

Karine Dupriez, John-Paul Vader

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

## Variations dans le recours aux centres d'expertises de l'assurance-invalidité en Suisse: Le rôle des mandants

### Résumé

Les commissions de l'assurance-invalidité (CAI), pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré, peuvent mandater un Centre d'observation médicale (COMAI) pour un examen pluridisciplinaire. Le taux d'utilisation des COMAI par les 28 CAI varie de 1 à 50 pour 1000 cas. Cette étude cherche à identifier les causes de cette variation à travers les différences de pratique des commissions. Les CAI ont répondu à un questionnaire postal. Pour l'analyse, elles ont été réparties en 3 groupes de taille égale: petites, moyennes et grandes utilisatrices de COMAI. Il n'y a pas d'association entre l'usage des critères officiels et non officiels pour l'envoi aux COMAI et le taux d'utilisation des COMAI. Les CAI ont une perception incorrecte de leur emploi des COMAI; 40% d'entre elles le sous-estiment. En considérant ensemble le taux d'utilisation des substituts et des COMAI, il subsiste une variation d'un facteur 1 à 9 entre les commissions. Il n'y a pas de différence dans l'expression des raisons de non-envoi à un COMAI selon le niveau d'utilisation. Cette étude ne permet pas de faire ressortir de causes aux différences d'utilisation des COMAI par les CAI. D'autres facteurs devraient être examinés.

Les variations régionales dans le recours aux services de santé sont une préoccupation actuelle de santé publique. Elles ont d'importantes implications financières, car référer est un acte coûteux<sup>1</sup>, et posent la question de l'inégalité de l'accès aux soins: cet accès peut être inapproprié, que ce soit dans le sens d'une sur ou d'une sous-utilisation<sup>2-4</sup>. Une précédente étude sur la collaboration entre organes de l'assurance-invalidité (AI) a montré un taux d'envoi des com-

missions de l'assurance-invalidité (CAI) vers les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) variant d'un facteur 1 à 50<sup>5</sup>. La présente étude a pour objectif de chercher les causes possibles des variations dans les différences de pratique des commissions.

### Contexte

Les assurés présentant une perte de gain, conséquence d'une atteinte

à la santé, peuvent adresser une demande de prestations à l'assurance-invalidité, dans le sens d'une rente et/ou de mesures médicales ou professionnelles en vue d'une réintégration professionnelle. Les commissions sont alors chargées d'évaluer le degré d'invalidité et de décider de l'octroi de ces prestations par l'AI. Lorsque le degré d'incapacité de travail, déterminant majeur du degré d'invalidité, s'avère difficile à apprécier, elles ont la possibilité de mandater un des six COMAI, pour un examen pluridisciplinaire. Les CAI traitent environ 60000 affaires (nouveaux cas et réévaluations) chaque année dont 1300 sont adressées aux COMAI. Chaque CAI est composée d'un médecin, d'un spécialiste de la réadaptation, d'un spécialiste du marché du travail et de la réadaptation professionnelle, d'un assistant social et d'un juriste\*.

### Matériel et méthodes

Un questionnaire (annexe) a été envoyé à chacune des 28 commissions (une commission par canton,

\* Loi fédérale sur l'assurance-invalidité. Article 56.

une pour le personnel employé par la Confédération et une pour les assurés résidant à l'étranger); les réponses étaient anonymes. Les sept questions, à choix multiple ou ouvertes, portaient sur:

- l'importance de l'utilisation de différents critères influençant la décision d'envoi à un COMAI. Parmi les huit critères proposés, quatre étaient des critères d'envoi officiels, c'est à dire figurant dans les directives de l'assurance-invalidité\*\* (le cas est pluridisciplinaire; les appréciations médicales divergent; le dossier ne contient pas de documents médicaux utilisables; l'incapacité de travail n'a pas été examinée par le médecin traitant), les autres étaient des critères non-officiels qui ne devraient pas entrer en ligne de compte lors de la décision d'envoi (le besoin d'un avis psychiatrique; le soupçon d'une suite judiciaire; le besoin d'un avis de spécialiste (autre que psychiatrique); le médecin de la CAI préfère déléguer);
- la perception des CAI de leur utilisation des COMAI et de leur taux d'utilisation par rapport à la moyenne de l'ensemble d'entre elles;
- le délai maximal acceptable pour l'entrée au COMAI après envoi d'un mandat;
- les solutions de substitution aux COMAI et la fréquence de leur emploi;
- les raisons éventuelles de non-envoi aux COMAI.

