



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

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

**Evaluation d'une campagne de dépistage  
et de prévention de facteurs de risque  
cardio-vasculaire en entreprise**

Michaël Klay<sup>1</sup>, Bernard Burnand<sup>2</sup>

**RAPPORT**

Lausanne, Septembre 1993

<sup>1</sup> Médecin assistant

<sup>2</sup> Médecin associé, PD & agrégé

# Table des matières

Résumé .....	1
<b>1. Introduction</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Méthodes</b> .....	<b>2</b>
2.1. Description de l'étude pilote .....	2
2.1.1. Première phase: 1990-1991 .....	2
2.1.2. Deuxième phase: 1992 .....	3
2.2. Analyses et contrôles .....	4
<b>3. Résultats</b> .....	<b>4</b>
3.1. Entreprises visitées et participants .....	4
3.2. Qualité des données recueillies .....	7
3.3. Connaissance des facteurs de risque .....	8
3.4. Evolution des facteurs de risque .....	8
3.4.1. Tabac .....	8
3.4.2. Pression artérielle .....	9
3.4.3. Hypercholestérolémie .....	9
3.4.4. Obésité .....	9
3.4.5. Profil de risque .....	9
3.4.6. Exercice physique .....	10
3.5. Changements de comportements .....	10
3.6. Perception de la santé .....	11
<b>4. Discussion</b> .....	<b>11</b>
4.1. Conditions de l'étude .....	11
4.2. Interprétation des résultats .....	12
4.3. Conclusions .....	14
4.4. Propositions .....	14
<b>5. Références</b> .....	<b>15</b>
<b>6. Recommandations pour l'amélioration de la phase d'évaluation.</b> .....	<b>17</b>

## Résumé

Une campagne de dépistage et de prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire sur le lieu de travail est effectuée par la Ligue vaudoise contre les maladies cardio-vasculaires depuis 1990. Dans un but d'évaluation, une première récolte de données a été réalisée lors de la visite de dépistage, entre août 1990 et juin 1991, chez 2405 participants dans 40 entreprises. Une seconde détermination des facteurs de risque a été effectuée 12-18 mois plus tard, auprès d'un échantillon de participants de sept des entreprises visitées initialement. Parmi les 864 employés éligibles parce que présentant au moins un facteur de risque au dépistage, seule une minorité (245) a pu être revue et les résultats de 187 personnes utilisés, ce qui représente 22% des personnes éligibles. Certains résultats se révèlent encourageants, en termes d'amélioration de la connaissance du niveau des facteurs de risque - valeurs de pression artérielle et de cholestérol, notamment - et de réduction du niveau de risque - baisse moyenne de 4 mmHg de la pression artérielle diastolique, diminution du tabagisme, avec 9% de tabagiques devenus abstinents, et initiation d'une activité sportive chez 12% des participants. Néanmoins, la fiabilité des résultats est relativisée par le faible taux de participation à l'examen de contrôle.

La nécessité d'une évaluation régulière, pour permettre d'orienter et d'améliorer ces activités de dépistage et de prévention des facteurs de risque cardio-vasculaire, est manifeste. Les activités d'évaluation devraient cependant pouvoir être conduites de façon à mieux s'adapter aux contraintes pragmatiques, tout en respectant les exigences qui permettent de mesurer l'efficacité, l'impact ou le rendement de programmes de prévention/promotion de la santé.

## 1. Introduction

L'amélioration de la gestion des ressources humaines et de l'économie d'entreprise est un souci grandissant, majoré par la situation conjoncturelle actuelle. Des programmes de prévention et de promotion de la santé dans les entreprises se développent depuis plusieurs décennies dans certains pays. Ils permettent d'atteindre par un canal spécifique une population active, autrement peu sollicitée quant aux mesures préventives. [1-3]

Les maladies cardio-vasculaires sont une cause importante de morbidité et de mortalité, affectant notamment les hommes d'âge moyen. Un projet de dépistage et de prévention des maladies cardio-vasculaires a été organisé par la Ligue vaudoise contre les maladies cardio-vasculaires, soutenu par la Fédération des Ligues de la Santé, la Commission Cantonale de Prévention de l'Etat de Vaud et la Fondation suisse pour la Promotion de la Santé. Un premier rapport [4] analysait la phase du dépistage conduite dans 40 entreprises vaudoises entre août 1990 et juin 1991. Il montrait une prévalence élevée de facteurs de risque cardio-vasculaire (FRCV).

La nécessité d'une évaluation de ce projet s'imposait. D'autres programmes réalisés depuis plusieurs années sont considérés comme efficaces, permettant de réduire la prévalence du tabagisme, de l'hypercholestérolémie, de l'excès pondéral et du stress et d'accroître la proportion de personnes qui ont une activité physique régulière [5-11].

## 2. Méthodes

### 2.1. Description de l'étude pilote

#### 2.1.1. Première phase: 1990-1991

Entre août 1990 et juin 1991, l'unité mobile de dépistage des maladies cardio-vasculaires s'est rendue dans des entreprises préalablement contactées. Les frais de fr. 20.- par employé se présentant au dépistage furent assumés par les entreprises. Le dépistage s'effectuait par groupes de 6 participants en 30 minutes. Il comprenait la détermination des facteurs de risque par un questionnaire auto-administré, l'apport de conseils et d'informations et la discussion sur des thèmes de maintien ou de promotion de la santé cardio-vasculaire en général. Le poids et la taille ont été relevés. La pression artérielle a été mesurée par un sphygmomanomètre automatique. Elle s'est faite en position assise, sans repos particulier. Les participants ayant des valeurs supérieures à 140/90 mmHg ont été recontrôlés après une période de repos d'une demi-heure. Le cholestérol total a été dosé par méthode enzymatique en utilisant un auto-analyseur (Kodak-Ektachem<sup>®</sup>, modèle DT 60), après ponction capillaire d'un doigt, sans massage, et centrifugation.

