



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral des assurances sociales OFAS
Domaine Assurance-invalidité

CONVENTION

CONCERNANT LA RÉALISATION D'EXPERTISES MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES ET BIDISCIPLINAIRES

entre

l'Assurance-invalidité (AI)
représentée par
l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

(ci-après « l'assurance »)

et

le centre d'expertises XY

(ci-après « le fournisseur de prestations »)

Sur la base de l'art. 72^{bis} RAI en relation avec l'art. 27, al. 1, LAI, il est convenu ce qui suit :

Art. 1 Objet et champ d'application

¹ La présente convention règle la réalisation et la rémunération d'expertises médicales pluridisciplinaires et bidisciplinaires au sens de l'art. 44, al. 1, let. b et c, LPGA.

² Les expertises visées par la présente convention ne peuvent être réalisées que sur le territoire suisse.

Art. 2 Parties intégrantes de la convention

Les documents suivants sont parties intégrantes de la convention :

- a. directives relatives à la qualité et à l'organisation (*annexe 1*)
- b. tarif applicable aux expertises médicales pluridisciplinaires, avec explications (*annexe 2*)
- c. tarif applicable aux expertises médicales bidisciplinaires, avec explications (*annexe 3*)

Art. 3 Devoirs du fournisseur de prestations

¹ Le fournisseur de prestations n'accepte des mandats d'expertises médicales pluridisciplinaires et bidisciplinaires de l'assurance que par l'intermédiaire de la plateforme d'attribution « SuisseMED@P ». En sont exclues les expertises de suivi qui doivent être exécutées dans un délai de trois ans à compter de la dernière expertise. La gestion administrative s'opère selon le mode d'emploi de l'exploitant de la plateforme. Le fournisseur de prestations garantit en outre que seules des personnes dûment autorisées ont accès au site non public de « SuisseMED@P ».

² Le fournisseur de prestations respecte les dispositions relatives à l'obligation de garder le secret et à la protection des données conformément aux dispositions pertinentes de la LPGA et de la LPD. Il prend en particulier toutes les mesures architecturales, techniques et organisationnelles appropriées afin que les données et les documents mis à disposition par l'assurance ou transmis par l'assuré dans le cadre de l'expertise soient protégés contre les accès non autorisés et le risque de perte. Le traitement des données au sens de l'art. 5, let. d, LPD n'est autorisé que sur le territoire suisse.

^{2bis} Le fournisseur de prestations s'engage à réaliser l'expertise conformément au processus Suisse-MEP@P, en suivant les instructions fournies¹. Si un changement survient pendant la réalisation de l'expertise (par ex. changement au sein de l'équipe d'experts, retard important, reports de rendez-vous, etc.), il doit contacter l'office AI qui lui a attribué le mandat.

³ Le fournisseur de prestations s'engage à rédiger l'expertise conformément à la structure d'expertise prescrite par l'office AI dans le mandat individuel et par les directives correspondantes de l'OFAS.

⁴ Le fournisseur de prestations garantit que les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'un enregistrement sonore (art. 44, al. 6, LPGA et art. 7k OPGA). Il respecte les directives techniques de l'assurance relatives à l'enregistrement et à la transmission aux offices AI².

⁵ Le fournisseur de prestations veille à ce que les directives relatives à la qualité et à l'organisation (*annexe 1*) soient respectées en tout temps. Il s'engage notamment à mettre en place et à maintenir des mesures d'assurance qualité et un contrôle permanent de la qualité.

⁶ Le fournisseur de prestations s'assure que chaque expert a approuvé par écrit son expertise ainsi que l'évaluation consensuelle. L'utilisation d'une signature électronique est admise à condition que le fournisseur de prestations ait remis à l'OFAS une déclaration de consentement par laquelle il s'engage à utiliser cette signature correctement³.

⁷ Le fournisseur de prestations s'engage à émettre ses factures sous forme électronique et à les transmettre via EDI « Electronic Data Interchange » (XML). Le traitement des factures s'effectue soit au moyen d'un intermédiaire EDI, soit au moyen d'un logiciel propre sous la forme d'un décompte respectant

¹ Voir www.suissemedap.ch > Informations concernant SuisseMED@P > Le processus SuisseMED@P

² Voir www.eahv-iv.ch/fr/iva

³ Voir www.ofas.admin.ch > Assurances sociales > Assurance-invalidité AI > Informations de base & législation > Les expertises médicales de l'AI > Centres d'observation médicale et experts > Documents > Déclaration de consentement concernant l'utilisation correcte de la signature électronique – Centres d'expertises

les standards XML (les publications et directives du Forum Échange de données [« Forum Datenaustausch »] s'appliquent)⁴.

⁸ Le fournisseur de prestations s'engage à établir la facture conformément aux prescriptions de la Centrale de compensation (www.zas.admin.ch > Partenaires et Institutions > Paiement des prestations individuelles AVS/AI > Tarifs > Expertises médicales mono-, bi- et pluridisciplinaires).

⁹ Le fournisseur de prestations est tenu de gérer et de publier sur Internet une liste des experts travaillant actuellement pour lui. Cette liste indique, pour chaque discipline (psychiatrie etc.), par ordre alphabétique les nom, prénom et type d'activité (salarié ou indépendant) des experts. Il doit également préciser qui sont la ou les personnes en charge de sa direction médicale.

¹⁰ L'OFAS peut en tout temps procéder à des vérifications et demander des renseignements sur l'activité d'expertise afin de s'assurer du respect de la présente convention. À cette fin, il peut effectuer lui-même un audit ou mandater un organisme externe dans le but notamment de contrôler des expertises ou les mesures d'assurance qualité visées à l'al. 5 et à l'annexe 1. Les documents et processus correspondants sont régulièrement mis à jour.

