

Qualité des soins médicaux

**Rapport de l'enquête sur les activités en matière
d'assurance de qualité des soins médicaux dans les
hôpitaux universitaires suisses.**

Dr méd. B. Graz, Dr méd. J.P. Vader,
Dr méd. B. Burnand, Prof. F. Paccaud

Cah Rech IUMSP n° 115
1994

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

Citation suggérée : Graz B., Vader J.P., Burnand B., Paccaud F. - Qualité des soins médicaux : Rapport de l'enquête sur les activités en matière d'assurance de qualité des soins médicaux dans les hôpitaux universitaires suisses. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 37 p. (Cah Rech Doc IUMSP N° 115)
Prix : CHF 13.-

Table des matières

Résumé	3
Zusammenfassung	5
Introduction	7
Méthode.....	8
Résultats	10
Les répondants.....	10
La qualité des structures.....	12
La qualité des processus.....	15
La qualité des résultats.....	19
Perspectives futures : des projets, des obstacles et des idées.....	23
Conclusions et recommandations.....	28
Références.....	32
Annexe (questionnaire)	34

Résumé

Dans le cadre d'un projet de coopération inter-universitaire suisse concernant l'assurance de qualité des soins médicaux, le présent rapport dresse un inventaire des activités en cours et des opinions des chefs de services dans les cinq hôpitaux universitaires. Il se base sur un questionnaire qui a été envoyé à tous les chefs de services universitaires de Suisse, soit 246 personnes.

Avec un taux de réponse de 60%, l'enquête apporte les résultats principaux suivants :

- Un responsable de la qualité existe dans 50% des services.

Une minorité de services possède déjà des éléments d'activités dans le domaine de l'assurance de qualité : par exemple, un programme pour améliorer l'utilisation des médicaments existe dans 38% des services, et une liste des examens exclus de la prescription de routine se trouve dans 25% des services.

- Les informations sur les résultats de la prise en charge médicale ne sont pas systématiquement disponibles. Le taux de mortalité dans les services d'hospitalisation n'est connu que par 67% des chefs de service; un tiers des chefs de service disposent de données sur l'incidence des infections nosocomiales et d'autres effets indésirables.

- Les critères et les définitions de la qualité des soins médicaux ne font pas l'objet d'un consensus. Néanmoins 102 chefs de services, parmi les 147 ayant répondu, se déclarent intéressés par une coordination entre les cinq hôpitaux universitaires en matière de promotion de la qualité dans leur domaine, et 119 envisagent favorablement des comparaisons de la qualité de la prise en charge entre services.

- Les obstacles les plus souvent cités à la mise en place d'un programme de promotion de la qualité sont : le manque de personnel qualifié, le manque de moyens financiers et informatiques, ainsi que l'absence de connaissances spécifiques sur l'évaluation de la qualité des soins.

De façon générale, cette enquête montre les carences en moyens (temps, personnel, formation, informatique) et, plus précisément, les *carences du système d'information*. Deux types d'informations pourraient y remédier : celles permettant la

mesure précise et le suivi de la qualité des soins médicaux dans les services, ainsi que les informations sur les possibilités et les méthodes de promotion de la qualité des soins médicaux.

Il est proposé que les éléments suivants soient mis sur pieds ou renforcés dans le cadre de la promotion de la qualité des soins médicaux au sein des hôpitaux universitaires suisses :

- Des définitions communes des critères de qualité, élaborées par des groupes ad hoc.
- Des instruments communs de mesure de la qualité, permettant une comparaison entre services et adaptables à la réalité particulière de chaque spécialité et de chaque service.
- Un système d'information standardisé et performant portant au moins sur les diagnostics et les opérations, complété par des projets ad hoc pour suivre un petit nombre de pathologies courantes servant de "traceurs". Des indications précises sur le diagnostic, la sévérité de la pathologie et les comorbidités ainsi que la prise en charge qualifieraient ces traceurs.
- Les définitions, instruments et systèmes d'information existent déjà dans d'autres pays. Les expériences étrangères dans le domaine de la promotion de la qualité des soins médicaux doivent être mises à profit pour implanter les instruments appropriés.

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht wurde im Rahmen eines gemeinsamen Projektes der Schweizer Universitätsspitäler erstellt, welches die Qualitätssicherung der medizinischen Behandlungen betrifft, ein Inventar der laufenden Tätigkeiten und die Standpunkte der Chefärzte der fünf Universitätskliniken erfasst. Der Bericht besuht auf einem Fragebogen, der an alle 246 Chefärzte der Universitätsspitäler gesandt wurde.

Die Antwortquote betrug 60%. Aus der Befragung ergeben sich die folgenden Resultate:

- In 50% der Abteilungen gibt es einen Qualitätsbeauftragten. Eine Minderheit von Abteilungen verfügt bereits über Elemente der Qualitätssicherung: ein Programm für die Verbesserung der Medikamentennutzung existiert in 38% der Abteilungen; eine Liste von Untersuchungen, die nicht routinemässig durchgeführt werden sollen, existiert in 25% der Abteilungen.
- Informationen über die Ergebnisse der medizinischen Behandlung stehen nicht überall zur Verfügung. Die Sterberate in den Krankenhäusern ist nur 67% der Chefärzte bekannt; ein Drittel der Abteilungen verfügen über Daten zur Häufigkeit von Nosokomialinfektionen und anderen unerwünschten Folgen des Spitalaufenthalts.
- Bei den Antworten auf die Fragen zu den Kriterien und Definitionen der Qualität medizinischer Leistungen wird ein mangelnder Konsens deutlich. Von den 147 antwortenden Chefärzten bekunden jedoch 102 Interesse an einer Koordinierung unter den fünf Universitätsspitalern im Hinblick auf die Qualitätsförderung auf ihrem Gebiet; 119 Chefärzte sprechen sich dafür aus, dass zwischen den Abteilungen ein Qualitätsvergleich der medizinischen Betreuung vorgenommen wird.
- Nach Ansicht der Befragten stellen sich der Einführung eines Qualitätsförderungsprogramms die folgenden Hindernisse entgegen: Mangel an qualifiziertem Personal, Knappheit an finanziellen Mitteln und Informatik sowie Mangel an spezifischen Kenntnissen über die Bewertung der medizinischen Betreuung.

Ganz allgemein wird in den Antworten auf diese Befragung immer wieder auf den Mangel an Mitteln (Zeit, Personal, Ausbildung, Informatik) und insbesondere auf die Schwachstellen des Informationssystems hingewiesen. Zwei Arten von Informationen könnten hier Abhilfe schaffen: Informationen, die eine genaue Messung und Verfolgung der Qualität medizinischer Betreuung in den Abteilungen erlauben, sowie Informationen über die Möglichkeiten und Methoden zur Qualitätsförderung in der medizinischen Betreuung.

Es wird vorgeschlagen, dass im Rahmen der Qualitätsförderung medizinischer Betreuung in den schweizerischen Universitätsspitalern die folgenden Elemente eingeführt oder verbessert werden:

- Gemeinsame Definitionen von Qualitätskriterien, die von Ad-hoc-Gruppen erarbeitet werden.
- Gemeinsame Instrumente zur Messung der Qualität, die einen Vergleich zwischen den Abteilungen zulassen und an die jeweilige Realität einer jeden Fachrichtung und Abteilung anpassbar sind.
- Ein leistungsfähiges und standardisiertes Informationssystem, welches zumindest die Diagnosen und Operationen umfasst und durch Ad-hoc-Projekte ergänzt wird, die eine kleine Anzahl häufiger Krankheiten erfassen und somit als "Tracer" dienen. Präzise Hinweise auf die Diagnose, den Schweregrad der Krankheit, die Begleitkrankheiten und die medizinische Betreuung würden zur näheren Beschreibung dieser Tracer dienen.
- In anderen Ländern existieren schon Definitionen, Instrumente und Informationssysteme. Die ausländischen Erfahrungen auf dem Gebiet der Qualitätsförderung medizinischer Betreuung müssen bei der Einführung geeigneter Instrumente genutzt werden.

Introduction

Les programmes de promotion de la qualité¹ des soins médicaux suscitent actuellement un intérêt croissant, aussi bien en Suisse qu'à l'étranger. On peut voir à cela deux raisons principales médicales et extra-médicales. En ce qui concerne les raisons médicales, des questions ont surgi à partir des observations de variations importantes de la pratique médicale selon les régions et les praticiens^{2 3}, ainsi que de la constatation que des normes de pratique solidement établies sont rares⁴. Les autres raisons sont d'ordre économique (rationaliser pour éviter le rationnement de la pratique médicale) ou motivées par des pressions extérieures (associations de patients, par exemple)⁵.

L'idée d'un programme systématique de promotion de la qualité à l'hôpital est vieille de trois-quarts de siècle : en 1917, un chirurgien du Massachusetts General Hospital, Ernest Amory Codman, menait déjà une étude sur l'efficacité de la prise en charge hospitalière et déclarait que les hôpitaux "doivent comparer leurs résultats avec ceux d'autres hôpitaux" et qu'ils doivent pouvoir discuter "non seulement de leurs succès, mais aussi de leurs erreurs"⁶.

Depuis l'époque de Codman un certain nombre d'idées intéressantes ont été élaborées dans le domaine de l'évaluation médicale, au point qu'il se dessine ce que certains appellent une "révolution" dans les soins médicaux⁷. Un rapide tour d'horizon de ce qui se fait à l'étranger nous montre qu'aux Etats-Unis, un **système d'accréditation** pour établissements de soins a été mis sur pied, instaurant un organisme de contrôle d'évaluer la qualité et l'économicité des soins prodigués⁸. Le **recours à un deuxième avis médical** (facultatif ou obligatoire, suivant les programmes) est une idée développée dans des hôpitaux new-yorkais et expérimentée actuellement en Suisse⁹ où certaines caisses maladies le remboursent déjà. L'usage de **recommandations officielles** pour la pratique clinique (aussi appelées "directives de soins", "protocoles de soins"), de plus en plus commun outre-Atlantique¹⁰, est désormais pratiqué dans plusieurs pays d'Europe, par exemple en France et en Hollande. Des **comparaisons entre les traitements** utilisés dans différentes régions sont de plus en plus fréquentes. Par exemple, une comparaison entre hôpitaux belges et hollandais a montré qu'en Belgique 42% des patients recevaient des antibiotiques avant d'être opérés d'une hernie inguinale, alors que cette proportion n'était que de 3,7% en Hollande¹¹. La **satisfaction des patients** se mesure au moyen de questionnaires¹² et peut aussi faire l'objet de comparaisons, à condition que les instruments soient identiques. Signalons enfin qu'en France s'est créé récemment une "agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale"¹³.

La présente enquête sur les activités en matière d'assurance de qualité des soins médicaux s'inscrit dans le cadre d'un plus large projet de coopération inter-universitaire à l'échelle suisse qui comprend, outre le domaine de l'assurance de qualité, la promotion de la comparabilité, la médecine de pointe et la coordination des tarifs. L'objet de cette enquête est de dresser l'inventaire des activités et opinions en cours actuellement dans les hôpitaux universitaires du pays.

