



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

**CONCORDANCE ENTRE OBSERVATEURS
LORS DE REVUES DES HOSPITALISATIONS
DANS TROIS HÔPITAUX
DE SOINS GÉNÉRAUX**

Brigitte Santos-Eggimann

Lausanne

Mai 1992

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

Mes remerciements vont à T. Blanc, Ph. Bréaud et M. Sidler qui ont organisé les revues d'hospitalisation, ainsi qu'aux équipes de revue des hôpitaux d'Aigle, Payerne et Yverdon.

TABLE DES MATIERES

I	INTRODUCTION.....	1
II	MATERIEL ET METHODES.....	1
	.1 Population	1
	.2 Instruments	2
	.3 Qualités des réviseurs	3
	.4 Méthodes d'analyse	3
III	RESULTATS.....	4
	.1 Taux de concordance	4
	.2 Structure de la concordance	7
	.3 Fréquence du recours à l'override	9
	.4 Effet des caractéristiques des journées	10
	.5 Concordance observée sur l'ensemble du séjour	13
	.6 Sélection des critères AEP	15
	.7 Sélection du motif de délai selon le Delay Tool	17
IV	DISCUSSION.....	18
	.1 Qualité de la concordance dans les trois hôpitaux	18
	.2 Qualité de la concordance par hôpital	18
	.3 Qualités potentielles de l'instrument de revue	20
V	CONCLUSIONS.....	20
VI	REFERENCES.....	22
	ANNEXE 1 AEP adapté pour la revue de l'Hôpital de St-Loup	
	ANNEXE 2 DT adapté pour la revue de l'Hôpital de St-Loup	

I - INTRODUCTION

En 1990, le Service de la santé publique (SSP) du canton de Vaud a mené, en collaboration avec l'Hôpital de St-Loup, une revue systématique des hospitalisations dans le but de détecter des journées inappropriées [1]. L'étude s'inscrivait dans la politique d'incitation à la performance promue par le SSP et devait représenter une phase pilote avant l'introduction de la méthode dans d'autres hôpitaux de soins généraux du canton de Vaud.

La revue des hospitalisations à l'Hôpital de St-Loup s'est fondée sur l'"Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)" développé à Boston par Gertman et al [2]; l'instrument original a cependant été modifié au cours des négociations préliminaires entre le SSP et les médecins-chefs de l'hôpital (ANNEXE 1). Aucune validation interne ou externe de cet instrument modifié n'a été effectuée dans cette phase pilote.

Dans un second temps, la démarche de revue des hospitalisations a été étendue aux hôpitaux de soins généraux d'Aigle, Payerne et Yverdon [3,4,5].

Le but de cette étude est d'examiner la concordance du jugement d'observateurs attachés aux hôpitaux et au SSP sur le caractère approprié des journées d'hospitalisation, par une revue simultanée et indépendante des cas.

II - MATERIEL ET METHODES

II.1 - Population

Une double revue a porté sur le séjour de l'ensemble des patients admis dans les hôpitaux et services suivants :

- Hôpital d'Aigle, du 15 au 26 juin 1991
Services de médecine, chirurgie, orthopédie, gynécologie, urologie et orl
- Hôpital de Payerne, du 14 au 25 juin 1991
Services de médecine, chirurgie/orthopédie, gynécologie et orl
- Hôpital d'Yverdon, du 16 au 24 mars 1991
Services de médecine, chirurgie, orthopédie, gynécologie, urologie, orl et ophtalmologie

Un cas admis à l'Hôpital d'Yverdon a été exclu de l'étude en raison de sa situation extrême (durée de séjour de 80 jours, pratiquement intégralement inappropriés).

La double revue des cas admis a été pratiquée indépendamment par le réviseur de l'hôpital et par le réviseur du SSP.

En outre, pour un sous-échantillon de 59 cas consécutifs admis à l'Hôpital d'Yverdon, un troisième réviseur a procédé à l'analyse des séjours en sorte de permettre une triple comparaison (1 réviseur de l'hôpital, 2 réviseurs du SSP).

Le tableau 1 présente le collectif des patients admis dans l'étude de concordance et de leurs journées d'hospitalisation.

Tableau 1 : Collectif des patients et journées

	Hôpital			Total	Yverdon, triple revue
	Aigle	Payerne	Yverdon		
Patients	81	49	82	212	59
Journées	688	423	736	1847	508

Les données ont été fournies à l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive sous forme informatisée par le SSP.

II.2 - Instruments

Le caractère approprié de la journée d'hospitalisation est essentiellement fondé sur la version modifiée de l'AEP figurant en ANNEXE 1, avec de minimes variations entre les hôpitaux.

Une journée est définie comme appropriée :

- lorsque le réviseur considère comme satisfait un critère au moins de la liste établie à partir de l'AEP;
- lorsque les chefs de service de l'hôpital, sur sollicitation du réviseur, considèrent que la journée est appropriée bien

qu'aucun critère de la liste ne soit satisfait (override).

Par opposition, une journée est définie comme inappropriée :

- lorsque le réviseur considère comme insatisfaits l'ensemble des critères figurant sur la liste établie à partir de l'AEP;
- lorsque les chefs de service de l'hôpital, sur sollicitation du réviseur, considèrent que la journée est inappropriée bien qu'un ou plusieurs critères de la liste soi(en)t satisfait(s) (override).

Lorsqu'une journée est déclarée inappropriée, le motif de l'hospitalisation inappropriée est classé selon la liste - également adaptée - du "Delay Tool (DT)" établie par Selker et al [6] (ANNEXE 2).

La démarche d'adaptation de l'AEP et du DT ainsi que les modalités pratiques d'application de ces deux instruments sont décrites dans le rapport relatif à l'expérience de l'Hôpital de St-Loup [1].

II.3 - Qualités des réviseurs

Les réviseurs des trois établissements (RH) ont été engagés exclusivement pour leur fonction de révision des cas pendant toute la durée de la revue. La revue a été effectuée à l'Hôpital d'Aigle par un infirmier chef d'unité de soins (RHA), à l'Hôpital de Payerne par un médecin ayant cessé son activité clinique (RHP) et à l'Hôpital d'Yverdon par un médecin-assistant en 4ème année de formation (RHY).

Le réviseur principal du SSP est un médecin-assistant en 6ème année de formation (R1). Un second réviseur, médecin-chef d'un service de médecine interne d'hôpital de zone attaché à temps partiel au SSP, a participé à la triple revue effectuée à l'Hôpital d'Yverdon (R2).

II.4 - Méthodes d'analyse

La concordance du diagnostic de journée (in)appropriée est examinée pour les couples RHxR1 ainsi que pour les couples RHxR2 et R1xR2 dans le cas de la triple revue menée à l'Hôpital d'Yverdon.

La statistique Kappa permet de déterminer quelle est la concordance observée au-delà de la chance, standardisée par la concordance maximale possible après soustraction de la concordance attribuée à

la chance [7,8]. Une valeur de 0 représente une fréquence de concordance due uniquement à la chance; une valeur négative est associée à une concordance inférieure à celle attendue uniquement sur une base aléatoire; une valeur positive de la statistique Kappa représente une concordance supérieure à celle due à la seule chance. L'erreur standard est calculée selon la méthode proposée par Fleiss et le test statistique associé permet de juger dans quelle mesure la valeur de Kappa est statistiquement différente de 0 [9].

La qualification de la valeur de la statistique Kappa adoptée ici est celle proposée par Landis et Koch [10]: >0.75 concordance excellente, $0.40-0.75$ acceptable à bonne, <0.40 mauvaise.

La concordance spécifique est définie comme l'ensemble des journées jugées inappropriées par les deux réviseurs rapporté à l'ensemble des journées considérées comme inappropriées par au moins l'un des deux réviseurs d'une paire.

La fréquence de diagnostic concordant est présentée pour différents facteurs. Cependant, aucun test de signification statistique n'a été associé en raison de la multiplicité des comparaisons effectuées et de la dépendance des observations (plusieurs journées liées par leur appartenance au même patient).

La structure de la concordance et de la discordance ainsi que les classes de délai évoquées par les réviseurs de l'hôpital et de la santé publique sont également examinés.

