ Temps d'immobilisation des dossiers²² ▪ Management de la qualité du SMR ▪ Autonomie du SMR²³ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité de la préparation des dossiers ▪ Qualité de la formulation des mandats confiés au SMR ▪ Qualité de la pratique d'attribution 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication du SMR dans le processus de travail de l'OAI ▪ Point de contact avec le centre d'observation professionnelle ▪ Points de contact avec le service juridique ▪ Caractère conflictuel des rapports

Le tableau de la page suivante résume les critères distinctifs des neuf SMR.

²² Nous mentionnons ici le critère distinctif « Temps d'immobilisation des dossiers » par souci de précision. Comme les entretiens l'ont clairement montré, cet indicateur n'est guère révélateur, compte tenu des fortes différences de saisie entre les SMR et au sein d'un même SMR.

²³ Le critère distinctif « Autonomie du SMR » ne se rapporte pas au choix des méthodes d'examen, mais à l'autonomie de la direction du SMR envers l'office AI et aux compétences qui seraient nécessaires pour exercer cette autonomie.

Tableau 35 : Critères distinctifs des neuf SMR

Critères distinctifs	SMR Plateau	SMR BE-FR-SO	SMR Suisse orientale	SMR Suisse centrale	SMR Suisse du Nord-Est	SMR des deux Bâle	SMR Rhône	SMR Suisse romande	SMR Sud
Durée de fonctionnement du SMR (SMR pilote)	SMR pilote	-	SMR pilote	-	-	-	-	SMR pilote	SMR pilote
Hétérogénéité de la zone desservie par le SMR (élevée, moyenne, faible) (nombre de cantons desservis ; problèmes de mentalité/ langue)	Faible 1 canton	Elevée 3 cantons ; FR	Elevée 5 cantons	Elevée 5 cantons	Moyenne 3 cantons	Faible 2 cantons	Moyenne 1 canton ; OAIÉ	Elevée 4 cantons	Faible 2 cantons
Hétérogénéité des systèmes informatiques (élevée, moyenne, faible) (nombre de systèmes inform., appréciation subjective des problèmes quotidiens)	Faible 1 système informatique	Elevée 2 systèmes informatiques ; FR	Faible 2 systèmes informatiques	Faible 2 systèmes informatiques	Faible 1 système informatique	Faible 1 système informatique	Elevée 2 systèmes informatiques ; OAIÉ	Faible 1 système informatique	Faible 1 système informatique
Dotation en personnel (forte, moyenne, faible) (utilisation du contingent en %)	Forte 90%	Faible 50%	Moyenne 80%	Forte 100%	Faible 55%	Forte 88%	Forte 100%	Forte 90%	Forte 90%
Nombre d'examens pratiqués en interne (élevé, moyen, faible) (en % des mandats traités)	Faible 3,3%	Faible 1,9%	Faible 1,1%	Faible 4,7%	Faible 0,05%	Faible 3,0%	Moyen 6,2%	Elevé 10,8%	Faible 1,5%
Nombre d'expertises externes demandées (élevé, moyen, faible) (en % des mandats traités)	Moyen 8,7%	Elevé 12,1%	Moyen 4,5%	Faible 1,6%	Moyen 7,1%	Pas de données	Faible 1,5%	Moyen 3,5%	Elevé 10,4%
Nombre d'expertises demandées au COMAI (élevé, moyen, faible) (en % des mandats traités)	Faible 1,6%	Faible 2,8%	Faible 1,9%	Faible 0,4%	Faible 2,9%	Pas de données	Faible 0,6%	Faible 2,4%	Elevé 6,3%
Temps d'immobilisation des dossiers (élevé, moyen, faible) (en nombre de jours)	Moyen 44 jours	Moyen 30 jours	Pas de données	Faible 14 jours	Elevé 85 jours	Faible 21 jours	Moyen 24 jours ; 90 jours pour les examens	Elevé 136 jours	Moyen 48 jours
Management de la qualité du SMR (bon, moyen, faible)	Moyen MQ en développement	Faible MQ à ses débuts	Moyen MQ en développement	Moyen MQ en développement	Bon MQ complet	Bon MQ complet	Faible MQ à ses débuts	Faible MQ à ses débuts	Faible MQ à ses débuts

4. Résultats de l'évaluation

Critères distinctifs	SMR Plateau	SMR BE-FR-SO	SMR Suisse orientale	SMR Suisse centrale	SMR Suisse du Nord-Est	SMR des deux Bâle	SMR Rhône	SMR Suisse romande	SMR Sud
(appréciation subj. du MQ, jugement des employés)									
Autonomie du SMR (élevée, moyenne, faible) (appréciation subj. des compétences de la direction SMR)	Elevée Compétence budgétaire, engagement du personnel	Faible Pas de compétence budgétaire ni pour l'engagement du personnel	Elevée Engagement du personnel	Faible Pas de compétence budgétaire ni pour l'engagement du personnel	Faible Pas de compétence budgétaire ni pour l'engagement du personnel	Faible Pas de compétence budgétaire ni pour l'engagement du personnel	Moyenne Pas de compétence budgétaire	Faible Pas de compétence budgétaire ni pour l'engagement du personnel	Faible Pas de compétence budgétaire ni pour l'engagement du personnel
Qualité de la préparation des dossiers (bonne, moyenne, mauvaise) (appréciation subj. de la tenue des dossiers, modalité (élect./papier))	Mauvaise à moyenne Electr./papier, chronique des cas insuffisante	Mauvaise Electr./papier, pas de chronique des cas	Moyenne Dossiers parfois incomplets	Bonne	Moyenne Dossiers parfois incomplets	Moyenne à bonne Pas de p.-v. de la procédure	Moyenne Dossiers de l'OAI problématiques	Moyenne Qualité variable d'un OAI à l'autre	Mauvaise à moyenne Synthèse des cas incomplète
Qualité de la formulation des mandats confiés au SMR (bonne, moyenne, mauvaise) (estimation subj., existence de directives, etc.)	Moyenne Beaucoup de questions à double ; directives en élaboration	Mauvaise à moyenne Beaucoup de questions vagues	Moyenne Questions parfois vagues, directive élaborée	Bonne Grâce aux entretiens de triage	Moyenne Questions parfois vagues	Moyenne Pas de règle claire pour les questions à poser	Bonne Directives internes	Moyenne Préparation des dossiers varie d'un OAI à l'autre	Moyenne Questions supplémentaires superflues
Qualité de la pratique d'attribution (bonne, moyenne, mauvaise) (appréciation subj., existence de directives, etc.)	Moyenne Moment de l'attribution peut être amélioré	Moyenne Pas de directive interne	Moyenne à bonne Directive sur la pratique d'attribution	Bonne Grâce aux entretiens de triage	Bonne Directive interne	Bonne Critères d'attribution clairs	Bonne Directive interne	Moyenne Pratique d'attribution varie d'un OAI à l'autre	Moyenne à bonne Directive interne
Implication du SMR dans le processus de travail de l'OAI (bonne, moyenne, faible) (appréciation subj. du système de communication interne ; appel systématique au SMR)	Moyenne Création de plateformes de communication internes	Faible à moyenne Communication interne défectueuse	Moyenne Communication interne défectueuse	Bonne Grâce aux entretiens de triage	Bonne Respect des directives	Bonne	Moyenne à bonne communication interne pas encore optimale	Faible Implication du SMR difficile en raison de conflits internes	Bonne
Point de contact avec le service d'observation professionnelle (bon, moyen, faible) (appréciation subj.; existence d'instruments, directives)	Bon Echange d'expériences, point de contact défini	Faible Pas de point de contact défini	Moyen Mise sur pied d'un entretien de triage	Bon Entretien de triage	Faible Pas de point de contact clairement défini	Moyen Point de contact pas encore optimal	Faible à moyen Point de contact pas encore optimal	Pas de données	Moyen Organe interne

4. Résultats de l'évaluation

Critères distinctifs	SMR Plateau	SMR BE-FR-SO	SMR Suisse orientale	SMR Suisse centrale	SMR Suisse du Nord-Est	SMR des deux Bâle	SMR Rhône	SMR Suisse romande	SMR Sud
Point de contact avec le service juridique (bon, moyen, faible) (appréciation subj.; existence d'instruments, directives)	Bon Echange d'expériences	Faible à moyen Pas de points de contact définis, directives AMA en cours de mise en place	Bon Contrat de prestations	Bon Bonne communication	Faible Pas de points de contact définis	Bon Séances de travail régulières	Faible à moyen Point de contact pas encore optimal	Bon CEP	Moyen Organe interne
Caractère conflictuel des rapports (fort, moyen, faible) Appréciation subj.	Faible	Moyen OAI FR	Faible	Faible	Fort Conflits internes	Faible	Faible à moyen OAI	Fort Conflit interne	Faible à moyen

Dans le tableau ci-dessous, tous les critères distinctifs présentant une faible hétérogénéité sont surlignés en clair, ceux présentant une hétérogénéité moyenne sont hachurés et ceux présentant une grande hétérogénéité (grandes différences entre les SMR) sont surlignés en sombre. On remarque que les neuf SMR diffèrent notamment en matière de dotation en personnel, temps d'immobilisation des dossiers, autonomie, qualité de la préparation des dossiers et rapports avec les OAI.²⁴

Tableau 36 : Récapitulatif des critères distinctifs des SMR

		Contexte	Organisation SMR	Input OAI	Rapports SMR-OAI
Contexte	Durée d'exploitation du SMR				
	Hétérogénéité de la zone desservie				
	Hétérogénéité des systèmes informat.				
Organisation et façon de travailler du SMR	Dotation en personnel				
	Examens pratiqués par le SMR				
	Demandes d'expertises externes				
	Demandes d'expertises au COMAI				
	Temps d'immobilisation des dossiers ²⁵				
	Management de la qualité du SMR				
	Autonomie du SMR ²⁶				
Qualité input	Qualité de la préparation des dossiers				
	Formulation des mandats pour le SMR				
	Qualité de la pratique d'attribution				
Rapports SMR-OAI	Implication SMR dans le processus OAI				
	Contacts Observation/orientation professionnelle				
	Contacts Service juridique				
	Caractère conflictuel des rapports				

Si l'on considère les critères distinctifs (sans les variables contextuelles)²⁷ par SMR, l'on peut établir une typologie des SMR. Dans le tableau suivant, nous avons regroupé les variables relatives à la

²⁴ Le qualificatif d'une hétérogénéité élevée, moyenne ou faible attribué à un critère ne se déduit pas uniquement des différences effectives entre les SMR, mais aussi de notre appréciation subjective en fonction de l'importance de ce critère.

²⁵ Nous mentionnons ici le critère distinctif « Temps d'immobilisation des dossiers » par souci de précision. Comme les entretiens l'ont clairement montré, cet indicateur n'est guère révélateur, compte tenu des fortes différences de saisie entre les SMR et au sein d'un même SMR.

²⁶ Le critère distinctif « Autonomie du SMR » ne se rapporte pas au choix des méthodes d'examen, mais à l'autonomie de la direction du SMR envers l'office AI et aux compétences qui seraient nécessaires pour exercer cette autonomie.

²⁷ Nous avons délibérément omis les variables contextuelles, étant entendu qu'elles se retrouvent dans les autres critères distinctifs. Le caractère pilote d'un SMR peut ainsi se manifester dans l'implication du SMR dans le processus de travail de l'OAI ou dans la qualité de l'input. Les SMR pilotes (créés le 1^{er} janvier 2002) ont eu plus de temps pour appliquer les

qualité de l'input en une seule variable (appelée « qualité de l'input ») et omis les variables « contacts avec le centre d'observation professionnelle/service d'orientation professionnelle » et « contacts avec le service juridique », étant entendu qu'elles se retrouvent déjà dans la variable « implication du SMR dans le processus de l'OAI ».

processus que les autres (qui ont commencé à fonctionner le 1^{er} janvier 2005). Nous avons par ailleurs omis le critère distinctif « nombre d'expertises confiées au COMAI », plutôt homogène.

Tableau 37 : Synthèse des critères distinctifs

	Faible	Moyen	Élevé
Dotation en personnel	SMR BE-FR-SO SMR Nord-est de la Suisse	SMR Suisse orientale	SMR Plateau SMR Suisse centrale SMR des deux Bâle SMR Rhône SMR Suisse romande SMR Sud
Examens pratiqués par le SMR	SMR Plateau SMR Suisse orientale SMR BE-FR-SO SMR Nord-est de la Suisse SMR Suisse centrale SMR des deux Bâle SMR Sud		SMR Rhône SMR Suisse romande
Demandes d'expertises ext.	SMR Suisse centrale SMR Rhône	SMR Plateau SMR Suisse orientale SMR Suisse romande SMR Nord-est de la Suisse	SMR BE-FR-SO SMR Sud
Temps d'immobilisation des dossiers	SMR Suisse centrale SMR des deux Bâle	SMR Plateau SMR BE-FR-SO SMR Rhône SMR Sud	SMR Nord-est de la Suisse SMR Suisse romande
Management de la qualité du SMR	SMR Rhône SMR Suisse romande SMR Sud	SMR Plateau SMR Suisse orientale SMR BE-FR-SO SMR Suisse centrale	SMR Nord-est de la Suisse SMR des deux Bâle
Autonomie du SMR	SMR BE-FR-SO SMR Nord-est de la Suisse SMR Suisse centrale SMR des deux Bâle SMR Suisse romande SMR Sud	SMR Rhône	SMR Plateau SMR Suisse orientale
Qualité de l'input de l'OAI	SMR BE-FR-SO SMR Sud SMR Plateau	SMR Suisse romande SMR Nord-est de la Suisse SMR Suisse orientale	SMR Suisse centrale SMR des deux Bâle SMR Rhône
Implication du SMR dans le processus de travail de l'OAI	SMR BE-FR-SO (<i>faible-moyen</i>) SMR Suisse romande	SMR Plateau SMR Suisse orientale SMR Rhône (<i>moyen-élevé</i>)	SMR Suisse centrale SMR des deux Bâle SMR Nord-est de la Suisse SMR Sud
Caractère conflictuel des rapports SMR-OAI	SMR Plateau SMR Suisse orientale SMR Suisse centrale SMR des deux Bâle	SMR BE-FR-SO SMR Sud SMR Rhône	SMR Nord-est de la Suisse SMR Suisse romande

Le contexte des neuf SMR exerce une influence sur les variables. Ainsi, un SMR qui dessert plusieurs cantons et doit travailler avec des systèmes informatiques différents évolue dans un autre

contexte qu'un SMR qui ne fournit ses services qu'à un seul canton. Cette situation se reflète dans les types de SMR. Seuls deux types clairs de SMR se dégagent de l'évaluation :

Groupe A : SMR à l'autonomie élevée

SMR compris : SMR Plateau, SMR Suisse orientale

Caractéristiques : Ce groupe se distingue par son autonomie élevée. La direction du SMR dispose des compétences nécessaires pour diriger le SMR non seulement dans les affaires médicales, mais aussi sur le plan administratif. D'autres caractéristiques en sont la bonne implication du SMR dans l'office AI et des rapports relativement bons avec celui-ci. Les deux SMR étaient des SMR pilotes.

