

DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

COLLABORATION ENTRE LES COMMISSIONS
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
ET LES CENTRES D'OBSERVATION MEDICALE

ENQUETE AUPRES DES COMMISSIONS

John Paul Vader, Karine Dupriez
Centre d'évaluation et de coordination (CECO) - AI

Rapport

Lausanne, septembre 1993

Cah Rech Doc IUMSP n°105

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bibliothèque
Rue du Bugnon 17 - CH 1005 Lausanne
Tél: (021) 313 20 52 ou 313 20 02
Fax: (021) 313 20 35

Citation suggérée : Vader J.P., Dupriez K. - Collaboration entre les commissions de l'assurance-invalidité et les Centres d'observation médicale. Enquête auprès des commissions. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 27p. + annexes. (Cah Rech Doc IUMSP N° 105)
Prix: CHF 13.-

TABLE DES MATIERES

Remerciements	4
RESUME	5
ZUSAMMENFASSUNG	7
INTRODUCTION	9
MATERIEL ET METHODES	10
RESULTATS	11
1. Les critères d'envoi	11
2. L'utilisation des COMAI	12
3. Les délais d'attente	14
4. Le choix des COMAI	14
5. Raisons de non-envoi aux COMAI	16
6. Utilisation de substituts aux COMAI	16
7. Commentaires sur la collaboration CAI-COMAI	18
DISCUSSION	18
1. Les critères d'envoi	18
2. L'utilisation des COMAI	20
3. Les délais d'attente	21
4. Le choix des COMAI	22
5. Raisons de non-envoi aux COMAI	23
6. Utilisation de substituts aux COMAI	24
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	24
ANNEXES	27
Annexe n°1: Modèle de demande d'expertise	28
Annexe n°2: Questionnaire	29
Annexe n°3: Lettre de l'OFAS	33
Annexe n°4: Méthode de calcul pour le classement des critères d'envoi aux COMAI et de choix des COMAI	34
Annexe n°5: Description de la construction du tableau 1	35
Annexe n°6: Feuille statistique remplie par les COMAI	36
BIBLIOGRAPHIE	38

Remerciements

Les auteurs remercient la division AI de l'Office fédéral des assurances sociales pour son soutien lors de la mise en oeuvre de ce projet, notamment le Dr Lukas Bohny et le Dr Christian Gfeller.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux commissions pour leur participation active et le temps consacré à cette enquête.

Nous remercions, pour sa relecture M. le Professeur Fred Paccaud, et pour leurs utiles suggestions le Dr Brigitte Santos-Eggimann et le Dr Jean-Pierre Vez.

RESUME

Introduction

Les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) sont des organes d'expertises pluridisciplinaires au service des commissions de l'AI (CAI). Une enquête précédente a montré que l'utilisation des COMAI varie proportionnellement de 1 à 40 d'une CAI à l'autre, alors qu'il n'y a pas de raison de supposer que la proportion d'assurés nécessitant une expertise pluridisciplinaire soit différente selon le canton. Se pose alors la question d'un manque d'uniformité dans l'application des critères d'envoi et d'une inégalité d'accès à de telles expertises pour les assurés de différents cantons. L'enquête précédente a conclu que les CAI sont à la source de cette variation ce qui explique ce sondage auprès d'elles, concernant leur pratique d'utilisation des COMAI.

Méthode

Un questionnaire a été envoyé à chaque CAI, les interrogeant sur: l'importance relative, dans la décision d'envoi d'un assuré à un COMAI, de divers critères et facteurs; la perception par les commissions de leur taux d'utilisation des COMAI et de leur situation par rapport au taux moyen; le délai maximal acceptable pour l'entrée d'un assuré au COMAI après envoi du mandat; ainsi que les alternatives aux COMAI pour les expertises pluridisciplinaires et la fréquence de leur emploi.

Résultats

Vingt-sept commissions sur vingt-huit ont répondu (96 %).

Les trois critères les plus importants motivant l'envoi d'un assuré dans un COMAI sont : la nécessité d'un examen pluridisciplinaire, la divergence des appréciations médicales et l'absence de documents médicaux utilisables dans le dossier. Il s'agit de critères correspondant effectivement aux directives de l'AI. Par contre, la quatrième raison - nécessité d'un examen psychiatrique - ne devrait pas, à elle seule, constituer un motif d'envoi suffisant; c'est pourtant le cas pour certaines CAI qui la citent comme raison principale d'envoi d'un assuré au COMAI. Il n'y a pas de différence notable dans l'application de critères "officiels" entre les CAI grandes et petites "consommatrices" de COMAI.

La comparaison de l'utilisation des COMAI estimée par les commissions et de l'utilisation constatée lors de l'enquête précédente indique que les CAI ne sont pas conscientes de leur propre taux d'utilisation, ni de leur situation par rapport à la moyenne d'entre elles. Elles ont davantage tendance à sous-estimer leur utilisation qu'à la sur-estimer.

Les CAI pensent qu'une période d'attente de deux ou trois mois est le délai maximal acceptable avant l'entrée d'un assuré au COMAI. Cet avis concorde avec les directives

de l'AI qui préconisent deux mois. Ce délai court se justifie par l'influence préjudiciable du temps sur les chances de réussite de la rééducation et de la réinsertion professionnelle. Pourtant, la situation réelle est toute autre puisque le délai d'attente moyen est de quatre mois et demi; trois quarts des assurés doivent attendre plus de deux mois. Ce délai trop long est souvent cité par les CAI comme une cause de non-envoi d'un assuré au COMAI, le privant ainsi d'une expertise pluridisciplinaire.

Lors du choix d'un COMAI, les CAI privilégient le COMAI proche du lieu d'habitation de l'assuré ainsi que celui où l'on parle la langue de l'assuré. La confiance en l'appréciation du COMAI arrive en troisième position, mais aucun COMAI ne semble particulièrement préféré aux autres. La seule raison pertinente de non-envoi d'un assuré dans un COMAI semble être le problème des délais d'attente trop longs, qui soulève la question d'alternatives aux COMAI. Celles-ci sont généralement les hôpitaux cantonaux, les centres universitaires et les médecins spécialistes. Même si l'utilisation de substituts aux COMAI explique une petite partie de la variation intercantonale d'expertises pluridisciplinaires, celle-ci reste énorme (de 1 à 36 selon les cantons).

Conclusions et recommandations

Il ressort de cette enquête que les COMAI font un travail très apprécié des commissions. Afin de favoriser l'utilisation appropriée, efficace et équitable des COMAI, les propositions suivantes sont formulées à l'intention des différents responsables :

- rechercher assidûment les raisons de la longueur des délais d'attente et les moyens pour la réduire;
- réviser et préciser les critères d'envoi ou de non-envoi aux COMAI;
- adhérer plus strictement aux critères arrêtés;
- améliorer l'échange d'informations entre les COMAI et les CAI sur des sujets de préoccupation mutuelle;
- rendre plus concis les rapports d'expertises COMAI en déplaçant l'accent de la pathologie médicale vers les capacités résiduelles de l'individu;
- développer et/ou promulguer des instruments capables de guider le médecin vers une évaluation plus fiable de l'incapacité de travail;
- évaluer et comparer le coût et la qualité des expertises provenant d'instances substituables aux COMAI afin d'améliorer l'efficacité globale des expertises.

La variation anormale d'utilisation des COMAI reste inexpliquée. Elle va à l'encontre du principe d'uniformité de pratique que l'organe de surveillance a le devoir de garantir. Un des objectifs de l'actuelle réorganisation de l'AI est précisément une harmonisation des pratiques. Pour atteindre cet objectif, des mesures spécifiques d'harmonisation devront être développées et mises en oeuvre, ce qui ne sera possible sans compréhension préalable du problème. Seul un système d'information et d'évaluation performant dira si l'objectif d'homogénéisation des pratiques est atteint.

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung

Die Medizinischen Abklärungsstellen der Invalidenversicherung (MEDAS) sind ein pluridisziplinäres Gremium im Dienste der Kommissionen der Invalidenversicherung (KIV). Eine frühere Umfrage hatte ergeben, dass zwischen den Kommissionen Unterschiede im Verhältnis von 1 zu 40 in der Inanspruchnahme dieser MEDAS bestehen, obwohl unwahrscheinlich ist, dass die Zahl der Versicherten, welche ein pluridisziplinäres Gutachten benötigen, je nach Kanton dermassen schwankt.

Diese Resultate werfen die Frage auf, in wie weit Unterschiede in der Anwendung der Zuweisungskriterien bestehen, und ob die Versicherten in den verschiedenen Kantonen gleichberechtigt sind im Zugang zu derartigen Gutachten. Die frühere Umfrage ergab, dass die KIV für diese Abweichungen verantwortlich sind. Der vorliegenden Umfrage unter den KIV liegt das Bestreben zugrunde herauszufinden, in welcher Weise sie die MEDAS einsetzen.

Verfahrensweise

Jeder KIV wurde ein Fragebogen mit folgenden Fragen zugesendet: welches relative Gewicht ordnen Sie den verschiedenen Kriterien und Faktoren zu, die eine Rolle spielen bei der Entscheidung, einen Versicherten an eine MEDAS weiterzuleiten; wie hoch schätzen Sie die Zahl der von Ihnen selbst bei den MEDAS angeforderten Gutachten und wie bewerten Sie Ihre Ueberweisungsrate im Vergleich zum Durchschnitt; welche Wartefrist halten Sie nach Zusendung des Mandates bis zur Beurteilung eines Versicherten durch eine MEDAS für angemessen; welche Alternativangebote bestehen für pluridisziplinäre Gutachten und mit welcher Häufigkeit werden diese benützt.

Ergebnisse

Siebenundzwanzig Kommissionen haben geantwortet (96 %). Die drei wichtigsten Kriterien für die Zuweisung eines Versicherten an eine MEDAS sind: die Notwendigkeit eines pluridisziplinären Gutachtens, stark voneinander abweichende ärztliche Beurteilungen und das Fehlen brauchbarer medizinischer Unterlagen. Es handelt sich hierbei um Kriterien, die den Richtlinien der IV entsprechen. Der vierte Grund hingegen - das Erstellen eines psychiatrischen Gutachtens - sollte kein Kriterium sein. Bei einigen der KIV ist jedoch gerade dies der häufigst genannte Grund. Es besteht kein nennenswerter Unterschied in der Anwendung "offizieller" Kriterien zwischen den KIV, die häufig eine MEDAS in Anspruch nehmen und jenen, welche dies seltener tun. Vergleicht man die von den KIV selbst geschätzte Zahl der Ueberweisungen in der früheren Studie erhobenen Überweisungsrate so stellt man fest, dass die KIV weder die absolute Zahl noch ihre Situation im Vergleich zur durchschnittlichen Ueberweisungsquote kennen. Vielmehr unterschätzen sie die Anzahl ihrer Ueberweisungen.

