

DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

**EVALUATION DU PROGRAMME PILOTE POUR UNE
INFORMATION PERSONNALISÉE, PRESCRITE, PAYANTE*
(PIPPP)
Rapport final**

Florence Gruet

*Projet de L. Léderrey et I. Nemitz
accepté par la Commission de prévention
du Canton de Vaud

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
Unité d'évaluation de programmes de prévention

Cah Rech Doc IUMSP no 109

1994

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne
Tél. 0041 21/313 20 19
Fax 0041-21/313 20 35

Citation suggérée : Gruet F. - Evaluation du Programme Pilote pour une
Information Personnalisée, Prescrite, Payante (PIPPP) :
Rapport final. Projet de L. Léderrey et I. Nemitz accepté
par la Commission de prévention du Canton de Vaud. -
Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et
préventive, 1994, 36 p. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 109)
Prix : CHF 13.--.

Table des matières

RÉSUMÉ	4
CADRE GÉNÉRAL	5
CONCEPT DU PROJET	5
MISE EN PLACE DU PROJET	6
MÉTHODE D'ÉVALUATION	7
1. Utilisation de la cassette par les médecins	
2. Acceptabilité de la cassette par les patients	
DÉROULEMENT DU PROJET (ACTIONS MENÉES PAR LE PIPPP)	8
1. Utilisation de la cassette par les médecins	10
INTERVIEWS DES MÉDECINS AYANT PRESCRIT LA CASSETTE	10
Politique de prescription	
Principe de la prescription et du paiement	
Contenu de la cassette	
Prix de la cassette et raison de l'achat	
Effets de la prescription remarqués par le médecin	
Suite de l'action	
EVALUATION DES RAISONS DE NON-PRESCRIPTION	14
2. Acceptabilité de la cassette par les patients	14
Caractéristiques générales des acheteurs et des non acheteurs	
Taux d'écoute	
Caractéristiques générales des personnes interviewées	
DURÉE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE	16
Circonstances de la prescription	
Écoute de la cassette	
Fond	
L'hypertension est-elle un problème important?	
Forme	
Impact de l'écoute de la cassette	
Apport de l'écoute de la cassette	
Idée de la cassette sur l'hypertension	
Marketing	
Typologie de l'apport de l'écoute de la cassette	
PREMIÈRES CONCLUSIONS	24
RAISONS DE L'INTÉRÊT LIMITÉ DES MÉDECINS POUR CE PROGRAMME VUES PAR QUELQUES SPÉCIALISTES	25
CONCLUSIONS	27
ANNEXES	33

Résumé

Le programme d'information et de responsabilisation du patient hypertendu appelé Programme Pilote pour une Information Personnalisée, Prescrite, Payante (PIPPP) est l'un des projets accepté par la Commission cantonale de prévention en 1991. Il a débuté en décembre 1992 et s'est achevé à fin décembre 1993. Il a fait l'objet d'une évaluation par l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'IUMSP.

Principe général

Une cassette audio contenant un enregistrement réalisé sur le mode de l'entretien entre un médecin généraliste, un psychiatre et un patient fictif sur des questions que peuvent se poser les patients concernant l'hypertension artérielle a été élaborée par les membres du PIPPP. La cassette est prescrite par le médecin au patient dans le cadre d'un entretien au cabinet médical. Le but est d'informer le patient afin de favoriser sa participation à la prévention des troubles dus à l'hypertension artérielle.

Utilisation de la cassette par les médecins

1760 médecins romands ont reçu la cassette en démonstration, 127 (7.2%) d'entre eux ont commandé des ordonnances pour la prescrire. Parmi ces 127 médecins, 16 ont prescrit au moins une fois la cassette (12.5% des médecins ayant commandé les ordonnances, 0.9% du total des médecins contactés). Ces 16 médecins ont prescrit 68 cassettes. Les interviews des médecins prescripteurs ont montré qu'ils ont une "politique de prescription" limitée. Ils ne la prescrivent principalement que dans trois cas: les nouveaux patients hypertendus, les patients sceptiques par rapport au traitement de l'hypertension et les patients avides de connaissances. Ce programme, malgré tous les efforts réalisés pour le promouvoir n'a pas été un succès au niveau des médecins.

Acceptabilité de la cassette par les patients

53 cassettes ont été achetées par les patients parmi les 68 prescrites par les médecins; le taux d'achat est donc de 78%. Sur 40 personnes ayant accepté l'interview, 5 n'avaient pas écouté la cassette (ou pas entièrement) ce qui représente un taux d'écoute de 88%. La majorité des patients estiment que la cassette leur a apporté des connaissances; elle en a incité certains à suivre leur traitement et à changer des comportements (stress, nourriture, sport). Ce programme a montré l'intérêt des patients pour une telle démarche.

Cadre général

Le projet d'un programme d'information et de responsabilisation du patient hypertendu dans le cadre du cabinet médical et à l'aide de cassettes audio, tel que présenté par M. L. Lederrey et de M. Dr. I. Nemitz a été accepté par la Commission cantonale de prévention. Le contrat entre les promoteurs du programme et la Commission cantonale de prévention prévoyait que le programme soit l'objet d'une évaluation; celle-ci a été confiée à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. Un bilan intermédiaire a été fourni après 4 mois d'expérimentation. Le présent rapport final couvre la période de mi-décembre 1992 (début du projet) au 31 décembre 1993.

Concept du projet

Le projet Pilote pour une Information Personnalisée, Prescrite et Payante (PIPPP) est inspiré du concept de prévention au cabinet médical. Dans leur présentation du PIPPP, les auteurs expliquent que le projet s'articule autour de la relation entre le patient et son médecin traitant. Ce projet vise les objectifs suivants:

- ♦ inciter le patient à prévenir les troubles de la santé liés à l'hypertension tout en étant intéressé au résultat de son traitement
- ♦ soutenir et prolonger le dialogue entre le médecin et le patient au niveau du conseil de prévention et de l'explication médicale, lors d'une pathologie particulièrement préoccupante, ce qui aura pour effet d'augmenter la compliance au traitement.
- ♦ tester la faisabilité et l'efficacité du projet PIPPP par une évaluation de son programme reposant sur une cassette audio consacrée à l'**hypertension artérielle**.

Le projet PIPPP, écrivent les auteurs, consiste en une information que le patient paie, qui lui est prescrite comme un médicament. Le support de cette information est une cassette audio accompagnée d'un résumé écrit de son contenu. La cassette consiste en un enregistrement réalisé sur le mode de l'entretien entre un médecin spécialiste et un client fictif autour de préoccupations et de questions très concrètes sur l'hypertension artérielle. Plus précisément encore, les auteurs soulignent que le PIPPP prend place:

- a) dans un espace bien précis: celui de la consultation médicale
- b) à un moment bien précis: lors du dialogue médecin-patient et notamment autour des questions éventuelles de ce dernier
- c) d'une manière précise: en tant que prolongement, complément et aide-mémoire des explications et des conseils du médecin traitant, et non pour les remplacer.

Les auteurs insistent sur le fait que l'une des composantes essentielles du projet PIPPP réside dans la non-gratuité de l'information prescrite. En effet le patient paie le support d'information (la cassette). Cela à un prix suffisamment bas (15 frs) pour rester à sa portée, mais suffisamment élevé aussi pour déterminer une décision d'achat, et donc un engagement implicite de sa part à écouter l'information qu'il achète. (voir tableau en annexe 1)

Mise en place du projet

Le projet prévoyait que tous les médecins romands susceptibles d'avoir des patients hypertendus dans leur clientèle recevraient une cassette sur l'hypertension artérielle et une documentation sur le programme les incitant à commander des ordonnances, ce qui leur permettrait de prescrire la cassette à leurs patients, qui pourraient la commander ensuite au PIPPP à leurs frais.

Un groupe de travail est mis sur pied par le PIPPP comprenant les membres du PIPPP, un conseiller médical et scientifique, un répondant de la Commission cantonale de prévention et l'équipe d'évaluation de l'IUMSP.

Une première version de la cassette est réalisée par le PIPPP qui demande à 34 professionnels de la santé (sans compter les membres du groupe de travail) et à 9 patients de l'évaluer. 20 experts ont répondu. Globalement les experts sont intéressés par le projet mais mentionnent un certain nombre d'améliorations à porter à la cassette. Le groupe des médecins omni-praticiens est réservé sur l'utilité du projet car il estime que la transmission des connaissances sur l'hypertension doit se faire au cabinet médical par le médecin et qu'il ne doit pas être remplacé par une cassette. Sur la base des remarques des évaluateurs, le PIPPP prépare la deuxième version de la cassette.

Le contenu final des entretiens de la cassette est le suivant:

1ère face: entretien avec un médecin généraliste, le Dr Y.-A. Robert-Grandpierre, sur les caractéristiques et les conséquences physiques de l'HTA:

- ♦ ce que votre médecin entend par une pression trop élevée
- ♦ mesures répétées de la pression en cabinet médical et en ambulatoire
- ♦ variations naturelles de votre pression, ses caractéristiques
- ♦ le caractère silencieux de cette maladie et ses complications
- ♦ principaux organes touchés par l'hypertension artérielle
- ♦ autres facteurs de risques entraînant des dégâts aux artères

- ♦ mesures à prendre pour normaliser la pression artérielle
- ♦ émotions, alimentation, exercice physique, tabac, compliance

Deuxième face: interview avec un psychiatre le Dr A. Burger, sur la dimension émotionnelle de l'HTA:

- ♦ tensions psychiques et leurs effets sur une pression déjà élevée

Pressé par le temps (un projet similaire d'un groupe industriel risque de le devancer), le programme PIPPP a été lancé dans toute la Suisse romande au mois de décembre 1992.

Méthode d'évaluation

Le mandat d'évaluation proposé par l'IUMSP porte sur deux niveaux:

1. L'utilisation de la cassette par les médecins traitants.
2. L'acceptabilité et l'intérêt de l'information et de son support chez les patients.

1. Utilisation de la cassette par les médecins

Pour l'évaluation du programme, le médecin doit remplir une feuille de description du patient (portant le même numéro d'identification que l'ordonnance). Le nombre de feuilles de description reçues en retour permet de connaître le nombre total de cassettes prescrites par les médecins et le type de patients auxquels elles sont prescrites (âge, sexe, niveau d'éducation, profession...). Par des interviews téléphoniques auprès des médecins ayant prescrit au moins une cassette, les "politiques de prescription" sont investiguées. Cela permet aussi de connaître l'opinion des médecins quant au principe de la prescription et du paiement, au sujet du contenu et de la réalisation de la cassette, ainsi que sur l'effet observé chez le patient et sur le désir du médecin de poursuivre l'action.

2. Acceptabilité de la cassette par les patients

Le nombre d'ordonnances reçues par le PIPPP donne le nombre de cassettes commandées par les patients permettant aussi de calculer un taux d'achat par rapport aux prescriptions. L'interview téléphonique des patients ayant commandé la cassette permet de savoir s'ils l'ont écoutée, si elle les a intéressés et donne quelques indications sur les effets de la prescription.