III - RESULTATS

III.1 - Taux de concordance

La fréquence des journées inappropriées dans l'ensemble des trois hôpitaux s'élève, sur la période considérée pour l'étude de concordance, à 14.9% selon les réviseurs des hôpitaux et à 18% selon les réviseurs du SSP (tableau 2). Une différence marquée entre réviseurs de l'hôpital et du SSP ne s'observe que pour l'hôpital de Payerne (9.9%, respectivement 17.3% des journées déclarées inappropriées).

Tableau 2 : Fréquence des journées inappropriées, par hôpital

	Selon le réviseur		
	RH	R1	R2
Trois hôpitaux	14.9%	18.0%	-
Hôpital d'Aigle	13.2%	15.1%	-
Hôpital de Payerne	9.9%	17.3%	-
Hôpital d'Yverdon	19.3%	21.1%	-
Triple revue	20.1%	18.7%	20.3%

Le tableau 3 présente la fréquence de la concordance sur l'ensemble des journées observées ainsi que la statistique Kappa associée, globalement et par hôpital.

Tableau 3 : Concordance, par hôpital

	Nombre de jours	Fréquence de concordance	Kappa estimé	SEo (Kappa)	valeur de p
Trois hôpitaux RHxR1	1847	0.88	0.57	0.09	<.0001
Hôpital d'Aigle RHAXR1	688	0.95	0.80	0.11	<.0001
Hôpital de Payerne RHPxR1	423	0.92	0.67	0.09	<.0001
Hôpital d'Yverdon RHYxR1	736	0.78	0.31	0.10	.001
Triple revue RHYxR1	508	0.80	0.35	0.11	.0007
		0.78	0.31	0.10	.001
		0.98	0.94	0.11	<.0001

Globalement, les réviseurs portent un diagnostic concordant dans près de 90% des cas, avec des variations selon les établissements et les paires de réviseurs allant d'une concordance sur 78% des journées à un accord pratiquement parfait.

Cependant il faut relever que la part de la chance dans de tels jugements est considérable, car la plupart des journées sont appropriées. Pour cette raison, il est particulièrement important d'examiner dans quelle mesure la concordance va au-delà de la chance. Si le test lié à l'estimation du Kappa est dans tous les cas statistiquement hautement significatif, l'excès de concordance par rapport à la chance varie considérablement selon les établissements et les paires de réviseurs. L'accord au-delà de la chance entre les réviseurs de l'hôpital et du SSP peut être qualifié d'excellent pour l'Hôpital d'Aigle, d'assez bon pour l'Hôpital de Payerne, et de mauvais pour l'Hôpital d'Yverdon. La triple revue menée dans ce dernier établissement met en évidence une mauvaise concordance entre le réviseur de l'établissement et les deux réviseurs du SSP pris indépendamment. En revanche, la concordance entre les deux réviseurs du SSP pour les mêmes journées est remarquablement proche de la perfection.

Le tableau 4 présente la fréquence de concordance spécifique, définie comme la proportion de diagnostics concordants parmi les jours jugés inappropriés par l'un ou l'autre des réviseurs. La concordance spécifique est remarquablement élevée pour l'Hôpital d'Aigle et pour la paire de réviseurs du SSP. En revanche, elle n'est que relativement bonne pour l'Hôpital de Payerne et mauvaise pour l'Hôpital d'Yverdon.

Tableau 4 : Concordance spécifique, par hôpital

	Nombre de jours inappropriés	Fréquence de concordance spécifique
	-----	-----
Trois hôpitaux	417	46%
Hôpital d'Aigle	114	71%
Hôpital de Payerne	75	53%
Hôpital d'Yverdon	228	30%
Triple revue		
RHYxR1	150	31%
RHYXR2	159	29%
R1XR2	105	89%

III.2 - Structure de la concordance

La structure de la concordance est très stable, comme le montre le tableau 5. Parmi les cas concordants, 88% concernent des journées jugées appropriées et 12% seulement des journées inappropriées.

Tableau 5 : Structure de la concordance, par hôpital

	Nombre de jours concordants	Proportion de jours	
		Appropriés	Inappropriés
Trois hôpitaux	1620	88%	12%
Hôpital d'Aigle	655	88%	12%
Hôpital de Payerne	388	90%	10%
Hôpital d'Yverdon	577	88%	12%
Triple revue			
RHYxR1	405	88%	12%
RHYxR2	395	88%	12%
R1xR2	496	81%	19%

En revanche, la structure de la discordance varie entre les établissements (tableau 6). Globalement, les réviseurs hospitaliers tendent à considérer plus fréquemment les journées comme appropriées que les réviseurs du SSP. Ceci est vrai particulièrement pour l'Hôpital de Payerne, pour lequel la discordance va presque invariablement dans cette direction. En revanche, l'Hôpital d'Yverdon se comporte de façon atypique, avec un partage équitable entre les deux modèles de discordance. Ce partage égal se retrouve dans la triple revue quel que soit le réviseur SSP considéré.

Tableau 6 : Structure de la discordance, par hôpital

	Nombre de jours discordants	Proportion de jours	
		RH+/R-*	RH-/R+**
Trois hôpitaux	227	63%	37%
Hôpital d'Aigle	33	70%	30%
Hôpital de Payerne	35	94%	6%
Hôpital d'Yverdon	159	54%	46%
Triple revue			
RHYxR1	103	47%	53%
RHYxR2	113	50%	50%

* RH+/R- journée appropriée pour le réviseur de l'hôpital et inappropriée pour le réviseur SSP

** RH-/R+ journée inappropriée pour le réviseur de l'hôpital et appropriée pour le réviseur SSP

III.3 - Fréquence du recours à l'override

Le comportement atypique de l'Hôpital d'Yverdon résulte notamment de l'utilisation particulière des possibilités d'override laissée aux réviseurs (tableau 7). Si le recours à l'override est resté exceptionnel pour les réviseurs des hôpitaux d'Aigle et Payerne comme pour les réviseurs du SSP, le réviseur de l'Hôpital d'Yverdon a utilisé cette possibilité pour un septième des journées, et presque exclusivement pour transformer le diagnostic de jour approprié en jour inapproprié.

Tableau 7 : Fréquence du recours à l'override, par hôpital

	Direction	
	Inapproprié -> Approprié	Approprié -> Inapproprié
Trois hôpitaux		
par RH	0.4%	6.0%
par R1	0.7%	0.6%
Hôpital d'Aigle		
par RHA	0.7%	0%
par R1	1.6%	0%
Hôpital de Payerne		
par RHP	0%	0%
par R1	0.5%	2.6%
Hôpital d'Yverdon		
par RHY	0.3%	14.9%
par R1	0%	0%
Triple revue		
par RHY	0.4%	13.8%
par R1	0%	0%
par R2	0%	0%

III.4 - Effet des caractéristiques des journées

Les journées jugées de façon concordante ne sont pas caractérisées par leur lien avec un patient d'un sexe ou un âge particulier, à l'exception d'une concordance légèrement moins bonne pour la classe d'âge 65-79 ans (tableaux 8 et 9).

Tableau 8 : Effet du sexe sur la proportion de jours concordants

	Sexe	
	Masculin	Féminin
Trois hôpitaux	88%	87%
Hôpital d'Aigle	97%	93%
Hôpital de Payerne	89%	93%
Hôpital d'Yverdon	76%	80%
Triple revue		
RHYxR1	83%	78%
RHYxR2	79%	77%
R1xR2	97%	98%

Tableau 9 : Effet de l'âge sur la proportion de jours concordants

	Age		
	<65ans	65-79ans	>=80ans
Trois hôpitaux	89%	85%	88%
Hôpital d'Aigle	99%	93%	92%
Hôpital de Payerne	96%	84%	90%
Hôpital d'Yverdon	78%	75%	83%
Triple revue			
RHYxR1	82%	70%	86%
RHYxR2	81%	67%	82%
R1xR2	98%	97%	97%

De même, les jours de sortie ou les jours de fin de semaine (samedi/dimanche) ne sont pas marqués par une plus grande discordance (tableaux 10 et 11).

