

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE
DU PROGRAMME INTERFACE
Rapport final

*Laurence Peer, Delphine Renard,
Brigitte Santos-Eggimann*

Etude financée par :

L'Association Vaudoise d'Établissements Médico-Sociaux,
le Groupement des Hôpitaux Régionaux Vaudois,
l'Organisme Médico-Social Vaudois
les Hospices cantonaux et
le Service de la Santé Publique du Canton de Vaud

Remerciements :

Les auteurs remercient vivement les membres du Comité de pilotage du programme Interface pour leur soutien actif, ainsi que les infirmières Interface, tous les professionnels et les clients qui ont accepté de répondre aux entretiens et questionnaires d'évaluation.

Citation suggérée :

Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B. Evaluation de la mise en oeuvre du programme Interface: Rapport final. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, 26)

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

	Préface	5
1	Résumé	7
2	Interface: structure, missions et objectifs	9
3	Mandat d'évaluation	13
4	Bilan des enquêtes quantitatives	19
	4.1 Résultats observés au niveau du programme Interface	19
	4.2 Vers une liste réduite d'indicateurs	23
5	Bilan des enquêtes qualitatives	31
	5.1 Première enquête qualitative, été-automne 97	31
	5.1.1 Chronologie et présentation	31
	5.1.2 Résultats	31
	5.1.3 Discussion	34
	5.2 Deuxième enquête qualitative, été 98	36
	5.2.1 Chronologie et présentation	36
	5.2.2 Résultats	36
	5.2.3 Discussion	41
	5.3 Première enquête auprès des médecins traitants, automne 97	42
	5.3.1 Chronologie et présentation	42
	5.3.2 Résultats	42
	5.3.3 Discussion	43
	5.4 Deuxième enquête auprès des médecins traitants, printemps 98	44
	5.4.1 Chronologie et présentation	44
	5.4.2 Résultats	44
	5.4.3 Discussion	45
	5.5 Données récoltées grâce au formulaire de catamnèse	45
	5.5.1 Chronologie et présentation	45
	5.5.2 Résultats	46
	5.5.3 Discussion	46
6	Conclusions	49
	6.1 Le point de vue de l'IUMSP	49
	6.2 Le point de vue du comité de pilotage, du groupe de terrain et du groupe statistiques d'Interface	50

PREFACE

Les gestionnaires de la santé ont rarement l'opportunité de fêter des succès. La publication de l'étude menée par l'IUMSP sur le programme Interface nous donne aujourd'hui l'occasion de le faire, ceci pour plusieurs raisons:

Primo, toutes les institutions sanitaires du canton de Vaud, sans exception aucune, ont financé un projet commun avec un but partagé.

Secundo, nous disposons d'un outil "unique au monde" pour orienter des clients dans le réseau socio-sanitaire !

Tertio, nous pouvons encore nous améliorer...

A travers nos observations de divers systèmes de santé, il ne nous a pas été donné de trouver une organisation permettant dès l'entrée à l'hôpital de connaître le parcours médico-social du client, de l'orienter à l'intérieur de l'établissement et de prévoir sa sortie déjà le jour de son admission.

Avec le programme INTERFACE, la population de notre zone bénéficie d'un dispositif d'orientation et de liaison composé par une équipe interinstitutionnelle, dont font partie les spécialistes des soins à domicile. Cette équipe propose des solutions et informe en toute impartialité la personne et son entourage au sujet des prises en soins les plus adaptées à leurs besoins.

Certes les médecins libres praticiens ne sont pas encore très présents, certes les outils sont perfectibles et l'étude scientifique nous y rend attentifs, mais les bases d'une nouvelle pratique en réseau sont posées.

Interface est un instrument au service de la qualité et du management. L'objectif fixé "le bon client, au bon endroit, au bon moment" est suffisamment ambitieux pour motiver les institutions durant quelques années encore...

L'étude effectuée par l'IUMSP nous fournit les points d'appui indispensables au développement et à l'amélioration de ce programme; nous leur sommes vivement reconnaissants...

Réseau de soins coordonnés

Zone sanitaire VI

G. Simon, Président

1 RESUME

Le présent rapport est un compte-rendu des travaux d'évaluation consacrés au programme Interface. Ce programme, issu de la réflexion relative au fonctionnement en réseau des partenaires médico-sociaux de la zone sanitaire VI-VIa, est actuellement installé au sein de l'hôpital de zone d'Yverdon (HZY). Il y poursuit une double mission, de coordination des démarches en vue des hébergements médico-sociaux de la zone, et de liaison entre l'hôpital et ses partenaires. Ses moyens sont essentiellement un poste d'infirmière responsable, et la constitution de groupes réunissant Interface et ses partenaires, groupes consacrés au pilotage, aux statistiques, et à la réflexion des différents acteurs oeuvrant sur le terrain. L'évaluation est demandée alors que le programme est encore en phase d'installation, en particulier du point de vue de sa mission de liaison, les activités de coordination étant déjà en cours depuis plusieurs mois.

Le fait que le programme ne soit pas encore pleinement installé a fait opter pour une forme d'évaluation plus proche du monitoring des activités que de l'évaluation des résultats, c'est-à-dire pour une approche essentiellement descriptive (l'évaluation, quant à elle, visant davantage à comprendre des mécanismes). Le mandat d'évaluation comprenait deux volets, l'un consistant à définir et mesurer de façon répétée des indicateurs relatifs aux deux missions, l'autre à réaliser deux enquêtes qualitatives, à un an d'intervalle, auprès des professionnels de la zone sanitaire et si possible auprès des bénéficiaires des interventions d'Interface.

Les enquêtes qualitatives conduites auprès de professionnels ont permis de mettre en évidence les difficultés concrètes auxquelles se heurte le passage d'une théorie de la collaboration, à laquelle chacun adhère, à une pratique quotidienne de fonctionnement en réseau. La première enquête a montré la difficulté des professionnels à définir exactement les fonctions d'Interface, ainsi qu'un certain doute quant à la neutralité d'un programme situé dans les murs de l'hôpital. D'une façon générale, la personnalité de la responsable d'Interface était appréciée, ce qui ne faisait cependant pas renoncer aux nombreux mécanismes informels de collaboration, élaborés au cours des ans, auxquels les professionnels recourent pour organiser leurs orientations, court-circuitant ainsi une nouvelle structure à laquelle les partenaires ont pourtant souscrit. Les recommandations faites à la suite de cette première enquête, relatives notamment à la nécessité de renforcer l'information sur les missions du programme, n'ont pas été suivies d'actions. La seconde enquête, un an plus tard, a montré cependant une amélioration du niveau de connaissance des professionnels relativement aux missions du programme. La responsable d'Interface est manifestement sollicitée pour alléger la charge que constitue la recherche d'une place en établissement médico-social, mais elle reste très rarement appelée à co-évaluer une situation: le travail en réseau semble donc se limiter aux aspects administratifs de la collaboration. Une enquête postale conduite elle aussi à deux reprises auprès des médecins traitants de la zone sanitaire montre par ailleurs la difficulté du programme à nourrir un lien avec le corps médical, ce dernier n'étant en outre pas représenté au sein du comité de pilotage d'Interface. Enfin, le nombre de bénéficiaires des prestations d'Interface participant à l'enquête qualitative a été très restreint, et peu d'entre eux se sont révélés capables d'identifier l'intervention d'Interface parmi les multiples professionnels qu'ils avaient côtoyés au cours des derniers mois.

Les possibilités de monitoring du programme par la mesure répétée d'indicateurs relatifs à ses deux missions se sont rapidement révélées limitées. Les indicateurs approuvés par le comité de pilotage devaient être mesurés au moyen de données que le groupe statistiques n'a jamais pu transmettre. La préparation de relevés directs auprès d'Interface et de ses partenaires, qui n'était pas prévue à l'origine, a en conséquence été entreprise dans l'urgence, et la qualité des réponses obtenues par cette méthode, d'abord rétrospectivement, a été jugée médiocre (valeurs man-

quantas, discordances marquées selon la source d'information, non-conformité de réponses aux consignes données pour les formuler). La qualité des données n'a pas été améliorée par le caractère (théoriquement) prospectif de la seconde mesure, et plusieurs rappels ont parfois été nécessaires pour obtenir le retour des formulaires complétés. Plusieurs raisons nous semblent être à l'origine de ces difficultés. La première est sans doute liée non seulement au fait que le programme Interface était en phase d'installation, mais encore aux profonds bouleversements qui sont survenus durant la période d'observation, tant à l'intérieur même du programme que dans son environnement. Le programme Interface, dont les enquêtes qualitatives ont montré qu'il était essentiellement identifié par la personnalité de son infirmière responsable, a vu cette dernière prendre sa retraite, et la présidence du comité de pilotage changer; dans le même temps, le réseau de la zone sanitaire a connu l'annonce du regroupement des deux principaux hôpitaux, du départ de l'infirmier chef de l'hôpital psychiatrique de Bellevue, ainsi que de celui de la personne chargée d'organiser les sorties à l'hôpital de zone. Mais il faut également constater que les institutions partenaires se sont senties désarçonnées par un recueil d'informations auquel elles n'étaient pas habituées, et cela dans un contexte de méconnaissance, voire de défiance vis-à-vis du programme Interface. La surcharge chronique de travail ressentie par la plupart des professionnels du secteur médico-social a été souvent évoquée, face à une tâche supplémentaire et sans relation directe avec les besoins des patients.

Au terme de ces mesures quantitatives, il apparaît donc clairement qu'il est difficile d'en tirer des conclusions définitives quant à l'intégration réelle d'Interface dans son environnement. Les informations qu'elles ont apportées concernent avant tout les facultés d'acceptation et de suivi actif d'un monitoring qu'un réseau sanitaire est susceptible de présenter ou de développer: en ce qui concerne la zone sanitaire VI-VIa, ces facultés sont actuellement très limitées, pour ne pas dire absentes. Une proposition est faite pour limiter le nombre d'indicateurs à une liste très réduite, décrivant essentiellement des aspects de structure et d'activité. Nous ne pouvons cependant en recommander l'emploi que si la collaboration de l'ensemble des partenaires est garantie. Il n'est en effet pas envisageable d'implanter un système d'indicateurs:

- si tous les partenaires ne s'engagent pas formellement et dans les faits à produire l'information nécessaire, dans la forme prescrite, et en temps voulu;
- si les ressources (et les compétences) indispensables à la saisie et au traitement des documents ne sont pas disponibles;
- et enfin, si la responsabilité de la lecture et du commentaire périodique des indicateurs n'est pas attribuée sans ambiguïté au niveau de la direction du programme, idéalement de son comité de pilotage.

En l'absence de telles garanties, l'évaluation devra se limiter à une approche essentiellement qualitative.

Finalement, il est utile de rappeler qu'en dépit d'un contexte difficile, lié à la création d'un réseau de soins coordonnés et aux modifications que cela implique tant au niveau des mentalités que des pratiques, il ressort des entretiens conduits auprès des professionnels une adhésion de principe aux objectifs poursuivis par Interface, une connaissance croissante de ses activités, et une certaine reconnaissance de l'aide apportée par Interface, aide permettant d'alléger et de faciliter les démarches d'orientation des patients dans le réseau. Le véritable enjeu, pour l'ensemble des partenaires, sera de démontrer à l'avenir leur capacité à intégrer Interface jusque dans les procédures d'évaluation de leurs patients. De cette capacité dépendront sans doute à la fois l'avenir d'Interface et celui du réseau de soins coordonnés. L'appel à Interface pour une co-évaluation plus systématique des situations ne sera possible qu'à la condition qu'Interface puisse visiblement à la fois jouir d'une autonomie totale dans l'hôpital, et bénéficier d'une réelle reconnaissance de la part de son hôte.

2 INTERFACE: STRUCTURE, MISSIONS ET OBJECTIFS

Ce chapitre présente le contexte de la création du programme Interface dans la zone sanitaire VI-VIa. Il définit également:

- les éléments qui structurent le programme;
- les missions qui lui sont imparties;
- les objectifs qui lui ont été fixés au cours des deux premières années (la durée de l'expérience pilote).

Le **20 septembre 95**, un groupe de travail de la commission sanitaire de la zone VI-VIa publie un rapport sur l'évolution de la demande et de la dotation en lits d'hébergement dans la zone. Ce rapport arrive à la conclusion qu'il y a moins de pression de la demande depuis le domicile, mais que la pression se maintient depuis les hôpitaux ou le CTR, en une période où la diminution du nombre de journées d'hospitalisation est un objectif prioritaire. On constate également que la gestion des urgences médico-sociales est insatisfaisante. Les remèdes proposés consistent, d'une part à procéder à une meilleure évaluation des personnes hébergées ou en attente d'hébergement (une partie d'entre elles pouvant vraisemblablement bénéficier de structures intermédiaires ou de logements protégés), d'autre part à développer des mécanismes de coordination et d'orientation des demandes à l'intérieur du réseau. C'est à ces besoins que répond la création du programme Interface.

Le cahier des charges de l'infirmière de liaison responsable du programme Interface est défini le **6 février 96**. La responsable, Mme Georgette Gaille, sera engagée par le réseau de soins coordonnés (RSC), l'ASPMAD étant l'employeur pour le contrat de travail. L'objectif général de son poste est de garantir aux patients un accès aisé à la structure de soins la plus adéquate pour eux, dans les meilleurs délais. Ses tâches principales consistent à:

- coordonner et gérer les demandes d'admission et les places disponibles dans les lieux d'hébergement (cette tâche sera définie comme la *fonction de coordination*);
- anticiper et préparer l'orientation post-hospitalière des personnes dépendantes (cette tâche sera définie comme la *fonction de liaison*).