Méthode

A la suite d'une première série d'entretiens avec quelques chefs de services intéressés à la promotion de la qualité des soins, un questionnaire a été élaboré selon le plan désormais classique qui distingue les éléments de la qualité des soins en termes de structures, processus et résultats ¹⁴ (une copie de ce questionnaire est jointe en annexe). Plus précisément, la définition suivante de la promotion de la qualité des soins médicaux a été proposée dans la lettre accompagnant le questionnaire :

Ensemble des ressources, instruments et activités visant à assurer que les soins médicaux fournis sont :

- *aptés à améliorer réellement l'état de santé du patient,*
- *en accord avec les connaissances professionnelles actuelles,*
- *constamment améliorés.*

L'envoi limité aux chefs de services cliniques des hôpitaux universitaires a été dictée par différentes considérations :

- soigner est la tâche première d'un hôpital;
- les médecins ont un rôle charnière dans le processus de soins;
- les services universitaires ont un rôle de formation et forment une référence.

De plus, et par comparaison avec d'autres pays, une approche systématique de la qualité des soins médicaux en milieu universitaire est encore rare en Suisse.

Deux cents quarante-six exemplaires du questionnaire ainsi élaboré ont été envoyés ou distribués aux chef(fe)s de services selon une liste établie en collaboration avec des représentants de chaque hôpital universitaire en Suisse (la liste d'envois est disponible à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne). Un premier envoi à fin juin 1994 a été suivi par un deuxième envoi au début d'août,

dans le but d'augmenter le taux de réponse. Les réponses ont été saisies et analysées au moyen du programme informatique EpiInfo.

Les réponses aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse individuelle permettant de construire des catégories et dégager des tendances parmi les nombreuses opinions exprimées.

Il importe de rappeler ici que ce questionnaire n'a servi qu'à *recenser des activités et des opinions*, jamais à juger ou comparer des services. Les questions appelant des réponses quantifiées avaient pour but de compléter ou éclairer les questions pour lesquelles une réponse de type oui/non était demandée. Il ne serait d'ailleurs pas possible de faire des comparaisons dans cette enquête puisque, malgré des divergences d'opinions à ce sujet, il a été décidé, lors des consultations préalables, de mener l'enquête de façon anonyme.

Résultats

(Sauf mention spéciale, les résultats donnés ici représentent les proportions des chefs de services ayant répondu à la question présentée dans le paragraphe)

Les répondants

Taux de réponse : Cent quarante sept questionnaires nous ont été retournés remplis, souvent accompagnés de commentaires, voire de lettres entières ou d'articles originaux sur la question de la qualité des soins. Le taux de réponse global est de 60 % et ce pourcentage varie peu d'un hôpital à l'autre (fig. 1).

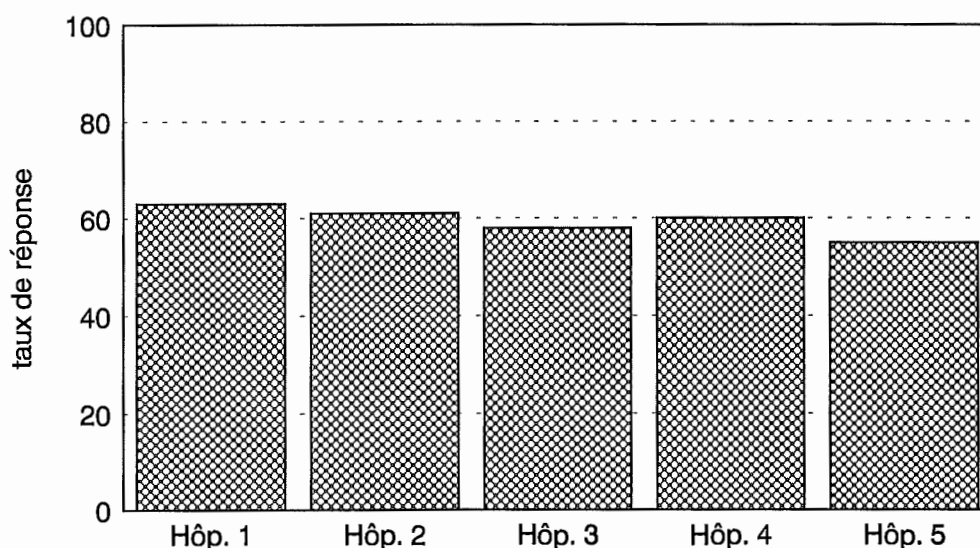


Figure 1 : Taux de réponse par hôpital

Il s'est avéré difficile, lors de l'établissement de la liste des services destinataires et du dépouillage du questionnaire, de se limiter aux services prodigant des "soins" et de classier les services en "clinique" et "non-clinique". Par exemple, mises à part certaines activités de radiologie interventionnelle, un service de radiologie diagnostique ne *soigne* pas à proprement parler des patients mais la qualité de son travail a une incidence directe sur la santé et la satisfaction des patients. Les services qui ont été jugés non-cliniques, parce que n'ayant apparemment pas ou très peu de contact direct avec le malade, représentent 6% des répondants (9 services). Il s'agit de services comme le laboratoire de chimie clinique et le laboratoire d'hématologie, les services de pathologie et de biochimie.

Représentativité : Un taux de réponse idéal de 100% aurait permis de récolter un questionnaire par service et par hôpital, c'est-à-dire en principe cinq questionnaires par spécialité sur l'ensemble de la Suisse. Dans la réalité, un tel taux de réponse n'est presque jamais atteint. Toutes les spécialités sont représentées, puisqu'il s'est toujours trouvé au moins un chef de service pour répondre dans chaque domaine clinique.

Caractéristiques des services ayant répondu : Si une certaine homogénéité peut être observée d'un hôpital à l'autre dans le groupe des répondants en matière d'âge (Tableau 1), il n'en va pas de même pour d'autres caractéristiques des services. Une partie des variations est liée à une structure différente des services selon les hôpitaux. Le tableau 1 donne un reflet succinct de la grande diversité qui existe entre les services ayant répondu.

Hôpital	n	Age	Assistants + chefs de cl.	Lits	Patients	Durée
Hôp.1	33	53 (42-60)	12 (5-36)	32 (12-90)	1600 (373-3334)	8.5 (4-21)
Hôp.2	28	55 (45-64)	10 (4-35)	21 (5-74)	860 (119-2564)	8 (3.6-21)
Hôp.3	28	55 (40-64)	10 (3-60)	43 (15-300)	1473 (150-4402)	12 (3-99)
Hôp.4	32	50 (43-64)	11 (4-20)	41 (6-90)	1144 (229-3885)	6.7 (3-36)
Hôp.5	26	56 (38-65)	16 (5-50)	57 (24-160)	1818 (530-6059)	8.1 (6-21)
Ensemble	147	54 (43-64)	11 (4-36)	40 (13-124)	1196 (286-3885)	8.8 (4-25)

Légende: n = nombre de chefs de service ayant répondu. "Chefs de cl." = chefs de clinique

Tableau 1 : Age des répondants (âge), nombre de médecins-assistants et chefs de clinique (assistants), nombre de lits dans les service avec lits (lits), nombre de patients traités dans le service en 1993 (patients), durée d'hospitalisation en jours (durée). Médianes (percentiles 10 et 90), par hôpital et pour l'ensemble des réponses.

Enfin, le rapport hommes/femmes parmi les chef(fe)s de services (Fig. 2) est grossièrement disproportionné.

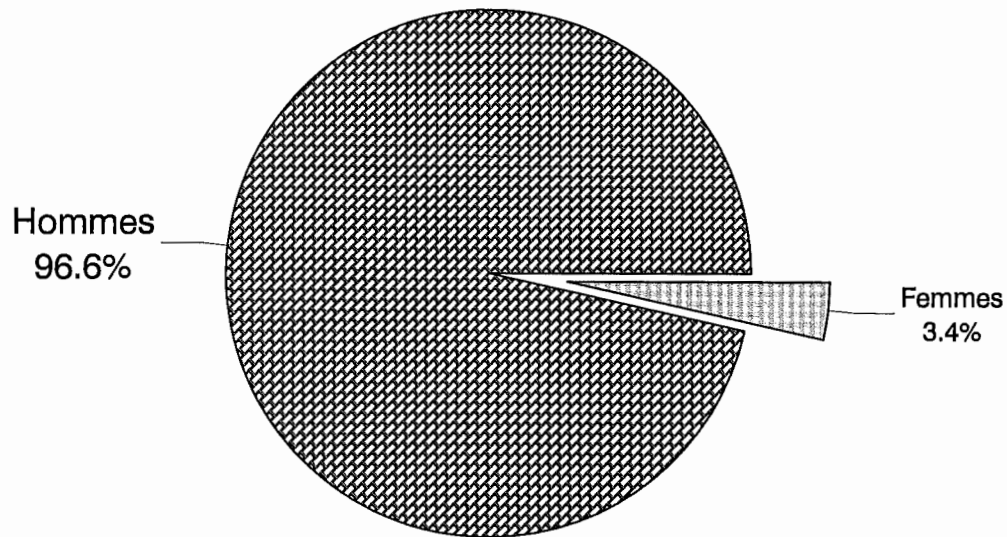


Figure 2: Proportions (%) d'hommes et de femmes dans le groupe de répondants

La qualité des structures

Ce terme est défini par Donabedian ¹⁵ comme "les caractéristiques de l'emplacement où ont lieu les soins", c'est-à-dire les caractéristiques des ressources matérielles (infrastructure, équipement, financement...), humaines (nombre et qualification) et institutionnelles (organisation de l'équipe médicale, supervision...).

Responsables de la qualité : 50% des répondants ont dans leur service une forme institutionnalisée d'assurance de la qualité, sous forme d'un responsable de la qualité. Ce responsable est le plus souvent un médecin-cadre, mais ce peut aussi être un groupe ou un chef de clinique (fig. 3).

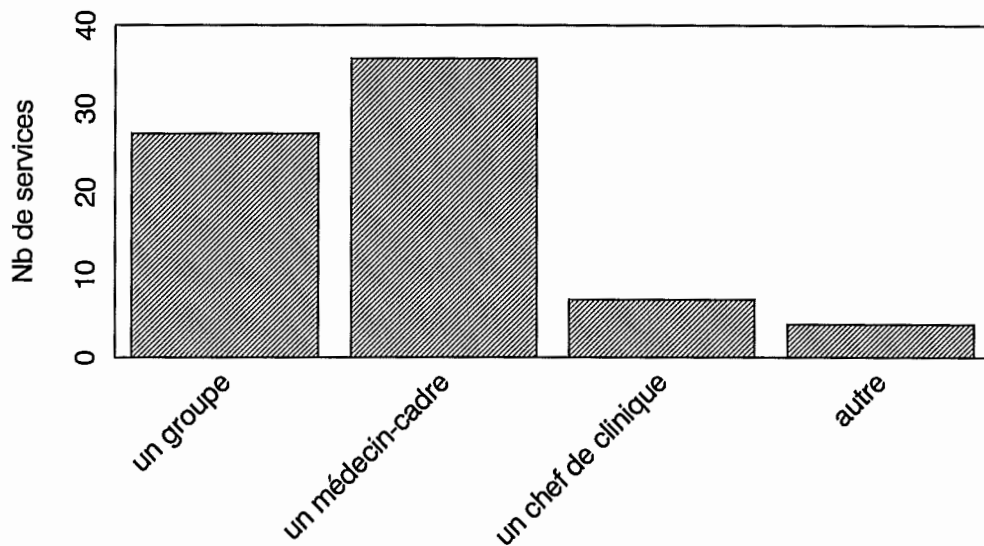


Figure 3 : Personnes responsables de la qualité dans le service. (Total des réponses à cette question: 74)

On peut noter aussi qu'il y a un responsable de qualité pour l'ensemble de l'hôpital dans deux hôpitaux au moins, sans que ce soit un médecin ou que la priorité soit les soins et leur résultat, en termes de maintien et d'amélioration de la santé des patients.