Les réponses à la question se rapportant aux motifs d'envoi aux COMAI étaient codées de 1, si le critère était très employé, jusqu'à 6, s'il n'était jamais employé. Un score moyen par CAI a ainsi pu

être calculé, score s'étendant de 1 à 6 et diminuant avec l'importance du critère. La différence entre le score des divers critères a été estimée grâce au test non-paramétrique de Kruskal-Wallis. La relation entre l'utilisation effective des COMAI et l'utilisation estimée par les CAI a été calculée avec le test de Kappa pondéré d'une part et l'estimateur de Krasker-Welsch d'autre part. Ce test de régression robuste permet de dépendre les valeurs extrêmes à la fois sur l'axe des X et des Y<sup>6</sup>. La question sur les raisons de non-envoi aux COMAI a été traitée avec le test exact de Fisher.

Les CAI sont comparées entre elles, en fonction de leur taux d'utilisation des COMAI – taux variant de 1,4 à 74,8 pour 1000 affaires traitées<sup>5</sup>. Elles sont groupées de façon à former trois catégories de taille égale: petites, moyennes et grandes utilisatrices de COMAI.

## Resultats

Le taux de réponse des commissions a été de 96% (27/28), le taux de réponse spécifique par question variant de 19/28 à 27/28.

*Critères d'utilisation des COMAI (tableau 1):* globalement, les critères officiels sont bien respectés par les commissions; ils sont plus employés par les CAI grandes utilisatrices de COMAI. Parallèlement, les critères non-officiels sont globalement peu utilisés; ils sont également plus le fait des grandes utilisatrices. Néanmoins la différence entre les commissions n'est pas significative (statistique de Kruskal-Wallis:  $H=0,47$  et  $4,24$  respectivement,  $p>0,1$ ). Il n'y a pas de relation entre l'emploi des critères officiels et non officiels selon le taux d'utilisation des COMAI; les deux groupes de critères présentent une distribution quasi-symétrique, bien qu'à des niveaux de scores différents.

*Utilisation des COMAI:* la corrélation entre la perception que les CAI ont de leur utilisation des COMAI et l'utilisation effective est non-significative ( $p=0,36$ ) (figure 1). Onze commissions, sur les 25 ayant répondu à cette question (soit 44%), se situent correctement par rapport à la moyenne d'entre elles; il existe plus d'erreurs de sous-estimation (10/25 soit 40%) que de sur-estimation (4/25 soit 16%) (tableau 2). La concordance évaluée grâce au test de Kappa pondéré est jugée moyenne ( $k=0,27$ ;  $p=0,17$ ).

*Délais d'attente:* toutes les commissions souhaitent un délai d'attente entre leur mandat et l'entrée aux COMAI inférieur ou égal à 3 mois. Il n'y a pas de différence entre les grandes, moyennes ou petites utilisatrices.

*Utilisation des substituts aux COMAI:* les substituts les plus employés sont les centres universitaires ou non-universitaires et les spécialistes extra-hospitaliers. Même en éliminant deux cas extrêmes (n° 10 et 18; figure 2), la faible relation inverse qui apparaît entre le taux d'utilisation des substituts et le taux d'utilisation des COMAI reste non significative ( $r=-0,39$ ,  $p=0,12$ ). En considérant ces deux taux ensemble, de grandes variations subsistent dans le recours à des expertises pluridisciplinaires (d'un facteur 1 à 9,5). Rien ne permet de distinguer les CAI 10 et 18 des autres. La n° 10 précise qu'elle dispose d'un grand nombre de substituts à proximité.

