



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**Institut universitaire  
de médecine sociale et préventive  
Lausanne**

**La capacité de travail dans les expertises  
des Centres d'observation médicale AI :  
distribution, précision, concordance**

I. Cassis, K. Dupriez, J.P. Vader

Cah Rech IUMSP n° 116  
1994

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 : Cassis I., Dupriez K., Vader J.P. - La capacité de travail dans les expertises des Centres d'observation médicale AI: distribution, précision, concordance. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 29 p. (Cah Rech Doc IUMSP N° 116)  
Prix : CHF 12.--

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	1
<b>Zusammenfassung</b> .....	2
<b>1. Introduction</b> .....	3
<b>2. Objectifs</b> .....	3
<b>3. Méthodologie</b> .....	4
<b>4. Résultats</b> .....	6
4.1 Population analysée .....	6
4.2 Distribution de la capacité de travail .....	7
4.3 Précision de la capacité de travail .....	8
4.3.1 Précision numérique .....	8
4.3.2 Certitude verbale .....	10
4.3.3 Dépendance des deux variables .....	12
4.4 Concordance entre texte de l'expertise et feuille statistique .....	12
4.4.1 Capacité actuelle .....	12
4.4.2 Capacité maximale .....	13
4.5 Concordance entre degré d'activité et capacité de travail actuelle .....	13
4.6 Dynamique de la capacité de travail .....	14
4.7 Caractère de la décision .....	14
<b>5. Discussion</b> .....	15
5.1 Distribution .....	16
5.2 Précision .....	17
5.3 Concordance .....	18
5.4 Qualité des expertises .....	18
5.5 Difficultés .....	19
<b>6. Conclusions et recommandations</b> .....	20
<b>7. Bibliographie</b> .....	22
<b>8. Annexes (1-3)</b> .....	23

## Résumé :

Le médecin ne dispose que rarement de critères objectifs pour évaluer la capacité de travail d'un patient. Une capacité de travail réduite pour des raisons de santé, supposée de longue durée et entraînant une perte de gain (invalidité), est souvent à la base d'une demande de prestations à l'assurance-invalidité (AI). Les directives de l'AI soulignent qu' "*une évaluation précise de l'invalidité est particulièrement importante*". Puisque celle-ci est déterminée en bonne partie par la capacité de travail, il est important de connaître la précision de son évaluation.

Le but de ce projet est d'étudier la **précision** du degré de la **capacité de travail** évalué par les médecins des six centres d'observation médicale AI (COMAI), qui sont appelés à faire des expertises médicales des cas particulièrement compliqués. Le projet décrit, de plus, la **distribution statistique** du degré de capacité de travail et la **concordance** de celle-ci entre deux sources d'information (texte de l'expertise et feuille statistique annexe).

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur un échantillon aléatoire de 120 expertises de 1993, 20 par COMAI. Les expertises ont été analysées selon des variables susceptibles de mesurer la précision de l'évaluation de la capacité de travail : *précision numérique, certitude de la formulation, concordance* des pourcentages entre texte de l'expertise et feuille statistique annexe.

Les résultats de l'étude montrent qu'environ 3/4 des évaluations de la capacité de travail sont précises et que la précision est plus élevée pour les valeurs qui pourraient déterminer clairement le droit à une rente, soit 0% et 100%. Dans 17% des cas on ne trouve pas les mêmes valeurs dans le texte et la feuille statistique : ces différences pourraient avoir une conséquence sur le droit à une rente dans env. 8% des patients. Il y a une corrélation significative entre le *degré de précision* et la *valeur de la capacité de travail* : le médecin semble ainsi anticiper les enjeux économiques de sa décision (il agit plus prudemment quand elle est proche de 33% et de 60%, valeurs clés d'invalidité pouvant modifier le droit à une rente).

Sur la base de cette étude nous concluons que :

1. La précision telle qu'évaluée par cette étude peut être considérée comme bonne, mais le manque de concordance observée entre les valeurs du texte de l'expertise et celles de la feuille statistique mérite une explication.
2. Le mélange de considérations économiques et de critères médicaux, et la difficulté d'extrapoler un jugement dans le futur, semblent aller à l'encontre des directives de l'AI, notamment là où elle exigent une "*évaluation précise*".
3. En l'absence d'éléments supplémentaires sur la **validité** et la **reproductibilité** - deux autres *indices de qualité* de la mesure de la capacité de travail - les résultats présentés ici sont insuffisants pour évaluer la qualité globale des expertises AI.

## Zusammenfassung:

Objektive Kriterien bzw. Standards zur sozialmedizinischen Begutachtung, insbesondere für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten, stehen dem Arzt nur selten zur Verfügung und sind auch im sozialmedizinischen Schrifttum nicht zu finden. Eine vermutlich langdauernde krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, die eine Erwerbsunfähigkeit und damit einen Einkommensverlust (Invalidität) mit sich bringt, führt oft zu einem Antrag um Leistungen der Invalidenversicherung (IV). In den IV-Richtlinien wird festgehalten: "*eine genaue Beurteilung der Invalidität ist besonders wichtig*". Da diese Beurteilung sich weitgehend auf die Arbeitsfähigkeit stützt, ist es wichtig, die Genauigkeit der Beurteilung zu kennen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die **Genauigkeit** mit welcher der **Arbeitsfähigkeitsgrad** von den Aertzten der sechs medizinischen Abklärungsstellen der Invalidenversicherung (MEDAS) beurteilt wird, zu prüfen. Diese Aerzte sind mit fachübergreifenden stationären Begutachtungen von besonders schwierigen Fällen beauftragt. Die Arbeit beschreibt ausserdem noch die **statistische Verteilung** des Arbeitsfähigkeitsgrades, sowie die **Uebereinstimmung** der beiden Informationsquellen (Text des Gutachtens und statistisches Begleitblatt).

Die Untersuchung stützt sich auf die retrospektive Auswertung einer Zufallsstichprobe von 120 Gutachten, 20 pro MEDAS. Die Analyse wurde anhand von Variablen durchgeführt, die als Mass der Genauigkeit der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung dienen können: *numerische Genauigkeit, Eindeutigkeit der sprachlichen Formulierung, Uebereinstimmung* zwischen Prozentwerten im Text und im statistischen Begleitblatt.

Die Resultate der Studie zeigen, dass ungefähr 3/4 der Beurteilungen genau sind und dass die Genauigkeit höher ist für Arbeitsfähigkeitsgrade, bei welchen der Rentenanspruch eindeutig beurteilbar ist, d.h. 0% und 100%. In 17% der Fälle finden wir im Text andere Werte als im statistischen Begleitblatt: diese Unterschiede könnten für 8% der Versicherten einen Einfluss auf den Rentenanspruch haben. Eine signifikante Korrelation besteht zwischen dem *Genauigkeitsgrad* und dem Grad der *Arbeitsfähigkeit*: der Arzt scheint hier somit im Hinblick auf die wirtschaftlichen Auswirkungen zu entscheiden (er handelt mit grösserer Sorgfalt wenn die Arbeitsfähigkeit in den Bereichen um 33% oder 60% liegt, welches Grenzwerte für die Rentenerteilung sind).

Drei Schlussfolgerungen können aus dieser Arbeit gezogen werden:

1. Die in dieser Studie gemessene Genauigkeit darf als gut eingestuft werden; der Mangel an Uebereinstimmung zwischen den Werten im Text und im Begleitblatt bedarf einer Erklärung.
2. Die Durchmischung von wirtschaftlichen und medizinischen Ueberlegungen und die Schwierigkeit, die Zukunftsaussichten zu beurteilen, scheinen der von der IV verlangten "*genauen Beurteilung*" im Wege zu stehen.
3. In Anbetracht der fehlenden Angaben zur Validität (*accuracy*) und zur Zuverlässigkeit (*reliability*) - es handelt sich um zwei weitere Qualitätskriterien der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit - kann die Gesamtqualität der fachübergreifenden Begutachtungen nur unvollständig beurteilt werden.