Documents écrits : Le responsable, ou le groupe de responsables dans les services, n'a le plus souvent pas de cahier des charges écrit (seuls 18 % des services représentés en ont) ni de document écrit décrivant les processus et les objectifs de l'assurance de qualité (seuls 17 % en ont). Par contre, la majorité des services dispose d'une description écrite des tâches et responsabilités des personnes y travaillant (71 % des répondants déclarent en disposer), même si cette description n'est pas forcément un cahier des charges complet (par exemple, 54 % des répondants déclarent ne pas avoir de normes concernant la charge de travail maximale du personnel).

Tâches des responsables de qualité : Le temps de travail que les responsables de la qualité consacrent exclusivement à cette tâche est très variable (Fig. 4), allant de 1% de leur activité à l'équivalent de deux pleins temps (200%) et plus; la médiane correspondant à 10%, soit 1/2 jour/semaine. La suite de l'analyse des réponses permettra de se faire une idée sur la nature de ces responsabilités en matière de qualité des soins.

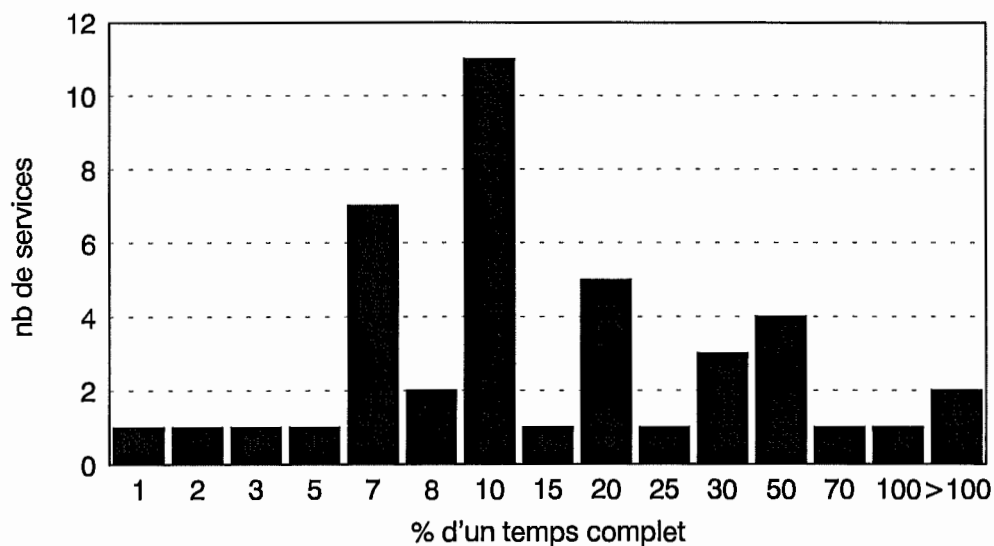


Figure 4 : Temps passé par les responsables de la qualité à leur tâche, en pour-cent d'un temps complet (les chiffres dépassant 100 signifient qu'il y a plusieurs responsables cumulant ce temps de travail). Nombre total de services ayant répondu à cette question: 42.

Formation post-graduée et continue : Près de 85% des médecins-assistants bénéficient d'une analyse de leur plan de carrière, de leurs qualifications et de leur cahier des charges, le plus souvent deux fois par an (58% des bénéficiaires), ou une fois par an (22% des bénéficiaires). Quarante-trois pour-cent des chefs de clinique jouissent des mêmes prestations, deux fois par an (38%), toutes les années (38%), ou moins souvent (6%). Les médecins-cadres, eux, sont moins nombreux, avec une revue néanmoins annuelle le plus souvent (38%), ou simplement "au besoin" (24%). La formation post-graduée et continue existe sous forme de programme écrit et détaillé chez 71% des répondants pour les médecins-assistants, chez 52% des répondants pour les chefs de clinique et 44% pour les médecins cadres.

Au terme de cette brève revue des structures, on peut déjà constater la grande diversité des services universitaires. Celle-ci n'est pas simplement liée à des différences entre spécialités, puisqu'à l'intérieur d'une même spécialité, on trouvera des services qui disposent d'un responsable de la qualité, d'autres qui n'en disposent pas; dans les services qui en disposent, en prenant l'exemple de la chirurgie, les temps consacrés à la tâche vont de 10% à 50% d'un temps complet, tâche parfois consignée dans un document écrit et parfois non. Ce dernier élément, *l'utilisation du document écrit*, et de ce fait explicite, est souvent très utilisé : ainsi, 66 des 138 services cliniques représentés (48%) ont des documents écrits à la fois pour la description des tâches du personnel du service, des recommandations écrites pour la prise en charge de certaines pathologies et pour l'emploi approprié de certains examens, des

programmes écrits et détaillés pour la formation post-graduée de leurs médecins-assistants -- tout cela écrit, alors que d'autres services semblent se passer plus ou moins complètement de tous les documents mentionnés (2 services n'en ont aucun, 5 n'en ont qu'un seul).

Informations disponibles : Quarante pour-cent des services bénéficient d'un système d'information intégrant l'ensemble des données : diagnostics, durées de séjour, examens effectués, provenance des patients, etc...

La qualité des processus

Le terme de processus est défini comme "ce qui se passe réellement quand les soins sont administrés et reçus" ¹⁵. Sont comprises aussi bien les activités du patient en quête de soins et en bénéficiant que les activités du médecin posant un diagnostic et prescrivant ou effectuant un traitement.

Echanges d'information : L'entretien avec ses collègues dans les services universitaires semble être le pilier des efforts pour contrôler et améliorer le processus des soins. Des colloques réguliers pour discuter des cas difficiles sont organisés dans 98% des services cliniques. Ils ont lieu tous les jours ou tous les deux jours dans la plupart des cas (Fig. 5). Quant aux confrontations anatomo-cliniques, 63% des services en organisent ou y participent, le plus souvent une fois par mois (47% des services où ces confrontations existent) ou une fois par semaine (28%). Tous les services qui ont des confrontations anatomo-cliniques ont aussi des colloques pour discuter des cas difficiles.

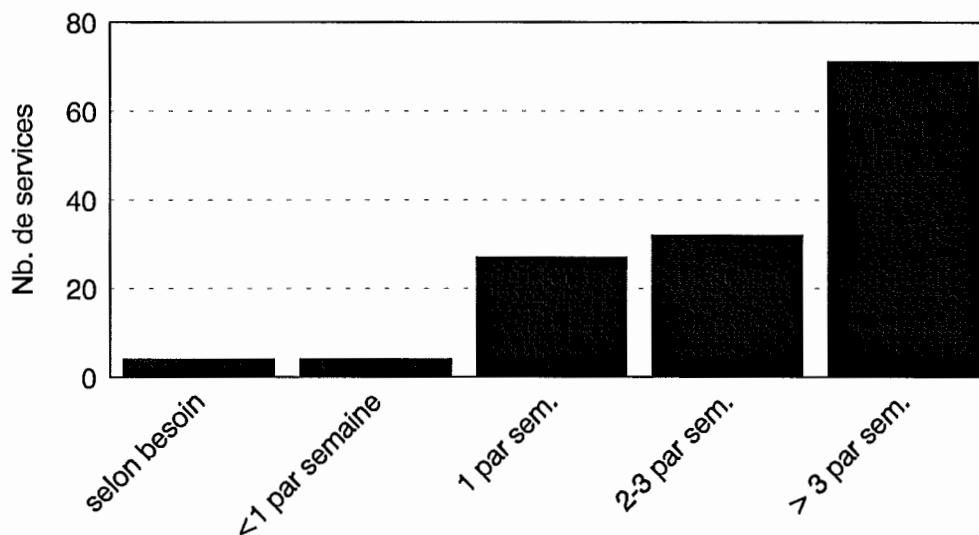


Figure 5: Nombres de services ayant des colloques pour discuter des cas difficiles, par groupes de fréquences. (Total des réponses: 138).

Les recommandations de pratique : A la question "y a-t-il dans le service des "recommandations écrites" ("guidelines") pour la prise en charge de certains diagnostics ou pathologies", la plupart des services (84%) répondent oui. A la question de savoir quelles guidelines, 114 chefs de service se sont exprimés, avec deux types de réponses essentiellement: les uns donnaient un exemple de pathologie ou de diagnostic, spécifique à la spécialité du service, par exemple : infection VIH, hépatite C, status epilepticus, risque suicidaire; les autres, au nombre de dix-sept, décrivaient le *support* de ces recommandations. Parmi les supports décrits, le "Blaubuch", le "Weissbuch", un "Assistentenmanual", le "Paediatric-Lehrbuch", un "vademecum", un "cahier de service pour assistants", des "études" et autres publications.

Au sujet du terme "guidelines" employé dans le questionnaire, plusieurs répondants romands ont ajouté, en marge, une remarque rappelant qu'il existe un mot français équivalent, à savoir "directives". Le questionnaire avait aussi proposé le terme "recommandations", de connotation moins autoritaire.

Alors que ce qui précède examinait l'existence de schémas pour le traitement et la prise en charge appropriée de certains diagnostics, une question très proche abordait le problème par l'autre bout, à savoir l'existence de recommandations pour l'emploi approprié de certains examens ou interventions. Là encore, une proportion importante (80%) des chefs de services ont répondu oui. A la demande d'exemples, et ils ont été 110 à en donner, la plupart des répondants ont cité quelques examens ou interventions qui, dans leur service, font l'objet d'une directive, par exemple : des recommandations pour "l'IRM", "l'EMG", "la cathétérisation" et "toutes les interventions standards". Quelques réponses, cependant, concernent de nouveau les types de directives utilisés: Le "Blaubuch", le "Weissbuch", l'"Assistentenmanuel", le "vademecum" mais aussi un "protocole de simulation", des "protocoles de traitement" (en oncologie), des "minimal safety standards" (anesthésie) et une "Lehrvideo" sur les opérations fréquentes.

A la question de savoir avec quelle fréquence les "guidelines" dont il était fait mention sont mises à jour, 53 des 99 répondants à cette question répondent "au besoin" ; 27 les mettent à jour une fois par an.