Concrètement, ses interventions seront les suivantes: évaluer les situations, établir les objectifs de la prise en charge, transmettre aux clients toute information utile, collaborer avec le réseau, valider après trois mois les mesures d'hébergement à long terme, et tenir une statistique de l'activité du service.

Le budget du programme est établi le **25 avril 96**. Le financement est assuré par l'ASPMAD, l'HZY, le CTR de Chamblon, le secteur psychiatrique nord, les EMS et les clients eux-mêmes. Le Service de la santé publique prend à sa charge l'excédent de dépenses annuel et met à disposition des compétences et moyens pour la gestion informatique et l'évaluation de l'expérience.

A cette même date du 25 avril sont définis les cahiers des charges:

1. du comité de pilotage. Le comité de pilotage est placé sous l'autorité du RSC. Composé de 7 membres choisis parmi les directions des institutions partenaires, il est nommé pour 2 ans (soit la durée de l'expérience pilote). Il est chargé de diriger le programme, de garantir le respect du concept face à l'ensemble des partenaires et de veiller à l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat de coopération (voir ci-dessous);
2. du groupe terrain. Placé sous l'autorité du comité de pilotage, ce groupe est composé de 5 professionnels de la santé et/ou cadres des institutions partenaires, ainsi que de la responsable Interface. Il se réunit au moins une fois par semaine pour évaluer les demandes reçues et proposer les orientations les mieux adaptées aux besoins des personnes et aux ressources du réseau.

Le **15 mai 96**, un contrat de coopération détermine les modalités de la collaboration entre Interface et les différents organismes signataires. Il est rappelé qu'Interface s'inspire en droite ligne du concept de réseau de soins coordonnés énoncé par le Conseil d'Etat dans son rapport de juin 92 sur la politique sanitaire. Interface est appelé programme parce que toutes ses actions sont coordonnées en vue d'un but défini.

Le concept fondamental est le suivant: Interface vise à une utilisation coordonnée des capacités sanitaires, dans le but d'améliorer la pertinence des prestations et la productivité du réseau sanitaire. Pratiquement, il s'agit de:

- renforcer la coopération entre acteurs;
- mieux diviser le travail entre eux;
- si nécessaire, ajuster leurs missions.

Les objectifs sont placés à deux niveaux: celui du patient et celui des relations entre institutions.

Au niveau du patient, Interface vise à promouvoir une approche préventive et systémique, à identifier les prestations les mieux adaptées, à évaluer de manière optimale les besoins du bénéficiaire et de son entourage, pour aboutir à une utilisation optimale des ressources.

Au niveau des relations entre institutions, Interface vise à enregistrer l'information sur le réseau, en particulier les spécificités et capacités d'accueil des différents établissements; à tenir des statistiques de l'offre et de la demande afin de connaître les besoins de développement; à estimer le volume prévisible de soins à offrir pour ce qui concerne les établissements d'hébergement et à préparer d'éventuels changements; à assurer la qualité des prestations. Le programme vise enfin à faire diminuer le nombre de journées d'hospitalisation ou d'hébergement inappropriées (en particulier retarder le long séjour en proposant d'autres solutions et faire diminuer les journées d'attente de placement à l'hôpital et au CTR), et à préparer avec les CMS les sorties de l'hôpital et les retours à domicile.

La durée d'expérimentation préliminaire sera de 2 ans à dater du 4 novembre 96; c'est sur cette même période que porte le contrat de coopération.

Le contrat est signé par le président de la zone sanitaire VI-VIa (M. René Perdrix), le directeur du RSC (M. Henri Rod), et le ou la responsable des établissements concernés.

Les signataires s'engagent à:

- participer au programme Interface selon ses objectifs et moyens;

- fournir aux autres partenaires du réseau toute information utile, en particulier concernant le transfert ou l'admission d'un bénéficiaire;
- encourager leurs équipes à participer;
- financer le programme.

Le **14 novembre 96**, le groupe statistiques d'Interface (composé de 9 personnes provenant du groupe terrain, du comité de pilotage, de l'HZY, du GHRV et de l'OMSV, ainsi que de l'infirmière de liaison) apporte un complément à la grille de relevé des demandes adressées à Interface. Cette grille permettra l'enregistrement des informations destinées à "nourrir" le système statistique. Pour la suite, le groupe statistiques prévoit de confier un mandat d'évaluation à un institut compétent.

Le **19 décembre 96**, un document signé par M. A. Allmendinger jette les bases d'une collaboration entre le service social de l'HZY et le programme Interface.

Les charges de l'infirmière de liaison sont les suivantes:

- enregistrer l'offre et la demande en matière d'hébergement, proposer des orientations prioritaires;
- préparer l'orientation post-hospitalière dès que possible, c'est-à-dire dès la programmation de l'hospitalisation pour les cas électifs, et dès l'arrivée aux urgences pour les admissions non planifiées;
- intégrer le malade, l'entourage et le médecin traitant aux processus de recherche de solution et de prise de décision.

En 1997, l'infirmière de liaison sera chargée d'élaborer deux nouveaux formulaires. Le premier de ces formulaires est destiné au service des urgences; il servira à "trier" les cas afin que les hospitalisations ne concernent que les prises en charge de type A somatique (et qu'une partie des patients soient directement dirigés sur Chamblon par exemple). Le deuxième formulaire est destiné au service de chirurgie orthopédique et servira à faciliter l'orientation post-hospitalière de patients fonctionnellement dépendants.

Un formulaire spécifique sera élaboré dans le cadre du groupe de travail "transfert rapide inter-services" pour ce qui concerne la division B du CTR de Chamblon.

A l'HZY, Mme Alisson, du service social, jouera un rôle d'appui administratif et de secrétariat.

Le **16 avril 97**, le comité de pilotage informe les signataires du contrat de coopération du fait que le relevé des besoins en lit d'hébergement est désormais étendu aux courts séjours. Deux formulaires sont proposés:

- à remplir par les établissements d'accueil, décrivant les courts séjours effectivement réalisés;
- à remplir par les professionnels du réseau, relevant les demandes non abouties, différées ou orientées hors zone.

Tels sont, à notre connaissance, les objectifs du programme et les termes de la collaboration avec le réseau de soins coordonnés qui ont été définis jusqu'au **21 avril 97**, date à laquelle le mandat d'évaluation est officiellement confié à l'IUMSP.

3 MANDAT D'EVALUATION

Le 21 avril 97, le comité de pilotage confie à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) le mandat d'évaluation du programme Interface. L'évaluation portera sur les deux aspects de la fonction de coordination et de la fonction de liaison. Deux types de mesures seront effectuées: quantitatives et qualitatives. Le but ultime du volet quantitatif est de mettre en place une méthode permettant au programme de suivre son évolution par des mesures répétées issues des statistiques produites par les partenaires.

Les mandants sont l'OMSV, l'AVDEMS, le GHRV et le SSP. Les mandants s'engagent à donner leur soutien financier et à ce qu'un membre de chacune des organisations précitées soit présent aux différentes réunions qui auront lieu dans le cadre de la conduite du mandat.

Le mandataire est l'IUMSP. Le projet est placé sous la responsabilité du Dr Brigitte Santos-Eggimann et réalisé par Mme Laurence Peer, chargée de recherche.

Le comité de pilotage se porte garant de l'implication de tous les partenaires; il garantit la transmission des données détenues par les partenaires, se prononce sur les orientations de l'évaluation et s'engage à prendre les décisions nécessaires (continuation de l'évaluation, réorientation ou arrêt) et à les mettre en pratique.

Le groupe statistiques a pour fonctions de transmettre les données à partir desquelles seront mesurés les indicateurs (fonction de ressource) et de participer à des rencontres régulières avec l'IUMSP (fonction d'expertise).

Le groupe terrain a pour responsabilité d'énoncer les effets attendus du programme et son impact sur les bénéficiaires, ainsi que d'identifier les professionnels de terrain susceptibles de participer à l'enquête qualitative.

Six phases sont définies dans le déroulement de l'évaluation entre avril 97 et septembre 98, date pour laquelle est prévue la soumission du rapport final.

Sept enquêtes distinctes auront finalement lieu, aux périodes indiquées ci-dessous:

1) PREMIERE ENQUETE QUANTITATIVE

période de mesure	juin-septembre 97
test de la transmission des informations	juin-octobre 97
envoi des questionnaires	novembre-décembre 97
dernier questionnaire rendu	8 janvier 98
dépôt du rapport	8 mai 98

2) PREMIERE ENQUETE QUALITATIVE

entretiens avec les professionnels	du 15 juillet au 26 septembre 97
entretiens avec les bénéficiaires	du 12 août au 9 octobre 97
dépôt du rapport	24 décembre 97

3) PREMIERE ENQUETE AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS

envoi des questionnaires	30 octobre 97
dépôt du rapport	26 février 98

4) DEUXIEME ENQUETE QUANTITATIVE

transmission des questionnaires	1 ^{er} avril 98
période de mesure	avril-juin 98
dernier questionnaire rendu	8 septembre 98
dépôt du rapport	9 novembre 98

5) DEUXIEME ENQUETE QUALITATIVE

entretiens avec les professionnels	du 24 juillet au 1 ^{er} septembre 98
dépôt du rapport	9 novembre 98

6) DEUXIEME ENQUETE AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS

envoi des questionnaires	14 mai 98
dépôt du rapport	16 juillet 98

7) ENQUETE AUPRES DES BENEFICIAIRES (FORMULAIRE DE CATAMNESE)

prise en charge des bénéficiaires	novembre 97-mai 98
période d'enquête	février-août 98
dernier questionnaire rendu	5 octobre 98
dépôt du rapport	12 octobre 98

Le compte rendu et la discussion des résultats de ces enquêtes figurent dans les chapitres 4 et 5. Nous poursuivons ci-dessous avec la description des étapes importantes du mandat d'évaluation et le recensement des événements survenus dans le RSC en cours de mandat.

La première rencontre des évaluateurs avec le groupe terrain a lieu le **29 avril 97**, avec le groupe statistiques le **23 mai 97**. Le **26 mai 97**, le CTR de Chamblon établit un "protocole" de fonctionnement avec Interface. C'est un formulaire qui désigne la personne de contact pour Interface au sein de l'établissement, et permet d'annoncer les places disponibles en lits C (court et long séjour), ainsi que les arrivées à, et les départs de, l'établissement.

Le **2 juin 97**, l'Hôpital de zone d'Yverdon redéfinit exactement les deux fonctions d'Interface:

- la fonction de coordination consiste à coordonner et gérer les demandes d'admission et les places disponibles;
- la fonction de liaison consiste à effectuer le "tri" aux urgences d'un point de vue médico-social et à préparer l'orientation post-hospitalière des patients dépendants du service de chirurgie orthopédique.

Le **1^{er} juillet 97**, lors d'une réunion avec le comité de pilotage, le président du RSC prend la décision de diffuser dans les services de l'HZY, à titre informatif, le document "Demandes reçues par Interface". Il est également prévu d'organiser une information systématique pour les médecins assistants lors de leur arrivée à l'HZY, et d'établir pour Interface une ligne téléphonique directe avec répondeur.

Le **2 octobre 97**, alors que l'IUMSP peine à obtenir la transmission des informations nécessaires à la première mesure quantitative, il est rappelé que le but final de l'évaluation est de créer un instrument de monitoring géré directement par les membres d'Interface, l'IUMSP n'étant présent que pour une durée déterminée.

Le **29 janvier 98**, le comité de pilotage et les évaluateurs se réunissent pour faire le bilan provisoire de l'évaluation et décider de la forme que doit prendre la suite du mandat.

A cette date, le rapport sur la première enquête quantitative est prévu pour février; les évaluateurs relèvent qu'il aura fallu presque six semaines pour disposer de toutes les données nécessaires, et que la qualité des informations fournies laisse parfois à désirer (ces points seront discutés en détail dans la section consacrée à cette première mesure).

Le rapport sur la première enquête qualitative est déposé **fin décembre 97** et le comité de pilotage prend connaissance de ces premiers résultats. Il note qu'une certaine confusion règne dans la définition du rôle des différents intervenants, et que le programme Interface est mal connu des professionnels. De ce point de vue, la localisation d'Interface à l'HZY (motivée par des raisons économiques) a peut-être une influence défavorable. Il faudrait décider s'il est plus avantageux pour le programme de profiter des avantages matériels de sa situation à l'hôpital, ou de se positionner comme une structure indépendante, ce qui constituerait un atout pour son image de marque et faciliterait son acceptation par les bénéficiaires. Mme Gaille mentionne à ce sujet que *les gens [qui font appel aux services du programme] ont parfois l'impression d'être remis dans le circuit hôpital.*

Plusieurs changements sont également annoncés en ce début d'année: le remplacement de M. H. Rod par M. G. Simon à la présidence du RSC, le changement de présidence à la tête d'Interface (M. P. Lévy succède à M. H. Rod), le départ à la retraite de Mme G. Gaille prévu pour septembre 98, et la fusion annoncée pour le 1^{er} janvier 1999 de l'HZY et du CTR de Chamblon, pour devenir le CHYC (Centre hospitalier Yverdon-Chamblon).

Finalement, considérant les difficultés rencontrées lors de la première enquête quantitative, l'IUMSP propose au comité de pilotage plusieurs scénarii possibles pour la poursuite de l'évaluation, ainsi que pour la mise au courant des responsables d'Interface, auxquelles le monitoring devrait être confié au terme du mandat d'évaluation. C'est le **16 février 98** que le RSC se décide pour le scénario suivant: l'adoption en mars 98 d'une liste définitive d'indicateurs, et la conduite d'une seconde mesure pendant les mois d'avril à juin sur la base d'un questionnaire allégé, qui récoltera les données de manière prospective. Le comité de pilotage prendra désormais le relais du groupe statistiques, ce qui facilitera la transmission des données à l'IUMSP par les différentes institutions partenaires.

