

DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

PROTEGER LA MAIN AU TRAVAIL :
UNE EXPOSITION ITINERANTE
OU
L'UTILISATION D'UN MOYEN DE
COMMUNICATION
DANS LES ACTIONS DE PREVENTION

Dominique Hausser

THESE

préparée sous la direction du
Professeur F. Gutzwiller

Lausanne

1988

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

*Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne*

Citation suggérée : 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. (Cah Rech Doc IUMSP n° 38).

Prix : CHF 17.--

**UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE MEDECINE
INSTITUT DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE**

Directeur: Professeur Felix GUTZWILLER

**PROTEGER LA MAIN AU TRAVAIL:
UNE EXPOSITION ITINERANTE
OU
L'UTILISATION D'UN MOYEN DE
COMMUNICATION
DANS LES ACTIONS DE PREVENTION**

Thèse présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention
du grade de docteur en médecine

par

DOMINIQUE HAUSSER

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire de Genève

LAUSANNE

1987

Table des matières

1. Introduction	1
2. La diffusion de l'information	3
2.1. Modèles de communications	4
2.2. L'utilisation des médias	13
2.3. La place de l'exposition	15
2.4. Le public-cible et choix du média	15
2.5. L'évaluation des médias	16
3. L'exposition "PROTEGER LA MAIN AU TRAVAIL"	20
3.1. Présentation	20
3.2. Détail des panneaux	24
3.3. Détail du diaporama	42
4. Evaluation de l'exposition	58
4.1. Les différentes possibilités d'évaluation	59
4.2. Quel résultat ? Est-il fiable ?	60
5. Conclusion	63
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXE	72

**PROTEGER LA MAIN AU TRAVAIL:
UNE EXPOSITION ITINERANTE
OU
L'UTILISATION D'UN MOYEN DE
COMMUNICATION
DANS LES ACTIONS DE PREVENTION**

1. Introduction

Pourquoi avoir choisi le thème de l'utilisation des moyens de communication dans les actions de prévention comme sujet de thèse de médecine ?

Lorsqu'on m'a proposé de réaliser une exposition sur la main*, il m'est rapidement venu à l'esprit qu'il y avait là un bon prétexte pour mener une réflexion théorique concernant les moyens de communications et leurs utilisations en santé communautaire.

Le travail s'est déroulé en trois étapes principales:

* Réalisée par l'IUMSP avec la participation de la CNA et de l'IUMTHI dans le cadre du programme 85-86 d'expositions de la Fondation Claude VERDAN qui en a assuré la production.

- Premièrement la définition d'un thème incluant clairement le rôle de la prévention à celui de la main, ainsi que la définition d'un concept de base débouchant sur les objectifs de l'exposition.
- Deuxièmement la réalisation pratique de l'exposition comprenant la recherche d'information, le dépouillement, la formulation claire du contenu (message) puis le choix et la création du support de ce message.
- Troisièmement une analyse critique (évaluation) du travail réalisé et de son impact.

Après une revue de la littérature concernant les médias utilisés dans le cadre de campagne de prévention, le matériel d'exposition est présenté. Le contenu et les moyens mis en oeuvre ne sont traités que dans la mesure où ils influencent directement la présentation du matériel. Enfin pour clore ce travail, une discussion concernant les possibilités et difficultés d'évaluation de ces actions de diffusion de l'information.

2. La diffusion de l'information

Durant les dernières années, la diffusion de l'information utilisant des moyens visant un large public a considérablement augmenté, touchant de nombreux domaines de la santé.

L'analyse des modes de communication s'est développée à la demande des compagnies commerciales et des groupements politiques dans le but d'améliorer l'impact des messages; un message étant efficace si la vente d'un produit augmentait de 10 à 15%, critère qui n'est pas suffisant dans le domaine de la santé et qui nécessite dès lors d'approfondir les connaissances concernant les mécanismes d'assimilation des messages (3).

Malheureusement leur efficacité n'est pratiquement jamais décrite dans la littérature accessible; de plus pour des raisons méthodologiques, techniques, administratives et/ou politiques, les évaluations sont souvent ininterprétables, malgré le fait que les outils de la recherche évaluative soient bien développés (7, 16, 40).

2.1. Modèles de communications

La diffusion de l'information intervient comme une des étapes essentielles des programmes de prévention. Il y a nécessité de sensibiliser le public visé au problème qui veut être résolu ou évité par un programme de prévention (11, 20, 33, 34, 40, 43, 45).

Le modèle de la communication interpersonnelle définit 5 éléments qui interviennent dans la communication: la source (ou émetteur), le message, le vecteur qui véhicule le message selon certaines voies, le destinataire (ou récepteur), ainsi que le but à atteindre (ou objet de la communication) qui influence les 4 premiers éléments. Le message est codé au départ et doit donc être décodé à l'arrivée. Il peut subir des modifications sur son parcours d'une part, être décodé de façon partielle et/ou erronée d'autre part, ce qui implique donc un décalage entre l'émission et la réception.

La communication par médiatisation se base sur plusieurs théories originaires des sciences sociales et concernant surtout des messages de type commerciaux ou électoraux dont les éléments clés pour la compréhension de l'évolution et du développement de modèles théoriques de diffusion de l'information dans le domaine de la santé sont résumés ci-dessous:

une théorie formulée par LASSWELL en 1948 sous la forme des 5 W: Who says What in Which channel to Whom with What effect (qui dit quoi par quel canal à qui avec quel effet). Cette théorie a ensuite été modulée par plusieurs auteurs mais finalement elle ne fait que reprendre l'héxamètre proposé par Quintilien aux orateurs: quis, quid, ubi, quibus, itineribus, cur,

quomodo ? (La rhétorique développée par Quintilien mais également par Aristote et Cicéron appartient de fait à la préhistoire de l'étude de la communication.) Une telle formule laisse entendre que la communication sociale est une simple reproduction des communications interpersonnelles et cache le fait que la production du message est souvent due à des organisations industrielles et non pas à une présence humaine. De plus cette théorie découpe le phénomène de la communication en tranches, ne mettant pas véritablement de lien ni entre les différentes étapes de la communication, ni entre le processus et l'environnement social (3, 11, 29, 31, 47).

LEWIN développe l'idée du "flux de nouvelles" en lieu et place d'un émetteur précis transmis par des canaux et sélectionnés par des personnages influents (directeurs de journaux, groupes de pression) nommés par les anglais les "gate keeper". Cette idée est importante dans le processus de socialisation de la théorie (11, 43).

KATZ et LAZARFELD définissent les "guides d'opinion" (opinion leader) auxquels selon eux le public se réfère plus volontiers qu'aux journaux ou aux radios. Ils démontrent de plus que l'individu n'est pas isolé de son contexte social par le fait que l'information reçue transite par une deuxième médiatisation (two steps flow). Les idées sont celles du groupe et non plus seulement d'un individu. Cette théorie s'est développée dans le cadre d'une étude suivant l'évolution de l'opinion pendant une campagne électorale (1940), il est apparu que les individus étaient beaucoup plus influencés par le face à face que par les masse-médias directement. Cette découverte surprise a suggéré que les communications circulent en 2 étapes: des médias aux guides d'opinion (qui ne sont pas forcément des personnages

occupant des positions privilégiées dans la société) et des guides d'opinion aux parties moins "réceptrices" de la population. L'acquisition d'un message par un canal est (volontiers) renforcée par un message de contenu similaire diffusé par un deuxième voire un troisième canal. De plus on porte une plus grande attention aux opinions auxquelles on a déjà adhéré (3, 11, 23, 26, 33).

Le schéma proposé par MOLES tient mieux compte de la globalité du milieu: il suggère que les idées nouvelles générées dans le milieu lui-même par des créateurs eux-même issus de ce milieu; leur circulation dans le milieu peut suivre une multitude de canaux qui permettent d'amplifier ou au contraire de faire disparaître l'information. Des études menées principalement dans le Tiers Monde ont confirmé le rôle capital de la structure sociale comme relais de l'information (3, 11, 23, 33, 47).

SCHEAFFER considère le médiateur comme le personnage central de la diffusion de l'information. Sa situation comme chercheur à la télévision française l'a incité à insister sur les aspects institutionnels des producteurs de messages; son médiateur étant aussi bien le programmeur, le réalisateur ou le producteur (3, 11, 23).

Dans le domaine de la santé le modèle du traitement de l'information développé par McGuire se base sur une matrice de persuasion comme moyen de conceptualiser le processus de changement et de comprendre la relation entre le résultat (changement de connaissances, d'attitudes, de comportements) et les inputs (voir figure 1)(16, 27).

Figure 1:
Matrice de persuasion de Mc GUIRE

Output	Input	Source	Message	Canal	Réception	But
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

1. Exposition (Présentation du message)
2. Conscience du problème (Ecoule du message)
3. Connaissance (Compréhension du message)
4. Croyances / Attitudes (Céder à son attrait)
5. Persistance de la modification (Maintient de la position)
6. Comportement (Action basée sur le message)

Les colonnes de la matrice de persuasion représente les variables dépendantes habituelles utilisées dans les études de modification du comportement et qui constituent les 6 étapes de changement d'attitude.

Ces variables sont influencées par les variables décrivant la communication et qui se trouvent en ligne. Selon Mc Guire cette matrice est conçue soit pour construire les campagnes d'influence, soit pour les évaluer. Elle permet de séparer en plusieurs composantes des processus complexes d'influence sociale et de vérifier si tous les facteurs de l'input et de l'output sont pris en considération.

En remplissant les intersections avec les informations concernant les relations qui existent entre les variables d'input et celles d'output, on peut mettre en évidence les lacunes qui persistent. Les connaissances sont ainsi organisées et les

vides de la recherche précisé "sans que le chercheur ne perde le moral" (dit McGuire).

Cependant le modèle admet que le changement d'attitudes, d'intentions et de comportements suivra automatiquement un changement de connaissances et de croyances (la communication persuasive) (16, 40). Sans remettre en cause les fondements du modèle de McGuire, Flay propose d'adapter le modèle en interreliant les éléments de la matrice de McGuire (16, 27).

Figure 2
Modèle du processus de communication reconceptualisé

Var. indépendante (facteurs de communication)	Var. intermédiaire (processus)	Var. dépendante (résultats)
émetteur message canal récepteur but	présentation attention compréhension mémoire acceptation	1. exposition 2. conscience 3. connaissance et 4. mémoire 5. opinion 7. attitude 8. intention et 9. résistance 10. comportement

Cette théorie a réussi à remettre en doute la notion qu'un changement d'attitude soit une condition nécessaire et suffisante à un changement de comportement préconisé par les Health Beliefs Models (HBM).

Développé dans les années 50 par des théoriciens de psychologie sociale, pour essayer de comprendre les raisons de l'insuccès des différentes campagnes de prévention, le HBM considère que la probabilité d'agir d'un individu est conditionnée par la perception de sa vulnérabilité d'une maladie, la perception de la sévérité d'une maladie, les bénéfices perçus de l'action envisagée, les barrières qu'il rencontre pour agir (24, 35, 40, 46).

Le HBM et les modèles basés sur les croyances qui sont des adaptations et des raffinements du HBM ne prennent pas ou très peu en compte l'environnement et les possibilités d'actions concrètes et efficaces par elles-mêmes*. Ceci particulièrement dans le monde du travail où la réduction du risque est nettement plus efficace que la promotion des moyens de protection individuelle, les facteurs étiologiques des pathologies occupationnelles étant à rechercher dans les moyens de production beaucoup plus que dans la façon dont ces derniers sont utilisés (4, 6, 9, 36, 38, 39, 40, 41).

En réaction à l'absence d'intérêts sur les facteurs environnementaux il s'est développé tout un courant mettant l'accent essentiellement sur des facteurs externes, il s'agit des modèles dits d'économie politique qui considèrent l'activité médicale comme faisant partie intégrante du système social et est donc régie par des forces d'ordre économique et politique (39, 40). Il existe une série d'éléments en faveur d'actions qui ne sont pas seulement individualisées mais également de type social dont:

- a) l'existence des maladies liées à la société,

* Largement critiqué, le modèle original des croyances concernant la santé (HBM) a subi des modifications dans le but de renforcer les influences externes à l'individu sans pour autant impliquer une action indépendante des individus (34).

- b) l'intervention limitée au niveau individuel risquant de favoriser le phénomène de victim-blaming,
- c) les études empiriques validant le HBM n'ayant en fait jamais permis une validation véritable de ce modèle,
- d) de plus si l'on sait que la perception individuelle de la maladie influence la probabilité de modification du comportement, le comment modifier la vulnérabilité perçue au sein de la population par les éducateurs sanitaires est inconnu,
- e) enfin les quelques tentatives concrètes montrent que les changements individuels sont minimes (17, 40, 43).

Il apparaît que le modèle de McGuire ne permet d'influencer que les facteurs internes ; il importe donc de développer un modèle de la communication dans le domaine de la santé qui intègre également les facteurs externes, modèle à développer à partir des théories de communications sociales.

Dans le cadre de l'expérience développée en Karélie du Nord (une stratégie communautaire de prévention des maladies cardio-vasculaires) (30, 31, 32, 37, 43, 44) le modèle de communication proposé se fonde sur les différents modèles exposés ci-dessus et les rassemble en un seul. Il reconnaît les différentes étapes de modification du comportement proposées par la théorie d'apprentissage social (social learning theory)* (2) en y ajoutant la théorie de McGUIRE et les modifications proposées par FLAY (44).