¹¹ Le fournisseur de prestations est tenu de communiquer sans délai à l'OFAS tout changement ou événement susceptible d'avoir une influence sur l'activité et le bon fonctionnement du centre d'expertises. Cela concerne en particulier :

- toute modification de l'entreprise, de la forme juridique, des associés, de la situation patrimoniale ou de l'adresse
- toute modification de l'organisation (direction générale, médicale ou administrative)
- toute difficulté financière qui pourrait entraîner la faillite de l'organisation
- la collaboration avec de nouveaux experts (joindre les diplômes de formation postgrade, le certificat SIM et les autorisations)
- la fin de la collaboration avec des experts
- l'existence de plaintes pénales, de procédures pénales, de jugements pénaux, de procédures administratives disciplinaires ou de sanctions administratives à l'encontre du fournisseur de prestations, d'experts ou d'autres personnes ayant un lien avec le fournisseur de prestations
- les litiges de droit privé entre le fournisseur de prestations et ses collaborateurs ou experts ou au sein de l'organisme responsable (associés, actionnaires, etc.) du fournisseur de prestations

¹² L'existence d'une convention ne doit pas être utilisée à des fins publicitaires.

¹³ Une fois qu'il a entamé son activité, le fournisseur de prestations envoie spontanément à l'OFAS les cinq premières expertises effectuées conformément à la présente convention. Si ces expertises ne remplissent pas ou que partiellement les exigences, l'OFAS peut exclure le fournisseur de l'attribution de nouveaux mandats d'expertise tant que celui-ci ne fournit pas un travail conforme à la convention. L'OFAS peut ultérieurement demander d'autres expertises à des fins de vérification.

¹⁴ Durant les six premiers mois de son activité, le fournisseur de prestations envoie à l'OFAS un rapport mensuel sur les mandats qui lui ont été attribués via la plateforme SuisseMED@P, leur statut de traitement et la planification correspondante. Si ce rapport et cette planification soulèvent des questions d'organisation, l'OFAS peut exclure le fournisseur de l'attribution d'autres mandats jusqu'à ce que ces aspects aient été clarifiés. Si nécessaire, il peut prolonger cette mesure.

Art. 4 Devoirs de l'assurance

¹ L'assurance n'attribue des mandats d'expertises médicales bidisciplinaires et pluridisciplinaires que par l'intermédiaire de la plateforme « SuisseMED@P ». En sont exclues les expertises de suivi qui doivent être exécutées dans un délai de trois ans à compter de la dernière expertise. La gestion administrative par les offices AI s'opère conformément au mode d'emploi de l'exploitant de la plateforme et conformément aux directives de l'OFAS.

² L'OFAS édicte à l'attention des offices AI des prescriptions standardisées relatives au contenu d'un mandat d'expertise (liste des documents, contexte du mandat, bref résumé des faits médicaux, question au fournisseur de prestations, etc.) sous la forme de directives.

⁴ Voir www.forum-datenaustausch.ch

³ L'assurance est tenue de rémunérer les expertises médicales pluridisciplinaires et bidisciplinaires selon les tarifs fixés aux *annexes 2 et 3*.

Art. 5 Délai pour la réalisation des expertises et exclusion de l'attribution de nouveaux mandats

¹ Le délai pour la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire est de 130 jours calendaires. Pour la réalisation d'une expertise médicale bidisciplinaire, il est de 90 jours calendaires.

² Le délai court à compter du jour de la réception du dossier par le fournisseur de prestations et expire au jour de l'envoi de l'expertise à l'office AI. Le calcul du délai s'opère selon le mode d'emploi de l'exploitant de la plateforme.

³ Sur demande du fournisseur de prestations, les offices AI interrompent le délai en cas de retard non imputable au fournisseur de prestations (par ex. absence d'un expert pour cause de maladie ou d'accident, non-présentation de l'assuré au rendez-vous fixé pour l'expertise, extension du mandat d'expertise pluridisciplinaire original). Lorsque l'office AI doit rendre une décision incidente susceptible de recours concernant une expertise, le délai est suspendu jusqu'au règlement définitif du litige.

⁴ Dès que 20 % ou plus de ses mandats pluridisciplinaires ou bidisciplinaires en cours accusent du retard, le fournisseur de prestations est automatiquement exclu par SuisseMED@P de la procédure d'attribution pour le type d'expertise concerné jusqu'à ce que le nombre d'expertises en retard se situe à nouveau dans la limite de tolérance de 18 %. Lors d'une telle exclusion, l'OFAS peut demander des renseignements pour savoir si et dans quelle mesure les mandats du type d'expertise non concerné pourront être réalisés dans les délais. En l'absence de mesures organisationnelles appropriées, il peut ordonner que le fournisseur de prestations soit également exclu de la procédure d'attribution pour cet autre type d'expertise.

⁵ Si le risque d'exclusion est imminent, le fournisseur de prestations peut prendre contact avec l'OFAS pour expliquer les raisons de l'augmentation du nombre de mandats ayant pris du retard et discuter des possibles mesures à prendre. Si le fournisseur de prestations peut faire valoir de justes motifs pour les retards et que des mesures ont été prises, l'OFAS peut exceptionnellement reporter la décision d'exclusion.