Die Wartefrist bis zur Beurteilung durch eine MEDAS sollte, nach Meinung der KIV, höchstens zwei bis drei Monate betragen, was mit den Richtlinien der IV übereinstimmt, welche eine Frist von zwei Monaten vorsehen. Dieser relativ kurze Zeitraum ist berechtigt

durch den nachteiligen Einfluss der Wartezeit auf den Erfolg der Rehabilitation und der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Die Wirklichkeit sieht jedoch ganz anders aus, da die durchschnittliche Wartezeit viereinhalb Monate beträgt; drei Viertel der Versicherten müssen länger als zwei Monate warten. Diese lange Wartefrist wird von den KIV oft als Grund für die Nichtüberweisung eines Versicherten an eine MEDAS angegeben, mit der Folge dass dieser nicht von einer pluridisziplinären Beurteilung profitieren kann.

Bei der Wahl einer MEDAS ziehen die KIV offensichtlich jene vor, die sich in der Nähe des Wohnortes des Versicherten befindet und die im gleichen Sprachraum liegt. Das Vertrauen in die MEDAS steht an dritter Stelle, doch wird keine der MEDAS besonders bevorzugt. Der einzige stichhaltige Grund für eine Nichtzuweisung scheint das Problem der langen Wartefristen zu sein, welches die Frage nach Alternativen zu den MEDAS aufwirft. Im allgemeinen sind dies Kantonsspitäler, Universitätszentren oder Fachärzte. Obwohl die Inanspruchnahme von Alternativen zu den MEDAS einen geringen Teil der interkantonalen Unterschiede erklärt, bleibt doch eine beträchtliche reale Differenz bestehen (Verhältnis 1 zu 36).

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus der Umfrage geht hervor, dass die Tätigkeit der MEDAS von den Kommissionen sehr geschätzt wird. Um eine angemessene, effiziente und ausgewogene Nutzung der MEDAS zu fördern, werden den Verantwortlichen folgende Vorschläge unterbreitet:

- die Ursachen der allzulangen Wartefristen aufspüren und Mittel zu finden, diese zu verkürzen;
- die Kriterien einer Zuweisung oder Nichtzuweisung an eine MEDAS überprüfen und genauer zu formulieren;
- die festgelegten Kriterien strenger anzuwenden;
- den Informationsfluss zwischen den MEDAS und den KIV zu verbessern, wo ein gemeinsames Interesse besteht;
- die Gutachten der MEDAS kürzer zu fassen und die verbleibende Arbeitsfähigkeit hervorzuheben;
- Instrumente zu entwickeln und/oder zugänglich zu machen, die dem Arzt ermöglichen sollen, eine verlässlichere Bewertung der Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen;
- Kosten und Qualität von Gutachten, die von alternativen Instanzen erstellt werden, zu bewerten und zu vergleichen, um die Angemessenheit dieser Alternativ-Lösung beurteilen zu können.

Die Abweichungen in der Überweisungsquote an die MEDAS bleiben unerklärt. Diese widersprechen dem Einheitlichkeitsprinzip, welches vom Aufsichtsorgan garantiert werden muss. Eines der Hauptziele der gegenwärtigen Umgestaltung der IV ist die Harmonisierung der Praktiken. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen spezifische Harmonisierungsmassnahmen entwickelt und angewendet werden, was ohne ein vorausgehendes Verständnis der Problematik kaum möglich ist. Ein effizientes Informations- und Bewertungssystem wird aufzeigen, ob das Ziel einer Homogenisierung der Praktiken erreicht werden wird.

INTRODUCTION

Les cinq Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) situés à Lausanne, Bâle, St-Gall, Lucerne et Bellinzone examinent, sur mandat des commissions AI (CAI), des patients ayant fait une demande de prestations dans le sens d'une rente ou d'une réadaptation professionnelle. Ces expertises COMAI sont réservées aux assurés

- dont le cas est complexe et difficile;
- dont le cas nécessite des examens pluridisciplinaires;
- dont le dossier ne contient pas de documents médicaux utilisables;
- sur lesquels les appréciations médicales divergent;
- pour lesquels le médecin traitant ne s'est pas prononcé quant à l'incapacité de travail.

Ces critères ont été définis par l'AI [1,2].

Le patient est examiné au COMAI par une équipe médicale pluridisciplinaire lors d'un séjour hospitalier ou en ambulatoire de 3-4 jours en moyenne. Une expertise détaille les conclusions des examens et des entretiens. Les médecins doivent se prononcer essentiellement sur le degré de capacité de travail résiduel de l'assuré dans son occupation actuelle et après réorientation, ainsi que sur les mesures médicales ou professionnelles susceptibles d'améliorer le pronostic de capacité de travail.

Une évaluation de l'activité des COMAI se devait d'examiner ce qui se passe en amont de ceux-ci (voir le modèle de demande d'expertise, annexe 1), notamment au niveau de la demande qui leur est adressée par les commissions. Pour cette raison une précédente analyse s'est intéressée aux taux d'utilisation des COMAI par les commissions [3].

Il est ressorti de cette analyse que de grandes différences existent entre les commissions dans la manière d'utiliser les COMAI puisque le taux de recours varie proportionnellement de 1 à 40 selon les CAI.

Si une certaine variation dans la pratique des commissions et l'utilisation des COMAI est désirable, voire nécessaire, une telle variation (jusqu'à 40 fois) doit poser la question d'un manque d'uniformité au niveau des CAI dans l'application des directives de l'AI (voir les cinq critères d'envoi cités plus haut) et, par conséquent, d'une inégalité d'accès par canton aux bénéfices de l'expertise pluridisciplinaire offerte par le COMAI.

C'est pour examiner cette hypothèse que le Centre d'évaluation et de coordination (CECO) a effectué un sondage auprès des 28 commissions (une commission par canton, une pour le personnel fédéral située à Berne et une à Genève pour les assurés à l'étranger).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire en français (annexe 2) ou en allemand a été envoyé à chaque commission, accompagné d'une lettre de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (annexe 3).

Les questions traitaient

- de l'importance, dans la décision d'envoi à un COMAI, de différents critères;
- de la perception des commissions de leur utilisation des COMAI et de leur propre situation par rapport à la moyenne;
- du délai maximal acceptable pour l'entrée au COMAI après envoi d'un mandat;
- des facteurs influençant le choix d'envoi ou de non-envoi à un Centre plutôt qu'à un autre;
- des solutions de substitution aux COMAI et de la fréquence de leur emploi.

Une question ouverte permettait des commentaires concernant la collaboration des CAI avec les Centres d'observation.

Ainsi, ce questionnaire ne s'est pas arrêté au but initialement fixé qui consistait à vérifier l'hypothèse de la différence d'utilisation des COMAI, mais a également cherché à cerner le contexte du rapport entre les commissions et les COMAI.

Les réponses ordinales des questions 1 et 4a ont été classées grâce à un indice global dont le calcul est explicité en annexe 4. De même la méthode de construction du tableau 1 est décrite en annexe 5.

Les réponses fournies dans la présente étude ont été comparées et complétées là où cela était possible avec la base de données du CECO. Celle-ci est construite à partir d'une feuille statistique remplie par les COMAI (annexe 6) pour chaque assuré. Elle renseigne sur la situation de l'assuré au moment de son entrée au COMAI (variables démographiques), sur les examens effectués avant l'entrée au COMAI et pendant le

séjour, sur les diagnostics, sur les capacités de travail actuelle et exigible, sur les mesures de réadaptation proposées, etc.

RÉSULTATS

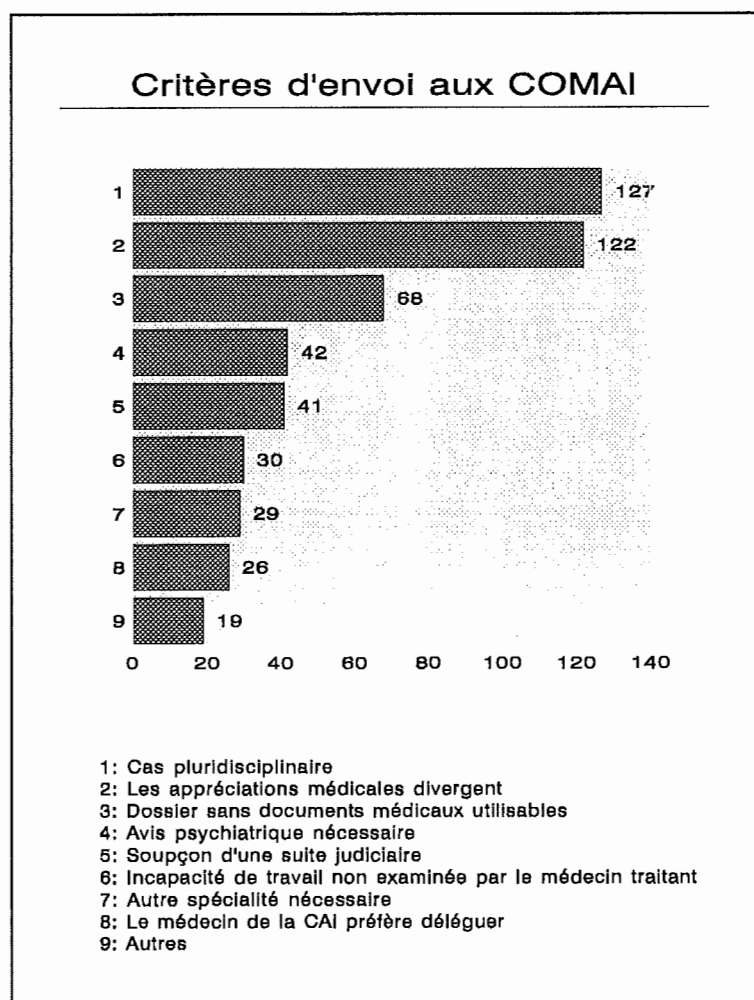
Le taux de réponse des commissions a été de 96% (27/28).

1. Les critères d'envoi

Les vingt-sept commissions ont répondu à cette question.

Les critères sur lesquels s'appuient les commissions pour adresser leurs assurés aux COMAI sont les suivants, du plus important au moins important (fig. 1):

Figure 1:



Parmi les raisons "autres", on trouve les cas où le point de vue du médecin diverge de celui de l'assuré, de l'ORAI¹ ou de l'employeur. Les Centres d'observation sont également sollicités lorsque l'assuré est jeune et qu'il est important de connaître précisément sa capacité de travail résiduelle. Une autre raison évoquée est que les limitations fonctionnelles de l'assuré y sont mieux appréciées. Enfin, un mandat d'expertise est parfois demandé dans le cadre d'une procédure de recours administratif ou judiciaire de l'assuré contre une décision de la CAI, lorsque la commission d'appel le juge nécessaire (raison mentionnée 2 fois).

Parmi les commentaires, une CAI propose que des investigations ambulatoires soient faites avant de prendre la décision de l'envoi au COMAI.