Un soin particulier a été pris de ne pas inquiéter les participants présentant un FRCV.

### 2.1.2. Deuxième phase: 1992

Dans le but de quantifier l'évolution des facteurs de risque cardio-vasculaire après cette première visite, 7 entreprises ont été choisies pour une deuxième visite une année plus tard. Cette sélection s'est faite de manière dirigée, pour permettre d'obtenir des informations pour les différents types d'entreprises représentés, de pouvoir intégrer ces visites dans le calendrier des déplacements de l'unité mobile de dépistage et de toucher le plus de participants possible en un minimum de visites.

Les frais de la seconde visite n'étaient pas à la charge de l'employeur, hormis le temps accordé. Deux entreprises n'ont pas donné leur accord pour la visite par l'unité mobile de dépistage. Les questionnaires y ont donc été remplis par correspondance. Les données de ce sous-groupe ont été analysées quant aux réponses du questionnaire, y compris les habitudes tabagiques, mais ont été écartées lors de l'analyse des autres FRCV (Pression artérielle, indice de Quételet, taux de cholestérol total) et de l'interprétation des profils de risque qui les utilisent.

Tous les employés qui désiraient passer la visite de dépistage ont été vus, mais seules les données concernant des employés qui avaient au moins un FRCV (participants FRCV⊕\*) en 1991 ont été relevées.

Dans son organisation et les mesures prises, le dépistage s'est déroulé de manière identique à la première phase.

Le questionnaire auto-administré était court et a été modifié par rapport à la première visite (Annexe 2). Il s'intéressait à la connaissance des valeurs de pression artérielle et de cholestérol sanguin total, aux habitudes tabagiques, aux modifications des habitudes alimentaires, à l'instauration d'un traitement médicamenteux et/ou d'une démarche dirigés sur un facteur de risque cardio-vasculaire. D'autre part, l'influence subjective des modifications sur la vie et l'irritation associée à ces changements de vie, la modification de l'activité physique, l'opinion des sujets sur l'amélioration potentielle de leur santé, l'inquiétude suscitée par le risque augmenté de développer une maladie cardio-vasculaire, l'auto-détermination par les participants de leur état de santé et les souhaits de participation à des programmes de santé cardio-vasculaires auxquels ils souhaiteraient participer ont été également déterminés.

---

\*: FRCV⊕: Au moins un facteur de risque cardio-vasculaire (Anamnèse personnelle ou familiale de coronaropathie, anamnèse personnelle de diabète, tabagisme anamnestique  $\geq 10$  cigarettes par jour, indice de Quételet  $> 30$  kg/m<sup>2</sup>, pression artérielle  $\geq 160/95$  mmHg, taux de cholestérol total  $\geq 5,2$  mmol/l).

## 2.2. Analyses et contrôles

Les données ont été récoltées sur un questionnaire auquel s'ajoutaient les valeurs des facteurs de risque mesurés. Une correspondance individuelle avec les données de la première phase a été effectuée. Ces données ont été analysées à l'aide du groupe de logiciels statistiques SAS®, installé sur l'ordinateur VAX 6410 du Centre Informatique de l'IUMSP. Des analyses descriptives simples ont été effectuées.

Les contrôles de qualité de la mesure du cholestérol total se sont poursuivis de manière identique à la première phase, avec de bons résultats.

## 3. Résultats

Seuls quelques résultats de la première phase seront indiqués dans le présent rapport pour faciliter la comparaison.

### 3.1. Entreprises visitées et participants

Tableau 1: Comparaison des nombres et proportions de participants entre les deux phases de l'étude

	Nombre d'entreprises visitées	Nombre total d'employés	Critères de sélection	Taux de questionnaires remplis
Première phase (1990-91)	40	3540	Volontaires	68 % (40-90 %)
Deuxième phase (1992)	7	1753	Volontaires FRCV⊕* en 1991 (N=864)	22 % (12-42 %)

En sept entreprises, plus de la moitié du collectif de la première campagne était atteignable. Par contre, le recrutement fut faible lors de cette deuxième visite.

---

\*: FRCV⊕: Au moins un facteur de risque cardio-vasculaire (Anamnèse personnelle ou familiale de coronaropathie, anamnèse personnelle de diabète, tabagisme anamnestique  $\geq 10$  cigarettes par jour, indice de Quételet  $> 30 \text{ kg/m}^2$ , pression artérielle  $\geq 160/95 \text{ mmHg}$ , taux de cholestérol total  $\geq 5,2 \text{ mmol/l}$ ).

Tableau 2: Détail des entreprises revisitées, avec les nombres d'employés ou de participants

Entreprises selon leur type	Effectif total	Vus lors première phase	FRCV $\oplus$ * en 1991	Participants lors de la deuxième phase	Taux de recrutement
Administration	58	35	19	8	42 %
Administration**	61	61	36	6	18 %
Administration	50	35	22	9	41 %
Transports	800	485	423	50	12 %
Service industriel	29	25	24	8	33 %
Industrie	205	181	147	46	32 %
Industrie**	550	230	193	60	31 %
Toutes	1753	1052	864	187	22 %

Deux cent quarante cinq personnes ont participé à cette deuxième phase, mais dont seulement 187 fournissaient des données utilisables (44 questionnaires n'ont pu être rattachés aux données de 1990-91, 14 furent remplis par des employés n'ayant pas de FRCV en 1991); 115 personnes ont eu une mesure du poids, de la pression artérielle et du taux de cholestérol total.

L'acceptation dans les entreprises fut donc mitigée, bien que les frais liés au dépistage fussent pris en charge par les Ligues de la santé.