## 1. Introduction

Le centre d'évaluation et de coordination (CECO) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a été mandaté, par l'Office fédéral des assurances sociales, pour évaluer l'activité des six centres suisses d'observation médicale AI (COMAI).

Plusieurs auteurs ont décrit le manque de précision de l'évaluation médicale de la capacité de travail et de la détermination de l'invalidité, manque qui serait dû à l'absence de critères objectifs et à un certain conflit qui touche les différents rôles du médecin (avocat du patient, informateur des compagnies d'assurances, juge)<sup>1-6</sup>.

En Suisse, tout citoyen qui estime avoir une perte de gain durable, conséquence d'une atteinte à la santé, a le droit de demander des prestations à l'assurance-invalidité (AI), en s'adressant aux autorités communales de son domicile.

La Commission AI cantonale est alors chargée de collecter toutes les informations nécessaires pour s'exprimer, dans le cadre des dispositions légales, sur les mesures à prendre (réadaptation professionnelle/moyens auxiliaires/rente/aucune). Si une commission AI estime "*qu'une expertise médicale est nécessaire et qu'il s'agit d'un cas particulièrement difficile*"<sup>7-9</sup>, elle fait normalement appel à un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI).

Les médecins de ces centres, dont il en existe six, sont des spécialistes par rapport aux exigences de l'assurance-invalidité. Ils examinent les assurés "*de manière à fournir les données médicales nécessaires à l'appréciation du droit aux prestations, en particulier les atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail et de gain*"<sup>9</sup>.

Puisque les dispositions légales soulignent qu' "*une évaluation précise de l'invalidité est particulièrement importante*"<sup>9,10</sup> et que cette évaluation est basée en grande partie sur l'évaluation de la capacité de travail, il est important de connaître la précision de cette dernière.

## 2. Objectifs

La présente **étude** analyse la **précision** de l'évaluation de la capacité de travail, faite par les médecins des six centres suisses d'observation médicale AI (COMAI). En plus, ce travail décrit la **distribution statistique** du degré de capacité de travail et la **concordance** de celle-ci entre deux sources d'information différentes.

### **3. Méthodologie**

Les expertises réalisées par les six COMAI sont envoyées systématiquement au CECO; elles constituent la source des données de cette étude <sup>11,12,13</sup>. En 1993, 1296 expertises ont été envoyées au CECO par les six COMAI.

En plus du texte (rapport), chaque expertise est accompagnée d'une feuille statistique remplie par le médecin des centres (annexe 1). Sur cette dernière sont exprimées des valeurs numériques concernant différentes variables évoquées dans le texte (capacité de travail actuelle, maximale, etc.).

Des variables permettant d'analyser les différents aspects de l'évaluation médicale de la capacité de travail ont été saisies à l'aide d'une grille ad hoc (annexe 2).

Cette **étude rétrospective descriptive** se base sur un échantillon aléatoire de 120 expertises de 1993, stratifié par COMAI.

Les variables suivantes ont été analysées :

- **Valeur** de la capacité de travail *actuelle* et *maximale* (texte du rapport et feuille statistique)
- **Précision numérique** de ces capacités dans le texte, classée de la façon suivante :

1. Valeur <i>précise</i>	= chiffre $\pm$ 2,5% (ex : "cap. de travail de 50%")
2. Valeur <i>peu précise</i>	= chiffre $\pm$ 10% (ex : "cap. de travail d'environ 20-30%")
3. Valeur <i>approximative</i>	= chiffre $\pm$ 20% (ex : "cap. de travail de 30-50%")
4. Valeur <i>imprécise</i>	= chiffre $>\pm$ 20% (ex : "cap. de travail de 50% maximum")
5. Valeur <i>manquante</i>	= aucune formulation dans le texte

- **Certitude verbale** dans la formulation de ces valeurs

Analysée selon l'échelle suivante:

- |  |  |
|--|--|
| 1. formulation <i>sûre</i>                   | = mode indicatif du verbe,   |
| 2. formulation avec <i>légère hésitation</i> | = mode conditionnel du verbe,  |
| 3. formulation avec <i>grande hésitation</i> | = mode conditionnel + adverbe (environ, peut-être, probablement, etc.) |

- **Caractère** de la décision:

- |                |   |
|----------------|---|
| 1. définitive  | = aucune mention d'une réévaluation               |
| 2. provisoire  | = réévaluation recommandée sans date              |
| 3. transitoire | = réévaluation recommandée, laps de temps proposé |

La formulation des valeurs de capacité de travail, rapportées dans le texte de l'expertise et sur la feuille statistique, a été comparée. Les raisons de l'absence d'une valeur ont été étudiées, ainsi que le caractère de la décision médicale.

Les définitions suivantes ont été utilisées dans cette étude :

- |  |   |
|--|---|
| A) <b>Degré d'activité :</b>               | Pourcentage d'un plein temps d'activité, actuellement exercé.   |
| B) <b>Capacité de travail : (actuelle)</b> | Pourcentage de travail exigible, dans l'activité actuelle, compte tenu de l'état de santé actuel.   |
| C) <b>Capacité de travail : (maximale)</b> | Pourcentage de travail exigible, dans l'activité actuelle ou dans une autre activité, une fois qu'auront été mises en oeuvre toutes les mesures professionnelles et/ou médicales susceptibles d'améliorer la capacité actuelle. |
| D) <b>Incapacité de travail :</b>          | = 100 - capacité de travail.  |
| E) <b>Degré de validité :</b>              | = 100 - degré d'invalidité.   |
| F) <b>Degré d'invalidité :</b>             | Degré de diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.            |



Puisqu'une certaine confusion dans les termes de *incapacité/capacité* et *invalidité/validité* existe souvent dans ce domaine, les termes positifs de *capacité* et de *validité* sont employés pour cette étude.

## 4. Résultats

### 4.1. Population analysée

Le tableau 1 montre la répartition (stratifiée par COMAI) de l'échantillon par rapport à la distribution de l'ensemble des cas pour 1993.

Tableau 1. Répartition des expertises selon le COMAI

Population	Bellinzona	Lausanne	Luzern	St. Gallen	Basel	Zürich	Total
<b>Globale 1993</b>	268 (20,8%)	156 (12,1%)	330 (25,5%)	185 (14,3%)	289 (22,4%)	68 (4,9%)	1296 (100%)
<b>Echantillon 1993</b>	20 (16,6%)	20 (16,6%)	20 (16,6%)	20 (16,6%)	20 (16,6%)	20 (16,6%)	120 (100%)

La répartition par *sexe* (60,8% d'hommes) et par *âge* (âge moyen 46,0 ans) de la population étudiée dans l'échantillon n'est pas différente de celle de la population globale (hommes 62,2% ; âge moyen 45,3 ans) ( $p > 0,5$ ).

En ce qui concerne la *classe diagnostique* (selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* CIM-10, OMS 1993) on observe une différence statistiquement non significative entre le fichier global 93 et le fichier de la présente étude (tableau 2). Si on compare la *nationalité* d'origine des patients entre les deux fichiers, on ne trouve pas non plus de différence significative entre l'échantillon et l'ensemble des patients 1993.