Contrôles de l'utilisation des "guidelines" : 65% des répondants disposent d'un mécanisme pour vérifier si les "guidelines" sont suivis systématiquement. A la demande de précisions, on voit apparaître deux grands groupes de méthodes de contrôle: Les contrôles directs, mais pas forcément systématiques ou formels, par colloques, rapports, visites et discussions avec les collègues sont cités dans deux tiers des cas; les contrôles sur documents écrits, dossiers des patients, lettres de sortie, résultats des tests ou même formulaires pour rapport des complications -- sont

mentionnés par un quart des répondants. Certains mentionnent des contrôles des deux types. Quelques-uns présentent d'autres méthodes. Un service compte sur le personnel infirmier pour effectuer les contrôles; ailleurs, ils sont effectués par des personnes externes au service; dans un cas, ce serait la pharmacie de l'hôpital qui, par le suivi des factures, contrôle l'utilisation de certaines thérapeutiques.

Contrôles des dossiers : Qui revoit systématiquement les dossiers des patients? Le plus souvent ce sont les chefs de clinique qui s'en chargent (62% de réponses positives à leur endroit), mais ce peut être aussi, ou à leur place, un médecin cadre (34% de réponses positives), et/ou le chef de service lui-même (24%). Dix pour-cent des services semblent ne pas avoir de revue systématique, organisée, des dossiers des patients.

Quant aux critères proposés pour le contrôle des dossiers des patients, la pertinence clinique a été retenue par 70% des répondants de services cliniques, la qualité de la documentation par 65% et la rapidité de la mise à jour ou du bouclage par 59% de ces mêmes répondants. Parmi les autres critères évoqués, notons l'exhaustivité (Vollständigkeit), l'exactitude, la valeur synthétique, la qualité de la présentation des dossiers et l'"information du patient" (sic) .

Un aspect important de la qualité des soins est la continuité du traitement au-delà de l'hospitalisation, y compris la compliance du patient à l'égard du traitement. Pour vérifier que "les patients sortants comprennent ce qui est attendu d'eux", les chefs de services mentionnent le plus souvent les contrôles ambulatoires (mentionnés quarante-six fois). Les autres mécanismes en usage sont l'entretien de sortie ("Entlassungsgespräch"), avec 16 mentions, le contact avec le médecin traitant (11 répondants le mentionnent), le questionnaire de sortie (éventuellement commun à tout l'hôpital), mentionné huit fois. Signalons encore l'existence, dans un service de psychiatrie, d'un "colloque hospitalo-ambulatoire pour les patients", ou l'utilisation de contrôles téléphoniques systématiques, ou encore la mesure des taux sanguins des médicaments prescrits.

Limitation du nombre d'examens : Limiter le nombre d'examens à ce qui est nécessaire, c'est limiter les délais et les moments pénibles pour le patient, c'est aussi réduire le nombre de craintes injustifiées dues à un résultat d'examen faussement pathologique (faux-positifs). Par ailleurs, cette question débouche sur les considérations économiques de l'assurance de qualité (mesures de coûts-efficacité) ¹⁶. Vingt-cinq pour-cent des services représentés ont une liste d'examens qui *ne doivent pas être faits de routine*; 45% des services mettent à disposition des médecins-assistants des informations sur le prix des examens et des traitements prescrits.

Utilisation rationnelle des médicaments : L'utilisation appropriée de technologies médicales a fait l'objet de nombreuses recherches ^{17 18}. A la question de savoir s'il existe dans le service un programme pour améliorer l'utilisation appropriée des médicaments, 38 % des chefs de services représentés répondent par l'affirmative, pour un tiers sans autre précision. Ce programme est consigné dans un document écrit chez 68 % de ceux qui répondent affirmativement .

Renouvellement du personnel : Le taux de renouvellement annuel du personnel infirmier dans le service est donné par 56 % des répondants, avec un taux moyen de 18% et des extrêmes à 50 % et ... 0 % (7 cas). Un taux de renouvellement infirmier très bas peut être l'indicateur d'une atmosphère de travail satisfaisante dans le service, sans qu'un taux élevé indique forcément le contraire : il peut être le fait de spécialités particulièrement éprouvantes. Est-ce ainsi qu'il faut comprendre, par exemple, le fait qu'il y a deux services de chirurgie pédiatrique dans les cinq services ayant plus de 30% de renouvellement annuel du personnel infirmier ?

Taux d'autopsies (des personnes décédées dans le service) : Là encore, il s'agit d'un chiffre à interpréter avec prudence: Les chiffres élevés (éventuellement de 100 %) ne sont pas nécessairement dus à un intérêt particulier pour les confrontations anatomo-cliniques ou à une complaisance particulière des proches des patients à la demande d'autopsie scientifique; il peut aussi s'agir de services dans lesquels les autopsies sont en général des exigences médico-légales (psychiatrie, anesthésie...). Le taux d'autopsie est rapporté par 54 % des répondants et présente une distribution bimodale (courbe en "M"); 14 % des répondants à cette question mentionnent 0% d'autopsie (bien que tous d'un service clinique) et 13 % des répondants rapportant un taux de 100 % , avec un taux moyen d'autopsies de 50 %. Les services rapportant un taux d'autopsie égal à zéro signalent aussi (quand ils le mentionnent) une mortalité très faible dans leur service (0.01 pour mille au maximum).

La qualité des résultats

Les résultats sont définis comme "les effets des soins sur l'état de santé des patients et des populations" ¹⁵. Un approfondissement, chez les patients, des connaissances ainsi que des changements salutaires de comportement font aussi partie d'une vision globale de l'état de santé, de même que la satisfaction globale du patient vis-à-vis des soins.

Taux de mortalité (intra-hospitalier) : Mesure de résultats la plus brute, elle est connue par 54% des chefs de services en clinique ayant répondu, soit 67% dans les services avec lits. Quarante-huit pour-cent de ces derniers fournissent un chiffre précis, évidemment très variable selon les spécialités et la sévérité des patients qu'ils ont à traiter. Le taux de mortalité étant une donnée relativement facile à obtenir sans service de statistiques particulier, on peut se demander pourquoi *tous* les chefs de services ne disposent-ils pas de cette donnée de base.

En raison de sa facilité d'accès, cet indicateur sera probablement le premier élément à être mis en place pour comparer les hôpitaux ou les services entre eux. Dans ce contexte, il est inquiétant de constater le manque d'intérêt pour d'autres éléments nécessaires pour interpréter ces données. Les variations de mortalité d'un hôpital à l'autre ne signifient en effet pas grand chose par elles-mêmes. Elles peuvent certes être dues largement au hasard ¹⁹, mais elles peuvent aussi refléter des variations dans la sévérité des cas pris en charge ou dans la qualité des soins. Dans tous les cas, il est indispensable de disposer de données complémentaires. Dans la présente enquête, seuls 54% des chefs de services ont indiqué quelles informations leur seraient nécessaires pour pouvoir expliquer ou interpréter le taux de mortalité de leur service.

Parmi les 53 répondants à cette question (36% du collectif), les données sur la sévérité des cas sont considérées comme les compléments nécessaires à l'interprétation des données de mortalité (mentionné 20 fois). La mesure de sévérité la plus connue semble être le score APACHE (mentionné 4 fois). Il s'agit d'un score développé aux Etats-Unis dans les années septante (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) et qui a fait l'objet d'études de validation comme prédicteur du risque de décès chez les patients en état critique ²⁰. Deux services rapportent qu'ils ont déjà les informations nécessaires pour interpréter la mortalité de leur service; quatre services pensent que de telles informations ne sont pas nécessaires, parce que le taux de décès dans leur service est très bas. Certains chefs de service se contenteraient de quelques information sur "la structure d'âge" des patients, la cause du décès et/ou les

préjudices iatrogènes. Deux répondants aimeraient bien simplement recevoir les rapports d'autopsie.

Effets indésirables, infections nosocomiales : Ces chiffres résultent de nombreux facteurs : il s'agit d'une part des effets aléatoires et statistiquement acceptables et d'autre part de la qualité des soins dans son ensemble (processus et structures).

Les chiffres concernant les effets indésirables et les infections nosocomiales peuvent être utiles à un chef de service qui souhaite par exemple suivre l'évolution de la qualité des soins d'une année à l'autre. Ces chiffres ne sont connus actuellement que chez 31% des répondants cliniciens pour les "effets indésirables importants" et 34% pour les infections nosocomiales.

Comme de tels chiffres dépendent en partie de la définition, il a semblé aussi utile d'introduire une question soulevant ce problème. Il s'agissait ici de jeter les jalons de l'élaboration à partir d'éléments identifiés par les chefs de service eux-mêmes, de définitions communes et relativement consensuelles d'un certain nombre de critères de qualité.

A la question concernant la définition d'un effet indésirable important, les chefs de services universitaires répondent par une pléiade de réponses proposant des critères extrêmement divers (Tableau 2) : le critère le plus fréquemment décrit est l'augmentation (inattendue) de la durée de séjour à l'hôpital (12 mentions).

Critères de définition	Nb de réponses
Augmentation de la durée d'hospitalisation	12
Augmentation de la morbidité	9
Augmentation de la mortalité	8
Nécessaire modification du traitement	9
Séquelles	8
Préjudice à la santé	5
Baisse de la qualité de vie	4
Autre	7
Total	62

Tableau 2: Critères de définition d'un effet indésirable important (selon les chefs de service)

On voit ici coexister deux types de mesures de résultats : les mesures directes (séquelles, morbidité, etc.) et les mesures indirectes (modification du traitement, augmentation de la durée de séjour). Comme pour d'autres mesures de la qualité des soins médicaux, de telles mesures prennent tout leur sens quand elles sont intégrées à d'autres informations. Par exemple, des indications sur la morbidité ne pourront décrire raisonnablement la qualité des soins que dans la mesure où on possède aussi des informations sur l'état des patients *avant* et *indépendamment* des soins médicaux. On aboutit ainsi à la nécessité, dans une perspective institutionnelle de la promotion de la qualité, de disposer d'un système d'information performant, intégrant l'ensemble des données cliniques.

Réhospitalisations : Le pourcentage de patients réhospitalisés dans les trente jours peut aussi être un indicateur de résultats. Le taux de réhospitalisation dans les trente jours est connu par 48% des répondants ayant un service d'hospitalisation, taux qui paraît bien élevé et peu vraisemblable en regard des modestes ressources humaines à disposition et des lacunes des systèmes d'informations statistiques hospitalières. Les répondants ont-ils pris la question dans le sens d'une réhospitalisation dans leur service?

Accidents, plaintes : Ces deux informations reflètent des aspects de la qualité des soins qui vont au-delà des soins médicaux puisque des accidents (ou traumatismes) peuvent survenir en dehors des soins proprement dits (lors d'un transport, par exemple), et que les plaintes peuvent s'adresser à d'autres aspects, par exemple hôteliers ou architecturaux, de l'hôpital. Dans le cadre de cette enquête, 36% des répondants connaissent la proportion annuelle des patients ayant souffert d'un traumatisme durant leur hospitalisation, événement qui toucherait entre 0 et 5% des patients.