Déroulement du projet (actions menées par le PIPPP)

Décembre 1992	premier envoi de la cassette HTA et d'une documentation ad hoc (livret d'auto-évaluation pour le patient, tableau) à 1760 médecins romands. Dans le canton de Vaud, elle est envoyée à 654 médecins dont 532 médecins généralistes, internistes ou généralistes, 23 cardiologues, 18 endocrinologues et gastro-entérologues, 17 neurologues et 64 gynécologues et néphrologues. Dans les autres cantons romands elle n'est envoyée qu'aux généralistes, internistes et cardiologues (Genève: 437, Valais: 264, Fribourg: 145, Neuchâtel: 206, Jura: 54).
Décembre, janvier, février 1993	envoi des ordonnances aux médecins intéressés. Envoi de la cassette aux patients désirant l'acheter. relance des premiers médecins vaudois ayant répondu et commandé des ordonnances (N=34), mais n'ayant peu ou pas prescrit. Un petit questionnaire investiguait les raisons de non prescription.
Mars 1993	relance des médecins lausannois généralistes, internistes et cardiologues qui ont reçu le set de départ mais n'ont pas commandé les ordonnances (N=155).
Avril 1993	relance des médecins genevois, fribourgeois, valaisans, neuchâtelois, jurassiens ayant répondu et commandé des ordonnances (N=58), mais n'ayant pas ou peu prescrit la cassette. Un petit questionnaire investigate les raisons de non prescription. Les responsables du PIPPP créent deux nouvelles cassettes audio pour l'information des patients ("Anxiété ou confiance", "Ces vieux qui s'en vont partir" ¹) et les proposent à ces médecins, en plus et pour encadrer la cassette HTA.
Juin 1993	information envoyée à de nombreuses sociétés de médecine, ainsi que divers journaux médicaux sur les premiers résultats du PIPPP (bilan intermédiaire) et demande de réactions.
Septembre 1993	service de presse auprès de 33 rédactions romandes.
Octobre 1993	deuxième envoi (résumé du bilan intermédiaire et dépliant publicitaire) auprès de 1800 médecins romands. Les deux nouvelles cassettes leur sont aussi proposées ("Anxiété ou confiance", "Ces vieux qui s'en vont partir"), en plus et pour encadrer la cassette HTA.
Janvier 1994	Préparation d'une opération similaire auprès des officines de pharmaciens (en cours).
Entre novembre 1993 mars 1994	annonces publicitaires dans la presse quotidienne et dans et OPTIMA

1 Dans la cassette "Anxiété ou confiance" un psychiatre développe le thème de l'anxiété en s'adressant au patient pour l'aider à mieux comprendre les causes et les raisons d'être de ses angoisses. Dans la cassette "Ces vieux qui s'en vont partir" un spécialiste auprès de la personne âgée s'adresse à l'ainé et à sa famille pour dédramatiser et déculpabiliser le moment délicat du placement en institution gériatrique et de l'assistance à domicile.

Résultats

1. Utilisation de la cassette par les médecins

Au 31 décembre 1993, c'est-à-dire après une année de projet, 127 médecins ont commandé des ordonnances, représentant 7.2% des médecins ayant reçu l'offre (FR=10.3%, VD=8.4%, NE=7.3%, GE=6.6%, JU=5.5%, VS=3.8%).

Parmi ceux-ci, 16 médecins ont prescrit au moins une fois la cassette (12.5% des médecins ayant commandé les ordonnances, 0.9% du total des médecins contactés).

Pendant la durée de l'expérience, 68 cassettes ont été prescrites par ces 16 médecins et 53 cassettes ont été achetées par les patients.

Interviews des médecins ayant prescrit la cassette

Parmi les 16 médecins qui ont prescrit la cassette, 2 ont été interrogés pour le pré-test du questionnaire et 3 pour le bilan intermédiaire. 7 médecins ont pu être interviewés pour le rapport final, deux médecins n'ont pu répondre pour raison de maladie et nous n'avons pas réussi à atteindre les deux derniers malgré plusieurs essais. Vu le nombre limité de médecins prescripteurs, nous ajoutons aux 7 médecins interrogés pour le rapport final, les 3 médecins interrogés pour le bilan intermédiaire.

Politique de prescription

Le nombre de cassettes prescrites étant faible, il est intéressant de connaître à quels types de patients la cassette est prescrite. Différentes politiques de prescription peuvent être mises en évidence, certains médecins en cumulant plusieurs (les résumés des interviews et des politiques de prévention des médecins sont en annexe 2).

On peut décrire quatre politiques de prescription:

- ♦ prescription de la cassette à tous les "nouveaux hypertendus". C'est le cas des médecins D2, D3, D6, D8. D8 estime qu'il est inutile de la prescrire à des patients qui connaissent leur diagnostic d'hypertension depuis longtemps, car, d'après lui, ces derniers se sont déjà documentés. Ce médecin est tout à fait convaincu de l'utilité de la cassette, car expliquer le problème lors de la consultation n'est pas suffisant : les patients sont stressés par la découverte de leur maladie et ne mémorisent pas. D2 propose, sans l'imposer, la cassette à toutes les personnes chez qui on vient de mettre en évidence une HTA. D3 propose la cassette plus volontiers aux nouveaux cas d'HTA qu'aux anciens. D6 a adapté le programme du PIPPP à son idée: il prescrit ou plus généralement prête sa cassette à ses nouveaux cas d'HTA. Il explique son problème au patient, lui prête la cassette et ce dernier doit la rapporter pour la consultation suivante où une discussion est engagée.

- ♦ prescription de la cassette aux patients "difficiles" (D1, D2, D7, D9). D9, qui a théoriquement une politique de prévention très large, puisqu'elle estime qu'elle devrait la prescrire à tous ses patients hypertendus et à tous ses nouveaux patients hypertendus, ne l'a prescrite qu'à une personne hypertendue qui présente de nombreux facteurs de risques de complications et qu'elle essaie de faire changer depuis des années "pour qu'il se prenne en charge". D1 estime que la cassette est la bienvenue pour les patients sceptiques, indécis et qu'elle aide à la compliance. D2 prescrit la cassette à ceux qui ne comprennent pas l'importance de l'HTA, ainsi, grâce à la cassette, "le patient a l'impression que c'est sérieux". D7 ne prescrit pas la cassette aux personnes dont il a l'impression qu'elles comprennent l'importance de l'HTA seulement avec ses explications. Par contre, il la prescrit à des patients qui n'ont que ce problème et qui refusent de prendre des médicaments, ceci pour essayer de les convaincre.
- ♦ prescription de la cassette seulement aux personnes intéressées (D4, D10). D10 ne prescrit la cassette qu'à des personnes ayant une motivation personnelle à en savoir plus sur l'HTA. D4 ne l'a proposée qu'à des personnes qui demandaient beaucoup de détails, cela pour compléter ce qui est dit au cabinet médical.
- ♦ prescription de la cassette aux jeunes. D6 prête sa cassette aux plus jeunes hypertendus.

Comme cela a été mis en évidence dans le bilan intermédiaire, les médecins pratiquent des "politiques de prescription" qui limitent la vente des cassettes. Ainsi aucun médecin ne prévoit de proposer la cassette à tous ses patients hypertendus. La cassette est plus souvent prescrite aux nouveaux hypertendus, aux jeunes, pressentis comme plus motivés pour apprendre de nouvelles connaissances et comme dernier recours pour les personnes que le médecin n'arrive pas à convaincre de prendre leurs médicaments.

Sept médecins n'ont jamais renoncé à une première intention de prescrire la cassette. Deux médecins ont parfois renoncé en constatant que "certaines personnes étaient un peu frustrées, un peu limitées intellectuellement" (D4) ou "pas assez subtiles" (D5). D4 a aussi conseillé un livre à certaines personnes qui faisaient la moue. D7, après avoir constaté que deux des quatre patients auxquels il a prescrit la cassette l'ont achetée et qu'un seul l'a écoutée attentivement, s'est démotivé et a arrêté de la prescrire.

D'autre part, certains médecins ont eu de la peine à convaincre leur patients. D7 a dû argumenter une fois pour convaincre un patient de prendre la cassette et D2 a eu des patients qui ont dit qu'ils allaient y réfléchir (pour des raisons financières). D2 a eu également deux personnes âgées qui ont refusé de prendre la cassette car elles n'avaient pas de cassetophone.

La prescription n'a pas occasionné d'autres difficultés, D1 mentionnant simplement qu'elle nécessite des explications.

Principe de la prescription et du paiement

Tous les médecins, à une exception près, pensent qu'il est favorable qu'elle soit prescrite par eux-mêmes et payante. D9 estime que c'est bien qu'elle soit payante, car "nous sommes dans une société de consommation où tout se paie, et cela rend plus responsables les gens s'ils doivent payer". Ils soulignent qu'ainsi "chacun prend ses responsabilités" et que la distribution gratuite enlève de la valeur à un produit. Un seul médecin (D1) n'apprécie pas que cette action passe par un organisme privé, le côté financier le dérange bien qu'il remarque aussi que le paiement de la cassette puisse stimuler l'écoute. Un médecin pense, contrairement aux autres, que le prix de la cassette est un obstacle à son achat.

Les médecins sont d'une manière générale favorable à la forme de la prescription. D7 estime que "ça concrétise les choses, oblige à une démarche et trie les intéressés des non intéressés". D3 trouve la prescription un peu curieuse: "on donne une publicité pour un article, on conseille de l'acheter mais on laisse le choix libre au patient".

Quatre médecins apprécient que la cassette soit distribuée dans le cadre de la consultation et trois médecins estiment qu'elle pourrait aussi être proposée ailleurs. D3 trouve qu'on devrait lui faire une publicité externe sous forme libre et que la population s'intéresserait tout autant à l'acheter dans les pharmacies et les libraires, D4 estime aussi qu'elle devrait être en vente dans les librairies et D7 pense que ce serait une bonne chose de la proposer dans le cadre d'actions de prévention comme le don du sang ou le camion de radiographie.

Contenu de la cassette

Tous les médecins ont trouvé la cassette très intéressante et pensent en particulier qu'elle reflète bien la discussion au cabinet médical. D9 est la plus prolixe : "elle explique bien, de manière saine, sans "rendre les patients plus malades", elle est accessible aux laïcs, elle n'utilise pas un langage trop difficile". D7 trouve que c'est une bonne base de données qui fait un survol simple des questions importantes sur l'HTA. Mais D7 estime que la deuxième face de la cassette contenant le dialogue avec un psychiatre n'était pas nécessaire et que la discussion du problème du stress est trop détaillée quoique intéressante. Il a apprécié la forme du dialogue entre un médecin et son patient. D8 dit conseiller en priorité la première face (entretien avec un généraliste, conséquences physiques de l'HTA), car il trouve la deuxième face (entretien avec psychiatre) un peu "fumeuse", cette dernière "ne colle pas toujours avec la réalité, les patients risquent de mélanger et de croire que leur problème est psychologique". D5 estime que la deuxième

face concerne "n'importe quel malade psychosomatique, toutefois cette cassette ne devrait pas être remise dans les mains de n'importe qui sans explications du médecin". D8 trouve la cassette un peu simpliste quoique bien faite. D6 a reçu quelques critiques de ses patients: cassette un peu trop longue, l'auraient souhaitée plus technique et plus concise.