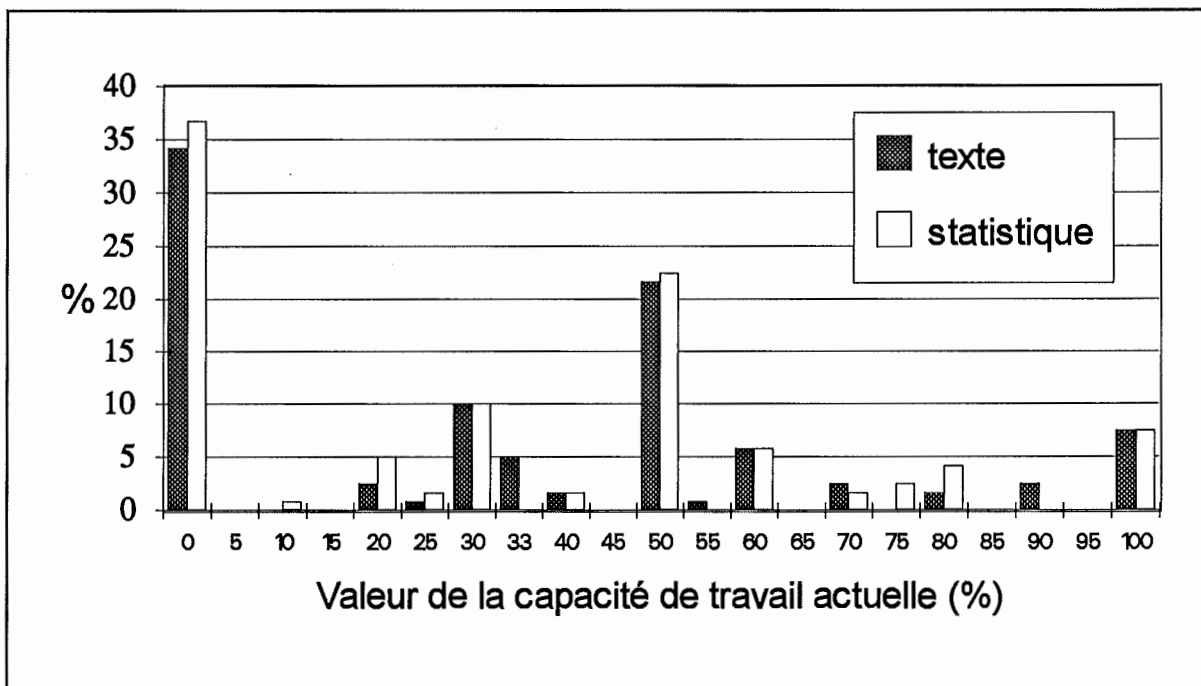
Tab. 2. Répartition selon la classe diagnostique (Class. Intern. Malad. 10. édition, OMS 93)

Diagnostic (chapitre CIM-10)	Fichier global 1993		Fichier échantillon	
Psychiatrie (f)	467	36,0 %	41	34,2 %
Orthopédie (m+t)	623	48,1 %	63	52,5 %
Autre	206	15,9%	16	13,3 %
<b>Total</b>	<b>1296</b>	<b>100 %</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

## 4.2 Distribution de la capacité de travail

La figure 1 montre la distribution de la capacité de travail actuelle, présente dans le texte de l'expertise et sur la feuille statistique.

Figure 1. Distribution de la fréquence des valeurs de la capacité de travail *actuelle*



On constate une concentration des valeurs autour des valeurs limites : 50% et, de manière moins marquée, 33 et 60%. Ces valeurs sont considérées limites, puisqu'elles représentent les charnières modifiant, en cas de concordance avec le degré de validité, le droit à une rente (tableau 3).

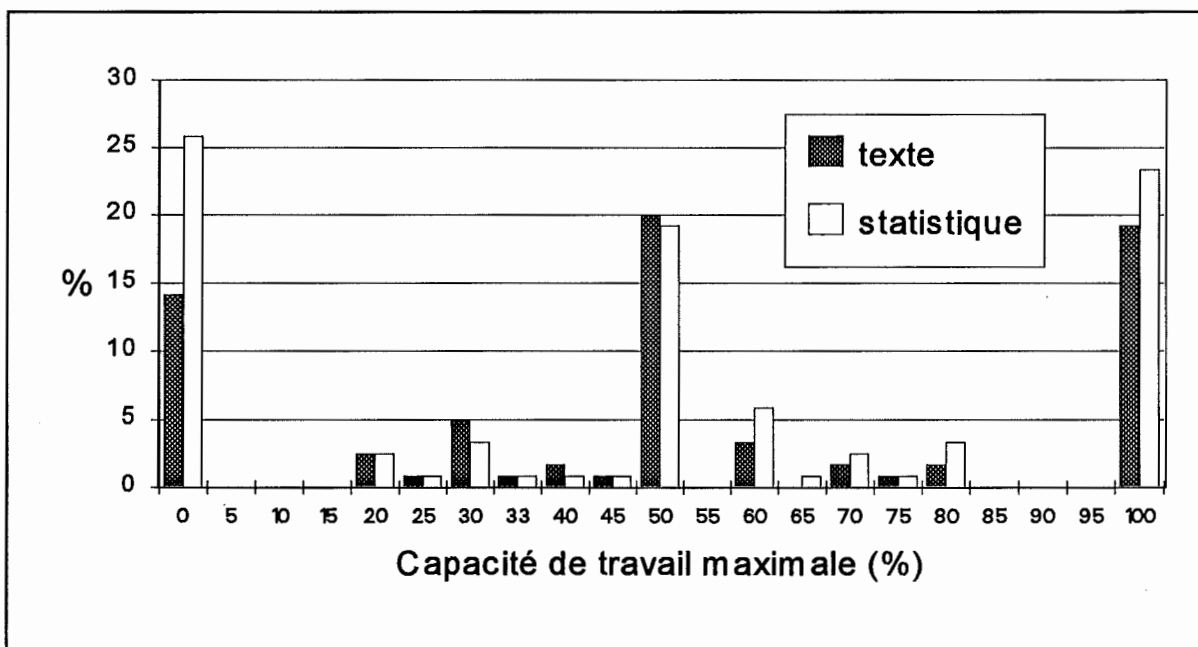
Tableau 3. Octroi d'une rente AI en fonction du degré de validité

Degré de validité	Type de rente
<34 %	rente entière
34 - 50 %	demi rente
51 - 60 %	quart de rente
> 60 %	pas de rente

La concentration autour des valeurs clés peut être observée soit pour la valeur rapportée dans le texte de l'expertise, soit pour celle de la feuille statistique. Cette observation confirme et précise les données déjà présentées dans les rapports annuels de l'activité des COMAI, spécialement celui de 1993 <sup>14</sup>.

Pour la capacité de travail *maximale* on observe une même concentration autour des valeurs clés. (Fig. 2).

Figure 2. Distribution statistique des valeurs de la capacité de travail *maximale*



### 4.3 Précision de la capacité de travail

Le niveau de précision de la capacité de travail peut être apprécié par la *précision numérique* de la valeur du texte, ainsi que par la *certitude verbale* de sa formulation.

#### 4.3.1 Précision numérique

A la question portant sur la précision numérique de la capacité de travail *actuelle* (dans le texte), on observe que trois quarts des expertises sont exprimées avec une grande précision (valeur  $\pm 2,5\%$ ), 12,5% rapportent un chiffre peu précis ( $\pm 10\%$ ); plus rarement encore les valeurs sont approximatives ou imprécises. Pour ce qui concerne la capacité de travail *maximale* nous remarquons deux différences principales: les réponses manquantes représentent 27,5% et les réponses précises seulement 61,7% du total (tableau 4).

Tableau 4. Précision numérique de capacité de travail *actuelle* et *maximale*

	n ACT	% ACT	n MAX.	% MAX.
Précise ( $\pm 2,5\%$ )	89	74,2 %	74	61,7 %
Peu précise ( $\pm 10\%$ )	15	12,5 %	7	5,8 %
Approximative ( $\pm 20\%$ )	5	4,2 %	3	2,5 %
Imprécise ( $> \pm 20\%$ )	7	5,8 %	3	2,5 %
Manquante	4	3,3 %	33	27,5 %

Dans 63 cas (52,5%) le niveau de précision numérique pour la capacité *actuelle* et *maximale* est le même. Dans 38 cas (31,7%) la formulation numérique de la capacité de travail *actuelle* est plus précise et dans 19 cas (15,8%) elle est moins précise.