Le **18 juin 98**, Mme Laurence Peer rencontre les deux nouvelles infirmières employées par Interface (Mme Solange Auque et Mme Brigitte Barussaud) qui travaillent à 60 et 80%, respectivement. Le taux d'activité des personnes travaillant pour le programme sera donc de 140% dès octobre 98, après le départ de Mme Gaille. Mme Barussaud est désignée répondante Interface pour l'IUMSP. Il est estimé que le suivi de l'évaluation quantitative (monitoring du programme) requiert un taux d'activité permanent de 20%, auquel il faut ajouter le temps nécessaire ponctuellement, c'est-à-dire probablement tous les 3 mois, pour analyser les données récoltées et faire démarrer la période de mesure suivante.

Pour commencer à préparer ce passage de témoin de l'IUMSP aux responsables d'Interface, Mme Peer se rend à Yverdon le **25 juin 98**. Elle présente à Mmes Auque et Barussaud les documents utilisés pour la mesure des indicateurs et leur transmet les outils informatiques y correspondant.

Le 1^{er} juillet 98 a lieu à Yverdon une réunion entre les évaluateurs et le comité de pilotage, afin de discuter du rapport sur la première enquête quantitative. Les points principaux ressortant de cette réunion sont les suivants:

- les résultats de cette première mesure datent d'une année en arrière et caractérisent un programme qui en était alors à ses débuts. Pour donner une véritable interprétation des résultats observés, il faut attendre de pouvoir lier tous les rapports dans le temps: dans ce sens, la première mesure constitue plutôt une mesure au temps zéro qui servira de comparaison aux mesures suivantes;
- le réseau est actuellement agité par des inquiétudes liées à la prochaine fusion Yverdon-Chamblon. On sent en particulier la préoccupation de fournir des résultats qui "prouvent" le bien-fondé du programme en justifiant de la satisfaction de la triade bénéficiaire-entourage-soignants, et de l'adéquation de l'orientation du patient;
- il semble que Chamblon travaille "en vase clos", c'est-à-dire se suffit à lui-même sans devoir recourir aux services du programme. A ce sujet, les avis sont partagés, certaines personnes estimant qu'il s'agit d'un fonctionnement efficace qui pourrait servir de modèle au fonctionnement du réseau global, d'autres qu'il s'agit d'un fonctionnement qui offre certainement des avantages mais qui isole de ce même réseau;
- en ce qui concerne l'avenir du programme, il apparaît que les deux infirmières remplaçant Mme Gaille sont actuellement surchargées par la nécessité de s'adapter à leurs nouvelles tâches. Il est proposé qu'à long terme le RSC désigne une personne qui ait les compétences et le rôle spécifiques de conduire le monitoring et d'analyser le résultat des mesures. La fréquence des relevés reste à fixer: certains sont partisans de renoncer à un monitoring continu, d'autres pensent qu'il sera moins lourd de suivre une routine que de "relancer la machine" à intervalles réguliers. Ce problème reste à régler.

Le 25 août 98, M. Lévy et Mme Barussaud écrivent à l'IUMSP pour donner les informations suivantes:

- Mme Gaille part à la retraite en septembre comme prévu;
- le RSC a reconnu qu'Interface est un outil fonctionnel et le programme se poursuit;
- Mme Barussaud, infirmière responsable, assure la liaison, l'orientation et la coordination. Elle est secondée par Mme Auque;
- Interface se définit comme *un lien entre le patient, son entourage et les services socio-sanitaires (médecins, CMS, EMS, hôpitaux et CTR)*; il permet de coordonner les demandes d'admission et les places disponibles dans les lieux d'hébergement, ceci grâce à une écoute et un accompagnement personnalisés aux clients et à leurs proches. Pour relever ce défi, préserver l'autonomie de choix sanitaire dans la région et rendre cet outil plus performant, une collaboration active, une transmission d'information fluide et réciproque entre les différents partenaires sont indispensables;
- un protocole mis à jour le 5 août 98 indique la procédure à suivre lors des demandes d'admission en EMS sur toute la zone sanitaire VI-VIa. Ce protocole prévoit que les professionnels des services placeurs annoncent à la responsable d'Interface chaque personne en attente de placement, et fournissent une évaluation détaillée de la situation (degré de dépendance, besoins, soins requis probables, orientation souhaitée et degré d'urgence) en utilisant le document cantonal de transmission. De leur côté, les responsables d'EMS signalent à Mme Barussaud chaque place qui se libère, de court ou

long séjour, en indiquant ses caractéristiques. En outre, les responsables des EMS signalent à Mme Barussaud les demandes d'admission directes (depuis le domicile, ou par la famille ou le médecin traitant); Mme Barussaud évalue alors avec le demandeur le degré d'urgence et les possibilités d'autres types d'aides. Finalement, l'ensemble des institutions de la zone sanitaire VI-VIa s'engagent à fournir à Interface toutes les indications permettant d'enregistrer les demandes d'hébergement, les demandes d'admission, les transferts réalisés entre EMS, les délais d'attente et les admissions effectivement réalisées, afin d'identifier les besoins et les ressources de la zone et de faciliter les admissions par une meilleure collaboration;

- les objectifs prioritaires du programme sont de réaliser la coordination entre l'offre et la demande en lits d'hébergement dans les districts de Grandson et d'Yverdon, et de garantir l'orientation adéquate des personnes concernées de la région.

4 BILAN DES ENQUETES QUANTITATIVES

Avant d'aborder la discussion de ces premiers résultats, nous éprouvons le besoin de préciser que le but des évaluateurs n'est pas d'exprimer des doléances ou de distribuer des blâmes, mais bien de tirer un enseignement profitable des informations récoltées. Il était de leur ressort de structurer questions et réponses autour du programme Interface; ils se sont efforcés de s'acquitter au mieux de cette tâche. Etant eux-mêmes confrontés, par le biais d'autres études, aux bénéficiaires de telles structures médico-sociales, ils ne peuvent que saluer le travail réalisé chaque jour par les professionnels du terrain, sachant que ce travail se déroule dans des conditions qui sont tout sauf froidement structurées; leur rôle d'évaluateurs n'en demeure pas moins.

Dans la discussion des résultats des différentes enquêtes, nous nous attacherons donc plutôt à mettre en évidence les déficiences du fonctionnement du programme, et/ou de son insertion dans la zone sanitaire VI-VIa, qu'à célébrer les acquis; mais si l'évaluation est par essence un regard critique, c'est aussi un processus qui permet à la fois de proposer des améliorations et de mesurer concrètement les progrès réalisés. Un enseignement annexe, mais précieux, peut être tiré de la description des obstacles rencontrés au cours d'un mandat qui porte précisément sur la possibilité de travailler en réseau, et donc de faire preuve d'efficacité dans la transmission des informations. Le déroulement des enquêtes nous paraît donc intéressant à commenter dans le sens où il constitue une sorte de chantier dans le chantier.

4.1 RESULTATS OBSERVES AU NIVEAU DU PROGRAMME INTERFACE ¹

En ce qui concerne la première mesure (Figures 1 et 2, p. 20-21), on peut résumer très succinctement les résultats observés en disant que cette mesure caractérise un programme encore en cours d'installation (et même d'installation matérielle, cf. indicateurs de structure); nos résultats montrent que la coordination est en voie d'implantation, mais que la liaison est encore à créer concrètement.

Au niveau des indicateurs de structure de la fonction de liaison, l'HZY et Interface se contredisent en effet systématiquement sur des points aussi élémentaires que l'existence de formulaires officiels ou même sur le nombre de services hospitaliers concernés par l'activité de l'infirmière de liaison, ce qui indique une absence de communication préoccupante entre la responsable d'un programme au service des patients et la direction de l'établissement accueillant ces mêmes patients. Si Interface est destiné à rester sur le site de l'HZY, où son infrastructure s'est par ailleurs indéniablement améliorée en cours de mesure, il sera impératif d'organiser, au sein de l'hôpital, une meilleure diffusion des règles explicites de son fonctionnement.

Au niveau des indicateurs de la fonction de coordination, nous relèverons aussi qu'Interface et les EMS annoncent des capacités d'accueil dont les valeurs sont irréconciliables. Il semble pourtant que ces données devraient être les premières à être enregistrées de manière rigoureuse dans le cadre d'un programme chargé de coordonner l'offre et la demande pour toute une zone sanitaire. Interface et les EMS ne s'accordent pas non plus sur le nombre d'annonces de lits

¹ La liste détaillée des indicateurs utilisés en 97 et en 98 figure en Annexe A.

disponibles faites à Interface, d'où nous concluons que cette procédure n'est pas rodée. Ces points cruciaux devraient naturellement faire l'objet de mises au point énergiques pour l'avenir.

Dans l'ensemble, on constate que le système de communication systématique et de délégation en cas de besoin qui cherche à s'implanter à travers le programme Interface repose sur des bases encore vacillantes. Les procédures explicites d'échange d'information font souvent défaut, ce qui implique que beaucoup de contacts ont lieu de manière informelle, d'ailleurs probablement satisfaisante pour les partenaires du réseau. En particulier, le CTR de Chamblon se passe largement de l'intervention d'Interface et résout ses demandes de placement, pour l'essentiel, en son propre sein. Les médecins traitants, seuls partenaires avec lesquels Interface n'a pas établi de relation contractuelle, ont très peu recours au programme, ce qui est confirmé par les enquêtes réalisées auprès des libres praticiens (voir sections 5.3 et 5.4).

Finalement, s'il est difficile, à partir de cette première mesure, de se faire une idée cohérente et précise des activités du programme, on voit néanmoins qu'il est sollicité de façon assez spécifique: l'appel à Interface se fait avant tout en vue d'un long séjour et concerne principalement des patients psychogériatriques dont l'état psychique aussi bien que physique se dégrade et dont l'entourage commence à se sentir dépassé. Et lorsque le programme est sollicité pour une co-évaluation ou pour la participation aux démarches d'hébergement, il s'agit dans la majorité des cas de situations nécessitant une solution immédiate ou de suite. Au vu des résultats de l'été 97, la question se pose donc de savoir si Interface est destiné dans le futur à occuper une "niche" particulière au sein du réseau, ou si un travail soutenu d'information destinée aussi bien aux professionnels qu'aux bénéficiaires potentiels permettra au programme d'exercer plus tard une réelle fonction de coordination générale.

Figure 1: Nouvelles admissions dans la zone VI-VIa entre juin et septembre 97 (première mesure, recensement par les EMS)

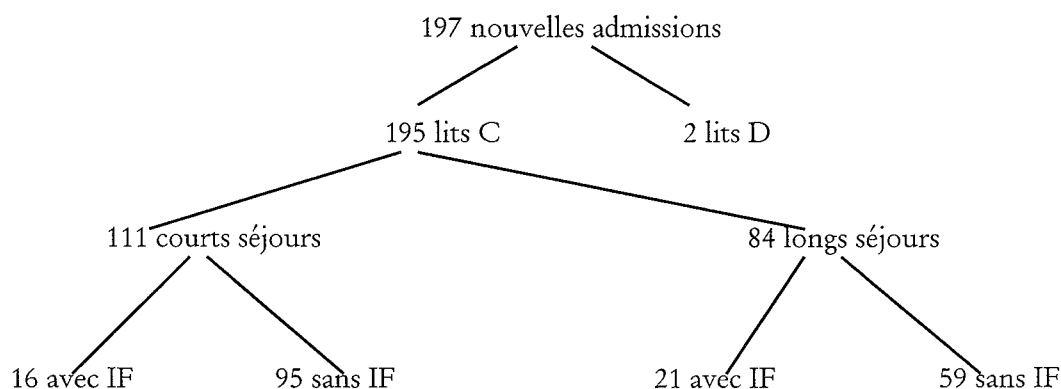
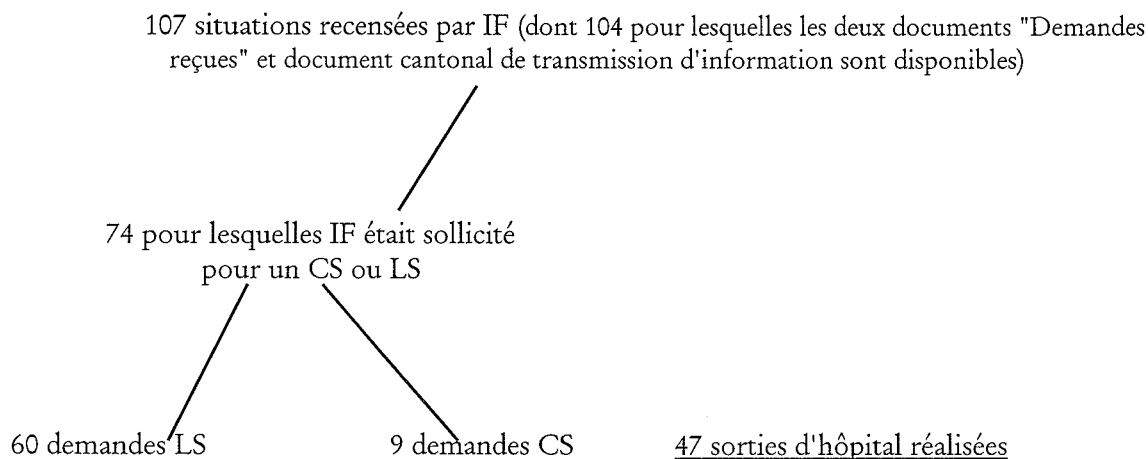


Figure 2: Demandes reçues et sorties d'hôpital réalisées entre juin et septembre 97 (première mesure, recensement par Interface)



En ce qui concerne la deuxième mesure (Figures 3 et 4, p. 22-23), nous arrivons à la constatation que les défauts majeurs qui apparaissaient dans la première mesure n'ont été que faiblement corrigés. Si l'infrastructure matérielle est aujourd'hui tout à fait satisfaisante, et si le nombre de partenaires attachés au programme est resté exactement le même, aucune nouvelle démarche n'a été entreprise vis-à-vis des médecins traitants. Dans les faits, ces derniers se sont cependant plus souvent adressés à Interface durant la période de relevé 1998 (bien que le nombre de situations reste très modeste), ce qui traduit une certaine ouverture face à la collaboration souhaitée. En l'absence de relations contractuelles, des mécanismes pourraient être mis en place pour favoriser l'information au corps médical et l'intégrer davantage dans ce réseau qui se met en place, faute de quoi rien ne permettra aux médecins d'envisager une alternative à la pratique courante d'adresser à l'hôpital des patients dont on espère qu'il leur trouvera une place d'hébergement de longue durée. En particulier, une représentation des médecins traitants dans le comité de pilotage d'Interface paraît souhaitable; les médecins traitants fonctionnant hors institution, des mécanismes de financement devraient évidemment être envisagés pour faciliter une telle participation².