⁶ Si, sur une période prolongée, le fournisseur de prestations n'est pas en mesure d'atteindre à nouveau la limite de tolérance de 18 % ou si, à plusieurs reprises, 20 % ou plus de ses mandats pluridisciplinaires ou bidisciplinaires accusent du retard, il doit contacter l'OFAS et lui indiquer quelles mesures il entend prendre pour rattraper son retard. Si ce retard subsiste, une résiliation immédiate conformément à l'art. 9, al. 3, demeure réservée.

Art. 6 Exclusion à titre provisionnel de l'attribution d'expertises

¹ L'OFAS peut, à titre provisionnel, exclure à tout moment le fournisseur de prestations de l'attribution de nouveaux mandats d'expertise s'il existe des indices de faits graves liés au fournisseur de prestations ou en présence d'autres circonstances sérieuses qui pourraient compromettre le déroulement ordinaire d'une expertise médicale ou de la procédure AI.

² L'exclusion à titre provisionnel est levée dès que la situation est clarifiée ou dès qu'il peut être garanti que les circonstances en présence ne généreront aucun dommage pour l'assurance.

³ L'OFAS informe le fournisseur de prestations le plus rapidement possible de toute exclusion à titre provisionnel ou de sa levée.

Art. 7 Procédure en cas d'insuffisances au niveau de l'expertise

¹ Si un office AI constate des insuffisances après examen d'une expertise (par ex. erreurs manifestes, contradictions apparentes, non-exhaustivité, questions encore en suspens, non-respect de la structure, etc.), il prend contact avec le fournisseur de prestations et demande que des améliorations ou des compléments soient apportés à l'expertise ou il demande des informations complémentaires. Ces modifications sont comprises dans le tarif et doivent être fournies dans un délai raisonnable.

² Si l'office AI ou le SMR constate des insuffisances répétées dans l'établissement des expertises chez un même fournisseur de prestations, il mène avec ce dernier un entretien qui fait l'objet d'un procès-verbal.

³ En cas d'insuffisance persistante ou de désaccord sur l'existence d'une insuffisance, l'office AI ou le fournisseur de prestations prend contact avec l'OFAS (et lui transmet les documents afférents aux insuffisances). Celui-ci examine la situation et, le cas échéant, vérifie si les directives relatives à la qualité et à l'organisation visées à l'*annexe 1* sont respectées. Les parties peuvent également faire contrôler la qualité médico-assurantielle des expertises par un organisme externe indépendant (par ex. Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales selon l'art. 44, al. 7, let. c, LPGA). En cas d'insuffisances avérées, l'OFAS peut exiger que le fournisseur de prestations prenne des mesures adéquates dans un délai approprié. Si aucune mesure adéquate n'est prise ou si les mesures prises ne conduisent à aucune amélioration notable, l'OFAS peut exclure le fournisseur de prestations de l'attribution de nouvelles expertises par SuisseMED@P jusqu'à ce que les insuffisances en question soient palliées et que tout impact négatif sur l'exploitabilité et la validité des expertises du fournisseur de prestations puisse être écarté. Une résiliation immédiate conformément à l'art. 9, al. 3, demeure réservée.

Art. 8 Procédure en cas de violation des obligations

¹ Si l'OFAS constate qu'un fournisseur de prestations manque aux obligations visées à l'art. 3 de la présente convention, il en informe ce dernier par écrit et exige que des mesures adéquates soient prises dans un délai approprié.

² Si aucune mesure adéquate n'est prise ou si les mesures prises ne conduisent à aucune amélioration notable, l'OFAS peut exclure le fournisseur de prestations de l'attribution de nouvelles expertises par SuisseMED@P.

³ S'il existe des indications que le fournisseur de prestations a gravement manqué à ses obligations ou n'a pas coopéré à la résolution ou à l'éclaircissement des manquements, l'OFAS peut exclure, à titre provisionnel, le fournisseur de prestations de l'attribution de nouvelles expertises par SuisseMED@P jusqu'à ce que les charges soient éclaircies et que tout impact négatif sur l'exploitabilité et la validité des expertises du fournisseur de prestations puisse être écarté. Une résiliation immédiate conformément à l'art. 9, al. 3, demeure réservée.

Art. 9 Résiliation

¹ La présente convention peut être résiliée par les deux parties, moyennant le respect d'un délai de six mois, pour la fin d'un mois civil.

² En cas de résiliation de la présente convention, le fournisseur de prestations garantit l'achèvement dans les temps de tous les mandats en suspens. À cette fin, il est immédiatement exclu de l'attribution de nouveaux mandats. Le fournisseur de prestations garantit qu'il corrigera rapidement les insuffisances et qu'il répondra aux demandes d'informations visées à l'art. 7, al. 1.

³ En cas de violation grave des obligations au sens de l'art. 5, al. 6, ou de l'art. 8, al. 3, ou en cas d'insuffisances graves au sens de l'art. 7, al. 3, l'OFAS peut résilier immédiatement la présente convention, et toutes les expertises non encore achevées sont en principe retirées sans droit à rémunération.

⁴ Au terme de la collaboration, tous les documents et données fournis par l'assurance ou l'assuré dans le cadre de l'expertise doivent être détruits ou effacés de manière irréversible conformément aux normes internationales (par ex. ISO/IEC 21964, prescriptions de la NSA). Un procès-verbal de journalisation au sens de l'art. 4 OPDo doit être établi au sujet de la destruction ou de l'effacement des données.

Art. 10 For

Les litiges entre les parties à la convention sont réglés par le tribunal arbitral cantonal compétent au siège social du fournisseur de prestations, conformément à l'art. 27^{quinquies} LAI.