Le nombre de plaintes provenant de patients nécessiterait encore des données supplémentaires pour être interprété : quelle est la nature de ces plaintes, à qui s'adressent-elles, dans quelle mesure sont-elles justifiées ? Ici, cependant, une indication se rapportant peut-être plutôt à la qualité des *processus* : les plaintes sont traitées personnellement par le chef de service dans 86% des cas; une procédure institutionnalisée pour traiter les plaintes existe dans 45% des services représentés.

Statistiques médicales : 83% des services cliniques représentés tiennent une statistique par diagnostic des patients traités dans le service. Soixante-cinq pour-cent utilisent la statistique médicale VESKA, 44% utilisent, à la place ou conjointement, une autre nomenclature que celle de la VESKA. Septante-huit pour-cent des services

disposent d'une statistique médicale, que ce soit celle de la VESKA ou une autre. Les nomenclatures différentes sont le plus souvent propres au service (19 cas), sans que l'on sache s'il s'agit de statistiques de diagnostics, de traitement, ou des deux. La Classification Internationale des Maladies de l'OMS est utilisée par huit services. Certains services utilisent des classifications propres à leur spécialité, tel le "DSM-III" en psychiatrie.

En additionnant les réponses aux questions sur les statistiques générales et celles sur les statistiques par diagnostics, on s'aperçoit que 20% des services cliniques représentés disposent déjà de chiffres à la fois sur le taux de mortalité dans le service, les diagnostics de leurs patients, les durées de séjours, le nombre d'exams effectués et la provenance des patients.

Enfin, et on retrouvera des remarques semblables chez plusieurs répondants dans d'autres parties de cette enquête, un chef de service s'exclame: "que les statistiques soient simples, c'est-à-dire praticables!".

Satisfaction des patients : Comme l'examen des définitions d'un effet indésirable important le laissait déjà deviner, l'amélioration de l'état de santé et la satisfaction du patient vis-à-vis des soins reçus ne sont pas forcément synonymes²¹. Aussi bien l'état de santé que la satisfaction des patients ont fait l'objet de mesures différentes, utilisant des instruments différents. Des instruments existent déjà dans les trois langues nationales pour la mesure de l'état de santé, tels les questionnaires "SF-36" dérivés de la "medical outcome study"²², quelques fois adaptés à un groupe de patients particuliers²³. Pour la mesure de la satisfaction des patients, beaucoup reste à faire en Suisse, alors qu'ailleurs le développement d'instruments de mesure est déjà bien avancé²⁴. Or il faudrait pour commencer, "identifier les aspects constitutifs de la satisfaction des patients", aspects qui pourraient comporter des variations liées aux caractéristiques régionales, culturelles, sociales, etc. C'est l'objet d'un autre projet de la collaboration inter-universitaire.²⁵

Une première approche est de savoir comment les chefs de services universitaires évaluent actuellement la satisfaction des patients traités ou examinés dans leur service. Le moyen le plus largement répandu, chez 55 des 117 répondants à cette question, est le questionnaire. Il peut s'agir d'un questionnaire administratif donné à tous les malades sortant de l'hôpital, ou d'un questionnaire du service. Trois services signalent une étude en cours sur la satisfaction des patients. Ce moyen (questionnaire) qui paraît simple, a des limites bien connues dont une des premières est le taux de réponse. Quand on apprend que ce taux peut être aussi bas que 4%, on peut se demander quelle utilité il a réellement. D'où la nécessité de bien se pencher sur toute la méthodologie et non seulement sur la formulation du questionnaire lui-même. Il faut bien remarquer ici un clivage correspondant aux frontières linguistiques: parmi

les réponses en allemand, le questionnaire est mentionné dans 67 % des réponses, contre 24 % dans les réponses en français, ces dernières proposant parfois aussi (3 réponses) de compter sur les plaintes et les lettres de réclamation pour se faire une idée de la satisfaction (ou de l'insatisfaction) des patients.

Perspectives futures : des projets, des obstacles et des idées.

Projets en cours : Nombreux sont déjà, au fond, les projets de promotion de qualité qui sont en route. Leur définition peut certes être plus ou moins restrictive, mais toujours est-il que, outre les trois études sur la satisfaction des patients mentionnés au paragraphe précédent, 46 % des répondants de services cliniques identifient leur service comme participant à un projet de promotion de la qualité. Ces projets sont tantôt des collaborations internationales (9 projets mentionnés), tantôt à l'échelle inter-hospitalière suisse (26 projets, souvent chapeautés par la société médicale de la spécialité), ou encore limités à l'hôpital ou au service du répondant (29 projets). Il peut s'agir d'études d'un aspect particulier de la qualité (ex. : infections dans un département de chirurgie) ou d'ambitions plus générales (ex. : la participation à la "Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung").

Les indications données sont succinctes, mais permettent de dresser déjà une liste des études, certes pas exhaustive, en cours dans le domaine de la promotion de la qualité des soins ²⁶. Quelques exemples sont donnés dans le tableau 3.

Recherche, projet, étude en cours	Specialité
Laboratoire: contrôle de qualité	Hématologie
Relevé des complications (avec anesthésie)	Urologie
PTCA Registry	Cardiologie
Analyse SAKK	ORL
Catalogue d'indications appropriées	Chir. cardiaque
Adéquation de la laminectomie (hernies discales)	Neurochirurgie
Projet VD-GE d'évaluation: satisfaction des patients	Médecine interne
Audit médical	Anesthésiologie
ASF Statistik für Gyn. + Geb.	Gynécologie/Obstétrique

Tableau 3: Projets, études, recherches en cours dans les services universitaires suisses. Quelques exemples.

Certains projets encore peu implantés dans les hôpitaux universitaires, comme le vaste programme d'assurance de qualité mené depuis plus de dix ans par le groupement de travail des cliniques suisses de gynécologie ²⁷ ²⁸, peuvent presque échapper au coup de projecteur donné par la présente enquête; il n'est cité qu'une fois. Quant au "projet Vaud-Genève d'évaluation de la qualité des soins hospitaliers et de la satisfaction globale des patients", il n'est cité que deux fois, alors qu'au moins 8 services sont concernés.

Obstacles à la promotion de la qualité: Pour la majorité des répondants, les obstacles sont d'ordre pratique, liés à des carences actuelles: manque de temps et de personnel (mentionné 80 fois), de moyens financiers (11 fois). Certains sont plus précis, évoquant le manque de moyens informatiques (évoqué 14 fois), ou de personnel formé à l'utilisation des ordinateurs (4 fois).

Des obstacles d'ordre théorique sont aussi abordés: 10 chefs de services soulèvent des problèmes de définition : on n'avait, pour l'assurance de qualité des soins, "aucune définition admise" ; il est difficile de construire des bases de données unifiées; différentes pathologies requièrent différents modes d'évaluation; absence de langage commun, de mesures standardisées, de critères comparables...

Des obstacles psychologiques sont mentionnés, par exemple, "la routine, l'autosatisfaction, le manque d'appréhension ou de conscience du problèmes des erreurs médicales". Un répondant évoque "l'inhibition à documenter des faits négatifs" et un autre "la discrédance entre résultats obtenus et résultats attendus ou considérés comme dûs". Remarque est faite sur "les divergences d'intérêts qui existent entre les médecins, le personnel infirmier et l'administration". On pourrait élargir la liste des forces (parfois) divergentes et inclure les assurances, les autorités, les patients et la population "non-patiente", chacun de ces groupes ayant des raisons de s'intéresser ou ne pas s'intéresser à la promotion de la qualité, raisons qui peuvent reposer sur des motivations divergentes. Trois chefs de service déplorent encore, respectivement, "l'absence de culture d'entreprise parmi les chefs de service et les gens de la faculté", le "confort" des médecins et finalement "l'excès de bureaucratie (en particulier de questionnaires à remplir)".

Enfin, quelques répondants (5) pensent qu'il n'y a pas d'obstacle, à condition de ne pas en demander trop, de ne pas réaliser de programmes trop ambitieux, qui "pourraient avoir un effet néfaste sur le fonctionnement du service". Les effets ne sont pas précisés.

Le manque de temps et de personnel apparaît de manière aussi nette comme l'obstacle le plus important à plus de promotion de la qualité. Dans le contexte actuel des finances publiques, ces moyens ne viendront pas en plus, mais seront prélevés

ailleurs pour être disponibles. Il faut donc viser la rentabilité de ce transfert de ressources.

Intérêt pour la promotion de la qualité : Malgré les obstacles évoqués, plus d'investissements dans le domaine de la promotion de la qualité est souvent souhaité. Quant à la question se rapportant à une coordination entre les cinq hôpitaux universitaires en matière de promotion de la qualité *dans leur domaine*, 69 % des chefs de service représentés répondent par l'affirmative. Quarante-vingt-un pour-cent se déclarent favorables à une comparaison de la qualité de la prise en charge dans leur service avec celle d'autres services. On pourra bien sûr supposer que ceux qui se sont donné la peine de répondre à ce questionnaire pourraient bien être aussi ceux des chefs de services qui s'intéressent le plus à la promotion de la qualité; on pourra aussi faire remarquer que, dans des postes où la compétitivité et la combativité sont des facteurs clés d'accession, il y a peu de chance qu'une personne réponde "non" quand on lui demande si elle serait prête à se comparer aux autres. Mais en gardant l'anonymat du questionnaire, on cherchait à éviter ce biais, même si les chefs de services ont été nombreux à s'identifier nominativement en signant le questionnaire. On remarquera cependant que ces pourcentages représentent déjà des nombres absolus appréciables de personnes intéressées (102 pour la coordination, 119 pour les comparaisons). Pour qu'un tel intérêt soit suivi d'activités fécondes de coordination et de collaboration, tout un travail d'harmonisation des systèmes d'information et de définition serait un préalable indispensable. C'est ainsi qu'il est apparu important de commencer à explorer les opinions des chefs de services en matière de critères de qualité:

Les meilleurs indicateurs de qualité (selon les chefs de services) : Retour à la question déjà soulevée plus haut, à savoir par quels moyens mesurer la qualité des soins médicaux et, partant, suivre l'évolution dans un service, comparer différents services, mesurer les performances du jour par rapport à celles de la nuit, etc. Rappelons encore une fois qu'il ne s'agissait pas d'un "quiz" censé "tester" les chefs de services, mais d'une occasion de débrouiller le terrain de la mise sur pied d'une définition de la qualité qui soit largement acceptée et utilisable.

La question suivante a été posée aux chefs de services: "quels sont, d'après vous, les deux meilleurs indices de qualité de votre service ?" Cent-seize chefs de service ont répondu à cette question (tableau 4)

La grande majorité (114) des indices proposés appartiennent à la partie "*résultats*" de l'assurance de qualité et ont déjà été évoqués plus haut dans le questionnaire : satisfaction des patients (25), mortalité (14), durée (ou brièveté) de l'hospitalisation (13), etc...

Les propositions d'indices en rapport avec la partie "*processus*" de la qualité des soins sont nettement plus rares. Les visites et les questionnaires sont mentionnés 4 fois chacun, les discussions avec le patient 3 fois.