Les capacités d'accueil et prestations des différents établissements de la zone n'ont toujours pas pu être déterminées avec précision. Cependant, tant le fichier Interface que les recensements des établissements traduisent une baisse considérable des admissions pour un court ou long séjour médico-social par rapport à la première mesure. De telles variations impliquent que tout système d'évaluation quantitatif (intégré au programme sous forme de mesures répétées d'indicateurs) doit impérativement se référer au volume global de l'activité produite dans la période étudiée, en sorte de rapporter les activités d'Interface au dénominateur constitué de l'ensemble des admissions médico-sociales de la zone sanitaire.

² Dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé depuis que ces lignes ont été écrites, une présentation officielle du programme a eu lieu auprès du Collège des médecins, et ces derniers ont créé un groupe de travail "réseau", signe clair et encourageant d'un développement de collaboration.

Sur le plan des activités d'Interface, on retiendra d'abord de la deuxième mesure que les institutions partenaires mentionnent de nombreuses situations annoncées à Interface qui ne sont pas enregistrées dans le fichier tenu par les responsables du programme. Cette situation doit être corrigée si l'on veut disposer d'une mesure correcte des activités, et l'enregistrement ne pourra être amélioré qu'en (re- ?)précisant à qui incombe la responsabilité de consigner les annonces et de les enregistrer. Concrètement, la consignation sur formulaire papier ne paraît pouvoir être effectuée que par les responsables d'Interface, qui reçoivent les appels. La saisie informatique pourrait être assumée également par les responsables d'Interface, ou pourrait être déléguée à un secrétariat.

Les observations de la seconde mesure indiquent une certaine stagnation, voire un recul, des activités de coordination, et une croissance des activités en lien avec l'Hôpital de zone d'Yverdon. Interface reste cependant le plus souvent utilisé pour mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge, mais de façon assez "administrative", sans permettre aux infirmières responsables du programme de participer à l'évaluation des besoins. Le rôle d'Interface dans le réseau comme véritable partenaire dans la gestion de cas doit manifestement être renforcé. Parmi les mécanismes qui le permettraient, on pourrait imaginer que le contrat de collaboration liant les partenaires stipule qu'aucune admission en lit C ne soit possible sans co-évaluation de la part d'Interface, les responsables du programme ayant seules la compétence de renoncer, en motivant leur décision, à cette co-évaluation lorsque les informations reçues leur paraissent suffisantes.

Enfin, il reste à définir la fonction de liaison d'Interface, en particulier dans le cadre de la création du CHYC. Il est évident que l'HZY et Interface doivent rendre plus systématique encore la co-évaluation des patients dont la sortie implique une prise en charge médico-sociale, et ceci non pas uniquement lorsque la sortie est organisée sous forme de placement. La seconde mesure montre cependant qu'un nombre considérable de sorties vers un lit B ont lieu sans qu'Interface en soit informé. Il paraît souhaitable, et ceci particulièrement dans le contexte du rapprochement entre l'HZY et Interface, de s'assurer que les infirmières d'Interface soient systématiquement informées de tels transferts, et reçoivent suffisamment d'information pour juger de l'opportunité d'une co-évaluation de leur part avant qu'ils ne soient réalisés.

Figure 3: Nouvelles admissions dans la zone VI-VIa entre avril et juin 98 (deuxième mesure, recensement par les EMS)

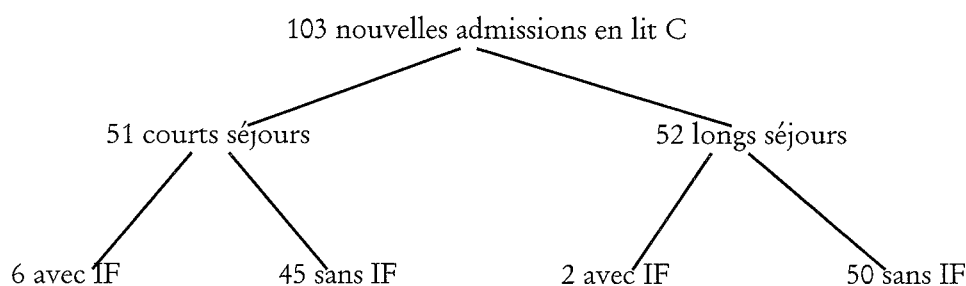
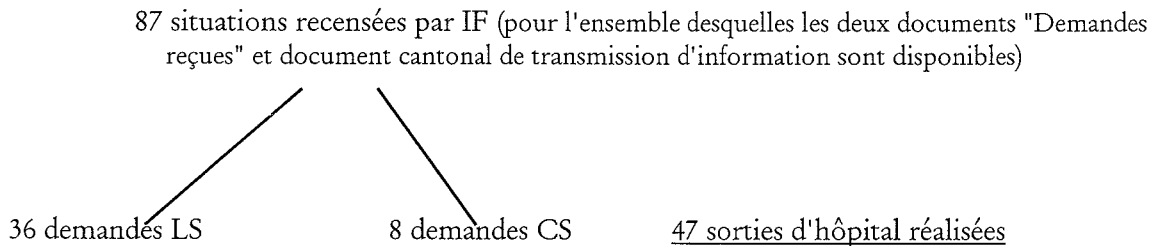


Figure 4: Demandes reçues et sorties d'hôpital réalisées entre avril et juin 98 (deuxième mesure, recensement par Interface)



En résumé, les informations apportées par les enquêtes quantitatives sont très difficilement interprétables, leur qualité laissant par trop à désirer pour que l'on soit certain de la validité des mesures, et surtout pour permettre de mesurer une évolution précise. En ce sens, les diverses enquêtes qualitatives nous renseignent davantage, même si c'est de manière descriptive, sur l'implantation du programme dans la zone, ses activités, et son utilité perçue ou réelle. C'est à résumer et discuter les résultats de ces enquêtes qualitatives que nous nous attacherons dans le chapitre 5.

4.2 VERS UNE LISTE REDUITE D'INDICATEURS

A l'issue des deux premières mesures, nous sommes donc malheureusement parvenus à la conclusion que les données récoltées jusqu'ici ne nous permettent pas de déterminer quels indicateurs sont résistants (c'est-à-dire permettent de décrire de manière pertinente, au cours du temps, les différentes structures et activités du programme). A fortiori, ces données ne nous permettent que très difficilement de juger du développement et/ou de la qualité de ces structures et de ces activités. La comparaison entre les données de 1997 et celles de 1998 est enfin d'autant plus délicate que plusieurs changements importants sont intervenus dans la zone dans l'intervalle.

Pour cette raison, nous proposons, en vue du futur monitoring du programme, de ne conserver qu'un choix très restreint d'indicateurs qui nous paraissent à la fois utiles et facilement mesurables par Interface. La liste de ces indicateurs est présentée en détail à la fin de cette section; cependant, nous allons commencer par passer brièvement en revue les problèmes que nous avons rencontrés dans la mise en œuvre concrète de chacune des deux mesures. Nous discuterons également brièvement des sources majeures, à notre sens, de ces problèmes.

En ce qui concerne la première mesure, rappelons qu'il avait été prévu que le groupe statistiques mettrait à disposition de l'IUMSP toutes les informations nécessaires. Cependant, une fois les indicateurs avertisés par le comité de pilotage, il était apparu que cette tâche dépasserait les capacités du groupe statistiques et qu'il faudrait que les évaluateurs effectuent la mesure directement auprès de chaque institution ou établissement signataire du contrat. On déplorera qu'il ait fallu plus de quatre mois (de la première réunion du 23 mai à la séance du 2 octobre 97) pour que cet élément essentiel de la construction de l'enquête soit clairement défini.

En effet, cette nouvelle donnée constitue à l'évidence un surcroît de travail pour l'IUMSP et impose à l'avancement de l'enquête le délai nécessaire à l'élaboration de trois questionnaires différents. Elle signifie surtout que ces mêmes questionnaires ont été adressés à des personnes qui n'avaient pas participé directement à l'élaboration des indicateurs. La récolte des données a donc été laborieuse, contrariée par une communication difficile entre les évaluateurs soucieux de mesurer correctement les indicateurs approuvés par les partenaires dans le cadre du comité de pilotage, et les répondants contraints de prendre du temps et de l'énergie sur leurs activités de terrain. Les questionnaires étaient longs et nécessitaient à la fois une certaine réflexion préalable, une grande concentration et la recherche active d'informations dont beaucoup n'étaient manifestement pas relevées de manière routinière. Dans ces circonstances, les questionnaires ont mis beaucoup de temps à revenir, et une bonne partie d'entre eux avaient été remplis incorrectement: manque de systématisme, incohérences, remplissage partiel, non respect des consignes de remplissage... En particulier, il s'est révélé très souvent impossible de distinguer entre information manquante (non fournie parce que non disponible) ou nulle (parce que le répondant ne s'était pas donné la peine d'inscrire la valeur zéro), alors que des consignes claires avaient été données à ce sujet et qu'un des objectifs majeurs de la première mesure était justement de mettre en évidence la disponibilité de l'information.

D'autre part, nous constatons que les deux domaines d'activité d'Interface (fonction de coordination vis-à-vis de l'ensemble des bénéficiaires extérieurs à l'hôpital et fonction de liaison dans le cadre strictement hospitalier) sont mal délimités. Le même problème se pose au niveau de la fonction de liaison elle-même, où les quatre formes d'intervention possibles de l'infirmière de liaison (réception d'une information sur une situation, évaluation, participation aux démarches ou prise en charge complète) ne sont ni clairement répertoriées, ni clairement séparées dans la pratique quotidienne. De plus, pendant la période sur laquelle porte la première mesure, une personne extérieure à Interface partageait avec l'infirmière de liaison la tâche d'organiser les sorties de l'HZY, même si son activité ne pouvait être assimilée à celle d'un service social (cette personne a depuis lors cessé de travailler dans ce secteur). Finalement, la qualité des données a probablement été fortement compromise par le caractère rétrospectif du relevé (rappelons que plus de six mois s'étaient écoulés entre le début de la période de mesure et la date où le dernier questionnaire revenait à l'IUMSP).

Dans ces conditions, il n'est pas exagéré de dire que le traitement des informations finalement récoltées a été un véritable casse-tête. Nous avons dit que les indicateurs étaient nombreux et que plusieurs sources d'information étaient disponibles pour la majorité d'entre eux. Or, non seulement les différentes sources ne convergeaient pas, mais encore il était impossible d'organiser de manière logique les indications fournies par une même source. Il faut souligner que nous parlons ici de discordances telles qu'il est impossible de les attribuer à des erreurs de relevé ou de transcription. Un grand nombre de données ont été complétées ou confirmées par les évaluateurs eux-mêmes à l'aide du fichier informatisé Interface, mais il faut admettre que l'ensemble des chiffres cités dans les résultats sont à considérer avec un certain recul, pour ne pas dire défiance, et surtout qu'il est généralement impossible de savoir si les divergences observées résultent simplement de négligences dans le remplissage des questionnaires ou sont révélatrices de réels défauts de communication. Le facteur qui a le plus contribué à cette extraordinaire confusion est probablement le fait que les termes même de l'activité d'Interface étaient peu clairs pour la majorité des partenaires sur le terrain; ils étaient d'ailleurs insuffisamment définis dans le cadre du programme lui-même, mais on regrettera que Mme Gaille ait attendu fin décembre pour le dire ouvertement, alors qu'un travail de définition des indicateurs fondé sur une séparation claire des deux missions avait été avalisé de longue date.

A la suite de cette première expérience, et dans le but d'améliorer les conditions de la deuxième mesure, deux changements méthodologiques majeurs avaient été introduits, en accord avec les mandants:

- la mesure ne porterait que sur trois mois et serait un peu avancée dans l'année afin de ne pas inclure les mois d'été, période creuse des activités du programme;
- la mesure s'effectuerait de manière prospective et non plus rétrospective. En clair, le questionnaire exhaustif de 1997, à l'aide duquel il fallait relever toutes les informations relatives à la période de mesure choisie, était remplacé par deux questionnaires plus courts. La mesure était ainsi actualisée et, nous l'espérons, abrégée et facilitée pour les répondants.