#### Répartition selon la région linguistique

On peut constater, pour la capacité de travail *actuelle*, une répartition différente selon la région linguistique, montrant une tendance à une précision numérique plus nette chez les centres latins (Bellinzona et Lausanne) que chez les alémaniques. Si les suisses-italiens expriment le chiffre de la capacité de travail *actuelle* d'une façon précise dans 100% des cas, les romands le font dans 85% des cas et les suisses-alémaniques dans 65% des cas. Pour les quatre cas où la valeur de la capacité de travail *actuelle* manque dans le texte, les médecins motivent toujours cette absence.

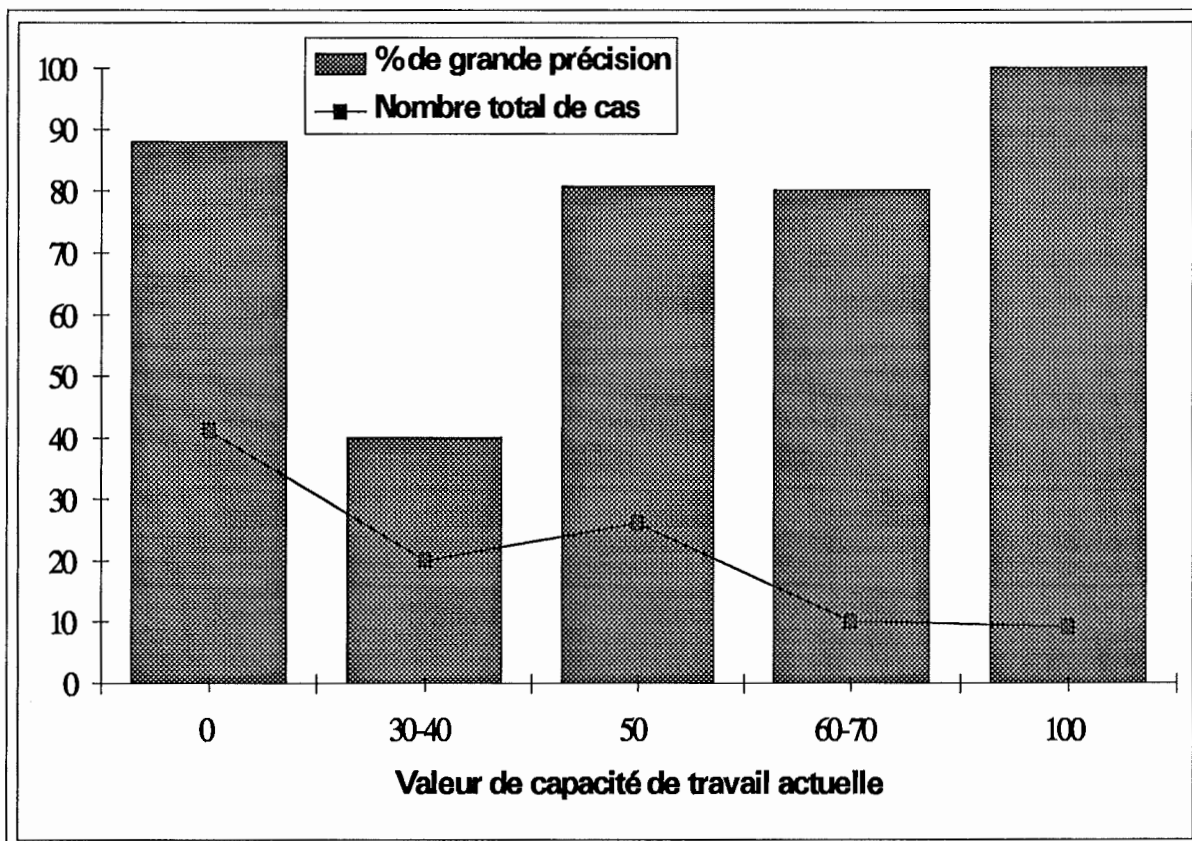
En ce qui concerne la capacité de travail *maximale*, on n'observe plus la différence entre centres latins et alémaniques. La proportion de valeurs manquantes dans le texte est de 40% pour la Suisse-italienne, de 27,5% pour la Suisse alémanique et de 15% pour la Romandie.

#### Répartition selon la valeur de la capacité de travail

Compte tenu de la concentration des valeurs de la capacité de travail autour de valeurs équivalentes de validité (100-invalidité), modifiant le droit à une rente, nous avons formulé l'hypothèse que le médecin expert anticipe l'influence de son évaluation sur le droit à une rente. La précision des valeurs de la capacité de travail a été examinée sous cette hypothèse : si l'on analyse la précision numérique par rapport à la valeur de la capacité de travail *actuelle* on observe que la précision numérique est plus grande pour les valeurs qui pourraient déterminer sans conteste le droit à une rente, soit 0 et 100% (rente entière vs. pas de rente).

Elle est assez grande pour la valeur de 50%, qui pourrait correspondre au droit à une demi-rente. Par contre, les valeurs autour de 35%, charnière pour l'attribution d'une rente complète, sont nettement moins précises (figure 3).

Figure 3. Pourcentage de cas comportant une grande précision numérique, selon la valeur de la capacité de travail actuelle



#### 4.3.2 Certitude verbale

En général la formulation de la capacité de travail *actuelle* est bonne : 85% "sûre" vs 16% "légère hésitation"; 4 valeurs manquent dans le texte de l'expertise (tableau 5). Pour la capacité de travail *maximale*, la formulation s'est avérée sûre dans 69% des cas. Pour 4 cas elle a été formulée avec "grande hésitation". Le nombre de valeurs manquantes, pour lesquelles le degré de certitude ne peut donc pas être évalué, est ici important. Dans 45% des cas, la formulation est sûre pour les deux capacités, actuelle et maximale.

Tableau 5. Corrélation précision actuelle/maximale

Formulation	Actuelle (n)	Actuelle(%)	Maximale(n)	Maximale (%)
Sûre	98	85%	61	69%
Légère hésitation	18	16%	23	26%
Grande hésitation	0	0%	4	5%
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>
Manquante	4		32	

#### Répartition selon la région linguistique

La stratification par COMAI montre que l'expression verbale est légèrement plus sûre chez les latins (Lausanne et Bellinzona), tandis que les centres suisse-allémانيques hésitent davantage à formuler avec certitude la valeur de la capacité de travail *actuelle* (hésitation chez les latins 0%, chez les alémaniques 23%). La formulation de la capacité de travail *maximale* est par contre similaire dans tous les centres. Il s'agit ainsi de résultats concordants avec ceux décrits pour la précision numérique.

#### Répartition selon la valeur de la capacité de travail

Une faible corrélation existe entre le degré de certitude verbale et la valeur de la capacité de travail *actuelle* (analogue à la précision numérique). Le tableau 6, qui expose seulement les valeurs clés (pour lesquelles il y a un nombre de cas suffisant), montre que la formulation est un peu plus sûre pour les capacités de travail qui pourraient déterminer sans conteste le droit à une rente, soit 0 et 100% (rente entière vs. pas de rente). La formulation verbale semble nettement moins sûre autour de la valeur de 60%, limite hypothétique pour le droit à une rente. Par rapport à la valeur de 50%, le résultat se différencie clairement du résultat trouvé à propos de la précision numérique (4.3.1)

Tableau 6. Certitude de la formulation selon la valeur de la capacité de travail.