La qualité technique de la cassette est jugée bonne par tous les médecins. D1 et D2 trouvent que les explications sont claires. Pour D1 le texte est bien subdivisé, le langage compréhensible, les quatre types de médicaments utiles sont mis en évidence. Le livret est apprécié par ceux qui l'ont lu, mais personne n'a utilisé le tableau expliquant que la tension artérielle se mesure par 2 chiffres.

Prix de la cassette et raison de l'achat

Le prix de la cassette est jugé raisonnable par la plupart des médecins, l'un d'entre eux estimant qu'il est à son maximum. D8 qui estime que la cassette aurait dû être gratuite et que ses patients ne l'ont pas achetée pour des raisons financières, pensait qu'aucun de ses patients auxquels il avait prescrit la cassette ne l'avait achetée (ce qui s'est confirmé par l'analyse des fiches). D1 et D2 pensent que certains patients ne l'ont peut-être pas achetée à cause du prix, D3 pense que c'est plutôt par manque d'intérêt. Bien que certains médecins s'inquiètent du prix de la cassette, qui n'est pas remboursé par les assurances, cela ne semble pas un problème majeur puisque les quatre cinquièmes des acheteurs ont estimé qu'il est normal de payer pour une cassette, et la majorité a trouvé le prix raisonnable.

Effets de la prescription remarqués par le médecin

Cinq médecins pensent que tous leurs patients ont acheté la cassette, quatre médecins ne savent pas ou ont des doutes et un dernier sait que deux patients sur quatre ne l'ont pas achetée.

Cinq médecins (D2, D3, D5, D6, D8) estiment que l'écoute de la cassette a des effets positifs. D2 constate que lorsque ses patients reviennent, ils discutent plus volontiers. D3 a un patient qui lui a dit avoir trouvé la cassette intéressante et il suppose que ces patients prennent mieux leurs médicaments. D5 estime que ses patients ont écouté la cassette et qu'ils comprennent mieux leur problème d'HTA. D6 a constaté plus de motivation de la part de ses patients, l'un d'entre eux voulant ensuite prendre ses médicaments deux fois par jour. Pour D8, les patients sont plus impliqués, ils posent des questions, s'intéressent plus à leur problème et sont mieux informés.

D1 est plutôt déçu car il a constaté que la prescription de la cassette n'a pas favorisé la discussion. D4 a des doutes sur l'utilité de la cassette car "les personnes intéressées sont celles qui vont suivre le traitement régulièrement de toute façon, les personnes plus

limitées le suivront moins, donc on n'atteint pas les personnes qui seraient les moins compliantes".

Trois médecins (D7, D9, D10) estiment ne pas pouvoir répondre.

Suite de l'action

Sept médecins (D2, D4, D5, D6, D8, D9, D10) souhaiteraient que cette action soit poursuivie. Deux d'entre eux (D2 et D5) trouvent qu'une cassette audiovisuelle serait encore mieux. D6 la considère comme un moyen parmi d'autres.

Trois médecins expriment des restrictions (D1, D3, D7) mais sans vouloir supprimer le programme. D1 trouve que cette cassette est un "plus" mais aussi un gadget, car elle n'est utilisée qu'une fois. D3 voit cette cassette comme un appoint au traitement, car les personnes à qui elle est prescrite comprennent d'emblée qu'elles ont besoin d'un traitement. D7 pense qu'elle est utile mais pas à la portée de tout le monde.

Six médecins proposent des thèmes pour d'autres cassettes. Certains en souhaiteraient pour des maladies chroniques et d'autres pour des maladies asymptomatiques. Les problèmes de santé suivants sont cités par les médecins: diabète (6), rhumatisme (2), allergies (2), asthme (2), angor, colon spastique, régime hyperlipidémique, bronchite, arthrose, hyperlipémie, alimentation, cholestérol, douleurs thoraciques.

Evaluation des raisons de non-prescription

Nous donnons ici un compte-rendu succinct d'un questionnaire envoyé par M. L. Léderrey à tous les médecins ayant commandé les ordonnances mais n'ayant peu ou pas prescrit (N=92).

46 médecins ont répondu: 18 ont bien reçu les ordonnances commandées, mais n'ont pas encore pensé à les utiliser. 17 ont bien reçu les ordonnances, mais estiment qu'aucun ou peu de leurs patients hypertendus ont pour l'instant justifié d'une prescription de la cassette de vulgarisation. Trois personnes ont souhaité recevoir les ordonnances qu'ils n'avaient pas reçues ou égarées. Deux médecins, ayant constaté que la prescription était liée à une description du profil de leurs patients hypertendus, ceci pour des besoins de l'évaluation du programme, ont renoncé à les utiliser. Deux médecins n'avaient pas terminé d'évaluer pour eux-mêmes la cassette, trois autres avaient déjà renvoyé des fiches de description et une personne souhaitait ne plus faire partie du programme.

2. Acceptabilité de la cassette par les patients

Pendant la durée de l'expérience, 68 cassettes ont été prescrites par les médecins et 53 achetées par les patients; le taux d'achat des patients est donc de 78%. La description de 9 patients ne nous est pas parvenue.

Caractéristiques générales des acheteurs et des non acheteurs

La fiche de description du patient auquel le médecin prescrit la cassette permet d'étudier si les acheteurs ont des caractéristiques différentes des non acheteurs. L'âge moyen des patients auxquels la cassette a été prescrite est de 57.7 ans, 36 sont des hommes et 31 des femmes. L'âge moyen des personnes ayant commandé la cassette est de 58.5 ans, celui des personnes n'ayant pas commandé la cassette est de 55.3 ans (différence non significative). Il existe donc une légère tendance des plus jeunes à ne pas commander la cassette. Les cadres supérieurs et les indépendants l'ont tous achetée, de même qu'une forte majorité des cadres moyens, des retraités et des ménagères. Il semble aussi que les personnes n'ayant pas une bonne compréhension du français ont moins commandé la cassette.

		Personnes ayant commandé la cassette	Personnes n'ayant pas commandé la cassette
Age	Intervalle	31-87	42-83
	Moyenne	58.5	55.4
	Médiane	60	51
Sexe	Masculin	27	9
	Féminin	25	6
Profession	Indépendant	1	0
	Cadre sup.	4	0
	Cadre moy.	3	1
	Employé	8	7
	Ouvrier	5	2
	Retraité	11	2
	Ménagère	10	2
Compréh. français	Val1 (excellente)	43	10
	Val2 (bonne)	2	1
	Val3 (moyenne)	0	2
Education	Elémentaire	8	3
	Moyen	24	7
	Elevé	11	4
Sévérité HTA	HTA essentielle	37	13
	HTA autre	3	0
	En investigation	5	1
Connu	non	0	0
	oui < 1 an	17	5
	oui > 1 an	28	9
Traitement	Aucun	5	1
	Médicaments	40	12
	Diète	0	1

Taux d'écoute

L'interview téléphonique a été réalisé auprès de 42 personnes (bilan intermédiaire + rapport final, 1 personne qui avait répondu n'avoir pas eu le temps d'écouter la cassette lors du bilan intermédiaire a pu être interviewée pour le rapport final). Aucune personne contactée n'a refusé catégoriquement de répondre, mais une personne a demandé à

répondre au questionnaire par écrit et ne l'a pas fait, une autre a branché son répondeur automatique à l'heure de l'interview.

Deux personnes n'ont pas écouté la cassette par manque de temps, l'une ne prend actuellement plus de médicaments et ne se sent donc pas très concernée et l'autre déménageait. Une autre personne a d'abord refusé l'interview, puis au cours de la discussion, il s'est révélé qu'elle n'avait pas réussi à écouter la cassette ("je n'entendais rien sur mon cassetophone dans ma voiture"). Une personne n'a écouté que la première face, une autre personne ne l'avait écoutée que partiellement (et seulement une partie de la première face), mais elle avait mal compris les explications du médecin et pensait recevoir un appareil pour mesurer la tension et, de ce fait, était très déçue de n'avoir reçu qu'une cassette.

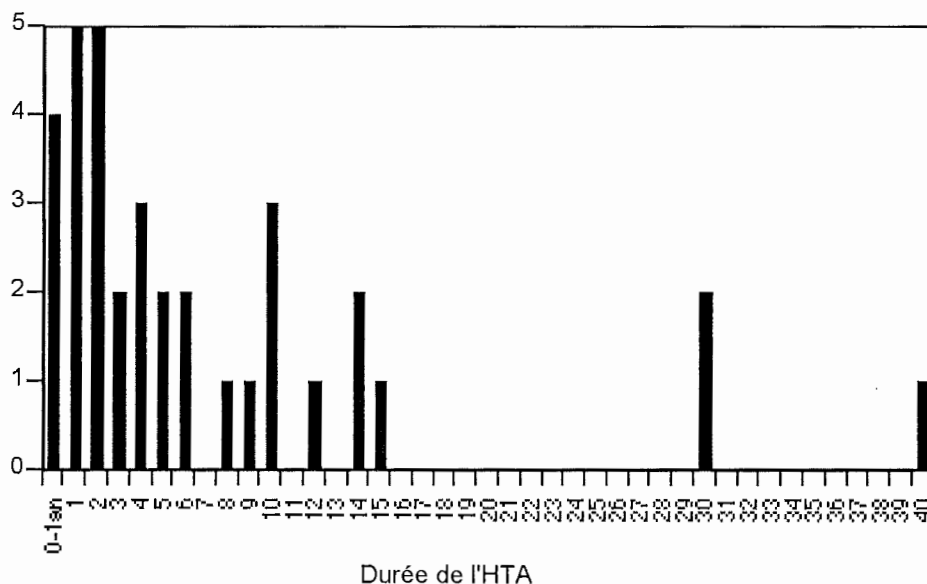
Sur les 40 personnes ayant accepté l'interview, 5 n'avaient donc pas écouté la cassette (ou pas entièrement), ce qui représente un taux d'écoute de 88%.

La perspective d'un interview a probablement encouragé quelques patients (3 au maximum) à écouter la cassette car les patients qui n'avaient pas écouté la cassette au premier contact téléphonique ont été sollicités pour un interview ultérieur. Une personne en tout cas a admis qu'elle ne l'aurait pas écoutée si la perspective d'un nouvel interview n'avait pas existé.

Caractéristiques générales des personnes interviewées

La moyenne de la durée de l'HTA est de 8,3 ans et la médiane de 4 ans. Certains viennent de découvrir leur HTA, mais la durée de l'HTA peut aller jusqu'à 40 ans (voir graphique ci-dessous). 32 personnes suivent un traitement pour leur HTA (médicaments) et 3 n'ont pas de traitement.