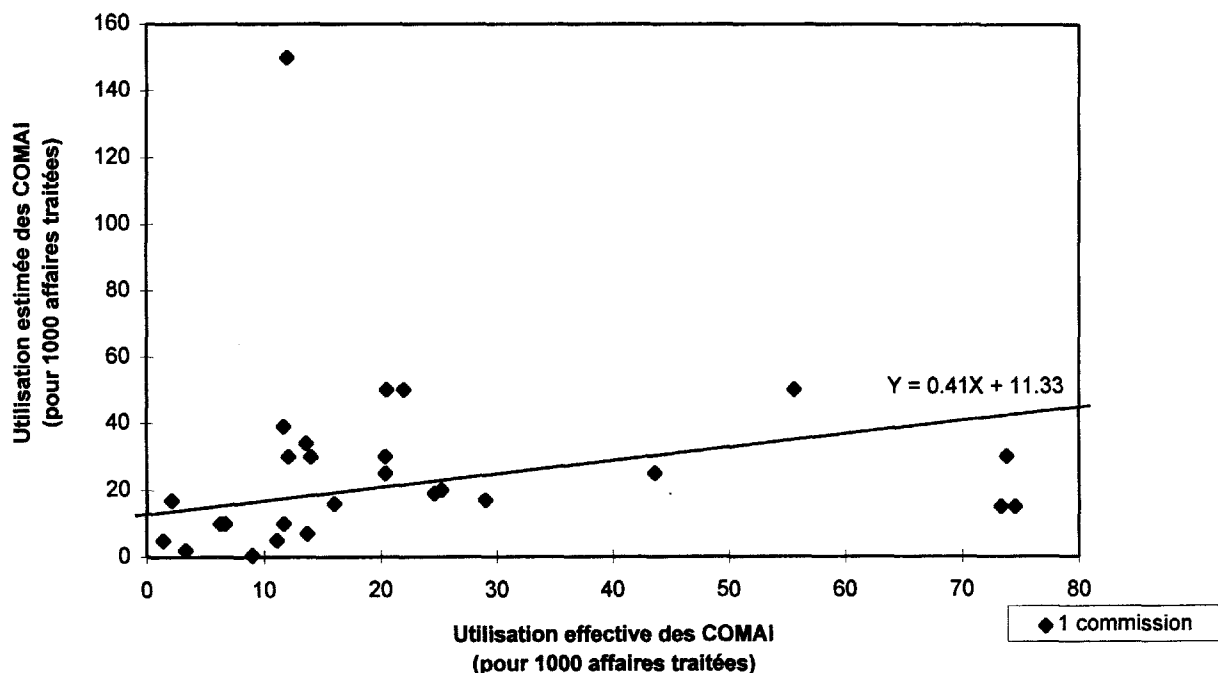
*Raisons de non-envoi aux COMAI (tableau 3):* dix commissions ne voient aucune raison de ne pas envoyer un cas à un COMAI. Les autres citent des raisons de non-respect des critères officiels, de délais longs pour l'entrée aux COMAI, de coûts élevés des examens COMAI ou de problèmes linguistiques. Il n'y a pas de dif-

\*\* Circulaire dans la procédure de l'assurance-invalidité. Article 6002.

Critères	Niveau d'utilisation des COMAI			
	bas (n = 9)	moyen (n = 9)	haut (n = 9)	total (n = 27)
Officiels				
Cas pluridisciplinaires	1,4	1,4	1,0	1,3
Avis médicaux divergeants	1,6	1,3	1,6	1,5
Dossier sans document médical utilisable	3,8	3,3	3,3	3,5
Incapacité de travail pas examinée	5,6	4,6	4,6	4,9
Total officiels <sup>b</sup>	3,1	2,7	2,6	2,8
Non-officiels				
Avis psychiatrique nécessaire	5,1	4,9	3,3	4,4
Soupçon d'une suite judiciaire	4,6	4,1	4,8	4,5
Autre avis médical nécessaire	5,3	5,1	4,3	4,9
Le médecin de la CAI préfère déléguer	5,6	4,8	4,7	5,0
Total non-officiels <sup>b</sup>	5,2	4,7	4,3	4,7

<sup>a</sup> Le score varie de 1, pour les critères très employés, à 6, pour les critères jamais employés.  
<sup>b</sup> Test de linéarité non-significatif.

**Tableau 1.** Score moyen<sup>a</sup> des différents critères utilisés pour adresser un cas à un COMAI selon le niveau d'utilisation des COMAI.



Erreur standard de la pente: 3.10

**Figure 1.** Corrélation entre l'utilisation des COMAI estimée par les commissions et l'utilisation effective.

**Estimation**

	Niveau d'utilisation effective			total
	bas	moyen	haut	
+ faible que la moyenne	5	4	1	10
= moyenne	3	4	5	12
+ élevée que la moyenne	0	1	2	3

Estimation par les commissions, dont le niveau d'utilisation des COMAI est bas, moyen ou haut, de leur propre utilisation: plus faible, égale ou plus élevée que l'utilisation de la moyenne d'entre elles.