Tableau 10 : Effet du type de jour sur la proportion de jours concordants

	Type de jour	
	Jour régulier	Jour de sortie
Trois hôpitaux	88%	87%
Hôpital d'Aigle	95%	96%
Hôpital de Payerne	92%	86%
Hôpital d'Yverdon	78%	79%
Triple revue		
RHYxR1	80%	78%
RHYxR2	78%	71%
R1xR2	98%	93%

Tableau 11 : Effet du week-end sur la proportion de jours concordants

	Jour de la semaine	
	Lundi-vendredi	Samedi-dimanche
Trois hôpitaux	89%	85%
Hôpital d'Aigle	95%	96%
Hôpital de Payerne	93%	87%
Hôpital d'Yverdon	80%	75%
Triple revue		
RHYxR1	81%	75%
RHYxR2	79%	74%
R1xR2	97%	99%

En revanche, plus le jour est éloigné de l'admission, moins la concordance est atteinte (tableau 12).

Tableau 12 : Effet du rang du jour sur la proportion de jours concordants

	Rang du jour			
	1-5	6-10	11-17	>=18
Trois hôpitaux	95%	87%	77%	67%
Hôpital d'Aigle	100%	92%	86%	100%
Hôpital de Payerne	97%	97%	72%	85%
Hôpital d'Yverdon	90%	77%	70%	47%
Triple revue				
RHYxR1	90%	75%	69%	51%
RHYxR2	88%	75%	65%	46%
R1xR2	98%	100%	94%	95%

Enfin, l'avis des réviseurs concernant le jour de sortie est plus fréquemment concordant lorsque le séjour a été de courte durée (tableau 13).

Tableau 13 : Effet de la durée de séjour sur la proportion de jours de sortie concordants

	Durée de séjour			
	1-7	8-14	15-21	>=22
Trois hôpitaux	93%	80%	81%	70%
Hôpital d'Aigle	100%	83%	100%	100%
Hôpital de Payerne	94%	75%	67%	100%
Hôpital d'Yverdon	87%	78%	57%	50%
Triple revue				
RHYxR1	85%	77%	60%	50%
RHYxR2	79%	71%	40%	50%
R1xR2	94%	94%	80%	100%

Le tableau 14 met en évidence une concordance généralement plus faible pour les journées observées dans les services de médecine interne. Ce phénomène est très marqué pour l'Hôpital d'Yverdon. Les services autres que médicaux varient selon l'hôpital et représentent des jours essentiellement observés en chirurgie et/ou orthopédie. Les jours observés en gynécologie, urologie, orl et ophtalmologie sont peu nombreux. Le regroupement de l'ensemble des services autres que ceux de médecine interne est en outre rendu possible par l'homogénéité de la concordance observée.

Tableau 14 : Effet du service hospitalier sur la proportion de jours concordants

	Service	
	Médecine	Autres
Trois hôpitaux	83%	91%
Hôpital d'Aigle	93%	98%
Hôpital de Payerne	87%	94%
Hôpital d'Yverdon	66%	85%

III.5 - Concordance observée sur l'ensemble du séjour

La proportion des séjours ayant été jugés de façon concordante sur toute leur durée varie selon l'hôpital. Si la fréquence de la concordance sur les jours est proche pour les hôpitaux d'Aigle (95%) et de Payerne (92%), la proportion des séjours entièrement concordants s'élève à 90% à Aigle et à 74% seulement à Payerne (tableau 15). Sur l'ensemble des séjours observés dans les trois hôpitaux, les avis sont concordants du premier au dernier jour pour 76% des patients. La concordance sur l'ensemble du séjour est semblable pour les patients des deux sexes; en revanche, elle est plus fréquemment atteinte pour les patients de moins de 65 ans. La proportion des séjours entièrement concordants est proche pour les services de médecine et les autres services.

Tableau 15 : Proportion des séjours jugés de façon entièrement concordante

	Nombre de séjours	Proportion de concordance 100%
	<hr/>	<hr/>
Trois hôpitaux	212	76%
Hôpital		
Aigle	81	90%
Payerne	49	74%
Yverdon	82	62%
Sexe		
Masculin	92	77%
Féminin	120	74%
Age		
<65ans	133	81%
>=65ans	79	66%
Service		
Médecine	68	72%
Autres	144	77%

La fréquence de séjours marqués par un jugement discordant sur plus de 20% de leur durée s'élève avec la durée de séjour (tableau 16).

Tableau 16 : Proportion des séjours jugés de façon discordante pour plus de 20% de leur durée (trois hôpitaux)

	Nombre de séjours	Proportion de discordance >20%
	<hr/>	<hr/>
Durée de séjour		
1-7 jours	120	6%
8-14 jours	49	20%
15-21 jours	33	24%
>=22 jours	10	50%

III.6 - Sélection des critères AEP

La concordance des critères AEP sélectionnés par les réviseurs est analysée pour le jour de l'admission. Une parfaite concordance du nombre et de la nature des critères AEP retenus n'est observée que pour 16% des admissions. Aucune des paires de réviseurs n'est clairement performante sur le plan des critères AEP sélectionnés, comme le montre le tableau 17.

Tableau 17 : Proportion des jours d'admissions caractérisés par une concordance parfaite des critères AEP retenus

	Nombre de jours d'admission	Concordance parfaite
	<hr/>	<hr/>
Trois hôpitaux	212	16%
Hôpital d'Aigle	81	17%
Hôpital de Payerne	49	35%
Hôpital d'Yverdon	82	2%
Triple revue	59	
RHYxR1		3%
RHYxR2		14%
R1xR2		10%

Le tableau 18 montre que le nombre moyen de critères AEP sélectionnés par jour d'admission revu varie davantage entre les trois réviseurs des établissements qu'entre les établissements revus par R1.

Tableau 18 : Nombre moyen de critères AEP sélectionnés

	Nombre de jours d'admission	Nombre moyen de critères	Déviation standard
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Trois hôpitaux	212		
RH		3.04	1.52
R1		3.30	1.88
Hôpital d'Aigle	81		
RHA		2.44	1.73
R1		3.21	1.55
Hôpital de Payerne	49		
RHP		3.12	1.13
R1		3.65	1.68
Hôpital d'Yverdon	82		
RHY		3.59	1.29
R1		3.18	1.53
Triple revue	59		
RHY		3.66	1.33
R1		3.24	1.66
R2		3.15	1.82

III.7 - Sélection du motif de délai selon le Delay Tool

Les réviseurs ayant attribué un motif extrait du DT à chaque journée jugée inappropriée, la concordance des motifs est examinée pour l'ensemble des journées déclarées inappropriées par les deux membres d'une paire de réviseurs (n=190). Le tableau 19 montre que le motif sélectionné dans la liste DT n'est identique que pour 58% des journées. Cependant, des variations considérables sont observées entre les hôpitaux. De même, la triple revue de l'Hôpital de Payerne met en évidence un désaccord fréquent entre le réviseur de l'établissement et les deux réviseurs du SSP pris individuellement, alors que la concordance du motif sélectionné par les deux réviseurs du SSP est exceptionnellement élevée (concordance sur 97% des journées).

Tableau 19 : Concordance du motif DT sélectionné, par hôpital

	Nombre de jours inappropriés pour les 2 réviseurs	Proportion de concordance sur le motif DT
	-----	-----
Trois hôpitaux	190	58%
Hôpital d'Aigle	81	84%
Hôpital de Payerne	40	30%
Hôpital d'Yverdon	69	45%
Triple revue		
RHYxR1	47	19%
RHYxR2	46	17%
R1xR2	93	97%

Si l'accord sur le motif DT précis associé aux journées inappropriées est très variable, un accord sur toutes les journées observées est atteint si l'on restreint l'utilisation du DT aux catégories de délai. Il faut cependant relever que seules 4 catégories de délai ont été utilisées par l'ensemble des réviseurs pour les 190 journées analysées: il s'agit des catégories délais liés à la programmation d'examen para-cliniques, délais liés à la chirurgie, délais liés au corps médical et surtout délais liés à la planification d'une sortie.

IV - DISCUSSION

IV.1 - Qualité de la concordance dans les trois hôpitaux

Les tests de fiabilité présentés ici ont été effectués en fin de revue dans les trois établissements; les réviseurs hospitaliers se caractérisaient par une pratique de plusieurs mois d'un instrument qui leur a été mis à disposition sans préalable théorique particulier. Par opposition, les réviseurs du SSP possédaient une excellente connaissance de l'instrument pour avoir participé à la mise en oeuvre des revues, mais aucune expérience personnelle de son application.