* BANDURA considère l'interaction entre le comportement et l'environnement comme un processus d'influences réciproques. La relation entre un individu et son environnement est un système ouvert, modifiable en dotant l'individu de compétences appropriées et le motivant à les utiliser.

Le modèle prend en compte les facteurs en relation avec le message et les facteurs reliés à la communauté qui influence les différentes étapes de changement de comportement.

Figure 3
Modèle de modification de comportement par Mc Alister

MEDIA		ENVIRONNEMENT
Média populaire Répétition	1. Exposition	Assise sociale Accès au média
Pertinence Côté attractif	2. Attention	Intérêt familial, des pairs
Concept simple avec illustrations	3. Compréhension	Discussion en groupe Séance feedback de questions- réponses
Sources crédibles expertes	4. Croyance	Persuasion directe Influence sociale Actions de leaders informels
Stimulation Augmenter la confiance en soi	5. Décision	Encouragements répétés Engagement public
Démonstration étape par étape Guide pratique	6. Apprentissage	Démonstration avec feedback, conseils Assistance directe
	7. Action	

La première étape est celle de l'exposition dont l'efficacité dépend de la popularité du média utilisé et de son accessibilité.

La première étape est celle de l'**exposition** dont l'efficacité dépend de la popularité du média utilisé et de son accessibilité.

La deuxième est la stimulation de l'**attention** du public visé qui dépend de la pertinence du message, de son aspect attractif d'une part, il est également nécessaire que le message soit accepté par l'environnement social.

La troisième met en jeu la **compréhension** des sujets. Elle peut être facilitée en utilisant des concepts et un langage simples pour ce qui est de la forme et du contenu des messages et en stimulant des structures sociales telles que groupes de discussion.

La quatrième concernant la formation des **croyances** est renforcée en utilisant des sources d'information crédible et en discutant les arguments défavorables au message qui est diffusé. L'intervention à un niveau interpersonnel facilite l'acceptation d'un message; de même un environnement social favorable aidera à faire passer un message.

La cinquième concerne la prise de **décision** d'agir dans le sens suggéré par le message. Elle est facilitée en stimulant la confiance en soi, en utilisant des groupes de décision, en favorisant les engagements publics à agir.

La sixième est l'**apprentissage** facilité par des démonstrations, des guides pratiques, des séances de laboratoire.

Le processus complet étant stimulé à toutes les étapes par les médias et l'environnement social, les sujets sont alors prêts à agir.

2.2. L'utilisation des médias

L'utilisation des médias dans le domaine de la santé malgré un potentiel certainement très intéressant est restée faible jusque dans les années 80 (33). Et encore seul l'emploi des masse-médias est mentionné dans la littérature. Il est presque certain que de nombreuses actions et expériences d'éducation à la santé développées à des niveaux locaux ont utilisés différents types de médias.

Quels sont les médias à disposition et à quel usage sont-elles préconisées ?

Les médias peuvent se répartir en trois catégories: les vecteurs à portée locale, les vecteurs à moyenne portée, et les vecteurs à grande portée:

- . Les vecteurs à **portée locale** qui sont des aides audio-visuelles à l'enseignement telles que les dessins, les dessins animés, les photographies, la vidéo, les films, les bandes sonores, ... La taille des groupes visés est limitée à 20 à 30 personnes pour permettre un processus dynamique entre l'éducateur et les participants; il y a dans ce cas plus qu'une simple transmission de l'information.
- . Les vecteurs à **moyenne portée** sont par exemple des affiches, tracts, lettres, brochures, timbres, films, expositions dont le but est d'attirer l'attention du public. Le choix de l'un ou l'autre de ces vecteurs dépendra prioritairement du public visé et du message à faire passer.
- . Les vecteurs à **large portée**, ou masse-média, sont la radio, la télévision, les journaux. Ces moyens sont largement utilisés par les actions de prévention

afin que le public "sache et fasse" ou "sache et cesse". Ce sont avant tout des moyens de diffusion de l'information et peuvent être utilisés pour créer un climat social, sensibiliser à un problème donné. (11, 16, 18, 43).

Les moyens de communication à large diffusion ont surtout un bon rendement pour la transmission des connaissances, pour rendre la population attentive à l'évolution de certaines normes ou concepts qui sont déjà en mouvement dans la communauté. La communication de type interpersonnel permet de renforcer un message à large diffusion en personnalisant le message à la situation concrète de l'interlocuteur.

S'il apparaît évident que les différents médias puissent stimuler un apprentissage basé sur la modélisation ou sur la pratique d'un comportement observé il n'est cependant pas possible de savoir si les compétences acquises seront utilisées dans des circonstances appropriées (28).

2.3. La place de l'exposition

Les expositions fixes ou itinérantes sont un bon moyen de regrouper une série de documents convergents selon un thème déterminé, dans le but de sensibiliser le public ou de le mettre en appétit pour des solutions appropriées (11). Il n'est, en dehors de considération théorique, jamais fait mention dans la littérature de l'utilisation des expositions comme moyen de promouvoir la santé. Des posters sont par contre souvent utilisés pour renforcer une action ou fournir une explication complémentaire à geste de dépistage ou thérapeutique. Il ne couvre qu'un aspect très limité de la problématique et ne suffit généralement pas à lui-même.

2.4. Le public-cible et choix du média

Presqu'aucun des textes de la littérature ne mentionne que le public soit pris en considération dans le choix du média. Il est clair cependant qu'un média qui n'est pas suivi par le public visé n'aura aucun impact (il s'agit ici d'une question d'accessibilité). D'autre part la multiplicité dans la forme des messages est clairement considérée comme augmentant le rendement d'une campagne de promotion de la santé (30, 31, 47). Il n'apparaît pas non plus de critères de choix du support médiatique en fonction du message à faire passer. Ce type de réflexion n'a été que partiellement développé en pédagogie sans pour autant expérimenter les effets spécifiques de tel ou tel support.

2.5. L'évaluation des médias

Les avis sont très partagés sur l'efficacité des médias. Certains pensent qu'il suffit de faire connaître une chose, d'autres estiment qu'il faut une approche spécifique et personnalisée.

De plus les recherches sur les masse-médias ont souvent surestimé leurs effets ou parfois se sont abstenues de les étudier quand les résultats risquaient de remettre en cause la légitimité des actions entreprises de propagande (3). Les masse-médias utilisées seules sont inefficaces à atteindre le but recherché, mais renforcent substantiellement les effets de sollicitations de type personnelles.

Il faut ajouter que la plupart des actions tentées jusqu'à nos jours ont été construites sur le principe mécaniciste que l'amélioration du niveau des connaissances entraîne des changements d'attitudes qui progressivement doivent déboucher sur les modifications de comportements, mais les résultats des rares évaluations entreprises font apparaître une discordance entre l'évolution rapide des connaissances et la relative stabilité des comportements. C'est surtout le manque d'acceptation sociale d'une situation à risque et des moyens de la prévenir et non pas le manque de savoir ou de motivation qui sont les causes prioritaires d'une absence de résultats d'un programme d'éducation à la santé (8, 11 16, 40).

A Baltimore, les médias (en particulier la radio locale écoutée par les couches sociales à bas revenus) ont été utilisées entre 1956 et 1965 dans le but de stimuler les femmes enceintes à assister aux consultations prénatales. L'influence des médias n'apparaît pas clairement, sauf dans les jours suivants une action médiatique intensive; mais on constate par contre une influence de plus en plus forte des

proches au détriment de celle des professionnels de la santé. L'auteur n'avait pas conclu à un effet multiplicateur, mais il est vraisemblable que ce soit le mécanisme qui ait permis l'augmentation de l'utilisation des consultations prénatales (18).

Une expérience menée en Californie entre 72 et 74 avait pour but d'observer les changements de connaissances, d'attitudes et de comportements auto-dommageables concernant les problèmes cardiovasculaires et facteurs de risques associés. Les auteurs ont comparé l'effet de deux formes d'interventions: une campagne massive via les médias d'un côté et de l'autre en plus une formation intensive aux participants à haut risque. Une troisième ville sans aucune intervention servait de référence. Dans les deux villes d'intervention des améliorations au niveau des connaissances (risques pour les maladies cardiovasculaires), du comportement (consommation d'oeufs). Ces améliorations étaient plus marquées dans la ville avec la double intervention. Les auteurs considèrent dans leurs conclusions que l'impact synergique a encore une meilleure efficacité, cependant ils ajoutent qu'une utilisation optimisée des médias seules devrait pouvoir fournir des résultats comparables; le tout étant de découvrir dans quelles conditions (15, 28).

Une étude évaluant l'efficacité globale d'une série de 6 émissions de télévision, présentées le samedi soir entre 19⁰⁰ et 19³⁰. Ces émissions concernaient le tabagisme et stimulaient à cesser de fumer. Les résultats ont montré une réduction du nombre des fumeurs 3 mois après la dernière émission et qui persistait 6 mois après. Un deuxième aspect de l'étude voulait dégager les perceptions subjectives des spectateurs concernant l'utilité de telles émissions; malheureusement les mesures étaient trop imprécises pour arriver à tirer des conclusions. Il apparaît cependant clairement que l'utilisation des médias dans le

cadre de l'éducation communautaire est intéressante, mais que des efforts de recherche doivent être poursuivis dans l'optimalisation de leur utilisation (5).

Dans le cadre du projet de la Karélie du Nord l'évaluation a porté sur l'ensemble du projet par une mesure de la variation de la moyenne des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires (taux de cholestérol, consommation de cigarettes, tension artérielle diastolique et systolique, score global de risque). Il n'est donc pas possible de mesurer les contributions des différents programmes, sous-programmes et canaux d'actions et d'information (30).

Une évaluation a pu être menée en Finlande suite à un programme national de promotion de la santé utilisant la télévision. 20.7% des hommes avaient suivi au moins 2 émissions et 27.1% des femmes. Les auteurs ont mis en évidence une réduction du nombre de fumeurs pendant au moins 6 mois d'environ 0.5% ce qui représente 5000 Finnois et que 1 à 2% des habitants (60000 personnes) avaient perdu du poids. (43)

Une comparaison a été faite avec la région de la Karélie du Nord qui a montré que la participation aux émissions avait été plus élevée (32.6% pour les hommes et 43.4% pour les femmes) de même que les facteurs de risque avaient plus diminué (consommation de matières grasses et de sel de façon significative). Ce qui confirme le fait que l'efficacité d'une campagne télévisée aura un meilleur impact dans un terrain préparé à entendre les messages diffusés.

Cependant l'augmentation des connaissances et des comportements positifs a pu être mesurée longtemps avant une diminution de niveaux de facteurs de risque et de la mortalité.

Un programme de prévention primaire et de promotion de la santé est progressivement mis en place au Tessin depuis le début 84. Un des volets vise à la diminution des facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires et utilise principalement les médias (journaux, radio et télévision). Une évaluation des résultats (en terme de diminution du nombre de personnes avec des facteurs de risque) de ce programme est planifiée dans le cadre du projet multicentrique MONICA. Ce projet mesure d'une part l'incidence des infarctus du myocarde et d'autre part, la prévalence des facteurs de risque par trois enquêtes de population sur une période de 10 ans. Actuellement seule la première enquête a été réalisée et ne montre pas de différence entre la population du Tessin et celle de Vaud et Fribourg (12,21).

Malgré l'effort d'un projet comme celui de la Karélie du Nord, les effets à long terme d'une campagne de prévention et le rôle joué par le chercheur sur les sujets observés sont difficiles à mettre en évidence. Il est donc difficile de pouvoir généraliser les résultats de ces recherches à d'autres populations et à d'autres thèmes (1). Enfin le rôle des différents processus mis en place et leurs effets respectifs sont quasiment impossibles à décrire, les interactions étant probablement très fortes (38, 42).

3. L'exposition "PROTEGER LA MAIN AU TRAVAIL"

3.1. Présentation

Cette exposition a été produite par la Fondation Claude Verdan et présentée au CHUV du 15 novembre au 24 décembre 1985*.

Les objectifs sont les suivants:

- encourager la prévention dans le monde du travail
- convaincre de l'utilité de la prévention
- situer la main dans le contexte de la prévention

* A également été présentée:

- CHUV, Lausanne	12.11-23.12.85
- Rhône-Poulenc, Usine de St-Fons, Lyon	07.03-05.04.86
- Hôpital Edouard Hériot, Lyon	07.04-15.04.86
- Salle du Faubourg, Genève	15.05-30.05.86
- Centre d'ens. prof., Vevey	01.09-13.09.86
- EPSIC, Lausanne	15.09-30.09.86
- Centre commercial, Renens	02.02-14.02.87

- montrer l'importance de la main comme "outil de travail"
- sensibiliser à la notion de risque d'accident et de maladie
- présenter l'importance quantitative et qualitative des maladies et accidents de la main

Le choix du public était un des éléments essentiels pour permettre de définir les messages à transmettre dans leur contenu ainsi que dans leur forme. Dans la mesure où cette exposition ne s'inscrivait pas à priori dans une stratégie spécifique de prévention des accidents de la main d'un secteur professionnel donné, il a été décidé de s'adresser à un très large public (incluant les travailleurs de tous les secteurs professionnels, les apprentis, les professionnels de la santé).