Groupe B : SMR entretenant de bons rapports avec l'office AI

SMR compris : SMR Suisse centrale, SMR des deux Bâle

Caractéristiques : Ce groupe se distingue avant tout par la bonne implication du SMR dans les offices AI, les points de contact sont clairement définis et la qualité de l'input de l'OAI est élevée. D'autres caractéristiques en sont la bonne dotation en personnel, le faible nombre d'examens pratiqués en interne, la faible autonomie du SMR et la qualité des rapports entre SMR et offices AI.

L'on ne peut attribuer clairement les autres SMR à un type précis, certains SMR se ressemblent beaucoup pour certains critères et pas du tout pour d'autres. Ainsi, les deux SMR romands se caractérisent par le nombre élevé d'examens réalisés en interne, mais sont différents l'un de l'autre pour ce qui est de l'organisation interne et des rapports avec les offices AI. Les SMR BE-FR-SO et Nord-est de la Suisse partagent la caractéristique du manque de personnel, mais présentent des différences considérables en matière d'organisation interne et de rapports avec les offices AI.

Le SMR Nord-est de la Suisse et le SMR Suisse romande se caractérisent tous deux par des rapports conflictuels avec l'office AI, mais diffèrent considérablement pour ce qui est de leur façon de travailler et de leurs effectifs. Le SMR BE-FR-SO et le SMR Suisse romande se ressemblent pour ce qui est de leur implication dans le processus de travail de l'OAI, mais sont en revanche très différents au regard d'autres critères, comme l'organisation interne et les examens réalisés en interne. Le SMR Sud et le SMR Rhône constituent un cas à part, car ils n'ont guère de caractéristiques en commun avec d'autres SMR.

Appréciation des types de SMR

Les neuf SMR se distinguent de plusieurs manières, que ce soit dans leur organisation interne, le choix des méthodes, leur autonomie ou encore leurs rapports avec les offices AI. Certains ont déjà beaucoup optimisé leurs processus internes et leur collaboration avec l'OAI et disposent aussi d'un système interne de management de la qualité. En revanche, d'autres se trouvent encore en phase

de démarrage. Nous avons aussi identifié diverses « cultures d'entreprise » que les circonstances régionales ne suffisent pas à expliquer à elles seules. L'on trouve ainsi des SMR très autonomes, d'autres très dépendants de l'office AI.

Il serait faux de considérer chaque critère distinctif isolément. Car le choix des méthodes d'examen ou le temps d'immobilisation des dossiers, par exemple, sont étroitement associés aux effectifs du SMR, au nombre de spécialités médicales représentées dans l'équipe, à la pratique d'attribution des dossiers et aux délais d'obtention des expertises externes et des expertises confiées au COMAI. De surcroît, le contexte dans lequel les SMR évoluent exerce une influence non négligeable sur les critères distinctifs. Les SMR pilotes ont eu davantage de temps pour optimiser leurs processus internes et leurs rapports avec les offices AI que ceux qui ont commencé à fonctionner en 2005 seulement. L'organisation du SMR a par ailleurs une influence perceptible sur sa façon de travailler. Le fait de desservir un ou plusieurs cantons, d'utiliser un ou plusieurs systèmes informatiques n'est ainsi pas sans effet sur l'efficacité et sur l'harmonisation des processus de travail.

En dépit du fait que certains SMR se ressemblent beaucoup pour certains critères, nous n'avons pu dégager que deux types de SMR clairement distincts. Les autres SMR constituent des types mixtes. Certains partagent des caractéristiques relatives à leur organisation interne, d'autres à leurs rapports avec les offices AI, d'autres encore à leur autonomie. Les deux types de SMR ont ceci en commun que leur implication dans le processus de travail de l'OAI est relativement bonne et que leurs rapports avec l'OAI sont harmonieux. Leur principale différence est à rechercher dans l'autonomie du SMR. Dès lors, l'on ne peut affirmer que la faible autonomie du SMR accroît le caractère conflictuel des rapports avec l'OAI, ni qu'elle nuit à l'efficacité de ses rapports. En soi, le nombre de cantons desservis ne semble pas non plus influencer sur cette efficacité. Les deux types de SMR comprennent en effet des SMR qui desservent soit un seul canton, soit plusieurs.

Conclusion de l'équipe d'évaluation

Les SMR diffèrent fortement l'un de l'autre pour la moitié environ des critères distinctifs étudiés et ne se ressemblent que pour deux de ceux-ci, constatation montrant à elle seule que le fédéralisme qui a présidé à la mise en œuvre a favorisé la diversité. De la sorte, le rattachement structurel et organisationnel du SMR et, partant, son contexte revêtent une grande importance. Il n'est dès lors guère étonnant que l'on ne puisse dégager que deux types, comprenant chacun deux SMR. La diversité des SMR reflète ainsi la diversité des offices AI organisés selon le droit cantonal.

Les critères distinctifs présentés et les types de SMR constituent une prise de vue instantanée. Les SMR et les OAI sont en constante évolution et ont déjà modifié des processus internes en vue de la 5^e révision de l'AI. Ils mettent à l'essai de nouveaux instruments interdisciplinaires, qui exerceront des effets sur les SMR.

Nous signalons toutefois que l'évaluation des SMR est avant tout de nature qualitative et donne lieu à une certaine marge d'appréciation, compte tenu des données limitées à notre disposition et des différentes méthodes de recueil des données tant entre SMR qu'au sein de ceux-ci.

4.2 Évaluation et analyse de l'impact

A partir de la typologie, nous avons tenté de développer un système d'appréciation permettant d'évaluer les SMR d'un point de vue quantitatif. Pour ce faire, nous avons analysé les conséquences qu'ont divers éléments comme la façon de travailler, les systèmes informatiques, la tenue des dossiers, les connaissances des médecins en médecine des assurances²⁸, la dotation en personnel et la collaboration avec les offices AI, le tout sous les aspects suivants :

1. Qualité des bases de décision et des décisions médicales
2. Durée de la procédure
3. Taux de rentes
4. Efficacité du système SMR-office AI
5. Décisions des tribunaux cantonaux

Variables indépendantes du système d'évaluation

Dans un premier temps, nous avons déterminé les variables indépendantes. En nous fondant sur la caractérisation des SMR et sur l'appel d'offres, nous avons choisi les variables indépendantes « Dotation en personnel », « Examens pratiqués par le SMR », « Demandes d'expertises externes », « Management de la qualité », « Autonomie du SMR » et « Collaboration entre SMR et OAI ». Une description des indicateurs de ces six variables se trouve dans le tableau ci-dessous.

²⁸ Dans le cadre de cette évaluation, nous n'avons pas pu procéder à une analyse complète des connaissances des médecins des SMR en médecine des assurances. Lors des entretiens, nous avons demandé aux personnes interrogées leur avis quant à ces connaissances. L'appréciation étant très homogène (cf. le Tableau 47 en annexe), nous avons renoncé à utiliser cette variable indépendante.

Tableau 38 : Présentation des variables indépendantes du système d'évaluation

Variable indépendante	Description des indicateurs
Dotation en personnel	Utilisation du contingent de postes, en valeurs absolues et en % ; attribution aux catégories Forte, Moyenne et Faible
Examens pratiqués par le SMR	Nombre d'examens médicaux par an, en valeurs absolues et en % des mandats traités ; attribution aux catégories Elevé, Moyen et Faible
Demandes d'expertises externes (y c. expertises COMAI)	Nombre d'expertises externes et d'expertises COMAI, en valeurs absolues et en % des mandats traités
Management de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimation subjective du SMQ par le SMR ▪ Présence d'instruments de MQ ; attribution aux catégories Bon, Moyen et Faible
Autonomie du SMR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimation subjective de l'autonomie du SMR, par l'OAI et le SMR ▪ Compétences de la direction du SMR (budget, personnel) ; attribution aux catégories Elevée, Moyenne et Faible
Collaboration entre SMR et OAI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indice cumulatif, non pondéré, englobant les indicateurs « Qualité de l'input de l'OAI », « Implication du SMR dans le processus de travail de l'OAI » et « Caractère conflictuel des rapports » ; attribution aux catégories Etroite, Moyenne, Faible et Très faible

Compte tenu des données obtenues sur le plan qualitatif et de l'hétérogénéité des données, nous estimons qu'une démarche qualitative est plus judicieuse qu'une démarche quantitative. Nous entendons éviter de la sorte une « surinterprétation »²⁹ des données.

Le tableau suivant présente les variables indépendantes pour chaque SMR. Les variables notées « Faible » sont surlignées en sombre, celles notées « Moyen/ne » sont hachurées et celles notées « Forte », « Bon » ou « Elevé/e » sont surlignées en clair. Dans le cas de la variable « Collaboration entre SMR et OAI », le surlignage sombre signifie « Suffisante », les hachures « Moyenne » et le surlignage clair « Bonne ».

Tableau 39 : Présentation des variables indépendantes par SMR

	SMR Plateau	SMR BE-FR-SO	SMR Suisse orientale	SMR Suisse centrale	SMR Nord-est Suisse	SMR des deux Bâle	SMR Rhône	SMR Suisse romande	SMR Sud
Dotation en personnel									

²⁹ Le recueil des données a été surtout qualitatif, ce qui laisse une certaine marge d'appréciation. En outre, les données sont très hétérogènes, étant donné que les SMR et les OAI n'ont pas de procédure uniforme de recueil des données. Les données ne sont ainsi guère comparables. Le traitement quantitatif de données qualitatives ou hétérogènes peut susciter une fausse impression d'« exactitude », qui ne reflète pas la réalité, et aboutir à une « surinterprétation ».

Examens pratiqués par le SMR									
Expertises ext. (y c. COMAI)						n.d.			
Management de la qualité									
Autonomie du SMR									
Rapports SMR - OAI									

Un fait retient l'attention lors de l'examen des variables indépendantes : la dotation en personnel – que les SMR qualifient de très importante – n'est pas entièrement mise à profit par tous. Le nombre d'examens pratiqués par les SMR semble lui aussi être appelé à augmenter fortement. Toutefois, plusieurs SMR signalent que, pour cela, il faudrait étoffer davantage encore les effectifs. L'on remarque aussi que les variables « Dotation en personnel », « Examens pratiqués par le SMR » et « Expertises externes » présentent un certain degré de corrélation. Ainsi, les SMR dont les effectifs sont peu nombreux ont tendance à pratiquer eux-mêmes moins d'examens médicaux et à se fonder en premier lieu sur des expertises externes ; néanmoins, l'inverse n'est pas vrai.

Le management de la qualité appelle lui aussi un développement. L'autonomie du SMR est soit grande, soit faible. Ses effets sur les variables dépendantes n'étant pas clairs (cf. le Tableau 45), l'on ne saurait déduire qu'il faut l'augmenter. Les rapports entre le SMR et l'OAI varient beaucoup et des améliorations considérables sont parfois nécessaires.

Variables dépendantes du système d'évaluation

Nous avons délibérément omis la variable « Efficience du système SMR – OAI », étant entendu, d'abord, que cet aspect est déjà compris dans la variable « Collaboration SMR – OAI » et que d'après nous l'efficience du système SMR – OAI est une variable d'entrée plutôt que de sortie. Ensuite, nous ne disposons pas de données fiables relatives aux deux aspects de l'efficience « Temps d'immobilisation des dossiers » et « Nombre de mandats traités par collaborateur ». Puisqu'il n'est ainsi pas possible de décrire de façon quantitative l'efficience du système SMR – OAI, nous nous rabattons sur une variable d'entrée qualitative.

Nous décrivons les indicateurs des variables dépendantes dans le tableau ci-dessous.