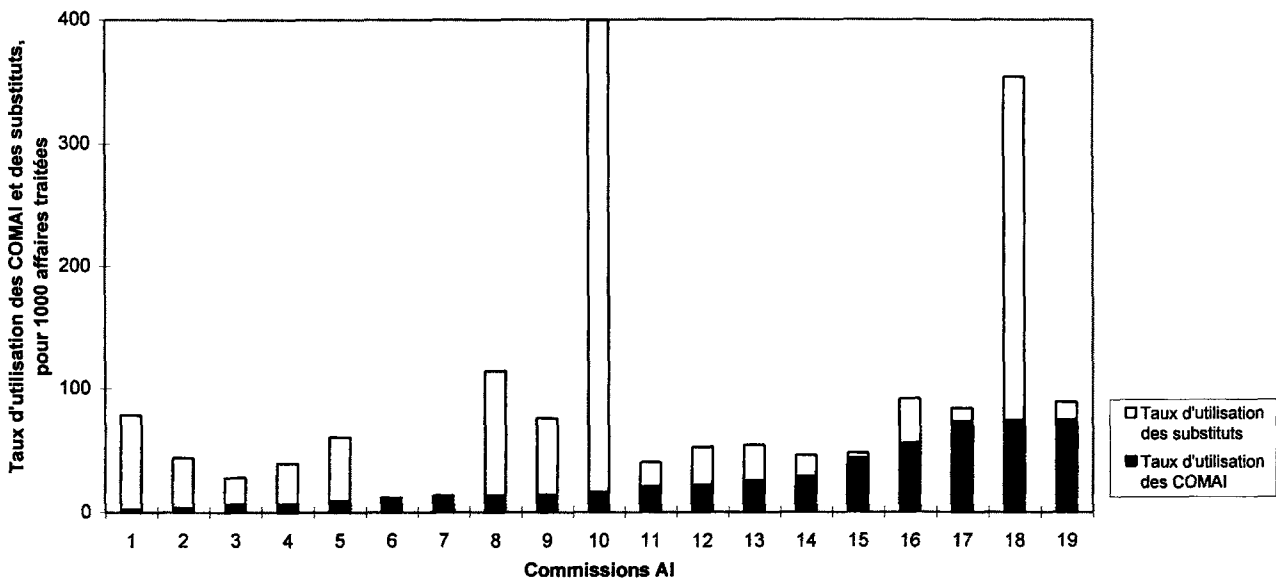
**Tableau 2.** Estimation, par les commissions, de leur utilisation des COMAI par rapport à la moyenne d'entre elles.

**Raisons**

	Niveau d'utilisation des COMAI			total
	bas	moyen	haut	
Aucune raison	2	4	4	10
Ne répond pas aux critères officiels	2	2	2	6
Délais d'attente trop longs	3	–	2	5
Autres raisons	3	–	3	6

Plusieurs réponses possibles par commission.

**Tableau 3.** Raisons pour les commissions de ne pas envoyer un cas aux COMAI selon leur niveau d'utilisation des COMAI.



Seulement 19 CAI ont évalué leur taux d'utilisation de substituts aux COMAI

**Figure 2.** Taux d'utilisation, par les commissions, des COMAI et de leurs substituts, pour 1000 affaires traitées.

férence dans l'expression de ces raisons selon le niveau d'utilisation des COMAI ( $p=0,40$ ).

## Discussion

Les résultats de cette étude montrent que le comportement des commissions, en ce qui concerne leur recours aux COMAI, n'est pas influencé par l'importance accordée à des critères d'envoi, ni par la facilité d'accès aux COMAI (les délais d'attente), ni par l'utilisation de substituts aux COMAI. Les CAI ont globalement une idée erronée de leur taux d'utilisation des COMAI (14/25 ne s'estiment pas correctement) tout en sous-estimant leur position par rapport à la moyenne d'entre elles.

Par rapport à ce dernier point, on peut imaginer que prendre connaissance de ces notions permettrait peut-être une auto-régulation et une harmonisation des pratiques<sup>7</sup>. Un problème est que nous ne savons pas quelle pourrait être la norme d'utilisation et à partir de quels seuils on pourrait parler de sous- ou, au contraire, de sur-utilisation. Les expertises superflues posent la question de l'adéquation des envois et les expertises insuffisantes le problème de la qualité des prestations. L'hypothèse courante est que le moins est le mieux<sup>8</sup>. Pourtant la pertinence des envois ne passe pas forcément par une réduction de leur nombre mais, en premier lieu, par une amélioration du processus<sup>9</sup>. Les comités décisionnels, en s'appuyant sur des directives explicites, devraient pouvoir distinguer l'inapproprié de l'approprié.