Durée de l'hypertension artérielle



8 personnes suivent un traitement pour un autre problème de santé. 20 répondants trouvent que c'est un problème d'avoir de l'HTA et 12 que ce n'est pas un problème. Seulement 3 personnes estiment que leur santé n'est pas très bonne, les autres se considérant en bonne ou très bonne santé.

Circonstances de la prescription

La cassette a toujours été prescrite lors d'une visite de contrôle d'une HTA de longue date ou lors de l'établissement de la médication. Le médecin, après avoir pris la tension de son patient, engage une conversation sur ce problème et propose la cassette. Un seul médecin (d'origine étrangère) n'a pas compris la prescription et a envoyé cassette et facture directement à ses patients, sans les avoir préalablement informés.

Ecoute de la cassette

Parmi les personnes interviewées, cinq personnes n'ont pas écouté la cassette.

La majorité des patients ont écouté la cassette dès qu'ils l'ont reçue (21), dans les jours (3) ou dans la semaine (4) qui ont suivi l'envoi. Cinq personnes l'ont écoutée dans le mois qui a suivi l'envoi, deux personnes l'ont écoutée plus tard.

Deux tiers ont écouté la cassette en une seule fois et un tiers en plusieurs fois. Plusieurs patients ont fait la remarque qu'ils auraient dû l'écouter en plusieurs fois, car l'écouter en une seule fois implique beaucoup de concentration et ne permet pas de mémoriser. Certains répondants l'ont écoutée en faisant une autre activité (conduire la voiture, cuisiner...).

La majorité des patients n'ont écouté qu'une fois la cassette (15), sept l'ont écoutée deux fois et onze de trois fois à plus de dix fois. Toutefois il faut tenir compte du fait que certains l'avaient reçue récemment et n'avaient pas eu le temps de l'écouter plusieurs fois. Plusieurs répondants ont aussi manifesté leur envie de l'écouter à nouveau. Deux tiers des répondants ont écouté la cassette seuls et un tiers avec d'autres personnes, le plus souvent le conjoint ou la famille. Un quart des patients ont fait bénéficier des amis, des parents, des voisins de l'écoute de la cassette et plusieurs ont l'intention de le faire. La plupart de ceux qui ne l'ont pas prêtée disent ne pas connaître de personnes hypertendues dans leur entourage. Les trois quarts des patients ont lu (ou en tout cas feuilleté pour certains) le livret qui accompagnait la cassette. Il a été apprécié et n'a reçu aucune critique négative. Il a été trouvé "instructif", "pertinent" et "confirmant la cassette".

Fond

Pour juger des connaissances acquises, nous ne pouvions poser des questions qui auraient donné une apparence trop "scolaire" à notre entretien téléphonique. Dans un premier temps nous avons donc choisi de demander aux répondants quels aspects du

contenu de la cassette les avaient le plus intéressés. Les répondants ont manifesté beaucoup d'intérêt pour la cassette et ont exprimé de nombreuses appréciations positives: la cassette confirme ce qu'avait dit le médecin tout en donnant plus de détails, un patient affirmant même qu'elle explique mieux que son médecin; certains estiment avoir compris ce qu'est l'hypertension grâce à la cassette, l'un d'eux affirmant que la cassette lui a "ouvert les yeux"; plusieurs mentionnent un intérêt égal pour les deux faces de la cassette; la cassette est plus accessible qu'un livre, un répondant allant même jusqu'à dire qu'elle est "relaxante" ou que la cassette "fait du bien, les paroles font tilt dans la tête"; "elle est bien vulgarisée, simple, bien expliquée et le problème n'est pas banalisé"; certains ont cité des aspects qui les ont intéressés : comment lutter contre ce phénomène et comprendre ses causes, explique "la vie et le régime que je dois suivre"; Toutefois la plupart ont répondu que tout les avait intéressés, ce qui nous a semblé une solution adoptée par ceux qui ne se souvenaient de rien de précis, raison pour laquelle, dans les derniers interviews, nous avons demandé de citer des thèmes de la cassette. Les thèmes cités sont la définition d'une tension trop élevée, comment prendre la tension, les données générales sur l'HTA, les conséquences de l'HTA, l'augmentation de l'HTA sous l'effet du stress, éviter de grossir, éviter le sel et l'alcool, la prise des médicaments à vie, les moyens pour faire baisser la tension.

Quatre personnes ont exprimé des commentaires négatifs : un patient estime que la cassette ne lui a pas vraiment apporté quelque chose, une patiente professeur de yoga a été déçue par la partie psychologique (elle n'a rien appris de nouveau), un autre dit qu'il avale ses pilules et oublie son problème, ce qui compte pour lui est que son médecin ait trouvé celle qui lui convient, et dit par boutade que la seule chose qu'il ait apprécié dans la cassette est la musique, un dernier patient estime que la cassette ne fait pas assez peur. A une exception près, tous les patients ne souhaitaient pas d'informations supplémentaires et ne trouvaient pas non plus que la cassette donnait trop d'informations. La seule personne qui aurait voulu plus d'informations n'avait pas encore de diagnostic établi à ses problèmes de santé, ce qui explique son intérêt à en savoir plus.

L'hypertension est-elle un problème important?

Une autre question permettait de faire une évaluation des connaissances sur l'hypertension artérielle : on demandait aux patients s'ils estimaient que l'hypertension est un problème de santé important. Une seule personne pense qu'il "ne faut pas se laisser emballer" et refuse d'ailleurs de prendre des médicaments pour son problème d'hypertension. Cinq personnes sont ambivalentes : "ça dépend si on en a un peu ou beaucoup, si on en a beaucoup, c'est grave", "ça dépend des natures, à surveiller, l'hypertension peut mener à d'autres complications, si on est soigné on se protège", "ce problème ne semble pas important mais il faut se forcer à se soigner", "ce problème

pourrait devenir important, je dois vivre en fonction de ça", "d'un côté, je ne veux pas le savoir (que j'ai un problème d'hypertension), d'un autre côté, c'est un problème important". Tous les autres patients sont d'avis que l'hypertension est un problème grave. Onze personnes ont justifié leur réponse positive. Cinq personnes ont donné des raisons médicales : "c'est la première cause des décès", "la circulation sanguine peut provoquer des lésions cérébrales", "les artères, le coeur, c'est important", "beaucoup de maladies ont ce problème pour cause", "on peut avoir des problèmes plus importants si on ne se soigne pas", trois personnes ont rappelé qu'il faut contrôler, suivre ce problème, "se gaffer", trois personnes ont mentionné que ce problème de santé n'est pas assez connu ou qu'ils ont appris leur problème d'hypertension par hasard. Les réponses à cette question montrent que les patients savent que cette affection peut avoir des conséquences graves sur la santé, et montrent donc une bonne connaissance générale de ce problème.

Forme

A l'unanimité, les répondants trouvent la cassette bien faite. Tous la trouvent compréhensible à l'exception de deux personnes qui la trouvent trop simple. Les trois quarts des répondants trouvent que la cassette est d'une longueur satisfaisante, toutefois plusieurs mentionnent qu'il ne faudrait pas qu'elle soit plus longue. Un quart la trouve trop longue et une personne la trouve trop courte. L'un estime que "les informations principales sont présentées mais qu'on aurait pu encore développer la première partie". Certains ont parlé de problèmes de concentration si on l'écoutait d'une seule traite. L'utilisation d'un dialogue entre un médecin et son patient a été diversement appréciée : certains ont aimé, d'autres, au contraire, ont estimé qu'on aurait pu s'en passer.

Impact de l'écoute de la cassette

Les impressions au moment de la première écoute de la cassette sont très variées. Plusieurs mentionnent qu'ils n'ont pas réagi à l'écoute de la cassette ou qu'ils n'ont pas été surpris car ils connaissaient déjà le sujet ou que cela confirmait ce que le médecin leur avait dit, l'un précisant "qu'il a eu sa première réaction chez le médecin quand il a appris qu'il allait devoir prendre des médicaments toute sa vie". Des patients répondent seulement qu'ils ont été intéressés et que cela "leur a donné à réfléchir" ou qu'ils ont "découvert pas mal de choses". Un patient se dit "étonné d'apprendre qu'on ne se rend pas compte qu'on a de l'hypertension artérielle". Chez plusieurs répondants, on peut constater une prise de conscience de la gravité du problème : "c'est une chose sérieuse à prendre en compte", "j'ai compris que je dois faire attention, me soigner, être attentif au problème", "elle (la cassette) m'a fait comprendre que je dois me soigner". Un autre a été impressionné d'apprendre qu'il a de l'hypertension artérielle et doit se soigner à vie.

D'autres réponses montrent aussi que des éléments positifs ont été retirés de l'écoute de la cassette : "la cassette m'a rassuré, elle explique comment faire avec, c'est un encouragement", "je l'ai écoutée comme un médicament", "la cassette ne banalise pas mais dédramatise, je n'ai pas ressenti un choc car ça se soigne, on n'apprend pas qu'on a de l'hypertension artérielle comme on apprend qu'on a le sida", "je n'ai pas été catastrophé, la cassette confirmait la consultation, mais avec plus de détails", "d'habitude je jette les cassettes, mais celle-ci, je l'ai conservée car elle est intéressante et en discutant avec des amis de ces problèmes, je peux m'y référer". Un patient s'est même plaint qu'elle ne lui ait pas été prescrite plus tôt. Un autre a aussi constaté "qu'elle s'écoute plus facilement qu'un livre ne se lit".

Apport de l'écoute de la cassette

Les réponses spontanées concernant l'écoute de la cassette montrent qu'une majorité de répondants (26 personnes) estime que cela leur a apporté quelque chose par rapport à leur problème d'hypertension. Trois patients ne peuvent ou ne veulent répondre, l'un précisant qu'"il n'a pas assez de recul pour savoir ce qu'a apporté la cassette, le sport ou le médecin".

L'écoute de la cassette a d'abord apporté des connaissances aux patients : "j'ai une meilleure connaissance du problème", "je comprends ce qui se passe", "j'apprécie d'avoir appris le nom des médicaments et les cinq grandes classes de médicaments. Comme ça, si mes médicaments ne me conviennent pas, je pourrai demander à changer de classe de médicaments". Elle a encouragé certains répondants à suivre leur traitement : "la cassette m'a montré le bien fondé du traitement à long terme" ou "cela m'a encouragé à prendre mes médicaments". Mais les réactions les plus nombreuses ont été des changements de comportements au niveau du *stress* : "je fais attention à ne pas m'énerver, je réagissais trop, chaque fois que je l'écoute, je fais plus attention", "la cassette m'a encouragé à vivre autrement, à moins courir, moins stresser, j'ai complètement changé mon style de vie grâce à la cassette", "j'avais tendance à prendre trop les choses à coeur, j'apprends à voir les choses plus calmement", et de la *nourriture* : "je ne mange plus certaines choses, pas de charcuterie, de frites mais des légumes frais", "je ne fais pas trop d'excès", "j'ai changé l'huile et le beurre, je mange plus de légumes, moins de viande et surtout moins de viande rouge".