Le déroulement de la deuxième mesure a comporté un aspect très positif, à savoir que tous les établissements partenaires ont finalement transmis les informations demandées, contrairement à ce qui s'était passé en 97. Par contre, le retard dans le retour des questionnaires (depuis le jour où ils avaient été transmis, qui était le premier jour de la mesure) a été plus important. Et surtout, aspect le plus décourageant, la qualité des données transmises est restée médiocre. Nous sommes à nouveau confrontés à des valeurs manquantes dont nous n'avons pas les moyens de savoir si elles correspondent à une valeur nulle, à une incompréhension de la question, ou à une non-disponibilité de l'information. Le libellé même de certaines données est incorrect: par exemple, nous obtenons des réponses comme *Oui* à la question *Combien de?*. De manière générale enfin, les observations faites pour la première mesure s'appliquent à nouveau en ce qui concerne le désaccord flagrant entre deux sources de données (ce désaccord variant de surcroît entre les mesures), l'absence de procédures systématiques (ou du moins formalisables en tant que telles) de communication, la confusion sur des données aussi cruciales et (en principe) objectives que le nombre de lits disponibles, et enfin l'absence de délimitation claire entre les différents volets de l'activité d'Interface.

Plusieurs facteurs contribuent certainement à expliquer une partie de ces aspects problématiques: la fusion prévue des établissements d'Yverdon et de Chamblon, le réaménagement des structures hospitalières et médico-sociales de la zone VIa, et plusieurs importants changements de personnel, le changement majeur concernant bien sûr le départ à la retraite de Mme Gaille et son remplacement par deux nouvelles infirmières. Cependant, ces bouleversements ont parfois eu des effets paradoxaux (par exemple, suite au départ de la personne qui organisait les sorties des patients hospitalisés à l'HZY, on trouve qu'Interface a reçu moins de demandes de prises en charge de patients en fin d'hospitalisation), ce qui nous laisse penser qu'ils ne constituent pas la seule explication possible. L'hypothèse que nous privilégierons repose sur la constatation que coexistent, parmi les multiples intervenants, des points de vue très différents sur les différentes procédures. Malgré les efforts réalisés dans le cadre de ces deux mesures, il est manifestement impossible de ramener ces points de vue aux dénominateurs communs représentés par les indicateurs.

Les deux mesures quantitatives ont montré, d'une part que les informations nécessaires au suivi d'indicateurs ne sont pas disponibles, d'autre part à quel point le remplissage de fiches, même rudimentaires, par Interface et ses partenaires posait problème. Or, tout monitoring nécessite à la fois engagement, rigueur, constance, et conformité aux directives dans toutes les démarches relatives au recueil d'information. Le mandat d'évaluation prévoyait de ce point de vue des engagements qu'Interface et ses partenaires n'ont pas pu tenir, pour de multiples raisons. Les institutions ne disposent pas d'une information qui puisse être extraite d'un système informatique, à plus forte raison pas d'un système informatique harmonisé, ce qui a invalidé la démarche initialement prévue de transfert de données à l'IUMSP par l'intermédiaire du groupe statistiques; lorsque des documents informatisés ont été implantés dans tous les établissements,

les personnes en charge du relevé ont en général préféré utiliser des formulaires papier; sur ces formulaires, les consignes de remplissage n'ont pas toujours été respectées, les données sont souvent incomplètes (ce qui compromet gravement la capacité à interpréter ultérieurement les résultats) et de multiples rappels ont été nécessaires, lors de la deuxième mesure, pour obtenir finalement une information qui aurait dû être recueillie en temps réel, et non pas rétrospectivement.

Dans ce contexte, il faut soit renoncer à toute mesure quantitative, soit réduire la liste des indicateurs et poser très concrètement, par contrat formel, les bases du recueil d'information et du traitement des données. Dans cet esprit, une liste réduite de 29 indicateurs est proposée ci-dessous (TABLEAU 1), ainsi que les modalités souhaitables de recueil d'information (TABLEAU 2).

Tableau 1: Liste réduite de 29 indicateurs

	Indicateur	Type de réponse	Type d'indicateur	Fonction testée
1	Liste des institutions partenaires ayant signé le contrat de collaboration avec Interface et versé leur contribution financière	liste, avec spécification des missions	Structure	*
2	Place de travail individuelle stable à disposition du responsable Interface	oui / non	Structure	*
3	Adresse et boîte aux lettres spécifique à disposition d'Interface	oui / non	Structure	*
4	Bip ou Natel à disposition du responsable Interface répondant 5jrs/7	oui / non	Structure	*
5	Ligne téléphonique directe et fax à disposition du responsable Interface	oui / non	Structure	*
6	Listing complet des clients des CMS mis à disposition du responsable d'Interface	oui / non	Structure	*
7	Assistance pour la gestion administrative (secrétariat) à disposition du responsable Interface	oui / non	Structure	*
8	Dispositif de messagerie en fonction 7 jrs/7	oui / non	Structure	*
9	Disponibilité sur le terrain du responsable Interface 5jrs/7, à un taux d'activité de ...% (à spécifier)	oui / non, et % taux d'activité du / des responsables	Structure	*
10	Remplacement prévu du responsable Interface lors des vacances et en cas de maladie	oui / non	Structure	*
11	Nombre (et liste) des services de l'HZY dans lesquels le responsable Interface intervient en principe	nb absolu, et liste des services	Structure	L
12	Nombre d'annonces de lits vacants reçues par Interface, <i>globalement et par annonceur</i>	nb absolu	Activités	C
13	Proportion des admissions C long séjour dans les établissements partenaires effectivement enregistrées par Interface, globalement, par demandeur et par établissement receveur	%	Activités	C

	Indicateur	Type de réponse	Type d'indicateur	Fonction testée
14	Proportion des admissions C long séjour dans les établissements partenaires pour lesquelles le document cantonal de transmission d'information a été remis à Interface , <i>globalement, par demandeur et par établissement receveur</i>	%	Activités	C (L)
15	Proportion des admissions C long séjour dans les établissements partenaires ayant nécessité des démarches actives de la part d'Interface , <i>globalement, par demandeur et par établissement receveur</i>	%	Activités	C (L)
16	Proportion des admissions C long séjour dans les établissements partenaires co-évaluées par Interface , <i>globalement, par demandeur et par établissement receveur</i>	%	Activités	C (L)
17	Proportion des admissions C court séjour dans les établissements partenaires effectivement enregistrées par Interface , <i>globalement et par établissement receveur</i>	%	Activités	C
18	Proportion des admissions C court séjour dans les établissements partenaires pour lesquelles le document cantonal de transmission d'information a été transmis à Interface , <i>globalement, par demandeur et par établissement receveur</i>	%	Activités	C (L)
19	Proportion des admissions C court séjour dans les établissements partenaires ayant nécessité des démarches actives de la part d'Interface , <i>globalement, par demandeur et par établissement receveur</i>	%	Activités	C (L)
20	Proportion des admissions C court séjour dans les établissements partenaires co-évaluées par interface , <i>globalement, par demandeur et par établissement receveur</i>	%	Activités	C (L)
21	Participation du responsable d'Interface aux colloques, visites médicales, et remises de service selon un rythme hebdomadaire (ou quotidien), élaboré d'entente avec le personnel soignant et les médecins responsables des services dans lesquels Interface intervient	oui / non	Activités	L
22	Proportion des transferts de l'HZY vers un lit B effectivement enregistrés par Interface , <i>globalement et par service hospitalier</i>	%	Activités	L
23	Proportion des transferts de l'HZY vers un lit B co-évalués par Interface , <i>globalement et par service hospitalier</i>	%	Activités	L
24	Nombre de prises en charge à la sortie de l'HZY autres que transfert vers un lit B ayant nécessité des démarches actives de la part d'Interface , <i>globalement et par service hospitalier</i>	nb absolu	Activités	L

	Indicateur	Type de réponse	Type d'indicateur	Fonction testée
25	Nombre de prises en charge à la sortie de l'HZY autres que transfert vers un lit B réalisées après co-évaluation par Interface , <i>globalement et par service hospitalier</i>	nb absolu	Activités	L
26	Nombre de prises en charge à la sortie du CTR de Chamblon autres que transfert vers un lit C ayant nécessité des démarches actives de la part d'Interface	nb absolu	Activités	L
27	Nombre de prises en charge à la sortie du CTR de Chamblon autres que transfert vers un lit C réalisées après co-évaluation par Interface	nb absolu	Activités	L
28	Nombre de situations soldées par une prise en charge autre qu'une admission C ou un transfert en lit B ayant nécessité des démarches actives de la part d'Interface , <i>par demandeur (y compris CMS, méd. ttt)</i>	nb absolu	Activités	L
29	Nombre de situations soldées par une prise en charge autre qu'une admission C ou un transfert en lit B co-évaluées par Interface , <i>par demandeur (y compris CMS, méd. ttt)</i>	nb absolu	Activités	L

C: coordination, L: liaison, *: indicateur de structure associé aux deux fonctions, qui peut être abandonné une fois la phase d'installation du programme passée

Tableau 2: Modalités du recueil d'information correspondant aux 29 indicateurs

Type de relevé	Responsabilité	Support	Indicateurs
Questionnaire périodique (tous les 6 mois)	Interface	Questionnaire papier	1 à 11, 21
Comptage systématique des annonces de lits vacants, ventilées par annonceur et par mois	Interface	Tableau papier	12
Relevé systématique: - des annonces pour information (sans demande d'intervention), et - des demandes reçues, spécifiant le type d'intervention réalisée par Interface	Interface	Formulaire demandes à Interface (retouché), secondairement informatisé	13 à 20, 22 à 29
Comptage systématique des admissions C, par mois, type de séjour et origine (institution) de la demande	Etablissements avec lits C	Tableau papier, secondairement informatisé	13 à 20
Relevé systématique des transferts de l'HZY vers un lit B, par mois et par service	HZY	Tableau papier, secondairement informatisé	22, 23

Il faut toutefois souligner qu'une nouvelle mesure n'aura aucun sens si un effort majeur ne conduit pas toutes les institutions, sans exception, à respecter ce travail de relevé. Reconnaissant le manque de culture informatique des professionnels engagés dans une action médico-sociale, il paraît indispensable de dissocier le temps de la récolte d'information, qui devra passer par le papier, et celui de la saisie et du traitement informatique des données.

A supposer que tous les acteurs remplissent scrupuleusement les documents indispensables au monitoring, et que ces documents parviennent spontanément aux délais fixés à Interface, il restera à définir qui dorénavant assumera la tâche

1. de saisir les différents documents sur un support informatique, puis de traduire les données en termes d'indicateurs
2. de se livrer à une lecture critique des indicateurs et d'en faire rapport.

Pour le premier point, il est indispensable que le réseau de soins coordonnés identifie une personne responsable de ces tâches, plus proches de l'administration que des soins. L'OMSV, qui a déjà réalisé les travaux d'informatisation du formulaire des demandes adressées à Interface, pourrait alors assumer les adaptations nécessaires aux modifications proposées par l'IUMSP et préparer les routines d'extraction permettant de disposer d'une mesure des indicateurs directement lisible. Le second point se réfère davantage à des compétences qui pourraient se trouver dans le cadre du comité de pilotage d'Interface.

Si l'ensemble de ces conditions ne peuvent pas être réunies, nous recommandons de limiter le monitoring du programme à des enquêtes essentiellement qualitatives.

5 BILAN DES ENQUETES QUALITATIVES

5.1 PREMIERE ENQUETE QUALITATIVE, ETE-AUTOMNE 97

5.1.1 Chronologie et présentation

Dans le mandat d'évaluation est également prévue la réalisation d'une enquête qualitative. Cette enquête s'adressera aux professionnels des structures hospitalières et médico-sociales de la zone, ainsi qu'aux bénéficiaires du programme ou à leur entourage. Elle permettra de recueillir des informations sur l'impact et l'efficacité du programme.

Il est originellement prévu de définir les modalités de la première enquête durant les mois de mai et juin 97, et d'interroger les répondants sur la période de juin à septembre; une deuxième enquête semblable est planifiée pour l'été 98. C'est le 3 juin 97 que sont discutées pour la première fois les modalités de l'enquête avec le groupe terrain. Le temps manque cependant pour créer une base de questions pour les entretiens, et les seuls renseignements transmis par le groupe aux évaluateurs sont les noms d'une série de professionnels pressentis comme répondants (mais rien n'a été concrètement entrepris encore). Le 25 juin, l'IUMSP reçoit de Mme Gaille la liste des professionnels pressentis, ainsi que les coordonnées des 5 derniers bénéficiaires placés par Interface, dont deux seront interrogés en guise de pré-test. Le 10 juillet, l'IUMSP transmet à Mme Gaille une lettre explicative et un coupon d'inscription à faire parvenir aux 15 derniers bénéficiaires de la fonction de coordination et aux 15 derniers bénéficiaires de la fonction de liaison, parmi lesquels les personnes intéressées à répondre seront directement contactées par l'IUMSP.

Les entretiens avec les professionnels auront lieu du 15 juillet au 26 septembre 97; les entretiens avec les bénéficiaires (ou des membres de leur entourage) du 12 août au 9 octobre. Le rapport sur cette première enquête qualitative est transmis au président du RSC le 24 décembre 97.

5.1.2 Résultats

La liste détaillée des questions posées au cours de ces entretiens figure en annexe de ce rapport (Annexe B). La durée des entretiens a varié de 30 à 75 minutes.

Au total, 11 bénéficiaires et/ou leur entourage proche (désignés par la suite sous le terme générique de "bénéficiaires") et 31 professionnels ont accepté de rencontrer les évaluateurs. Les professionnels avaient été choisis de manière à représenter différentes professions, selon la répartition suivante: 13 infirmières, 6 médecins, 4 assistant(e)s sociaux (sociales), 2 ergothérapeutes et 6 divers (secrétaire, directeur d'EMS, etc.).