Soumettre la qualité des *structures* en première ou deuxième priorité n'a été proposé qu'une seule fois, et ce dans le domaine du renouvellement du personnel (avoir du personnel bien orienté dans le service).

Indices de qualité	Nombre de réponses
Résultats:	
satisfaction des patients	25
mortalité	14
durée d'hospitalisation	13
complications	11
statistiques de succès	11
morbidité	8
nombre de plaintes	4
taux de réhospitalisation	2
Processus:	
visites	4
questionnaires	4
discussions avec le patient	3
temps entre entrée et diagnostique	3
taux d'erreur de diagnostique	1
rapidité des analyses	1
Structures:	
personnel connaissant bien le service	1
Total	120

Tableau 4: Les meilleurs indices de qualité des soins, selon les chefs de services universitaires.

Le nombre de patients, et son augmentation, est un indice de qualité proposé par 12 répondants. Deux répondants avancent aussi le concept de "fidélisation" des patients. Cet indice pourrait être rapproché de l'idée de reconnaissance

professionnelle, amenant de nombreux collègues à référer des patients au service universitaire, idée exprimée par 5 chefs de services. D'un autre côté l'augmentation du nombre de patients pourrait aussi marquer le comblement progressif d'une sous-utilisation de prestations médicales. Ce pourrait enfin être le résultat de phénomènes classiques de demande suivant l'offre, types "Docteur Knock" (le médecin étant, dans une large mesure, à la fois celui qui offre des examens, des traitements -- et celui qui les demande ou les prescrit).

D'autres types de reconnaissance sont proposés comme indices de qualité des soins médicaux: la "reconnaissance par des instances nationales et internationales", la "réputation internationale", le "nombre de publications" et le "nombre de mandats de recherche". D'autres encore citent l'"intérêt" ou la "satisfaction" des médecins et du personnel travaillant dans le service et l'"attrait du service auprès des médecins en formation".

Enfin d'autres répondants énoncent le terme "appropriateness" (adéquation, pertinence), concept central de l'assurance de qualité des soins médicaux et employé abondamment dans la recherche, y compris en Suisse (ex. : notes ^{29 30}).

Conclusions et recommandations

"Promotion de la qualité? Mais nous ne faisons que ça!" Voilà le refrain qu'un chœur de chefs de services pourrait entonner quand on leur pose la question de la promotion de la qualité de manière vague. Effectivement, la qualité des soins médicaux est certainement le souci de tout médecin, chefs de services universitaires inclus, et cette étude nous montre que tous les services, quelquefois de manière systématique, explicite et extensive, quelquefois de manière informelle et essentiellement orale, sont engagés dans la promotion de la qualité des soins médicaux. La question dès lors est plutôt : comment faire mieux et plus en matière de promotion de la qualité ?

La qualité des soins médicaux en Suisse semble excellente, mais certains indices suggèrent que l'on pourrait faire mieux. Par exemple, des études d'adéquation montrent que l'on pourrait améliorer la définition de certaines indications médicales^{23 24}, et la présente étude montre un certain nombre de carences dans les services.

Limitations de l'enquête :

Il faut cependant, dans la lecture des résultats de cette enquête, tenir compte d'un certain nombre de limitations de l'enquête. Outre les problèmes de formulation des questions, déjà évoqués dans la présentation des résultats, et la relative modestie du taux de réponse, il faut garder à l'esprit que le questionnaire est le résultat d'un processus de consultations multiples au cours duquel on a tenté de construire une voie moyenne entre des opinions parfois fort divergentes quant à l'ampleur nécessaire de l'enquête, la formulation du questionnaire ou la population cible (qui aurait pu comporter également des représentants du personnel infirmier, technique, administratif...). Une anecdote illustre la difficulté d'aboutir à un protocole d'étude satisfaisant pour tout le monde : après plusieurs mois de travaux de développement et d'essais préliminaires de diverses formulations, un consultant a écrit que la version définitive du questionnaire était "conçue de manière un peu hâtive".

Résultats :

- Un responsable de la qualité existe dans 50% des services. Une minorité de services possède déjà des éléments d'assurance de qualité : un programme pour améliorer l'utilisation des médicaments existe dans 38% des services; une liste d'examen exclus de la prescription de routine se trouve dans 25% des services.

- Les informations sur les résultats de la prise en charge médicale sont encore rarement disponibles. Le taux de mortalité dans les services d'hospitalisation n'est connu que par 67% des chefs de service; un tiers des chefs de service disposent de données sur l'incidence des infections nosocomiales et autres effets indésirables.

- Les réponses aux questions sur les critères et les définitions de la qualité des soins médicaux mettent en exergue l'absence d'un consensus à ce sujet. Néanmoins cent deux chefs de services, parmi les cent quarante-sept ayant répondu, se déclarent intéressés par une coordination entre les cinq hôpitaux universitaires en matière de promotion de la qualité dans leur domaine, et 119 envisagent favorablement des comparaisons de la qualité de la prise en charge entre services.

- Selon les répondants, les obstacles à la mise en place d'un programme de promotion de la qualité sont le plus souvent: le manque de personnel qualifié, le manque de moyens financiers et informatiques, ainsi que des connaissances spécifiques insuffisantes sur l'évaluation de la qualité des soins.

En effet, si l'on considère qu'une activité de promotion *systematique* de la qualité est nécessaire, on peut conclure que les résultats de l'enquête montrent un certain nombre de carences. On trouve, évoquées avec insistance par les chefs de services ayant répondu à l'enquête, des carences en moyens (temps, personnel, informatique) ; et l'enquête apporte des précisions, dans le prolongement d'enquêtes précédentes^{31 32}, sur des carences en information : manque de données ayant trait à la qualité des soins médicaux; manque de connaissances (ou de consensus) sur les méthodes de mesure de la qualité (récolte de données, interprétation).

Propositions :

L'enquête a rassemblé suffisamment d'informations pour permettre d'élaborer quelques propositions. En particulier, il est proposé que les éléments suivants soient mis sur pieds ou renforcés dans le cadre de la promotion de la qualité des soins médicaux au sein des hôpitaux universitaires suisses :

- Des définitions communes des critères de qualité, élaborées par des groupes ad hoc.
- Des instruments communs de mesure de la qualité, permettant une comparaison entre services et adaptables à la réalité particulière de chaque spécialité et de chaque service.

- Un système d'information standardisé et performant portant au moins sur les diagnostics et les opérations, complété par des projets ad hoc pour suivre un petit nombre de pathologies courantes servant de "traceurs". Des indications précises sur le diagnostic, la sévérité de la pathologie et les comorbidités ainsi que la prise en charge qualifieraient ces traceurs.
- Les définitions, instruments et systèmes d'information existent déjà dans d'autres pays. Les expériences étrangères dans le domaine de la promotion de la qualité des soins médicaux doivent être mises à profit pour implanter les instruments appropriés.

Ainsi la promotion de la qualité des soins offre des occasions fécondes de dialogue entre la recherche et la pratique clinique, dialogue essentiel pour une médecine qui se veut scientifique.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier tous ceux qui ont aidé à la formulation du questionnaire et en particulier, les cent-quarante-sept médecins chefs qui, malgré leur programme chargé, ont pris le temps et la peine de répondre à ce questionnaire. Les remerciements vont aussi au Dr Hervé Guillain, ainsi qu'à Mmes Myriam Sandoz et Karine Dupriez, qui ont aidé à préparer ce rapport.

Références

- 1 Les termes "assurance de qualité" et "promotion de la qualité" sont employés ici de manière interchangeable, le premier étant une transcription directe de l'anglais et le second une tentative de traduction française.
- 2 Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Affairs* 1984; 3:74-89.
- 3 Domenighetti G et Al. Hysterectomy and sex of the gynecologist. *N Engl J Med* 1985; 29:178.
- 4 Smith R. Where is wisdom...? The poverty of medical evidence. *BMJ* 1991;303:798-9.
- 5 Kocher G. Rationierung medizinischer Leistungen aus Kosten- oder Personalgründen? Exposé à la réunion de la Société suisse pour la politique de la santé, Zurich, 22 août 1990. Cité par Rageth JC *Qualitätssicherung in der Gynäkologie*, Habilitationsschrift, p.22. Zurich, 1993.
- 6 Codman EA. A study in Hospital Efficiency as Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital. Boston: Thomas Todd Company, Printers; 1917.
- 7 Relman AS. Assessment and accountability. The third revolution in medical care. *New Engl J Med* 1988;319:1220-22.
- 8 Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO). Accreditation Manual for Hospital (Vol I & II). Oakbrook Terrace, IL: JCAHO, 1992.
- 9 Schmid M, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F. Second-Opinion-Programm im schweizerischen Gesundheitswesen: ein Bericht des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der ZOKU, einer Krankenkasse der SWICA Gesundheitsorganisation. MURI: SGGP 1992.
- 10 Institute of Medicine. Guidelines for clinical Practice: From development to use. Washington: National Academy Press 1992.
- 11 European Newsletter on Quality Assurance. Collaborative network for infection registration. *European Newsletter on Quality Assurance*. 1993;10:1.
- 12 Kaplan SH, Ware JE, Jr. The patient role in health care and quality assessment. In: Goldfield N et al. eds: *Providing quality care: the challenge to clinicians*. Philadelphia: American college of Physicians, 1989: 25-69.
- 13 Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). *L'évaluation des pratiques professionnelles en milieu ambulatoire: l'audit médical*. Paris: ANDEM, 1993.
- 14 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966;44:166-206.
- 15 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12):1743-48.
- 16 Melin JA, Robert A, Eeckhoudt L. Clinical and economic evaluation of health care technologies: a joint and sequential approach. *Acta Clin Belg*. 1991;46(2):384-92.
- 17 Chrzanowski R, Gutzwiller F. Eléments d'évaluation des technologies biomédicales. *Med Hyg*. 1984;42:458-64.
- 18 Battista NR. Health care technologies assessment: linking science and policy-making. *Can Med Assoc J*. 1992;146(4):641-2.
- 19 Park ER et al. Explaining variations in hospital death rates. Randomness severity of illness quality of care. *JAMA*. 1990;264(4):484-90.
- 20 Wagner DP, Knaus WA, Draper EA. Statistical validation of a severity of illness measure. *Am J Public Health*. 1983;73:878-84.
- 21 Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993;31:84-93.
- 22 Tarlov AR, et al. The medical outcome study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989;262:907-913.