Art. 11 Entrée en vigueur et modifications à la convention

¹ La présente convention entre en vigueur après signature par les deux parties.

² Toute modification et tout complément apportés à la présente convention et à ses annexes ne sont valables que s'ils revêtent la forme écrite. Ils font l'objet d'un avenant à la présente convention.

³ La présente convention ainsi que ses annexes sont établies en deux exemplaires. Chaque partie reçoit un exemplaire signé original.

....., le

[Centre d'expertises XY]

Berne, le

Office fédéral des assurances sociales
Domaine Assurance-invalidité

.....
Signature

.....
Prénom et nom en caractères d'imprimerie

.....
Signature

Florian Steinbacher, vice-directeur

.....
Signature

.....
Prénom et nom en caractères d'imprimerie

.....
Signature

Ralf Kocher, responsable de secteur



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral des assurances sociales OFAS
Domaine Assurance-invalidité

Annexe 1

DIRECTIVES RELATIVES À LA QUALITÉ ET À L'ORGANISATION

Les critères de qualité et d'organisation (qualité relative à la structure et aux processus) suivants s'appliquent à la réalisation d'expertises médicales pluridisciplinaires pour l'assurance :

1. Infrastructure, lieu et modalités de l'expertise

- a) Le fournisseur de prestations dispose de l'infrastructure nécessaire pour réaliser des expertises médicales, en particulier des locaux appropriés (par ex. réception, salle d'attente, salles de consultation, secrétariat, installations sanitaires, salle de repos, salle de réunion).
- b) Les locaux du centre d'expertises sont accessibles à tous (notamment en fauteuil roulant).
- c) Les expertises sont en principe réalisées dans les locaux du fournisseur de prestations. Elles peuvent également se dérouler dans un cabinet médical (par ex. si un équipement technique est nécessaire) si possible proche du centre d'expertises.
- d) Les expertises réalisées par les différents experts le sont dans un intervalle aussi bref que possible, afin de limiter les inconvénients (long temps d'attente, trajets multiples, etc.) pour l'assuré.
- e) Le fournisseur de prestations veille à ce que l'assuré soit reçu avec l'attention et la courtoisie nécessaires. Il dispose d'une charte moderne.
- f) Des enquêtes de satisfaction des assurés peuvent être menées au moyen de questionnaires standardisés.

2. Indépendance et garantie du principe aléatoire

- a) Les experts sont indépendants dans leur évaluation médicale et réalisent les expertises conformément à leur conscience professionnelle et à l'état actuel reconnu des connaissances médicales. Le fournisseur de prestations s'assure que les différents experts sont suffisamment protégés contre les tentatives internes ou externes visant à les influencer.
- b) Le fournisseur de prestations garantit en tout temps l'indépendance, l'impartialité et l'absence de préjugés de l'institution et des experts.
- c) Tout lien d'intérêt de l'organisme responsable, des collaborateurs ou des experts d'un fournisseur de prestations avec une assurance (sociale), une organisation d'aide aux personnes handicapées, une représentation légale dans le cadre des assurances sociales, un syndicat ou une organisation patronale doit être évité.
- d) La ou les personnes chargées de la direction médicale du fournisseur de prestations ne peuvent pas travailler pour un autre centre d'expertises ayant conclu une convention avec l'OFAS.
- e) Pour assurer le principe aléatoire dans l'attribution des mandats d'expertise, le fournisseur de prestations garantit que les équipes d'experts pour un mandat donné soient composées de sorte à limiter à une personne au plus le recoupement des experts entre deux centres. Il s'assure donc de connaître l'activité que ses experts exercent auprès d'autres centres.
- f) Pour la réalisation d'une expertise bidisciplinaire, le fournisseur de prestations ne peut pas faire appel à deux experts qui, ensemble, sont agréés en tant que binôme d'experts pour la réalisation d'expertises bidisciplinaires pour l'AI. Il s'assure donc de connaître l'activité que ses experts exercent au sein de binômes.

3. Critères professionnels

- a) Les experts médicaux et neuropsychologues travaillant pour un fournisseur de prestations remplissent les directives fédérales visées aux art. 44, al. 7, let. b, LPGA et 7m OPGA. Par ailleurs, la ou les personnes chargées de la direction médicale doivent également disposer d'une certification de l'association Médecine d'assurance suisse (Swiss Insurance Medicine, SIM) au sens de l'art. 7m, al. 2, OPGA, quel que soit leur domaine de spécialisation.
- b) Elles doivent en outre pouvoir attester d'une expérience de plusieurs années dans la réalisation d'expertises et/ou en tant que cadre dans un contexte médical pluridisciplinaire.
- c) Le fournisseur de prestations contrôle et documente régulièrement le respect des directives fédérales.

- d) Le fournisseur de prestations dispose d'une autorisation délivrée par le canton compétent pour l'établissement d'expertises médicales. Si cette autorisation n'est pas nécessaire dans ledit canton, une confirmation écrite doit être présentée.