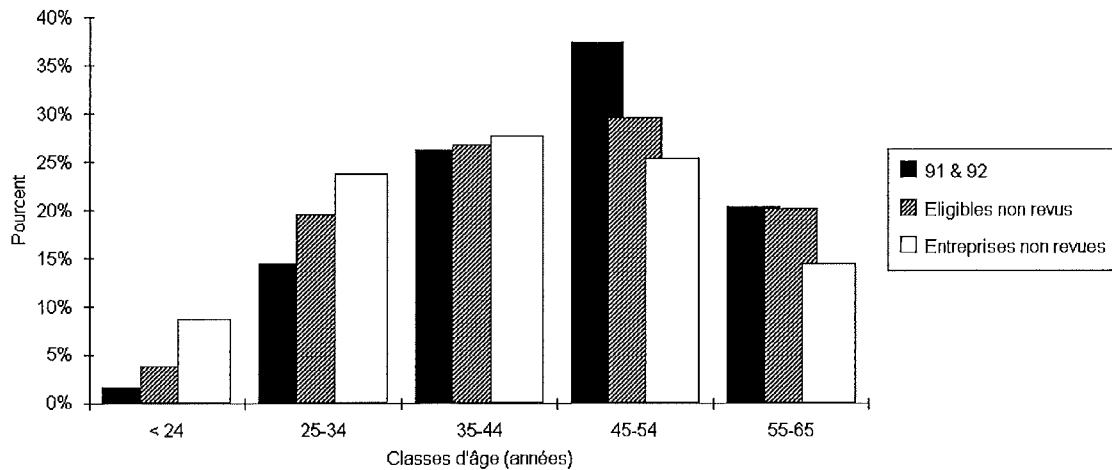
Le rapport femmes:hommes des salariés FRCV $\oplus$  était plus bas dans les entreprises revisitées (1:4.0) que dans celles qui ne le furent pas (1:2.3), ce qui est dû à une plus forte proportion de métiers traditionnellement masculins dans les entreprises revisitées. Par contre, ce rapport montrait une surreprésentation féminine chez les employés ayant répondu au deuxième questionnaire (1:2.7).

La distribution des classes d'âge était légèrement déplacée vers les âges plus élevés dans les entreprise revisitées que dans les autres, mais de manière encore plus marquée parmi les sujets de l'étude (cf. figure 1).

\*: Cf. note au bas de la page précédente.

\*\* : Entreprises où le questionnaire a été rempli par correspondance.

Figure 1: Répartition des classes d'âge selon les groupes de participants



Groupes de participants: **91 & 92**: Participants aux deux dépistages (n=187), **Eligibles non revus**: Participants FRCV $\oplus$  du dépistage de 1990-91 des entreprises revisitées, non revus en 1992 (n=675), **Entreprises non revues**: Participants FRCV $\oplus$  du dépistage de 1991 des entreprises non revisitées (n=1047).

La prévalence de personnes FRCV $\oplus$  en 1991 était semblable dans les entreprises visitées les deux fois (79 %) et dans celles qui ne le furent que la première fois (74 %). De même, la prévalence d'une hypercholestérolémie à risque était semblable dans ces deux groupes d'entreprises, que ce soit par l'algorithme utilisé par les Ligues de la santé [cf. annexe 3](18 % dans les deux groupes) ou celui des recommandations du groupe de travail Lipides [12] (39 % dans les entreprises revisitées et 34 % dans les autres).



Tableau 3: Modification de la distribution des FRCV présents à la première visite, en 1990-91 (NB: un participant pouvait avoir plusieurs FRCV, ce qui rend le total des pourcentages horizontaux supérieurs à 100 %)

	<b>Coeur</b>	<b>Diabète</b>	<b>Tabac</b>	<b>Obésité</b>	<b>HTA systolique</b>	<b>HTA diastolique</b>	<b>Cholestérol</b>	<b>N</b>
1990-91	19 %	2 %	38 %	11 %	9 %	29 %	72 %	864
1992	18 %	1 %	32 %	9 %	8 %	23 %	90 %	187

Facteurs de risque cardio-vasculaire: **Coeur**: Anamnèse personnelle ou familiale de coronaropathie, **Diabète**: anamnèse personnelle de diabète, **Tabac**: tabagisme anamnestique  $\geq 10$  cigarettes par jour, **Obésité**: indice de Quételet  $> 30 \text{ kg/m}^2$ , **HTA**: pression artérielle  $\geq 160/95 \text{ mmHg}$ , **Cholestérol**: taux de cholestérol total  $\geq 5.2 \text{ mmol/l}$ , **N**: Nombre de participants ayant au moins un FRCV en 1990-91.

Groupes de participants: **1990-91**: Participants du collectif de 1990-91 des entreprises revisitées qui avaient au moins un FRCV, **1992**: Participants ayant répondu au deuxième questionnaire en 1992.

Ceci suggérait fortement la présence de motivations spécifiques à participer à la deuxième visite (le taux de cholestérol fut un incitatif net). Mais ceci rendait surtout la comparaison de ces deux groupes plus ardue.

### 3.2. Qualité des données recueillies

La qualité des données recueillies n'a pu être vérifiée directement, mais il était vraisemblable que la présence des animatrices fut un facteur de bonne compréhension des questions, le formulaire n'existant qu'en français, et pouvait manquer pour les questionnaires remplis par courrier. Ceci ne se manifestait toutefois pas lorsqu'on comparait la distribution des réponses entre ces deux modes de réponses.

L'algorithme de la détermination de la présence de FRCV utilisé par les Ligues (Annexe 3), ainsi que les critères décisionnels pour adresser une personne à son médecin traitant, n'ont pas toujours été appliqués à la lettre, mais les données disponibles ne permettaient pas d'évaluer cet aspect.

L'appariement des résultats des deux phases a permis de combler certaines données manquantes (âge, sexe), améliorant ainsi la qualité.

### 3.3. Connaissance des facteurs de risque

La connaissance des valeurs de pression artérielle et de cholestérol avait été demandée, lors de la première phase, seulement dans la version longue du questionnaire: 61 % savaient si leur pression artérielle était normale ou élevée; 14 % donnaient leurs valeurs systolique et diastolique; 17 % savaient si leur taux de cholestérol était normal ou élevé et 5 % pouvaient en donner une valeur précise.