Degré de cap. actuelle (en %)	Sûreté (A)	Hésitation (B)	Tot. (A+B)	% (A/A+B)
0	39	2	41	95
30-40	16	4	20	80
50	19	7	26	73
60-70	7	3	10	70
100	8	1	9	89

#### 4.3.3. Dépendance des deux variables *précision numérique* et *certitude verbale*

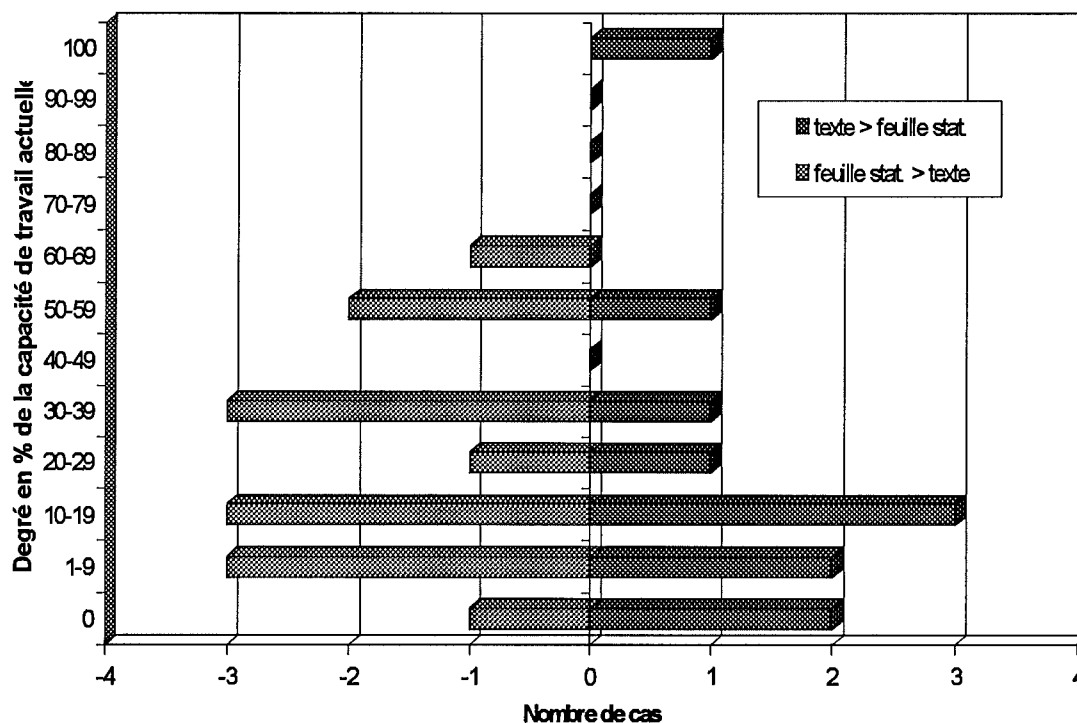
La précision numérique et la certitude verbale sont liées d'une façon statistiquement significative ( $p < 0.001$ ), que ce soit pour la capacité de travail actuelle ou maximale.

#### 4.4. Concordance entre texte de l'expertise et feuille statistique

##### 4.4.1 Capacité actuelle

L'annexe 3 montre la corrélation des deux valeurs (*texte* et *statistique*); dans 20 cas sur 120 - soit **17%** - ces valeurs ne se correspondent pas comme elles le devraient : cela signifie qu'on trouve, pour une même expertise, des valeurs différentes dans le texte et dans la feuille statistique. Pour 4 cas (**3%**), le texte de l'expertise ne mentionne pas de valeur, alors qu'il y en a une sur la feuille statistique. Pour 9 cas (**8%**), la différence des valeurs pourrait avoir une conséquence sur le droit à la rente, si on suppose que la relation entre capacité de travail et degré d'invalidité est linéaire. La figure 4 montre le nombre de cas qui divergent entre les valeurs du texte et de la feuille statistique, ainsi que la direction et l'ampleur de cette divergence.

Figure 4 : Différence entre la capacité de travail actuelle indiquée sur la feuille statistique et indiquée dans l'expertise.



#### 4.4.2 Capacité maximale

La corrélation entre les valeurs du *texte* et celles de la feuille *statistique* montre que dans 10 cas sur 120 - soit **8%** - celles-ci ne correspondent pas. Pour **plus qu'un quart des cas** (28%) le texte de l'expertise ne mentionne pas de valeur, alors que celle-ci ne manque dans la feuille statistique que pour 9% des cas. Ont été considérés comme valeurs manquantes les cas où le chiffre était absent du texte et les cas où le chiffre indiqué n'était pas interprétable. Dans 6 cas (**5,0%**), la différence des valeurs pourrait avoir une conséquence sur le droit à une rente, de nouveau en supposant une corrélation avec la capacité de travail et l'invalidité.

#### 4.5 Concordance entre degré d'activité et capacité de travail actuelle

Dans la majorité des cas (58%) le degré d'activité au moment de l'entrée au COMAI ne correspond pas à la capacité de travail actuelle, évaluée par les médecins des centres.



#### 4.6 Dynamique de la capacité de travail

Le tableau 7 montre la corrélation entre les capacités de travail *actuelles* et *maximales*, formulées dans le *texte* et dans la *feuille de statistique (stat.)*.

Tableau 7. Corrélation entre capacité de travail actuelle et maximale (texte/statistique)

	Texte (n)	Texte (%)	Stat. (n)	Stat. (%)
Valeur actuelle = maximale	53	44%	66	55%
Valeur actuelle < maximale	32	27%	43	36%
Valeur actuelle > maximale	0	0%	0	0%
Valeurs manquantes	35	29%	11	9%

Dans 29% des cas une des deux valeurs manque dans le texte, la valeur maximale manquant plus souvent. Dans la feuille statistique la formulation de la valeur actuelle est toujours présente, celle de la valeur maximale manque dans 9% des cas.

Quand les valeurs sont présentes dans le texte (85 cas) et dans la feuille statistique (109 cas) on observe qu'une **amélioration** de la capacité de travail des assurés (évaluée par les COMAI) serait possible dans environ un tiers des cas (37% selon le texte de l'expertise et 39% selon la feuille statistique).

Les valeurs de 37% et de 39% ne diffèrent pas du 40%, valeur trouvée dans l'ensemble des cas expertisés par le COMAI en 1988-1992 (14).

#### 4.7 Caractère de la décision

Dans la plupart des cas, le caractère de la décision prise par le COMAI est considéré comme définitif (107 cas = 89%). Cependant il y a, à cet égard, trois centres qui semblent avoir une attitude décisionnelle définitive et trois pour lesquels le caractère de la décision est plus souvent provisoire, puisqu'ils proposent des réévaluations (tableau 8).

Tab. 8. Caractère de la décision sur la capacité de travail maximale, en fonction du centre

Centre	Caractère définitif	Caractère provisoire	Caractère transitoire	Total
Bellinzona	15	0	5	20
Lausanne	16	2	2	20
Luzern	20	0	0	20
St. Gallen	16	1	3	20
Basel	20	0	0	20
Zürich	20	0	0	20
Total	107	3	10	120

Il n'y a pas de corrélation entre la précision numérique et le caractère de la décision, ni entre la certitude verbale de la formulation et le caractère de la décision.

## 5. Discussion

La présente étude, analysant le texte des expertises ainsi que les statistiques des COMAI, met l'accent sur trois aspects de l'évaluation de la capacité de travail, notamment la **distribution** statistique des valeurs, la **précision**, ainsi que la **concordance** des valeurs du texte et de la feuille statistique.

Cette étude montre :

1. une distribution statistique des valeurs de capacité de travail autour de certaines valeurs clés, susceptibles de déterminer le droit à une rente,
2. un niveau de précision élevé en ce qui concerne la formulation de la capacité de travail,
3. un manque de concordance une fois sur six entre les valeurs du texte de l'expertise et celles de la feuille statistique.

Puisque les variables démographiques de l'échantillon (n=120) ne diffèrent pas de celles de l'ensemble des cas examinés aux COMAI, il est raisonnable de penser que les résultats peuvent être extrapolés à l'ensemble du collectif.