4. Critères structurels relatifs aux expertises médicales

- a) Une expertise médicale pluridisciplinaire (art. 44, al. 1, let. c, LPGA) est composée d'une expertise en médecine interne générale et d'au moins deux expertises dans d'autres disciplines médicales ou d'au moins une expertise dans d'autres disciplines médicales et une expertise en neuropsychologie. Une expertise médicale bidisciplinaire (art. 44, al. 1, let. b, LPGA), quant à elle, se compose de deux disciplines médicales. Les deux types d'expertise sont gérées et coordonnées toutes disciplines confondues conformément aux principes de la médecine d'assurance visés au ch. 6.
- b) Le fournisseur de prestations propose au moins les disciplines suivantes :
 - a. Médecine interne générale, médecine du travail ou prévention et santé publique
 - b. Rhumatologie ou chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur
 - c. Psychiatrie et psychothérapie
 - d. Neurologie
 - e. Neuropsychologie
- c) Pour chacune de ces disciplines médicales ainsi qu'en neuropsychologie, le fournisseur de prestations dispose d'au moins un expert ayant réalisé au minimum 50 expertises dans le domaine correspondant. Sur demande, il consigne les données nécessaires au contrôle de ces exigences.
- d) Le fournisseur de prestations dispose d'un ou de plusieurs responsables médicaux spécialisés avec un taux de présence suffisant pour garantir la coordination de la supervision et l'assurance qualité, du point de vue de la médecine d'assurance, des expertises réalisées.

5. Établissement des expertises

- a) Les expertises incluent tous les examens utiles permettant d'obtenir les données dont l'assurance a besoin pour sa décision, et ce dans le respect des critères de qualité. Elles prennent en compte la compréhension de la maladie conformément à l'état actuel de la science médicale, les lignes directrices actuelles en matière d'expertises, les dispositions légales en vigueur et la jurisprudence.
- b) L'expertise met l'accent sur les ressources et limitations fonctionnelles de l'assuré examiné. Les limitations fonctionnelles sont motivées par des observations objectives. La documentation relative aux observations est claire et accessible à des non-médecins.
- c) Le fournisseur de prestations garantit qu'une expertise pluridisciplinaire ou bidisciplinaire contienne une synthèse de l'évaluation globale de l'état médical. Cette synthèse reflète l'avis consensuel de tous les experts concernés, qui y apposent leur signature. Elle contient la capacité et l'incapacité de travail attestées dans l'activité actuelle et dans une activité adaptée ainsi que dans le domaine des travaux habituels, en pourcent d'un emploi à temps plein.

6. Gestion des cas

La gestion des cas médico-assurantielle comprend toutes les tâches de coordination d'une expertise et permet donc de garantir la qualité de chaque dossier. La gestion de cas médico-assurantielle comprend les tâches suivantes (par ordre chronologique) :

1. Réception du mandat – triage
Examen sommaire du dossier pour :
 - contrôle/décision concernant le choix des disciplines
 - examen des particularités (par ex. expertes uniquement, aspects de sécurité)
 - désignation des experts
 - détermination des éventuels examens complémentaires importants (IRM ou similaire) pour planification préalable
2. Catégorisation des pièces du dossier et demande de compléments
Tri, classement et contrôle logique des pièces par :
 - disciplines médicales

- chronologie
 - exhaustivité
 - demande de pièces manquantes
3. Synthèse des pièces
Garantir un aperçu chronologique sur le plan médical et de la procédure pour tous les experts
 4. Instruction des experts
Garantir la bonne compréhension du mandat en :
 - précisant éventuellement le mandat
 - précisant et informant les experts des particularités relatives aux questions et à l'enregistrement sonore
 - informant l'administration des particularités relatives à la planification (séquence des expertises, etc.)
 5. Accueil de l'assuré et réalisation de l'expertise
 - Accueil de l'assuré et renseignements sur le déroulement et les modalités de l'expertise (la gestion de cas médico-assurantielle comprend la désignation d'une personne de contact pour les questions de l'assuré pendant le processus d'expertise, par ex. pour les questions de suivi, les compléments, les retours, etc.) et de l'enregistrement sonore.
 - explications sur chaque discipline médicale
 - anamnèse, examen et établissement de l'expertise
 - éventuellement réaiguillage du cas, examens complémentaires
 6. Gestion du processus de consensus
 - contrôle du respect des délais et de l'exhaustivité des expertises en vue du début du travail de consensus
 - demande des expertises en suspens
 - préparation du contenu du processus de consensus, lecture de toutes les expertises, contrôle de la qualité du contenu et retour aux experts, demande relative à l'élimination d'erreurs et d'ambiguïtés
 - correction des différences/contradictions constatées dans les expertises
 - développement d'un avis global : quels sont les points consensuels et les divergences ? Un tableau cohérent ressort-il des discussions ? Quelles questions restent ouvertes ? À quelle conclusion parvient-on en comparant les différentes expertises ?
 - préparation des points à discuter
 - organisation de la recherche de consensus (réunions, conférences téléphoniques, chat électronique, etc.)
 - modération du processus de consensus
 7. Formulation de l'évaluation consensuelle
 - réunion de toutes les expertises corrigées
 - entretiens avec les experts concernés
 - rédaction d'un projet d'évaluation consensuelle
 - demande d'approbation des experts sur la formulation de l'évaluation
 - compilation de l'évaluation et des expertises
 8. Supervision⁵
 - assurance qualité par un spécialiste en médecine d'assurance n'ayant pas participé aux tâches décrites aux ch. 3 à 7, qui relit cette dernière de manière critique sur les plans de la qualité technique, de la cohérence en termes de médecine d'assurance et de la réponse claire et exhaustive aux questions
 - remise des résultats de la supervision pour traitement subséquent dans le cadre de la gestion de cas médico-assurantielle
 - traitement des résultats de la supervision avec tous les experts concernés
 9. Traitement final
 - rédaction de la version finale pour l'évaluation consensuelle et compilation de l'expertise globale

⁵ L'étape 8 du processus n'est pas applicable de manière obligatoire aux expertises bidisciplinaires.