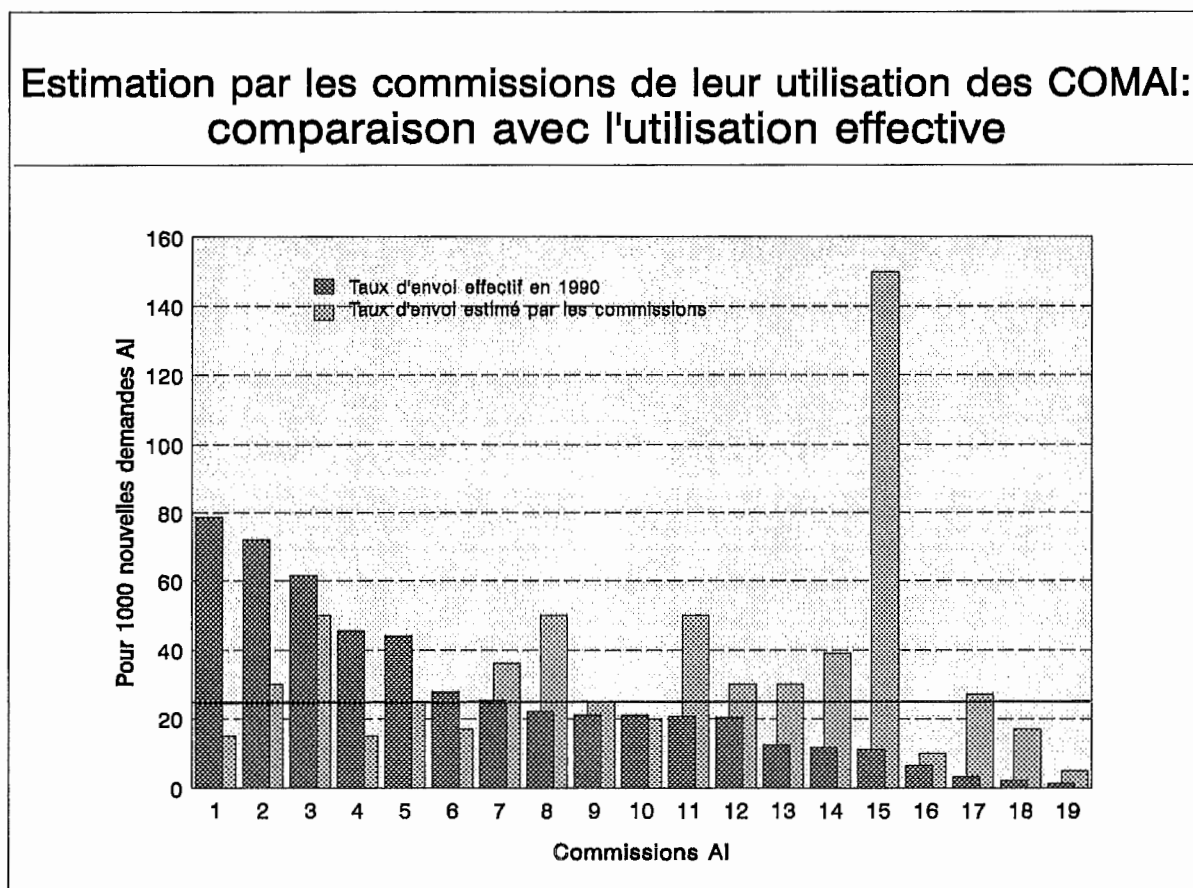
2. L'utilisation des COMAI

Les commissions devaient estimer le pourcentage de cas qu'elles adressent chaque année aux COMAI, et comparer ce pourcentage à la moyenne de l'ensemble d'entre elles. Six commissions n'ont pas répondu à la première question, peut-être à cause de son ambiguïté (pourcentage par rapport à quoi?); la distribution de leur taux effectif d'utilisation des COMAI ne diffère pas de celle des autres commissions. Deux CAI n'ont pas répondu à la seconde question.

Il existe une grande discordance, et aucune corrélation, entre la perception que les CAI ont de leur propre utilisation des COMAI et l'utilisation effective (fig. 2). Toutefois, certaines CAI ayant pris comme dénominateur, non pas les nouvelles demandes mais seulement les cas auxquels une rente a été attribuée, leurs réponses sont sur-évaluées.

¹ Les ORAI sont les Offices régionaux de l'assurance-invalidité. Leur mission est de "collaborer à l'examen et à l'application des mesures de réadaptation d'ordre professionnel".

Figure 2:



D'autre part, **très peu d'entre elles arrivent à se situer correctement par rapport à la moyenne**; il existe à la fois des erreurs de sur-estimation et de sous-estimation. Seules trois commissions pensent envoyer proportionnellement plus de cas aux COMAI que la moyenne de l'ensemble d'entre elles (alors qu'en réalité elles sont 8). Un tiers (10/27¹) pense en envoyer moins et près de la moitié (12/27) se situe dans la moyenne. Ces informations peuvent être résumées dans le tableau suivant:

¹ Dont les CAI pour le personnel fédéral et pour les assurés à l'étranger dont nous ne pouvons pas, faute de dénominateur, déterminer le nombre réel d'envois pour 1000 demandes.

Tableau 1:

Estimation par les CAI de leur utilisation des COMAI par rapport à la moyenne de l'ensemble d'entre elles

		+	+/-	-
Utilisation effective des COMAI en 1990	+	2	3	0
	+/-	1	5	5
	-	0	4	3

Il y a plus d'erreurs de sous-estimation (...) que de sur-estimation (----).

Il n'existe pas de corrélation entre l'estimation de l'utilisation des COMAI et l'utilisation effective ou estimée.

3. Les délais d'attente

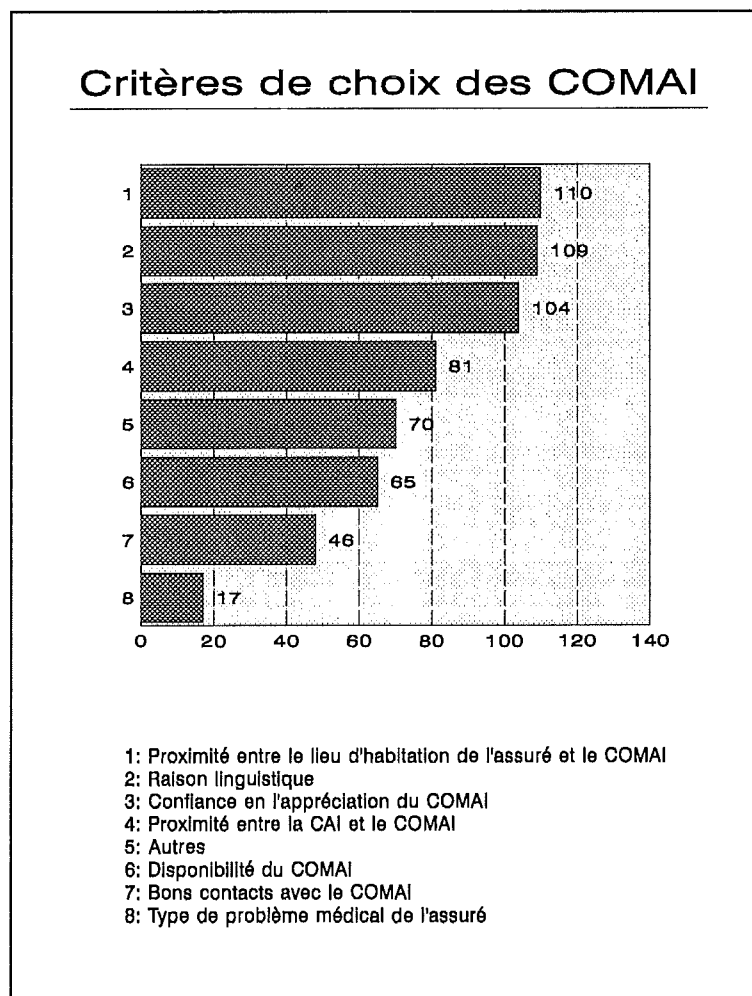
Globalement, 12/27 (44%) des CAI souhaitent un **délai maximal pour l'entrée dans un COMAI** ne dépassant pas **2 mois** et 14/27 (52%) de **3 mois**. Une commission aimerait un délai de 1 mois; aucune ne trouve acceptable un délai supérieur à 3 mois.

4. Le choix des COMAI

Les vingt-sept commissions ont répondu à cette question.

Les raisons amenant à préférer un COMAI à un autre sont indiquées par ordre d'importance dans la figure 3:

Figure 3:



Ce classement varie sensiblement selon les COMAI. Ainsi, pour Lausanne et Bellinzone, c'est la raison de la langue qui est la plus souvent évoquée. Quant à Lucerne, les commissions apprécient particulièrement sa disponibilité. Parmi les "autres" raisons amenant à choisir tel COMAI plutôt qu'un autre, il a été mentionné 2 fois le désir de l'assuré, les délais trop longs au premier COMAI souhaité, et la volonté d'une appréciation homogène, la commission préférant s'adresser à un seul COMAI, dans la mesure du possible.

Le COMAI de St-Gall est souvent préféré lorsque l'assuré provient de l'ex-Yougoslavie puisque le psychiatre de St-Gall parle le serbo-croate.

Parmi les commentaires, une commission mentionne qu'un COMAI à Berne serait très utile, et une autre propose d'introduire des examens en ambulatoire et des rencontres entre les médecins des COMAI et les médecins de la CAI.

5. Raisons de non-envoi aux COMAI

Vingt-deux commissions ont répondu à cette question. Parmi les répondants, 50% (11/22) disent clairement ne voir **aucune raison** pour ne pas envoyer un cas aux COMAI. L'utilisation effective des COMAI ou des substituts par ces CAI ne diffère pas de celle des autres. Parmi les réponses affirmatives, en dehors de **la non-satisfaction aux critères des directives AI** (citée 6 fois), la raison la plus fréquemment mentionnée est **les délais d'attente trop longs** (citée 5 fois). Sont également évoquées des raisons de coût élevé des COMAI et des raisons linguistiques.