D'autres mesures pourraient favoriser l'harmonisation des pratiques, comme l'utilisation de directives précises pour guider le médecin dans son évaluation de la capacité de travail résiduelle, afin de réduire sa marge d'incertitude; ou encore, l'encouragement, auprès des CAI grandes utilisatrices de

COMAI, au recours aux substituts – ceci après comparaison de la qualité et du coût des expertises provenant des deux sources (substituts et COMAI) et si l'efficacité des premiers était démontrée – afin que les cas qui parviennent aux Centres d'observation soient réellement des cas nécessitant une expertise pluridisciplinaire.

La qualité des expertises fournies par les COMAI pourrait jouer un rôle dans la décision d'envoi; elle n'a pas été évoquée par les CAI dans les questions.

La facilité d'accès aux spécialistes a été montrée ailleurs comme un facteur influençant le comportement du référant<sup>9,10</sup>. Un des aspects en est le délai d'attente, mais si les délais trop longs ont souvent été cités comme une cause de non-envoi, ils ne sont apparemment pas dissuasifs pour les CAI grandes utilisatrices de COMAI (le délai actuel moyen est de 130 jours). L'autre élément de la facilité d'accès est la proximité géographique. Dans notre cas, s'il est vrai que les plus grosses utilisatrices ont toutes un COMAI à proximité, l'inverse ne l'est pas pour les petites utilisatrices. L'emploi de substituts n'est, non plus, pas déterminé par la disposition (l'offre) de COMAI.

Une stratégie de recherche des causes des variations inter-régionales consiste à examiner les caractéristiques des praticiens (ici les CAI), des patients (les assurés) et éventuellement à étudier la relation entre les premiers et les seconds durant la consultation. En ce qui concerne les instructions AI, sauf cas particulier\*\*\*, l'assuré n'est pas vu par la commission – qui traite le cas sur dossier – ce qui rend peu probable une quelconque influence de l'assuré sur la décision de recours. Par contre, les caractéristiques des assurés pourraient éventuellement être une source d'explication des variations, et c'est une limite de cette étude puisqu'elle n'avait pas accès à ce fac-

teur. En effet, la clientèle des commissions est mal connue car les cas ayant fait une demande de prestation ne figurent pas dans le fichier informatique de l'assurance-invalidité si celle-ci leur a été refusée. On peut seulement noter que les assurés reconnus invalides ne diffèrent pas significativement en fonction du sexe, de l'âge ou du diagnostic principal, selon les CAI, qu'elles soient petites, moyennes ou grandes utilisatrices de COMAI. Il n'y a donc pas, a priori, de raison de supposer qu'une différence dans le type de clientèle des commissions soit à l'origine des variations dans l'utilisation des COMAI.

## Conclusions

Même si l'obtention d'un consensus parfait est illusoire, l'enjeu qualitatif inhérent au processus de recours mérite un approfondissement. Pour pouvoir contrôler les taux d'envoi, il faut en comprendre les raisons, et cette étude n'a pas permis de déceler les motivations en cause. Deux voies restent à explorer: d'une part l'analyse d'autres facteurs concernant les référants, qui ont parfois été présumés comme influençant le taux d'envoi: à savoir, leur sens de l'autonomie, leur tolérance à l'incertitude du diagnostic, leur volonté de prendre des risques ou encore leur seuil d'envoi<sup>4,11,12</sup>. Mais ces caractéristiques sont difficiles à évaluer car subjectives et, si elles étaient effectivement déterminantes, comment les modifier? Et, d'autre part, l'étude des caractéristiques des assurés, car, bien que celles-ci ne semblent pas varier selon les commissions, leur rôle peut être occulté par le manque d'information à ce sujet.

\*\*\* Circulaire dans la procédure de l'assurance-invalidité. Articles 2121-5 et 3020-5.

Les variations d'utilisation des COMAI entre les commissions restent anormales et inexplicables. La réorganisation en cours de l'AI, notamment par l'engagement de médecins formés au domaine et disponibles pour l'étude des dossiers, permettra peut-être une harmonisation des pratiques puisque c'est un de ses objectifs. Cette harmonisation serait facilitée par l'introduction des mesures susmentionnées.