- vérification que tous les experts concernés approuvent la version finale de l'expertise
 - traiter les éventuels retours des experts et les intégrer dans la rédaction finale
 - vérifier que l'accord de chaque expert sur les expertises individuelles et l'évaluation consensuelle soit consigné
10. Contrôle administratif final de l'expertise avant envoi
 11. Coordination des éventuelles questions de l'AI après envoi de l'expertise
 12. Retour aux experts (retours de l'office AI, décisions de justice, etc.)

7. Documentation du déroulement de l'expertise, de la formation et de l'assurance qualité

- a) Le fournisseur de prestations dispose d'une documentation générale écrite du déroulement de l'expertise, depuis l'attribution du mandat par SuisseMED@P jusqu'à l'envoi de l'expertise, y compris les données relatives aux délais internes, aux responsabilités et au contrôle de la qualité de l'expertise, tant sur le fond que sur la forme. Il documente également le déroulement de la recherche de consensus, y compris les données relatives aux participants et à la forme des discussions, à la procédure de recherche de solution en cas d'avis divergents, à la communication des adaptations visant au consensus et au recueil des approbations du texte final (signature).
- b) De plus, le fournisseur de prestations documente par écrit la formation en médecine d'assurance ; cette documentation atteste des mesures garantissant que les experts connaissent et appliquent les exigences médico-assurantielles relatives à la réalisation d'expertises pour l'assurance-invalidité suisse, les directives d'expertise propres à leur discipline ainsi que les exigences visées par la jurisprudence du Tribunal fédéral.
- c) Le fournisseur de prestations documente également par écrit la gestion interne de la qualité (cf. art. 3, al. 5, de la convention). Cette documentation porte sur les différentes étapes des contrôles internes permanents de la qualité ainsi que sur la gestion des remarques relatives à d'éventuelles lacunes de l'expertise ou la mise en place de mesures d'amélioration à partir de *peer reviews* ou de recommandations de la commission visée à l'art. 44, al. 7, let. c, LPGA.

8. Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales

La Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (art. 44, al. 7, let. c, LPGA) formule des recommandations publiques dans le domaine des expertises médicales. Après leur publication, ces recommandations sont reprises et mises en œuvre dans le cadre de la réalisation d'expertises.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral des assurances sociales OFAS
Domaine Assurance-invalidité

Annexe 2

TARIF

APPLICABLE

AUX

EXPERTISES MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES,

AVEC

EXPLICATIONS

Les expertises médicales pluridisciplinaires sont rémunérées comme suit :

Désignation de la prestation	Code tarifaire	Chiffre tarifaire	Prix (TVA incluse)
Expertise			
Médecine interne générale + 2 disciplines	290	290.1.1	10 576 CHF
Médecine interne générale + 3 disciplines	290	290.2.1	12 273 CHF
Médecine interne générale + 4 disciplines	290	290.3.1	14 097 CHF
Médecine interne générale + 5 disciplines	290	290.4.1	16 371 CHF
Médecine interne générale + 6 disciplines	290	290.5.1	18 489 CHF
Médecine interne générale + 7 disciplines	290	290.10.1	20 607 CHF
Médecine interne générale + 8 disciplines	290	290.11.1	22 725 CHF

Prestations supplémentaires

Désignation de la prestation et interprétation du tarif	Code tarifaire	Chiffre tarifaire	Prix (TVA incluse)
Frais d'interprétation Les frais d'interprétation effectifs peuvent être facturés. Il faut indiquer aussi bien les frais effectifs que le chiffre tarifaire (290.6) et le code tarifaire (290), et joindre les factures correspondantes.	290	290.6	selon facture séparée
Prestations complémentaires, par ex. analyses de laboratoire selon la liste des analyses, radiologie, ECF, etc. Le coût total effectif des prestations supplémentaires requises par une expertise médicale (par ex. analyses de laboratoire, ECF) peut être facturé. Il faut indiquer aussi bien les frais effectifs que le chiffre tarifaire (290.8) et le code tarifaire (290), et joindre les factures correspondantes. Si, après examen du dossier, le centre d'expertises estime qu'il est indiqué de prendre des mesures de sécurité particulières pour un mandat qu'il a accepté, il peut également facturer sous ce chiffre les coûts supplémentaires engendrés par ces mesures après concertation avec l'office AI.	290	290.8	selon facture séparée
Prises de position Les prises de position sur des questions posées dans le cadre d'une procédure de contestation (par ex. sur intervention de l'assuré) ou sur des questions relatives à de nouveaux aspects ou documents médicaux peuvent être facturées par le fournisseur de prestations selon le temps effectif. Les explications fournies ou les modifications ou compléments apportés à l'expertise dans le but de remédier à des insuffisances constatées sont compris dans le tarif de base et ne peuvent être facturés en sus.	290	290.8.2	selon le temps effectif

Hébergement et repas Les coûts relatifs à d'éventuels trajets, repas et hébergement nécessaires de l'assuré sont directement pris en charge par l'office AI. Les coûts des repas et de l'hébergement organisés par le fournisseur de prestations peuvent également être facturés après concertation avec l'office AI.	290	290.9	selon facture séparée
---	-----	-------	-----------------------