Le contenu se limitait alors à sensibiliser au problème des accidents et maladies professionnels des mains. Il s'agissait de favoriser non seulement les modifications de comportement des travailleurs mais également d'inciter les dirigeants industriels à considérer le problème de leur côté (ceux-ci ayant un rôle prépondérant à jouer dans les actions préventives, en particulier installation de protections sur les machines et modification de la structure de production); enfin de faire prendre conscience aux professionnels de la santé qu'un certain nombre de pathologies étaient corrélées à l'activité professionnelle.

Dans cette perspective, il était aussi important de créer un support facilement transportable et utilisable dans n'importe quel environnement. En effet pour améliorer l'impact d'une information, surtout si elle est peu connue, il faut la transporter à la rencontre de ceux à qui elle s'adresse.

Afin d'augmenter les chances d'assimilation de ces messages, ils ont été limités à un minimum qui nous semblait être l'essentiel pour une compréhension. Cet exercice de simplification, incluant d'une part une restriction des thèmes abordés et d'autre part des images presque caricaturales de ceux-ci a nécessité de longues discussions quant au choix de ce qui devait rester ou non. Au risque de ne pas tout donner du point de vue du scientifique, garantissant ainsi que ce qui est transmis ait bien passé.

Résumé du contenu de l'exposition:

- "La Main de Cristal" film vidéo de l'INRS (réalisation, Dick Carel): A travers le personnage central du film –un mime– le spectateur prend conscience de l'importance de la main, aussi bien dans le travail que dans la vie privée. Le film se propose de valoriser le rôle de la main et d'en souligner la fragilité. Ce film ne comporte ni dialogue ni commentaire –la bande sonore y joue cependant un rôle primordial.

- 14 panneaux montrant:
 - . quelques aspects de l'histoire de la prévention dans le monde du travail

 - . des notions d'épidémiologie des maladies et accidents professionnels

 - . les différents types de prévention à disposition

- . une "histoire édifiante" (le développement d'une action préventive suite à l'introduction d'une nouvelle technologie – la naissance et le développement de l'industrie du plastique)

- Un diaporama sur le risque dans différentes activités, les lésions qu'il peut provoquer et les moyens de prévention à mettre en oeuvre

- Quelques vitrines présentant des éléments historiques, des pathologies de la main et des moyens de protection individuels antiques (gants de chevalier, dés à coudre) et plus récents (gants dans l'industrie chimique, métallurgique, ...)

3.2 Détail des panneaux

1. La main (introduction)
2. Aperçu historique de la législation
3. La prévention au travers de ses institutions (situation octobre 85)
4. Définition de la médecine du travail (OMS/OIT, 1954) et état de la recherche en Suisse
5. Définitions légales
6. Population couverte par la CNA et pour laquelle des données statistiques sont disponibles
7. Répartition par secteur professionnel
8. Proportion des accidents de la main par secteur professionnel
9. Coût économique des accidents de la main (professionnels et non-professionnels)
10. Maladies professionnelles
11. Importance de l'anamnèse professionnelle (problème simple)

12. Importance de l'anamnèse professionnelle (problème compliqué)
13. Actions de prévention
14. Exemple d'une action

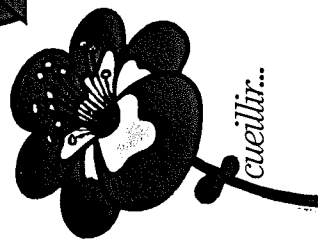
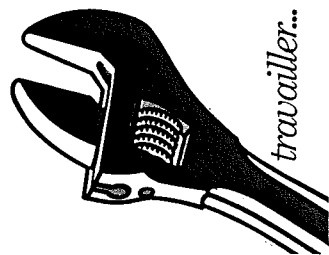
Les panneaux ont une dimension de 160 sur 120 cm.

Ils ont été réalisés par procédé photographique et montés sur un support polylesther rigidifiant

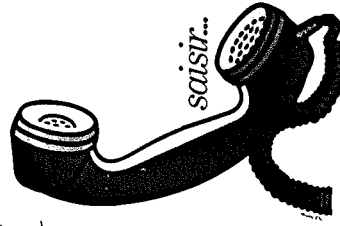
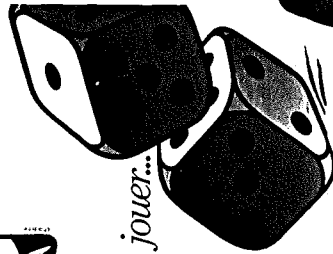
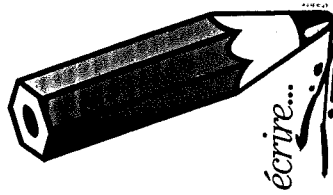
PROTEGER LA MAIN AU TRAVAIL



La main



un merveilleux mécanisme



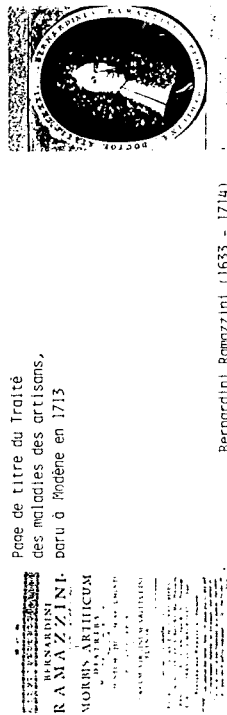
40 muscles, 30 articulations, 27 os,
important réseau vasculaire,
multiples éléments nerveux.

2 fonctions principales: le toucher, la préhension.

Aperçu historique de la législation

1713

Le médecin italien Bernardino Ramazzini, dans son "Traité des maladies des artisans", développe la notion de maladie professionnelle.



Bernardini Ramazzini (1633 - 1714)

1815

A Zurich et en Thurgovie, prescriptions protégeant la jeunesse dans les fabriques.



Enfants de fabrique, vers 1842

1864

Premier service d'inspection des fabriques, à Glaris

Fridolin Schuler (1832 - 1903), premier inspecteur cantonal des fabriques à Glaris en 1867, et un des premiers inspecteurs fédéraux des fabriques des 1878



1874

La révision de la Constitution fédérale donne à la Confédération la compétence d'édicter des prescriptions uniformes sur la protection des ouvriers occupés dans les fabriques.

La Confédération a le droit de statuer des prescriptions uniformes sur le travail des enfants dans les fabriques, sur la durée du travail qui pourra y être imposée aux adultes, ainsi que sur la protection à accorder aux ouvriers contre l'exercice des industries insalubres et dangereuses.

Article 34 de la Constitution fédérale du 29 mai 1874

1877

Première loi fédérale sur le travail dans les fabriques.

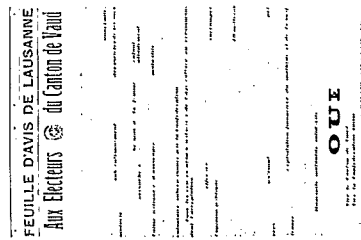
Adoptée au Conseil des Etats par 29 voix contre 12, et au Conseil national par 90 voix contre 15. Après un référendum, la loi est acceptée par le peuple (181'204 oui - 170'857 non).

1911

Adoption par les chambres fédérales de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accident (LAMA).

Cette loi conduit à la création de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (CNA). Elle impose à la CNA l'obligation de promouvoir la sécurité au travail.

En 1912, la LAMA est acceptée en votation populaire par 13 cantons et 4 demi-cantons. Les cantons romands la rejettent au nom du fédéralisme.



Affiche des partisans de la LAMA

Affiche des opposants à la LAMA

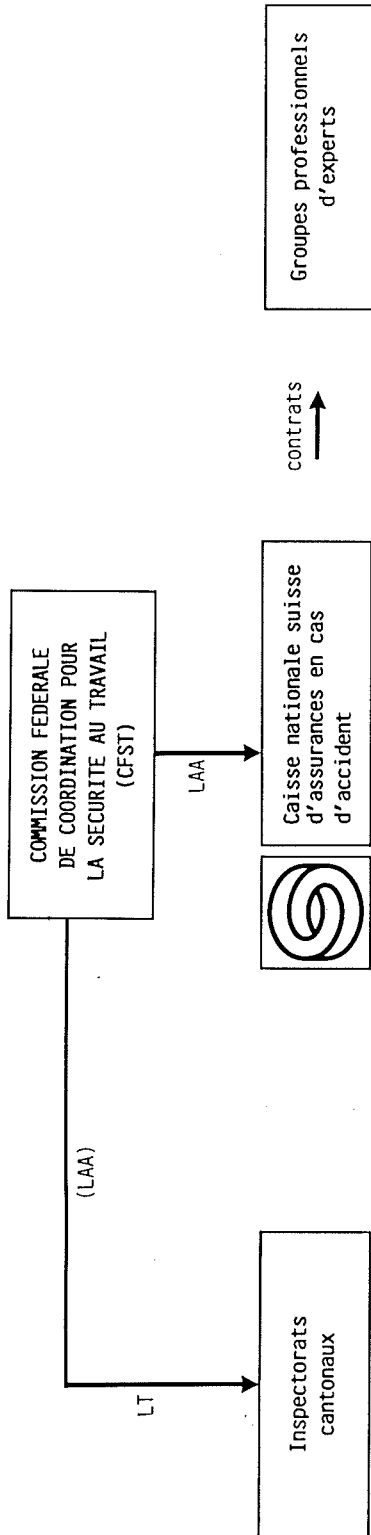
1964

Adoption de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LT), qui entre en vigueur en 1966.














1981


Adoption de la loi sur l'assurance-accident.

La prévention au travers de ses institutions



Par exemple :

- FRIBOURG 
-  (inspecteurs)
- GENEVE 
- 
- JURA 
- 
- NEUCHÂTEL 
-  + 
- VALAIS 
- 
- VAUD 
- 

Centrale : Lucerne 

Une agence d'assurance par canton

Une antenne de prévention :

- à Lausanne
- à Winterthur
- à Bellinzone

Inspectorat des chaudières de l'Association suisse de contrôle des installations sous pression

Inspection fédérale des installations à courant fort de l'Association suisse des électriciens

Inspectorat de l'Association suisse pour la technique de soudage

Inspectorat technique des usines à gaz suisses de la Société suisse de l'industrie du gaz et des eaux

Office pour la sécurité du travail dans l'économie forestière de l'Association suisse d'économie forestière

Fondation Service consultatif de prévention des accidents dans l'agriculture

Bureau de la sécurité au travail de la Société suisse des entrepreneurs

Définition de la Médecine du Travail (1954)



ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

La médecine du travail a pour but de promouvoir et de maintenir le plus haut degré de bien être physique, mental, social des travailleurs de TOUTES les professions, de prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail, de les protéger d'agents préjudiciables à leur santé de placer et de maintenir les travailleurs dans un emploi convenant à leurs aptitudes physiologiques et psychologiques, en somme d'adapter le travail à l'homme et que l'homme à sa tâche.

Recherche



Unité de médecine du travail, Institut de médecine sociale et préventive, Genève

Centre d'étude des problèmes d'écologie au travail, Genève

- écrans cathodiques : surveillance des opérateurs
- évaluation du travail de nuit
- ergonomie, physiologie du travail



Institut universitaire de médecine du travail et d'hygiène industrielle, Lausanne

- effets des solvants
- développement de méthodes de surveillance des personnes exposées
- développement de méthodes de détection des métaux lourds



Département de physiologie du travail, ETH, Zurich

- ergonomie, physiologie du travail
- pollution d'air
- pollution interne (en particulier fumée passive)



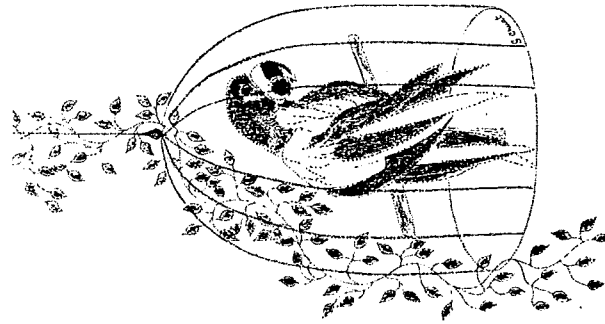
Service neuchâtelois de médecine du travail et d'hygiène industrielle, Neuchâtel

- effets des solvants
- développement de méthodes de surveillance des personnes exposées
- développement de méthodes de détection des métaux lourds

Définitions légales :

Art. 7 Accidents professionnels (L.A.A. 1981)

- 1 Sont réputés accidents professionnels les accidents dont est victime l'assuré dans les cas suivants :
- Lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt;
 - Au cours d'une interruption de travail, de même qu'avant ou après le travail, lorsqu'il se trouve, à bon droit, au lieu de travail ou dans la zone de danger liée à son activité professionnelle.
- 2 Les accidents qui se produisent sur le trajet que l'assuré doit emprunter pour se rendre au travail ou pour en revenir sont aussi réputés accidents professionnels pour les travailleurs occupés à temps partiel dont la durée de travail n'atteint pas un minimum qui sera fixé par le Conseil fédéral.
- 3 Le Conseil fédéral peut prévoir une autre définition de l'accident professionnel pour les secteurs économiques, notamment l'agriculture et le petit artisanat, qui présentent des formes particulières d'exploitation.