## 5.1 Distribution

Dans l'idéal, la notion d' "*évaluation de la capacité de travail*" dans le cadre d'une expertise médicale devrait être indépendante de toute conséquence économique et basée uniquement sur des critères médicaux. On devrait donc pouvoir s'imaginer une répartition idéale des cas plus ou moins homogène sur l'axe des valeurs de la capacité de travail. Ceci n'est pas le cas ni dans le collectif 1993 des COMAI <sup>10</sup>, ni dans le collectif de cette étude, où l'on observe une *concentration des valeurs de la capacité de travail actuelle* (fig. 1) et *maximale* (fig. 2) *autour de certaines valeurs clés, proches des valeurs de validité, donnant droit à une rente* (33%-50%-60%).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le médecin chargé de l'expertise, connaissant l'échelle des prestations relative au degré de validité qui émane de son évaluation de la capacité de travail (tableau 3), anticipe, dans le cadre de sa décision médicale, les conséquences économiques que sa décision pourrait avoir pour l'assuré.

Il admettrait, ce faisant, que le degré de perte de gain et, donc, le taux d'invalidité, découleront directement de sa décision quant à la capacité de travail actuelle et maximale, même si cette corrélation est encore à prouver. Selon les *Directives concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité* de l'Office fédéral des assurances sociales <sup>10</sup>, l'évaluation de la capacité de travail auprès des COMAI devrait être *strictement médicale*, indépendante de toute corrélation avec un droit aux prestations (tableau 8). Cette étude suggère que ceci n'est pas toujours le cas.

Tableau 9. Article 1090 des directives de l'OFAS <sup>10</sup>

**Le médecin ou l'expert médical doit uniquement donner son avis sur des questions médicales et sur la capacité de travail de l'assuré dans la profession exercée jusqu'à présent ou dans une nouvelle profession. Il faut donc faire abstraction des questions touchant la capacité de gain ou le degré d'invalidité (art. 72, 1er al., RAI).**

La Commission cantonale AI, qui aurait la tâche de décider du taux d'invalidité suite à l'expertise médicale, se verrait donc fournir des expertises qui tiendraient déjà compte des conséquences économiques de la décision médicale. Il y aurait donc, à ce niveau, une confusion des rôles et des tâches des COMAI par rapport aux Commissions cantonales AI <sup>9</sup>.

Un obstacle important nous empêche de tirer des conclusions définitives sur la base de la distribution statistique des valeurs de la capacité de travail dans cette étude: c'est l'absence d'un modèle de distribution théorique des capacités de travail.

Ceci est un grand handicap: il nous oblige en effet à considérer arbitrairement une répartition homogène comme distribution idéale, supposition qui appelle une confirmation.

## 5.2 Précision

Le niveau de précision de la capacité de travail a été apprécié selon deux approches : la *précision numérique* et la *certitude de la formulation*; ces variables ne sont pas indépendantes.

La précision peut être considérée, dans la présente étude, comme généralement bonne. La précision numérique est toutefois meilleure pour la capacité de travail actuelle que pour la capacité maximale (74% vs. 62%), ce qui n'étonne pas et souligne la difficulté à prévoir avec précision une capacité de travail future!

La plus grande précision chez les centres latins pourrait avoir différentes interprétations. On observe par exemple que le centre de Lausanne évalue à 0% la capacité de travail de ses patients dans 85% des cas (17 sur 20); or, tenant compte du fait que la précision est en générale meilleure pour les valeurs qui déterminent sans conteste le droit à une rente (c'est-à-dire 0 et 100%), la plus grande précision de ce centre pourrait être simplement le reflet de la sévérité des cas qu'il reçoit. Cette explication n'est toutefois pas confirmée pour les données de l'autre centre latin. On pourrait aussi admettre que la rigueur alémanique impose à ses médecins une plus grande prudence d'évaluation. Ainsi l'interprétation de cette observation doit probablement se faire par rapport à certaines caractéristiques de nature personnelle et culturelle plutôt que de nature professionnelle.

L'hypothèse d'une corrélation entre le *degré de précision* (numérique et verbale) et la *valeur de la capacité de travail* a été étudiée. On peut en effet admettre que si une capacité était de 0% ou de 100%, il serait plus facile d'en faire une formulation précise et sûre. Cette hypothèse a pu être confirmée (fig. 3). Aux valeurs extrêmes de 0% et de 100% - pour lesquelles les conséquences économiques sont évidentes (rente entière et pas de rente) - la sûreté d'expression et la précision numérique sont grandes.

Le médecin qui doit se prononcer sur la capacité de travail semble croire aux enjeux économiques de sa décision quand elle est proche de 33% et de 60% (pas de rente/un quart de rente? ou une demi-rente/rente entière?) et il semble alors agir avec davantage de prudence. On retrouve de nouveau le mélange de considérations économiques et de critères médicaux déjà discuté, ainsi que la difficulté objective d'un jugement qui, en plus, doit être extrapolé dans le futur. Pourtant c'est sur de telles valeurs que la Commission AI doit se référer pour pouvoir se prononcer sur le degré d'invalidité et le droit à une rente.

C'est également autour de telles valeurs clés qu'elle demande la plus grande précision <sup>(10, chiffre 2006)</sup> ce qui s'avère difficile à réaliser.

Il faut de plus signaler que la littérature dans ce domaine est très pauvre et que la précision de l'évaluation de la capacité de travail a été fort peu étudiée. Les deux variables choisies (précision numérique et certitude verbale) n'ont pas fait l'objet, à notre connaissance, d'autres études.

La précision de l'évaluation de la capacité de travail actuelle pourrait être influencée par une possible confusion des termes de *degré d'activité* et de *capacité de travail actuelle*. Pour un assuré qui travaille à mi-temps, au moment de l'entrée au COMAI, le médecin pourrait être tenté d'évaluer d'emblée sa capacité de travail actuelle à 50%. Cette hypothèse n'est tout de même possible que pour 43% des cas de notre étude. Il n'y a donc pas lieu de conclure que ces deux notions soient interprétées de façon incorrecte par les COMAI.

### 5.3 Concordance

La feuille statistique (annexe 1) est une annexe de l'expertise, remplie par le médecin. Sur cette feuille, le médecin doit exprimer en chiffres les capacités de travail *actuelle* et *maximale*. Pour la capacité actuelle on constate que 17% des valeurs du texte ne correspondent pas à celles de la feuille statistique, contre 8% pour la capacité maximale. Dans 4 cas pour la capacité actuelle (3%) et dans 31 cas pour la capacité maximale (28%) la valeur est absente dans le texte; alors qu'elle est toujours présente sur la feuille statistique en ce qui concerne la capacité actuelle et manque seulement pour 9% des cas pour la capacité maximale.

La feuille statistique permet donc souvent de préciser l'évaluation de la capacité de travail qui est absente ou difficilement interprétable dans le texte de l'expertise. De ce fait elle pourrait être un **instrument important** pour préciser les informations clés. Puisque la Commission AI doit se référer aux valeurs numériques de l'expertise, il pourrait être souhaitable qu'elle puisse disposer aussi de ces feuilles statistiques, à condition de s'assurer de la qualité des informations qu'elles contiennent.

### 5.4 Qualité des expertises

Qu'est-ce que cette étude permet de conclure sur la qualité des expertises COMAI ?

Si on aborde la discussion sur la **qualité** de l'évaluation de la capacité de travail, il faut considérer que celle-ci est liée à au moins trois indices quantitatifs : la **précision**, la **reproductibilité** et la **validité**. Le présent projet s'est limité essentiellement à la **précision**.

La **reproductibilité** (*reliability*) d'une mesure compare entre elles des multiples mesures imparfaites afin d'en évaluer le degré de concordance (par exemple à l'aide du *coefficient kappa pour des variables nominales* et du *coefficient de corrélation pour des variables numériques*). Dans un projet de ce genre il s'agirait de faire évaluer la capacité de travail des mêmes patients par des médecins différents et d'étudier la concordance de ces évaluations, ou éventuellement faire évaluer le même patient deux fois par le même expert et comparer son évaluation. Le fait que pour un cas sur six les valeurs de la capacité de travail trouvées dans l'expertise ne sont pas identiques à celles indiquées sur la feuille statistique laisse entrevoir un problème de reproductibilité qu'il conviendrait d'examiner.