Trop peu de répondants de la version longue du premier questionnaire se retrouvaient à la deuxième visite pour permettre une analyse par individu et obligeant une comparaison par groupe. En 1992, 52 % des employés donnaient leurs valeurs de pression artérielle systolique et diastolique; 58 % en donnaient une des deux valeurs et 54 % donnaient une valeur précise de leur taux de cholestérol.

Lorsque nous comparions les valeurs de pression artérielle et de cholestérol annoncées par les participants et celles mesurées, nous retrouvions la différence observée dans la première étude, entre les hommes, qui avaient tendance à sous-estimer leurs valeurs de pression artérielle, et les femmes, qui avaient la tendance inverse. Par contre, il n'y avait plus de différence de sexe entre le taux de cholestérol anamnestique et mesuré, comme mentionné dans le premier rapport [4], où les hommes avaient tendance à sous-estimer leur taux de cholestérol, et les femmes ont la tendance inverse.

### 3.4. Evolution des facteurs de risque

#### 3.4.1. Tabac

La limite de 10 cigarette/jour et plus a été utilisée dans l'algorithme des recommandations suisses pour le dépistage de l'hypercholestérolémie [12]. L'évolution montrait une faible tendance à la diminution du tabagisme anamnestique. La diminution moyenne était de 1,5 cigarette/jour. Lorsqu'on limitait l'analyse aux participants fumant au moins 10 cigarettes par jour, la réduction de la consommation de tabac passait à 3 cigarettes par jour.

Sur les 66 personnes fumant plus d'une cigarette par jour en 1990-91, 15 personnes déclaraient avoir arrêté de fumer depuis le dépistage, mais parmi celles-ci, 9 fumaient encore plus d'une cigarette par jour au moment de la deuxième visite. Trente-cinq personnes n'ont pas tenté d'arrêter de fumer. En comparant le taux d'arrêt du tabagisme des personnes revues (9 %) à celui spontanément observé dans la population générale (environ 5 % [13]), on constatait un taux plus fort, qui doit être relativisé par le petit nombre de 6 ex-fumeurs.

#### 3.4.2. Pression artérielle

Une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mmHg et/ou diastolique supérieure ou égale à 95 mmHg est considérée comme élevée selon les recommandations de l’OMS.

La comparaison des pressions artérielles systoliques ne montrait pas de changements significatifs dans l’ensemble du groupe. Par contre un abaissement moyen de 4 mmHg de la pression artérielle diastolique était constaté entre les deux visites.

En s’intéressant seulement aux participants hypertendus, on constatait une diminution favorable de la pression systolique de 24 mmHg (n=12 participants), et diastolique de 10 mmHg (n=32 participants).

#### 3.4.3. Hypercholestérolémie

Il n’y a pas eu d’évolution marquante du taux de cholestérol total entre les deux visites, même dans le sous-groupe des participants qui avaient un taux de cholestérol trop élevé ( $\geq 5,2$  mmol/l). Cependant, pour les 36 personnes qui avaient un taux supérieur à 6,5 mmol/l, une diminution de 0,4 mmol/l apparaissait, et pour les 5 participants qui avaient un taux supérieur à 7,8 mmol/l la diminution était de 1,2 mmol/l.

#### 3.4.4. Obésité

L’indice de Quételet est resté stable entre les deux visites, y compris dans le sous-groupe des gens obèses.

#### 3.4.5. Profil de risque

Tant le profil de risque calculé à partir des recommandations helvétiques [12], que celui calculé à partir de l’algorithme utilisé par les Ligues de la santé (Annexe 3) n’ont pas évolué dans l’ensemble du groupe. Par contre, le nombre de FRCV pris isolément diminuait de 0,2 (passant de 1,9 à 1,7).

### 3.4.6. Exercice physique

Douze pourcent des gens disaient avoir débuté ou augmenté une activité sportive depuis la première visite; 47 % avaient une activité sportive stable; 37 % ne faisaient cependant toujours pas de sport.

### 3.5. Changements de comportements

Nonante employés (48 %) avaient modifié leur alimentation depuis le dépistage. Parmi ceux-ci, 60 % l'avaient fait pour diminuer les apports de graisses, 53 % pour perdre du poids, 48 % pour manger plus sainement, 20 % pour diminuer les apports de sucres raffinés, 10 % pour diminuer l'apport d'alcool, 8 % pour diminuer les apports de sel, 6 % pour d'autres raisons (diabète p.ex.). Ces proportions étaient plus élevées que dans la population générale (étude MONICA Vaud-Fribourg 1998-89), où 34 % des participants avaient modifié leur alimentation, dont 46 % l'avaient fait pour diminuer les apports de graisses, 44 % pour perdre du poids, 45 % pour manger plus sainement, 30 % pour diminuer les apports de sucres raffinés, 17 % pour diminuer les apports de sel, 17 % pour d'autres raisons.

Vingt-cinq personnes (13 %) ont pris des médicaments depuis le dépistage pour diminuer un facteur de risque cardio-vasculaire. Parmi ces traitements, 64 % avaient pour but de diminuer la pression artérielle, 28 % pour perdre du poids, 16 % pour diminuer le taux de cholestérol, 4 % pour aider le sevrage de tabac et 20 % pour d'autres raisons (essentiellement pour traiter une cardiopathie ischémique).

Une démarche fut effectuée par 67 participants (37 %) pour améliorer leur santé ou contrôler un facteur de risque, dont 52 % ont fait contrôler leur pression, 51 % ont consulté un médecin, 18 % ont appris à contrôler leur stress, 15 % ont fait autre chose (réponses souvent redondantes avec d'autres questions, p. ex. gestion du stress, perte de poids, arrêt tabac, ou sans relations avec les FRCV). Remarquons que 112 personnes (60 %) déclaraient n'avoir pas réalisé de démarche ou d'activité particulière.