Tableau 40 : Variables dépendantes

Variable dépendante	Description des indicateurs
Qualité des bases de décision et des décisions médicales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimation subjective, par le SMR et par l'OAI, de la clarté, de la précision et de la teneur des avis du SMR. <p>Nous avons utilisé comme variables approximatives :³⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % des oppositions³¹ acceptées en tout ou en partie (nombre de cas acceptés plus nombre de cas partiellement acceptés / total des oppositions) pour chaque OAI qui confie des mandats au SMR ; ▪ % des oppositions renvoyées pour complément d'instruction (nombre de cas renvoyés pour complément d'instruction / total des oppositions) pour chaque OAI qui confie des mandats au SMR. <p>Pour les SMR qui desservent plusieurs OAI, on utilise la moyenne pondérée par nombre d'oppositions par OAI. Données de l'OFAS (2006b)</p>
Durée de la procédure	Premières demandes de prestations ; temps écoulé entre le dépôt de la demande et le règlement du cas, objectif de gestion 2a : 75 % des demandes sont réglées en moins de 360 jours civils (statistiques internes de l'OFAS).
Taux de rentes	Taux de nouvelles rentes par SMR (données de l'OFAS).
Décisions des tribunaux cantonaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % des cas où la personne assurée a gain de cause ou le recours est « partiellement accepté » (nombre de cas où la personne assurée a gain de cause plus nombre de cas partiellement acceptés / total des décisions du tribunal cantonal) ; ▪ % des cas où un « complément d'instruction » est demandé (nombre de cas « complément d'instruction » / total des décisions du tribunal cantonal). <p>Toutes les données sont de l'OFAS (2005b).³² Pour les SMR qui desservent plusieurs OAI, on utilise la moyenne pondérée par nombre de recours par OAI.</p>

Le tableau suivant énumère les variables dépendantes par SMR. Signalons que les chiffres du tableau ne présentent pas les valeurs par SMR, mais celles qui se rapportent aux offices AI desservis par un SMR. Lorsque le SMR dessert plusieurs offices AI, on utilise la moyenne arithmétique pondérée. Dans un deuxième temps, les variables sont attribuées aux catégories « Faible », « Moyen » et « Elevé » afin de pouvoir mieux comparer les données. Une liste détaillée de chaque variable se trouve en annexe.

La variable « Qualité des bases de décision et des décisions médicales » est déterminée sur la base de trois indicateurs (cf. le Tableau 40). D'un côté, nous avons demandé aux représentant(e)s des SMR et des OAI leur impression subjective quant à la précision, à la clarté et à la teneur des avis. De l'autre, nous nous sommes référés aux décisions sur opposition.

³⁰ La procédure d'opposition introduite en 2003 a été abrogée mi 2006 déjà, de sorte que les comparaisons avec les exercices antérieurs ne sont guère possibles.

³¹ Les personnes assurées qui n'acceptent pas la décision de l'office AI peuvent former opposition auprès de l'office AI qui a prononcé la décision. Si elles n'acceptent pas la décision sur opposition de l'office AI, elles peuvent introduire un recours auprès du tribunal cantonal des assurances compétent (cf. la variable « Décisions des tribunaux cantonaux »).

³² Les données de 2006 ne sont pas encore disponibles.

Les entretiens avec les SMR montrent que toutes les personnes interrogées dans les neuf SMR qualifient d'élévée la qualité de la teneur des avis (cf. le Tableau 47 en annexe). En règle générale, les critiques portent sur la difficulté pour les collaborateurs spécialisés de comprendre le langage des avis. Cet indicateur ne variant guère d'un SMR à l'autre, nous attachons une importance particulière aux décisions sur opposition des offices AI pour quantifier la variable « Qualité des avis quant au fond » (cf. le Tableau 41). L'homogénéité des estimations émises par les groupes interrogés sur les avis médicaux ne signifie pas nécessairement que la qualité des avis est la même dans tous les SMR. Cette homogénéité peut aussi s'expliquer par le fait que les offices ne peuvent parfois pas porter un jugement complet sur la qualité des avis ou que les personnes interrogées n'ont pas de repère puisqu'elles ne connaissent que les avis de « leur » SMR.

L'examen des décisions sur opposition des offices AI aboutit au constat suivant : tant l'acceptation d'une opposition que son renvoi pour complément d'instruction peuvent être un indice de la nécessité d'améliorer la qualité des avis médicaux du SMR. Dans les deux cas, la décision peut avoir été motivée principalement par l'insuffisance de l'avis médical du SMR. Nous ne savons pas combien d'oppositions ont été effectivement acceptées ou renvoyées pour complément d'instruction en raison d'un avis médical présentant des faiblesses. Les valeurs calculées pour les divers SMR ne sont donc qu'approximatives.

Tableau 41 : Variable « Qualité des bases de décision et des décisions médicales » dans les offices AI, groupés par SMR

SMR	Qualité des bases de décision et des décisions médicales	
	<i>Oppositions acceptées en % (2006)</i>	<i>Renvoi pour complément d'instruction en % (2006)</i>
SMR Plateau	16,7% / <i>moyenne</i>	0,0% / <i>basse</i>
SMR BE-FR-SO	18,9% / <i>moyenne</i>	0,4% / <i>basse</i>
SMR Suisse orientale	11,5% / <i>faible</i>	14,2% / <i>élevée</i>
SMR Suisse centrale	19,9% / <i>moyenne</i>	0,6% / <i>faible</i>
SMR Nord-est de la Suisse	17,8% / <i>moyenne</i>	2,0% / <i>moyenne</i>
SMR des deux Bâle	19,5% / <i>moyenne</i>	0,0% / <i>faible</i>
SMR Rhône ³³	18,8% / <i>moyenne</i>	0,4% / <i>faible</i>
SMR Suisse romande	20,4% / <i>moyenne</i>	1,5% / <i>moyenne</i>
SMR Sud ³⁴	29,3% / <i>élevée</i>	0,2% / <i>faible</i>

Un élément retient l'attention lors de l'examen des deux indicateurs ci-dessus : les différences entre les SMR s'agissant du taux de renvoi pour complément d'instruction sont faibles. Le taux de renvoi élevé du SMR Suisse orientale peut vraisemblablement s'expliquer par le fait que les offices AI des-

³³ Le SMR Rhône sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

³⁴ Pour le SMR Sud, nous ne tenons compte que des chiffres de l'OAI du Tessin.

servis par celui-ci ont pour pratique, en cas de doute, de renvoyer l'opposition au SMR pour complément d'instruction (cf. le faible taux d'octroi).

Le tableau ci-dessous présente l'indicateur relatif à la durée de la procédure, exprimé en pourcentage de toutes les premières demandes de prestations qui ont été réglées dans le délai d'un an.

Tableau 42 : Durée moyenne de traitement des dossiers dans les offices AI, groupés par SMR

	Pourcentage de premières demandes de prestations réglées dans les 360 jours (2006)
SMR Plateau	83,6% / <i>moyen</i>
SMR BE-FR-SO ³⁵	82,8% / <i>moyen</i>
SMR Suisse orientale	79,3% / <i>moyen</i>
SMR Suisse centrale	82,9% / <i>moyen</i>
SMR Nord-est de la Suisse	86,8% / <i>élevé</i>
SMR des deux Bâle	70,3% / <i>bas</i>
SMR Rhône ³⁶	84,8% / <i>moyen</i>
SMR Suisse romande	72,9% / <i>bas</i>
SMR Sud ³⁷	68,5% / <i>bas</i>

Les temps d'immobilisation des dossiers varient d'un SMR à l'autre : dans les offices AI desservis par le SMR Nord-est de la Suisse, le temps d'immobilisation des dossiers est légèrement supérieur à la moyenne ; dans les offices AI desservis par le SMR des deux Bâle, le SMR Suisse romande et le SMR Sud, le temps d'immobilisation est inférieur à la moyenne. Le reste des SMR évolue dans une fourchette étroite.

Le taux de nouvelles rentes des offices AI, groupé par SMR, est présenté dans le tableau suivant.

³⁵ SMR BE-FR-SO : sans les données de l'OAI FR.

³⁶ Sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

³⁷ Pour le SMR Sud, nous ne tenons compte que des données et indications relatives à l'OAI du Tessin.

Tableau 43 : Taux de nouvelles rentes par SMR

	Taux de nouvelles rentes en % (2006)
SMR Plateau	0,28% / <i>bas</i>
SMR BE-FR-SO	0,31% / <i>moyen</i>
SMR Suisse orientale	0,39% / <i>élevé</i>
SMR Suisse centrale	0,29% / <i>bas</i>
SMR Nord-est de la Suisse	0,32% / <i>moyen</i>
SMR des deux Bâle	0,46% / <i>élevé</i>
SMR Rhône ³⁸	0,30% / <i>bas</i>
SMR Suisse romande	0,33% / <i>moyen</i>
SMR Sud ³⁹	0,41% / <i>élevé</i>
CH total	0,33%

Le taux de nouvelles rentes des SMR Sud, des deux Bâle et Suisse orientale dépasse la moyenne suisse. Pour le SMR des deux Bâle (OAI BL et OAI BS), ce taux est ainsi supérieur de 40 % à la moyenne. Le taux de nouvelles rentes varie tant entre les offices AI desservis par un SMR qu'en leur sein. Ainsi, la différence entre le taux du SMR Sud (AI TI) et le SMR des deux Bâle (OAI BL et OAI BS) est de 0,18 point, ce qui n'est guère étonnant si l'on garde présent à l'esprit les différences de contexte qui les caractérisent. Les facteurs exogènes, comme le contexte rural ou urbain, la densité de médecins et la pyramide des âges de la population exercent en effet une influence déterminante sur le taux de rente (Spycher et al. 2003).

Si l'on examine la jurisprudence cantonale, l'on constate que les renvois pour complément d'instruction sont bien plus fréquents que pour les oppositions introduites auprès de l'office AI (cf. le Tableau 41). Les offices AI desservis par les SMR Suisse orientale, des deux Bâle et Suisse romande se caractérisent par un taux relativement élevé d'approbation des recours introduits auprès des tribunaux cantonaux. Quant aux offices AI desservis par les SMR Nord-est de la Suisse et Plateau, le pourcentage de recours renvoyés pour complément d'instruction par les tribunaux cantonaux y est particulièrement élevé. Vraisemblablement, ces écarts s'expliquent en grande partie par les différences de jurisprudence.

³⁸ Sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

³⁹ Pour le SMR Sud, nous ne tenons compte que des chiffres de l'OAI du Tessin.

Tableau 44 : Décisions des tribunaux cantonaux, groupées par SMR

SMR	Jurisprudence cantonale – Décisions relatives à des rentes (2005)	
	Recours acceptés en %	Renvoi pour complément d'instruction en %
SMR Plateau	7,0% / <i>bas</i>	35,7% / <i>élevé</i>
SMR BE-FR-SO	14,2% / <i>moyen</i>	30,8% / <i>moyen</i>
SMR Suisse orientale	17,4% / <i>élevé</i>	30,5% / <i>moyen</i>
SMR Suisse centrale	14,8% / <i>moyen</i>	31,8% / <i>moyen</i>
SMR Nord-est de la Suisse	10,1% / <i>moyen</i>	40,1% / <i>élevé</i>
SMR des deux Bâle	16,9% / <i>élevé</i>	21,2% / <i>bas</i>
SMR Rhône ⁴⁰	7,6% / <i>bas</i>	6,3% / <i>bas</i>
SMR Suisse romande	16,9% / <i>élevé</i>	26,1% / <i>moyen</i>
SMR Sud ⁴¹	9,7% / <i>bas</i>	20,4% / <i>bas</i>

Systeme d'évaluation

Pour évaluer les variables dépendantes et les variables indépendantes, nous avons postulé dans un premier temps la corrélation supposée entre les unes et les autres.⁴² Dans le cas de la qualité des bases de décision médicales, une corrélation positive signifie une augmentation de la qualité, une corrélation négative une baisse de qualité. Pour la durée de la procédure, une corrélation positive signifie un allongement de la procédure et une corrélation négative une réduction de celle-ci. Pour le taux de rentes, une corrélation positive implique une hausse, une corrélation négative, une baisse. Pour les décisions des cantonaux tribunaux, une corrélation positive signifie que le tribunal cantonal a tendance à confirmer les décisions de l'office AI, tandis qu'une corrélation négative signifie qu'il a tendance à les rejeter. Le Tableau 45 présente de façon résumée les corrélations postulées entre variables dépendantes et variables indépendantes, en indiquant à chaque fois les raisons qui expliquent cette supposition.

⁴⁰ Sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

⁴¹ Pour le SMR Sud, nous ne tenons compte que des chiffres de l'OAI du Tessin.

⁴² Une corrélation négative signifie qu'une variable augmente lorsque l'autre diminue (ou vice-versa). Si la corrélation est positive, les deux variables ont une évolution parallèle.