La **validité** (*accuracy*) d'une mesure est la propriété qui nous permet de dire si on mesure vraiment les caractéristiques qu'on veut mesurer. En l'absence d'une mesure "infaillible" de la capacité de travail, cet aspect nous échappe. Puisque la précision s'est concentrée sur cette étude, l'interprétation sur la qualité de l'évaluation de la capacité de travail ne peut donc être que partielle <sup>15</sup>.

### 5.5 Difficultés

Une atteinte à la santé entraînant une diminution de la capacité de travail donne à l'assuré le droit de bénéficier d'une prestation financière si l'atteinte diminue de façon  *durable et importante* la capacité de travail et de  *gain*, s'il existe un lien de  *causalité* entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain, et si la perte de gain (invalidité) atteint un seuil minimal <sup>10</sup>.

Le médecin-expert, qui est chargé de constater une  *atteinte à la santé* et ses conséquences sur la  *capacité de travail*, se trouve devant une tâche difficile et délicate, devant prendre indirectement position sur la  *capacité de gain*, c'est à dire sur une notion économique.

Sa tâche serait relativement facile s'il disposait d'une définition physiopathologique claire de "*santé*" et de "*maladie*". Il aurait également besoin de savoir interpréter les différentes modalités de  *communication* du malade, bien connaître la situation particulière et le rôle du patient sur son lieu de travail, connaître la situation globale sur le marché de travail afin de pouvoir évaluer la capacité maximale du patient dans des professions autres que celle exercée jusque là, et, finalement, ressentir l'attitude personnelle du patient  *face à son travail* et à son employeur (ce sera finalement et fondamentalement toujours le patient lui-même qui décidera de travailler ou de rester à la maison !).

Formé essentiellement pour soigner les malades, le médecin aujourd'hui doit souvent trouver un équilibre entre le rôle d'*avocat*, qui doit rendre service au patient, le rôle de " **policier de la santé**" au service de l'Etat et de ses structures, le rôle d'**expert** des assurances et, souvent, le rôle indirect de  **juge**.

Le degré de certitude du médecin-expert, dans le jugement qu'il porte sur la capacité de travail, est difficilement mesurable face à toutes ces différentes tâches. La précision n'en est qu'un indice. Etant donné que la précision fait partie de son mandat, la certitude ne pourrait être qu'apparente, "pour remplir le mandat". Or, la médecine actuelle est davantage un art empirique qu'une science exacte et l'objectivité des résultats des examens médicaux est souvent surévaluée. Le savoir médical empirique et subjectif complète les données des examens. Cette expérience personnelle sera présente dans l'évaluation finale de la capacité de travail de l'assuré, et se répercutera sur la capacité de gain et, donc, le degré d'invalidité et le droit à une rente. C'est à la suite de ces réflexions qu'on peut se poser la question du niveau de précision objectif qu'une expertise médicale peut atteindre, et sur les considérations qui l'influencent de manière apparente ou plus subtile.

## **6. Conclusions et recommandations**

6.1. La précision de l'évaluation de la capacité de travail dans les expertises médicales faites par les COMAI peut être considérée comme bonne, telle qu'appréciée par les méthodes de cette étude. Elle pourrait toutefois aussi être la conséquence de facteurs subjectifs (auto-évaluation favorable de la part des médecins-experts) et extérieurs à la valeur observée.

Puisque la précision n'est qu'un des trois indices de qualité de la mesure de la capacité de travail (*validité* et *reproductibilité* manquent dans cette étude), nous devons exprimer ce constat avec prudence. Un examen de la reproductibilité de l'évaluation de la capacité de travail devrait être entrepris et un concept pour la validité d'une telle évaluation doit impérativement être développé.

6.2. La distribution des valeurs de capacité de travail autour des valeurs clés de validité, qui donnent le droit à une rente (33%-50%-60), montre que le médecin chargé de l'expertise ne peut probablement pas s'exprimer sur la capacité de travail de son patient, sans imaginer une corrélation de celle-ci avec des conséquences économiques. D'autre part, il semble ignorer le fait que les valeurs de capacité de travail qu'il formule dans l'expertise pourraient en réalité être très peu corrélées avec le degré d'invalidité décidé par le Commission AI. Vu la précision du mandat que les médecins reçoivent de l'AI (voir point 5.1), deux conséquences possibles peuvent être envisagées : soit sensibiliser le corps médical des COMAI sur cet aspect afin qu'il puisse formuler des capacités de travail le plus possible sans tenir compte des éventuelles conséquences économiques, soit modifier le mandat de l'AI.

- 6.3. Le manque de concordance observée entre les valeurs de la capacité de travail présentes dans le texte de l'expertise et celles de la feuille statistique mérite une explication et, le cas échéant, des mesures pour améliorer cette concordance.
- 6.4. La méconnaissance de la distribution réelle de la capacité de travail et du degré d'invalidité dans la population faisant une demande de prestations AI, ainsi que l'absence d'un modèle de distribution idéale de ces deux valeurs, posent des problèmes majeurs pour l'étude de qualité des expertises médicales. Ces aspects méritent une attention particulière dans une possible application ultérieure de la méthodologie évoquée dans cette étude.



## **7. Bibliographie**

1. Piechowiak H. *Evaluation der sozialmedizinischen Begutachtung*. Off. Gesundheitswes. 51 (1989); 599-603.
2. Grosspietszsch R., Ihmann M. *Qualitätssicherungsprogramm in der sozialmedizinischen Begutachtung*. Off. Gesundheitswes. 52 (1990); 91-93.
3. Piechowiak H., Schreiber M.A. *Sozialmedizinische Analyse Informationsqualität und Entscheidungen bei 360 vertrauensärztlichen Arbeitsunfähigkeits-Begutachtungen*. Off. Gesundheitswes. 52 (1990); 30-35.
4. Behn P., Krause K. et al. *Zur Qualität und Aussagekraft von Invaliditätsgutachten hinsichtlich der Beurteilung von Herz-Kreislauf-Krankheiten*. Z. gesamte inn. Med. 45 (1990); Heft 23.
5. Seger W. *Die sozialmedizinische Stellungnahme im Rehabilitations-Ausschlussbericht unter Qualitätsgesichtspunkten*. Rehabilitation 32 (1993); 76-82.
6. Carey T.S. *Disability determination : The Challenge of Backache*. Clinical Concepts in Regional Musculoskeletal Illness 1987; 247-261.
7. Office fédéral des assurances sociales. *Loi fédérale sur l'assurance-invalidité*. Office fédéral des imprimés et du matériel, Berne, RS 318.500f.
8. Office fédéral des assurances sociales. *Règlement, Ordonnances, Index alphabétique sur l'assurance invalidité*. RS 831.201 (art 72bis RAI)
9. Office fédéral des assurances sociales. *Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité*. Office fédéral des imprimés et du matériel, Berne, 1.7.87. RS 318.507.03 f. (artt. 1001, 2079, 2084-5, 3001-15, 6001).
10. Office fédéral des assurances sociales. *Directives concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité (DII)*. Office fédéral des imprimés et du matériel, Berne, 1.1.90. RS 318.507.13 f. (artt. 1001, 1038-40, 1090, 2006).
11. Institut universitaire de médecine sociale et préventive : *Rapport annuel d'activité pour 1992*. Cahiers de recherche et de communication.
12. J.P. Vader, K. Dupriez : *Variations cantonales dans l'utilisation des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité en Suisse*. Soz. Präventivmedizin 1993; 38; 362-265.
13. Institut universitaire de médecine sociale et préventive : *Collaboration entre les commissions de l'assurance-invalidité et les centres d'observation médicale. Enquête auprès des commissions*. Cahiers de recherche et de communication : 105/1993.
14. Centre d'évaluation et de coordination des COMAI. *Statistiques 1988-1993*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Avril 1994.
15. J. Kelsey, W. Thompson, A. Evans. *Methods in Observational Epidemiology*. Oxford University Press; 285-308.