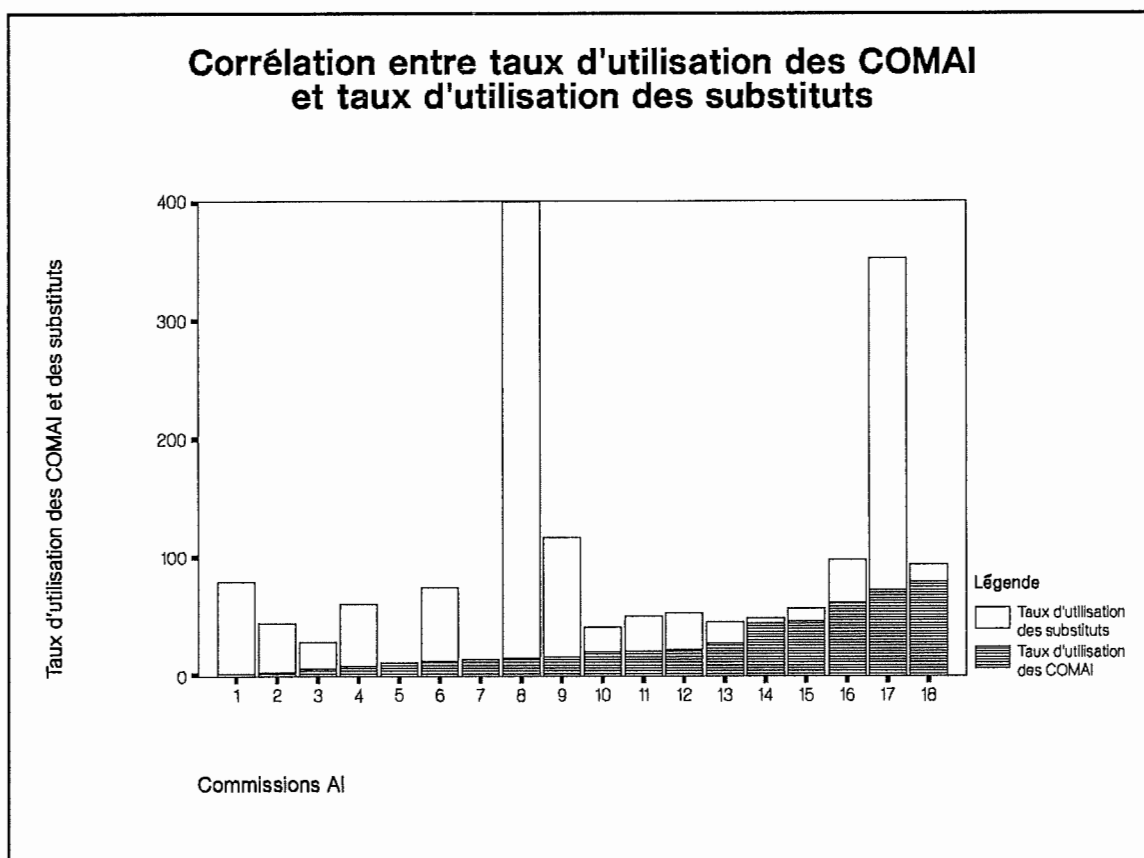
6. Utilisation de substituts aux COMAI

Toutes les commissions ont répondu à cette question.

Si les différences d'utilisation des COMAI s'expliquent par l'utilisation "compensatrice" de substituts aux COMAI, on doit trouver une relation inverse entre le taux d'utilisation des COMAI et le taux d'utilisation des substituts. Cette corrélation existe bien ($r = -0.35$) si l'on ne tient pas compte de 2 cas extrêmes (les CAI 8 et 17 de la figure 4).

Les taux d'utilisation des COMAI et des substituts présentent des variations de 1 à 36, soit autant que les écarts relevés entre les taux d'utilisation des COMAI. Par conséquent, les substituts ne combrent pas ces différences et le problème de l'égalité d'accès pour les assurés à une expertise pluridisciplinaire reste posé.

Figure 4:



Les substituts les plus courants aux COMAI sont **les centres universitaires (cités 7 fois), les hôpitaux cantonaux (cités 8 fois) et les spécialistes (cités 8 fois)** (médecins privés, notamment psychiatres et cliniques spécialisées).

Pour ce qui est du nombre de cas qui y sont adressés, seulement 19 commissions l'ont approximé. On trouve alors, en moyenne, une petite centaine de cas (88.3) envoyés chaque année, mais ce chiffre varie de 0¹ à 650 cas selon les commissions! En règle générale les COMAI semblent être préférés en cas d'hospitalisation et les substituts semblent être plutôt employés pour des consultations ambulatoires. C'est ce qu'il ressort des commentaires des CAI.

¹ Deux commissions disent ne pas utiliser de substituts aux COMAI.

7. Commentaires sur la collaboration CAI-COMAI

Quatorze CAI ont donné leur opinion sur cette question ouverte. On trouve les termes de "**besoin**", d'"**absolue nécessité**" des expertises des COMAI. **Leur travail est globalement jugé très satisfaisant** ("très bonne opinion des expertises", "évaluations concluantes"). Les quelques réserves émises concernent les rapports qui, selon certaines commissions, gagneraient à être plus courts, ainsi que l'évaluation de la capacité de travail du point de vue psychiatrique qui serait trop généreuse. Le délai d'attente trop long est encore ici évoqué à de nombreuses reprises. C'est apparemment le souhait de beaucoup de le voir se raccourcir. Une CAI propose de remédier à cet obstacle en créant d'autres COMAI.

La collaboration, dans son ensemble, est qualifiée de **bonne et directe**. Une commission parle pourtant de problème mais sans en préciser la nature. Une autre souhaite une collaboration plus étroite puisqu'elle ressent le besoin de plus de conférences d'experts entre ses médecins et ceux des COMAI.

DISCUSSION

1. Les critères d'envoi

Les commissions semblent donc respecter les critères d'envoi contenus dans les directives de l'AI puisque trois d'entre eux ont été cités les plus fréquemment. On peut noter que l'avis psychiatrique paraît jouer un rôle important dans la décision d'envoyer un assuré dans un COMAI, alors qu'il ne devrait pas constituer un critère d'envoi à lui seul.

Le critère fondamental pour les commissions (21/27 l'ont cité en première position) est la pluridisciplinarité de la pathologie. C'est effectivement l'une des raisons d'être des COMAI et leur manière effective de travailler (ils font en moyenne 3.5 examens par assuré).

L'autre grande raison importante amenant les CAI à adresser un cas aux COMAI se rencontre lorsque les médecins ont des avis divergeants, particulièrement sur le point capital du degré de capacité de travail résiduel. On peut alors se demander si les rares directives de l'assurance-invalidité concernant la manière d'apprécier cette capacité

sont suffisantes. L'AI pourrait encourager l'utilisation de concepts et de critères précis permettant au médecin de relier les notions bio-médicales à celles de l'incapacité de travail. En effet, un médecin guidé dans son évaluation réduirait sa marge d'incertitude. Ceci pourrait induire une meilleure reproductibilité des avis médicaux, d'où un besoin moins important de recourir à des expertises.

Le troisième facteur déterminant un envoi au COMAI est l'absence de documents utilisables dans le dossier de l'assuré. Il serait intéressant de calculer un rapport coût-utilité pour savoir si des recherches de documents existants mais égarés ou en possession du médecin traitant, comme c'est souvent le cas, s'avèreraient profitables. De telles recherches prennent du temps. Mais à cet argument, il faut opposer le coût des examens évitables, le temps et les coûts d'un séjour au COMAI, les délais (d'attente avant l'entrée au COMAI et de rédaction de l'expertise), enfin et surtout (dans l'optique d'une réadaptation) l'impact globalement négatif de ces éléments sur l'assuré [4,5]. Il serait également intéressant de déterminer quels types de documents sont considérés comme manquants, d'évaluer s'ils sont réellement indispensables, d'envisager si de simples compléments d'investigation ne pourraient être demandés ou si, dans certains cas, une évaluation pluridisciplinaire ambulatoire devrait être d'emblée favorisée, bref d'établir là aussi des directives plus précises.

La nécessité de disposer d'un avis psychiatrique ne devrait pas être, à elle seule, un critère pour l'envoi à un COMAI. Elle se place néanmoins en quatrième position dans la liste des raisons d'envoi (certaines commissions l'ont même mentionnée en premier), son influence n'est donc pas négligeable. Effectivement, certaines CAI ne disposent pas de psychiatre ou ne sont pas satisfaites des examens psychiatriques possibles sur place, elles ont alors tendance à employer les COMAI pour avoir cet examen. Il serait nécessaire de limiter ces pratiques et de trouver un substitut dans le canton de la commission. L'examen psychiatrique est l'examen le plus effectué au COMAI (87.5% des cas pour 1992). Ces constatations indiquent l'existence d'un besoin: celui d'intégrer plus systématiquement (et plus rapidement) l'aspect psychologique contenu dans toute situation d'invalidité.

La proposition disant que le médecin de la CAI préfère déléguer ne devrait pas être un élément d'envoi au COMAI. Elle a pourtant été citée 2 fois comme deuxième critère important et 15 fois comme critère possible. Notre analyse ne permet pas d'approfondir la raison de cette délégation, mais celle-ci apparaît, au premier abord, comme sur-représentée parmi les motifs d'envoi.

En résumé, les critères d'envoi tels que définis par les directives sont bien respectés dans l'ensemble. Il faudrait cependant des informations supplémentaires pour déterminer si l'interprétation de ces critères est adéquate. Un contact régulier entre médecins des COMAI et médecins des commissions pourrait permettre une discussion sur l'utilité et/ou la nécessité d'un examen COMAI. En effet, 4.5% (18/400, 1er semestre 1993) des cas sont considérés comme inappropriés à une expertise COMAI par les Centres eux-mêmes. Néanmoins, on ne sait pas si l'envoi de ces assurés respectait ou non les directives de l'AI.

Pour faire ressortir des différences dans l'application des critères des directives de l'assurance-invalidité, nous avons comparé les CAI utilisant relativement beaucoup les Centres d'observation à celles les utilisant peu. Mis à part le fait de préférer déléguer cité par une CAI sollicitant particulièrement les COMAI, les critères autres que ceux recommandés par les directives ne sont pas rapportés différemment par les commissions, grandes ou petites "consommatrices" de COMAI.

2. L'utilisation des COMAI

Les commissions semblent avoir de la peine à estimer le nombre de cas qu'elles envoient aux COMAI. Le manque de précision de la question a peut-être rendu difficile cette estimation. Néanmoins, étant donné le coût et l'impact sur l'assuré d'une expertise, il paraît souhaitable que cette notion statistique minimale soit connue.

De même, les commissions ne se rendent apparemment pas bien compte de la façon qu'a l'ensemble d'entre elles de recourir aux COMAI. Prendre connaissance de leur position par rapport à la moyenne de toutes les CAI permettrait peut-être une auto-régulation et une harmonisation des pratiques, ce qui est souhaité par la révision de l'AI [6].

Le principal problème relatif à cette approche est que nous ne savons pas quelle pourrait être la norme d'utilisation (quel pourcentage moyen d'envoi par rapport à la demande est adéquat et approprié ?) et à partir de quels seuils pourrait-on parler de sous- ou, au contraire, de sur-utilisation.

Le fait que les médecins des COMAI estiment peu de cas être inappropriés pour une expertise (4.5%), laisse supposer qu'un certain nombre d'assurés susceptibles d'être

examinés aux COMAI ne le sont pas, ce qui constituerait une sous-utilisation. On arrive à un chiffre similaire (6.9% voir page 23) en s'interrogeant sur la polydisciplinarité des examens effectués aux COMAI.