-
- 23 Yersin B, Alliata R, Duc-Mingot S, Burnand B. A french version of the medical outcomes study general health survey short form: preliminary validation in patients surviving myocardial infarction. *Clin res* 1992;40:184A
- 24 Hall J, Dorman M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935-40.
- 25 "Indicateurs pour la surveillance de la satisfaction globale des patients" (Projet 320 du protocole daté du 24 novembre 1993), disponible à l'IUMSP.
- 26 Une liste de projets (suisses-almémiques principalement) dans le domaine est présentée dans: *Durchführbarkeitsstudie Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*. (Forschungsgruppe für Management im Gesundheitswesen an der Hochschule St-Gallen) St-Gallen, 1993.
- 27 Hochuli E. Qualitätssicherung - Qualitätskontrolle in Geburtshilfe und Gynäkologie. *Therapeutische Umschau* 1981; 38 (6):567-577.
- 28 Hochuli E, Benz J, Litschgi M, Marti WK. Geburtshilflich-gynäkologische Datenerhebung zur Qualitätskontrolle und Beantwortung gesundheits- und standespolitischer Fragen. Eine Bestandsaufnahme nach 250 000 Patientinnen. *Geburtsh u Frauenheilk* 1987; 47:829-837.
- 29 Gonvers JJ, Burnand B, Froehlich F, et al.: Adéquation de l'endoscopie digestive haute dans une consultation de policlinique. (Résumé) *Schweiz Med Wochenschr* 1993;123 Suppl 50/1:1:18
- 30 Laréqui-Lauber T, Vader JP, et al.: Appropriateness of surgical care for lumbar disc hernia. *Proceedings of the annual meeting of the International Society for Technology Assessment in Health Care*. Baltimore, 1994.
- 31 *Durchführbarkeitsstudie...* (op.cit. note 26)
- 32 Guillaïn H *Qualité des soins dans le système de santé suisse*. Institut suisse de santé publique, Lausanne, 1993.

Annexe

QUESTIONNAIRE Activités d'assurance de qualité des soins médicaux dans les hôpitaux universitaires suisses

Questions sur les structures (= caractéristiques des ressources du système de soins médicaux)

1. Votre service a-t-il un(e) responsable de la qualité? oui non
Si oui, est-ce
 un groupe un médecin cadre un chef de clinique autre : _____
2. Ce responsable (ou groupe) a-t-il un cahier des charges écrit? oui non
Combien de temps (en % équivalent plein temps) ce responsable consacre-t-il *exclusivement* aux activités d'assurance de qualité? _____ %
3. Existe-t-il une description écrite des tâches et responsabilités des personnes travaillant dans votre service, selon le niveau hiérarchique et le degré de formation? oui non
4. Existe-t-il des normes pour votre service concernant la charge de travail maximale des personnes directement responsables des soins aux malades? oui non
Par exemple, quel est le nombre maximal de malades hospitalisés pris en charge simultanément par chaque médecin-assistant? _____
5. A quelle fréquence revoyez-vous, dans votre service, les qualifications, le cahier des charges et le plan de carrière des
médecin-cadres _____ chefs de cliniques _____
médecins-assistants _____
6. Existe-t-il dans votre service un document écrit décrivant les processus et les objectifs de l'assurance de qualité? oui non

Questions sur les processus (= ce qui est fait au patient ou pour le patient, et comment)

7. Avez-vous des colloques réguliers pour discuter des cas difficiles ou problématiques? oui non
Si oui, à quelle fréquence? _____
8. Avez-vous régulièrement une confrontation anatomo-clinique (par ex. conférence mortalité/morbidité)? oui non
Si oui, à quelle fréquence? _____
9. Avez-vous des recommandations écrites ("guidelines") pour la prise en charge de certains diagnostics ou pathologies? oui non
Lesquels? (à titre d'exemples) _____

10. Qui revoit systématiquement les dossiers des patients dans votre service?
 un chef de clinique un médecin cadre vous-même pas de revue systématique organisée

11. Sur la base de quels critères ces dossiers sont-ils contrôlés?
- pertinence clinique rapidité de la mise à jour ou du bouclage
- qualité de la documentation autre _____
12. Avez-vous dans votre service un programme pour améliorer l'utilisation appropriée de médicaments? oui non
- si oui, est-ce consigné dans un document écrit? oui non
13. Avez-vous, dans votre service, un programme écrit et détaillé pour la formation post-graduée et continue des
- médecins-assistants oui non
- chefs de clinique oui non
- médecins cadres oui non
14. Avez-vous établi des "guidelines" pour l'emploi approprié de certains examens ou interventions? oui non
- Exemples : _____
- _____
- _____
15. Disposez-vous d'un mécanisme pour vérifier si les "guidelines" sont suivis systématiquement? oui non
- Préciser s.v.p. : _____
- _____
- _____
16. A quelle fréquence ces "guidelines" sont-ils formellement mis à jour? _____
17. Votre service a-t-il une liste d'examens qui ne doivent pas être faits de routine? oui non
18. Quel est le taux d'autopsies effectuées chez les personnes décédées dans votre service? _____ %
19. Quel est le renouvellement annuel du personnel infirmier dans votre service? _____ %
20. Les médecins-assistants ont-ils à disposition, dans leur bureau ou dans le service, des informations sur le prix des examens et des traitements prescrits? oui non
21. Votre service bénéficie-t-il d'un système d'information intégrant l'ensemble des données : diagnostics, durée de séjour, nombre d'examens effectués, provenance des patients, etc.? oui non

Questions sur les résultats (= effets sur la santé et le bien-être des patients)

22. Connaissez-vous la proportion de cas traités dans votre service qui ont présenté une infection nosocomiale (opératoire, cathéter, sonde, pneumonie, etc.) au cours de la dernière année? oui non
- Si oui, quelle est cette proportion? _____ %

23. Connaissez-vous la proportion de cas traités dans votre service qui ont présenté un effet indésirable important d'un traitement au cours de la dernière année? oui non
Si oui, quelle est cette proportion? _____%
24. Comment définiriez-vous "un effet indésirable important"?

25. Connaissez-vous le taux de mortalité dans votre service? oui non
Si oui, prière de l'indiquer (en pour mille de patients hospitalisés) _____‰
26. De quelles informations aimeriez-vous disposer pour vous permettre d'interpréter raisonnablement le taux de mortalité de votre service et le comparer à celui d'autres services?

27. Quel mécanisme avez-vous dans votre service pour vérifier que les patients sortants comprennent ce qui est attendu d'eux (traitement, suivi, etc.)?

_____ aucun
28. Quel pourcentage des patients quittant l'hôpital depuis votre service sont rehospitalisés dans les 30 jours?
___ % je ne sais pas
29. Au cours de la dernière année, combien de patients ont souffert d'un traumatisme survenu au cours de leur séjour dans votre service (p.ex. chute)?
___ % je ne sais pas
30. Tenez-vous une statistique par diagnostic des patients traités dans votre service? oui non
31. Votre service participe-t-il à la statistique médicale VESKA? oui non
32. Relevez-vous les statistiques médicales de votre service selon d'autres nomenclatures que celle de la VESKA? oui non
Si oui, laquelle? _____
33. Par quel moyen évaluez-vous la satisfaction des patients traités ou examinés dans votre service?

34. Existe-t-il une procédure institutionnalisée dans votre service pour traiter les plaintes des patients? oui non
35. Examinez-vous personnellement les plaintes des patients relatives à votre service? oui non
36. Si oui, combien de plaintes de patients avez-vous examiné au cours des deux dernières années? _____

DIVERS

37. Votre service participe-t-il à des programmes de promotion de la qualité avec d'autres partenaires (services, universités ou sociétés de disciplines médicales)? oui non

si oui, indiquer le programme et le partenaire

38. Quels sont, d'après vous, les deux meilleurs indices de la qualité de votre service?

1. _____
2. _____

39. Quels sont, à vos yeux, les deux principaux obstacles à la mise en place dans votre service d'un programme plus ambitieux d'assurance de la qualité des soins médicaux?

1. _____
2. _____

40. Souhaitez-vous une coordination entre les cinq hôpitaux universitaires en matière de promotion de qualité dans votre domaine? oui non

41. Seriez-vous intéressé(e) à comparer la qualité de la prise en charge dans votre service avec celle d'autres services? oui non

QUELQUES INFORMATIONS SUR VOTRE PERSONNE ET VOTRE SERVICE

42. Votre sexe? masculin féminin

43. Votre âge? _____

44. Le nom de votre service/spécialité? _____

45. Le nombre de médecins assistants et chefs de clinique sous votre responsabilité? _____

46. Le nombre de médecins cadres dans votre service? _____

47. Le nombre de lits dans votre service? _____ service sans lits

48. Le nombre de patients hospitalisés dans votre service au cours de 1993? _____

49. Quelle a été la durée moyenne de séjour dans votre service en 1993? _____ jours

Merci de votre collaboration et de renvoyer ce questionnaire rempli dans l'enveloppe réponse à
Dr J.P. Vader, Institut de médecine sociale et préventive, Bugnon 17, 1005 Lausanne
Tel. 021 313 20 44, Fax 021 313 20 35

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 Resplandino J. - La "zone". Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 83 p.
- 39.5 Fleury F. - Les migrants. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 85 p.

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

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

- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden. 1990, 8 p.
- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération SprützeHüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990, 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 84 p.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 38 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/Migration/Prévention. Dossier portugais, dossier espagnol, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 74 p.
- 52.8 Masur J.-B., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 187 p.
- 52.10a Baumann A. - Aids-Risiken in der Normalbevölkerung. Psychosoziale Hintergründe des Sexualverhaltens von Männern und Frauen in der Schweiz: Ein system-oekologischer Ansatz. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 151 p.
- 52.10b Gruet F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Relations hétérosexuelles et prévention du sida. Une étude qualitative de la vie relationnelle et sexuelle et de l'utilisation du préservatif dans une population d'adultes âgés de 31 - 45 ans en Suisse romande. - Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, 1993, 60 p.
- 52.11 Meystre-Agostoni G., Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les médecins praticiens face à la prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 107 p.
- 52.12 Daverio C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida Média. Analyse de la presse écrite en Suisse de 1988 à 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 123 p.
- 53 Gonin M.-A. - Incidence des fractures du fémur proximal dans le canton de Vaud. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 80 p.

- 54 Clément-Pralong M. - Evolution de la mortalité infantile en Suisse de 1979 à 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 64 p.
- 55 Paccaud F., Klinke S., Pescia G. - Efficacité et sécurité du prélèvement des villosités chorales : une étude comparative avec l'amniocentèse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 129 p.
- 56 Nydegger Udin M. - Les consultations motivées par une douleur dans la pratique ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1991). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 93 p.
- 57 Hausser D., Paccaud F. - A review of studies which have used quantitative methods to evaluate the effectiveness of interventions and programmes implemented to prevent and control AIDS, In collaboration with Global Programme on AIDS, Geneva. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 59 p.
- 58 Meyer D., Eggli Y. - Protection des données médicales des hôpitaux - dispositions transitoires. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 59 p.
- 59 Meyer D., Eggli Y. - Inventaire des sources de données sanitaires du canton de Vaud : situation au 31.12.1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 34 p. + annexes.
- 60 Michel A.E. - La pratique ophtalmologique ambulatoire dans les cantons de Vaud et Fribourg en 1987. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 97 p.
- 61 Schmidt J.G. - The epidemiology of mass breast cancer screening : a plea for a valid measure of benefit. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 62 Gaudin C. - Alcoolisme, contexte psychosocial et perspectives de traitement dans une population hospitalière. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 63 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton de Vaud). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p.
- 64 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton du Valais). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 65 Gremion V., Eggli Y. - Comptabilité analytique des hôpitaux centrée sur le patient : conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois. (ADIES), 1991, 46 p.
- 66 Fekete A., Beroud C., Eggli Y. - Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois en 1988. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 154 p. + annexes. (remplacé par le cahier 85).
- 67 Eggli Y., Boutat A. - Le système d'information sanitaire vaudois : cadre général. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 24 p.
- 68 Fekete A., Beroud C., Eggli Y. - Groupes de patients hospitalisés. Regroupement de DRG pour les hôpitaux de zone vaudois. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 20 p.