Accident

Accident professionnel

(ordonnance de la L.A.A.)

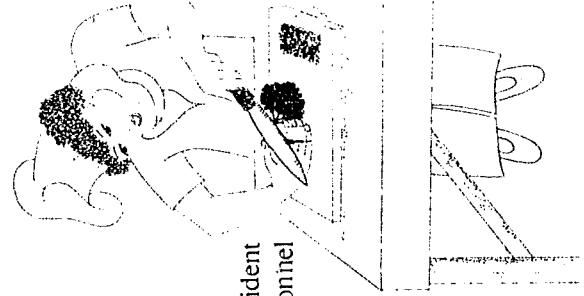
Art. 9 Autres lésions corporelles

- 1 Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire.

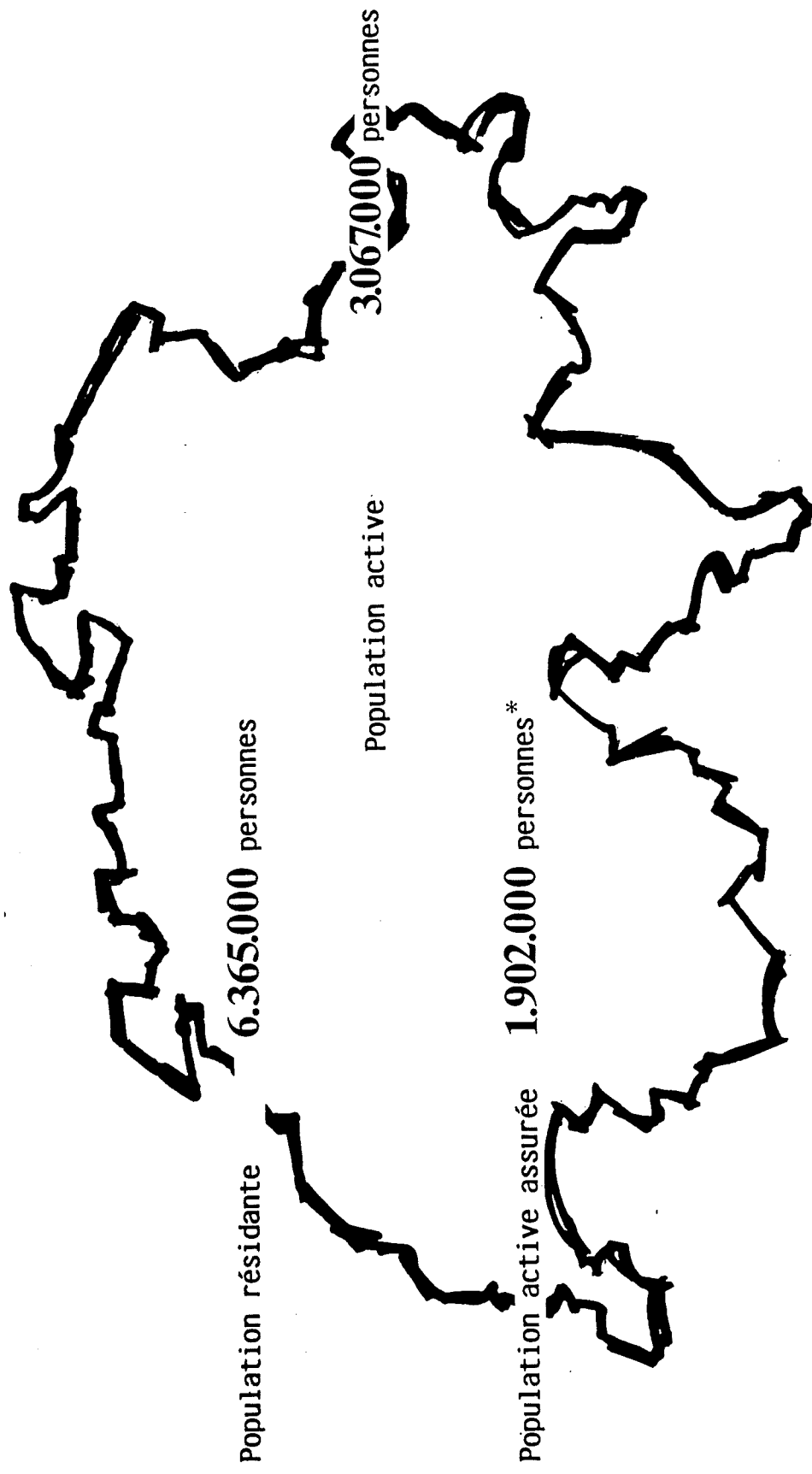
Art. 9 Maladies professionnelles (L.A.A. 1981)

- 1 Sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent.
- 2 Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.
- 3 Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler.

Maladie professionnelle



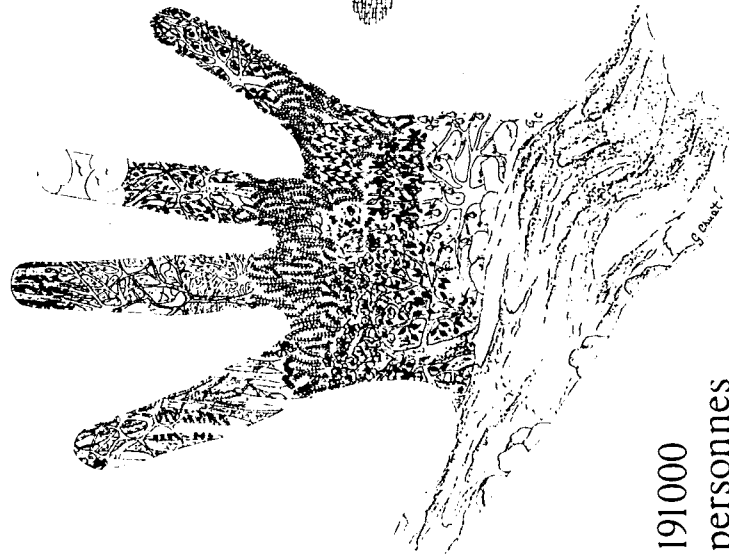
62% de la population active sont couverts par la CNA



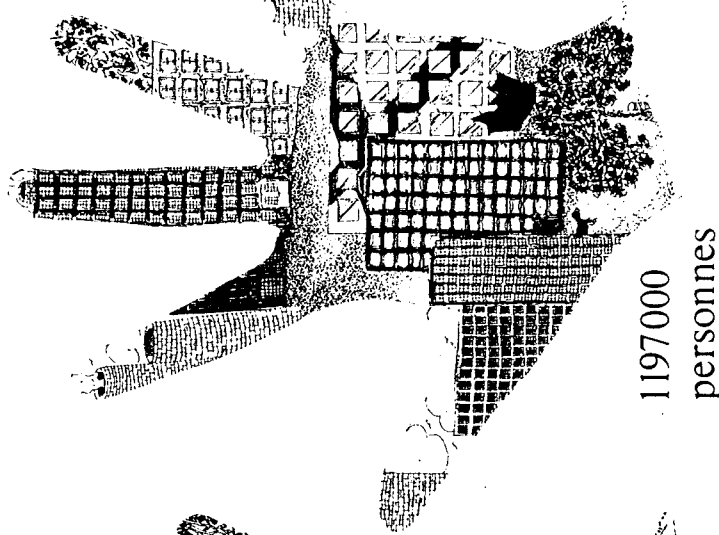
* (les statistiques qui suivent ne portent que sur cette population)

QUI SONT-ILS ?

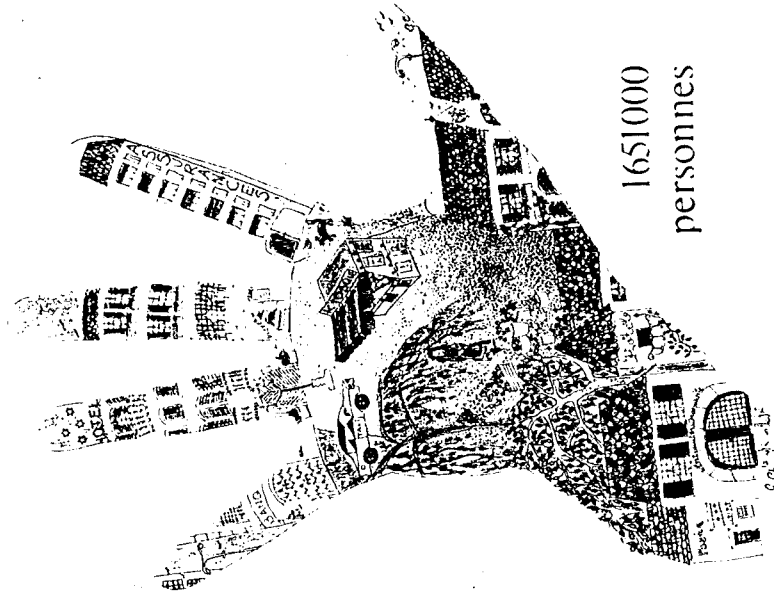
Secteur primaire



Secteur secondaire



Secteur tertiaire



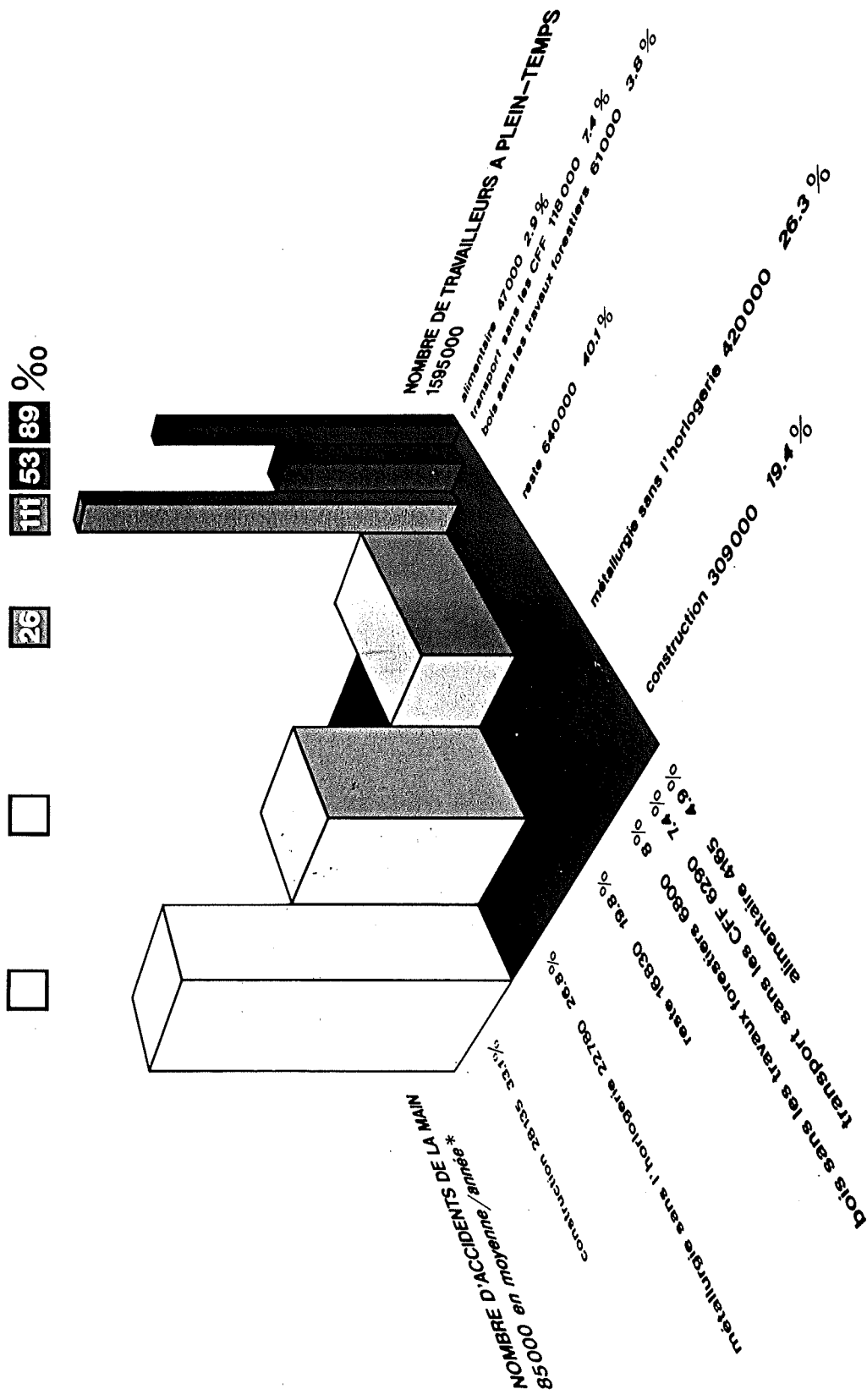
*couverture
pratiquement
complete par la CNA*