3. Les délais d'attente

Les commissions ressentent avec raison la nécessité d'un délai d'attente inférieur ou égal à 3 mois entre la date de leur mandat et la date d'admission au COMAI. C'est pourtant aujourd'hui loin d'être le cas puisque le délai moyen a été estimé à plus de 130 jours (presque 4 mois et demi) pour 1992. Dans trois quarts des expertises (75.8%) le délai de 2 mois prévu par les directives de l'AI [7] est dépassé. Ce délai trop long a souvent été cité comme une cause de non-envoi d'un assuré à un COMAI.

En effet, la mission première de l'assurance-invalidité est non pas l'allocation d'une rente mais, dans la mesure du possible, la réhabilitation professionnelle dans le sens d'une reprise du travail ou de l'apprentissage d'une nouvelle activité. Or, ce délai où le patient est laissé en attente constitue un obstacle à la réussite de cette entreprise [8]. Il est d'abord préjudiciable car il met l'assuré dans une insécurité liée à l'incertitude quant à son avenir. De plus, le temps joue en faveur de la chronification, ce qui va gêner les actions thérapeutiques et/ou rééducatives et ancrer l'assuré dans sa position de malade incapable d'une quelconque réinsertion professionnelle. La poursuite (ou la reprise) d'un travail est essentielle. Les rapports d'expertise des COMAI font parfois état de "personnes vivant isolées", "cloîtrées à la maison à remâcher leurs déboires"¹. L'occupation professionnelle représente alors un lieu de socialisation et un moyen de regagner une certaine autonomie. Aujourd'hui ce retour au travail va se trouver de plus en plus entravé par l'accroissement considérable du chômage.

Plusieurs commissions ont exprimé le voeu de voir alléger la complexité des examens médicaux. Cela permettrait de diminuer la durée de séjour et de rédaction du rapport, donc les coûts et les délais, ainsi que les facteurs chronifiant déjà relevés. Ceci ne devrait pas se faire aux dépens de la qualité des expertises, ni de leur interdisciplinarité, deux éléments de la raison d'être des COMAI.

¹ Commentaires tirés d'expertises COMAI.

4. Le choix des COMAI

Le critère le plus important pour choisir un COMAI plutôt qu'un autre est la proximité géographique entre le lieu d'habitation de l'assuré et le COMAI. Il semble, en effet, opportun de ne pas déplacer une personne plus qu'il n'est nécessaire.

La langue parlée et comprise par l'assuré est le critère le plus décisif pour les COMAI de Lausanne et de Bellinzone. C'est effectivement compréhensible puisque ce sont les seuls de langue française et italienne.

Les CAI ont trouvé important de dire leur confiance en l'appréciation des COMAI, ce qui conforte le bien-fondé de ces Centres et explique aussi peut-être pourquoi certaines d'entre elles y envoient facilement leurs cas.

La disponibilité est un critère parmi les moins cités. Seul le COMAI de Lucerne est apprécié pour cela. En effet, son délai d'attente est de loin le plus court (93 jours en moyenne, sur la période s'étalant de 1988 au premier semestre 1993; la moyenne pour tous les COMAI étant de 119 jours).

La proximité entre la commission et le Centre d'observation n'est pas un facteur primordial, c'est encore moins le cas pour le type de problème médical présenté par l'assuré. Les COMAI sont donc substituables à ces niveaux-là.

Le bon contact avec le COMAI n'est cité qu'en cinquième position (avec une répartition quasiment identique pour tous les COMAI). Doit-on conclure que les relations sont quelque peu tendues ou juste que ce critère n'est pas considéré comme important pour le choix d'un COMAI? D'après les commentaires sur la collaboration entre les deux organes de l'AI, il semble que la seconde explication soit la plus juste.

Plusieurs commissions ont précisé dans leurs remarques ne pas avoir de réelles préférences quant au choix du COMAI.

D'après les commentaires généraux sur le choix de tel ou tel COMAI et sur la collaboration avec eux, il ressort que les commissions estiment beaucoup le travail des COMAI; elles trouvent les expertises nécessaires et ont confiance en l'appréciation des Centres. Les seules réserves émises concernent les délais d'attente trop longs et, éventuellement, une trop grande générosité des évaluations de l'incapacité de travail.

5. Raisons de non-envoi aux COMAI

Les raisons énumérées amenant à ne pas adresser un cas à un COMAI sont parfois liées à la nature du cas; c'est ainsi pour les assurés pouvant être examinés par un spécialiste dans le canton. Il arrive néanmoins que les COMAI reçoivent des patients qui ne nécessitent pas d'examens pluridisciplinaires. Par exemple, en 1992, 29 cas ont eu un seul type d'examen et 61 cas un examen général plus un seul autre examen spécialisé. On peut raisonnablement se demander si ces assurés (représentant 6.9% du total) ont réellement besoin d'une expertise dans un COMAI.

D'autres raisons évoquées concernent directement les Centres; c'est notamment le cas du délai d'attente trop long, cité de nombreuses fois ici mais aussi tout au long du questionnaire. Les effets néfastes de ces longs délais, discutés plus haut, sont bien ressentis par les commissions qui semblent alors préférer priver l'assuré d'une expertise pluridisciplinaire plutôt que de le faire patienter plusieurs mois.

Le problème du coût du COMAI est cité par deux commissions. Il semble que parfois les frais d'expertise dépasseraient la rente à laquelle l'assuré aurait droit en cas de décision dans ce sens.

Une des commissions estime que lorsque l'arrêt de travail est supérieur à 5 ans, les chances de réintégration professionnelle sont très minces et le recours au COMAI donc inutile. Il est vrai que les chances de reclassement diminuent à mesure que le temps d'inactivité augmente. C'est d'ailleurs un des critères d'exclusion d'envoi aux COMAI fixé dans la procédure de l'AI [9]. En fait, ce phénomène est particulièrement marqué pour les femmes. En 1992, 23% des femmes présentant un arrêt de travail inférieur à 5 ans pouvaient, d'après l'évaluation des médecins des COMAI, augmenter leur capacité de travail, alors que ce n'était vrai que pour 14% de celles qui avaient stoppé toute activité depuis plus de 5 ans (contre 44% pour les hommes). En l'absence d'un indice de la sévérité des cas, il est difficile de se prononcer sur l'adéquation d'une telle différence entre les sexes. Néanmoins, compte tenu du mandat de l'organe de surveillance de garantir une pratique uniforme, c'est à lui, l'OFAS, d'exiger la démonstration qu'il n'y a pas un manque d'équité. La différence entre sexes peut probablement s'expliquer par le fait qu'il est plus couramment accepté qu'une femme reste inoccupée, alors que l'homme a, dans l'opinion commune, un rôle de chef de famille nourricier. L'acceptation tacite par l'AI de cette opinion irait à l'encontre de l'égalité de traitement devant l'administration des assurances sociales.

La situation est similaire lorsque le patient est âgé et se trouve à 5 ans ou moins de la retraite. A ce stade, les chances d'augmenter ou de retrouver une capacité de travail théorique sont non négligeables pour les hommes (9/37 soit 24%), bien que la nouvelle situation économique risque de rendre ces chances très hypothétiques. C'est en tout cas ce qui ressort des appréciations que donnent les COMAI. Ce n'est par contre pas le cas des femmes, puisque en 1992 seulement une sur 35, âgées de 57 ans et plus, pouvait, d'après l'avis du COMAI, augmenter sa capacité de travail. Dans ces circonstances, on peut se poser la question de l'utilité d'une expertise COMAI et/ou de son équité.

Ces deux facteurs (temps d'arrêt de travail et âge de l'assuré) ainsi que d'autres pourraient être intégrés comme critères approuvés et reconnus de non-envoi aux COMAI [9], mais il faudrait vouer une attention particulière à leur application uniforme pour les deux sexes.

6. Utilisation de substituts aux COMAI

Les substituts aux COMAI sont généralement peu employés; seulement quatre commissions y adressent plus de 100 assurés par année (la médiane est de 30 cas). Si, selon l'avis de certaines commissions, ces centres universitaires, hôpitaux cantonaux et spécialistes peuvent se substituer au COMAI, il serait intéressant de comparer la qualité et le coût des expertises provenant de ces deux sources, afin de mettre en évidence les éléments les plus performants et d'améliorer l'efficacité des expertises quelle qu'en soit la source.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette enquête a réaffirmé la satisfaction des commissions par rapport au travail des COMAI, ainsi que la gêne provoquée par les délais d'attente très importants.

Nous n'avons pas plus d'explications quant à la différence d'utilisation des COMAI, alors que c'était le but initial de l'étude. En effet, l'hypothèse de départ stipulant que certaines commissions ne respectaient pas les critères d'envoi définis par l'assurance-invalidité n'a pas été confirmée par notre étude. Restent alors deux hypothèses. La

première est que les directives sont interprétées de la même façon par les CAI mais ce sont les cas qui diffèrent. La seconde est que les directives sont appliquées de manière différente (par exemple, certaines commissions peuvent adresser tous leurs cas pluridisciplinaires tandis que d'autres opèrent un tri, ce qui amène à l'idée de différences d'interprétation des critères AI).

A la lumière des résultats, nous pouvons formuler quelques propositions pour améliorer l'utilisation appropriée et efficace des COMAI; elles méritent l'attention des responsables:

- *pour les commissions:*

- ☞ se référer strictement aux critères d'envoi et de non-envoi. Etablir explicitement des directives d'application pour les critères d'envoi (pourquoi tel cas pluridisciplinaire est-il adressé aux COMAI et pas tel autre?). Comme il a déjà été expliqué dans l'article sur la variation dans l'utilisation des COMAI [3], il n'y a pas, au premier abord, de raison à ce qu'une commission se décharge proportionnellement plus qu'une autre;
- ☞ prendre en considération le délai d'attente de chaque COMAI et arrêter leur choix en conséquence.

- *pour les COMAI:*

- ☞ faire des rapports plus courts et centrés sur le degré d'incapacité de travail (notamment résiduel) qui doit être déterminé clairement et étayé.

- *ensemble:*

- ☞ établir plus de contact entre les COMAI et les CAI, par exemple en organisant des visites par les médecins des CAI et en développant des instruments visant l'homogénéisation des pratiques et plus particulièrement de l'évaluation de la capacité de travail;
- ☞ rechercher assidûment, avec le concours du CECO et de l'OFAS, et pour l'intérêt de tous, le moyen de diminuer le délai d'attente afin de le ramener dans les temps préconisés par les directives (2 mois).

- *pour l'assurance-invalidité:*

- ☞ envisager des critères pour guider les médecins dans la détermination du degré de capacité de travail résiduel;

- ☛ préciser et, éventuellement, compléter les critères d'envoi et de non-envoi déjà établis;
- ☛ évaluer et comparer le coût et la qualité des expertises provenant d'instances que les commissions substituent aux COMAI afin de se prononcer sur l'adéquation d'une telle pratique.