### **Zusammenfassung**

#### **Unterschiedlicher Beizug der auf Expertisen in der Invalidenversicherung spezialisierten Gremien**

Zur Beurteilung des Invaliditätsgrades können die Kommissionen der Invalidenversicherung (KIV) die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) für ein pluridisziplinäres Gutachten beiziehen. Dies geschieht mit unterschiedlicher Häufigkeit, der Anteil der Fälle mit einer solchen Expertise schwankt je nach KIV im Verhältnis von eins zu fünfzig. Diese Studie soll Aufschluss über die Ursachen dieser grossen Unterschiede geben. Die KIV haben einen Fragebogen ausgefüllt. Für die Analyse der Resultate wurden die KIV in drei gleichgrosse Gruppen, nach Beanspruchung der MEDAS, eingeteilt. Die Häufigkeit der Überweisungen steht nicht mit den mitgeteilten Kriterien für den Beizug einer MEDAS im Zusammenhang. Die KIV schätzen den Anteil der von ihnen an die MEDAS überwiesenen Fälle falsch ein. Bezieht man in den Vergleich auch Überweisungen an andere Experten ein, so findet man noch Unterschiede zwischen den KIV im Verhältnis eins zu neun. Die beobachteten Unterschiede in der Überweisungshäufigkeit können nicht mit den Gründen in Zusammenhang gebracht werden, die von den KIV angegeben werden, auf den Beizug einer MEDAS zu verzichten. Aus den vorliegenden Studienresultaten gehen die Gründe für den unterschiedlichen Beizug der MEDAS nicht hervor. Es sind weitere Arbeiten nötig, um diese Ursachen zu ergründen.

### **Summary**

#### **Variations in referral to medical assessment centers of disability insurance in Switzerland: The role of referants**

The Commissions of the Swiss Disability Insurance (CDI), in order to evaluate the degree of disability which determines the right to benefits, can call upon Medical Observation Centers (MOCD) for a pluridisciplinary examination. The utilization rate of the MOCD, by the 28 CDI, varies by a factor of 1 to 50. The goal of this study is to identify the causes of this variation related to the differences in CDI practice. The CDI answered a mail survey. For analysis, they are allocated into 3 groups of equal size: Low, medium and high users of MOCD. There is no association between the use of the official and non-official criteria for referral to MOCD and utilization rate of the MOCD. The CDI have a false perception of their MOCD use; 40% of them underestimate it. Considering together the utilization rate of the substitutes and of the MOCD, variation still persists from 1 to 9 among the CDI. There is no difference in the reasons for non-referral to the MOCD according to the level of utilization. This study failed to identify the causes of the utilization differences of the MOCD by the CDI. Other factors should be examined.

---

**Références**

- 1 *Crombie DL, Fleming DM.* General practitioner referrals to hospital: the financial implications of variability. *Health Trends* 1988; 20:53–56.
- 2 *Crombie IK, Davies HTO.* Audit of outpatients: entering the loop. *BMJ* 1991; 302:1437–1439.
- 3 *Knotterus JA, Joosten J, Daams J.* Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. *Br J Gen Pract* 1990; 40:178–181.
- 4 *Fertig A, Roland M, King H et al.* Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *BMJ* 1993; 307:1467–1470.
- 5 *Vader JP, Dupriez K.* Variations cantonales dans l'utilisation des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité en Suisse. *Soz Präventivmed* 1993; 38:362–365.
- 6 *Marazzi A.* Algorithms, routines and S functions for robust statistics. Pacific Grove: Wadsworth & Brooks/Cole, 1992.
- 7 *Mugford M, Banfield P, O'Hanlon, M.* Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ* 1991; 303:398–402.
- 8 *Wennberg J.* Which rate is right? *N Engl J Med* 1986; 314:310–311.
- 9 *Huchison A.* Explaining referral variation. *BMJ* 1993; 307:1439.
- 10 *Noone A, Goldacre M, Coulter A et al.* Do referral rates vary widely between practices and does supply of services affect demand? A study in Milton Keynes and the Oxford region. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39:404–407.
- 11 *Roland M.* General practitioner referral rates: interpretation is difficult. *BMJ* 1988; 297:437–438.
- 12 *Cummins RO, Jarman B, White PM.* Do general practitioners have different "referral thresholds"? *BMJ* 1981; 282:1037–1039.

---

**Remerciements**

Les auteurs tiennent à exprimer leurs remerciements aux commissions pour leur participation à cette étude, à M. Guy van Melle pour ses conseils statistiques et au Dr. Bernard Burnand pour sa relecture attentive et ses précieux commentaires.

---

**Adresse pour correspondance**

Dr. John Paul Vader  
 Institut universitaire de médecine  
 sociale et préventive  
 Rue du Bugnon, 17  
 CH-1005 Lausanne