Compte tenu du petit nombre de participants, les résultats obtenus par le biais de cette première enquête ne constituent pas une source de renseignements exhaustive, ni même représentative. De plus, si les professionnels connaissent le programme (une bonne partie d'entre eux par expérience directe), il est possible qu'une partie des bénéficiaires aient plus de peine à identifier les intervenants du réseau médico-social en général, et en particulier n'aient pas exactement saisi

le sens des questions posées, ou même aient livré, face à l'étranger représenté par l'évaluateur, une description imparfaite de la réalité. Les résultats seront donc présentés de manière essentiellement qualitative, ce qui n'empêche pas que quelques tendances assez nettes se dessinent.

Les citations littérales figurent en italique dans le texte.

Qu'est-ce qu'Interface?

Les professionnels définissent Interface comme un service de coordination, un lieu d'information et de centralisation des demandes de placement. Pour eux, le programme assure à la fois l'évaluation, la préparation au placement, la prise en charge et le suivi des situations; il constitue aussi une médiatisation des activités médico-sociales.

Les bénéficiaires ont tendance à donner des qualificatifs au programme plutôt que de le définir. Deux personnes seulement parlent d'un service d'aide aux personnes âgées. En insistant, on apprend qu'Interface est un lieu d'information et de conseil, un intermédiaire, et qu'il est finalement économique et politique (sic).

Prise de contact, aboutissement, fonctions du programme utilisées³

La fréquence de contact avec Interface est de 3 à 4 fois par mois pour les professionnels. Le nombre moyen d'entrevues nécessaires à la détermination d'un mode de prise en charge avec les bénéficiaires est de 3 (à signaler deux exceptions avec 6 et 8 contacts respectivement).

Les bénéficiaires découvrent Interface à l'occasion d'un séjour hospitalier, où l'initiative du premier contact revient à la responsable elle-même (10 cas sur 11).

L'accès (principalement par téléphone) à Interface est décrit comme facile.

La prise de contact aboutit généralement dans le sens où:

- une information est transmise relativement aux lits disponibles et aux derniers placements réalisés;
- plusieurs possibilités de prise en charge sont proposées au patient;
- une partie des difficultés inhérentes à un séjour post-hospitalier sont résolues.

La fonction la plus utilisée par l'ensemble des professionnels est celle de coordination (21/30), suivie par l'évaluation (6/30).

Lorsqu'on demande aux professionnels qui sont concernés par cette tâche de décrire les procédures suivies pour les 5 derniers placements réalisés, on s'aperçoit qu'une partie d'entre eux utilise un réseau informel sans relation avec Interface. Pour les autres, c'est la fonction de coordination qui est la plus utilisée, le programme étant ensuite sollicité pour les post-hospitalisations et les évaluations.

Aspects positifs et points forts du programme mentionnés par les professionnels

La personnalité de la responsable Interface est un aspect positif récurrent: sensible, jouant un excellent rôle de médiatrice entre la ville et l'hôpital comme au sein de la triade patient-famille-corps médical, ainsi que de modératrice avec les médecins. Ses qualités de communication sont

³ L'enquête a eu lieu pendant la période estivale, qui est probablement peu représentative du nombre de contacts avec Interface compte tenu des vacances et de la baisse des demandes.

relevées: plus de trois quarts des professionnels trouvent simple et facile de travailler avec Interface.

Le programme est par ailleurs décrit comme un lieu centralisateur et propice aux échanges entre professionnels aussi bien qu'entre professionnels et patients, avec une capacité à "débloquer" certaines situations.

Dans l'ensemble, plus de deux tiers des professionnels considèrent Interface comme utile et plus de 75% d'entre eux recommanderaient son utilisation: le programme permet une meilleure gestion des lits disponibles, un accès direct à l'information et la proposition d'un éventail de prises en charge. Il permet aussi la préparation des familles, la clarification des limites et des objectifs de chacun, et la continuité dans les soins. Au total, Interface est un processus économique au triple niveau des démarches, du temps et de l'argent, grâce en particulier à son activité d'anticipation des séjours post-hospitaliers et aux efforts déployés en vue d'un placement adéquat.

Parmi ses forces, on cite à nouveau la médiatisation, dans le sens que le programme constitue au cœur de l'hôpital (et du parcours du patient) un rappel bienvenu de la vie extra-hospitalière.

C'est la collaboration au niveau du réseau qui est finalement saluée, les professionnels parlant du développement d'un sentiment de partenariat et même de la création d'une identité de réseau.

Aspects positifs et points forts du programme mentionnés par les bénéficiaires

Les bénéficiaires, à l'exception d'une seule personne qui n'a pas voulu préciser ses raisons, font preuve d'enthousiasme pour qualifier le programme: *c'est bien, c'est impeccable, c'est nécessaire, c'est bien organisé, c'est très positif, c'est une aide, c'est utile à beaucoup de gens*. Ils soulignent eux aussi les nombreuses qualités de la responsable: son professionnalisme, sa disponibilité, son utilité dans le sens qu'elle a le pouvoir d'intercéder en faveur des patients; son attention, son ouverture d'esprit et sa capacité à prodiguer du réconfort. La prise en charge est ressentie comme rapide et complète, les charges administratives qui pèsent sur les familles sont moindres; deux bénéficiaires sur dix seulement se plaignent d'une prise en charge trop rapide, les autres la jugent conforme à leurs souhaits et se disent soulagés qu'elle ait marqué la fin des allers et retours à l'hôpital.

Les bénéficiaires déclarent d'autre part avoir reçu systématiquement toutes les informations utiles et avoir toujours pu exprimer leur avis; ils ont le sentiment d'avoir trouvé une écoute et d'avoir été traités avec respect, dans le cadre d'un contact vivant, moins formel qu'avec les médecins ou les directeurs d'EMS.

Aspects négatifs et faiblesses du programme mentionnés par les professionnels

Deux professionnels seulement citent des aspects du programme susceptibles de compliquer leur tâche: d'une part, le fait qu'Interface constitue un intermédiaire supplémentaire (multiplication des intervenants), d'autre part, le fait qu'il soit parfois difficile de mesurer la quantité d'information dont a besoin la responsable.

Si un tiers des professionnels trouve qu'il n'y a pas d'aspects gênants dans le programme, un tiers signalent l'insuffisance de la présence physique et de la formalisation des interventions, et certains expriment des réserves quant au respect de la confidentialité dans le cadre d'un tel système. La lourdeur administrative est également mentionnée: les documents de transmission des informations à Interface sont déprimants et peu adéquats et certains professionnels ont l'impression de faire du travail à double, sont las de transmettre les mêmes données à plusieurs reprises.

La localisation d'Interface paraît à certains maladroite dans le sens où elle pourrait constituer une menace pour l'indépendance d'action de la responsable. D'autres la jugent carrément tendancieuse et mentionnent les tensions qui peuvent en résulter: Interface est dépendant de l'hôpital et peine à s'y intégrer; mal reconnu et mal utilisé, le programme fonctionne en dessous de ses possibilités.

Les professionnels évoquent enfin la lenteur d'acceptation du programme dans la zone, regrettant le manque d'information aux médecins et soupçonnant une résistance diffuse au travail en réseau (*tout le monde ne joue pas le jeu*). Ils expriment aussi la crainte que le programme ne constitue une sorte d'outil de surveillance par l'Etat des activités médico-sociales de la zone.

Aspects négatifs et faiblesses du programme mentionnés par les bénéficiaires

Le fait qu'Interface soit un intermédiaire de plus et le franc-parler de la responsable sont des aspects gênants. Parmi les faiblesses éventuelles, on cite principalement la crainte d'assister à une déresponsabilisation des institutions (y compris désengagement des médecins). Finalement, certains bénéficiaires estiment qu'un tel programme contribue à entretenir le travail qui se fait dans l'urgence, ainsi que la pression qui pèse sur le système médico-social.

Propositions d'amélioration

La seule proposition émanant des bénéficiaires concerne l'amélioration de l'accès téléphonique à Interface, jugé médiocre.

Les professionnels font une série de propositions qui sont les suivantes:

- réviser les documents administratifs;
- réinjecter continuellement l'information, être plus transparent;
- signaler les missions qui sont remplies de manière inadéquate;
- mobiliser davantage les médecins;
- créer un regroupement des assistants sociaux qui officieraient pour le réseau en dehors de leur cadre institutionnel.

5.1.3 Discussion

Le résultat principal de cette première enquête est très positif: tant les bénéficiaires que les professionnels disent l'utilité d'Interface et louent les qualités humaines et professionnelles de la responsable (à cette époque, Mme Gaille). Pour les professionnels en particulier, le programme répond à une nécessité indéniable, celle de centraliser et transmettre l'information: on souligne dans ce cadre les qualités de communication de la responsable, et on souhaite encore davantage de transparence au niveau du réseau dans son ensemble.

Si un tiers des professionnels dit qu'Interface apporte peu de nouveauté dans le sens où ils ont toujours travaillé de cette manière, nous considérons qu'il s'agit là d'un argument supplémentaire en faveur d'une structure destinée à étendre et approfondir la notion de travail en réseau. Ce "sentiment de partenariat" est d'ailleurs relevé par certains professionnels, ce qui tendrait à prouver qu'une telle manière de travailler peut être non seulement utile, mais aussi gratifiante.

En ce qui concerne les bénéficiaires, on remarque qu'ils ont de la peine à appréhender ce que représente exactement le programme; ils identifient facilement les acteurs du réseau médico-social, moins facilement les structures. Ce phénomène peut être interprété comme un signe supplémentaire de la complexité du réseau pour les non-initiés, qui sont précisément ceux que ce

réseau entend servir. Interface est donc ressenti comme profondément utile parce qu'il facilite le parcours hospitalier et post-hospitalier, mais surtout parce qu'il constitue un lieu d'écoute vraie, où les souhaits qu'on exprime ont une chance de se traduire dans les faits (une telle communication ayant apparemment peu de chances de s'établir avec les acteurs du sommet de la hiérarchie que sont les médecins et les directeurs d'EMS cités par les bénéficiaires).

On constate en tout cas que les patients recherchent avant tout attention et réconfort, et qu'une prise en charge efficace et véritablement économique, c'est-à-dire qui évite à tout le monde de perdre son temps et son énergie, doit être aussi faite de ces qualités. Or cette attention et ce réconfort doivent nécessairement provenir d'un repère ponctuel, d'une personne de référence qui joue le rôle d'orientateur et de coordinateur: à ce titre, l'existence d'Interface constitue visiblement un progrès considérable.

Cependant, les professionnels désignent aussi, et cela recoupe tout à fait les résultats de la première mesure quantitative, le manque d'assise du programme et sa fragilité structurelle au sein du réseau. La difficulté d'Interface à s'imposer dans l'hôpital, tout en suscitant à l'extérieur des craintes vis-à-vis d'une structure dont l'individualité par rapport à l'hôpital n'est pas perçue, est préoccupante.

Plusieurs interventions paraissent néanmoins possibles pour améliorer et renforcer l'implantation du programme:

- en premier lieu, alléger et rationaliser les aspects administratifs afin qu'Interface ne soit pas ressenti comme une surcharge de travail ou un intervenant supplémentaire inutile, voire nuisible, paraît être un objectif prioritaire. Pour s'imposer, un tel programme doit faciliter la tâche de ceux dont il sollicite la collaboration, et un effort soutenu d'information préliminaire, diffusée partout et avec soin, devrait permettre, sinon de généraliser l'usage d'un unique document de transmission, du moins d'alléger la paperasserie et de rendre des consignes claires accessibles à tous;
- en second lieu, et conformément à nouveau aux résultats de la première enquête quantitative, les professionnels pressentent des résistances et des tensions à l'intérieur du réseau. Ils remettent en question la localisation d'Interface, jugée menaçante pour son indépendance, d'autant plus que le programme est insuffisamment intégré par l'hôpital (ce que corrobore précisément la première mesure). Une autre menace très présente, à notre sens, est celle qu'Interface soit assimilé à un service réservé aux patients de l'hôpital (seul axe sur lequel les bénéficiaires interrogés jusqu'ici l'aient découvert); or, pour éviter que ne se sclérose un programme qui a toute une série de cordes à son arc, il faut au contraire que ses multiples fonctions se fassent de mieux en mieux connaître aussi bien des professionnels que des (futurs) patients et bénéficiaires.

En conclusion, cette première enquête qualitative a montré que manque en partie un élément sans lequel le programme ne pourra jamais fonctionner de manière optimale, à savoir un engagement solidaire au travail en réseau. A l'heure actuelle, on constate que tous les professionnels ne collaborent pas obligatoirement avec Interface, même si tous les partenaires ont signé le contrat de coopération. Ce manque est lié d'une part à la sphère informative, d'autre part à la sphère de l'activité professionnelle elle-même, où les pratiques informelles consacrées par l'habitude ne semblent pas pouvoir ou vouloir être changées. Il faudrait prendre le temps de se pencher sur les raisons qui motivent ces comportements: pure et simple inertie, présence d'obstacles particuliers, ou expression d'un refus de participer sous-tendu, soit par la crainte de perdre des privilèges, soit par la conviction que tout nouvel intervenant ne peut qu'alourdir un travail déjà complexe?

La majorité des personnes ayant eu affaire à ou ayant collaboré avec Interface disant son utilité et son efficacité, il s'agit désormais d'utiliser les différents problèmes soulevés ci-dessus comme des leviers destinés à adapter et perfectionner le système. Mais cette tâche devrait rester l'apanage d'une seule personne, exclusivement employée à la gestion du développement d'Interface. La multiplication des intervenants, ou l'attribution de cette fonction à une personne ayant en même temps d'autres activités sur le terrain, nous paraît comporter un risque élevé d'entraîner l'effet inverse de celui escompté.