Le délai d'attente est l'un des seuls problèmes qui semble exister dans le fonctionnement des COMAI ayant une répercussion sur les commissions; c'est un problème important qui mériterait d'être au coeur d'une analyse. Celle-ci devrait tenir compte de la capacité de chaque Centre (en ressources humaines et matérielles) afin d'estimer ses possibilités quant au nombre d'expertises réalisables chaque année. Le délai d'attente avant l'entrée au COMAI n'est qu'une composante du délai global qui s'étend de la survenue d'une atteinte potentiellement invalidante à une décision de l'AI reconnaissant ou refusant le droit à des prestations. Les autres composantes de ce délai devraient également être analysées afin de mesurer l'importance relative du délai d'entrée au COMAI, jugé si important par les commissions lors de ce sondage.

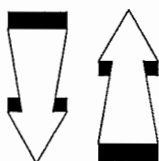
En conclusion générale, la variation d'utilisation des COMAI (proportionnellement de 1 à 40) entre les CAI reste anormale. La réorganisation en cours de l'assurance-invalidité permettra peut-être une harmonisation des pratiques puisque c'est un des objectifs avérés de cette réorganisation. Ce serait aussi une occasion pour l'AI de promouvoir le développement, l'adoption et la diffusion de critères précis, fiables et utiles permettant l'évaluation des capacités fonctionnelles et sociales de l'assuré, dont la capacité de travail. De tels instruments fourniraient également un moyen d'évaluer l'efficacité des différentes prestations de l'AI par rapport à ses missions primordiales, à savoir promouvoir une prévoyance suffisante pour les invalides et encourager leur réadaptation.

ANNEXES

ANNEXE 1

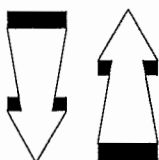
MODELE DE DEMANDE D'EXPERTISE
C O M A I

INDIVIDU EN
BONNE SANTÉ



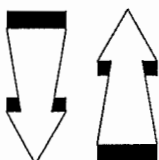
- ←----- [
- Conditions locales
 - Métier à risque
 - Comportement
 - Mesures préventives
 - ...

AFFECTION
POTENTIELLEMENT
INVALIDANTE



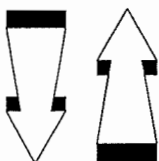
- ←----- [
- Mesures médicales
 - Mesures de rééducation
 - Mesures de réorientation

INVALIDITE
SUPPOSEE



- ←----- [
- Précédents
 - Mentalité
 - Connaissances
 - Pratique médicale
 - ...

DEMANDE AI



DÉCISION

- mesures d'instruction

- ←----- [
- **EXPERTISE COMAI**
 - COPAI
 - autres mesures d'instruction

- ←----- [
- Habitude
 - Délai d'attente
 - Expérience passée
 - Accessibilité
 - Peur d'un recours
 - Assuré connu dans ce COMAI
 - Lieu de travail

- mesures de réadaptation
- indemnités journalières
- rentes et allocations pour impotents

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE ADRESSE A LA COMMISSION AI DE

Question 1:

Classez par ordre d'importance les critères selon lesquels vous adressez un(e) de vos assuré(e)s à un COMAI (1 pour le plus important, 5 pour le moins important). Indiquer 0 lorsque vous n'utilisez jamais ce critère.

- Plusieurs organes ou systèmes d'organes de l'assuré(e) doivent être examinés
- Un avis psychiatrique est nécessaire
- Un autre avis spécialisé est nécessaire, lequel
- Le dossier de l'assuré(e) ne contient pas de documents médicaux utilisables
- Le médecin de la commission préfère déléguer (quelle qu'en soit la raison)
- On soupçonne une suite judiciaire
- Les appréciations médicales divergent
- Le médecin traitant n'a pas examiné l'incapacité de travail
- Autres (précisez lesquels)

Commentaire

.....

Question 2a:

Indiquez, à peu près, quel pourcentage de vos cas est adressé aux COMAI, sur une année:
.....%

Commentaires.....
.....

Question 2b:

Pensez-vous que ce pourcentage:

- correspond à la moyenne de l'ensemble des commissions
- est plus faible que la moyenne de l'ensemble des commissions
- est plus élevé que la moyenne de l'ensemble des commissions

Précisez les raisons:
.....

Question 3:

Quel est, d'après vous, le délai maximal acceptable pour l'entrée dans un COMAI après envoi de votre demande?

- | | | | |
|----------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| - 1 mois | <input type="checkbox"/> | - 5 mois | <input type="checkbox"/> |
| - 2 mois | <input type="checkbox"/> | - 6 mois | <input type="checkbox"/> |
| - 3 mois | <input type="checkbox"/> | - jusqu'à 1 an | <input type="checkbox"/> |
| - 4 mois | <input type="checkbox"/> | | |

Question 4a:*

Prière d'indiquer, par ordre d'importance, les raisons qui vous amènent à choisir le COMAI de plutôt qu'un autre:

- Proximité géographique entre votre commission et le COMAI
- Proximité géographique entre le lieu d'habitation de l'assuré(e) et le COMAI
- Raison linguistique (les médecins comprennent la langue de l'assuré(e))
- Type de problème médical présenté par l'assuré(e)
- Bons contacts avec le COMAI
- Confiance en l'appréciation du COMAI
- Disponibilité du COMAI (délai d'attente court)
- Autre

Commentaires

.....

.....

.....

* Pour les commissions ayant recours à plus d'un COMAI, prière de répondre à la question 4 pour chaque COMAI utilisé.

Question 4b:

Avez-vous d'autres alternatives, à part le COMAI, pour l'évaluation des cas difficiles et complexes (Centre universitaire, Hôpital cantonal)?

.....

.....

Si oui, à peu près combien d'assuré(e)s y sont adressé(e)s chaque année?

Question 4c:

Il y a t-il des raisons qui vous amènent à NE PAS envoyer de cas à un COMAI? Si oui, lesquelles?

.....

.....

Question 4d:

Avez-vous d'autres commentaires en ce qui concerne votre collaboration avec les COMAI:

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire. Prière de le retourner jusqu'au 30 septembre (dans l'enveloppe annexe) à l'adresse ci-dessous:

Dr méd. J.P. Vader
Directeur CECO
IUMSP
rue du Bugnon 17
1005 LAUSANNE

ANNEXE 3

Aux
Commissions AI

Berne, le 27 août 1992

Mesdames,
Messieurs,

Comme vous le savez, le CECO (Centre d'évaluation et de coordination des COMAI) a commencé son activité le 1er août 1991 à Lausanne. L'OFAS l'a chargé d'évaluer et de coordonner les activités des divers COMAI.

Etant donné que l'activité des COMAI dépend essentiellement du nombre d'assurés que les secrétariats AI lui envoient, le CECO a entrepris une étude à ce sujet.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir soutenir ce projet en répondant de façon précise au questionnaire que vous trouverez en annexe. Du fait que la décision d'avoir recours à un COMAI appartient à la commission AI ou au médecin de la commission et que la qualité de cette étude dépend de données exactes, nous souhaitons vivement la collaboration du président ou du médecin de la commission. Il va sans dire que vos informations seront traitées de façon confidentielle. La publication des résultats de cette étude - pour autant qu'elle soit prévue - se fera sous une forme ne permettant a posteriori aucune déduction des organes individuels de l'AI.

Veillez, s.v.plt, adresser ce questionnaire dûment rempli, **jusqu'au 30 septembre 1992**, directement à M. le Dr J.-P. Vader, directeur du CECO, rue du Bugnon 17, 1005 Lausanne.

Avec nos remerciements et nos meilleures salutations

Division assurance-invalidité

P. Aebischer, sous-directeur

Annexe mentionnée

ANNEXE 4

Méthode de calcul pour le classement des critères d'envoi aux COMAI et des critères de choix des COMAI

Les critères devaient être classés par ordre d'importance en notant 1 pour le(s) plus important(s) et 5 pour le(s) moins important(s).

A la question sur le choix des COMAI, les commissions ont surtout répondu par 1 ou 0 ou en cochant les critères employés. Seules 3 CAI ont classé les critères par ordre d'importance.

Pour notre calcul, nous avons attribué les scores suivants:

<u>Réponses</u>	<u>Scores</u>
X	5
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1
0	0
Missing	0

Zéro et missing ont été considérés comme des critères non-utilisés.

Les chiffres présentés dans les deux graphiques relatifs à ces questions sont la somme des scores pour chacun des critères.

ANNEXE 5

Description de la construction du tableau 1

L'utilisation effective des COMAI figurant en lignes a été décomposée en prenant pour bornes:

$$\mu \pm \frac{\sigma}{2}$$

avec μ = moyenne
et σ = écart-type

Ainsi le premier groupe noté "+" est constitué par les commissions ayant un taux d'utilisation des COMAI supérieur à 35.7 pour 1'000 nouvelles demandes.

Le troisième groupe noté "-" se compose des commissions dont le taux d'utilisation est inférieur à 14.1 pour 1'000.

Les colonnes ont été divisées en fonction des réponses des CAI concernant l'estimation qu'elles font de leur utilisation des COMAI par rapport à la moyenne d'entre elles.

Le signe "+" signifie qu'elles pensent envoyer plus que la moyenne, "-" qu'elles pensent envoyer moins, et "+/-" qu'elles se situent dans la moyenne.

ANNEXE 6

ASSURANCE-INVALIDITE FEDERALE Statistique des COMAI

Données administratives

COMAI 01

Instance mandatrice 02 date du mandat 03

Entrée au COMAI 04

Genre d'observation 05 hospitalisation nombre de jours

06 ambulatoire nombre de jours

Méthode d'évaluation de l'invalidité 07 lucrative 08 lucrative + ménagère 09 ménagère

Données personnelles

N° AVS 10

Nationalité d'origine 11

Etat civil actuel 12 célibataire 13 marié(e) 13a concubin(e)
14 veuf, veuve 15 séparé(e) 16 divorcé(e)

Formation scolaire 17

Formation professionnelle 18

Principale activité lucrative exercée avant la survenance de l'invalidité

La personne s'occupe de son ménage 19 en totalité ou en grande partie 20 partiellement 21 très peu ou pas du tout

Activité lucrative au moment de l'entrée au COMAI 22 % d'un plein temps

En cas de diminution de l'activité lucrative pour raison de santé, depuis quand? 23 année

Rente au moment de l'entrée au COMAI 24 rente entière AI 25 demi-rente AI
26 quart de rente AI 27 aucune rente AI
28 rente d'autres assurances 29 inconnue

Examen effectué avant l'entrée au COMAI et utile à l'évaluation de l'incapacité de travail (plusieurs réponses possibles)

30 orthopédie 31 psychiatrie
32 neurologie 33 médecine générale
34 médecine interne 35 rhumatologie
36 expertise COMAI 37 autres

38 aucun

Voir verso

Examen COMAI

Diagnostic principal (assimilable à une atteinte à la santé influençant la capacité de travail), par ordre décroissant d'importance

39 1er diagnostic
 40 2e diagnostic
 41 3e diagnostic

Diagnostic complémentaire (assimilable à une atteinte à la santé, sans influence sur la capacité de travail), par ordre décroissant d'importance

42 1er diagnostic
 43 2e diagnostic
 44 3e diagnostic

Examen effectué (plusieurs réponses possibles)

45 orthopédie
 47 neurologie
 49 médecine interne
 51 autres

46 psychiatrie
 48 médecine générale
 50 rhumatologie

Degré de la capacité de travail dans l'activité professionnelle exercée jusqu'à présent

52 %

Cette capacité peut-elle être améliorée?