pas de couverture CNA

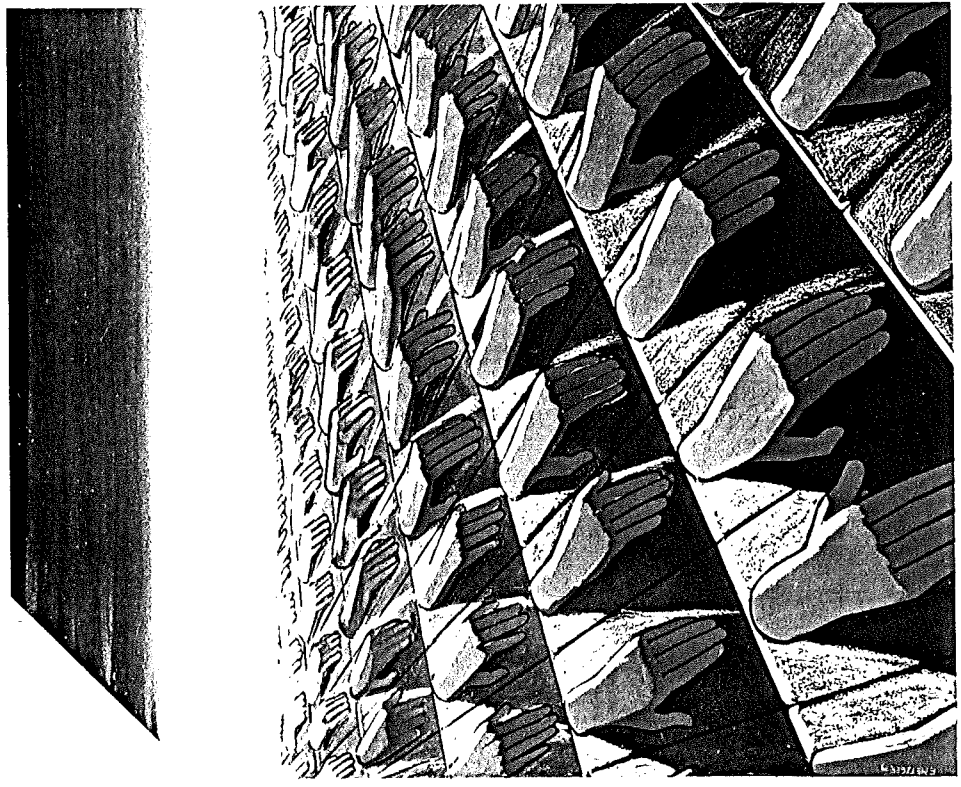
-50% couverts par la CNA

UN ACCIDENT DE LA MAIN TOUTES LES 6 MINUTES

NOMBRE D'OUVRIERS SUR 1000 AYANT EU UNE LESION DE LA MAIN PENDANT 1 ANNEE par secteur professionnel



* ce qui représente 36% des accidents professionnels



Coût économique annuel des accidents et maladies professionnels de la main non professionnels de la main	345.000.000.-Fr. s. *
coût direct	900.000.000.-Fr. s. *
● frais de traitement	
● indemnités	
● rentes	
coût indirect	1.245.000.000.-Fr. s. *
● coûts de perte de production	
coût total	1.245.000.000.-Fr. s. *

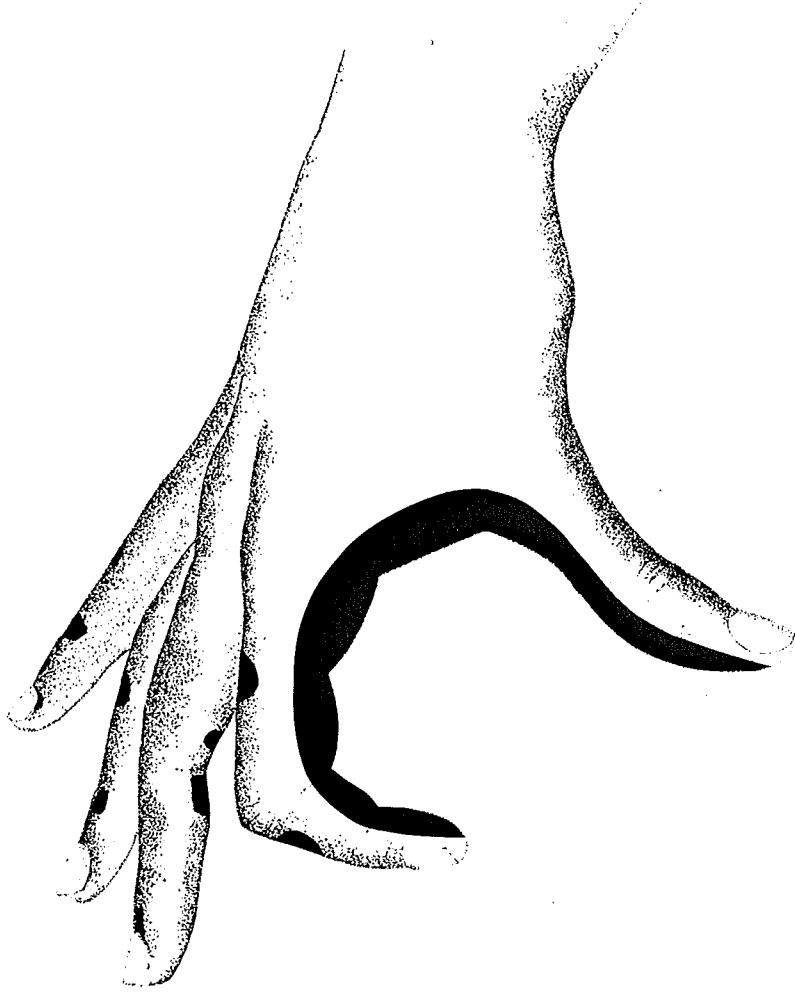
accidentées par millions!

* Estimation à partir des données de la CNA en 1982
Ces chiffres concernent 62% de la population active

Maladies professionnelles

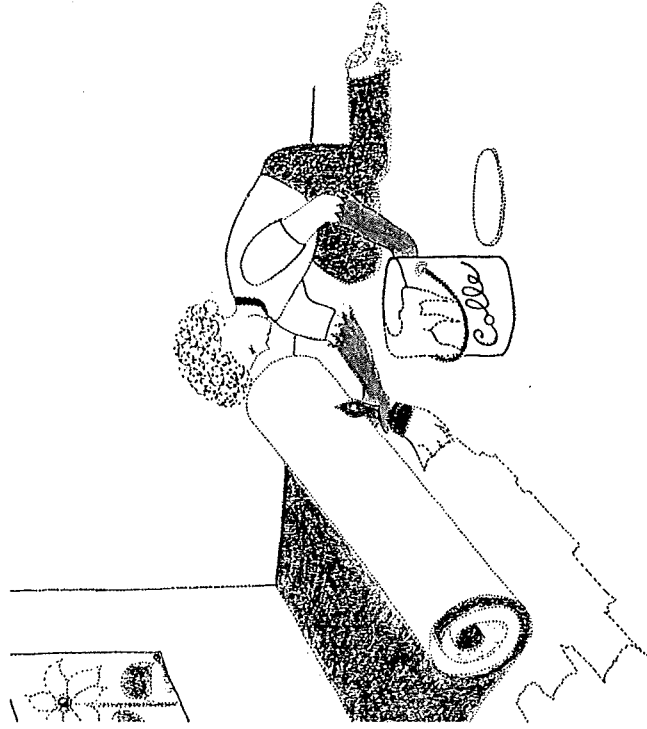
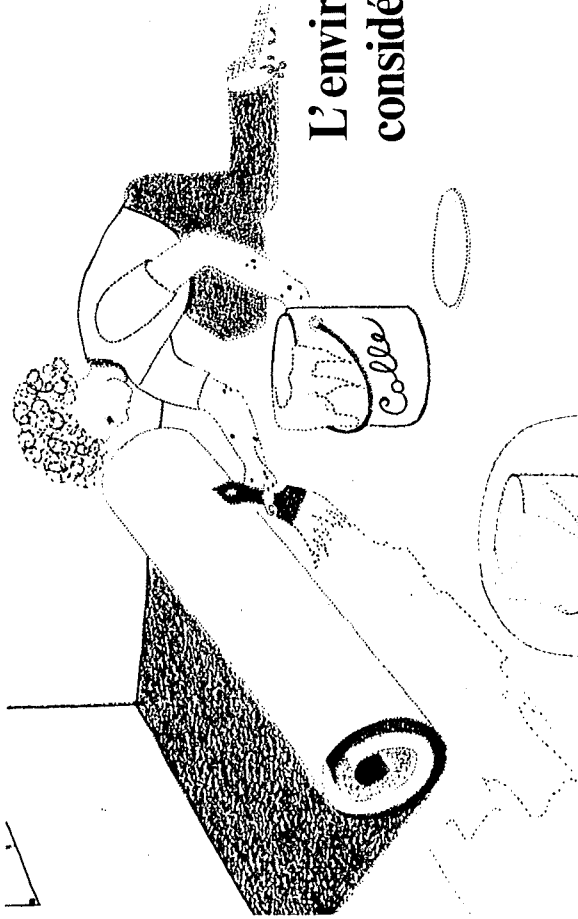
Les statistiques de la CNA classent les maladies professionnelles par pathologie ou par substance nocive. Un classement par partie anatomique est donc impossible.

Environ 3'500 nouveaux cas de maladie professionnelle sont déclarés chaque année. Mais toutes les maladies professionnelles ne sont probablement pas reconnues comme telles.

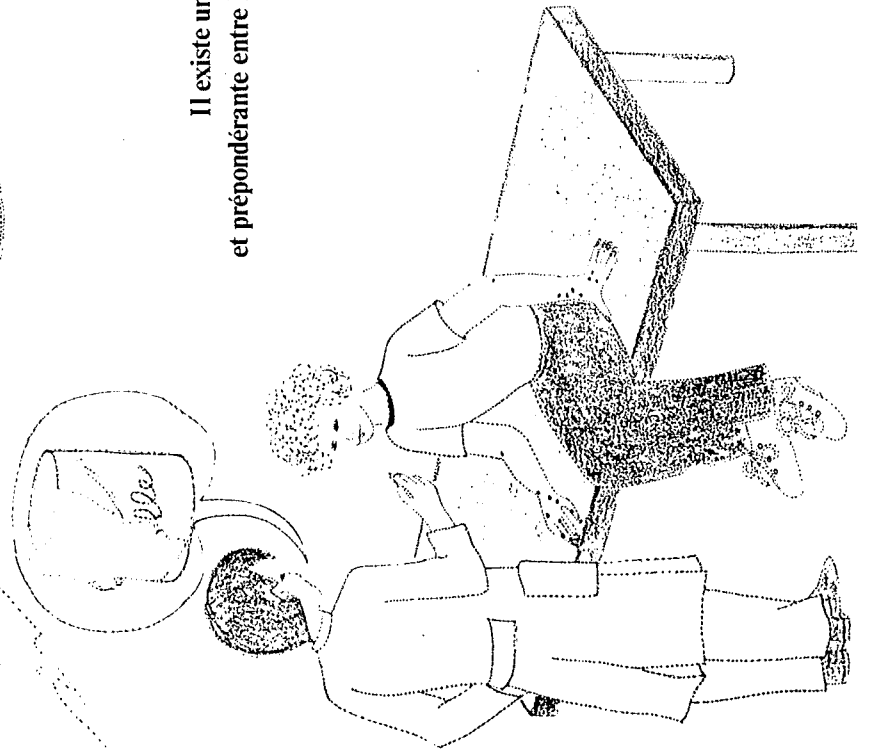


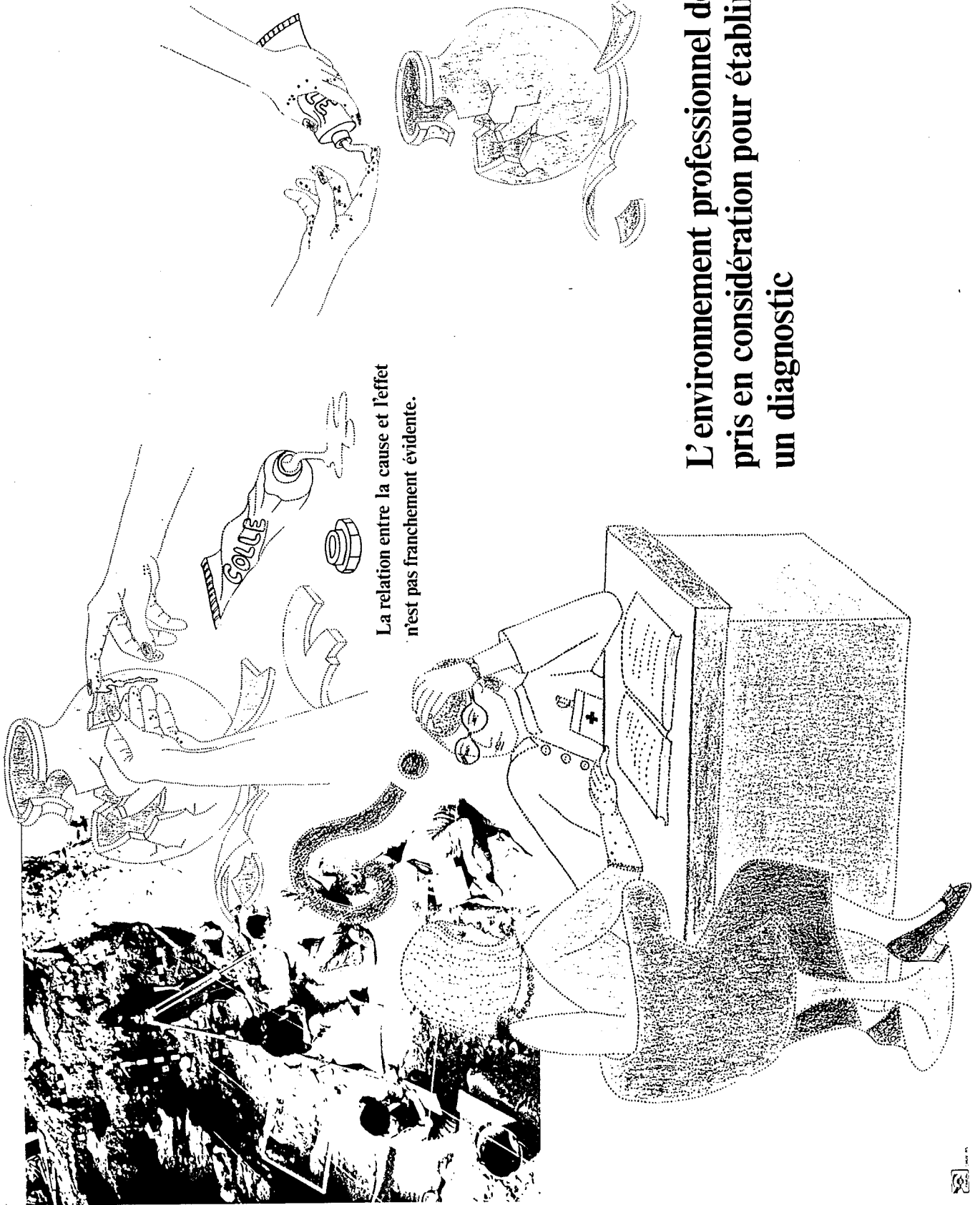
**Peu de ● renseignements
concernant spécifiquement la main**

L'environnement professionnel doit être pris en considération pour établir un diagnostic



Il existe une relation directe et prépondérante entre la cause et l'effet.