Si la concordance est dans tous les cas statistiquement plus élevée que ce que la chance laissait prévoir, les résultats observés sont très variables selon les établissements en termes de fréquence de la concordance, qui peut être qualifiée de mauvaise à excellente. En revanche, d'une façon similaire pour les trois établissements, des variables telles que le sexe ou l'âge du patient ne semblent pas influencer le niveau de concordance, ou très faiblement. La même stabilité du niveau de concordance est observée selon le type de jour (jour de semaine ou week-end, jour régulier ou jour de sortie). La concordance est cependant plus fréquemment observée lorsque le jour examiné est proche de l'admission ou, pour le jour de sortie, lors de séjour de courte durée. Elle est inférieure dans les services de médecine.

IV.2 - Qualité de la concordance par hôpital

La concordance observée est remarquablement élevée entre le réviseur de l'Hôpital d'Aigle et le réviseur du SSP (95% des journées, Kappa =.80). Elle est presque parfaite entre les deux réviseurs du SSP lors de la triple revue de l'Hôpital d'Yverdon (98% des journées, Kappa =.94). Il s'agit là de proportions supérieures à celles rapportées pour l'utilisation de l'instrument AEP original par Gertman et Restuccia (92 à 94% des journées), Strumwasser et al (Kappa =.44 à l'admission, respectivement .59 pour les autres jours de soins), ou Rishpon et al (85% des journées, Kappa =.59 à .63) [2,11,12].

De même, la concordance spécifique est clairement supérieure dans ces deux circonstances (Hôpital d'Aigle : 71%, Hôpital d'Yverdon pour la paire des réviseurs SSP : 89%) aux résultats obtenus par l'AEP original par Gertman et Restuccia (24 à 40% pour le jour de l'admission, 63 à 79% pour les autres jours de soins) ou par Rishpon et al (52 à 58%) [2,12].

L'Hôpital de Payerne présente une fréquence de concordance générale (92%) très proche de celle de l'Hôpital d'Aigle. Cependant, l'examen détaillé est nettement moins favorable. D'une façon générale, la fréquence des journées inappropriées au cours de la double revue a été estimée à 9.9% par le réviseur de l'hôpital et à 17.3% par le réviseur du SSP. La statistique Kappa prend la valeur de 67% et la concordance au-delà de la chance peut être qualifiée d'assez bonne. La structure de la concordance est très banale; la structure de la discordance révèle une direction presque exclusivement "journée appropriée selon le réviseur de l'hôpital et inappropriée selon le réviseur SSP" (94% des cas de discordance). La fréquence de concordance spécifique est de 53%. La discordance est relativement dispersée dans le collectif des patients : 26% des séjours comportent au moins un jour jugé de façon discordante. Le recours du réviseur de l'hôpital à l'override est resté peu fréquent (3% des journées); cependant dans 4 cas sur 5 il a permis de considérer un jour comme approprié en l'absence de critère AEP.

La fréquence des journées inappropriées observée à l'Hôpital d'Yverdon est très proche selon le réviseur de l'hôpital (19.3%) et le réviseur du SSP (21.1%). Le même résultat est obtenu en ce qui concerne le sous-ensemble des cas soumis à triple revue (journées inappropriées 20.1% pour le réviseur de l'hôpital, 18.7% pour le 1er réviseur SSP et 20.3% pour le 2ème réviseur SSP). Cependant, souvent le diagnostic de journée inapproprié ne porte pas sur les mêmes jours pour le réviseur de l'hôpital et le(s) réviseur(s) du SSP : la fréquence de concordance n'est que de 78% (resp. 80% et 78% lors de la triple revue). La statistique Kappa prend la valeur de .31 (resp. .35 et .31), indiquant une faible concordance au-delà de la chance. Cette faible concordance entre réviseurs de l'hôpital et du SSP n'est pas expliquée par un collectif particulier à l'Hôpital d'Yverdon; en effet, lors de la triple revue menée dans cet établissement, les deux réviseurs du SSP parviennent sur les mêmes journées à une fréquence de concordance de 98%. La concordance spécifique n'est que de 30% (resp. 31% et 29% lors de la triple revue). La pratique du réviseur de l'Hôpital d'Yverdon se caractérise par un recours fréquent à l'override (15.2% des jours), presque exclusivement pour arriver à un diagnostic de jour inapproprié en dépit de la présence de critère(s) AEP. La structure de la discordance est beaucoup plus équilibrée que dans les autres hôpitaux, avec un partage égal entre les jours considérés comme inappropriés soit par le réviseur de l'hôpital, soit par celui du SSP. La concordance est particulièrement faible dans le groupe des journées du service de médecine (66%), alors qu'elle atteint 85% dans les autres services de l'hôpital.

VI.3 - Qualités potentielles de l'instrument de revue

Les observations de l'Hôpital d'Aigle et de la paire de réviseurs du SSP à l'Hôpital d'Yverdon permettent d'examiner l'efficacité de l'application sur le terrain, dans un environnement favorable, de la forme adaptée de l'AEP.

Les concordances générale et spécifique entre observateurs sont remarquablement élevées, et clairement supérieures à celles obtenues lors des études publiées sur l'AEP original. Le recours à l'override est très faible, indiquant une excellente "face validity".

Les points faibles résiduels sont la déviation modérée de la discordance en direction des jours "appropriés pour le réviseur de l'hôpital et inappropriés pour le réviseur du SSP", ainsi que la concentration des jours jugés de façon discordante sur un nombre restreint de patients (10% des patients dont le séjour a été examiné à l'Hôpital d'Aigle). Par ailleurs, la rareté d'une sélection identique de critères AEP dans l'ensemble des paires de réviseurs, y compris dans celle des réviseurs du SSP, met en évidence les propriétés descriptives médiocres de la version adaptée de l'AEP utilisée. La version retouchée du Delay Tool n'est pas davantage performante à cet égard; en revanche, l'accord parfait sur les catégories du DT sélectionnées permet d'examiner avec une bonne fiabilité, à défaut de précision, la trame des causes de journées inappropriées.

V - CONCLUSION

La version adaptée de l'AEP est potentiellement excellente. Ses performances pourraient probablement être généralisées par :

- la promotion d'une culture commune aux hôpitaux et au SSP (adoption d'un accord sur les limites de la mission de l'hôpital de soins généraux, uniformisation de la connaissance des capacités de prise en charge des structures intermédiaires et autres institutions médico-sociales voisines),
- une formation intensive des réviseurs (séminaires destinés conjointement aux réviseurs des différents hôpitaux et du SSP) valorisant ces principes et initiant à une utilisation uniforme de l'instrument avant l'introduction de revues locales,
- des contrôles réguliers de la qualité des revues locales par des tests ponctuels de fiabilité à intégrer au processus de revue.

Les qualités descriptives de l'AEP et du DT adaptés seraient alors probablement également améliorées.

Par ailleurs, si de telles revues devaient se généraliser, la performance comparée des réviseurs médecins ou externes au corps médical devrait être investiguée. La présente étude ne permet en effet pas de vérifier dans quelle mesure le réviseur hospitalier le plus performant, en termes de concordance avec les réviseurs du SSP, doit sa qualité à sa relative externalité par rapport à la corporation médicale.

VI - REFERENCES

- 1 WINTERHALTER G., BLANC T., KULCZYKI E.
Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'Hôpital de St-Loup.
Lausanne: Service de la santé publique (Cah Rech Doc IUMSP), 1991
- 2 GERTMAN P.M., RESTUCCIA J.D.
The Appropriateness Evaluation Protocol : a technique for assessing unnecessary days of hospital care.
Medical care 1981; XIX(8): 855-871
- 3 BURDET A., PERRIN J.-C., DEVAUD M., BLANC T., SIDLER M.
Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'Hôpital de Payerne.
Lausanne: Service de la santé publique (Cah Rech Doc IUMSP), 1991
- 4 BOSCHUNG D., SIDLER M.
Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'Hôpital d'Yverdon-les-Bains.
Lausanne: Service de la santé publique (Cah Rech Doc IUMSP No 83), 1991
- 5 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 (Cah Rech Doc IUMSP No 84), 1991
- 6 SELKER H.P., BESHANSKY J.R., PAUKER S.G., KASSIRER J.P.
The epidemiology of delays in a teaching hospital : the development and use of a tool that detects unnecessary hospital days.
Medical care 1989; 27(2): 112-129
- 7 COHEN J.
A coefficient of agreement for nominal scales.
Educ Psychol Meas 1960; 20: 37-46
- 8 COHEN J.
Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit.
Psychol Bull 1968; 70: 213-220