Tableau 45 : Corrélations postulées entre variables dépendantes et indépendantes

Variables indépendantes	Variables dépendantes			
	Qualité des bases de décision médicales	Durée de la procédure	Taux de rentes	Décisions des tribunaux cantonaux
Dotation en personnel	<i>Corrélation positive</i> Davantage de personnel se traduit par une instruction plus minutieuse du dossier.	<i>Corrélation négative</i> Davantage de personnel accélère l'instruction et réduit la durée de la procédure.	<i>Corrélation négative</i> Davantage de personnel se traduit par une instruction plus solide, et donc par une évaluation plus stricte des demandes de rentes.	<i>Corrélation positive</i> Davantage de personnel se traduit par une instruction plus minutieuse, et donc par un renforcement de la position de l'OAI devant le tribunal.
Examens pratiqués par le SMR	<i>Corrélation positive</i> Davantage d'examens en interne se traduisent par une instruction plus minutieuse.	<i>Corrélation positive</i> Davantage d'examens en interne se traduisent par un allongement des délais d'attente au SMR.	<i>Corrélation négative</i> Davantage d'examens en interne se traduisent par une instruction plus solide, et donc par une évaluation plus stricte des demandes de rentes.	<i>Corrélation positive</i> Davantage d'examens en interne se traduisent par une instruction plus minutieuse, et donc par un renforcement de la position de l'OAI devant le tribunal.
Demande d'expertises externes	<i>Corrélation indéterminée</i> La qualité des expertises en matière de médecine des assurances ne fait pas l'unanimité.	<i>Corrélation indéterminée</i> Les longs délais d'attente des expertises externes allongent la procédure ; les brefs délais la réduisent.	<i>Corrélation indéterminée</i> La qualité des expertises en matière de médecine des assurances ne fait pas l'unanimité.	<i>Corrélation indéterminée</i> La qualité des expertises en matière de médecine des assurances ne fait pas l'unanimité.
Management de la qualité	<i>Corrélation positive</i> Le management de la qualité améliore la qualité de l'output.	<i>Corrélation négative</i> Un bon SMQ améliore les processus.	<i>Corrélation négative</i> Un bon SMQ améliore la qualité de l'output et, partant, les bases de décision pour l'office AI.	<i>Corrélation positive</i> Un bon SMQ améliore la qualité de l'output et, partant, les bases de décision pour l'office AI devant les tribunaux.
Autonomie du SMR	<i>Corrélation indéterminée</i>	<i>Corrélation indéterminée</i>	<i>Corrélation indéterminée</i>	<i>Corrélation indéterminée</i>
Collaboration SMR – OAI	<i>Corrélation neutre / plutôt positive</i> Une bonne collaboration se traduit vraisemblablement par une amélioration de la qualité des bases de décision médicales.	<i>Corrélation négative</i> Une interaction efficiente du SMR et de l'OAI permet de traiter plus rapidement les demandes AI.	<i>Corrélation indéterminée</i>	<i>Corrélation indéterminée</i>

Si l'on examine, sur le plan qualitatif, les variables dépendantes et indépendantes pour savoir si les corrélations postulées dans le tableau ci-dessus se confirment, l'on remarque qu'aucune corrélation ne se dégage dans la grande majorité des variables.

Dotation en personnel : les SMR bien dotés en personnel n'ont pas un taux inférieur d'acceptation des oppositions ni un taux inférieur de renvoi pour complément d'instruction. L'on n'observe pas non plus d'effet inverse chez les SMR sous-dotés. Pour la durée de la procédure, l'on ne peut pas non plus confirmer la corrélation postulée : les offices AI desservis par des SMR sous-dotés, comme le SMR BE-FR-SO et le SMR Nord-est de la Suisse, n'ont pas de temps d'immobilisation des dossiers plus longs que les offices AI desservis par des SMR bien dotés. Bien au contraire, les offices AI desservis par le SMR Nord-est de la Suisse, par exemple, ont le pourcentage le plus élevé de premières demandes de prestations traitées en un an, soit 86,5 %. Pour le taux de rentes et les déci-

sions des tribunaux cantonaux, l'on ne constate pas non plus de corrélation. Les SMR ayant moins, ou plus, utilisé leur contingent de postes n'ont pas un taux de rente plus, ou moins, élevé et ne sont pas plus souvent, ou moins souvent, déboutés par les tribunaux cantonaux.

Examens pratiqués par le SMR : l'on ne distingue pas de corrélations claires entre le nombre d'examens pratiqués par le SMR et les variables dépendantes. Ainsi, les deux SMR pratiquant le plus d'examens en interne n'ont pas de bases de décision médicales de meilleure qualité, ni de temps d'immobilisation plus longs et ne sont pas moins souvent déboutés par les tribunaux cantonaux. Ils varient d'ailleurs aussi considérablement l'un de l'autre, par exemple pour la variable « Décisions des tribunaux cantonaux ». Le seul point en commun est que les offices AI qui sont desservis par les deux SMR romands ont un taux de rente relativement bas. Nous estimons toutefois que cet effet est plutôt dû au hasard.

Expertises externes : l'on ne peut guère identifier de corrélations non plus entre la variable indépendante « Expertises externes » et les variables dépendantes. Pour ce qui est de la qualité des bases de décision médicales, l'on n'établit pas de distinction entre les SMR qui font beaucoup appel aux expertises externes, comme le SMR Sud, et les SMR qui n'y ont guère recours. Il en va approximativement de même pour le taux de rente et les décisions des tribunaux cantonaux. Des taux de rentes bas et la jurisprudence favorable des tribunaux cantonaux caractérisent en effet tant des offices AI desservis par des SMR déléguant beaucoup les examens médicaux que des offices AI rattachés à des SMR peu enclins à confier des expertises à l'extérieur. Pour la durée de traitement, l'on constate que les offices AI desservis par les SMR Suisse romande et Sud, c'est-à-dire des SMR qui ont plutôt tendance à demander des expertises externes, se caractérisent par des délais d'attente relativement longs (c'est-à-dire par un faible taux de traitement de dossiers).

Management de la qualité : nous n'avons pu établir aucune corrélation entre le management de la qualité et les variables dépendantes. Que le management de la qualité soit poussé ou faible, son effet sur elles est en effet variable, tant au sein des groupes qu'entre ceux-ci. Il est impossible d'identifier une tendance systématique.

Autonomie du SMR : aucune différence systématique ne se dégage entre les SMR très autonomes (SMR Suisse orientale et SMR Plateau) et les SMR peu autonomes, quelle que soit la variable dépendante considérée.

Collaboration SMR – OAI : si les deux SMR entretenant une collaboration sans accroc avec l'office AI (SMR Suisse centrale et SMR des deux Bâle) se ressemblent relativement beaucoup pour la qualité des bases de décision et des décisions médicales et le taux de rente, ils sont toutefois différents l'un de l'autre pour les deux autres variables dépendantes. Il n'y a pas de différences systématiques entre les SMR où la collaboration avec l'office AI est bonne et ceux où elle est moins bonne.

En l'absence de corrélations systématiques entre variables dépendantes et variables indépendantes, l'élaboration d'un système complet d'évaluation n'a plus de raison d'être.

Discussion des résultats

Les résultats trahissent un problème fondamental qui concerne les données et les indicateurs. D'un côté, il est impossible d'isoler les facteurs contextuels, de l'autre, certains facteurs jouent un rôle qui échappe à la maîtrise des SMR. De surcroît, les données hétérogènes et, en partie, manquantes nous contraignent à dresser de la réalité un portrait qui reste approximatif.

Pour les variables dépendantes, que nous considérerons en premier, l'on peut établir le constat suivant :

- La **qualité des bases de décision et des décisions médicales** peut seulement être esquissée avec les deux indicateurs utilisés, qui reflètent aussi dans une certaine mesure la pratique des offices AI. Les offices AI très légalistes doivent vraisemblablement traiter davantage d'oppositions que ceux qui préfèrent utiliser la latitude dont ils disposent pour, en cas de doute, trancher en faveur de la personne assurée. De même, un pourcentage élevé de renvois au SMR peut laisser entendre que l'office AI préfère, en cas de doute, renvoyer le dossier au SMR pour un complément d'instruction. Ces différences de « philosophie » peuvent être indépendantes du SMR et, partant, des variables explicatives, comme la dotation en personnel ou le nombre d'examens pratiqués en interne. Pour avancer des conclusions solides, il faudrait réaliser un examen minutieux des oppositions, en s'arrêtant plus particulièrement sur les raisons qui ont motivé le refus.
- La **durée totale de la procédure**, c'est-à-dire le laps de temps qui va de la première demande de prestations AI à la décision définitive, ne dépend pas uniquement du SMR. Un SMR suffisamment bien doté et organisé peut par exemple garantir une exécution rapide des mandats qui lui sont confiés par les offices AI, sans que la durée totale de la procédure en soit réduite pour autant, en raison d'une inefficience du seul office AI. Les données disponibles ne permettent pas d'isoler ces facteurs.
- Le **taux de rentes** est trop tributaire de facteurs externes que la présente étude est incapable d'isoler. Comme l'ont montré plusieurs études (cf. Spycher et al. 2003), les différences intercantoniales entre les taux de rentes s'expliquent à raison des deux tiers par des facteurs exogènes, comme la structure démographique de la population, le taux de chômage, la capacité financière et le taux d'urbanisation du canton.⁴³ Entre les offices AI, les différences organisationnelles et stratégiques, fondées sur des interprétations différentes du mandat de l'assurance-invalidité, se traduisent par une utilisation différente de la liberté d'action et d'appréciation laissée par la loi et imposée par la matière. Les données disponibles ne permettent pas de savoir quelle est l'influence exercée par le SMR sur ces facteurs endogènes.
- Vraisemblablement, les **décisions des tribunaux cantonaux** sont aussi, en partie, fonction des différences de pratique cantonales. Il y a lieu de supposer que les tribunaux cantonaux qui estiment que le SMR est indépendant accordent davantage de poids à ses évaluations que les tribunaux cantonaux qui ne voient dans le SMR qu'un avocat de l'office AI. L'hypothèse selon la-

⁴³ L'on ne saurait toutefois en conclure que la différence résiduelle trouve toute son explication dans les facteurs endogènes (spécifiques aux OAI).

quelle les offices AI desservis par des SMR qui fondent pour l'essentiel leurs avis sur les examens qu'ils pratiquent eux-mêmes ou sur des expertises externes présentent un faible taux d'approbation des recours ou un faible taux de renvois pour complément d'instruction ne se confirme guère. Si l'on peut constater une corrélation positive entre ces deux variables pour le SMR Rhône et le SMR Sud, il n'en va pas de même dans le cas du SMR Suisse romande, qui pourtant se fonde pour l'essentiel sur ses propres examens ou sur des expertises externes (y compris celles effectuées par le COMAI). Pour avancer des conclusions solides, il faudrait étudier minutieusement la jurisprudence cantonale.

Conclusions de l'équipe d'évaluation

Les limites des données disponibles et les divers facteurs contextuels endogènes et exogènes que l'on ne peut isoler rendent impossible l'élaboration d'un système d'évaluation quantitative des SMR. Les données disponibles empêchent toute conclusion solide sur la corrélation entre les facteurs propres au SMR et les variables dépendantes.

Il nous a été impossible de confirmer la plus grande partie des corrélations postulées entre les variables indépendantes et les variables dépendantes. Selon toute vraisemblance, la raison en est à rechercher dans des facteurs externes au SMR que l'on ne peut isoler. Pour avancer des conclusions solides, il faudrait en premier lieu uniformiser la pratique de recueil de divers indicateurs des SMR et des offices AI et réaliser des études minutieuses de la qualité des avis médicaux ainsi que des oppositions et des recours.

4.3 Analyse de l'atteinte des objectifs

Dans ce chapitre, il s'agit de déterminer dans quelle mesure les objectifs formulés dans le message concernant la 4^e révision de l'AI ont été atteints. Pour mener à bien cette analyse, nous avons dans un premier temps identifié les objectifs que le législateur poursuivait en instaurant les SMR. A cet effet, nous avons analysé non seulement le message concernant la 4^e révision de l'AI, mais aussi le modèle de référence des SMR et les procès-verbaux internes d'organes pertinents⁴⁴.

Le **message concernant la 4^e révision de l'AI** présente les SMR comme un instrument de renforcement de la surveillance exercée par la Confédération. Ils sont placés sous la surveillance matérielle immédiate de l'OFAS. Ce rattachement direct à l'office fédéral permet à celui-ci de donner des instructions aux SMR dans le domaine médical, ce qui est censé se traduire par une uniformisation des bases de décision médicales. Cette uniformisation est en outre favorisée par l'interdisciplinarité des équipes de médecins et par leurs connaissances en médecine des assurances. Le rattachement direct à l'OFAS et les connaissances des équipes de médecins visent aussi à améliorer et à accélérer l'instruction des dossiers. Dans son message, le Conseil fédéral indiquait qu'il espérait que la création des SMR, en dépit d'un surcoût initial de 20 millions de francs par an, pourrait freiner la forte hausse des dépenses en diminuant les coûts liés aux rentes.

L'examen des **procès-verbaux des séances de la Commission AVS-AI** et d'autres séances consacrées à la 4^e révision de l'AI a permis de dégager d'autres objectifs également poursuivis par la création des SMR, mais qui ne figurent pas explicitement dans le message. Le rattachement direct des SMR à l'OFAS avait notamment pour but de simplifier la procédure. Toutes les parties concernées avaient aussi pour ambition d'éliminer les différences intercantionales du taux de rentes. En outre, la création des SMR visait aussi à diminuer le nombre de rentes octroyées, objectif que l'on devrait notamment atteindre en détectant mieux les abus. D'autres objectifs formulés sont d'augmenter l'efficacité de l'évaluation médicale, censée se traduire par une baisse des coûts, par une diminution de la durée de la procédure et par l'amélioration des mesures de réadaptation en faveur des personnes assurées. A terme, les services sociaux verraient ainsi leurs charges baisser. Un dernier aspect que quelques parties ont proposé au débat était l'effet préventif que l'amélioration du traitement des dossiers aurait sur les médecins de famille.

Le **modèle de référence des SMR** cite aussi comme objectifs l'uniformisation des bases médicales générales et des bases de médecine des assurances, ainsi qu'une optimisation de la procédure. Pour atteindre ces objectifs, il y a lieu d'organiser des cours de formation de base et de formation postgrade en médecine des assurances, coordonnés par l'OFAS, de dispenser des conseils aux offices AI en matière de bases médicales et de pratiquer en interne des examens médicaux sur la personne des assurés. En outre, le modèle de référence indique comme but l'amélioration de l'acceptation de l'AI. Les instruments pour y parvenir sont l'élaboration de bases médicales compréhensibles pour les personnes qui n'exercent pas une profession médicale, de sorte à ce que les décisions soient mieux comprises, et la collaboration étroite avec les praticiens et leurs organisations.