Trois personnes ont mentionné spontanément que l'écoute de la cassette les a encouragés à prendre leurs médicaments.

Parmi ceux qui estiment que la cassette ne leur a rien apporté, certains font remarquer qu'ils prenaient déjà régulièrement leurs médicaments, d'autres sont décidés à ne pas changer leur style de vie : "je ne veux pas abandonner les plaisirs de la table", "je me suis fait à l'idée d'avoir un support médical".

Plusieurs personnes ont appris à dépister chez eux des signes de tension excessive. Ils essaient de les limiter en fonction de leurs problèmes personnels : "je me repose, je me détends, je change d'idées", "je réfléchis à ce que je mange et j'évite les aliments salés", "les jeux de cartes m'excitent car je dois me concentrer, je bouillonne à l'intérieur", "avant je m'énervais vraiment, maintenant je me calme, j'évite aussi le stress et n'arrive pas cinq minutes avant que l'avion décolle".

A la question : pensez-vous que des meilleures connaissances sur l'hypertension artérielle permettent d'améliorer ce problème de santé? les répondants ne trouvent pas que ces connaissances sont inutiles mais ils pensent plutôt qu'elles ne sont pas suffisantes: "la connaissance, c'est une chose, soigner, c'est autre chose". D'autres pensent que c'est un problème personnel, que c'est une question de vie " les gens galopent pour leur travail et se stressent" ou que changer ses habitudes n'est pas facile. La majorité pense toutefois que des connaissances peuvent améliorer ce problème de santé.

Idée de la cassette sur l'hypertension

L'idée de faire une cassette sur l'hypertension artérielle pour les patients atteints par ce problème de santé a été approuvée par tous les patients, sauf une exception. Deux personnes font remarquer que souvent le médecin n'a pas le temps de donner autant de renseignements que ceux contenus sur la cassette et un autre estime qu'on a de la peine à se rappeler de toutes les explications données et qu'il est difficile de poser deux fois la même question à son médecin si on n'a pas bien compris. Toutefois certains répondants estiment que la cassette est seulement utile pour les personnes qui ne connaissent encore rien à ce problème de santé. Un patient propose spontanément que d'autres sujets soient traités de la même façon et un autre qu'elle soit mise en vente dans des magasins vendant des produits pour la santé ou dans le département santé des librairies.

La seule personne qui a trouvé que c'était une mauvaise idée est un homme qui refuse de prendre des médicaments pour ses problèmes d'hypertension et que nous situerions dans la phase de déni de la maladie (selon la théorie de Kubler-Ross).

Marketing

Les quatre cinquièmes des répondants estiment qu'il est normal de payer la cassette et l'expriment par des aphorismes tels que: "tout travail mérite salaire", "on n'a rien sans rien", "tout se paie". Un patient fait remarquer, tout à fait dans la ligne du projet qu'"on écoute mieux, c'est plus sérieux parce qu'on a payé, si on ne l'a pas payé, on la met de côté et on ne l'écoute pas". Un autre fait remarquer que "ce n'est pas un achat courant et ce n'est rien par rapport au problème".

La plupart de ceux qui ne trouvaient pas normal de payer la cassette auraient souhaité qu'elle soit remboursée par les assurances ou qu'elle soit distribuée gratuitement par le médecin. Un patient a même essayé d'envoyer sa facture à son assurance, sans succès.

A l'unanimité (à part une personne qui avait déjà trouvé que la cassette n'était pas une bonne idée), le prix de la cassette est jugé raisonnable. Un patient fait toutefois remarquer que si elle était distribuée plus largement, c'est à dire dans les pharmacies, elle pourrait être moins chère.

22 personnes citent des thèmes sur lesquels d'autres cassettes pourraient être réalisées, 11 ne souhaiteraient pas d'autres cassettes et 3 personnes ne peuvent sur le moment donner de réponse. Les problèmes de santé qui intéresseraient les patients sont présentés par ordre décroissant de fréquence du choix (les répondants pouvaient citer plusieurs problèmes de santé): les cancers dont le cancer du colon et du pancréas (6), les maladies cardiaques (5), le sida (2), le cholestérol (2) l'alcoolisme (2), les poumons en association avec la fumée (2), la prostate (2), la dépression (2), les problèmes de santé restant n'ont été cités qu'une fois: la sclérose en plaque, le diabète, les migraines, l'arthrose, la colonne vertébrale, l'accouchement, l'insuline, l'angoisse, le foie, l'appareil digestif, les drogues, les examens du colon, les abus-excès, la relaxation, être positif.

La plupart les écouterait sauf trois personnes, l'une n'aime pas les cassettes, l'autre n'a pas de cassetophone et une troisième préférerait les cassettes audiovisuelles.

Typologie de l'apport de l'écoute de la cassette

Ces interviews permettent de définir une typologie de l'apport de la cassette aux patients. Il faut toutefois remarquer que la question : "La cassette vous a-t-elle apporté quelque chose par rapport à votre problème d'HTA? a été comprise de différentes façons; certains l'ont interprétée au niveau de leur santé (aller mieux ou même être guéri), pour d'autres un apport de connaissances était suffisant pour estimer que la cassette leur avait apporté quelque chose.

La typologie comprend 7 types: les patients appartenant aux 6 premiers types ont écouté la cassette.

- 1 Les patients qui avaient peu de connaissances de l'HTA et qui, grâce à la cassette, ont changé quelque chose dans leurs comportements, particulièrement au niveau de la gestion du stress, de l'alimentation, de la prise des médicaments et du sport (P3, P12, P13, P14, P19, P21, P22, P23, P24, P26, P27, P30, P31, P33, P34, P35).
- 2 Les patients qui avaient peu de connaissances et qui, grâce à la cassette, estiment avoir augmenté leurs connaissances de l'HTA (connaissance de la maladie et comment lutter contre) mais qui ne disent pas avoir changé leurs comportements (P4, P7, P10, P16, P17).

- 3 Les patients qui connaissaient bien le problème de l'HTA, étaient déjà compliants, et qui estiment tout de même avoir augmenté leurs connaissances (P5, P9, P11, P20, P25).
- 4 Les patients qui connaissaient bien le problème de l'HTA et qui estiment que la cassette ne leur a apporté ni connaissances, ni changement au niveau des comportements. Soit ils précisent très clairement qu'ils prenaient déjà leurs médicaments, soit on peut supposer que ce n'est pas un comportement posant problème, puisqu'ils n'en parlent pas. (P2, P6, P8, P18, P29, P32, P36).
- 5 Un patient qui connaissait bien le problème de l'HTA et qui estime que la cassette ne lui a rien apporté car il n'a plus actuellement de problème d'HTA (P28).
- 6 Un patient qui avait peu de connaissances au départ mais qui n'a pas changé de comportement et qui n'estime pas avoir acquis assez de connaissances (non compliant) (P15).
- 7 Les patients qui n'ont pas écouté la cassette (P1, P37, P38, P39, P40).

Les patients appartenant au premier type sont ceux qui ont retiré le plus de la cassette, c'est à dire une augmentation des connaissances et un changement au niveau des comportements. Ils sont 16 et forment un peu plus des deux cinquièmes des patients. Parmi eux, 8 patients ont changé leur comportement au niveau du stress, 6 ont changé leur alimentation, 3 ont été encouragés à prendre leurs médicaments et un patient a commencé à faire du sport.

Les membres du deuxième type de patients estiment avoir augmenté leurs connaissances. Deux répondants ont appris à connaître la maladie et ce qu'il faut faire pour lutter contre, deux autres n'ont pas précisé quelles connaissances ils ont acquises et un dernier mentionne son intérêt pour la cassette mais qu'il ne l'applique pas car "[il] ne peut abandonner les plaisirs de la table".

Les personnes du troisième groupe disaient déjà bien connaître le thème de l'HTA, mais la cassette leur a apporté de nouveaux éléments. P5 signale qu'elle a appris que dans 90% des cas on ne sait pas d'où vient l'HTA, P11 qu'il faut limiter les excès, P25 a mieux compris la relation alcool-HTA.

En se basant sur ce que répondent les patients, on peut constater que pour ces 26 répondants (70%), constituant les trois premiers groupes, la cassette répond largement à ses objectifs, puisqu'elle augmente les connaissances et fait même changer les comportements dans une proportion élevée.

Le quatrième type est formé des gens qui disaient bien connaître le problème de l'HTA et qui n'ont pas précisé si leurs comportements en rapport avec ce problème de santé ont changé. A une exception près, il est formé de personnes de plus de 65 ans.

Une patiente n'avait pas actuellement d'HTA mais en a eu dans un passé récent. Il est clair que son intérêt était plus limité.

Le membre unique du sixième groupe se différencie nettement des autres répondants par son refus d'accepter son problème de santé et de prendre des médicaments.

Dans le bilan intermédiaire, il avait été constaté que les trois quarts des patients qui recevaient une ordonnance achetaient la cassette. On constate ici qu'un petit nombre ($5/40=12\%$) de ces patients ne l'écoutent pas (ceci dans un délai de 2 mois environ). Toutefois, deux de ces personnes ont dit avoir l'intention de l'écouter et deux autres l'ont écoutée en partie.

Les patients des quatre derniers groupes estiment que la cassette ne leur a rien apporté (ou pas encore), mais ils forment moins d'un tiers des patients ayant commandé la cassette.

Premières conclusions

La description du programme PIPPP donnait deux objectifs principaux:

- a) inciter le patient à prévenir les troubles de la santé liés à l'hypertension tout en étant intéressé au résultat de son traitement
- b) soutenir et prolonger le dialogue entre le médecin et le patient au niveau du conseil de prévention et de l'explication médicale, lors d'une pathologie particulièrement préoccupante, ce qui aura pour effet d'augmenter la compliance au traitement.

- 1) Les trois quarts des patients auxquels la cassette avait été prescrite l'ont commandée et la majorité de ceux-ci l'ont écoutée. Parmi ceux qui l'ont écoutée, les deux tiers estiment qu'elle leur a apporté quelque chose, que ce soit au niveau d'un changement de comportement ou à celui de l'acquisition de connaissances. Le premier objectif semble ainsi atteint parmi les patients auxquels la cassette a été prescrite.
- 2) 127 médecins sur 1760 ont commandé les ordonnances (7.2% des médecins contactés), dont 16 médecins seulement (0.9%) ont accepté de jouer le jeu en prescrivant de façon personnalisée la cassette à leurs patients hypertendus.

Le deuxième objectif n'est pas atteint:

- a) au niveau des médecins romands dont la plupart n'ont pas été intéressés par le programme PIPPP
- b) au niveau des médecins ayant joué le jeu, les interviews ont montré qu'ils ne prescrivaient la cassette principalement que dans trois cas de figure: chez les nouveaux patients hypertendus, chez les patients sceptiques face au traitement de l'hypertension, et chez les patients avides de connaissances.