- 9 FLEISS J.L.
The measurement of interrater agreement. Pp 212-236 in Bradley R.A. et al (Ed.) Wiley series in probability and statistics. Statistical methods for rates and proportions 1981. New York.
- 10 LANDIS J.R., KOCH G.G.
The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33: 159-174
- 11 STRUMWASSER I., PARANJPE N.V., RONIS D.L., SHARE D., SELL L.J.
Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness evaluation protocol, standardized medreview instrument, and intensity-severity-discharge criteria. Medical care 1990; 28(2): 95-111
- 12 RISHPON S., LUBACSH S., EPSTEIN L.M.
Reliability of a method of determining the necessity for hospitalization days in Israel. Medical care 1986; 24(3):279-282

ANNEXE 1

Appropriateness Evaluation Protocol modifié

Source : [1]

A1.1

AEP modifié

Liste des critères

I. Critères liés à des actes médicaux

1. Acte chirurgical remplissant au moins une des conditions énoncées dans les commentaires ci-après.
2. Investigation paraclinique remplissant au moins une des conditions énoncées dans les commentaires ci-après.
3. Traitement nécessitant de fréquents ajustements de la dose sous supervision médicale directe.
4. Patient nécessitant une surveillance clinique rapprochée par un médecin, au moins 2 fois par jour.

II. Critères liés à des soins paramédicaux

5. Admission aux soins intensifs (y compris monitoring cardiaque et respiration artificielle).
6. Soins de type respiratoire, administration d'oxygène, bullau, bird et physiothérapie respiratoire intensive.
7. Prescription d'une thérapie intraveineuse (médicaments, liquides, nutrition).
8. Chimiothérapie s'étendant sur plus d'une journée.
9. Injection intramusculaire et/ou sous-cutanée au moins 3 fois par jour, quand la prise en charge ambulatoire ou dans un autre type d'établissement est impossible.
10. Soins d'une plaie opératoire (y compris surveillance du site opératoire) ou post-traumatique majeure et/ou présence de drains ou de sondes (sauf sondes à demeure).
11. Bilan hydrique.
12. Patient nécessitant une surveillance clinique rapprochée par une infirmière au moins 3 fois par jour, selon ordres médicaux écrits.
13. Physiothérapie intensive au moins 2 fois par jour, avec surveillance médicale quotidienne, y compris lit strict et réhabilitation à la marche, quand la prise en charge ambulatoire ou dans un autre type d'établissement est impossible.

AEP modifié

III. Critères liés à l'état du patient

14. Fréquence cardiaque <50 ou>140 par minute.
15. Tension artérielle: systolique <90 ou >200 mmHg et/ou diastolique <60 ou >120 mmHg.
16. Anomalie sévère et/ou symptomatique d'un test hématologique, des électrolytes ou des gaz du sang, trouble métabolique aigu symptomatique, décompensation aiguë d'un trouble métabolique chronique.
17. Fièvre persistante avec température axillaire d'au moins 38 degrés évoluant depuis 5 jours ou apparue en cours d'hospitalisation.
18. Trouble aigu de la conscience ou désorientation d'apparition récente.
19. Autre trouble neurologique aigu ou d'aggravation récente.
20. Infarctus frais documenté.
21. Douleur abdominale aiguë d'origine indéterminée.
22. Ileus obstructif ou paralytique.
23. Hémorragie active.
24. Tentamen jusqu'à ce que l'état physique permette une prise en charge psychiatrique.

A1.3

AEP modifié

Commentaires accompagnant les critères d'hospitalisation

I. Critères liés à des actes médicaux

1. Ce critère est pris en compte s'il remplit au moins une des conditions suivantes:
 - a) surveillance clinique post-opératoire régulière par une infirmière durant les 24 heures suivant l'intervention (signes vitaux), au moins une fois le soir ou la nuit, selon ordres médicaux. Critère valable jusqu'à ce que le médecin ordonne l'arrêt de la surveillance.
 - b) prescription d'un traitement intraveineux (liquide, médicaments, nutrition) pour plus de 8 heures après l'intervention. Critère valable jusqu'au jour de l'arrêt de la perfusion.
 - c) le patient est au lit strict pendant plus de 8 heures après l'intervention. Critère valable jusqu'au jour du premier lever.
 - d) il y a eu au cours de l'intervention une perte de sang importante nécessitant un contrôle de la formule sanguine dans les 48 heures et/ou une transfusion. Critère valable 48 heures depuis l'intervention ou la dernière transfusion.
 - e) patient n'ayant pas repris un bon état de conscience à la fin de l'intervention. Critère valable jusqu'à la disparition du symptôme ou jusqu'au jour où on estime qu'une amélioration ultérieure est fortement improbable.
 - f) le retour du patient à domicile pourrait porter gravement préjudice à la réussite de l'intervention. Critère valable jusqu'au jour où le médecin décide que la réussite de l'intervention n'empêche plus un retour à domicile.
 - g) patient à jeun ou en voie de réalimentation. Critère valable jusqu'au jour où le patient supporte le régime qu'il aura à domicile.
2. Ce critère est pris en compte s'il remplit au moins une des conditions suivantes:
 - a) surveillance clinique régulière par une infirmière durant plus de 8 heures après l'investigation. Critère valable jusqu'à ce que le médecin ordonne l'arrêt de la surveillance.

AEP modifié

- b) investigation paraclinique nécessitant un contrôle strict du régime. Critère valable pour le temps du régime.
 - c) investigations spécialisées multiples difficiles à organiser ambulatoirement. Critère valable jusqu'à ce que le résultat de la dernière investigation demandée soit parvenu au médecin.
3. Ce critère est pris en compte en cas de traitement nouveau ou dont l'introduction ne se fait pas couramment ambulatoirement ou encore nécessite qu'elle soit faite par un spécialiste. Critère valable pour le temps de la mise en place du traitement selon notes dans le dossier médical.
 4. Critère valable pour le temps de la surveillance selon notes dans le dossier médical.

II. Critères liés à des soins paramédicaux

5. Critère valable pour le temps passé aux soins intensifs.
6. Critère valable jusqu'à l'arrêt des soins respiratoires ou jusqu'à 4 jours après celui où le médecin a décidé de les prescrire à demeure (4 jours = temps nécessaire pour organiser une prise en charge de ces soins à domicile ou en institution).
7. Critère valable jusqu'à l'arrêt de la perfusion.
8. Critère valable pour le temps de la chimiothérapie.
9. Critère valable jusqu'à l'arrêt de la prescription des injections ou jusqu'à la fin de l'apprentissage si celles-ci sont à demeure.
10. Les patients remplissant ce critère sont séparés en 2 sous-groupes:
 - a) patients nécessitant un traitement ou une surveillance de plaie majeure.
 - b) patients nécessitant une sonde (vésicale, naso-gastrique) de manière aiguë et temporaire. Critère valable jusqu'au jour après l'ablation des drains ou des sondes, ou jusqu'au moment où les soins et la surveillance peuvent se faire ambulatoirement. Il n'est plus pris en compte à partir du moment où la sonde est installée à demeure (selon note dans le dossier médical).

A1.5

AEP modifié

11. Critère valable pour le temps du bilan hydrique.
12. Critère valable pour le temps de la surveillance selon ordres médicaux dans le cardex infirmier.
13. Critère valable pour le temps de la surveillance ou de la réhabilitation selon ordres médicaux dans le cardex infirmier.

III. Critères liés à l'état du patient

14. Critère valable en principe chaque fois que le patient est en dehors des normes énoncées, à moins que ces valeurs ne soient habituelles pour lui ou qu'elles soient liées au stress dû à l'hospitalisation (retour spontané dans les normes lors des mesures suivantes).
15. Critère valable en principe chaque fois que le patient est en dehors des normes énoncées, à moins que ces valeurs ne soient habituelles pour lui ou qu'elles soient liées au stress dû à l'hospitalisation (retour spontané dans les normes lors des mesures suivantes).
16. Critère valable jusqu'à ce qu'une cause expliquant les valeurs pathologiques ait pu être mise en évidence et/ou que ces valeurs aient pu être corrigées au maximum par un traitement adéquat. La validité du critère prend fin au moment où le traitement peut être conduit ambulatoirement ou dans une autre institution, selon notes dans le dossier médical.
17. Critère valable jusqu'à ce qu'une cause expliquant la température élevée ait pu être mise en évidence et/ou qu'elle ait pu être corrigée au maximum par un traitement adéquat. La validité du critère prend fin au moment où le traitement peut être conduit ambulatoirement ou dans une autre institution, selon notes dans le dossier médical.
18. Critère valable jusqu'à ce qu'une cause expliquant la symptomatologie ait pu être mise en évidence et/ou qu'elle ait pu être corrigée au maximum par un traitement adéquat. La validité du critère prend fin au moment où le traitement peut être conduit ambulatoirement ou dans une autre institution, selon notes dans le dossier médical.