Annulation de rendez-vous / *no-shows* / révocation

Désignation de la prestation et interprétation du tarif	Code tarifaire	Chiffre tarifaire	Prix (TVA incluse)
Annulation de rendez-vous moins de 14 jours avant la date prévue ou <i>no-show</i> Si un assuré annule un examen moins de 14 jours avant la date convenue ou ne se présente pas à l' examen (<i>no-show</i>), une indemnité peut être facturée selon le chiffre 290.7.2.1 pour chaque rendez-vous annulé ou manqué. La facture indique la date des examens manqués ou annulés ainsi que les motifs invoqués. Le chiffre 290.7.2.1 s'applique également aux examens neuropsychologiques et aux ECF. Les assurés qui ne se sont pas présentés doivent être signalés immédiatement à l'office AI auteur du mandat.	290	290.7.2.1	750.00 CHF
Annulation de rendez-vous entre 30 et 14 jours avant la date prévue Si un assuré annule un examen entre 30 et 14 jours avant la date convenue, une indemnité peut être facturée selon le chiffre 290.7.3.1 pour chaque rendez-vous annulé. La facture indique la date des examens annulés ainsi que les motifs invoqués.	290	290.7.3.1	250.00 CHF
Révocation avant l'expertise Le chiffre 290.7.4 s'applique lorsque la révocation a lieu avant l'expertise, c'est-à-dire lorsqu'aucun examen de l'assuré n'a eu lieu. Si un mandat d'expertise est révoqué avant la ou les dates d'examen convenues avec l'assuré, les travaux préparatoires (dossier, etc.) déjà effectués peuvent être facturés une seule fois sous le chiffre 290.7.4. Une indemnité peut être facturée pour chaque rendez-vous annulé (chiffres 290.7.2.1 et 290.7.3.1) en sus du forfait facturé sous le chiffre 290.7.4. Si aucune date n'avait déjà été convenue avec l'assuré, seul le forfait sous le chiffre 290.7.4. peut être facturé. Si un mandat d'expertise est révoqué après un ou plusieurs rendez-vous annulés ou manqués (<i>no-show</i>) par l'assuré, une indemnité peut être facturée pour chaque rendez-vous annulé ou manqué (chiffres 290.7.2.1 et 290.7.3.1) en sus du forfait facturé sous le ch. 290.7.4.	290	290.7.4	2 000.00 CHF

Révocation après l'expertise

Ces chiffres s'appliquent lorsque la révocation a lieu après l'expertise, c'est-à-dire lorsqu'un ou plusieurs examens de l'assuré ont déjà eu lieu.

Si un mandat d'expertise est révoqué après qu'un ou plusieurs examens de l'assuré ont eu lieu, 50 % du tarif (ch. 290.1.1 à 290.11.1) peut être facturé au titre d'indemnité unique au moyen du chiffre tarifaire correspondant pour les prestations déjà fournies.

En sus du forfait prévu aux ch. 290.7.5.1 à 290.7.5.11, l'indemnité prévue aux ch. 290.7.2.1 et 290.7.3.1 peut être facturée pour chaque rendez-vous manqué ou annulé par l'assuré avant la révocation du mandat par l'office AI.

Médecine interne générale + 2 disciplines	290	290.7.5.1	5 288.00 CHF
Médecine interne générale + 3 disciplines	290	290.7.5.2	6 136.50 CHF
Médecine interne générale + 4 disciplines	290	290.7.5.3	7 048.50 CHF
Médecine interne générale + 5 disciplines	290	290.7.5.4	8 185.50 CHF
Médecine interne générale + 6 disciplines	290	290.7.5.5	9 244.50 CHF
Médecine interne générale + 7 disciplines	290	290.7.5.10	10 303.50 CHF
Médecine interne générale + 8 disciplines	290	290.7.5.11	11 362.50 CHF

Évaluation des capacités fonctionnelles

L'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) est régie par la convention passée entre AI/AA/AM et le groupe Ergonomie de l'association Groupe suisse de travail pour la réadaptation (GSR). L'ECF doit donc être réalisée par une institution GSR reconnue. Les prestations sont facturées selon le tarif officiel fixé dans la convention passée avec la GSR.

Remarque relative à la rémunération de l'évaluation consensuelle et de la supervision

Le travail effectué dans le cadre de l'évaluation consensuelle et de la supervision est compris dans le forfait prévu pour les expertises pluridisciplinaires (chiffres tarifaires 290.1.1 à 290.11.1).

Remarque relative aux enregistrements sonores

Le travail supplémentaire en lien avec les enregistrements sonores (enregistrement lui-même, explications fournies à l'assuré, tâches administratives) est compris dans le forfait prévu pour les expertises pluridisciplinaires (chiffres tarifaires 290.1.1 à 290.11.1).

Remarque relative aux questions portant sur le lien de causalité entre accident et responsabilité civile

Pour des mandats d'expertise coordonnés comportant des questions de causalité soulevées par les assureurs-accidents ou responsabilité civile, par le service de recours de l'AI ou par l'assuré, le travail effectué pour répondre à la question de la causalité peut être facturé séparément à l'assureur-accidents ou responsabilité civile, au service de recours de l'AI ou à l'assuré. Le fournisseur de prestations informe l'assureur-accidents ou responsabilité civile, le service de recours de l'AI ou l'assuré avant le premier examen des frais supplémentaires occasionnés.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral des assurances sociales OFAS
Domaine Assurance-invalidité

Annexe 3

TARIF

APPLICABLE

AUX

EXPERTISES MÉDICALES BIDISCIPLINAIRES,

AVEC

EXPLICATIONS

Les expertises médicales bidisciplinaires sont rémunérées sur la base de la structure tarifaire TARMED, en fonction de la catégorie d'expertise et de la classe d'examen.

Catégories d'expertises selon TARMED

L'expertise au sens strict, c'est-à-dire sans l'entretien avec l'assuré ni l'examen de celui-ci, est indemnisée en fonction du temps consacré et du degré de difficulté, selon un système de catégories. La catégorie d'expertise applicable est fixée par l'office AI dans chaque mandat individuel d'expertise bidisciplinaire.