Cent trente et une personnes (70 %) souhaiteraient participer à un programme de santé cardio-vasculaire, à savoir 29 % à un programme de gestion du stress, 24 % à un programme d'alimentation saine, 18 % à un programme de contrôle du poids, 22 % à un programme d'activité physique, 15 % à une sensibilisation et un soutien à l'arrêt du tabagisme, 3 % à un autre programme. Vingt-huit personnes (21 %) ne voudraient pas participer à un quelconque programme.

L'endroit où les gens préféreraient suivre de tels programmes est l'entreprise pour 47 %, en dehors de l'entreprise pour 22 % et indifférent pour 31 %.

### 3.6. Perception de la santé

La perception subjective de leur santé était jugée bonne à excellente dans 84 % des cas. Un état de santé moyen était ressenti par 14 % des employés. Ces valeurs sont semblables à celles de la population générale (SOMIPOPS 1981-82).

En détaillant ces réponses selon le nombre de facteurs de risques présents à l'une ou l'autre des visites, on n'observait pas de modification notable de la répartition. En d'autres termes, le nombre de FRCV n'influçait pas de manière importante l'appréciation subjective de l'état de santé.

Septente cinq pourcent des gens pensaient que la modification de leurs habitudes de vie peut réellement leur permettre d'améliorer leur santé actuelle et future. Cette forte proportion d'avis favorables est à mettre en relation avec les remarques formulées à propos de la connaissance des facteurs de risque par les sujets et de la motivation d'une minorité des employés à se présenter à la deuxième visite.

Plus de la moitié des gens n'ont pas répondu aux questions relatives à l'influence sur les activités quotidiennes des démarches faites pour diminuer le niveau de risque pour les maladies cardio-vasculaires, ce qui ne permet pas d'interpréter les réponses. Selon les responsables du dépistage, le libellé de la question était peu clair pour la plupart des participants.

L'inquiétude générée par le fait de présenter un risque augmenté de développer une maladie cardio-vasculaire était nulle chez 44 %, faible chez 44 % et moyenne ou forte chez 12 % des gens. Sa présence était associée à une perception subjective plus négative de leur santé.

L'irritation suscitée par le fait de devoir changer ses habitudes de vie pour diminuer le risque de développer une maladie cardio-vasculaire, était nulle dans 76 % faible dans 18 %, moyenne à forte dans 6 % des cas. L'inquiétude et l'irritation étaient associées chez 23 % des personnes; la présence d'une inquiétude sans irritation associée l'était chez 33 %.

## 4. Discussion

### 4.1. Conditions de l'étude

Le taux de participation lors de cette phase d'évaluation fut très bas, nettement inférieur au taux de participation de 69% au dépistage initial [4], d'une part, mais aussi à celui obtenu dans une enquête similaire au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [14]. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées:

- Le délai d'un an entre les deux visites est trop court. Il entraîne probablement un sentiment d'inutilité et de crainte de perte de temps de travail de la part de la direction des entreprises. Un argument dans ce sens pourrait être l'évaluation qui n'a pu être faite que par correspondance dans deux entreprises. Dans d'autres entreprises l'information aux employés d'une deuxième visite a été diffusée de manière limitée par les responsables du personnel.
- Après la première campagne, les actions de promotion de la santé organisées par les responsables du personnel se sont parfois faites de manière autoritaire, aliénant ainsi la collaboration d'une fraction des employés.
- Les raisons de cette deuxième visite n'ont pas toujours pu être bien explicitées aux employés, notamment en raison d'un refus de la direction de ne reconvoquer que les participants ayant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire.
- Ceux-ci sont peut-être suivis par leur médecin traitant de manière plus intense depuis le premier dépistage et ne voient donc pas la raison de participer à un deuxième dépistage.

Outre la faible participation, la gestion des données par les membres de l'unité mobile n'a pas été optimale. Notamment, 44 questionnaires n'ont pas pu être rattachés aux données de la première visite, soit parce que nous n'y retrouvions pas les participants, soit que leur nom n'était pas indiqué.

#### 4.2. Interprétation des résultats

Cette participation modeste implique presque certainement un biais de sélection. Les participants à la phase d'évaluation étaient vraisemblablement mieux motivés, plus collaborateurs et plus préoccupés par leur état de santé. Un indice dans ce sens est la distribution des FRCV selon les sous-groupes de participants (Tableau 3), où l'hypercholestérolémie était un facteur apparemment motivant. Un autre indice était la nette amélioration de la connaissance des participants de leur pression artérielle ou de leur taux de cholestérol. Un troisième était la distribution relative des classes d'âge, déplacée vers des valeurs plus élevées (participants plus âgés) dans la deuxième phase que dans la première (Figure 1). Ceci pourrait aller, par exemple, avec une motivation renforcée des personnes dont, l'âge augmentant, la probabilité soit plus grande que le ou les FRCV aient été confirmés par leur médecin traitant ou qu'ils aient eu un proche atteint d'une maladie cardio-vasculaire.

Les résultats devraient donc avoir tendance à être meilleurs qu'ils ne le seraient avec une participation plus grande.

Globalement, les effets sur les FRCV objectifs (obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie) étaient modestes, avec comme seul effet notable une diminution de 4 mmHg de la pression artérielle diastolique. Ce constat, ainsi que la faible diminution du tabagisme, alors que l'on aurait pu s'attendre à une diminution plus forte de ces paramètres

due au biais de sélection, pourrait être un argument pour remettre en question les modalités actuelles du dépistage. Le fait d'observer un effet plus marqué dans les sous-groupes ayant un FRCV avéré est favorisé par le phénomène de régression vers la moyenne. Or certains programmes obtiennent des résultats sur les paramètres objectifs (p.ex.: perte pondérale moyenne de 5,5 kg [8], diminution du taux de cholestérol de 6,4 % [7], sevrage tabagique chez 16 à 26 % à un an [10], augmentation de l'activité physique [11]), mais ils sont en général ciblés sur un FRCV et leurs coûts sont difficiles à comparer, voire non mentionnés.