⁴⁴ Il s'agit pour l'essentiel des procès-verbaux de la Commission AVS/AI.

Le tableau ci-dessous présente en résumé les objectifs poursuivis par la mise en place des SMR :

Tableau 46 : Objectifs de la création des SMR

Objectifs de la création des SMR	
Objectifs formulés dans le message :	Autres objectifs :
<ul style="list-style-type: none"> - Uniformisation des bases médicales - Interdisciplinarité des équipes de médecins - Amélioration des connaissances des équipes de médecins en médecine des assurances - Amélioration de la qualité de l'évaluation des dossiers - Réduction de la durée de la procédure - Baisse des coûts 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la surveillance de l'OFAS - Simplification des procédures - Elimination des différences de taux de rentes entre les cantons - Baisse du taux de rentes - Identification des abus - Amélioration des possibilités de réadaptation - Réduction des charges des services sociaux - Effet préventif auprès des omnipraticiens - Collaboration étroite avec les praticiens et leurs organisations - Bases médicales compréhensibles pour les profanes

Comme le montre l'analyse des procès-verbaux des séances de commission comme du modèle de référence de l'OFAS, les objectifs mentionnés ci-dessus ne diffèrent guère de ceux formulés dans le message concernant la 4^e révision de l'AI. Nous pouvons nous prononcer sur les objectifs suivants :

- Uniformisation des bases médicales
- Interdisciplinarité des équipes de médecins
- Amélioration des connaissances des équipes de médecins en médecine des assurances
- Amélioration de la qualité de l'évaluation des dossiers
- Réduction de la durée de la procédure
- Baisse du taux de rentes et harmonisation des taux cantonaux
- Réduction des cas de perception induite des prestations
- Effet préventif auprès des omnipraticiens et amélioration de la collaboration avec eux et leurs organisations

Notre approche consiste en une comparaison avant / après (par rapport à la 4^e révision de l'AI), fondée pour l'essentiel sur les données fournies par les entretiens et sur des données secondaires.

Uniformisation des bases médicales : par rapport à la situation qui prévalait avant la mise en place des SMR, les dossiers des assurés sont examinés avec davantage de soin et considérés sous l'angle de la médecine des assurances. Il en a résulté une uniformisation des bases de décision médicales, bien que des améliorations soient encore nécessaires. Faute de directives impératives données par l'OFAS en matière de recueil des données et faute de contrôle de l'exécution, la tenue des dossiers des assurés varie d'un SMR à l'autre. Ainsi, les effectifs, les rapports avec les offices AI et l'organisation interne du SMR exercent une influence sur le choix des méthodes d'examen.

Interdisciplinarité des équipes de médecins : depuis la création des SMR, les équipes de médecins sont davantage interdisciplinaires, pour la simple raison que le nombre de médecins dans les

SMR est bien plus grand que dans les anciens services médicaux des offices AI. Néanmoins, des améliorations sont encore possibles. Les salaires, inférieurs à ceux du secteur privé, et « l'image » du médecin SMR ont pour effet que de nombreux SMR ont longtemps eu de la peine à engager tous les médecins que leur contingent leur permettait. En particulier, il leur est difficile de trouver des spécialistes appropriés. De nombreux SMR estiment ainsi qu'ils n'ont pas assez de spécialistes et recherchent en particulier des rhumatologues, des orthopédistes et des médecins du travail.

Amélioration des connaissances des équipes de médecins en médecine des assurances : depuis la création des SMR, les connaissances des équipes de médecins en médecine des assurances se sont améliorées grâce à des formations internes et externes. Ces connaissances sont qualifiées de bonnes, mais des améliorations sont encore souvent souhaitées.

Amélioration de la qualité de l'évaluation des dossiers : par rapport à l'époque antérieure à la mise en place des SMR, les dossiers sont jugés avec davantage de minutie et une vision plus globale, surtout sous l'angle de la médecine des assurances. Cette amélioration est surtout due à la forte augmentation des effectifs. Auparavant, chaque office AI avait quelques médecins AI, tandis que les SMR disposent de bien plus de postes, ce qui s'est traduit par une nette amélioration de la minutie et de la qualité des évaluations. Néanmoins, là aussi, des améliorations sont encore nécessaires. Ainsi, nombreux sont les SMR à ne pas avoir encore de système intégral de management de la qualité qui leur permette de contrôler régulièrement leur travail.

Réduction de la durée de la procédure : la durée de la procédure a plutôt augmenté depuis la création des SMR. Certains examens pratiqués en interne demandent beaucoup de temps et les délais d'attente pour les expertises externes sont souvent longs, ce qui rallonge la durée de la procédure. Divers facteurs pouvant réduire cette durée, comme l'amélioration de la détection précoce et du triage des cas, ne sont pas du ressort des SMR. Il est aussi légitime de se demander s'il est judicieux d'attendre cet effet de la mise en place des SMR, un raccourcissement de la procédure et l'amélioration des bases de décision médicales pouvant se révéler être des objectifs contradictoires. La durée de la procédure a tendance à s'allonger notamment en raison de la création des SMR, mais la qualité des bases de décision médicales a augmenté elle aussi.

Baisse du taux de rentes et harmonisation des taux cantonaux : le nombre de nouvelles rentes recule depuis 2002. En 2005, 19 600 nouvelles rentes (pondérées) ont été octroyées contre 23 200 en 2004, soit une baisse de 16 %. Par rapport au pic de 28 200 nouvelles rentes en 2003, le recul est même de 30 % (OFAS 2007).⁴⁵ La baisse du nombre de nouvelles rentes est interprétée comme une conséquence à la fois des efforts consentis de manière générale pour sensibiliser les parties prenantes au problème de l'augmentation des dépenses de l'AI et de la hausse du taux de refus des offices AI ainsi que de la mise en œuvre de la 4^e révision de l'AI (y compris la création des SMR). Il nous est impossible d'établir dans quelle mesure l'amélioration de la qualité des avis médicaux des SMR est déterminante dans cette évolution.

Les différences cantonales s'expliquent en partie par des facteurs structurels, économiques, démographiques, sociaux et politiques sur lesquels les offices AI n'exercent aucune influence (cf. le message concernant la 5^e révision de l'AI). Ces facteurs exogènes expliquent environ les deux tiers des

⁴⁵ Le nombre moyen de nouvelles rentes se trouve dans les statistiques AI 2006 (OFAS 2006).

différences de taux de rentes entre les cantons (cf. Spycher et al. 2003). Il est légitime de supposer que l'exécution de la loi varie d'un office AI à l'autre. Il est impossible de savoir quelle est l'influence des SMR sur l'exécution de la loi dans les divers cantons.

Réduction des cas de perception induite de prestations : selon toute vraisemblance, l'évaluation plus minutieuse et plus complète des dossiers s'est traduite par une évaluation des demandes de rentes plus conforme à la loi (cf. Ott, Bade, Wapf 2007). Cette hypothèse est corroborée par le recul du nombre de nouvelles rentes, dû tant à une baisse des nouvelles demandes de prestations qu'à une augmentation du taux de refus⁴⁶ des offices AI (cf. OFAS 2007). Les bases médicales sur lesquelles les offices AI fondent leurs décisions se sont considérablement améliorées et ceux-ci ont davantage qu'auparavant la possibilité d'adopter des décisions conformes à la loi. L'on ne peut déterminer l'influence des SMR sur la diminution des cas de perception induite de prestations.

Effet préventif auprès des omnipraticiens et amélioration de la collaboration avec ceux-ci et leurs organisations : l'on peut supposer que les SMR ont un effet préventif, car les avis des omnipraticiens sont immédiatement et régulièrement revus en détail par des experts. Grâce aux contacts entre le SMR et les médecins généralistes, la collaboration s'est améliorée depuis la création des SMR. Il semble que ces derniers puissent décharger en partie les omnipraticiens. Manifestement, la compétence médicale des SMR peut diminuer les pressions exercées par les patients sur les médecins. Toutefois, des différences considérables sont décelables entre les SMR pour ce qui est de la fréquence et de l'institutionnalisation du dialogue avec les médecins. Ici, des améliorations sont encore nécessaires.

Conclusions de l'équipe d'évaluation

Plusieurs objectifs poursuivis lors de la mise en place des SMR ont été atteints. L'accroissement des effectifs médicaux a permis d'améliorer l'interdisciplinarité des équipes et a contribué à approfondir l'examen des dossiers. Les cours proposés par l'OFAS ont accru les connaissances des médecins des SMR en médecine des assurances et amélioré l'évaluation des dossiers sous cet angle.

Pour quelques objectifs, l'apport des SMR est impossible à estimer. Nous estimons qu'il est ainsi impossible d'attribuer la baisse du taux de rentes à la création des SMR, cette baisse étant plutôt le produit de l'interaction de plusieurs facteurs, dont les SMR. Certains objectifs n'ont guère de sens pour les SMR. La réduction de la durée de la procédure, par exemple, peut entrer en contradiction avec la qualité des bases de décision médicales.

Dans l'ensemble, des améliorations ont été enregistrées depuis la création des SMR pour cinq des huit objectifs examinés, même si ces objectifs n'ont pas encore été entièrement atteints. Depuis l'entrée en vigueur de la 4^e révision de l'AI, la situation s'est améliorée à bien des égards : la qualité des bases de décision médicales des offices AI est en hausse (uniformisation des bases et meilleure évaluation des dossiers), les médecins ont approfondi leurs connaissances en médecine des

⁴⁶ Le taux de refus de premières demandes de rente a passé de 42 % en 2005 à 45 % en 2006.

assurances et l'interdisciplinarité des équipes médicales a progressé. De surcroît, les SMR commencent à influencer la conduite des médecins et à avoir un effet préventif.

Dans deux domaines (baisse du taux de rentes et lutte contre la perception induite de prestations), la multiplicité des facteurs empêche de déterminer l'influence des SMR. Quant à la durée de la procédure, il est plus vraisemblable que la création des SMR ait contribué à l'allonger, mais en produisant du même coup une amélioration de la qualité.

Dans l'ensemble positifs, ces effets de la mise en place des SMR ne doivent néanmoins pas cacher le fait que des améliorations sont encore nécessaires dans plusieurs domaines. Des différences considérables existent entre les SMR dans la fourniture de certaines prestations.

5 Réponses aux questions de l'évaluation et bilan

Nous apportons les réponses suivantes aux questions de l'évaluation formulées au chapitre 2.2 :

9. **Caractérisation**

Quelle est la typologie des activités réalisées dans les SMR, dans les offices AI, et celle de la collaboration entre ceux-ci et ceux-là ?

Actuellement, cette question n'a aucun sens. En principe, les activités des offices AI et des SMR sont réglementées (cf. chap. 1.3). Toutefois, l'organisation des processus est du ressort de l'office AI cantonal. Si on y ajoute le fait que le contexte varie beaucoup d'un office AI et d'un SMR à l'autre, il est pratiquement impossible de tirer des parallèles entre les divers systèmes OAI-SMR. Il s'agit de cas particuliers.

Quelle est la typologie des effets des systèmes informatiques sur l'activité des SMR ?

Dans notre opinion, les systèmes informatiques utilisés par les offices AI n'ont qu'une influence marginale sur l'activité des SMR, qui se sont accommodés des particularités de ces systèmes. Les SMR qui desservent plusieurs offices AI utilisant des systèmes informatiques différents ont un certain surcroît de travail, mais qui tout compte fait ne semble pas déterminant. Les SMR estiment souvent qu'il est plus gênant que les systèmes informatiques des offices AI ne soient pas en réseau (même lorsqu'ils sont du même type).

Il nous semble plus important de former de façon systématique et ciblée les médecins des SMR à l'utilisation des systèmes informatiques et d'améliorer leurs connaissances en informatique afin de garantir l'utilisation optimale du système informatique employé.

Quel jugement porter sur la qualité des données fournies ?

Nous estimons que la qualité des données fournies par le SMR est insuffisante pour permettre des comparaisons, car les définitions ne sont pas assez concrètes et car l'OFAS n'a pas édicté de consignes claires et contraignantes pour le recueil des données.

10. **Evaluation et analyse de l'impact**

Quel système d'évaluation (indicateurs) permet de décrire et de mesurer, d'un côté, les inputs et les conditions applicables aux SMR et, de l'autre, leurs prestations et leur impact ?

L'utilité des données actuellement disponibles en tant qu'indicateurs de l'input, d'une part, et des prestations et de l'impact des SMR, de l'autre, est limitée. L'exigence proposée en 2003 dans l'étude de faisabilité (Evaluanda 2003) – à savoir des données opérationnelles suffisamment à jour, recueillies de façon systématique et fiable – garde ainsi toute son actualité.

Quels sont les effets des caractéristiques des SMR (façon de travailler, pratique en matière d'examens médicaux, dotation en personnel), des offices AI (système informatique, tenue des dossiers) et de leurs rapports sur les dimensions suivantes :

- Qualité des bases de décision et des décisions médicales,
- Durée de la procédure,
- Taux de rentes,
- Efficience du système SMR-office AI,
- Décisions des tribunaux cantonaux ?

Nous n'avons pas pu établir de corrélation systématique entre les caractéristiques des SMR, des offices AI et de leurs rapports d'un côté et les dimensions étudiées de l'autre.

11. **Atteinte des objectifs**

Dans quelle mesure les objectifs formulés dans le message concernant la 4^e révision de l'AI pour la création des SMR ont-ils été atteints ? Pour quelles raisons les objectifs n'ont-ils été atteints que partiellement ou pas du tout ? Quelles mesures sont susceptibles, le cas échéant, d'aider les SMR à mieux atteindre leurs objectifs ?