A1.6

AEP modifié

19. Critère valable jusqu'à ce qu'une cause expliquant la symptomatologie ait pu être mise en évidence et/ou qu'elle ait pu être corrigée au maximum par un traitement adéquat. La validité du critère prend fin au moment où le traitement peut être conduit ambulatoirement ou dans une autre institution, selon notes dans le dossier médical
20. Critère valable 15 jours depuis le moment où l'infarctus a été documenté ou depuis la dernière complication sévère .
21. Critère valable jusqu'à ce qu'une cause expliquant la symptomatologie ait pu être mise en évidence et/ou qu'elle ait pu être corrigée au maximum par un traitement adéquat. La validité du critère prend fin au moment où le traitement peut être conduit ambulatoirement ou dans une autre institution, ou lorsque le médecin a pris la décision d'opérer, selon notes dans le dossier médical.
22. Critère valable jusqu'à ce qu'une cause expliquant la symptomatologie ait pu être mise en évidence et/ou qu'elle ait pu être corrigée au maximum par un traitement adéquat. La validité du critère prend fin au moment où le traitement peut être conduit ambulatoirement ou dans une autre institution, ou lorsque le médecin a pris la décision d'opérer, selon notes dans le dossier médical.
23. Critère valable jusqu'à 2 jours après l'arrêt de l'hémorragie ou après la dernière transfusion.
24. Critère valable jusqu'à ce qu'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière ait pu être organisée.

ANNEXE 2

Taxonomie des causes de délai

Source : T. Blanc, SSPPS

2. Taxinomie des causes de délais (version adaptée à St-Loup)

1. Délais liés à la programmation d'examens paracliniques

1.1. Délais liés à la demande d'examens ou à un planning surchargé

1.1.1. Délais liés à la demande initiale d'examens

1.1.1.1. le médecin-assistant (ou l'étudiant) est responsable du délai (retard dans la prise de rendez-vous ou procédure inconnue)

1.1.1.2. l'infirmière est responsable du délai (retard dans la prise de rendez-vous ou procédure inconnue)

concerne spirométrie, ergométrie, Holter

1.1.1.3. Il n'est pas possible de prendre rendez-vous chez un fournisseur externe le soir dès 18 heures, la nuit, le week-end

1.1.1.3.1. l'examen n'aurait pas pu être prescrit plus tôt (patient entré après 16 heures)

1.1.1.3.2. l'examen aurait pu être prescrit plus tôt (patient entré avant 16 heures)

1.1.1.4. cause du retard dans la prise de rendez-vous ne peut pas être déterminée

1.1.2. Planning surchargé, pas de disponibilité

1.1.2.1. à l'hôpital

préciser: - 01 radiologie
- 02 laboratoire
- 03 urgences
- 04 soins intensifs
- 05 médecin

1.1.2.2. hors de l'hôpital

préciser: - 01 Yverdon
- 02 CHUV
- 03 CID
- 04 autre...

1.2. Délais liés à la demande de préparation du patient (si demande distincte de la prescription de l'examen)

1.2.1. le médecin est responsable du délai (ordre non transmis à l'infirmière ou transmission tardive)

1.2.2. patient transféré d'un autre service et les ordres n'ont pas été écrits ou transmis

1.2.3. cause du délai lié à la demande de préparation inconnue

1.3. Examen pas prescrit suffisamment tôt dans la journée pour être exécuté le même jour

spirométrie, ECG, ergométrie, holter chez un patient déjà hospitalisé)

1.4. Le patient est hospitalisé pour un examen précis mais qui n'a pas été planifié

1.4.1. admission primaire

1.4.2. transfert d'une autre institution

1.5. Examens demandés par le médecin dans un ordre erroné (ex: UIV après lavement baryté)

1.6. Certains examens ne sont pas effectués à l'hôpital (sauf urgences):

1.6.1. le week-end

1.6.2. certaines jours de la semaine (par ex. radiologie, électrophorèse des protéines)

1.7. Certains examens ne sont pas effectués à l'extérieur de l'hôpital le week-end (sauf urgences)

1.8. Les examens auraient pu être effectués ambulatoirement

TYPOLOGIE DES DELAIS

2. Délais liés à l'exécution d'examens paracliniques

2.1. Les examens demandés n'ont pas été effectués

2.1.1. Report de l'examen au-delà du jour souhaité car le médecin qui doit l'effectuer est absent

2.1.2. report de l'examen au-delà du jour souhaité car le patient est en retard au rendez-vous

2.1.2.1. l'examen a lieu à l'intérieur de l'hôpital

2.1.2.2. l'examen a lieu à l'extérieur de l'hôpital

2.1.2.2.1. patient pas prêt

2.1.2.2.2. délai lié à l'ambulance

2.1.3. l'ordre médical tel qu'il est rédigé ne permet pas la réalisation de l'examen

2.1.4. le patient n'est pas préparé de façon adéquate pour l'examen

2.1.4.1. préparation mal ordonnée

2.1.4.2. préparation mal exécutée mais ordre médical correct

2.1.4.3. préparation commencée mais le patient ne collabore pas

2.1.5. délai lié au déroulement de l'examen

2.1.5.1. pour des raisons liées au patient (collaboration)

2.1.5.2. pour raisons techniques

2.1.6. examens préalables à une investigation non réalisés (ex:TP)

2.1.6.1. non ordonnés

2.1.6.2. ordonnés mais non exécutés

2.1.7. délai lié au personnel (absence, surcharge, oubli)

2.1.7.1. dans le service

2.1.7.2. aux urgences

2.1.7.3. aux soins intensifs

2.1.7.4. au laboratoire

2.1.7.5. en radiologie

2.2. examens réalisés trop tard dans la journée (la sortie aurait été possible)

2.3. examens réalisés dans un ordre erroné mais correctement demandés

2.3.1. par les services de l'hôpital

2.3.2. par les fournisseurs externes

TYPOLOGIE DES DELAIS

3. Délais liés au retour des résultats d'examens paracliniques

3.1. Retard dans l'obtention des résultats provoquant un retard dans le plan de traitement

3.1.1. Résultats non disponibles le week-end

3.1.2. Résultats fournis au-delà du temps standard

3.1.3. Echantillons, images perdus, donc résultats indisponibles

3.1.4. Examens analysés mais résultats perdus par le fournisseur

3.2. Résultats disponibles à temps mais pas examinés

4. Délais liés à la chirurgie

- 4.1. Délais liés à des difficultés de programmation (patient hospitalisé)**
 - 4.1.1. délai lié à une demande de programmation tardive (patient déjà hospitalisé)
 - 4.1.2. planning surchargé (patient déjà hospitalisé)
 - 4.1.3. Opération élective non prévue pour le jour suivant l'admission
 - 4.1.3.1. admission primaire
 - 4.1.3.2. transféré d'une autre institution pour cette opération
 - 4.1.4. Opération non effectuée le week-end, sauf urgence
 - 4.1.5. Opération non effectuée certains jours de la semaine
- 4.2. Délai lié au report d'une opération programmée**
 - 4.2.1. Examens pré-opératoires non effectués
 - 4.2.2. Patient mal préparé
 - 4.2.2.1. préparation mal ordonnée
 - 4.2.2.2. préparation mal exécutée
 - 4.2.2.3. préparation commencée mais le patient ne collabore pas
 - 4.2.3. Chirurgien non disponible (urgence)
 - 4.2.4. Raisons techniques liées à l'acte (manque de matériel disponible)
 - 4.2.5. Opération reportée à cause d'une urgence (priorité opératoire forcée)
- 4.3. L'opération aurait pu être effectuée ambulatoirement (liste)**
- 4.4. Traitement non chirurgical reporté à cause du week-end**