Par contre, les effets sur les comportements anamnestiques étaient meilleurs, ce qui est encourageant, mais il faut garder à l'esprit les réserves mentionnées plus haut. La connaissance des participants de leur taux de cholestérol et de leur pression artérielle s'est grandement améliorée. Une personne sur huit a débuté une activité sportive mais une sur trois n'en n'avait toujours pas. Une plus grande proportion de participants que dans une enquête de population (MONICA 1988-89 Vaud-Fribourg, âges comparables) a changé de régime alimentaire. Il ne semble pas y avoir eu trop d'initiations de traitements médicamenteux, retrouvées chez 13 % des participants, majoritairement à but antihypertensif. Il n'y a donc pas d'induction manifeste de traitements hypocholestérolémiants. Un tiers des participants a effectué une démarche pour améliorer sa santé (contrôle de la pression artérielle, consultation chez le médecin traitant, gestion du stress).

Les effets psychologiques étaient également bons, toujours avec les réserves mentionnées plus haut. Huitante-quatre pourcent des participants jugeaient leur santé bonne à excellente, ce qui correspondait exactement à la population générale (SOMIPOPS 1981-82). Il n'apparaissait donc pas d'altération manifeste du sentiment subjectif de l'état de santé malgré la présence d'un FRCV. Les trois quarts des participants pensaient qu'ils pouvaient influencer leur état de santé, ce qui pouvait refléter le biais de sélection, mais qui pouvait en partie indiquer que le message de promotion de la santé était passé. Ce chiffre peut être comparé aux 80 % de Tessinois préoccupés de maintenir des comportements favorables à leur santé [15]. Les effets négatifs de cette campagne, à savoir la génération de sentiments d'inquiétude ou d'irritation, semblaient faibles.

Enfin, les souhaits des participants quant à des programmes de santé se répartissaient de manière égale sur les propositions (gestion du stress, alimentation, activités physiques, contrôle du poids, sevrage du tabagisme). Plus de la moitié des répondants se sont montrés favorables au déroulement d'activités de promotion de la santé au sein de l'entreprise. Un cinquième des participants ne souhaitait toutefois pas participer à un quelconque programme de santé. Rappelons toutefois une certaine incohérence dans les opinions des participants, dont les deux tiers de ceux qui ne pensaient pas que la modification des habitudes de vie puisse améliorer leur santé, désiraient malgré tout participer à un programme de santé ! Ceci, outre le côté récréatif que pourraient rechercher certains participants aux programmes de santé sur le lieu de travail, pourrait également refléter l'ambivalence d'une partie des gens face à leur santé et face à leurs habitudes de vie.

### 4.3. Conclusions

Cette étude livre des résultats encourageants pour la campagne de dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire dans les entreprises. Mais elle est malheureusement grandement limitée par le faible taux de participation, en raison de son caractère pilote, avec un biais de sélection favorisant très probablement les personnes les plus préoccupées par leur santé. Les contraintes de certaines formes d'évaluation sont difficilement applicables en pratique et doivent s'inscrire entre la demande des commissions responsables et la réalité quotidienne des individus et des entreprises. Les activités de dépistage et de prévention des maladies cardio-vasculaires, ainsi que les activités de promotion de la santé dans les entreprises proposées par l'unité mobile de dépistage des Ligues de la Santé, doivent encore être évaluées, notamment à plus long terme, en tenant compte des problèmes rencontrés ici.

### 4.4. Propositions

Il est possible de profiter du cycle de tournée de trois ans environ dans les entreprises pour revoir les participants au rythme habituel, ce qui pourrait enlever une partie des réticences des entreprises à y faire participer leur personnel. Il est également possible techniquement d'"automatiser" le traitement statistique des données, réduisant ainsi les coûts d'une telle évaluation. Le fait de vouloir faire correspondre nominalement les données des participants que l'on revoit pose cependant des problèmes de protection des données, qu'il faudra régler de manière optimale. Mais le principal frein actuel à cette nouvelle étape est la récession présente, poussant nombre d'entreprises à différer la nouvelle visite de dépistage, qu'elles financent en grande partie.

En ce qui concerne les propositions d'activités de prévention et de promotion de la santé en milieu d'entreprise, elles doivent être considérées objectivement. Les responsables de l'unité de prévention des Ligues et de l'unité mobile de dépistage, les responsables et les représentants du personnel des entreprises doivent être en mesure de prendre des décisions sur la base de connaissances actualisées de l'efficacité des mesures proposées. En effet, il est possible d'offrir des programmes de prévention/promotion dont:

- 1) l'efficacité est reconnue,
- 2) l'efficacité est incertaine,
- 3) le caractère est plutôt promotionnel ou récréatif.

Enfin, des recommandations pour l'amélioration de la phase d'évaluation sont proposées dans l'Annexe 1.



## 5. Références

- [1] Vanderschelden M. & coll.: Six raisons pour promouvoir la santé sur le lieu de travail. *Education Santé* 1190; 45: 11-14.
- [2] O'Donnell M.P.: Design of workplace health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, Birmingham, MI, U.S.A., 1988.
- [3] Kristein M.M.: The economics of health promotion at the worksite. *Health Educ Q* 1982; 9:27-36.
- [4] Burnand B., Sloutkis D.: Dépistage et prévention des maladie cardio-vasculaires en entreprises: Evaluation de la phase de dépistage du projet pilote de promotion de la santé, prévention et dépistage des maladies cardio-vasculaires en entreprises, effectué par les Ligues de la santé. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 40 pages + annexes (Cah Rech Doc IUMSP N° 94)
- [5] Fielding J.E.: Worksite health promotion survey: smoking control activities. *Prev Med* 1990; 19: 402-413.
- [6] Stachnik T. & al: Goal setting, social support and financial incentives in stress management programs: a pilot study of their impact on adherence. *Am J Health Prom* 1990; 5: 24-29.
- [7] Bruno R. & al. Randomized controlled trial of a nonpharmacologic cholesterol reduction program at the worksite. *Prev Med* 1983; 12: 523-532.
- [8] Brownell K.D.: Weight loss competitions at the work site: impact on weight, morale and cost-effectiveness. *Am J Publ Health* 1984; 74: 1283-1285.
- [9] Banegas J.R.: How much benefit could be obtained from cardiovascular disease intervention programs ? *Rev Epidém et Santé Publ* 1992; 40: 313-322.
- [10] Omen G.S. & al: A randomized comparison of worksite-sponsored smoking cessation programs. *Am J Prev Med* 1988; 4: 261-267.
- [11] Iverson D.C. & al: The promotion of physical activitiy in the United States population: the status of programs in medical, worksite, community and school settings. *Public Health Reports* 1985; 100: 212-224.
- [12] Groupe de travail Lipides de la fondation suisse de cardiologie: Lipides et prévention de la maladie coronarienne: diagnostic et mesures thérapeutiques. *Bull Méd Suisses* 1989; 70:1327-1336.