- 69 Egli Y., Boutat A. - Statistique médicale des Centres de traitement et de réadaptation, Conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 12 p. + annexes.
- 70 Benghali K. - Inventaire des sources de données relatives à l'état de santé et aux habitudes de vie de la population. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 245 p.
- 71 Meyer D., Egli Y. - Liste et typologie des établissements sanitaires, premier fichier commun d'établissements. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 41 p.
- 72 Haour-Knipe M. - Migrants and travellers group. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV preventive strategies). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p. + annexes.
- 73 Landert Ch., Zeugin P., Bolliger D., Heim G., Schloeth D., Tepe M. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Solidarität mit AIDS-Kranken und HIV-Positiven : Zur aktuellen Situation - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 74 Cornuz J. - Distribution des valeurs de Rapports urinaires Calcium/Créatinine et Hydroxyproline/Créatinine. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 70 p.
- 75 Pollak M. - AIDS prevention for men having sex with men. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV prevention strategies). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 91 p.
- 76 Rezza G. - HIV prevention strategies in injection drug users. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV prevention strategies.). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 44 p. + annexes.
- 77 Renton A., Whitaker L. - Using STD occurrence to monitor Aids prevention. Final report. (Assessing Aids Prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV preventive strategies). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 50 p. + annexes.
- 78 Wellings K. - Assessing Aids/HIV preventive strategies in the general population. Final report. (Assessing Aids prevention. EC-concerted action on assessment of Aids/HIV preventive strategies). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 188 p. + annexes.
- 79 Addor V. - Description des possibilités et difficultés d'utilisation des dossiers de l'assurance invalidité à des fins de recherche en pédiatrie. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 13 p.
- 80 Burnand B., Fragnière-Milchig F. - Campagne d'information effectuée dans les pharmacies du Canton de Vaud relative au cholestérol comme facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 10 p. + annexe.
- 81 Cattaneo M., Dubois-Arber F., Leuthold A., Paccaud F. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Bilan initial 1991-1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 114 p. + annexes.
- 81a Cattaneo M., Dubois-Arber F., Leuthold A., Paccaud F. - Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Phase I. Erste Bilanz 1991-1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 116 p. + annexes.

- 81b Cattaneo M., Dubois-Arber F., Leuthold A., Paccaud F. - Evaluation of the Federal measures to reduce the problem related to drug use: Phase I. Initial report 1991-1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 114 p. annexes.
- 81.1 Zeugin P., Panchaud C. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : phase I. Base-Line-Befragung zur nationalen Drogenkampagne 1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 148 p.
- 81.2 Leuthold A., Cattaneo M. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 22 p. + annexes.
- 81.3 Widmer J., Zbinden Zingg P. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisse 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 66 p. + annexes.
- 82 Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 186 p. + annexes.
- 82a Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Vierter Zusammenfassender Bericht 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 186 p. + annexes.
- 82b Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation of the Aids prevention strategy in Switzerland mandated by the Federal Office of Public Health. Fourth assessment report 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 186 p. + annexes.
- 82.1 Landert C., Panchaud C., Schärliinger U. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Evaluation der Freier-Kampagne in den Zeitungen 'Blick' und 'Le Matin' - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 37 p. + annexes.
- 82.2 Zeugin P., Mouthon F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Elternmagazin. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 31 p. + annexes.
- 82.3 Landert C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Freier befragen. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 48 p. + annexes.
- 82.4 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärliinger U., Kaplun C., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. I. Cadre général. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 105 p. + annexes.
- 82.5 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärliinger U., Chevalier Ph., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. II. Les intervenants. III. Les jeunes de 15-17 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 89 p. + annexes.

- 82.6 IPSO Fieldwork, Dübendorf - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Kampagne zur Aids-Prävention; Repräsentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t6, 1992). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 30 p. + annexes.
- 82.7 Fleury F., Haour-Knipe M. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Les programmes de prévention du sida auprès des migrants en Suisse. Monitoring 1991-1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 120 p. + annexes.
- 82.8 Gruet F., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Les homosexuels. Etude 1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 97 p. + annexes.
- 82.9 Meystre-Agustoni G. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Etudiants en médecine et prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 162 p.
- 82.10 Weber-Jobé M., Delbos Piot I. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Enfance et adolescence face au sida. Une enquête des animatrices en éducation sexuelle et des conseillères en planning familial dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 119 p. + annexes.
- 82.11 à paraître
- 82.12 Samuel-Mertens E., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 6, 1993-1994. Rapid Assessment for HIV/AIDS Intervention strategies among the Sri Lankan Tamil Community in Switzerland and Guidelines Planning Intervention Activities for AIDS Prevention among New Foreign Communities in Switzerland. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 43 p. + annexes.
- 83 Boschung D., Blanc T., Sidler M. - Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains. - Lausanne : Service de la santé publique du canton de Vaud, 1991, 29 p. + annexes.
- 84 Kalil C., Blanc T., Sidler M. - Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital d'Aigle. - Lausanne : Service de la santé publique du canton de Vaud, 1992, 33 p. + annexes.
- 85 Fekete A., Beroud C., Egli Y. - Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois de 1988 à 1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 155 p.
- 86 Boutat A., Egli Y. - Evaluation de la lourdeur des clientèles médico-sociales. Etude d'opportunité. Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 62 p. + annexes.
- 87 Boutat A., Egli Y. - Le poids de la dépendance. Instruments d'évaluation. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 65 p. + annexes.
- 88 Egli Y., Boutat A. - Vers un registre vaudois des flux de patients. Avant-projet. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 12 p.
- 89 Egli Y., Frutiger P., Boutat A. - Statistique médicale des hôpitaux du GHRV. Conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 11 p. + annexes.

- 90 Santos-Eggimann B. - Concordance entre observateurs lors de revues des hospitalisations dans trois hôpitaux de soins généraux. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 23 p. + annexes.
- 91 Gremion V. - Indicateurs de coûts hospitaliers. Test de faisabilité. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 43 p. + annexes.
- 92 Kossovsky M., Santos-Eggimann B. - Evaluation de l'expérience des CTR dans le Canton de Vaud.I - Casuistique. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 188 p.
- 93 Bruno C., Santos-Eggimann B. - Clientèle et activités du bureau d'orientation des urgences médico-sociales. Rapport d'évaluation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 70 p.
- 94 Burnand B., Sloutskis D. - Dépistage et prévention des maladies cardio-vasculaires en entreprise. Evaluation de la phase de dépistage du projet pilote de promotion de la santé, prévention et dépistage des maladies cardio-vasculaires en entreprise, effectuée par les ligues de la santé. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 40 p. + annexes.
- 95 Davis L., Boutat A. - Exploration des statistiques de mortalité en vue de leur intégration dans le système d'information sanitaire vaudois. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 83 p.
- 96 Davis L., Boutat A., Laborde A. - Conception des statistiques de mortalité : Rapport de synthèse. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 25 p.
- 97 Laborde A., Burdet A., Boutat A. - Fiabilité du codage Veska à l'Hôpital de Payerne. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 26 p.
- 98 Delez T., Boutat A., Laborde A. - Statistique médicale des hôpitaux. Implantation d'outils d'aide à la codification et à la description des pathologies. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 42 p.
- 99 Marengo S. - Esami, studi e considerazioni su 500 perizie MEDAS - COMAI. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 47 p.
- 100 Addor V., Santos-Eggimann B. - Accidents chez les enfants vaudois âgés de 0 à 5 ans. Etude de population. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 120 p.
- 101 Michaud P.-A., Narring F., Paccaud F. - Recherche sur les styles de vie et la santé des adolescents romands de 15 à 20 ans, 1992. Rapport final. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 74 p.
- 102 Hausser D. - Activités soutenues par l'UNICEF dans la lutte contre le sida au Burundi. Analyse de la situation et perspectives pour la période 1993-1997. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 57 p.
- 103 Beroud C., Capraro J.-M., Boutat A. - Comparaison des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois de 1988 à 1991. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 73 p.
- 104 Klay M., Burnand B. - Evaluation d'une campagne de dépistage et de prévention de facteurs de risque cardio-vasculaire en entreprise. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 16 p. + annexes.
- 105 Vader J.P., Dupriez K. - Collaboration entre les commissions de l'assurance-invalidité et les Centres d'observation médicale. Enquête auprès des commissions. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 27 p. + annexes.

- 106 à paraître
- 107 Davis L., Boutat A. - Noyau de cohérence des ressources humaines. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 75 p.
- 108 Addor V., Santos-Eggimann B. - Hospitalisations néonatales en Valais (1987-1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 83 p. + annexes.
- 109 Gruet F. - Evaluation du Programme Pilote pour une Information Personnalisée, Prescrite, Payante (PIPPP) : Rapport final. Projet de L. Léderrey et I. Nemitz accepté par la Commission de prévention du Canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 36 p.
- 110 Burnand B., Sloutskis D. - Facteurs de risque de la fracture de hanche: étude cas-témoins. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 40 p.
- 111 à paraître
- 111.1 Ronco C., Spuhler G. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 94 p.
- 112 Meystre-Agustoni G. - PPMT : prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie. Rapport d'évaluation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 70 p.
- 113a Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 108 p. + annexes.
- 113b Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - La salute degli adolescenti in Svizzera : rapporto di un'inchiesta nazionale sulla salute e sugli stili di vita dei giovani dai 15 ai 20 anni. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 109 p. + annexes.
- 113c Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz : Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jähriger. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 109 p. + annexes.
- 114 Marro J.-J., André G., Gervasoni J.-P., Bleeker-Massard P., Ziegler G., Dentan A. - Toxicomanie et pharmacies, situation dans le canton de Vaud.- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 20 p. + annexes.
- 115 Graz B., Vader J.P., Burnand B., Paccaud F. - Qualité des soins médicaux : Rapport de l'enquête sur les activités en matière d'assurance de qualité des soins médicaux dans les hôpitaux universitaires suisses. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 37 p.
- 116 Cassis I., Dupriez K., Vader J.P. - La Capacité de travail dans les expertises de Centres d'observation médicale AI : distribution, précision, concordance. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive 22 p. + annexes.

- 117 à paraître (Zuber P.)
- 118 Reutter E., Garin C., Basterrechea L., Livio J.-J. - Revue des hospitalisations du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV et de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande. - Lausanne : Service des hospices cantonaux, 1995, 17 p. + annexes.
- 119 Christen F., Egli Y., Nicod P. - Revue des hospitalisations du Service de médecine B du CHUV. - Lausanne : Service des hospices cantonaux, 1995, 17 p. + annexes.