3) Nous avons également prévu des interviews pour mieux comprendre les raisons des médecins ayant commandé des ordonnances (N=92) mais n'ayant pas prescrit de cassette. Les responsables du projet nous ont toutefois devancés en leur envoyant un questionnaire sur les raisons de non-prescription. Sur 92 médecins consultés 46 ont répondu, dont 18 (39%) disent n'avoir pas eu le temps ou pas encore pensé à utiliser les ordonnances commandées; 17 (37%) précisent n'avoir eu jusque-là aucun patient hypertendu justifiant d'une prescription de la cassette; 24% invoquent des raisons diverses.

Pour compléter ces résultats nous avons décidé d'interviewer des spécialistes de la prévention et de l'hypertension artérielle qui nous donneraient leur opinion quant à l'échec du programme auprès de la plupart des médecins.

Raisons de l'intérêt limité des médecins pour ce programme vues par quelques spécialistes

Six spécialistes ont été interrogés par téléphone:

S1, professeur de médecine

S2, membre de la commission cantonale de prévention

S3, professeur de médecine

S4, membre du comité du groupe des médecins omni-praticiens (GMO)

S5, spécialiste des problèmes d'hypertension

S6, professeur, diabétologue

S1 pense que ce type de matériel (la cassette) doit avoir une place "moyenne" dans la pratique des médecins. Mais actuellement les cassettes ne jouent qu'un rôle limité dans la prévention. Il pense que l'HTA est un bon sujet pour une cassette de prévention. Il fait remarquer que c'est quelque chose de nouveau, qu'il faut créer l'habitude et que ce genre de programme va se développer dans l'avenir. Il pense que le fait qu'elle soit prescrite et payante augmente les difficultés de lancement. Il estime qu'il faudrait renoncer aux 15 francs plutôt qu'à la prescription, car la prescription, liée à la consultation, lui donne du poids. Il remarque que les brochures déposées dans la salle d'attente ne sont pas lues. Il lui paraît évident qu'un tel projet ne peut pas marcher la première fois. Pour cela il faut créer un mouvement, et cela ne l'étonne pas que ce projet, pas tellement accompagné, n'ait pas été un succès. Il faudrait une formation des médecins à ce sujet. Il fait aussi remarquer que le battage phénoménal pour les campagnes anti-tabac n'a fait que peu bouger les choses.

S2 fait partie de la commission cantonale de prévention et avait donné un préavis favorable à ce projet. Il trouve la première face bonne mais la deuxième discutable. Il

estime que la cassette ne remplace pas la discussion mais sert de support à celle-ci. Il s'est dit que les médecins allaient peut-être "mordre" mais que ce type de prévention n'est pas dans la mentalité des médecins. Ces derniers sont déjà bombardés de documents à lire et à écouter. Il estime d'ailleurs que le médecin est tout aussi bon que quelqu'un d'autre pour parler d'hypertension artérielle. Il trouve la forme de la prescription compliquée. Le prix lui paraît trop élevé pour une cassette dont le coût de production est bas. Pour lui donner une accessibilité plus large, on devrait la vendre 2-3 francs et les ristourner aux auteurs pour les frais de base.

S3 trouve que la cassette donne une bonne information sur la maladie. Il est mitigé par rapport à ce programme de prévention car il pense qu'une brochure sur l'hypertension est aussi efficace. Il craint qu'une cassette ne s'écoute qu'une fois et soit ensuite mise de côté. Il trouve que le patient a son médecin à disposition pour poser des questions. L'information doit être facturée dans le cadre de la consultation, pas sous ordonnance. D'ailleurs cette information devrait être subventionnée, et le patient ne devrait pas avoir à la payer. Il trouve toutefois que la cassette est bien faite et correcte dans son contenu. Lui-même n'est pas convaincu par cette idée. Ses hypothèses pour expliquer l'échec du projet : marché pas prêt, cassette perçue comme peut-être inutile par les médecins, peut-être une mauvaise programmation du projet.

S4 avait donné un avis négatif à la cassette dans le cadre du GMO. Il n'est pas plus convaincu par la version définitive de la cassette. Personnellement il trouve la cassette trop longue, ennuyeuse et compliquée et pense qu'une cassette audio-visuelle aurait été plus adaptée. Un des défauts des cassettes est qu'on doit les écouter d'un bout à l'autre. Lui-même préfère avoir un dialogue avec le patient, lui donner une brochure et en rediscuter lors d'une des consultations ultérieures. Il pense que si le taux d'achat des patients est élevé, c'est lié à une sélection par les médecins des patients les plus intéressés ou les plus aptes à comprendre une telle cassette. Le GMO n'a pas fait de propagande contre ce projet, toutefois il est choqué de ce budget et regrette qu'aucun médecin généraliste n'ait fait partie de la commission qui lui a attribué les fonds.

S5 est très opposé à la cassette, il la trouve néfaste, voire même dangereuse, on y "mélange les pinceaux", dit-il, car l'hypertension y est confondue avec la tension émotionnelle. Il trouve qu'une vidéo aurait été plus valable car l'image permet mieux d'expliquer les problèmes complexes. Il a écouté la cassette mais, même en tant que professionnel du domaine, l'a trouvée longue et ennuyeuse. Il n'est pas surpris de l'accueil qui a été fait à ce programme, dit même être rassuré du bon sens des médecins romands.

S6 pense qu'au point de vue théorique, ce type de programme est important et le besoin s'en fait sentir, pas seulement en Suisse. Le savoir des malades ne correspond pas aux connaissances du médecin et ce dernier ne s'en rend pas compte. Le patient peut avoir des présupposés et une cassette n'en tient pas compte. Il faut d'abord mieux connaître comment le malade comprend la maladie. Le programme doit donc gérer le moment avant la distribution de la cassette (connaître les croyances de santé des patients) et après l'écoute de la cassette (répondre aux nouvelles questions des patients). Les médecins ressentent de tels programmes comme de la concurrence déloyale et ont une très grande confiance dans leur compétences à transmettre des informations à leurs patients. L'échec de ce programme n'est pas dû à la cassette mais à la stratégie mise en route autour de ce projet. Les médecins doivent apprendre à mettre en scène leurs connaissances pour les malades. S6 approuve le paiement de la cassette.

Conclusions

L'hypertension artérielle est reconnue actuellement comme un facteur de risque majeur et très répandu pour les maladies cardio-vasculaires (1). Plusieurs études ont montré qu'un traitement de l'hypertension par des hypertenseurs influençait favorablement la morbidité et la mortalité d'origine circulatoire (2). En Suisse la prévalence de l'hypertension artérielle est d'environ 10%. En 1985, on a estimé que plus de 500.000 personnes présentaient cette pathologie dans notre pays et qu'au mieux 70% d'entre eux le savaient (3). L'efficacité du traitement de l'HTA sur la morbidité et la mortalité dépendent non seulement du dépistage, du diagnostic et du traitement antihypertenseur, mais aussi du comportement du patient qui doit suivre les instructions du médecin.

L'observance thérapeutique (ou compliance) se définit comme le degré de correspondance entre les recommandations médicales et le comportement du patient (prise de médicaments, suivi d'un régime, changements de style de vie).(4).

De nombreuses études consacrées à l'observance thérapeutique ont montré que beaucoup de patients ne suivent que très mal ou pas du tout la prescription. Aux USA, plus de 50% des hypertendus connus ont une HTA non contrôlée, principalement en raison de la non-compliance au traitement (5). Une revue de la littérature récente (6) montre que dans diverses études transversales sur des collectifs dont les patients ont une durée de traitement très variable, environ 30% des hypertendus ne sont plus suivis régulièrement et l'observance des conseils de style de vie est en général très faible.

Une étude genevoise concernant le traitement des diabétiques (7) a confirmé la relation importante entre observance et affectivité. Elle a montré que les comportements des patients correspondaient aux étapes classiques de l'évolution psychologique en cas de perte de la santé, décrites par Gfeller (8), analogues aux stades du processus de deuil de

Kübler-Ross: dénégarion, révolte, marchandage, dépression, enfin acceptation (observance active).

Voici les facteurs (d'après Haynes (4)) dont l'association avec la compliance thérapeutique a été démontrée.

Neutres ou douteux	Favorables	Défavorables
Gravité de la maladie	Conviction que c'est sérieux	Troubles psychiques
Diagnostic	Invalidité	Alcoolisme
Age	Encadrement	Troubles mnésiques
Genre de médicament	Médecin privé vs dispensaire	Nombre de prises identiques de médicaments
Placebo vs actif	Bonne relation médecin-malade	Durée du traitement
Coût	Bonne relation avec infirmières, pharmacien	Traitement douloureux
Amélioration	Satisfaction du malade	Longues attentes
Pays	Famille aimante	Famille instable
Sexe	Motivation	Ordonnances mal faites
Enseignement théorique	Formation pratique	

Contrairement aux idées reçues, la compliance ne présenterait aucune relation évidente avec les facteurs sociaux et le sexe du patient ou avec des facteurs cognitifs comme l'éducation ou l'enseignement purement théorique de la maladie. Mais ce sont les facteurs affectifs et relationnels qui pèsent le plus: la motivation du malade, la qualité de ses liens familiaux, sa confiance en ceux qui le soignent, la possibilité de pouvoir s'exprimer. On voit là toute l'importance de la relation du médecin avec le malade, impliquant une claire compréhension des buts du traitement de la part du patient, la recherche d'un bon équilibre psychologique concernant sa maladie et des connaissances pratiques, qui sont différentes d'une simple accumulation de notions théoriques (7).

Dans le cadre du PIPPP, la compliance reportée semble bonne, puisque 70% des personnes interviewées disent avoir changé quelque chose dans leur comportement (dans la direction des recommandations médicales) ou augmenté leurs connaissances. Toutefois, spontanément les patients sont plus nombreux à citer des changements de style de vie (gestion du stress, attention à une alimentation plus saine, sport) qu'une attention plus soutenue à la prise de médicaments. Bien que la littérature scientifique ne mette pas en avant la formation théorique comme facteur de compliance, mieux comprendre l'hypertension artérielle et ses dommages responsabilise le patient par

rapport à son affection, ce qui implique certainement une plus grande motivation à suivre son traitement et à changer son style de vie, ainsi que moins de craintes irrationnelles.

D'autres éléments du projet PIPPP qui ont un effet bénéfique ont été mentionnés par certains patients: la cassette, laissant une trace orale (réécoutable) du contenu de la consultation, peut aider à assimiler les connaissances relatives à l'HTA et peut être écoutée le nombre de fois nécessaires à la compréhension. Le livret et le tableau laissent aussi une trace écrite.

Le patient devant choisir de commander et d'écouter la cassette se sent impliqué dans la gestion de la maladie puisqu'on lui demande un certain "travail", mesure qui est connue pour augmenter la compliance.