[13] Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington, D.C: US Government Printing Office, 1979; DHEW publication no. (PHS)79-55071.

[14] Janin B., Francioli P., Bachmann C., Boulat O., Darioli R., Burnand B.: Dépistage des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires chez les employés d'un hôpital. Rev Epidém. et Santé Publ 1992; 40:439-446.

[15] Domenighetti G.: De l'usage d'indicateurs classiques et alternatifs au niveau cantonal. in: PROMES, La santé des Suisses en l'an 2000. Cahiers d'études de l'ISH 1988; 39: 81-91.

## 6. Recommandations pour l'amélioration de la phase d'évaluation.

Si une nouvelle évaluation se décidait, il faudrait améliorer les différents stades de l'étude:

<b>Problèmes rencontrés lors de la présente étude</b>	<b>Aménagements proposés</b>
Faible taux de recrutement	Introduire l'évaluation dans le rythme normal de la tournée de dépistage Amélioration de l'offre aux entreprises possible ?
Questions difficilement compréhensibles par une population souvent de langue étrangère	Reformuler, sur la base d'autres questionnaires, et tester
Problèmes lors de la récolte des données non réglés immédiatement (p.ex. le faible taux de recrutement constaté n'a pas modifié le cours de l'étude)	Participation d'un collaborateur ayant une formation de recherche ou mandat ponctuel selon les besoins (élaboration/analyse/interprétation)
Difficulté d'identification des individus (20 % des questionnaires n'ont pu être mis en relation avec les données de la première étude)	Recherche informatisée d'une participation antérieure lors de l'entretien (! Protection des données, car recherche nominale) permettant de retrouver le numéro de participation à la précédente campagne
Erreurs de saisie de données	Saisie informatisée pendant l'entretien, impression d'une fiche individuelle relue avec le participant Champs conditionnels dans FILEMAKER®
Manque de compatibilité des formats des données avec SAS®	Exportation sur disquette haute densité des fiches FILEMAKER® en format ASCII MSDOS (Possible depuis le système MacIntosh), avec une virgule comme délimiteur entre les champs
Temps d'analyse statistiques	Automatisation dans l'application choisie pour l'analyse

## QUESTIONNAIRE SUR LES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Cette information sera traitée confidentiellement. Votre nom ne servira qu'à permettre de comparer les données vous concernant réunies lors de ce contrôle avec vos données de l'examen initial de dépistage des facteurs de risque

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse privée \_\_\_\_\_

NPA et ville \_\_\_\_\_

1. Etes-vous             un homme             une femme            Age \_\_\_\_\_ ans

LES QUESTIONS QUI VOUS SONT POSÉES CI-DESSOUS SONT DESTINÉES À SAVOIR SI VOUS AVEZ ENTREPRIS "QUELQUE CHOSE" POUR VOTRE SANTÉ DEPUIS LE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES AUQUEL VOUS AVEZ PARTICIPÉ EN ( mois, année ). CE PREMIER EXAMEN EST APPELÉ SIMPLEMENT DÉPISTAGE DANS CERTAINES QUESTIONS CI-APRÈS.

2. Connaissez-vous votre pression artérielle

oui             non

Si oui, quelles sont les valeurs de votre pression artérielle

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Connaissez-vous votre valeur de cholestérol sanguin total

oui             non

Si oui, quelle est la valeur de votre cholestérol sanguin total

\_\_\_\_\_

4. Actuellement, fumez-vous la cigarette

oui, régulièrement             occasionnellement,             non

↓            en moyenne moins d'une  
Combien de cigarettes            cigarette par jour  
fumez-vous en moyenne

par jour

\_\_\_\_\_ cigarettes/jour

5. Si vous fumez, ou avez fumé, la cigarette, avez-vous arrêté de fumer depuis le dépistage
- oui       non      Si non ↓ Passez à la question 8
6. Combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer depuis le dépistage \_\_\_\_\_ fois
7. Pendant combien de mois au total n'avez-vous pas fumé depuis le dépistage
- moins d'un mois    de 1-6 mois    plus de 6 mois
8. Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires depuis le dépistage
- oui Quel en était alors le motif  
(Plusieurs réponses possibles)
- perdre du poids
  - diminuer l'apport de sel
  - diminuer l'apport de sucres raffinés
  - diminuer l'apport de graisses
  - diminuer l'apport d'alcool
  - manger plus sainement
  - autre raison \_\_\_\_\_
- non
9. Depuis le dépistage, avez-vous pris des médicaments pour diminuer l'un ou l'autre des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires
- oui Quel en était alors le motif  
(Plusieurs réponses possibles)
- diminuer la pression artérielle
  - diminuer le taux de cholestérol
  - aider à l'arrêt de la fumée
  - aider à la perte de poids
  - autre raison \_\_\_\_\_
- non