5. Délais liés aux consultations.

5.1. Délai lié à une consultation à l'hôpital par un médecin de l'hôpital

5.1.1. délai lié à la planification de la consultation (y.c. planning surchargé)

5.1.1.1. délai lié à un retard de la demande par le médecin assistant

5.1.1.2. certaines consultations n'ont pas lieu le week-end

5.1.1.3. consultation demandée mais planning surchargé

5.1.1.4. cause du délai lié à la planification d'une consultation inconnue

5.1.2. délai lié à l'exécution d'une consultation

5.1.2.1. faite correctement par écrit, manque suite donnée

5.1.2.2. faite non correctement par écrit, manque suite donnée

5.1.2.3. patient pas présent au rendez-vous

5.1.3. Consultation effectuée mais le rapport n'est pas remis dans un délai normal

5.1.3.1. le médecin consultant n'a pas écrit de rapport

5.1.3.2. le rapport n'a pas été transmis au dossier

5.1.3.3. le consultant attend pour discuter avec l'équipe

5.1.4. Le rapport a été transmis mais son contenu n'a pas été immédiatement analysé

5.1.5. 1ère consultation effectuée mais consultations suivantes n'ont pas lieu ou sont retardées (mauvaise organisation du service)

5.2. Délai lié à une consultation à l'hôpital par un médecin agréé

5.2.1. délai lié à la planification de la consultation (y.c. planning surchargé)

5.2.1.1. délai lié à un retard de la demande de consultation auprès du médecin agréé

5.2.1.1.1. médecin ou étudiant

5.2.1.1.2. secrétaire ou médecin absent

5.2.1.1.3. il n'est pas possible de prendre rendez-vous le week-end

5.2.1.2. certaines consultations n'ont pas lieu le week-end

5.2.1.3. certaines consultations n'ont pas lieu tous les jours de la semaine

5.2.1.4. consultation demandée mais planning surchargé

5.2.1.5. cause du délai lié à la planification d'une consultation inconnue

5.2.2. délai lié à l'exécution d'une consultation

5.2.2.1. faite correctement par écrit, manque suite donnée

5.2.2.2. faite non correctement par écrit, manque suite donnée

5.2.2.3. patient pas présent au rendez-vous

5.2.3. consultation effectuée, manque rapport dans les délais standards

5.2.3.1. non écrit par consultant

5.2.3.2. non transmis dans dossier (ex: envoi par PTT)

5.2.3.3. le consultant attend pour discuter avec l'équipe

5.2.4. Le rapport a été transmis mais son contenu n'a pas été immédiatement analysé

5.2.5. 1ère consultation effectuée mais consultations suivantes n'ont pas lieu ou sont retardées (mauvaise organisation du service)

5.3. Délai lié à une consultation à l'extérieur de l'hôpital

5.3.1. délai lié à la planification de la consultation (y.c. planning surchargé)

TYPOLOGIE DES DELAIS

- 5.3.1.1. délai lié à un retard de la demande de consultation
 - 5.3.1.1.1. médecin ou étudiant
 - 5.3.1.1.2. secrétaire ou médecin absent
 - 5.3.1.1.3. il n'est pas possible de prendre rendez-vous le week-end
- 5.3.1.2. certaines consultations n'ont pas lieu le week-end
- 5.3.1.3. certaines consultations n'ont pas lieu tous les jours de la semaine
- 5.3.1.4. consultation demandée mais planning surchargé
- 5.3.1.5. cause du délai lié à la planification d'une consultation inconnue
- 5.3.2. délai lié à l'exécution d'une consultation
 - 5.3.2.1. faite correctement par écrit, manque suite donnée
 - 5.3.2.2. faite non correctement par écrit, manque suite donnée
 - 5.3.2.3. patient pas présent au rendez-vous
- 5.3.3. consultation effectuée, manque rapport dans les délais standards
 - 5.3.3.1. non écrit par consultant
 - 5.3.3.2. non transmis dans dossier (ex: envoi par PTT)
- 5.3.4. Le rapport a été transmis mais son contenu n'a pas été immédiatement analysé
- 5.3.5. 1ère consultation effectuée mais consultations suivantes n'ont pas lieu ou sont retardées (mauvaise organisation du service)

6. Délais liés au patient ou à sa famille.

6.1. Délai lié à la communication d'une décision à la famille

6.1.1. délai lié au médecin

6.1.2. délai lié à l'infirmière

6.1.3. la famille n'est pas atteignable

6.2. Le patient, ou sa famille, est indécis quant à l'examen, au traitement ou à l'opération proposée

6.3. Le patient, ou sa famille, refuse l'examen, le traitement ou l'opération proposée

TYPOLOGIE DES DELAIS

7. Délais liés au corps médical

7.1. Délais liés aux décisions médicales (excepté catégories 9)

7.1.1. attente discussion avec équipe soignante

7.1.2. attente visite médicale du (des) jour(s) suivant(s) (chef de service) pour discussion complémentaire

7.1.3. attente de renseignements figurant dans l'ancien dossier.

7.1.3.1. demande non effectuée

7.1.3.2. dossier non reçu dans un délai normal

7.1.3.3. dossier incomplet (lettre sortie, examen spécifique)

7.1.4. médecin indécis quant au traitement à proposer

7.2. hospitalisation non justifiée selon critères en annexe 2

7.2.1. admission "politique" (VIP)

7.2.2. admission sociale (coder la cause dans protocole annexe 7)

7.2.3. autres admissions non justifiées (n'entrant pas dans les types 1.8 et 4.3)

8. Délais liés à l'enseignement ou la recherche

8.1. Cas intéressant gardé à l'hôpital pour enseignement

8.2. Patient attendant le début d'un projet de recherche

9. Délais liés à la planification d'une sortie (patient médicalement prêt à sortir)

9.1. Délais liés à l'hôpital

- 9.1.1. le médecin-chef a pris la décision de sortie tard dans la journée (le patient aurait pu sortir le jour même).
- 9.1.2. le médecin-chef est indécis quant à la prise en charge après la sortie
- 9.1.3. la sortie est retardée malgré l'absence de critères médicaux (attitude conservatrice)
- 9.1.4. le médecin-chef n'est pas ou ne peut pas être contacté pour donner le feu vert
- 9.1.5. les infirmières n'ont pas terminé l'enseignement requis (sintrom, diabète, infarctus, régime)
- 9.1.6. les physiothérapeutes n'ont pas terminé la réhabilitation
- 9.1.7. le service soignant ou le médecin assistant n'a pas effectué la demande assez tôt auprès du service social
- 9.1.8. le service social de l'hôpital n'a pas pu organiser ce soutien assez tôt
 - 9.1.8.1. le service social de l'hôpital ne consulte pas le week-end ou pendant les vacances
 - 9.1.8.2. le service social de l'hôpital est surchargé
 - 9.1.8.3. le service social de l'hôpital n'a pas répondu à la demande pour une autre raison

9.2. Délais liés à la famille ou au patient

- 9.2.1. patient (et/ou famille) indécis quant aux dispositions à prendre
- 9.2.2. patient (et/ou famille) insistant pour rester hospitalisé
- 9.2.3. famille (ou ami) non disponible pour transport à domicile
- 9.2.4. famille (ou ami) non disponible pour s'occuper sur le moment du patient à domicile
- 9.2.5. le patient apprend plus lentement qu'un autre à se soigner à domicile
- 9.2.6. domicile salubre en réfection (ex: on repeint la cuisine)
- 9.2.7. délai lié aux démarches avec la famille

9.3. Délais liés à la préparation du domicile du patient

- 9.3.1. attente d'un équipement spécial
- 9.3.2. domicile insalubre

9.4. Délais liés à l'organisation d'un soutien à domicile

- 9.4.1. les services de soins à domicile (SSAD) n'arrive pas à s'organiser assez tôt pour la sortie patient
préciser le type de SSAD:

- 01 infirmière de santé publique
- 02 auxiliaire de santé (croix rouge)
- 03 aide ménagère
- 04 repas à domicile
- 05 visites médicales
- 06 physiothérapie
- 07 ergothérapie
- 08 logopédie
- 09 bénévolat pour présence, surveillance