La relation entre la cause et l'effet n'est pas franchement évidente.

L'environnement professionnel doit être pris en considération pour établir un diagnostic

Actions de prévention

Réduction du danger :
Installation de protections
sur les machines-outils qui
éloignent l'ouvrier de la
zone dangereuse.



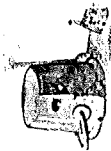
Protections individuelles :
Port de gants adaptés aux diverses
activités professionnelles.

Suppression du danger :
Modification de la conception et
de la chaîne de production et la
robotisation ont largement
aidé à la diminution des
accidents physiques.)
(l'automatisation et la
robotisation ont largement
modifié la chaîne de production et la
robotisation ont largement
aidé à la diminution des
accidents physiques.)

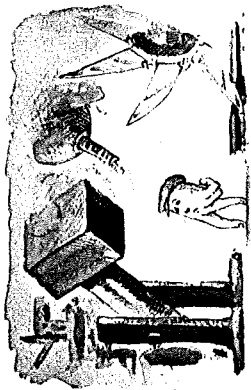
Une histoire édifiante.



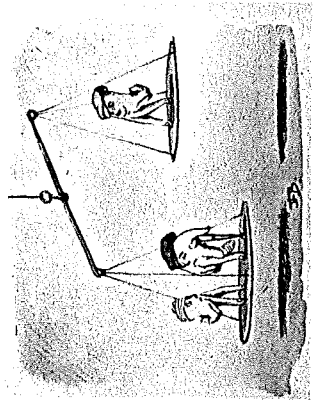
1. Un jour naît l'industrie du plastique.



2. Sa croissance est rapide.



3. Mais le développement des nouvelles techniques de fabrication entraîne une augmentation du risque d'être victime d'un accident.

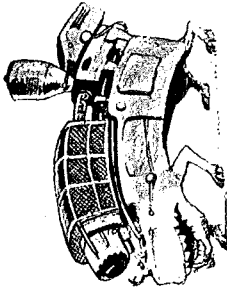


4. La C.N.A. constate que les frais liés aux accidents de travail augmentent les primes assurées.

5. Qui est responsable de ces accidents ?



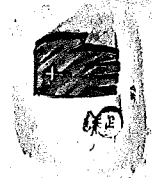
6. Quelles machines faut-il accuser ?



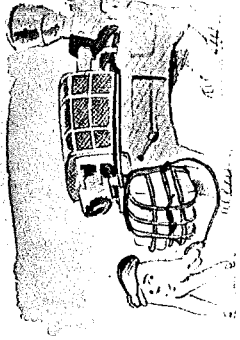
6. Une enquête met en évidence que le risque encouru par un travailleur sur une machine de moulage à injection est 10 fois plus élevé que sur toute autre machine de ces industries.



7. Les accidents provoqués par le moulage à injection touchent presque exclusivement les mains et les avant bras.



8. De plus, pour 100.- francs dépensés pour les frais d'accidents dans cette catégorie d'industries, 33.- francs le sont à cause de cette machine.



9. Les moyens de prévention sont mis au point. Ils diminuent le risque en limitant aux mains l'accès des zones dangereuses.



10. La C.N.A. envoie le résultat de son enquête à toutes les entreprises concernées, décrit les moyens de prévention à disposition, et...

précise que les primes d'assurance seront plus élevées pour les firmes qui n'installent pas ces moyens de prévention.



12... les industries munissent leurs machines de protections.



11. Les primes d'assurance baissent finalement beaucoup plus cher que la prévention...



13. Depuis le nombre d'accidents a considérablement diminué et l'industrie du plastique ne s'en porte que mieux.

3.3 Détail du diaporama

Les 52 diapositives présentées sont réparties en 3 catégories (risques, lésions, préventions).

Les visiteurs ont la possibilité de sélectionner les diapositives qu'ils désirent visionner (une liste étant affichée à côté de la commande de sélection.

R R I S Q U E S

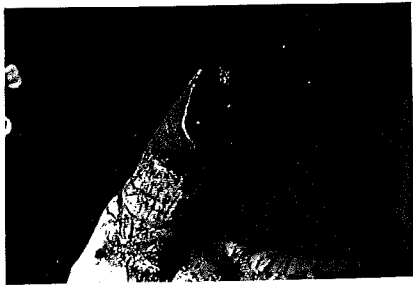
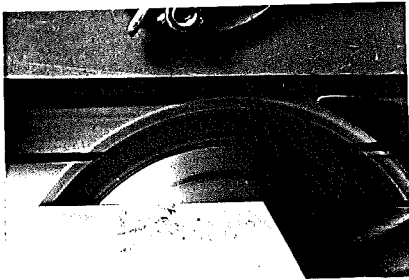
L L E S I O N S

P R E V E N T I O N S

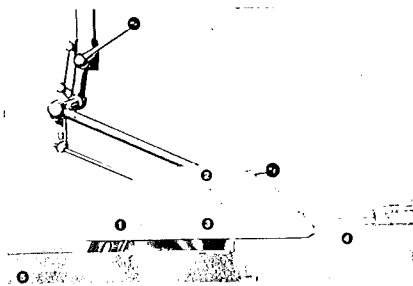
P PI = protection individuelle
 RD = réduction du danger
 SD = suppression du danger

**R**

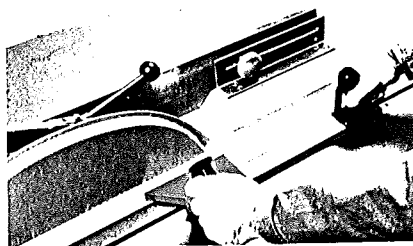
scie circulaire sans protection

**L**

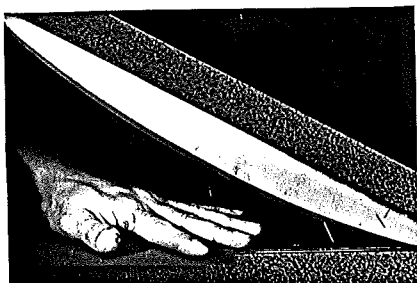
amputation du pouce

**P**

scie circulaire protégée (RD)



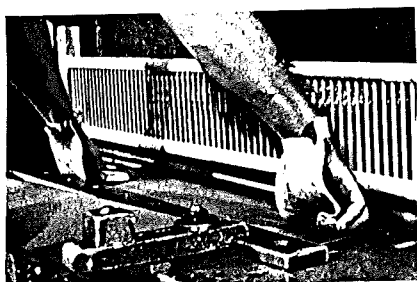
poussoirs empêchant l'accès de la main aux zones dangereuses (PI)

R

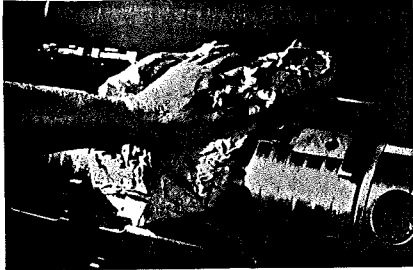
lame dangereuse

L

amputation multiple

P

grille interdisant l'accès des
mains aux espaces dangereux (RD)

R

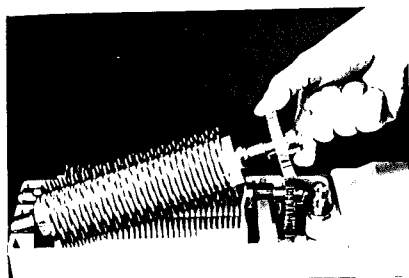
mauvaise tenue du chiffon lors
du nettoyage d'une rotative

L

main broyée

P

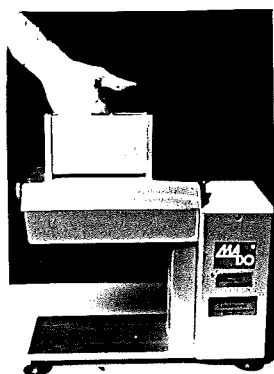
bonne tenue du chiffon lors
du nettoyage d'une rotative

R

couteaux d'un attendrisseur de viande

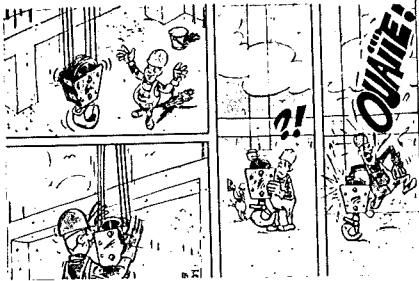
L

pouce et index broyés

P

accès aux couteaux rendu impossible
et arrêt automatique dès le retrait
de la protection (RD)

R



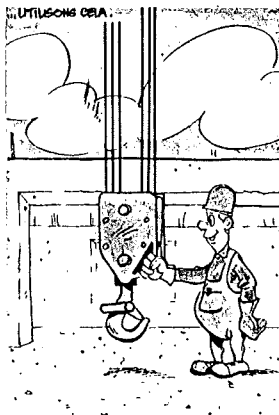
pincement par poulie

L

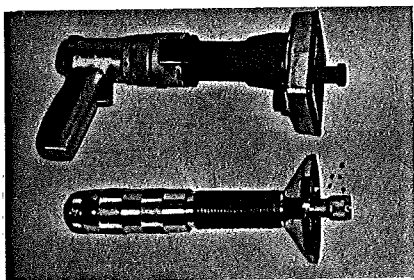


écrasement

P



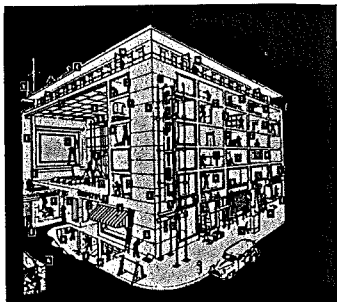
poulie avec poignée PI + (RD ?)