Des améliorations ont été enregistrées dans pour des huit objectifs examinés, même si ces objectifs n'ont pas encore été entièrement atteints. Depuis la 4^e révision de l'AI, la qualité et l'homogénéité des bases de décision médicales ont augmenté, les équipes de médecins sont devenues plus interdisciplinaires et ont acquis davantage de connaissances en médecine des assurances, les décisions des offices AI ont tendance à être davantage conformes à la loi et la collaboration avec les médecins et leurs organisations s'est accrue, ce qui a eu un certain effet préventif.

Dans deux domaines (baisse du taux de rentes et lutte contre la perception induite de prestations), la multiplicité des facteurs empêche de déterminer l'influence des SMR. Quant à la durée de la procédure, elle a plutôt augmenté en raison de la création des SMR, laquelle se traduit cependant par une amélioration de la qualité.

12. Quelles modifications faut-il apporter aux processus de travail des SMR, des offices AI et à la collaboration entre eux pour améliorer l'efficacité de la procédure ?

Pour améliorer les processus de travail, nous recommandons la mise sur pied d'un système de management de la qualité qui définisse en particulier l'input et l'output des services ayant part au processus, formule pour ces prestations des valeurs de consigne et en vérifie le respect.

Nous avons aussi l'impression que la tenue électronique des dossiers rationaliserait les processus de travail.

En guise de **bilan**, l'équipe d'évaluation conclut que la création des SMR a commencé à générer les effets attendus d'elle, même s'il faut continuer à y travailler, et même si les objectifs n'ont pas encore été atteints.

L'organisation fédéraliste de l'AI et, par voie de conséquence, la conception fédéraliste des SMR ont abouti à une multitude de structures qui ne présentent guère de traits communs. Dès lors, nous n'avons pas constaté de corrélations probantes entre les caractéristiques des SMR et de la collaboration entre les SMR et l'office AI d'un côté et l'activité des SMR de l'autre. Nous supposons en outre qu'une grandeur clé comme le taux de rentes et les variables qui en découlent sont le produit d'un grand nombre de facteurs, d'ordre surtout contextuel, les caractéristiques de l'organisation de l'AI ne jouant ici qu'un rôle mineur.

L'analyse précise des corrélations mentionnées ci-dessus est aussi rendue difficile par la mauvaise qualité des données. Toute évaluation fiable requiert des données clairement définies et recueillies de façon systématique et uniforme, comme le proposait en son temps l'étude de faisabilité. Emailées d'imprécisions, les données fournies par les SMR ne sont guère utiles.

6 Recommandations

Dans la perspective d'accroître l'efficacité de la procédure et d'atteindre les objectifs assignés par les instances politiques, nous soumettons à l'OFAS un certain nombre de recommandations, qui se cantonnent au système des SMR tel qu'il se présente actuellement.

Les conclusions de notre évaluation nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

1. L'OFAS définit à l'intention des dix SMR des objectifs stratégiques supérieurs, qui soutiennent l'orientation stratégique à long terme et qui, en règle générale, portent sur les résultats.⁴⁷

L'OFAS formule en outre, pour les dix SMR, des objectifs opérationnels SMART – spécifiques, mesurables, ambitieux, réalistes et déterminés dans le temps – qui portent à la fois sur l'input et sur l'output. Ces objectifs sont la base du controlling. L'OFAS aide les SMR à atteindre les objectifs définis. Chaque SMR devant être défini comme un cas particulier évoluant dans un contexte qui lui est propre, nous recommandons de formuler des objectifs de développement propres à chaque SMR, de concert avec le SMR et l'office AI, et les consigner dans des contrats de prestations à signer avec chaque SMR.

2. Un controlling complet est mis en place afin de garantir l'efficacité de la procédure et l'efficience des processus. L'OFAS arrête les consignes à respecter en la matière par les SMR. Ce controlling se fonde sur les objectifs d'ordre stratégique et opérationnel. Il permet de vérifier dans quelle mesure les objectifs sont atteints et de ne pas perdre de vue l'efficience des prestations fournies. Les critères d'évaluation utilisés pour le controlling englobent des indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis pour juger de l'atteinte des résultats sur les plans stratégique (mandat de prestations, p.ex.) et opérationnel (contrat de prestations, p.ex.).

Nous recommandons à l'OFAS d'abandonner la collecte des données par la tenue du journal SMR, car elle n'est pas pertinente. En lieu et place, il convient de définir, sur la base d'un modèle causal, un ensemble d'indicateurs mesurés systématiquement pour contrôler si et comment les objectifs sont atteints, également dans l'optique d'une future évaluation. Des pistes d'action se trouvent dans le concept de pilotage et dans l'évaluation d'evaluanda (2003). A cet égard, il faut harmoniser la notion de cas, la saisie des temps d'immobilisation des dossiers au SMR (ventilés par genre de traitement) et la saisie de la durée de la procédure (y compris des délais externes⁴⁸). Pour identifier les meilleures pratiques, nous recommandons de mettre sur pied une analyse comparative globale sur la base des indicateurs du controlling. Il convient également d'envisager la mise en place d'un système de monitoring systématique pour constater en temps voulu l'évolution et les tendances de la mise en œuvre et de ses effets.⁴⁹

⁴⁷ Selon un adage latin : « Nul vent n'est favorable à qui ne connaît pas son port » (Sénèque le Jeune) (http://www.lescitations.net/citations/mots_cles/Port.html).

⁴⁸ Pour la durée de la procédure, il faut enregistrer séparément le temps d'immobilisation à l'office AI et le délai d'attente des expertises externes, des expertises du COMAI ou d'autres examens de la personne assurée pratiqués par le médecin traitant ou par un spécialiste.

⁴⁹ Les notions de controlling et de monitoring sont celles utilisées par le document de travail du groupe de contact interdépartemental « Evaluation de l'efficacité » (IDEKOWI) (Läubli et al. 2004).

3. L'OFAS définit les principales valeurs du management de la qualité dans les SMR et les offices AI, ce qui signifie qu'il traduit en termes concrets et mesurables les objectifs formulés pour les inputs et les outputs, et qu'il fixe les valeurs cibles. Les SMR étant rattachés sur le plan administratif à des offices AI dont certains disposent déjà d'un système de management de la qualité, nous nous bornerons à formuler les critères généraux applicable à un tel système.

Le système de management de la qualité définit des valeurs relatives à la qualité des dossiers et des mandats confiés aux SMR. Il faut que les dossiers soient complets, clairs et facilement utilisables. Une introduction de la gestion électronique des dossiers dans tous les SMR est souhaitable. Les mandats confiés au SMR sont spécifiques et se rapportent aux faits médicaux ou à l'atteinte à la santé. Les avis des SMR sont complets – de sorte que l'office AI n'ait pas besoin de poser de demander des précisions –, rédigés dans un langage compréhensible pour les personnes n'exerçant pas une profession médicale et rendus dans un délai raisonnable. Le système de management de la qualité doit aussi garantir la qualité des examens cliniques pratiqués par le SMR et des expertises externes. Le concept de pilotage (OFAS 2006a) a déjà défini les premières bases de ce système.

4. Afin d'optimiser les processus, l'OFAS, en accord avec les SMR, examine le rapport entre examens médicaux réalisés en interne et expertises externes et d'édicter à ce sujet des prescriptions et des directives. Pour garantir une allocation efficiente des fonds et du personnel, il y a lieu de définir la modalité d'examen (examen clinique interne, entretien avec le patient, expertise externe, etc.) appropriée à chaque situation, compte tenu de la jurisprudence du lieu.
5. Les processus internes des offices AI et des SMR sont soumis à une analyse systématique visant à identifier les points faibles et les potentiels d'amélioration. Il convient d'étudier les modalités d'organisation internes les mieux adaptées aux SMR qui desservent plusieurs offices AI. En collaboration avec les offices AI et les SMR, l'OFAS formule des recommandations visant à améliorer la communication et à harmoniser les processus de travail. Pour les SMR dont la zone de desserte est très hétérogène, il convient d'étudier d'autres modes d'organisation (autre répartition, nouveau SMR, etc.).
6. L'OFAS fait en sorte d'harmoniser la pratique des SMR en organisant des formations et en édictant des prescriptions relatives au personnel (p. ex. n'embaucher que des médecins ayant suivi une formation en médecine des assurances). Afin de développer la formation en médecine des assurances en Suisse, nous recommandons à l'OFAS de rendre obligatoires pour les médecins du SMR certaines formations postgrade de l'Academy of Swiss Insurance Medicine (ASIM). Outre les séminaires organisés par l'OFAS, nous recommandons la tenue de séances régionales d'échange d'expériences dans les SMR afin de favoriser l'unité de doctrine.
7. L'OFAS étudie la possibilité d'augmenter le salaire des médecins spécialistes afin d'accroître pour eux l'attrait du travail dans les SMR.
8. Tous les SMR s'emploient systématiquement à sensibiliser les généralistes aux questions de médecine des assurances. A cet égard, il y a lieu d'envisager des séminaires périodiques qui permettent aux médecins des SMR d'informer leurs collègues généralistes de leur travail et d'autres questions relevant de la médecine des assurances.

Bibliographie

- Bohny, C.L. et E. Reutter (2003) : Le service médical régional. Modèle de référence. Mandataire : B. Breitenmoser, OFAS.
- Conseil fédéral (2001) : Message du 21 février 2001 concernant la 4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité. FF 2001 3045-3166.
- Conseil fédéral (2005) : Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5^e révision de l'AI). FF 2005 4215-4356.
- Evaluanda (2003) : Etude de faisabilité pour un dispositif d'évaluation des Services médicaux régionaux (SMR). Synthèse du rapport final.
- Kurth, Hedwig (2005) : Bericht 2005 – aus den RAD-Journalen und Evaluationen (Entwurf).
- Läubli, Marlène, Bardin Arigioni Gabriella et Werner Bussmann (2004) : Définitions des termes « évaluation, controlling et monitoring ». Document de travail du groupe de contact interdépartemental « Evaluation de l'efficacité » (IDEKOWI).
- Office fédéral des assurances sociales (2006a) : Concept détaillé du pilotage orienté résultats. Version 2.0. Rédigé par Véronique Merckx.
- Office fédéral des assurances sociales (2006b) : Reporting IV – 4. Quartal 2006. Fichier Excel.
- Office fédéral des assurances sociales (2005a) : SMR : Manuel – Manuel destiné aux services médicaux régionaux de l'assurance-invalidité.
- Office fédéral des assurances sociales (2005b) : Activités des offices AI. Rapport statistique 2005.
- Office fédéral des assurances sociales (2004) : Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) du 1^{er} janvier 2004.
- Ott, Walter ; Bade, Stephanie et Bettina Wapf (2007) : Perception induite de prestations dans l'assurance-invalidité, **e c o n c e p t**, sur mandat de l'OFAS.
- Sozialversicherung Aargau (SVA) (2006) : Rapport annuel.
- Spycher, Stefan; Baillod, Jürg; Guggisberg, Jürg et Marianne Schär Moser (2003) : Analyse des différences intercantionales dans l'assurance-invalidité, Bureau BASS.

Annexe

Liste des personnes interrogées

	Organisation	Personne interrogée
SMR des deux Bâle	Office AI BS	Jürg Schelling (responsable formation et controlling OAI BS)
	Office AI BL	Roland E. Maillard (directeur OAI BL)
	SMR des deux Bâle	Paul Vogt (médecin-chef SMR des deux Bâle) Roland Voëlin (médecin SMR des deux Bâle)
SMR Plateau	Office AI AG	Vinzenz Baur (directeur OAI AG)
	SMR Plateau	Roman Bel (médecin-chef SMR Plateau) Urs Affolter (médecin SMR Plateau)
SMR BE-FR-SO	Office AI BE	Markus Gamper (directeur OAI BE)
	SMR BE-FR-SO	Roman Masé (médecin-chef SMR BE-FR-SO) Michel Anderthalder (médecin SMR BE-FR-SO)
SMR Nord-est de la Suisse	Office AI ZH	Urs Mattenberger (directeur OAI ZH) Erika Button (collaboratrice spécialisée OAI ZH)
	SMR Nord-est de la Suisse	Arnulf Möller (médecin-chef SMR Nord-est de la Suisse) Wolfgang Boothe (médecin SMR)
	Office AI SH	René Gisler (OAI SH)
SMR Suisse orientale	Office AI SG	Susanne Schocher (directrice OAI SG)
	Office AI GR	Josef Nauer (directeur OAI GR)
	SMR Suisse orientale	Monika Hermelink (médecin-chef SMR Suisse orientale) Wolfgang Neupärtl (médecin SMR Suisse orientale)
SMR Rhône	Office AI VS	Guy Riand (directeur adjoint OAI VS) Antonio Viscomi (chef du service juridique OAI VS)
	SMR Rhône	Maurice Theytaz (médecin-chef SMR Rhône)
SMR Suisse romande	Office AI GE	Nicoletta Cacitti (directrice OAI GE)
	Office AI VD	Jean-Philippe Ruegger (directeur OAI VD)
	SMR Suisse romande	Jean-Philippe Ruegger (directeur SMR Suisse romande) Antoinette Vincent (médecin-chef SMR Suisse romande)
SMR Sud	Office AI TI	Monica Maestri (directrice OAI TI) Claudio Buloncelli (directeur adjoint OAI TI)
	SMR Sud	Sergio Luisoli (médecin-chef SMR Sud) Danilo Erba (médecin SMR)
SMR Suisse centrale	Office AI LU	Werner Durrer (directeur OAI LU) Neisa Cuonz (service de réadaptation professionnelle)
	Office AI NW	Andreas Dummermuth (directeur OAI NW)
	SMR Suisse centrale	Ursula Winklehner (médecin-chef SMR Suisse centrale) Duko Sperlich (médecin SMR Suisse centrale)

Canevas d'entretien

Canevas d'entretien avec les médecins-chefs des SMR

1. Introduction

Que fait concrètement le SMR au quotidien ? (*description générale des tâches*)

Comment décririez-vous le déroulement du traitement d'un dossier de demande de rente ?