5.2 DEUXIEME ENQUETE QUALITATIVE, ETE 98

5.2.1 Chronologie et présentation

La réalisation de la deuxième enquête qualitative auprès des bénéficiaires et des professionnels est prévue pour l'été 98. Le 5 juin 98, l'IUMSP écrit aux responsables d'Interface pour leur transmettre la liste des professionnels pressentis pour participer à cette enquête, en leur demandant de signaler d'éventuels changements et de retourner la liste pour le 15 juin. L'IUMSP demande également qu'Interface transmette aux bénéficiaires récents du programme, et/ou leur entourage, le matériel pour la participation à cette même enquête.

La deuxième enquête auprès des professionnels aura lieu du 24 juillet au 1^{er} septembre 98; 25 professionnels seront interrogés sur la base d'une liste de questions, raccourcie par rapport à l'année précédente, avec ajout d'une question concernant la prochaine fusion des établissements d'Yverdon et de Chamblon (voir Annexe C).

La deuxième enquête auprès des bénéficiaires tournera court, faute de participants. Fin juillet 98, 50 personnes avaient été contactées par courrier par Interface. Mais, pour les bénéficiaires actuellement hébergés, les responsables avaient écrit aux directeurs d'EMS et non directement aux bénéficiaires. Par conséquent, la plupart des directeurs d'EMS n'ont pas donné suite à une demande qui prêtait à confusion (ils trouvaient que la demande était mal présentée, ou n'avaient pas compris qu'il s'agissait d'un volet différent de l'évaluation en cours); une partie d'entre eux a répondu en disant que le bénéficiaire et parfois même son entourage étaient incapables de participer à une telle enquête. Enfin, parmi les bénéficiaires ayant directement pris contact avec l'IUMSP, certains n'ont plus pu être atteints par la suite, d'autres avaient mal compris ou même refusaient qu'on s'adresse à leur entourage, ce qui fait que très peu de résultats sont disponibles pour cette partie de l'enquête.

5.2.2 Résultats

La durée des entretiens avec les professionnels a varié de 30 à 75 minutes. La répartition des différentes professions représentées est la suivante: 16 infirmières, 3 médecins, 3 assistant(e)s sociaux (sociales), 2 responsables d'EMS et 1 ergothérapeute; soit un éventail tout à fait comparable à celui de 97.

Les citations littérales figurent en italique dans le texte.

Qu'est-ce qu'Interface?

La définition la plus courante est *un service de placement, de liaison et de coordination pour le réseau*. Cette définition de base est complétée par des descriptions plus qualitatives, comme: *un lieu de convergence, un lieu de collaboration, un endroit neutre, une ouverture entre professionnels,*

une plaque tournante, des personnes de référence, un outil; de façon plus précise encore: un équivalent du BOUM, une garantie de qualité respectant le choix des patients et les possibilités d'accueil en EMS. Finalement, 4 citations font état d'une fonction peut-être moins connue d'Interface, à savoir: un centre répertoriant le trajet du patient, une aide au suivi du patient.

Mentionnons encore deux réponses plus ambiguës: *Interface reste un projet, et Interface est un service mis à disposition des patients pour les attentes de placement au CTR.*

Prise de contact, aboutissement, fonctions du programme utilisées

La majorité des répondants (22 sur 25) ont eu connaissance du programme par la responsable elle-même, et ont eu au minimum un contact avec elle. L'information provient ensuite des CMS (11) ou de l'HZY (5). Elle n'est jamais fournie, ni par les médecins traitants, ni par l'entourage du patient.

La fréquence des contacts (nombre de contacts par mois) varie de 0 à 12 pour le mois écoulé au moment de l'entretien. Seuls les professionnels hospitaliers ont un contact quasi quotidien avec les infirmières d'Interface étant donné qu'elles passent régulièrement dans les services. Sauf une exception, il n'y a aucune formalisation de la fréquence des contacts, qui dépend uniquement du type de la situation pour laquelle une intervention est souhaitée. L'accès à Interface est décrit comme facile et aucun problème de communication n'est évoqué.

La prise de contact aboutit généralement dans le sens où:

- une information est transmise relativement aux lits disponibles dans les différents établissements et aux derniers placements réalisés;
- plusieurs possibilités de prise en charge sont proposées au patient;
- une partie des difficultés inhérentes à un séjour post-hospitalier sont résolues.

La fonction la mieux reconnue par les professionnels est celle de coordination (12/25), suivie par l'évaluation (10/25), puis par la post-hospitalisation (9/25), et par la liaison (6/25). Sont mentionnées de plus deux utilisations particulières du programme, soit:

- sollicitation pour un transfert;
- intervention de la responsable pour un appui en milieu hospitalier.

Parmi les répondants auxquels on demandait de décrire les procédures engagées pour les cinq derniers placements, 8 personnes ne s'occupent jamais de placements, 4 sollicitent très peu le programme, et 2 utilisent un réseau informel sans relation avec Interface. Sur les 9 autres professionnels ayant décrit leur utilisation du programme pour des placements, la majorité a recours à Interface pour des évaluations (8 cas), pour la coordination (7), pour les post-hospitalisations (6), et enfin pour la liaison (6).

Aspects positifs et points forts du programme

A noter que 7 personnes n'utilisent jamais le programme dans le cadre de leurs fonctions, et ne se sont donc pas prononcées sur la qualité de la collaboration.

Par les répondants concernés, la prise en charge des patients est jugée *bonne, complète, adaptée*. On reconnaît le savoir et les compétences des responsables d'Interface, et on évoque leur capacité à anticiper correctement les retours à domicile, ainsi qu'à effectuer une *étude complète de la situation* des patients avant de déterminer quel soutien proposer.

Plus de la moitié des répondants (16/25) estiment qu'il est facile d'utiliser le programme, sur plusieurs plans:

- les documents à disposition sont jugés adéquats;
- les interventions des différents professionnels sont complémentaires: *plus besoin de courir après les clients*, il y a une *répartition des tâches*, c'est un *décloisonnement entre professionnels*;
- les démarches sont facilitées: *communications directes, réglées au téléphone; concertation continue entre les intervenants; connaissance immédiate des disponibilités en matière d'hébergement; démarches plus simples vis-à-vis des EMS.*

L'introduction du programme dans la zone représente une amélioration citée à 15 reprises au sujet des rapports avec les EMS. La meilleure connaissance des disponibilités dans la zone, la centralisation des offres d'hébergement, et enfin l'organisation des placements et la préparation à ces derniers par un tiers intervenant représentent un gain de temps et un soulagement pour les professionnels. Pour les personnes travaillant en EMS, Interface a permis de réduire, voire de supprimer, les listes d'attente de placement.

En ce qui concerne l'hôpital, les professionnels estiment à 10 reprises qu'Interface a permis une *ouverture vers l'hôpital* des professionnels travaillant en milieu extra hospitalier, une *dynamisation des équipes hospitalières*, une diminution des réhospitalisations, et enfin une diminution des échecs relatifs au type de prise en charge proposé.

Finalement, à 13 reprises, les professionnels louent les progrès réalisés dans le domaine de la communication avec le patient: ils évoquent la disponibilité et l'écoute des infirmières d'Interface et leur qualité d'accompagnement du patient, qu'il s'agisse de prise en charge, de discussion des possibilités d'intervention, du dialogue entre le patient, les infirmières et l'entourage ou, enfin, du suivi du patient tout au long de son parcours.

Parmi les forces du programme, les professionnels citent des aspects liés au concept même du réseau de soin (*contacts entre institutions, conscience de la nécessité d'une organisation sur le modèle des NOPS, volonté de travail en commun, Interface comme service centralisateur*). La notion de partenariat est aussi fréquemment évoquée (*Interface comme intermédiaire vis-à-vis de l'hôpital, Interface comme relais/pivot, comme charnière entre les partenaires, offrant la possibilité de prises en charge neutres*). Le patient en retire des bénéfices non négligeables (*Interface a un point de vue neutre sur le patient, il procède à une meilleure planification des prises en charge, à une meilleure adéquation/anticipation du placement, il est un relais, une référence pour les patients*). En dernier lieu, Interface a également contribué à une ouverture bénéfique de l'hôpital sur le monde extérieur (*gestion des urgences médico-sociales, ouverture sur la "psy", diminution des coûts, diminution du va-et-vient de patients, Interface comme nouvel appui à l'hôpital*).

Sur 25 professionnels, 20 estiment qu'Interface est utile (trois ne se prononcent pas). Cette utilité repose principalement sur le fait que le programme facilite les démarches de placement et représente ainsi un gain de temps pour les professionnels; également, sur le fait qu'il réalise une adaptation optimale de la prise en charge à la situation des patients. Parmi les remarques spécifiques, citons: *un instrument qui permet une richesse d'interventions, une certaine optimisation des compétences*; le programme est un *lien entre les différentes institutions*, il est finalement décrit comme *indispensable*.

Aspects négatifs et faiblesses du programme

De mauvaises surprises sont mentionnées par cinq répondants seulement:

- la déception représentée par le fait que la place de l'infirmière de liaison n'est pas encore reconnue dans les services de l'HZY;
- l'impression de changements incessants au sein du programme lui-même;

- l'absence d'information claire sur les démarches qu'on peut demander à Interface, en particulier en ce qui concerne l'organisation des courts séjours;
- le manque d'indépendance des infirmières d'Interface dans leur organisation du travail.

Deux répondants seulement trouvent peu facile la collaboration avec Interface, d'une part parce que *l'équipe n'est pas reconnue* par les services hospitaliers, d'autre part parce que la *bureaucratie* est trop importante, enfin parce que les infirmières *manquent d'esprit de synthèse*. La communication matérielle est parfois insatisfaisante: absence de retour d'information (*feed-back*) et difficultés à *joindre quelqu'un*, surtout durant les vacances ou à d'autres périodes creuses, sont citées à ce sujet.

Un petit nombre de répondants considèrent que la mise en place du programme a été difficile, qu'il manque actuellement de *cadre*, et que sa place en milieu hospitalier reste discutable: *quelle est la place d'Interface à l'hôpital? Interface est mal acceptée à l'hôpital; les prises en charge sont trop rapides; que devient la liberté du patient? le personnel hospitalier a peur d'Interface*. La mise en place du programme est également soupçonnée de *favoriser le fonctionnariat*. Les changements intervenus au sein de l'équipe, ainsi que le fait que cette dernière ne se soit pas encore présentée à tous les partenaires, représentent un aspect problématique, et on déplore l'absence de *mission définie*, comme (à deux reprises) l'absence de *médecin comme émissaire du projet*.

Certains répondants manifestent une insatisfaction liée au manque de confidentialité (*accès aux dossiers informatisés des CMS, circulation quasiment libre des informations concernant les patients*) et à la qualité parfois médiocre des interventions (*prises en charge trop rapides, mauvaise coordination des interventions*). Les aspects administratifs de l'utilisation du programme continuent à constituer un obstacle pour certains répondants: *contraintes vis-à-vis des annonces de lits disponibles, paperasse importante, problèmes logistiques, travail et documents inadéquats*. Enfin, nous citerons des remarques stigmatisant un mauvais fonctionnement du travail en réseau: *communication difficile, mauvaise coordination avec les médecins, diminution des contacts avec les EMS et d'autres professionnels, manque d'échange avec les médecins traitants, formalisation insuffisante de la communication*.

La plupart des répondants (18/25) ont cité des faiblesses du programme à leurs yeux. Les critiques ont trait aux aspects suivants:

- le programme est encore trop mal connu, donc mal utilisé;
- la collaboration entre partenaires est plus théorique que pratique;
- il n'y a pas assez de retour d'information;
- les prises en charge sont trop rapides, *trop musclées, mal orchestrées*;
- les changements de personnel au sein de l'équipe ont porté préjudice au programme;
- le programme souffre de *lacunes administratives et statistiques*;
- il est *trop compliqué, en dehors de la réalité*;
- il n'a *pas fait ses preuves*;
- il *manque d'éthique de travail*;
- il *se contente trop d'interventions en milieu hospitalier*;
- l'absence d'implication des médecins pourrait le desservir à moyen terme.

Signalons enfin qu'un répondant relève qu'il y a eu sous-évaluation des moyens à mettre à disposition de l'équipe Interface pour un fonctionnement adéquat.

Propositions d'amélioration

Sept professionnels s'accordent pour dire qu'une nouvelle présentation du programme (sous la forme d'une redistribution d'informations et de marches à suivre permettant de préciser la mission d'Interface), serait pour l'instant la première action nécessaire. L'amélioration de la communication et de l'accès téléphonique (chaque point cité 4 fois), l'amélioration du suivi des patients (4), une information plus précise aux médecins (3) et l'amélioration des documents (2) constituent d'autres objectifs à atteindre, au même titre que la coordination des actions entre professionnels (2) et la possibilité de disposer d'un retour d'information sur les patients (2).

Relevons que trois professionnels ont évoqué la possibilité de constituer des équipes professionnelles tournantes, dont la mission consisterait à travailler, pour quelques mois seulement, dans un établissement ou dans une structure hospitalière, puis de changer de lieu, pour une nouvelle période (et ainsi de suite, pendant quelque temps). Ce mode de fonctionnement aurait certains avantages, comme celui d'assurer une sorte de "formation continue" des professionnels, ou d'occasionner un nouvel élan dans une équipe, chaque fois que celle-ci accueille un nouvel élément.

A propos de la fusion des établissements d'Yverdon et de Chamblon

Un total de 18 répondants se sont exprimés à ce sujet. Pour 11 personnes, il ne fait pas de doute que la fusion entre l'HZY et le CTR entraînera des changements; trois seulement pensent qu'il s'agira de changements positifs: il s'agit de professionnels des CMS qui estiment que la fusion *aidera à une meilleure collaboration, la transmission des données et les prises en charge seront plus cohérentes dès le départ, c'est le début d'un travail en réseau*, même si *des efforts impératifs au niveau de la confidentialité des données* seront indispensables.