10. Depuis le dépistage, avez-vous **débuté**, ou **augmenté**, une **activité physique sportive** (natation, course à pied, vélo, marche, gymnastique, sport d'équipe, etc.) **régulière** (au moins une fois par semaine)
- oui, j'ai débuté, ou augmenté, une activité sportive régulière
  - je n'ai pas augmenté l'activité physique sportive que j'avais auparavant
  - non, je n'ai pas d'activité sportive régulière actuellement
11. Depuis le dépistage avez-vous effectué "autre chose" pour améliorer votre santé ou contrôler un facteur de risque
- oui, j'ai appris à contrôler mon stress
  - oui, j'ai fait vérifier ma tension artérielle
  - oui, j'ai consulté un médecin pour qu'il m'aide à diminuer mon risque de développer une maladie cardio-vasculaire
  - oui, j'ai effectué une autre démarche, précisez: .....
  - .....
  - non, pas de démarche ni d'autre activité particulière
12. Pensez-vous qu'en modifiant vos habitudes de vie, vous pouvez réellement améliorer votre santé actuelle et future
- oui       non
13. Le fait de savoir que vous aviez un risque augmenté de développer une maladie cardio-vasculaire vous a-t-il **inquiété**
- aucune inquiétude
  - peu d'inquiétude
  - passablement d'inquiétude
  - beaucoup d'inquiétude
14. Vous êtes-vous senti irrité par le fait de devoir modifier vos habitudes de vie pour diminuer votre risque de développer une maladie cardio-vasculaire
- aucune irritation
  - peu d'irritation
  - passablement d'irritation
  - beaucoup d'irritation

15. Comment estimez-vous globalement l'influence exercée par les interventions (ou traitements) entrepris pour diminuer votre niveau de risque pour les maladies cardio-vasculaires sur:

	aucune influence	peu d'influence	passablement d'influence	beaucoup d'influence
• votre capacité de marcher ou de porter des objets	0	0	0	0
• votre capacité à exercer votre travail	0	0	0	0
• votre capacité à rendre visite à votre famille ou à des amis	0	0	0	0
• votre bien-être en général	0	0	0	0

16. De manière générale, diriez-vous de votre santé actuelle qu'elle est:

- excellente
- très bonne
- bonne
- moyenne
- mauvaise

17. Si vous aviez la possibilité de participer à un programme de santé cardio-vasculaire, à quel(s) programme(s) seriez-vous intéressé/e de participer ?

- sensibilisation et soutien à l'arrêt du tabagisme
- alimentation saine
- contrôle du poids
- activité physique
- gestion du stress
- autre programme: (précisez) .....
- je ne participerai pas à un quelconque programme

18. Préféreriez-vous que les programmes de santé soient organisés

- dans le cadre de l'entreprise
- en dehors de l'entreprise
- indifféremment dans l'entreprise ou en dehors

**A remplir par l'infirmière**

19. Date (Jour, Mois, Année)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ 1992

20. Valeur de tension artérielle

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

21. Poids

\_\_\_\_\_ kg

22. Cholestérol total

\_\_\_\_\_ mmol/l



## Interprétation des facteurs de risque

Maladie de coeur :	oui =	notion certaine d'infarctus du myocarde d'angine de poitrine ou d'opération sur les coronaires (pontage, dilatation)
	non =	absence ou doute quant à une maladie de coeur
Diabète :	oui =	notion certaine de diabète, traité
	non =	absence ou doute quant à l'existence d'un diabète
Tabac :	oui =	fumeur de cigarettes > 10 cigarettes/jour fumeur de cigares > 2 cigares/jour fumeur de tabac pour la pipe à > 1 paquet/jour
	non =	pas de tabac
	limite =	valeurs intermédiaires
Pression artérielle :	oui =	hypertension avec valeurs > 160 et/ou 95 mmHg (OMS)
	non =	valeurs < 140/90 mmHg (OMS)
	limite =	valeurs intermédiaires (OMS)
si HTA > 170 et/ou 105 mmHg : à adresser chez le médecin; si valeurs intermédiaires (141-170 / 91-105 mmHg) : proposer un deuxième contrôle		
Cholestérol :	oui =	> 7,8 mmol/l sans autre facteur de risque 6,5-7,8 mmol/l + 1 autre facteur de risque 5,2-6,5 mmol/l + 2 autres facteurs de risque
	non =	< 5,2 mmol/l, ce sont des valeurs idéales
	limite =	toutes les valeurs intermédiaires
Index de masse corporelle :		poids en kg divisé par le carré de la taille en mètres
	oui =	> 30 kg/m <sup>2</sup>
	non =	< 25 kg/m <sup>2</sup>
	limite =	valeurs intermédiaires

## En résumé :

1. prévoir un deuxième contrôle de la TA pour les personnes avec valeurs de tension intermédiaire = 141-170 / 91-105 mmHg. Si ces valeurs demeurent > 140 et/ou 90 ad médecin traitant.
2. proposer un contrôle chez le médecin traitant
  - HTA > 170 et/ou 105 mmHg lors de la première visite
  - Cholestérol "oui"
  - HTA limite après le deuxième contrôle

## 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 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 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 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 Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations: VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.

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

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

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

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

- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden. 1990, 8 p.
- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération SprützeHüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990, 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 84 p.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 38 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/Migration/Prévention. Dossier portugais, dossier espagnol, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 74 p.
- 52.8 Masur J.-B., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 187 p.
- 52.10 Gruet F., Baumann A. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida et sexualité chez les 30 - 45 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991 (à paraître).
- 52.10a Baumann A. - Aids-Risiken in der Normalbevölkerung. Psychosoziale Hintergründe des Sexualverhaltens von Männern und Frauen in der Schweiz: Ein system-oekologischer Ansatz. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 151 p.
- 52.11 Meystre-Agustoni 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 choriales : 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. X 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 : Phase 5. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 186 p. + annexes.
- 82.1 Landert C., Panchaud C., Schäringer 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., Schäringer 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., Schäringer 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.
- 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.