Quelle est la pratique d'attribution des dossiers (c'est-à-dire pour quels dossiers fait-on appel au SMR) ? Y a-t-il une directive interne à ce sujet ?

Dans l'instruction d'un dossier de demande de rente, y a-t-il des moments précis où l'office AI fait appel au SMR ?

Comment se présente la structure/la tenue des dossiers ? (*critères possibles : classé ou non par ordre alphabétique, avec ou sans procès-verbal du déroulement*)

Y a-t-il une directive interne relative à la formulation des questions adressées au SMR ? Les dossiers sont-ils préparés en vue de la transmission de questions au SMR ?

2. Caractérisation selon le formulaire

(A demander en premier lieu à la direction de l'OAI, puis faire compléter le reste par le médecin-chef du SMR. Pour les questions d'appréciation : poser la question aux deux interlocuteurs.)

3. Questions complémentaires sur les rapports entre l'OAI et le SMR

Si le SMR dessert plusieurs OAI : quels sont les rapports entre les autres OAI et le SMR ? Priorité ou discrimination ?

Tous les OAI desservis utilisent-ils le même système informatique ? (Dans la négative, quels problèmes en découlent ?) Quels problèmes se posent de manière générale au SMR qui dessert plusieurs OAI ?

Quelle est, de façon générale, l'influence du système informatique sur l'activité du SMR ?

Quels sont les rapports entre les processus de l'OAI et le processus du SMR ? Le processus du SMR fait-il partie intégrante des processus de l'OAI ? Quels sont les points de contact (avec le service de réadaptation ou le service juridique, p.ex.) ?

Qui a la compétence d'engager le personnel du SMR ? Qui réalise les entretiens d'évaluation avec le personnel du SMR ?

Existe-t-il des paramètres de qualité mesurables qui s'appliquent à l'input du SMR (c'est-à-dire la préparation des dossiers, les questions des mandats reçus de l'OAI) ?

4. SMR

Le SMR a-t-il une identité distincte ou fait-il partie de l'OAI ? Quel jugement porte-t-il sur sa responsabilité dans les décisions ?

Quelles sont les connaissances des médecins du SMR en médecine des assurances ?

Des directives/consignes de l'OAI ou du SMR prescrivent-elles quand il faut a) pratiquer des examens dans le SMR, b) demander des expertises externes ou c) demander des expertises au COMAI ?

Quelle est l'opinion du SMR sur les examens médicaux qu'il pratique ? (*nécessité, utilité, effets, avantages et inconvénients, etc.*) ?

Quelle est l'opinion du SMR sur le recours à des expertises externes (*nécessité, utilité, effets, avantages et inconvénients, etc.*) ?

Quelle est l'opinion du SMR sur le recours à des expertises du COMAI (*nécessité, utilité, effets, avantages et inconvénients, etc.*) ?

Le SMR sait-il dans quelle mesure l'OAI tient compte de ses recommandations ? S'il ne le sait pas : ne serait-il pas nécessaire de le savoir pour améliorer les décisions de l'AI ?

Le SMR sait-il si ses appréciations obtiennent gain de cause devant le tribunal ? S'il ne le sait pas : ne serait-il pas nécessaire de le savoir pour améliorer les décisions de l'AI ?

Y a-t-il des indicateurs qui permettent de mesurer les prestations (output) du SMR ?⁵⁰ Dans quelle mesure ces indicateurs sont-ils pertinents ?

5. Questions après des changements

(Si le médecin-chef ou les collaborateurs du SMR sont nouveaux, les comparaisons avec l'époque où il n'y avait pas de SMR sont impossibles.) (Si le jugement est négatif, en demander les raisons.)

Quel jugement portez-vous sur la qualité des bases de décision médicales ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur la durée de la procédure ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur l'efficacité du système OAI ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur l'efficacité du système OAI ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur le taux de rentes ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

⁵⁰ Indicateurs possibles : nombre de dossiers traités par médecin (divisés par catégorie de prestations, comme les cas de rentes ou d'infirmité congénitale), qualité des avis médicaux des médecins du SMR.

Quelle valeur le tribunal accorde-t-il aux décisions de l'OAI grâce aux bases de décision médicales fournies par le SMR ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quels sont les points forts du SMR ?

Quels sont les points faibles du SMR et quels aspects peuvent être améliorés ?

6. Bilan

A votre avis, la création des SMR en a-t-elle valu la peine ?

Dans quelle direction le SMR doit-il se développer ?

Canevas d'entretien avec la direction de l'OAI

1. Introduction

Comment décririez-vous le déroulement du traitement d'un dossier de demande de rente ?

Quelles sont les étapes de l'instruction du dossier ?

Dans l'instruction d'un dossier de demande de rente, y a-t-il des moments précis où l'office AI fait appel au SMR ?

Quelle est la pratique d'attribution des dossiers (c'est-à-dire pour quels dossiers fait-on appel au SMR) ? Y a-t-il une directive interne à ce sujet ?

Comment se présente la structure/la tenue des dossiers ? (*critères possibles : classé ou non par ordre alphabétique, avec ou sans procès-verbal du déroulement*)

Y a-t-il une directive interne relative à la formulation des questions adressées au SMR ? Les dossiers sont-ils préparés en vue de la transmission de questions au SMR ?

2. Caractérisation selon formulaire

(Pour les questions de fait, dans la mesure où la direction de l'OAI peut répondre aux questions. Pour les questions d'appréciation : poser la question aux deux interlocuteurs.)

3. Questions complémentaires sur les rapports entre l'OAI et le SMR

Si le SMR dessert plusieurs OAI : quels sont les rapports entre les autres OAI et le SMR ? Priorité ou discrimination ?

Qui a la compétence d'engager le personnel du SMR ? Qui réalise les entretiens d'évaluation avec le personnel du SMR ?⁵¹

Le processus du SMR fait-il partie intégrante des processus de l'OAI ? Quels sont les points de contact (avec le service de réadaptation ou le service juridique, p.ex.) ?

Existe-t-il des paramètres de qualité mesurables qui s'appliquent à l'input et à l'output du SMR (par rapport à l'OAI ? Des paramètres de ce genre s'appliquent-ils aussi à l'output de l'OAI ?)⁵²

Où existe-t-il des pertes d'énergie dans les rapports entre le SMR et l'OAI ? Comment peuvent-elles être évitées ?

Quelle est, de façon générale, l'influence du système informatique sur l'activité de l'AI ?

⁵¹ Le directeur de l'OAI engage-t-il lui-même le personnel médical ou délègue-t-il cette attribution au médecin-chef du SMR ?

⁵² Indicateurs possibles : nombre de dossiers traités par médecin (divisés par catégorie de prestations, comme les cas de rentes ou d'infirmité congénitale), qualité des avis médicaux des médecins du SMR.

4. Questions après des changements

(Si le jugement est négatif, en demander les raisons.)

Quel jugement portez-vous sur la qualité des bases de décision médicales ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur la durée de la procédure ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur l'efficacité du système OAI ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur l'efficacité du système OAI ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quel jugement portez-vous sur le taux de rentes ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quelle valeur le tribunal accorde-t-il aux décisions de l'OAI grâce aux bases de décision médicales fournies par le SMR ? En comparaison avec l'époque où le SMR n'existait pas ?

Quels sont les points forts actuels du système OAI-SMR ?

Quels sont les points faibles actuels et quels aspects peuvent être améliorés ?

5. Bilan

A votre avis, la création des SMR en a-t-elle valu la peine ?

Dans quelle direction le SMR doit-il se développer ?

Grille de recueil

Critères descriptifs	SMR
Structure organisationnelle OAI (autonome ou intégré) ⁵³	
Position du SMR dans l'OAI (sous-unité org. ou intégré)	
Supérieur direct du responsable du SMR ⁵⁴	
Locaux du SMR (séparés ou dans l'OAI)	
Système informatique (A, B ou C) ⁵⁵	
Tenue des dossiers (électronique ou papier)	
Nombre de postes attribués médecins/autres (contingent) ⁵⁶	
Utilisation <u>actuelle</u> du contingent pour les médecins (postes pourvus, utilisation en %)	
Le nombre de médecins spécialistes est-il suffisant? (oui/non)	
Valeur de l'avis du SMR : vaut-il comme directive interne ? (oui/non)	
Qualité des dossiers reçus par le SMR (mauvaise, moyenne, bonne) ⁵⁷	
Qualité des dossiers reçus du SMR par l'OAI ou qualité médicale des avis du SMR (mauvaise, moyenne, bonne) ⁵⁸	
Nombre d'examen médicaux pratiqués par le SMR (par an)	
Nombre d'expertises confiées au COMAI (par an)	
Nombre d'autres expertises externes (hors COMAI) (par an)	
Durée moyenne de traitement d'un dossier en tout (en semaines)	
Durée moyenne de traitement d'un dossier dans le SMR (en semaines)	
Nombre moyen de dossiers traités par médecin du SMR (par an)	
Appréciation de la productivité du SMR (faible, moyenne, élevée)	
Degré d'autonomie perçu par le SMR ⁵⁹ (faible, moyenne, grande)	
Caractère conflictuel des rapports entre SMR et OAI (aussi sur le plan personnel) (faible, moyen, élevé)	

⁵³ L'OAI fait-il partie d'un tout avec la caisse de compensation et d'autres assurances sociales ?

⁵⁴ De qui dépend le médecin-chef du SMR ?

⁵⁵ Il s'agit uniquement ici de voir où sont utilisés les mêmes systèmes : A=GILAI, B=OSIV, C=IGS, D= ELAR

⁵⁶ Base : postes des SMR 2007 (données de l'OFAS)

⁵⁷ Cf. « Facteurs de succès pour les SMR » : conditions pour réduire la durée de traitement : dossier complet, de sorte qu'il n'est plus nécessaire de demander des précisions au SMR, rédaction d'un résumé du cas, classement chronologique des pièces médicales.

⁵⁸ Cf. « Facteurs de succès pour les SMR » : les avis sont formulés de sorte qu'il n'est plus nécessaire de demander des précisions au SMR ; en règle générale, les avis doivent contenir les points suivants : appréciation critique de l'anamnèse, description suffisamment détaillée de l'état de santé physique, psychique et mentale, description des effets de l'état de santé sur la capacité de travail, identification de l'importance des facteurs étrangers à l'AI, propositions quant à la réadaptation.

⁵⁹ Il s'agit de savoir ici si les SMR s'estiment réellement autonomes dans leur travail, comme le prescrit la loi, ou s'ils se sentent « tenus en laisse » par les OAI.

Données

Variables indépendantes

Tableau 47: Variable « Qualité des bases de décision et des décisions médicales » (indicateur 1)

SMR	Qualité des bases de décision et des décisions médicales <i>Estimation subjective du SMR et de l'OAI</i>
SMR Plateau	La qualité des avis médicaux est jugée bonne dans l'ensemble. Depuis la mise sur pied du SMR, les bases de décision médicales de l'OAI AG se sont considérablement améliorées. Toutefois, les avis du SMR peuvent encore être améliorés. Dans leur langage, ils ne sont parfois pas encore assez adaptés aux besoins des collaborateurs spécialisés.
SMR BE-FR-SO	La qualité de la teneur des avis du SMR est jugée bonne dans l'ensemble. L'OAI dispose de bases de décision nettement meilleures, évolution jugée positive, surtout dans la perspective de la complexité croissante des cas de rente. L'OAI doit parfois demander des précisions au SMR lorsque des doutes subsistent ou lorsqu'il ne partage pas l'évaluation du SMR.
SMR Suisse orientale	La qualité de la teneur des avis du SMR est jugée bonne dans l'ensemble. L'OAI doit parfois demander des précisions au SMR lorsque des doutes subsistent ou lorsqu'il ne partage pas l'évaluation du SMR. Les bases de décision médicales se sont notablement améliorées.
SMR Suisse centrale	La qualité de la teneur des avis du SMR est jugée bonne dans l'ensemble. Les bilans de santé des assurés sont plus différenciés qu'auparavant, ce qui est favorable aux mesures de réadaptation professionnelle. Certains avis présentent encore des difficultés de langage ou ne sont pas assez focalisés sur le problème. L'OAI demande des précisions au SMR lorsque l'avis n'est pas compréhensible en raison de sa teneur ou de sa formulation. Afin d'optimiser les processus, le SMR a élaboré en collaboration avec le service juridique un formulaire d'avis, qui comprend la description de l'atteinte à la santé et de ses conséquences pour le profil ergonomique de la personne assurée. Cette structure a rendu les avis plus compréhensibles pour les collaborateurs spécialisés.
SMR Nord-est de la Suisse	Depuis l'entrée en service des SMR, la qualité des avis médicaux et le soin apporté au traitement des dossiers ont nettement augmenté.
SMR des deux Bâle	La qualité des bases de décision médicales s'est améliorée pour l'OAI. Conformément au système interne de management de la qualité, les avis du SMR que l'office AI estime insuffisants sont renvoyés au SMR via sa direction. La qualité du travail du SMR est améliorée, surtout en matière de médecine des assurances. Les doutes sont surtout dus à un manque de détails concernant la capacité de travail. L'OAI tient généralement compte des recommandations du SMR, mais ne lui communique pas systématiquement les cas où il n'en tient pas compte. L'OAI tient moins compte des recommandations du SMR pour juger de l'obligation de réduire le dommage et pour la demande d'expertises.
SMR Rhône	La structure de l'argumentation – surtout pour les aspects juridiques – est prescrite pour les avis du SMR. L'OAI suit en général l'avis du SMR et prend contact avec celui-ci lorsqu'il s'en écarte ou que des aspects ne sont pas clairs. La qualité des avis du SMR est jugée bonne dans l'ensemble. Pour l'OAI, la qualité des bases de décision médicales est considérablement meilleure qu'auparavant.
SMR Suisse romande	La qualité de la teneur des avis médicaux est jugée bonne. Pour l'OAI, la qualité des bases de décision médicales s'est considérablement améliorée. Les avis du SMR sont très bien considérés. L'OAI recherche le dialogue avec le SMR lorsqu'il s'écarte de son avis ou qu'il est en désaccord.
SMR Sud	La qualité des avis est jugée d'assez bonne à bonne. En règle générale, les avis sont complets et compréhensibles. Les aspects ayant trait à la capacité de travail peuvent être améliorés (plus détaillés).