R

pistolets de scellement

et _____

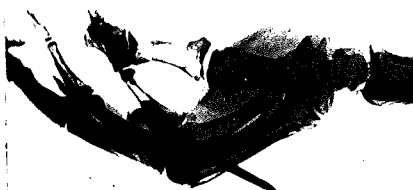


leurs emplois



L

paume perforée



radiographie d'une main perforée



P

usage de serre-joints assurant la
stabilité du point d'appui PI (+RD)

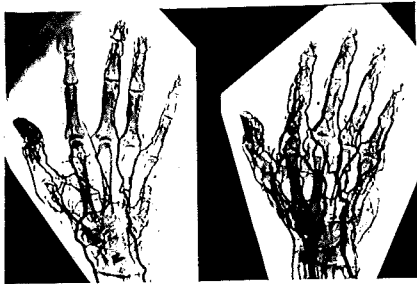
R



marteaux-piqueurs

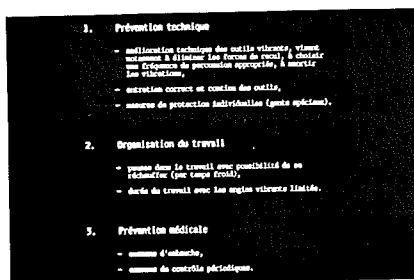
L

maladie de Raynaud (artériographie de gauche)



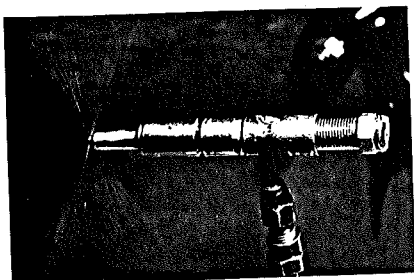
par comparaison : artériographie normale à droite)

P



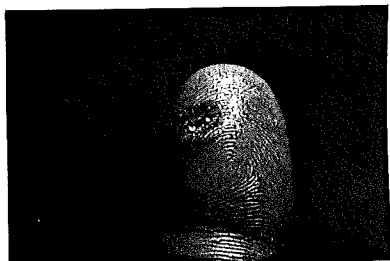
prescriptions en matière de prévention (CNA)

R



injecteur à mazout d'un
moteur de camion

L



perforation d'aspect banal
(lésion précoce)

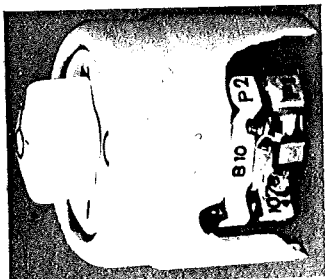


sans traitement, cette lésion
évolue en nécrose nécessitant
l'amputation

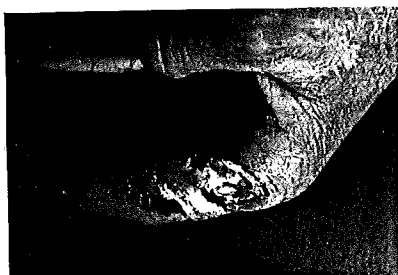
P



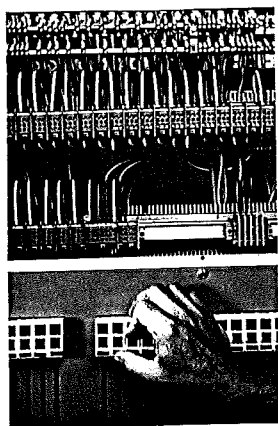
se garder de mettre le doigt sur
l'injecteur pour tester sa
pression (PI)

R

installation électrique défectueuse

L

brûlure électrique

P

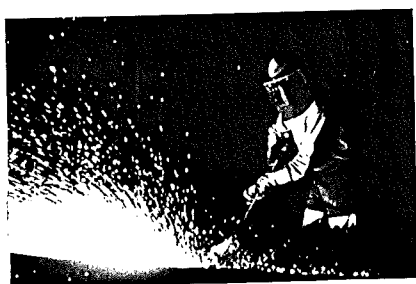
installation électrique bien
entretenu RD

R

matière incandescente dans
une fonderie

L

brûlure aux 2^e et 3^e degrés

P

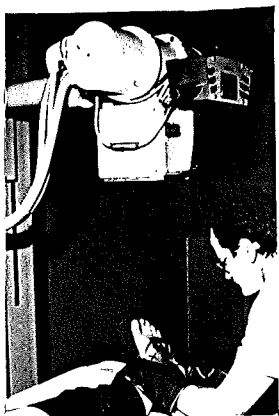
port de gants, masque et tablier
protecteurs PI

R

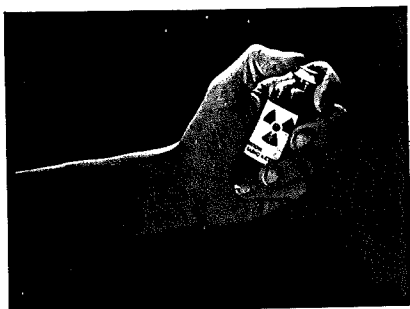
expositions répétées des
professionnels aux rayons X

L

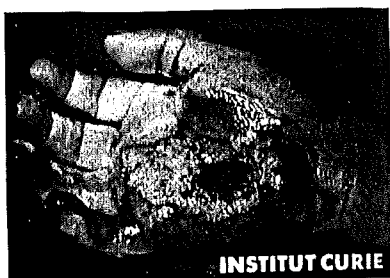
brûlure au 2^e degré, 4 jours après
une irradiation accidentelle par
un faisceau de rayons X (50 KW)

P

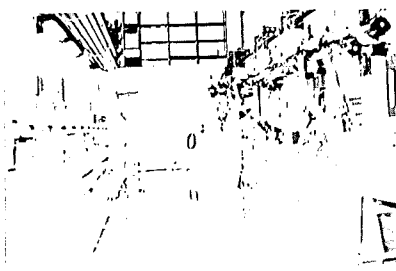
port de gants et tablier plombés (PI)

R

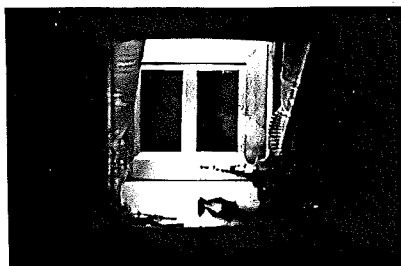
manipulation de produit radioactif

L

brûlure au 3^e degré avec nécrose,
30 jours après irradiation
accidentelle par une source de
192 irridium

P

manipulation par bras articulés
dans un local blindé



R

manipulation d'acide

L

brûlure à l'acide

spécificité d'une lésion à l'acide
fluoridrique, qui n'apparaît que
quelques heures après la
manipulation**P**port de gants, usage de pipette en
bon état, plan de travail stable
PI (RD)

R

lavage des mains avec de
l'huile d'usinage

L

eczéma de contact chronique

P

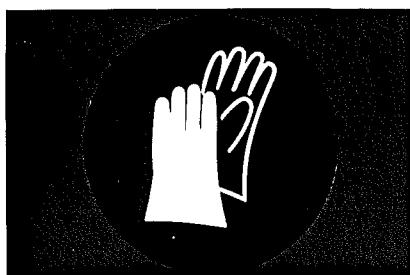
lavage des mains au savon et à
l'eau; des lavabos doivent être
à disposition à proximité du
plan de travail PI (+ RD)

R

travail au contact du ciment

L

eczéma de contact au ciment

P

port de gants PI

4. Evaluation de l'exposition

Quel impact peut jouer une telle exposition ? Y a-t'il des critères et des normes qui puissent définir la réussite ou l'échec ? Ces questions ont-elles influencé la conception et la réalisation ? Un instrument a-t'il été mis en place pour mesurer les influences de cette exposition ?

Avant de répondre à ces questions il s'agit de définir les différentes possibilités qui s'offrent d'un point de vue théorique, pour évaluer l'impact de cette exposition.

4.1 Les différentes possibilités d'évaluation

Pour évaluer, on peut mesurer les effets d'un programme, son processus ou/et sa structure. Ces trois dimensions cernent les trois composantes d'un programme, que sont les objectifs, les activités ou services et les ressources. Ce concept a été développé pour répondre aux questions suivantes: Qui sont les bénéficiaires visés par le programme ? Qui sont les fournisseurs de service ? Sur quel élément du programme l'évaluation doit elle porter ? On peut ainsi créer un espace à trois dimensions qui met en relation ces trois axes et définit un nombre d'intersections (théoriquement 27) qui permettront de déterminer le plus précisément possible le type d'évaluation à mettre en place. Une évaluation veut porter un jugement sur les différentes composantes du programme et est basé sur des critères et des normes qui serviront de référence.

On peut également envisager l'évaluation par rapport à la planification et à la programmation qui sont alors fonction des différentes étapes de celle-ci. Il y a d'abord une **évaluation politique et stratégique ou évaluation de la pertinence** qui permet de vérifier si le programme répond vraiment à une priorité et aux besoins exprimés par la collectivité; ensuite une **évaluation tactique ou interne** qui vérifie que les objectifs spécifiques ont été atteints, que les actions mises en place sont appropriées, et que les ressources mobilisées sont adéquates; enfin une **évaluation opérationnelle ou administrative** qui vérifie que la mise en oeuvre du programme s'est déroulée comme prévu (1, 7, 13, 14, 19, 25, 42).

4.2 Quel résultat ? Est-il fiable ?

Aucun outil spécifique d'évaluation interne n'a été mis en place dans le cadre de cette action. Il est donc à priori impossible de mesurer les effets de cette exposition. On ne peut pas savoir si elle a induit une modification du risque d'accidents de la main (qui serait le but ultime), ni même si les perceptions de prévention se sont modifiées chez les personnes concernées (c'est à dire les travailleurs et les dirigeants d'entreprises où le risque d'accidents de la main n'est pas nul). Il n'est pas possible non plus de vérifier la qualité du processus, aucun critère ni aucune norme n'ayant été défini à priori. Au niveau de la structure, c'est à dire des moyens mis en oeuvre pour la réalisation et la diffusion de cette exposition, il apparaît qu'un des objectifs spécifiques a pu être vérifié.

Il s'agissait de construire une structure qui soit facilement transportable et qui puisse être mise à la disposition de tous les groupes intéressés. Dans la mesure où elle a été présentée à ce jour dans 7 circonstances et qu'elle est commandée par 2 groupes encore, on peut admettre que cet objectif est atteint.

Sans entrer dans les détails d'une évaluation de type économique, on peut essayer de déterminer si les investissements en ressources ont permis un output (du point de vue du service), c'est à dire une diffusion suffisante et raisonnable, pour amortir ces investissements.

Les critères de décision pris en compte sont parfaitement normatifs (et à la limite arbitraire). Il n'existe pas d'expériences antérieures qui permettent de se baser sur des critères objectifs. Ici, on estime que l'exposition a atteint son but d'un point de vue financier puisque elle a été exposée pendant une durée équivalente au temps nécessaire à sa réalisation. Les coûts matériels pris en charge par la

Fondation Verdan peuvent être considérés comme amortis, si, comme cela était prévu, cette exposition sera à même d'être présentée dans le cadre du "Musée de la Main de l'Homme" lorsqu'il sera créé.

D'un point de vue opérationnel, la seule remarque qui puisse être faite, touche à la planification qui a été respectée et qui a évité les "horribles" stress de dernière minute.

Les éléments de l'évaluation stratégique reposent dans ce cas, également sur des aspects normatifs. Il est cependant intéressant de comparer les critères qui ont favorisé le choix du thème de l'exposition (critères théoriques) et la façon dont ils sont ressentis ou modifiés une fois qu'elle est présentée (critères empiriques). Idéalement les éléments empiriques sont fournis par l'analyse de l'impact de l'action entreprise. Ici il n'y a pas de mesure de l'impact, si ce n'est le fait que cette exposition soit subjectivement appréciée par les visiteurs et qu'elle ait été réclamée par plusieurs organismes.

Si l'exposition a démarré sur proposition de la Fondation Claude VERDAN, dont les objectifs sont d'une part la création d'un musée et la récolte de documents pour ce futur musée et d'autre part une série d'apparitions en public pour faire connaître et rendre indispensable une institution sur la main, partie du corps sur laquelle le fondateur de la Fondation a toujours travaillé, il faut aussi dire que le fait de prendre cette main du point de vue de la prévention dans le cadre du travail se justifiait par la certitude que cette partie du corps est très soumise au risque, que le nombre d'accidents est très élevé et que les moyens de les prévenir existent. Le fait que les accidents ménagers sont aussi importants et qu'ils impliquent très souvent la main a été envisagé; cependant les moyens de le vérifier et de le montrer

ne sont pas disponibles sans entreprendre de longues recherches et les moyens de prévenir ne sont pas évident à mettre en pratique.

L'analyse descriptive des données de la CNA* a confirmé que le nombre d'accidents de la main est énorme; il représente en effet un tiers de l'ensemble des accidents et près de la moitié des accidents nécessitant plus de trois jours d'arrêt de travail. De même le coût de l'ensemble des accidents professionnels et non professionnels représente de l'ordre de 25% de l'ensemble des accidents. Ceci confirme l'intérêt de développer une action préventive dans ce domaine et justifie le développement d'une exposition de sensibilisation à ce problème.

En conclusion, on peut supposer que cet étude a partiellement atteint son but, puisqu'elle a été vue par un nombreux public, dans deux institutions hospitalières, sous le couvert de syndicats, dans une entreprise et dans deux écoles professionnelles, et, en automne 87, sera présentée dans un service de l'état. Cependant il n'est pas possible de vérifier si elle permettra une induction de programmes visant à diminuer les risques d'accidents et par conséquent le nombre d'accidents. Même si on constatait dans le futur une réduction des atteintes professionnelles de la main, il n'y aurait aucun moyen de la rattacher avec l'action présentée dans ce travail.

* Données 1980-1983 pour les accidents de la main et rapport quinquennal 1978-1982 pour les données générales. Ces données couvrent le 62% de la population active en Suisse.

5. Conclusion

Les médias sont des outils indispensables pour la promotion de la santé. Leur utilisation n'est pas contestée dans la littérature et même au contraire vivement recommandée. Il apparaît cependant que les différents médias ne sont pas souvent utilisés en fonction du message lui-même et du public à atteindre, mais plus en fonction des opportunités d'utilisation. D'autre part les évaluations des campagnes de prévention ont en général porté sur des résultats globaux et ne se sont pas attachées à mesurer l'effet d'un seul média. Enfin les quelques évaluations plus spécifiques de médias ont souvent eu de la difficulté à mesurer le rôle exact du vecteur et de son contenu; ceci s'explique soit par une sensibilité insuffisante des instruments de mesure et/ou la non-survenue des changements prévus pendant la durée de l'étude, soit qu'il ne soit pas possible de dissocier les événements extérieurs de l'intervention elle-même.