53 oui
 54 non

Si oui, a)

55 dans l'activité actuelle
 56 dans une autre activité

b) quel sera le nouveau degré de capacité?

57 %

Degré de la capacité de travail dans l'activité ménagère exercée jusqu'à présent

58 %

Cette capacité peut-elle être améliorée?

59 oui
 60 non

Si oui, quel sera le nouveau degré de capacité?

61 %

Le COMAI recommande les mesures suivantes (plusieurs réponses possibles)

62 aucune mesure
 64 mesures professionnelles
 66 autres

63 mesures médicales
 65 examen COPAI

Appréciation

définitive
 provisoire

67 d'un point de vue médical, il n'y a pas de diminution de la capacité de travail
 68 reclassement possible (total ou partiel)
 69 reclassement impossible en raison de l'atteinte à la santé
 70 reclassement impossible pour des motifs sans rapport avec l'atteinte à la santé
 71 informations insuffisantes pour conclure

A votre avis, l'expertise de ce cas dans un COMAI était-elle justifiée?

72 oui
 73 non

Date

74
 jour mois année

Signature

.....

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité 1987, articles 6001, 6002. In: Office fédéral des assurances sociales. AI: Directives et circulaires. Berne: OFAS, 1987:77.
2. Directives concernant l'invalidité et l'impotence 1987, article 1089. In: Office fédéral des assurances sociales. AI: Directives et circulaires. Berne: OFAS, 1987:41.
3. Vader JP, Dupriez K. Variations cantonales dans l'utilisation des COMAI. Soz Praventivmed 1993;38(6). In press.
4. Premier symposium en Suisse pour les médecins chargés d'expertises médicales. RCC, OFAS (Berne), 1991;2:50-59.
5. Hirsch Durrett E, Duvanel B. Jeunes adultes, assurance invalidité et maladies psychiques. Rapport. Genève: Institut d'Etudes Sociales, 1992.
6. La sécurité sociale en Suisse à la fin de l'année 1992: AI. RCC, OFAS (Berne), 1992;12:480.
7. Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité 1987, articles 2078, 2092. In: Office fédéral des assurances sociales. AI: Directives et circulaires. Berne: OFAS, 1987:37.
8. Jarvikoski A. Early rehabilitation at the work place. New York: World Rehabilitation Fund, 1980.
9. Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité 1987, article 6003. In: Office fédéral des assurances sociales. AI: Directives et circulaires. Berne: OFAS, 1987:77.

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques: exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p. (Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5).
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p. (Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2).
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
- 1 s.8 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - SIMULIT : Description du modèle de simulation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 12 p.
- 1 s.9 Grimm R., Koehn V. - SIMULIT : Manuel de l'utilisateur. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 48 p.
- 2 Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 3 ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- 4 Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
- 5 Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
- 6 Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.
- 7 Hausser D., Lehmann P., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.

- 8 Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.
- 9 Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
- 10 Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
- 11 Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
- 12 Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
- 13 Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
- 14 Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
- 15 Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
- 17 Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
- 18 Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
- 19 Hausser D., Lehmann P., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
- 20 Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics: VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.
- 21 Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations: VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.

- 22 Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
- 23 Hausser D., Lehmann P., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.
- 23.1 Zeugin P. - Kampagne zur AIDS-Prävention : repräsentative Befragung bei Personen zwischen 17 und 30 Jahren zur Kondom-Benützung (Erst- und Zweitbefragung). November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 60 p.
- 23.4 Schröder I., Mathey M.-C. - Befragung von Berufsschülern, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 62 p.
- 23.5 Masur J.-B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude du groupe : Dragueurs(euses). Novembre 1987. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 105 p.
- 23.6 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les homosexuels. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 25 p.
- 23.7 Wülser H., Duvanel B. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport de l'étude : les toxicomanes. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 26 p.
- 23.9 Dubois-Arber F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Rapport sur la vente de préservatifs. Novembre 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 7 p.
- 23.10 Schröder I., Mathey M.-C. - Die Präventionskampagne STOP AIDS des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der AIDS Hilfe Schweiz im Spiegel der Schweizer Presse : Analyse der Medienreporte. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 106 p.
- 23.11 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Aktivitäten der Aidsprävention. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 52 p.
- 23.12 Zeugin P. - Kampagne zur Aids-Prävention : Befragung von informellen Meinungsbildnern. November 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 75 p.
- 24 Rohrer M.H. - La prévalence des douleurs du dos et de ses facteurs de risque chez les citoyens suisses convoqués à leur recrutement en Suisse romande en 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
- 25 Grimm R., Eggli Y., Koehn V. - Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 19 p.
- 26 Klinke S., Paccaud F. - Sondage pilote concernant la fréquentation d'une unité mobile de mammographie (projet de rapport). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 8 p.
- 27 Lehmann P., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.

- 28 Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 28 p.
- 29 Trisconi Y. - Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 43 p.
- 30 Koehn V., Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Définition des groupes cliniques utilisés sur SIMULIT 15. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 18 p.
- 31 Patel M., Blanc T., Schenker L. - Méthodologie pour le calcul des coûts par DRG (Juin 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 21 p. + annexes.
- 32 Santos-Eggiman B., Paccaud F. - Mortinatalité, mortalité infantile et hospitalisations pédiatriques dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 36 p. + annexes.
- 33 Fekete A., Egli Y., Paccaud F. - Complément de table de transcodage des opérations : VESKA (version 1986) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 24 p.
- 34 Egli Y., Koehn V., Paccaud F. - Distributions des durées de séjour par Diagnosis Related Groups. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 117 p.
- 35 Egli Y., Jacquier M., Schenker L. - Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
- 36 Equipe Case Mix. - Liste des Diagnosis Related Groups et hiérarchie des interventions chirurgicales par MDC. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 22 p.
- 37 Santos-Eggimann B., Paccaud F. - Mortinatalité et mortalité infantile dans le canton du Valais. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 27 p.
- 38 Hausser D. - Protéger la main au travail : une exposition itinérante ou l'utilisation d'un moyen de communication dans les actions de prévention (Th. Méd. Lausanne, 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 74 p.
- 39 Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Deuxième rapport de synthèse). Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 103 p.
- 39a Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz. Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 106 p.
- 39b Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation of the Swiss Preventive Campaigns against AIDS (Second Assessment Report) December 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 49 p.
- 39.4 Resplendino J. - La "zone". Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 83 p.
- 39.5 Fleury F. - Les migrants. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 85 p.

- 39.6 Dubois-Arber F., Hausser D. - Les personnels hospitaliers. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 41 p.
- 39.7 Mathey M.-C., Schröder I. - Rekrutenschule und AIDS-Prävention. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 67 p.
- 39.8 Stricker M. - Sex-Touristen. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.
- 39.9 Birchmeier B., Richard J.-E. - Diffusion et répercussion de messages de prévention par les médias et Image du SIDA dans les médias. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 105 p.
- 39.10 Mathey M.-C., Schröder I. - Kantonale Strategien der AIDS-Prävention und - Bekämpfung. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.13 Duvanel B., Wülser H. - Les éducateurs et assistants sociaux. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 42 p.
- 39.14 Masur J.-B. - Médecins praticiens. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
- 39.15 Masur J.-B. - Services de test VIH. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 31 p.
- 39.16 Hausser D. - Programmes de formation d'intervenants dans le domaine du SIDA. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 26 p.
- 39.18 Schröder I. - Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS. Schlussbericht 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 25 p.
- 39.20 Weber-Jobé M., de Vargas D., Lehmann P. - Image des préservatifs. Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 40 p.
- 40 Egli Y. - Performances descriptives des "Diagnosis Related Groups" adaptés aux statistiques hospitalières suisses (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 160 p.
- 41 Mottaz A. - Etude pilote visant à mesurer les coûts réels de patients chirurgicaux par observation directe (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 98 p.
- 42 Egli Y., Paccaud F. - Pertinence des critères de partition de l'arbre de classification des DRG. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 62 p.
- 43 Paccaud F., Schenker L. (Eds). - Perspectives d'utilisation des "Diagnosis Related Groups" (DRG) dans les hôpitaux suisses. Rapport final de l'étude intercantonale sur les clientèles hospitalières ("Etude Casemix"). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 198 p.
- 44 European Community Working Party on AIDS (PMG Epidemiology and Prevention). - Assessment of AIDS preventive strategies. Report on a Workshop. Luzern, 28-29 Nov. 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 59 p.
- 45 (non publié)
- 46 Hausser D., Jeangros C., Lehmann P., Martin J. - Pratique médicale ambulatoire 1987. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 216 p.

- 46.1 Hausser D., Jeangros C., Randimbison L. - Procédure SAS/IML pour réaliser des boxplots. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 32 p.
- 47.1 Masur J.-B., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Couples et séropositivité (VIH). I. Utilisateurs de drogues par voie intra-veineuse. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 48 p.
- 47.2 Masur J.-B., Hausser D. - Couples et séropositivité (VIH). II. Comportements bisexuels. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 75 p.
- 47.3 Masur J.-B., Hausser D. - Couples et séropositivité (VIH). III Accidents post-transfusionnels. Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 72 p.
- 47.4 Masur J.-B., Hausser D. - Couples et séropositivité (VIH). Cohésion ou éclatement? (Synthèse). Etude effectuée en collaboration avec l'OMS. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 72 p.
- 47.5 Hausser D., Vanderveken M. - Couples et séropositivité VIH : Compétences nécessaires aux médecins praticiens - Projet de formation - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 16 p.
- 48 Delorme P. - Mesure de la tension artérielle et prestations médico-techniques en médecine ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 76 p.
- 49 Koehl-Gundlich C. - Eine Vergleichstudie zwischen Schweizer Städten : Verhaltensweisen der Bevölkerung und Präventivprogramme. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 30 p.
- 50 Lehmann P., Dubois M., Koehl-Gundlich C. - Une évaluation des programmes communautaires de prévention dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 166 p.
- 51 Milliet N. - Les diagnostics en médecine ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne : 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 97 p.
- 52 Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. 3ème rapport de synthèse 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 160 p.
- 52a Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Dritter zusammenfassender Bericht, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 161 p.
- 52b Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. - Evaluation of the Swiss Aids Prevention Policy, third assessment report, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 157 p.
- 52.1 Zimmermann E., Jeangros C., Hausser D., Zeugin P. - Evaluation de la "Prévention primaire de la drogue dans le cadre de la campagne STOP SIDA" 1989. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 53 p.
- 52.2a Flückiger M., Spreyermann C. - Aidsprävention bei DrogenkonsumentInnen. Praxisauswertung der Aktion Sprützhüsli in Basel. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.

- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden. 1990, 8 p.
- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990, 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 84 p.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 38 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/Migration/Prévention. Dossier portugais, dossier espagnol, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 74 p.
- 52.8 Masur J.-B., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 187 p.
- 52.10 Gruet F., Baumann A. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida et sexualité chez les 30 - 45 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991 (à paraître).
- 52.10a Baumann A. - Aids-Risiken in der Normalbevölkerung. Psychosoziale Hintergründe des Sexualverhaltens von Männern und Frauen in der Schweiz: Ein system-oekologischer Ansatz. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 151 p.
- 52.11 Meystre-Agostoni G., Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les médecins praticiens face à la prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 107 p.
- 52.12 Daverio C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida Média. Analyse de la presse écrite en Suisse de 1988 à 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 123 p.
- 53 Gonin M.-A. - Incidence des fractures du fémur proximal dans le canton de Vaud. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 80 p.
- 54 Clément-Pralong M. - Evolution de la mortalité infantile en Suisse de 1979 à 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 64 p.

- 55 Paccaud F., Klinke S., Pescia G. - Efficacité et sécurité du prélèvement des villosités chorales : une étude comparative avec l'amniocentèse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 129 p.
- 56 Nydegger Udin M. - Les consultations motivées par une douleur dans la pratique ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1991). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 93 p.
- 57 Hausser D., Paccaud F. - A review of studies which have used quantitative methods to evaluate the effectiveness of interventions and programmes implemented to prevent and control AIDS. In collaboration with Global Programme on AIDS, Geneva. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 59 p.
- 58 Meyer D., Eggli Y. - Protection des données médicales des hôpitaux - dispositions transitoires. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 59 p.
- 59 Meyer D., Eggli Y. - Inventaire des sources de données sanitaires du canton de Vaud : situation au 31.12.1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 34 p. + annexes.
- 60 Michel A.E. - La pratique ophtalmologique ambulatoire dans les cantons de Vaud et Fribourg en 1987. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 97 p.
- 61 Schmidt J.G. - The epidemiology of mass breast cancer screening : a plea for a valid measure of benefit. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 62 Gaudin C. - Alcoolisme, contexte psychosocial et perspectives de traitement dans une population hospitalière. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 63 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton de Vaud). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p.
- 64 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton du Valais). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 65 Gremion V., Eggli Y. - Comptabilité analytique des hôpitaux centrée sur le patient : conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois. (ADIES), 1991, 46 p.
- 66 Fekete A., Beroud C., Eggli Y. - Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois en 1988. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 154 p. + annexes. (remplacé par le cahier 85).
- 67 Eggli Y., Boutat A. - Le système d'information sanitaire vaudois : cadre général. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 24 p.
- 68 Fekete A., Beroud C., Eggli Y. - Groupes de patients hospitalisés. Regroupement de DRG pour les hôpitaux de zone vaudois. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 20 p.
- 69 Eggli Y., Boutat A. - Statistique médicale des Centres de traitement et de réadaptation. Conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 12 p. + annexes.

- 70 Benghali K. - Inventaire des sources de données relatives à l'état de santé et aux habitudes de vie de la population. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 245 p.
- 71 Meyer D., Egli Y. - Liste et typologie des établissements sanitaires, premier fichier commun d'établissements. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 41 p.
- 72 Haour-Knipe M. - Migrants and travellers group. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV preventive strategies). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p. + annexes.
- 73 Landert Ch., Zeugin P., Bolliger D., Heim G., Schloeth D., Tepe M. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Solidarität mit AIDS-Kranken und HIV-Positiven : Zur aktuellen Situation - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 74 Cornuz J. - Distribution des valeurs de Rapports urinaires Calcium/Créatinine et Hydroxyproline/Créatinine. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 70 p.
- 75 Pollak M. - AIDS prevention for men having sex with men. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV prevention strategies). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 91 p.
- 76 Rezza G. - HIV prevention strategies in injection drug users. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV prevention strategies.). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 44 p. + annexes.
- 77 Renton A., Whitaker L. - Using STD occurrence to monitor Aids prevention. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV preventive strategies). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 50 p. + annexes.
- 78 Wellings K. - Assessing Aids/HIV preventive strategies in the general population. Final report. (Assessing Aids prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV preventive strategies). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 188 p. + annexes.
- 79 Addor V. - Description des possibilités et difficultés d'utilisation des dossiers de l'assurance invalidité à des fins de recherche en pédiatrie. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 13 p.
- 80 Burnand B., Fragnière-Milchig F. - Campagne d'information effectuée dans les pharmacies du Canton de Vaud relative au cholestérol comme facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 10 p. + annexe.
- 81 Cattaneo M., Dubois-Arber F., Leuthold A., Paccaud F. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Bilan initial 1991-1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 114 p. + annexes.
- 81a Cattaneo M., Dubois-Arber F., Leuthold A., Paccaud F. - Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Phase I. Erste Bilanz 1991-1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 116 p. + annexes.
- 81b Cattaneo M., Dubois-Arber F., Leuthold A., Paccaud F. - Evaluation of the Federal measures to reduce the problem related to drug use: Phase I. Initial report 1991-1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 114 p. annexes.

- 81.1 Zeugin P., Panchaud C. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : phase I. Base-Line-Befragung zur nationalen Drogenkampagne 1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 148 p.
- 81.2 Leuthold A., Cattaneo M. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 22 p. + annexes.
- 81.3 Widmer J., Zbinden Zingg P. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisse 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 66 p. + annexes.
- 82 Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agostoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 186 p. + annexes.
- 82.1 Landert C., Panchaud C., Schärflinger U. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Evaluation der Freier-Kampagne in den Zeitungen 'Blick' und 'Le Matin' - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 37 p. + annexes.
- 82.2 Zeugin P., Mouthon F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Elternmagazin. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 31 p. + annexes.
- 82.3 Landert C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Freier befragen. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 48 p. + annexes.
- 82.4 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärflinger U., Kaplun C., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. I. Cadre général. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 105 p. + annexes.
- 82.5 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärflinger U., Chevalier Ph., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. II. Les intervenants. III. Les jeunes de 15-17 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 89 p. + annexes.
- 82.6 IPSO Fieldwork, Dübendorf - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Kampagne zur Aids-Prävention: Repräsentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t6, 1992). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 30 p. + annexes.
- 82.7 Fleury F., Haour-Knipe M. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Les programmes de prévention du sida auprès des migrants en Suisse. Monitoring 1991-1992. - Lausanne : Insitut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 120 p. + annexes.
- 82.8 Gruet F., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Les homosexuels. Etude 1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 97 p. + annexes.

- 82.9 Meystre-Agostoni G. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Etudiants en médecine et prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 162 p.
- 82.10 Weber-Jobé M., Delbos Piot I. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Enfance et adolescence face au sida. Une enquête des animatrices en éducation sexuelle et des conseillères en planning familial dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 119 p. + annexes.
- 83 Boschung D., Blanc T., Sidler M. - Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains. - Lausanne : Service de la santé publique du canton de Vaud, 1991, 29 p. + annexes.
- 84 Kalil C., Blanc T., Sidler M. - Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital d'Aigle. - Lausanne : Service de la santé publique du canton de Vaud, 1992, 33 p. + annexes.
- 85 Fekete A., Beroud C., Egli Y. - Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois de 1988 à 1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 155 p.
- 86 Boutat A., Egli Y. - Evaluation de la lourdeur des clientèles médico-sociales. Etude d'opportunité. Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 62 p. + annexes.
- 87 Boutat A., Egli Y. - Le poids de la dépendance. Instruments d'évaluation. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 65 p. + annexes.
- 88 Egli Y., Boutat A. - Vers un registre vaudois des flux de patients. Avant-projet. - Prilly: Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 12 p.
- 89 Egli Y., Frutiger P., Boutat A. - Statistique médicale des hôpitaux du GHRV. Conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 11 p. + annexes.
- 90 Santos-Eggimann B. - Concordance entre observateurs lors de revues des hospitalisations dans trois hôpitaux de soins généraux. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 23 p. + annexes.
- 91 Gremion V. - Indicateurs de coûts hospitaliers. Test de faisabilité. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 43 p. + annexes.
- 92 Kossovsky M., Santos-Eggimann B. - Evaluation de l'expérience des CTR dans le Canton de Vaud.I - Casuistique. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 188 p.
- 93 Bruno C., Santos-Eggimann B. - Clientèle et activités du bureau d'orientation des urgences médico-sociales. Rapport d'évaluation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 70 p.
- 94 Burnand B., Sloutskis D. - Dépistage et prévention des maladies cardio-vasculaires en entreprise. Evaluation de la phase de dépistage du projet pilote de promotion de la santé, prévention et dépistage des maladies cardio-vasculaires en entreprise, effectuée par les ligues de la santé. - Lausanne : Insitut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 40 p. + annexes.
- 95 Davis L., Boutat A. - Exploration des statistiques de mortalité en vue de leur intégration dans le système d'information sanitaire vaudois. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 83 p.

- 96 Davis L., Boutat A., Laborde A. - Conception des statistiques de mortalité : Rapport de synthèse. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 25 p.
- 97 Laborde A., Burdet A., Boutat A. - Fiabilité du codage Veska à l'Hôpital de Payerne. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 26 p.
- 98 Delez T., Boutat A., Laborde A. - Statistique médicale des hôpitaux. Implantation d'outils d'aide à la codification et à la description des pathologies. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 42 p.
- 99 Marengo S. - Esami, studi e considerazioni su 500 perizie MEDAS - COMAI. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 47 p.
- 100 Addor V., Santos-Eggimann B. - Accidents chez les enfants vaudois âgés de 0 à 5 ans. Etude de population. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 120 p.
- 101 Michaud P.-A., Narring F., Paccaud F. - Recherche sur les styles de vie et la santé des adolescents romands de 15 à 20 ans, 1992. Rapport final. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 74 p.
- 102 Hausser D. - Activités soutenues par l'UNICEF dans la lutte contre le sida au Burundi. Analyse de la situation et perspectives pour la période 1993-1997. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 57 p.
- 103 Beroud C., Capraro J.-M., Boutat A. - Comparaison des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois de 1988 à 1991. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 73 p.
- 104 Klay M., Burnand B. - Evaluation d'une campagne de dépistage et de prévention de facteurs de risque cardio-vasculaire en entreprise. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 16 p. + annexes.
- 105 Vader J.P., Dupriez K. - Collaboration entre les commissions de l'assurance-invalidité et les Centres d'observation médicale. Enquête auprès des commissions. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 27 p. + annexes.
- 106 à paraître
- 107 Davis L., Boutat A. - Noyau de cohérence des ressources humaines. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 75 p.
- 108 à paraître
- 109 Gruet F. - Evaluation du Programme Pilote pour une Information Personnalisée, Prescrite, Payante (PIPPP) : Rapport final. Projet de L. Léderrey et I. Nemitz accepté par la Commission de prévention du Canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 36 p.