Variables dépendantes

Tableau 48 : Variable « Qualité des bases de décision et des décisions médicales » (indicateurs 2 et 3 ; données complètes)

SMR	Qualité des bases de décision et des décisions médicales	
	Oppositions acceptées en % (2006)	Renvois pour complément d'instruction en % (2006)
SMR Plateau	OAI AG: 16,7%	OAI AG: 0,0%
SMR BE-FR-SO	OAI BE: 15,2% OAI FR: 15,0% OAI SO: 28,2% Moyenne pondérée: 18,9%	OAI BE: 0,4% OAI FR: 0,4% OAI SO: 0,2% Moyenne pondérée: 0,4%
SMR Suisse orientale	OAI SG: 9,0% OAI TG: 11,6% OAI AI: 30,0% OAI AR: 7,8% OAI GR: 15,1% Moyenne pondérée: 11,5%	OAI SG: 16,6% OAI TG: 10,3% OAI AI: 0,0% OAI AR: 0,0% OAI GR: 8,1% Moyenne pondérée: 14,2%
SMR Suisse centrale	OAI LU: 20,9% OAI NW: 12,1% OAI OW: 24,1% OAI UR: 20,4% OAI SZ: 13,3% OAI ZG: 11,4% Moyenne pondérée: 19,9%	OAI LU: 0,3% OAI NW: 1,7% OAI OW: 0,0% OAI UR: 0,0% OAI SZ: 0,3% OAI ZG: 5,9% Moyenne pondérée: 0,6%
SMR Nord-est de la Suisse	OAI ZH: 16,5% OAI GL: 20,0% OAI SH: 29,7% Moyenne pondérée: 17,8%	OAI ZH: 0,4% OAI GL: 0,0% OAI SH: 4,5% Moyenne pondérée: 2,0%
SMR des deux Bâle	OAI BL: 23,6% OAI BS: 12,5% Moyenne pondérée: 19,5%	OAI BL: 0,0% OAI BS: 0,0% Moyenne pondérée: 0,0%
SMR Rhône ⁶⁰	OAI VS: 18,8%	OAI VS: 0,4%
SMR Suisse romande	OAI VD: 22,1% OAI GE: 15,9% OAI NE: 21,6% OAI JU: 24,3% Moyenne pondérée: 20,4%	OAI VD: 0,1% OAI GE: 1,6% OAI NE: 0,0% OAI JU: 0,0% Moyenne pondérée: 1,5%
SMR Sud ⁶¹	OAI TI: 29,3%	OAI TI: 0,2%

⁶⁰ Sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

⁶¹ Pour le SMR Sud, nous ne tenons compte que des chiffres de l'OAI du Tessin.

Tableau 49 : Variable « Décisions des tribunaux cantonaux » (indicateurs 2 et 3; données complètes)

SMR	Décision des tribunaux cantonaux	
	Recours acceptés en % (2006)	Renvois pour complément d'instruction en % (2006)
SMR Plateau	OAI AG: 7,0%	OAI AG: 35,7%
SMR BE-FR-SO	OAI BE: 12,4% OAI FR: 1,7% OAI SO: 21,8% Moyenne pondérée: 14,2%	OAI BE: 33,1% OAI FR: 17,2% OAI SO: 16,4% Moyenne pondérée: 30,8%
SMR Suisse orientale	OAI SG: 27,1% OAI TG: 16,2% OAI AI: 0,0% OAI AR: 22,2% OAI GR: 3,8% Moyenne pondérée: 17,4%	OAI SG: 28,8% OAI TG: 33,8% OAI AI: 33,3% OAI AR: 0,0% OAI GR: 19,2% Moyenne pondérée: 30,5%
SMR Suisse centrale	OAI LU: 15,1% OAI NW: 0,0% OAI OW: 20,0% OAI UR: 0,0% OAI SZ: 9,1% OAI ZG: 18,2% Moyenne pondérée: 14,8%	OAI LU: 22,3% OAI NW: 6,7% OAI OW: 20,0% OAI UR: 80,0% OAI SZ: 36,4% OAI ZG: 30,9% Moyenne pondérée: 31,8%
SMR Nord-est de la Suisse	OAI ZH: 10,2% OAI GL: 6,3% OAI SH: 0,0% Moyenne pondérée: 10,1%	OAI ZH: 40,0% OAI GL: 50,0% OAI SH: 21,4% Moyenne pondérée: 40,1%
SMR des deux Bâle	OAI BL: 10,3% OAI BS: 19,1% Moyenne pondérée: 17,5%	OAI BL: 17,9% OAI BS: 22,3% Moyenne pondérée: 21,1%
SMR Rhône ⁶²	OAI VS: 7,6%	OAI VS: 6,3%
SMR Suisse romande	OAI VD: 13,7% OAI GE: 20,0% OAI NE: 2,9% OAI JU: 9,1% Moyenne pondérée: 16,9%	OAI VD: 5,6% OAI GE: 22,5% OAI NE: 35,3% OAI JU: 36,4% Moyenne pondérée: 26,1%
SMR Sud ⁶³	OAI TI: 9,7%	OAI TI: 20,4%

⁶² Sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

⁶³ Pour le SMR Sud, nous ne tenons compte que des chiffres de l'OAI du Tessin.

Fig. 15: Taux des nouvelles rentes par SMR

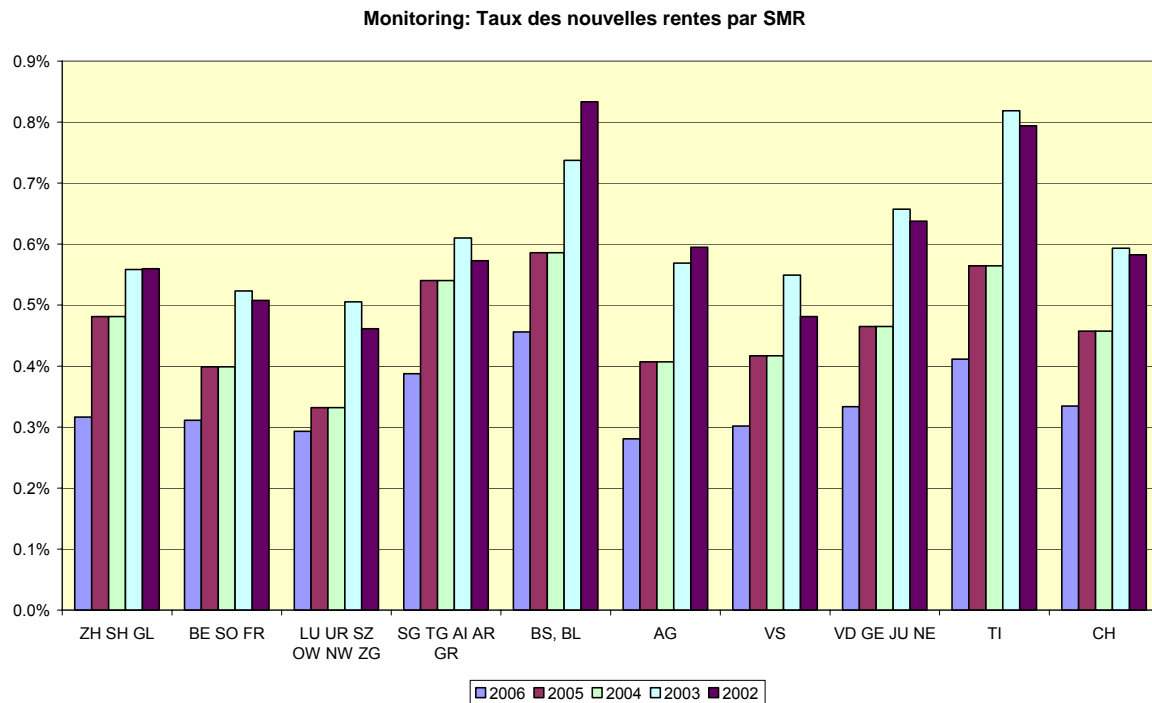


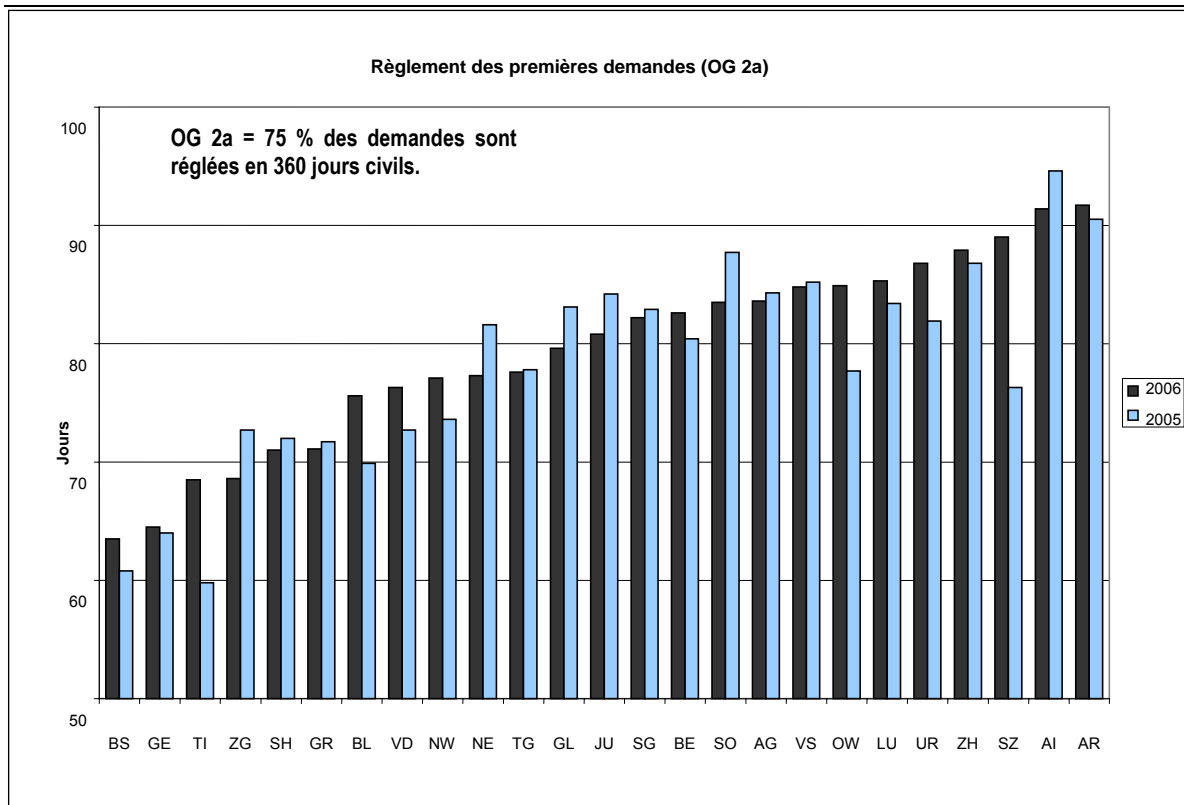
Tableau 50: Variable « Temps d'immobilisation des dossiers » (données complètes)

SMR	Temps d'immobilisation <i>Temps d'immobilisation moyen en jours (2006)</i>
SMR Plateau	OAI AG: 83,6
SMR BE-FR-SO	OAI BE: 82,6 OAI FR: - OAI SO: 83,5 Moyenne pondérée: 82,8
SMR Suisse orientale	OAI SG: 82,2 OAI TG: 77,6 OAI AI: 91,4 OAI AR: 91,7 OAI GR: 71,1 Moyenne pondérée: 79,3
SMR Suisse centrale	OAI LU: 85,3 OAI NW: 77,1 OAI OW: 84,9 OAI UR: 86,8 OAI SZ: 89,0 OAI ZG: 68,6 Moyenne pondérée: 82,9
SMR Nord-est de la Suisse	OAI ZH: 87,9 OAI GL: 79,6 OAI SH: 71,0 Moyenne pondérée: 86,8
SMR des deux Bâle	OAI BL: 75,6 OAI BS: 63,5 Moyenne pondérée: 70,3
SMR Rhône ⁶⁴	OAI VS: 84,8
SMR Suisse romande	OAI VD: 76,3 OAI GE: 64,5 OAI NE: 77,3 OAI JU: 80,8 Moyenne pondérée: 72,9
SMR Sud ⁶⁵	OAI TI: 68,5

⁶⁴ Sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

⁶⁵ Pour le SMR Sud, nous ne tenons compte que des chiffres de l'OAI du Tessin.

Fig. 16: Objectif de gestion (OG) 2a par office AI



**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>