Classes d'examen selon TARMED

L'entretien exploratoire nécessaire à l'établissement de l'expertise et l'examen de l'assuré sont indemnisés en fonction du temps consacré, selon une répartition en classes d'examens.

Rémunération des prestations neuropsychologiques

Les prestations neuropsychologiques fournies dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire sont rémunérées conformément à la convention tarifaire passée entre H+ Les hôpitaux de Suisse et l'Association suisse des neuropsychologues (ASNP), d'une part, et l'AI, l'AA et l'AM, d'autre part.

Rémunération de l'évaluation consensuelle

L'évaluation consensuelle est rémunérée en fonction du temps effectif, sur la base de la structure tarifaire TARMED.

Désignation de la prestation	Code tarifaire (TARMED)	Chiffre tarifaire (TARMED)	Quantité
Consilium approfondi par le spécialiste, par période de 5 min.	001	00.2120	selon le temps effectif, mais max. 25x par expert, c.-à-d. max. 50x par mandat

Prestations supplémentaires

Désignation de la prestation et interprétation du tarif	Code tarifaire	Chiffre tarifaire	Prix (TVA incluse)
Enregistrements sonores Le chiffre tarifaire 290.8.1. peut être utilisé une fois par discipline (examens neuropsychologiques et ECF inclus), y compris dans les cas où l'assuré a renoncé à l'enregistrement sonore.	290	290.8.1	63.00 CHF

Frais d'interprétation Les frais d'interprétation effectifs peuvent être facturés. Il faut indiquer aussi bien les frais effectifs que le chiffre tarifaire (290.6) et le code tarifaire (290), et joindre les factures correspondantes.	290	290.6	selon facture séparée
Prestations complémentaires, par ex. analyses de laboratoire selon la liste des analyses, radiologie, examens neuropsychologique, ECF, etc. Le coût total effectif des prestations supplémentaires requises par une expertise médicale (par ex. analyses de laboratoire, examens neuropsychologiques, ECF) peut être facturé. Il faut indiquer aussi bien les frais effectifs que le chiffre tarifaire (290.8) et le code tarifaire (290), et joindre les factures correspondantes.	290	290.8	selon facture séparée
Prises de position Les prises de position sur des questions posées dans le cadre d'une procédure de contestation (par ex. sur intervention de l'assuré) ou sur des questions relatives à de nouveaux aspects ou documents médicaux peuvent être facturées par le fournisseur de prestations selon le temps effectif. Les explications fournies ou les modifications ou compléments apportés à l'expertise dans le but de remédier à des insuffisances constatées sont compris dans le tarif de base et ne peuvent être facturés en sus.	290	290.8.2	selon le temps effectif
Hébergement et repas Les coûts relatifs à d'éventuels trajets, repas et hébergement nécessaires de l'assuré sont directement pris en charge par l'office AI. Les coûts des repas et de l'hébergement organisés par le fournisseur de prestations peuvent également être facturés après concertation avec l'office AI.	290	290.9	selon facture séparée

Annulation de rendez-vous / no-shows / révocation

Désignation de la prestation et interprétation du tarif	Code tarifaire	Chiffre tarifaire	Prix (TVA incluse)
Annulation de rendez-vous moins de 14 jours avant la date prévue ou <i>no-show</i> Si un assuré annule un examen moins de 14 jours avant la date convenue ou ne se présente pas à l'examen (<i>no-show</i>), une indemnité peut être facturée selon le chiffre 290.7.2.1 pour chaque rendez-vous annulé ou manqué. La facture indique la date des examens manqués ou annulés ainsi que les motifs invoqués. Le chiffre 290.7.2.1 s'applique également aux examens neuropsychologiques et aux ECF. Les assurés qui ne se sont pas présentés doivent être signalés immédiatement à l'office AI auteur du mandat.	290	290.7.2.1	750.00 CHF

Annulation de rendez-vous entre 30 et 14 jours avant la date prévue Si un assuré annule un examen entre 30 et 14 jours avant la date convenue, une indemnité peut être facturée selon le chiffre 290.7.3.1 pour chaque rendez-vous annulé. La facture indique la date des examens annulés ainsi que les motifs invoqués. Le chiffre 290.7.3.1 s'applique également aux examens neuropsychologiques et aux ECF.	290	290.7.3.1	250.00 CHF
Révocation avant l'expertise Le chiffre tarifaire 290.7.4. s'applique lorsque la révocation du mandat a lieu avant l'expertise, c'est-à-dire lorsqu'aucun examen de l'assuré n'a eu lieu. Si un mandat d'expertise est révoqué avant la ou les dates d'examen convenues avec l'assuré, les travaux préparatoires (dossier, etc.) déjà effectués peuvent être facturés une seule fois sous le chiffre 290.7.4.	290	290.7.4	2 000.00 CHF

Remarque relative aux questions portant sur le lien de causalité entre accident et responsabilité civile

Pour des mandats d'expertise coordonnés comportant des questions de causalité soulevées par les assureurs-accidents ou responsabilité civile, par le service de recours de l'AI ou par l'assuré, le travail effectué pour répondre à la question de la causalité peut être facturé séparément à l'assureur-accidents ou responsabilité civile, au service de recours de l'AI ou à l'assuré. Le fournisseur de prestations informe l'assureur-accidents ou responsabilité civile, le service de recours de l'AI ou l'assuré avant le premier examen des frais supplémentaires occasionnés.