Les interviews montrent que le projet PIPPP a été bien accueilli par les patients. Tous les patients ont manifesté un grand intérêt pour la cassette et ont apprécié d'en savoir plus; on ressent à les écouter la satisfaction du patient qui comprend mieux ce qui se passe en lui. La connaissance du problème, mesurée par la gravité attribuée à l'hypertension artérielle, est bonne, les patients estimant que c'est un problème sérieux qui peut avoir de graves conséquences sur la santé. Ils trouvent la cassette bien faite et son contenu est apprécié. La majorité estime qu'il est normal de la payer et son prix est jugé raisonnable. Deux tiers des répondants souhaiteraient que des cassettes sur d'autres problèmes de santé soient réalisées. On peut donc conclure de ce qui est dit plus haut que ce programme rencontre un intérêt et remplit les objectifs qu'il s'est assigné au niveau des patients.

L'accueil du programme de la part des médecins a été nettement plus réservé.

De manière générale, on peut dire que la médecine est la discipline qui enseigne à la fois les moyens de conserver la santé et de traiter les maladies. On constate toutefois que l'accent a été mis ces dernières décennies sur la deuxième partie de la définition: les médecins sont nettement mieux formés et ont nettement plus d'intérêt pour la partie clinique de leur travail et sont moins motivés à donner les services et les conseils préventifs recommandés (9).

Selon certains auteurs, ceci serait dû à une variété de facteurs:

- ♦ manque de remboursement des conseils préventifs
- ♦ manque de temps à consacrer à leurs patients pour leur donner la palette des services préventifs recommandés
- ♦ incertitude dans laquelle se trouvent les cliniciens à qui offrir leurs services préventifs
- ♦ multiples sources des recommandations, parfois contradictoires
- ♦ scepticisme envers leur efficacité (9)

Mais d'autres pensent qu'il s'agit plutôt d'un déficit au niveau de la formation à l'activité préventive. Dans des travaux sur le dialogue de prescription dans le cadre du traitement du diabète, il a été constaté que les médecins sont assez peu préparés aux dimensions affectives du contact relationnel (10) et qu'une formation pratique doit leur être tact relationnel (10) et pour que les conseils préventifs soient efficaces.

Mais comment les médecins eux-mêmes évaluent-ils les obstacles qui limitent leurs activités de prévention? Une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de médecins suisses membres de la FMH sur le thème de la prévention au cabinet médical (11) a mis en évidence que les médecins estiment que les obstacles à la prévention ne viennent pas d'eux-mêmes, mais de leurs patients qui ne s'y intéresseraient pas.

Les médecins Suisse romands potentiellement intéressés par la prévention secondaire des conséquences de l'HTA par l'écoute d'une cassette se sont révélés peu nombreux: 7% environ des médecins pouvant avoir des patients hypertendus ont commandé des ordonnances de prescription et 16% de ces derniers ont effectivement prescrit la cassette. Toutefois, parmi ces derniers, la moitié pense que les effets de l'écoute de la cassette par les patients hypertendus sont positifs. L'absence d'intérêt pour le programme de la majorité des médecins romands est donc le principal problème de ce programme.

Les spécialistes interrogés ont mis en évidence un certain nombre d'explications à l'accueil mitigé de ce programme de la part des médecins que nous résumons ci-dessous: les spécialistes ne sont pas unanimes: ce qui est critiquable pour certains ne l'est pas pour d'autres):

1. interrogation sur l'utilité d'une telle cassette (n'est-ce pas le travail du médecin?/ ne correspond pas à la "mentalité" des médecins)
2. mode de prescription (compliqué)
3. prix (trop cher / devrait être subventionné / bien)
4. forme de la cassette (trop longue / ennuyeuse / on ne peut sauter où on veut) et sur le média utilisé (plutôt une cassette vidéo)
5. contenu de la cassette (risque de confusion entre tension nerveuse et hypertension)
6. interrogation sur le "battage" médiatique (qui n'aurait pas été suffisant)
7. insuffisance du processus mis en route autour du projet (pré-post programme)

Malgré le fait qu'ils ont été mis au courant du bon accueil de la cassette par les patients, certains d'entre eux reflètent le scepticisme de leurs confrères quant à l'intérêt des patients pour une telle démarche.

La première explication met en évidence que la plupart des médecins romands ne se sont pas reconnus dans ce programme de prévention. Les médecins pensent que leurs

explications et leurs instructions au cabinet médical sont suffisantes et certains peuvent percevoir la cassette comme une sorte de "concurrence déloyale". La présentation du programme expliquait toutefois que la cassette ne remplaçait pas le médecin, mais n'a pas réussi à éloigner ces craintes. Des études ont aussi montré que les patients perdent environ 40% de l'information orale donnée lors de la consultation soit par oubli ou incompréhension (12). Mais ces données sont encore peu connues des médecins.

Les médecins intéressés par ce programme de prévention n'ont pas encore intégré son concept à leur pratique. Ceci est mis en évidence par les réponses des médecins ayant commandé des ordonnances mais n'ayant pas ou peu prescrit: 40% d'entre eux expliquent leur non prescription par le fait qu'ils n'ont pas pensé à les utiliser (concept pas intégré à la pratique) et 37% estiment que leurs patients hypertendus n'ont pas pour l'instant justifié d'une prescription de la cassette de vulgarisation (politique de prescription limitée).

Bien qu'un des spécialistes estime que la forme de la prescription lui donne plus de poids, il semble qu'elle ait été parfois trouvée compliquée. Certains critiquent le fait que la cassette n'est pas un véritable médicament.

Payer la cassette comme facteur de motivation, bien que généralement accepté favorablement par les médecins prescripteurs, a été aussi l'objet de critiques de la part de certains spécialistes qui pensent que cela peut plutôt constituer un obstacle à l'achat ou que la cassette devrait être subventionnée. D'autres pensent que cela fait plutôt prendre le programme au sérieux.

Certains jugent la forme cassette peut adaptée car on ne peut "sauter" facilement au passage souhaité comme dans un livre. Quelques personnes pensent qu'une cassette vidéo aurait été mieux adaptée. Toutefois, dans une population assez âgée, il est encore plus fréquent de trouver des personnes qui ne possèdent pas de vidéo que de cassetophone. Certains spécialistes ont trouvé le contenu de la cassette ennuyeux, ce qui a été rarement le cas des patients de l'échantillon.

La première face de la cassette a été largement appréciée, la deuxième face ne fait par contre pas l'unanimité. Se pose la question d'une adjonction d'aspects psychologiques dans un programme concernant un problème d'ordre physique. Cette problématique a largement retenu l'attention des patients mais les spécialistes craignent que ces derniers ne voient dans l'HTA qu'un problème de tension nerveuse.

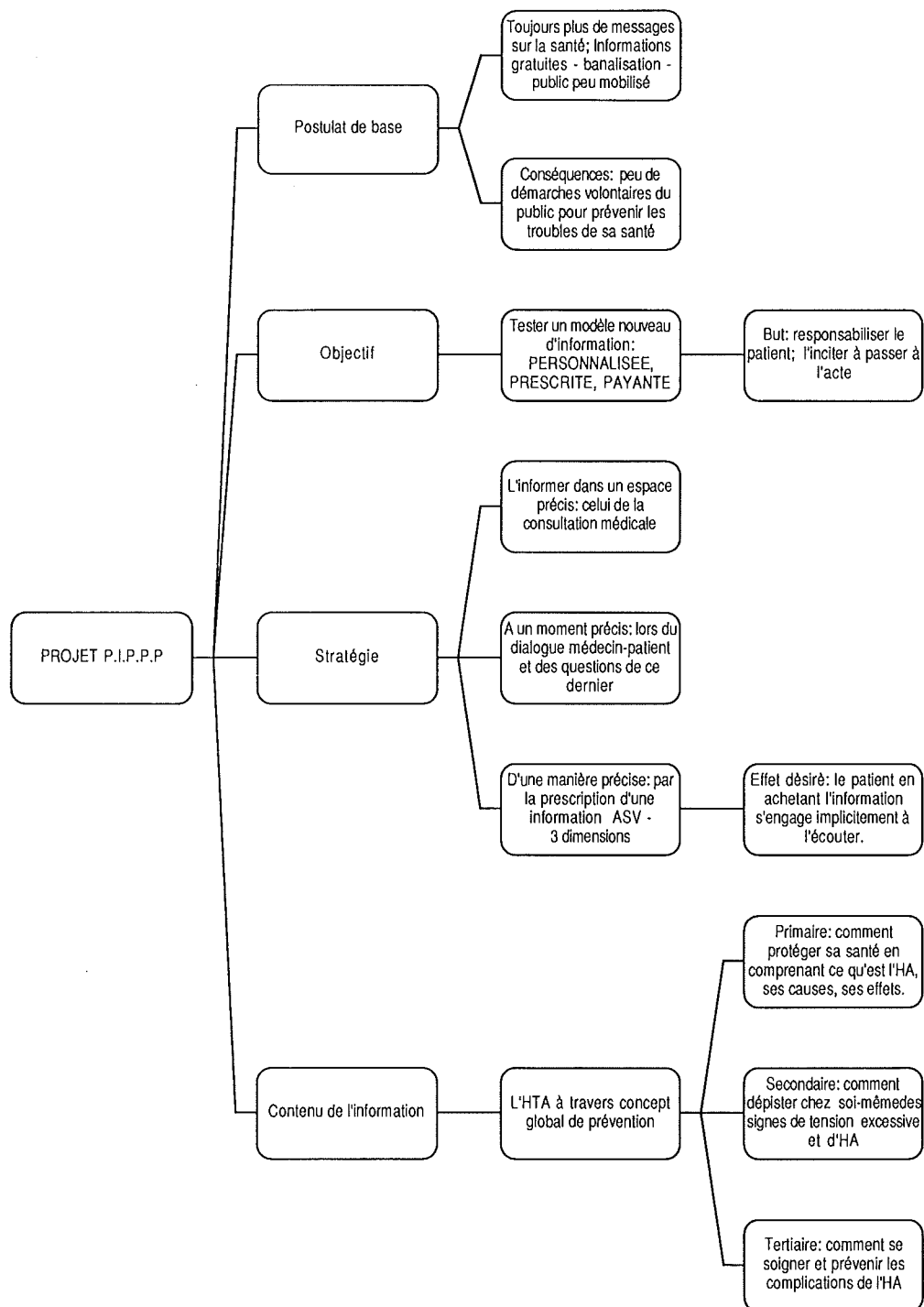
Les deux dernières critiques font référence à l'accompagnement du projet. Comme le fait remarquer un spécialiste, pour promouvoir un nouveau concept, il faut faire un "battage" médiatique important, et même dans ce cas, les changements ne sont pas forcément importants. La publicité pour le programme a été importante en cours de projet, mais ne semble pas avoir été suffisante avant son lancement. Le programme n'a non plus pas

obtenu de soutien des organisations professionnelles de médecins concernés, ce qui est très important pour garantir le succès d'un nouveau programme de prévention.