- 9.4.1.1. les SSAD ne consultent pas certains moments de la semaine
- 9.4.1.2. les SSAD n'ont pas répondu à la demande dans un délai normal (personnel momentanément absent)
- 9.4.1.3. les SSAD sont surchargés
- 9.4.1.4. les SSAD refusent de prendre en charge le patient
- 9.4.1.5. le service en question ne peut pas être mis en route le week-end ou à d'autres moments
- 9.4.1.6. le patient refuse le SSAD

TYPOLOGIE DES DELAIS

9.4.2. délai lié à l'organisation d'un retour à domicile avec UAT

- 9.4.2.1. Il n'existe pas d'UAT proche du domicile du patient
- 9.4.2.2. l'institution ne prend pas la demande en compte dans un délai normal parce que le responsable est absent
- 9.4.2.3. délai lié à l'évaluation du patient par l'institution
- 9.4.2.4. patient refusé par l'institution (cas trop lourd ou ne correspondant pas à la mission de l'établissement)
- 9.4.2.5. patient accepté mais pas de place disponible
- 9.4.2.6. pas d'admission le week end ou à d'autres moments
- 9.4.2.7. place disponible mais le patient ou sa famille refusent l'établissement

9.5. Délais liés à l'organisation d'une sortie dans une institution (ou dans un autre service)

9.5.1. Pas de lit disponible dans un EMS ou une division C d'hôpital

- préciser:
- 01 lit C gériatrie
 - 02 lit C en psychogériatrie
 - 03 lit C d'hôpital
 - 04 lit D

- 9.5.1.1. l'institution ne prend pas la demande en compte dans un délai normal parce que le responsable est absent
- 9.5.1.2. délai lié à l'évaluation du patient par l'institution
- 9.5.1.3. patient refusé par l'institution (cas trop lourd ou ne correspondant pas à la mission de l'établissement)
- 9.5.1.4. patient accepté mais pas de lit disponible
- 9.5.1.5. pas d'admission le week-end ou à d'autres moments
- 9.5.1.6. lit disponible mais le patient ou sa famille refusent l'établissement

9.5.2. Pas de lit disponible dans un CTR (centre de traitement et de réadaptation)

- 9.5.2.1. pas d'établissement approprié dans la zone du patient
- 9.5.2.2. l'institution ne prend pas la demande en compte dans un délai normal parce que le responsable est absent
- 9.5.2.3. délai lié à l'évaluation du patient par l'institution
- 9.5.2.4. patient refusé par l'institution (cas trop lourd ou ne correspondant pas à la mission de l'établissement)
- 9.5.2.5. patient accepté mais pas de lit disponible
- 9.5.2.6. pas d'admission le week-end ou à d'autres moments
- 9.5.2.7. lit disponible mais le patient ou sa famille refusent l'établissement

9.5.3. Pas de lit disponible dans une autre institution

- préciser:
- 01 institution pour IMC
 - 02 ...

- 9.5.3.1. une telle institution n'existe pas
- 9.5.3.2. l'institution ne prend pas la demande en compte dans un délai normal parce que le responsable est absent
- 9.5.3.3. délai lié à l'évaluation du patient par l'institution
- 9.5.3.4. patient refusé par l'institution (cas trop lourd ou ne correspondant pas à la mission de l'établissement)
- 9.5.3.5. patient accepté mais pas de lit disponible
- 9.5.3.6. pas d'admission le week-end ou à d'autres moments

TYPOLOGIE DES DELAIS

- 9.5.3.7. lit disponible mais le patient ou sa famille refusent l'établissement
- 9.5.4. Pas de lit disponible dans un autre service hospitalier aigu
 - 9.5.4.1. à l'intérieur de l'hôpital
 - 9.5.4.2. à l'extérieur de l'hôpital
- 9.5.5. caractère terminal de la maladie:
 - 9.5.5.1. patient en fin de vie gardé pour des raisons humanitaires
 - 9.5.5.2. placement recherché mais décès avant que cela ne soit possible
- 9.6. **difficultés financières:**
 - préciser le type de soutien requis : _____
 - 9.6.1. pas d'assurance pour le type de soins requis
 - 9.6.2. patient bien assuré mais établissement non reconnu par l'assurance
 - 9.6.3. le patient refuse d'assumer les frais à sa charge
 - 9.6.4. demande d'aide à l'état en cours

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

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

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

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

- 28 Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 28 p.
- 29 Trisconi Y. - Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 43 p.
- 30 Koehn V., Eggli 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., Eggli 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 Eggli 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 Eggli Y., Jacquier M., Schenker L. - Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
- 36 Equipe Case Mix. - Liste des Diagnosis Related Groups et hiérarchie des interventions chirurgicales par MDC. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 22 p.
- 37 Santos-Eggimann B., Paccaud F. - Mortinatalité et mortalité infantile dans le canton du Valais. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 27 p.
- 38 Hausser D. - Protéger la main au travail : une exposition itinérante ou l'utilisation d'un moyen de communication dans les actions de prévention (Th. Méd. Lausanne, 1987). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 74 p.
- 39 Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Deuxième rapport de synthèse). Décembre 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 103 p.
- 39a Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation der AIDS-Präventions-Kampagnen in der Schweiz. Zweiter zusammenfassender Bericht. Dezember 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 106 p.
- 39b Dubois-Arber F., Lehmann P., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation of the Swiss Preventive Campaigns against AIDS (Second Assessment Report) December 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 49 p.
- 39.4 Resplendino J. - La "zone". Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 83 p.
- 39.5 Fleury F. - Les migrants. Rapport final 1988. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 85 p.

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

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

- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden. 1990, 8 p.
- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990, 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 84 p.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 38 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/Migration/Prévention. Dossier portugais, dossier espagnol, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 74 p.
- 52.8 Masur J.-B., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 187 p.
- 52.10 Gruet F., Baumann A. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida et sexualité chez les 30 - 45 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991 (à paraître).
- 52.10a Baumann A. - Aids-Risiken in der Normalbevölkerung. Psychosoziale Hintergründe des Sexualverhaltens von Männern und Frauen in der Schweiz: Ein system-oekologischer Ansatz. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 151 p.
- 52.11 Meystre-Agustoni G., Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les médecins praticiens face à la prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 107 p.
- 52.12 Daverio C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida Média. Analyse de la presse écrite en Suisse de 1988 à 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 123 p.
- 53 Gonin M.-A. - Incidence des fractures du fémur proximal dans le canton de Vaud. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 80 p.
- 54 Clément-Pralong M. - Evolution de la mortalité infantile en Suisse de 1979 à 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 64 p.

- 55 Paccaud F., Klinke S., Pescia G. - Efficacité et sécurité du prélèvement des villosités 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 Eggli 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.
- 82.1 Landert C., Panchaud C., Schärliinger U. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Evaluation der Freier-Kampagne in den Zeitungen 'Blick' und 'Le Matin' - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 37 p. + annexes.
- 82.2 Zeugin P., Mouthon F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Elternmagazin. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 31 p. + annexes.
- 82.3 Landert C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Freier befragen. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 48 p. + annexes.
- 82.4 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärliinger U., Kaplun C., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. I. Cadre général. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 105 p. + annexes.
- 82.5 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärliinger U., Chevalier Ph., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. II. Les intervenants. III. Les jeunes de 15-17 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 89 p. + annexes.
- 82.6 IPSO Fieldwork, Dübendorf - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Kampagne zur Aids-Prävention: Repräsentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t6, 1992). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 30 p. + annexes.
- 82.7 Fleury F., Haour-Knipe M. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Les programmes de prévention du sida auprès des migrants en Suisse. Monitoring 1991-1992. - Lausanne : Insitut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 120 p. + annexes.
- 82.8 Gruet F., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Les homosexuels. Etude 1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 97 p. + annexes.

- 82.9 Meystre-Agustoni G. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Etudiants en médecine et prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 162 p.
- 82.10 Weber-Jobé M., Delbos Piot I. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Enfance et adolescence face au sida. Une enquête des animatrices en éducation sexuelle et des conseillères en planning familial dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 119 p. + annexes.
- 82.11 à paraître
- 82.12 Samuel-Mertens 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 à paraître
- 109 Gruet F. - Evaluation du Programme Pilote pour une Information Personnalisée, Prescrite, Payante (PIPPP) : Rapport final. Projet de L. Léderrey et I. Nemitz accepté par la Commission de prévention du Canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 36 p.