A ce titre l'évaluation de l'impact de la diffusion tous ménages de la brochure d'information sur le SIDA, peut être pris comme un exemple où un seul média (la brochure) a été évalué et a ainsi pu montrer le rôle que cette brochure

avait joué au niveau des connaissances, représentations et attitudes vis à vis du SIDA. Les limites de l'étude sont importantes puisque seules les connaissances et les croyances ont été appréhendées; il n'a pas été possible de mesurer un changement de comportement; qui aurait nécessité un instrument différent plus sensible et cette mesure aurait dû se faire plus tardivement après l'intervention. Malgré un instrument de mesure précis, le biais lié à l'histoire n'aurait pas pu être contrôlé et les effets mesurés n'auraient pu être attribués à l'effet unique de la brochure. Cette étude met en évidence les difficultés de mesurer l'impact spécifique d'un média utilisé dans le cadre de campagnes de promotion de la santé qui ont comme cible une population entière. Il implique donc de développer des méthodes expérimentales, qui ont cependant l'inconvénient de se réaliser en dehors d'un contexte réel et ne permettent pas une inférence à un large collectif (22).

Dans le processus de planification d'une campagne, le choix du média doit être fait à partir de critères précis qui incluent l'ensemble des dimensions de la diffusion du message; c'est à dire l'émetteur, le récepteur, le contenu et l'objectif à atteindre. Cette homogénéité entre les différentes caractéristiques de la communication permettrait d'augmenter son rendement. Cette hypothèse devra être vérifiée par le développement de recherches évaluatives de campagnes de prévention basée principalement sur l'utilisation des médias. Dans ce sens un premier élément de réponse pourrait être fourni par l'évaluation de la campagne nationale de prévention contre le SIDA qui utilise les masses médias principalement dans le but d'inciter la population dont le comportement est à risque à se protéger contre la transmission du virus HIV.

Une remarque encore concernant l'évolution des modèles théoriques de ce domaine: l'apport de la théorie de l'apprentissage social a permis d'introduire les influences et interactions de l'environnement social et culturel sur les

comportements individuels. Ces influences sont vraisemblablement aussi importantes que celles des déterminants personnels (connaissances, attitudes, génétiques), tout en admettant qu'il y a interdépendance entre ces deux influences et que la dissociation entre elles ne soit pas toujours facile à mettre en évidence. Il est cependant essentiel de développer la recherche empirique permettant de consolider et confirmer le bien fondé de cette théorie dans le domaine de la santé.

En conclusion l'utilisation de l'exposition comme moyen de diffusion de l'information destinée à des groupes restreints doit être développée dans le domaine de la promotion de la santé. Elle permet de présenter une problématique de manière simple, demandant un investissement de base relativement important, mais qui est largement compensé par le fait que ce matériel devient ensuite autonome et peut être exposé sans que le réalisateur soit présent et si sa structure est légère être transportée sur les lieux mêmes où les problèmes de santé se posent. Malgré le manque d'évaluation objective de l'exposition "Protéger la main au travail", il apparaît cependant clairement que cette expérience vaut la peine d'être tentée à nouveau et si possible en se donnant les moyens de vérifier son efficacité réelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Altman D.G. A framework for evaluating community-based heart disease prevention programs, *Soc Sci Med*, 1986, 22: 479-487.
2. Bandura A. *Social learning theory*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, 1977.
3. Beaud P. Pouvoirs et limites des moyens de communication de masse, *Soz Preaventivmed*, 1977, 22: 230-234.
4. Becker M.H., Maiman L.A. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, 1975, 13: 10-24.
5. Best J.A. Mass media, self management and smoking modification. In: Davidson P.O., Davidson S.M. (eds): *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 1980, pp. 371-390.
6. Calnan M. The Health Belief Model and participation in programmes for early detection of breast cancer: A comparative analysis, *Soc Sci Med*, 1984, 19: 823-830.
7. Champagne F., Contandiopoulos A.P., Pineault R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé, *Rev Epidemiol Santé Publique*, 1985, 33: 173-181.
8. Chapman S., Reynolds I. The mass media and smoking cessation: the ABC-TV nationwide 'I quit' program, *Community Health Stud*, 1982, 6: 247-252.

9. CNA. Résultats de la statistique des accidents de la treizième période quinquennale 1978-1982. Lucerne:, 1984, 121 p.
10. Coburn D., Pope C.R. Socioeconomic status and preventive health behaviour, *J Health Soc Behav*, 1974, 67-77.
11. Cotton E. L'éducation pour la santé. Méthodes. Bruxelles: Ed. de l'université de Bruxelles, 1982, 229 p.
12. Domenighetti G., Casabianca A., Luraschi P. Prévention cardio-vasculaire dans la collectivité: le programme plurisectoriel du canton du Tessin. *Soz Preaventiv Med*, 1985,30: 164-167.
13. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring vol 1 : the definition of quality and approches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.
14. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring vol 2 : the criteria and standards of quality. Health Administration Press, Ann Arbor, 1982.
15. Farquahr J.W., The community-based model of life style interventions trials. *Am J Epiidiol*, 1978, 108 :103-111
16. Flay B.R., DiTecco D., Schlegel R.P. Mass media in health promotion: an analysis using an extended information-processing model, *Health Educ Q*, 1980, 7: 127-147.
17. Freudenberg N. Shaping the future of health education: from behavior change to social change, *Health Educ Monogr*, 1978, 6: 372-377.

18. Gordon J. Evaluation of communications media in two health projects in Baltimore, Public Health Rep, 1967, 7: 651-655.
19. Green L.W., Lewis F.M., Measurement and evaluation in health education and health promotion. Mayfield Publ Co, Palo Alto, 1986.
20. Grover P.L., Miller J. Guidelines for making health education work, Public Health Rep, 1976, 91: 249-253.
21. Hausser D., Burnand B., Rickenbach M., Gutzwiller F. MONICA-CH: ses premiers résultats. Méd Hyg 1986, 44:353-357.
22. Hausser D., Lehmann Ph., 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 univ. de méd. soc. et prév., 1986, 82 p. (Cah Rech Doc IUMSP, 7)
23. Hingson R., Lin N. Communication participation and individual receptivity to health innovations, Int Health Educ, 1972, 16: 5-14.
24. Janz N.K., Becker M.H. The health belief model: a decade later. Health Educ Q, 1984, 11: 1-47
25. Lance J.M. L'évaluation des programmes à la prévention: concepts et principes d'application. Comm. de santé et sécurité du travail, Québec, 1982.
26. Lazarfeld P.F., Menzel H. Mass media and personal influence. In: Schramm W. (ed): The science of human communication. New York: Basic Books, 1963, pp. 95-115.

27. Lipstein B., McGuire W.J. Evaluating advertising. New York: Advertising Research Foundation, 1978, 362 p.
28. Maccoby N., Alexander J. Use of media in life style programs. In: Davidson P.O., Davidson S.M. (eds): Behavioral medicine: changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel, 1980, pp. 351-370.
29. McAlister A.L. Social and environmental influences on health behavior, Health Educ Q, 1981, 8: 25-31.
30. McAlister A.L., Puska P., Salonen J.T., Tuomilehto J., Koskela K. Theory and action for health promotion: Illustrations from the North Karelia Project, Am J Public Health, 1982, 72: 43-50.
31. McAlister A.L. Theoretical guidelines and practical examples for the use of mass media: involving the population in a long-term integrated programme for the prevention of noncommunicable disease, OMS, ICP/NCD 003 m02/8, 1984, : 1-21.
32. McAlister A.L., Farquhar J.W., Thoresen C.E., Maccoby N. Behavioral science applied to cardiovascular health: Progress and research needs in the modification of risk-taking habits in adult populations, Health Educ Monogr, 4: 45-74.
33. McCron R., Budd J. Mass communication and health education. In: Sutherland Y. (ed): Health education. Perspective and choices. London: Aspen and Unwin, 1973, pp. 199-216.
34. McGuire W.J. Public communication as a strategy for inducing health-promoting behavioral change, Prev Med, 1984, 13: 299-319.

35. Mikhail Bl. The health belief model: a review and critical evaluation of the model, research, and practice. *Adv Nurs Sci*, 1981, 65-82.
36. Morabia A. *Médecine et socialisme*. Lausanne: Editions d'en bas, 1983, 195 p.
37. Moriski D.E., Levine D.M., Green L.W., Smith C.R. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly, *Arch Intern Med*, 1982, 142: 1835-1838.
38. Navarro V. Double standard in the analysis of marxist scholarship: a reply to Reidy's critique of my work, *Soc Sci Med*, 1985, 20: 441-451.
39. Navarro V. L'industrialisation du fétichisme: une critique d'Ivan Illich. In: Bozzini L., Renaud M., Gaucher D., Llambias-Wolff J. (eds): *Médecine et société: Les années 80*. Laval: Ed. coop. Albert St-Martin, 1981, pp. 445-479.
40. O'Neill M. La modification des comportements reliés à la santé 1. Revue de la littérature théorique. 2. Suggestions pour l'organisation de programmes de santé communautaire, *Union Méd Can*, 1980, 109: 733-740, 922-928.
41. Perrin-Michon A.C. Campagnes de vaccination contre la polimyélite en Suisse: les déterminants de la participation. Thèse de doctorat en médecine, Lausanne, 1986.
42. Pineault R., Daveluy C. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Agence d'Arc Inc., 1986, 480 p.

43. Puska P., McAlister A., Pekkola J., Koskela K. Television in health promotion: evaluation of a national programme in Finland, *Int J Health Educ*, 1981, 24: 238-251.
44. Puska P., Nissinen A., Tuomilehto J., Salonen J.T., Koskela K., McAlister A., Kottke T.E., Maccoby N. The community-based strategy to prevent coronary heart disease Conclusions from the ten years of the North Karelia Project, *Annu Rev Public Health*, 1985, 6: 147-193.
45. Richards N.D. Methods and effectiveness of health education: the past, present and future of social involvement, *Soc Sci Med*, 1975, 9: 141- 156.
46. Rosenstock I.M. Historical origins of the health belief model, *Health Educ Monogr*, 1974, 2: 328-335.
47. Thoveron G. *Sociologie des moyens de communication sociale*. Bruxelles: Presses Universitaires de Bruxelles, 1977, 140 p.

ANNEXE

1. Population active en Suisse

	Popul. résidente en Suisse	Popul. active occupée	primaire	secteur secondaire	tertiaire	inconnu
Hommes	3114812	959273 (63.9%) (63%)	140763	925363	876374	16773
Femmes	3251148	1107960 (36.1%) (34%)	50492	271885	774323	11260
Total	6365960	3067233 (48%)	191255	1197248	1650697	28033

* Données du recensement fédéral de 1980

Données ayant servi à la réalisation du panneau n^o 6

2. Population couverte par la CNA

L'effectif assuré représente 1665818 postes à plein temps (estimation de la CNA à partir des masses salariales moyennes, elles-mêmes déduites à partir des cotisations payées à la CNA).

A partir des données du recensement qui permet de déterminer la population active et la répartition par secteur professionnel (voir point 1. ci-dessus). De plus les données concernant le nombre de travailleurs à temps partiel sont également disponibles par le recensement.

La CNA fournit la liste des secteurs et entreprises qui sont assurées chez elle et ceux qui ne le sont pas.

Il est donc possible d'estimer le nombre de personnes physiques qui sont assurées à la CNA. Ce nombre représente le dénominateur du nombre d'accidents déclarés à la CNA (ce sont les seules statistiques disponibles jusqu'en 1984).

(Ceci ne signifie cependant pas que les autres travailleurs ne soient pas assurés ailleurs. Depuis l'introduction de la LPP (1984), l'ensemble des travailleurs est assuré professionnellement de façon obligatoire et les statistiques de tous les travailleurs sont enregistrées par la CNA.)

	primaire	secteur secondaire	tertiaire
Plein temps	152014	1086027	1357860
Temps partiel	39241 (20%)	111212 (9%)	292837 (18%) (moy 17%)
Total	191255	11972248	1650697

Le secteur primaire n'est couvert par la CNA (191000); dans le secteur secondaire 50000 personnes dans l'alimentation et le tabac ne sont pas couvertes; 800000 travailleurs non couverts dans le tertiaire (hôtellerie, banques, assurances, commerces, hôpitaux).

A partir des 3000000 de travailleurs enlevons les 1100000 qui ne sont pas couverts par la CNA: restent environ 1900000 travailleurs couverts.

3. Calcul du coût des accidents professionnels et non professionnels de la main

Le nombre d'accidents de la main en 1982 s'élèvent à 128270 qui se répartissent en 78190 professionnels (ordinaire 49230 / bagatelle 28960) et 50080 non professionnels (ordinaire 31490 / bagatelle 18590). Il représente 27.4% de l'ensemble des accidents pris en charge par la CNA (467575).

A partir de l'estimation pour l'ensemble des accidents couverts par la CNA (4,5 milliard) il est possible d'obtenir une estimation spécifique pour la main (1.3 milliard).

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 IU MSP 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 IU MSP 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 Ph., 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. Eggli 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 Ph., 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 Ph., 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 Ph., 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. Eggli 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. Egli 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 Ph., 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.
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., Egli 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. Klinker 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 Ph., 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 Ph., 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. + annexe.
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.