Ce programme, malgré tous les efforts réalisés pour le promouvoir n'a pas été un succès, au niveau des médecins. Ceux-ci ne sont pas familiarisés avec ce concept de prévention. Pour qu'un projet similaire rencontre plus de succès à l'avenir, il faudrait que les médecins, soit au cours de leur formation initiale, soit par le soutien des associations professionnelles de médecins, soient petit à petit familiarisés à ce type nouveau de prévention au cabinet médical. Les patients, qui ont manifesté leur intérêt pour écouter des cassettes sur des problèmes de santé, devraient avoir la possibilité d'acheter ces cassettes, soit dans des magasins spécialisés (librairies, pharmacies), soit lors de campagnes de promotion de la santé.

ANNEXES

Annexe 1: Synthèse du projet PIPPP



Annexe 2: Résumés des interviews des médecins

D1 (généraliste installé depuis 7 ans) estime que cette cassette sert à confirmer la discussion qui a eu lieu entre le médecin et son patient. La cassette donne des informations qui complètent celles données lors de la consultation. Elle permet aussi de fixer des données. Mais D1 trouve qu'elle est surtout importante pour les patients sceptiques, indécis et aide à la compliance.

D2 (généraliste installé depuis 10 ans) propose (mais n'impose pas) la cassette à des personnes qui viennent de découvrir leur HTA ou à celles qui ne comprennent pas l'importance de cette maladie. Il trouve que la cassette est une bonne idée en particulier parce que "le patient a l'impression que c'est sérieux". Il estime toutefois que c'est la motivation à comprendre de la part du patient qui est importante. Il explique le problème de l'HTA avant de donner la cassette et pense que la cassette joue un rôle d'outil de discussion.

D3 (généraliste installé depuis 7 ans) estime que la cassette est bien pour les personnes qui sont intéressées. Il l'a proposée plutôt à ses nouveaux cas d'HTA qu'aux anciens cas. Il estime que la distribution par le médecin peut peut-être inciter les patients à l'écouter. Toutefois un petit sondage auprès de ses patients l'a conduit à constater qu'une personne l'a écoutée attentivement, une autre superficiellement et deux autres ne l'ont pas commandée. Sa motivation a beaucoup baissé.

D4 (interniste installé depuis 10 ans) trouve la cassette utile mais ne l'a pas beaucoup utilisée. Il l'a proposée à des personnes qui demandaient beaucoup de détails, pour compléter ce qui est dit au cabinet et plutôt à des personnes entre 40 et 50 ans car "les personnes plus âgées qui ont déjà un traitement sont à moitié intéressées". Il rencontre deux problèmes: penser à la prescrire et prendre le temps d'expliquer. Il oublie fréquemment de la proposer à des personnes qui ont de l'HTA depuis longtemps.

Les données récoltées auprès de D5 (généraliste installé depuis 31 ans) ne permettent pas de dire avec certitude à qui il les prescrit.

D6 (généraliste installé depuis 5 ans) a utilisé le projet PIPPP d'une manière tout à fait différente: il a prescrit la cassette deux fois, par contre il l'a prêtée 10 fois. Il explique la situation à son patient, lui prête la cassette et ce dernier doit la rapporter pour la consultation suivante. Une discussion est alors engagée. Il nous a expliqué qu'"il ne travaille pas comme un fonctionnaire, car il habite dans un village et connaît tout le monde". Il a prescrit ou prêté la cassette à ses nouveaux cas d'HTA et aux personnes les plus jeunes.

Pour D7 (généraliste installé depuis 17 ans), la cassette est utile pour essayer de motiver les patients à connaître ce qui se passe quand on a de l'HTA. Il n'en a pas un très grand emploi, car il ne la propose pas systématiquement et seulement à des patients qui n'ont

que ce problème et qui ne veulent pas prendre des médicaments pour essayer de les convaincre. Il ne la prescrit pas aux personnes dont il a l'impression qu'elles comprennent de quoi il s'agit simplement avec ses explications.

Les données récoltées auprès de D8 ne permettent pas de définir un type de prescription, toutefois les fiches remplies montrent que les patients auxquels la cassette a été prescrite ont tous une hypertension essentielle.

D8 prescrit la cassette à tous ses nouveaux patients hypertendus. C'est d'ailleurs lui qui l'a prescrite le plus grand nombre de fois des trois médecins interviewés en pré-test (4 cassettes prescrites). Par contre, il estime qu'il est inutile de la prescrire à ses patients qui connaissent leur diagnostic d'hypertension depuis longtemps, car ces derniers se sont déjà documentés (selon lui, ils ont vu des émissions à la TV ou ont acheté des livres). Auparavant il distribuait une brochure. Ce médecin est tout à fait convaincu de l'utilité de la cassette, car expliquer le problème lors de la consultation n'est pas suffisant : les patients sont stressés par la découverte de leur maladie et ne mémorisent pas. La cassette leur permet d'acquérir des connaissances à tête reposée. Lors des consultations ultérieures, les patients lui ont posé des questions. D'après D1, la cassette permet "d'ouvrir le débat".

D9 pense que la cassette permet aux patients de mieux comprendre leur maladie, d'en avoir une meilleure conscience et, finalement de se prendre en charge soi-même. Cela permet une meilleure collaboration médecin-patient. Pour D9, c'est une forme de prévention secondaire. On peut donc estimer que D9 est motivée. Toutefois, concrètement, elle ne l'a prescrite qu'à un seul patient hypertendu, qui présente de nombreux facteurs de risques de complications et qu'elle essaie de faire changer depuis des années "pour qu'il se prenne en charge". En cours d'interview, D9 dit qu'elle pourrait la prescrire à tous ses patients hypertendus ou à tous ses nouveaux patients hypertendus, mais qu'elle oublie de le faire. Elle estime qu'elle devrait en prescrire davantage.

D10 ne prescrit la cassette qu'à des personnes qui lui ont déjà posé des questions sur l'hypertension, qui ont donc une motivation personnelle. Elle estime que la cassette n'est utile que pour ceux qui s'intéressent au problème. Elle ne l'a prescrite qu'à une patiente, psychologue de formation, qui ne s'intéressait pas à l'aspect scientifique du problème, mais plutôt à son aspect psychologique : elle voulait comprendre la différence entre hypertension artérielle et tension psychique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) MacMahon S, Peto R, Cutler J. et al.: Blood pressure, stroke and coronary heart disease, part 1. *Lancet* 335, 765-74, 1990.
- (2) Collins R, Peto R, MacMahon S. et al.: Blood pressure, stroke and coronary heart disease, part 2. *Lancet* 335, 827-38, 1990.
- (3) Gutzwiller F, Junod W, Schweizer B. Efficacité de la prévention communautaire des maladies cardio-vasculaires. Berne: Hans Huber, 1985.
- (4) Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins, 1979.
- (5) Haynes RB, Mattson ME, Chobanian AV. et al. Management of patient compliance in the treatment of hypertension. *Hypertension* 4, 415-23, 1982.
- (6) Humair JP. Compliance et hypertension artérielle: comment aider les patients à suivre le traitement prescrit? *Méd et Hyg*: 51, 2285-9, 1993.
- (7) Fabre J, Assal JPH, Balant L, Dayer P. L'observance thérapeutique. Un sujet de préoccupation en médecine pratique. *PRAXIS* 81, NR6, 1992.
- (8) Gfeller R, Assal JPH, Le vécu du malade diabétique avec sa maladie et avec son entourage, In: *Le diabète sucré*, Catellier C, Tschobroutsky G, Assal JPH (édit.) P221-9, Edisem-Maloine, Paris, 1984.
- (9) *Guide to clinical preventive services. An assessment of the effectiveness of 169 interventions*. Williams & Wilkins, 1989.
- (10) Assal JPH, Lacroix A, Courvoisier F. Pour apprendre au malade à suivre son traitement: un programme de formation des médecins. *Praxis* 81, 133-7, 1992.
- (11) Abelin T, Grüniger U, Minder C. Aspekte der Prävention in der ärztlichen Primärversorgung. Schlussbericht Projekt 32-9530.88. Schweizerischer Nationalfonds. Bern 1993.
- (12) Ley P. Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. *J Hypertension* 3 (Suppl. 1), 51-55, 1985.

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

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

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

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

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

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

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

- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden. 1990, 8 p.
- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990, 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 84 p.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 38 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/Migration/Prévention. Dossier portugais, dossier espagnol, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 74 p.
- 52.8 Masur J.-B., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 187 p.
- 52.10 Gruet F., Baumann A. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida et sexualité chez les 30 - 45 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991 (à paraître).
- 52.10a Baumann A. - Aids-Risiken in der Normalbevölkerung. Psychosoziale Hintergründe des Sexualverhaltens von Männern und Frauen in der Schweiz: Ein system-oekologischer Ansatz. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 151 p.
- 52.11 Meystre-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., Klinké S., Pescia G. - Efficacité et sécurité du prélèvement des villosités chorales : une étude comparative avec l'amniocentèse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 129 p.
- 56 Nydegger Udin M. - Les consultations motivées par une douleur dans la pratique ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1991). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 93 p.
- 57 Hausser D., Paccaud F. - A review of studies which have used quantitative methods to evaluate the effectiveness of interventions and programmes implemented to prevent and control AIDS. In collaboration with Global Programme on AIDS, Geneva. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 59 p.
- 58 Meyer D., Egli Y. - Protection des données médicales des hôpitaux - dispositions transitoires. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 59 p.
- 59 Meyer D., Egli Y. - Inventaire des sources de données sanitaires du canton de Vaud : situation au 31.12.1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 34 p. + annexes.
- 60 Michel A.E. - La pratique ophtalmologique ambulatoire dans les cantons de Vaud et Fribourg en 1987. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 97 p.
- 61 Schmidt J.G. - The epidemiology of mass breast cancer screening : a plea for a valid measure of benefit. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 62 Gaudin C. - Alcoolisme, contexte psychosocial et perspectives de traitement dans une population hospitalière. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 63 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton de Vaud). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p.
- 64 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton du Valais). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 65 Gremion V., Egli Y. - Comptabilité analytique des hôpitaux centrée sur le patient : conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois. (ADIES), 1991, 46 p.
- 66 Fekete A., Beroud C., Egli Y. - Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois en 1988. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 154 p. + annexes. (remplacé par le cahier 85).
- 67 Egli Y., Boutat A. - Le système d'information sanitaire vaudois : cadre général. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 24 p.
- 68 Fekete A., Beroud C., Egli Y. - Groupes de patients hospitalisés. Regroupement de DRG pour les hôpitaux de zone vaudois. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 20 p.
- 69 Egli Y., Boutat A. - Statistique médicale des Centres de traitement et de réadaptation. Conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 12 p. + annexes.

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

- 81.1 Zeugin P., Panchaud C. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : phase I. Base-Line-Befragung zur nationalen Drogenkampagne 1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 148 p.
- 81.2 Leuthold A., Cattaneo M. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 22 p. + annexes.
- 81.3 Widmer J., Zbinden Zingg P. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisse 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 66 p. + annexes.
- 82 Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agostoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 186 p. + annexes.
- 82.1 Landert C., Panchaud C., 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. Eltermmagazin. - 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.
- 82.8 Gruet F., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Les homosexuels. Etude 1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 97 p. + annexes.

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

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