**ASSURANCE-INVALIDITE FEDERALE**  
 Statistique des COMAI

**Données administratives**

COMAI	01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Instance mandatrice	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	date du mandat 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrée au COMAI	04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genre d'observation	05	<input type="checkbox"/>	hospitalisation	nombre de jours .....		
	06	<input type="checkbox"/>	ambulatoire	nombre de jours .....		
Méthode d'évaluation de l'invalidité	07	<input type="checkbox"/>	lucrative			
	08	<input type="checkbox"/>	lucrative + ménagère			
	09	<input type="checkbox"/>	ménagère			

**Données personnelles**

N° AVS	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationalité d'origine	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Etat civil actuel	12	<input type="checkbox"/>	célibataire	13	<input type="checkbox"/>	marié(e)	13a	<input type="checkbox"/>	concubin(e)
	14	<input type="checkbox"/>	veuf, veuve	15	<input type="checkbox"/>	séparé(e)	16	<input type="checkbox"/>	divorcé(e)
Formation scolaire	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Formation professionnelle	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Principale activité lucrative exercée avant la survenance de l'invalidité		.....							
La personne s'occupe de son ménage	19	<input type="checkbox"/>	en totalité ou en grande partie	20	<input type="checkbox"/>	partiellement	21	<input type="checkbox"/>	très peu ou pas du tout
	Activité lucrative au moment de l'entrée au COMAI	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% d'un plein temps			
	En cas de diminution de l'activité lucrative pour raison de santé, depuis quand?	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	année				
Rente au moment de l'entrée au COMAI	24	<input type="checkbox"/>	rente entière AI	25	<input type="checkbox"/>	demi-rente AI			
	26	<input type="checkbox"/>	quart de rente AI	27	<input type="checkbox"/>	aucune rente AI			
	28	<input type="checkbox"/>	rente d'autres assurances	29	<input type="checkbox"/>	inconnue			
Examen effectué avant l'entrée au COMAI et utile à l'évaluation de l'incapacité de travail (plusieurs réponses possibles)	30	<input type="checkbox"/>	orthopédie	31	<input type="checkbox"/>	psychiatrie			
	32	<input type="checkbox"/>	neurologie	33	<input type="checkbox"/>	médecine générale			
	34	<input type="checkbox"/>	médecine interne	35	<input type="checkbox"/>	rhumatologie			
	36	<input type="checkbox"/>	expertise COMAI	37	<input type="checkbox"/>	autres .....			
	38	<input type="checkbox"/>	aucun						



## ANNEXE 2:

### GRILLE DE SAISIE PROJET PRECISION

1. Centre COMAI:	1. Bellinzona	2. Lausanne
	3. Luzern	4. St. Gallen
	5. Basel	6. Zürich
2. Nr. de dossier:		
3. Valeur de la capacité de travail actuelle ( <b>text</b> ):		
4. Valeur de la capacité de travail actuelle ( <b>stat.</b> ):		
5. Précision de la capacité de travail <b>actuelle</b> :	1. précise	(±2,5%)
	2. peu précise	(±10%)
	3. approximative	(±20%)
	4. imprécise	(>±20%)
	5. valeur manquante	
5a. En l'absence d'une valeur numérique ou verbale, le COMAI:		
	1. motive la raison et propose la suite de la procédure (COPAI, traitement médical, réadaptation professionnelle)	
	2. motive la raison sans rien proposer	
	3. ne donne pas de motivation	
6. <b>Formulation</b> de cette valeur	1. sûre (temps présent)	
	2. légère hésitation (temps conditionnel)	
	3. grande hésitation (conditionnel+adverbe)	
7. Valeur de la capacité de travail résiduelle ( <b>text</b> ):		
8. Valeur de la capacité de travail résiduelle ( <b>stat.</b> ):		
9. Précision de la capacité de travail <b>résiduelle</b> :	1. précise	(±2,5%)
	2. peu précise	(±10%)
	3. approximative	(±20%)
	4. imprécise	(>±20%)
	5. valeur manquante	
10. <b>Formulation</b> de cette valeur:	1. sûre (temps présent)	
	2. légère hésitation (temps conditionnel)	
	3. grande hésitation (conditionnel+adverbe)	
11. <b>Caractère</b> de la décision:		
	1. définitif	(Aucune mention d'une réévaluation)
	2. provisoire	(Réévaluation recommandée sans date)
	3. transitoire	(Réévaluation recommandée, laps de temps proposé)

### ANNEXE 3

**Corrélation entre la capacité de travail actuelle indiquée dans le texte et dans la feuille statistique**

Cap. actuelle (texte)	Capacité actuelle (feuille statistique)												
	0	10	20	25	30	40	50	60	70	75	80	100	Total
Miss.	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	4
0	36	1	1	-	1	-	1*	-	-	-	-	1*	41
20	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
25	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
30	1	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	12
33	2	-	2	1	-	-	1*	-	-	-	-	-	6
40	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
50	2*	-	-	-	-	-	23	1*	-	-	-	-	26
55	-	-	-	-	-	-	-	1*	-	-	-	-	1
60	1*	-	-	-	-	-	1*	5	-	-	-	-	7
70	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	3
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3
100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8	9
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>120</b>

\* Conséquence éventuelle sur le droit à la rente.

## 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 Klinké 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 Eggli 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 Eggli 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 Sprützhüsl 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.
- 52.10a 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.
- 52.10b Gruet F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Relations hétérosexuelles et prévention du sida. Une étude qualitative de la vie relationnelle et sexuelle et de l'utilisation du préservatif dans une population d'adultes âgés de 31 - 45 ans en Suisse romande. - Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, 1993, 60 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., Egli Y. - Protection des données médicales des hôpitaux - dispositions transitoires. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 59 p.
- 59 Meyer D., Egli 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., Egli 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., Egli 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 Egli 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., Egli 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 Egli 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-Agustoni 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.
- 82a Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Vierter Zusammenfassender Bericht 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 186 p. + annexes.
- 82b Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation of the Aids prevention strategy in Switzerland mandated by the Federal Office of Public Health. Fourth assessment report 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 186 p. + annexes.
- 82.1 Landert C., Panchaud C., Schärliinger 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., Schärliinger 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., Schärliinger 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-Agustoni 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.
- 82.11 à paraître
- 82.12 Samuel-Mertens È., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 6, 1993-1994. Rapid Assessment for HIV/AIDS Intervention strategies among the Sri Lankan Tamil Community in Switzerland and Guidelines Planning Intervention Activities for AIDS Prevention among New Foreign Communities in Switzerland. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 43 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 : Institut 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 Addor V., Santos-Eggimann B. - Hospitalisations néonatales en Valais (1987-1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 83 p. + annexes.
- 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.
- 110 Burnand B., Sloutskis D. - Facteurs de risque de la fracture de hanche: étude cas-témoins. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 40 p.
- 111 à paraître
- 111.1 Ronco C., Spuhler G. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 94 p.
- 112 Meystre-Agustoni G. - PPMT : prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie. Rapport d'évaluation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 70 p.
- 113a Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 108 p. + annexes.
- 113b Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - La salute degli adolescenti in Svizzera : rapporto di un'inchiesta nazionale sulla salute e sugli stili di vita dei giovani dai 15 ai 20 anni. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 109 p. + annexes.
- 113c Narring F., Tschumper A., Mischaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz : Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jähriger. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 109 p. + annexes.
- 114 Marro J.-J., André G., Gervasoni J.-P., Bleeker-Massard P., Ziegler G., Dentan A. - Toxicomanie et pharmacies, situation dans le canton de Vaud.- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 20 p. + annexes.
- 115 Graz B., Vader J.P., Burnand B., Paccaud F. - Qualité des soins médicaux : Rapport de l'enquête sur les activités en matière d'assurance de qualité des soins médicaux dans les hôpitaux universitaires suisses. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 37 p.