Pour les professionnels hospitaliers, c'est d'abord au niveau du suivi des patients et de la rapidité des transferts que devraient s'opérer les principaux changements, les aspects administratifs et ceux liés à la direction étant ensuite évoqués.

Au contraire, les 6 autres répondants considèrent que la fusion est d'abord un phénomène de mode et n'en attendent pas de changements notoires. Dans ce groupe, les professionnels des EMS en particulier s'inquiètent toutefois de retombées négatives: *il y aura diminution de l'intégrité des gens, surtout par rapport à leur façon de travailler, c'est préoccupant, ça veut dire aussi difficile, cela va entraîner des automatismes, les patients n'auront plus le choix, et chacun fonctionnera un peu par rapport à ses propres intérêts*. Mais, dans l'ensemble, ils ne pensent pas que la fusion aura des effets très sensibles.

Entretiens avec les bénéficiaires

Nous n'avons reçu que 9 formulaires en retour (5 de bénéficiaires, 2 de l'entourage, 2 d'EMS); parmi ce contingent, nous n'avons réussi à contacter que quatre personnes. Ces dernières estiment que leur prise en charge a été adaptée à leur situation et bien organisée; une personne relève la qualité du contact établi avec l'infirmière (Mme Gaille), une autre dit avoir *tout trouvé positif* et une autre encore précise qu'elle a été *très contente*. Comme l'année dernière, le discours reste situé à un niveau descriptif et qualificatif: *c'est bien, c'est positif, je n'ai pas été déçue*. Certains bénéficiaires ne se souvenaient plus des circonstances de leur hospitalisation, ni du nombre de contacts avec l'infirmière d'Interface, et ne savaient pas combien de temps s'était écoulé depuis lors.

5.2.3 Discussion

En ce qui concerne l'enquête auprès des bénéficiaires, nous regrettons qu'Interface, pour les personnes qui étaient alors hébergées en EMS, ait adressé le formulaire de participation aux directeurs des établissements et non aux personnes elles-mêmes. A notre avis, c'était une mauvaise méthode, qui ne pouvait que semer la confusion auprès des directeurs déjà confrontés à l'étude quantitative. A l'avenir, si les bénéficiaires placés sont implicitement considérés comme incapables de répondre à une telle enquête, mieux vaudrait exclure d'emblée leur participation.

Les résultats obtenus sont donc très maigres; ils confirment la satisfaction des quatre seuls répondants, sans précision autre que la qualité du contact avec la responsable (en l'occurrence, à nouveau Mme Gaille). Nous en concluons qu'une enquête qualitative sous cette forme devrait être abandonnée; il apparaît en effet clairement que les bénéficiaires ont beaucoup de peine à se souvenir distinctement des circonstances de leur prise en charge, ainsi qu'à comprendre la démarche même de cette enquête moins formelle qu'un questionnaire. Le formulaire de catamnèse s'étant révélé plus fructueux (voir section 5.5), nous suggérerions donc de le conserver en le complétant avec quelques questions simples reprises de l'enquête qualitative sous sa forme actuelle.

En ce qui concerne l'enquête auprès des professionnels, nous constatons que le tableau a subi une certaine évolution depuis l'enquête de 1997. Les définitions données d'Interface sont plus nombreuses et plus précises, leur caractère est connoté positivement. Comme l'année passée, l'initiative du premier contact revient en majorité aux responsables du programme elles-mêmes, et jamais aux médecins traitants. Signalons au passage que la période d'enquête (été) était à nouveau peu représentative des contacts avec Interface, en raison des vacances et du faible nombre de demandes de prise en charge médico-sociale. Ces contacts échappent à toute formalisation et sont purement fonction du besoin immédiat. La prise de contact aboutit dans le sens où le programme satisfait aux demandes qui lui sont adressées; ces demandes mobilisent la fonction de coordination un peu plus que les autres. Un peu plus de la moitié des professionnels concernés ont recours à Interface pour l'organisation de leurs placements, et font alors appel dans les mêmes proportions aux fonctions de coordination et de liaison.

Les jugements portés sur la qualité et le sens du programme sont extrêmement contrastés. Si une partie des répondants fait l'éloge d'une structure qui fonctionne efficacement, leur fait gagner du temps, a le mérite de répartir les tâches et de faire circuler l'information entre les professionnels, comme celui d'ouvrir l'hôpital au monde extérieur et d'offrir au patient un accompagnement de qualité, une autre partie a de nombreuses critiques à formuler. Ces critiques concernent en particulier l'absence d'information précise sur les missions dont Interface peut et/ou doit se charger, avec pour conséquence évidente qu'un programme mal connu sera mal utilisé. Ce point crucial figure en tête des objectifs d'amélioration du programme. Les autres aspects négatifs soulevés ont trait aux changements de personnel, événement en effet regrettable au sein d'une structure qui venait de se créer et dont l'attrait, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les professionnels, reposait en grande partie sur la personnalité de la responsable (il est très encourageant en ce sens que l'utilité et la qualité du programme continuent à être célébrées!); mais aussi sur les risques d'infraction à la confidentialité, la localisation toujours controversée à l'HZY (où les professionnels semblent confirmer que le programme ne s'est toujours pas trouvé d'assise solide), et la complication liée aux aspects administratifs (notons toutefois que cet aspect est devenu secondaire par rapport à l'enquête précédente). Enfin, certains répondants estiment que le retour d'information sur les patients et l'accès matériel à Interface demeurent insatisfaisants, comme la formalisation de la communication et de la collaboration entre partenaires; on déplore en particulier que les médecins (aussi bien traitants qu'hospitaliers, d'après ce que nous comprenons) ne soient pas davantage impliqués dans le programme.

En conclusion, cette deuxième enquête semble montrer que le programme est en net progrès dans le sens où la plupart des professionnels interrogés appellent de leurs vœux une collaboration plus large et mieux définie, certains se déclarant déjà très satisfaits des prestations offertes. L'engagement au travail en réseau paraît donc plus présent, et la balle est à présent dans le camp d'Interface, sollicité avant tout à se faire mieux connaître, ensuite à régler quelques problèmes persistants: contrôle plus strict des aspects liés à la confidentialité, clarification des liens avec l'hôpital et du mode de fonctionnement intra-hospitalier, et bien sûr implication formelle des médecins. Ces conclusions rejoignent tout à fait celles auxquelles nous sommes parvenus par le biais des enquêtes quantitatives (section 4) ou des enquêtes auprès des médecins traitants (voir ci-dessous, sections 5.3 et 5.4); cette dernière enquête comporte le mérite supplémentaire de rappeler qu'Interface est actif et que ses activités, dans l'ensemble, sont aussi appréciables qu'appréciées.

5.3 PREMIERE ENQUETE AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS, AUTOMNE 97

5.3.1 Chronologie et présentation

Certains des indicateurs préparés pour la première enquête quantitative concernaient l'activité des médecins traitants. Le 2 octobre 97, il est décidé que l'IUMSP élaborera un questionnaire spécifique pour les médecins traitants, que le Dr P.-O. Müller, en sa qualité de représentant de l'association des médecins de la zone, se chargera de soumettre à ses confrères. Le 22 octobre, les évaluateurs envoient un exemplaire du questionnaire au Dr Müller, qui donne son approbation, mais suggère de reformuler la première question, ce qui sera fait pour la version finale. Le 29 octobre, l'IUMSP transmet au Dr Müller le questionnaire définitif et la lettre d'accompagnement. Les questionnaires sont envoyés le 30 octobre à 53 médecins traitants, en les avertissant qu'une deuxième enquête semblable est prévue pour le printemps 98. Le 26 février 98, l'IUMSP fait parvenir au Dr Müller le rapport sur cette première enquête.

La liste des questions posées aux médecins traitants au cours de cette première enquête figure en annexe de ce rapport (Annexe D).

Sur les 53 médecins sollicités, on compte 45 médecins généralistes, internistes ou d'une sous-spécialisation de la médecine interne, et 8 médecins dont la spécialisation est autre (dermatologie, rhumatologie, ophtalmologie, etc.). Au total, 33 médecins ont retourné un questionnaire valide à l'IUMSP, ce qui représente un taux de réponse de 62%.

5.3.2 Résultats

Deux tiers seulement des médecins interrogés connaissent le programme Interface, et disposent du document cantonal de transmission d'information et du dépliant Interface. Plus de trois-quarts des répondants ne disposent pas du formulaire "Demandes reçues par Interface", ne signalent pas à la responsable d'Interface les projets d'hospitalisation de leurs patients âgés de 75 ans et plus, et ne font pas (et n'ont jamais fait appel) à Interface pour l'évaluation médico-sociale de certains de leurs patients, ni pour discuter des possibilités de prise en charge à court, moyen ou long terme de leurs patients âgés de 75 ans et plus. Enfin, la quasi totalité des médecins interrogés ne sollicitent pas Interface pour l'organisation des séjours post-hospitaliers.

Sur 32 médecins, 28 ont décrit leurs procédures de placement post-hospitalier lorsqu'ils contactent les EMS pour leurs patients. Presque la moitié d'entre eux (13) indiquent des contacts

directs, dont deux tiers impliquent en principe Interface. Le tiers restant des contacts se font avec l'assistante sociale du CMS et Chamblon. Relevons encore que sur l'ensemble des résultats précités, Interface n'est désigné explicitement que par une seule personne. Un petit nombre de médecins (7) ne sont pas concernés: ils n'organisent jamais de placement; les huit derniers cas sont à part, par exemple "du ressort du patient" ou "procédure interne à Chamblon". Enfin, 14 médecins sur 32 ont décrit les procédures suivies pour d'autres formes de prise en charge post-hospitalière. Dans 5 cas sur 14, le médecin a pris directement contact avec l'EMS (4) ou Chamblon (1). Six prises en charge se sont faites en collaboration avec le CMS (5), ou avec l'EMS et le CMS (1). Pour les trois cas restants, l'un des répondants s'est déclaré non concerné, un autre désigne le réseau familial et le dernier l'hôpital comme responsables de la prise en charge.

5.3.3 Discussion

Le résultat de cette enquête est clair: deux tiers seulement des médecins interrogés déclarent connaître Interface, et on peut affirmer de 3 praticiens seulement sur 32 qu'ils font appel au programme. Ce score peut être considéré comme tout à fait médiocre si l'on se rappelle que le programme était mis en place depuis une année à l'époque de cette première enquête.

L'absence de connaissance du programme peut s'expliquer en partie par le fait que certains médecins, en raison de leur spécialisation, n'ont jamais recours aux structures médico-sociales pour leurs patients. Et s'ils n'annoncent pas les hospitalisations de leurs patients âgés de 75 ans et plus, on peut aussi supposer que la population concernée ne correspond pas obligatoirement à la clientèle-type du médecin traitant; d'autre part, en raison du caractère imprévisible de certaines affections du 3^e âge, il est tout simplement impossible au médecin d'annoncer des hospitalisations qu'il ignore lui-même, comme il lui est impossible de planifier à l'avance le suivi des soins, en particulier d'anticiper la prise en charge post-hospitalière.

On constate par ailleurs qu'il arrive à un certain nombre de médecins d'établir des contacts avec les structures médico-sociales ad hoc, ce qui laisse envisager la possibilité de rapports identiques avec Interface, moyennant qu'ils connaissent le programme et puissent adopter ses procédures. Si chaque médecin de la zone a dû recevoir, au printemps 97, le dépliant de présentation Interface, une information si ponctuelle est manifestement insuffisante. De plus, et ce sentiment a été exprimé notamment par le représentant des médecins traitants de la zone, Interface n'a pas encore, à cet instant, exprimé clairement ses attentes par rapport au corps médical. Il paraît donc nécessaire de définir précisément la nature et les termes de la collaboration souhaitée, les médecins ne pouvant s'investir dans un programme dont ils ignorent les objectifs et surtout le rôle qu'ils pourraient y jouer. Pratiquement, on pourrait suggérer que la responsable s'entretienne avec le président du groupement des médecins du nord vaudois pour délimiter les besoins d'information pour le milieu médical de la zone en général. Au moins pendant la phase d'implantation du programme, cette campagne informative devrait se traduire par des envois plus réguliers de renseignements, mais aussi par la réalisation de certaines démarches concrètes (téléphones, visites, rencontres); de notre propre expérience, la meilleure façon de faire passer un message demeure la présence et le contact oral.

On peut espérer naturellement qu'une partie des CMS et EMS sollicités par les médecins collaborent déjà avec Interface et par conséquent explorent les différentes possibilités de prise en charge avant de proposer une solution; quant aux EMS et au CTR de Chamblon, ils ont certainement leur rôle à jouer dans l'établissement de cette collaboration, par exemple en refusant d'entrer directement en matière lorsqu'ils sont sollicités par les médecins, ou en invitant ces derniers à s'adresser plus systématiquement à la responsable Interface.

Pour finir, si une partie de l'absence de collaboration manifestée par les médecins repose sur des réticences, voire des oppositions, il serait bon qu'ils puissent s'en ouvrir et qu'une discussion de

fond ait lieu sur les coûts et les bénéfices attendus d'un tel programme. Seuls ces éclaircissements, joints à une information rigoureuse et approfondie sur les objectifs à court, moyen et long terme d'Interface et sur la collaboration attendue, permettront de gagner à la cause du travail en réseau ces importants partenaires que sont les médecins traitants.

5.4 DEUXIEME ENQUETE AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS, PRINTEMPS 98

5.4.1 Chronologie et présentation

L'enquête menée auprès des médecins traitants en automne 97 est répétée six mois plus tard. Les questionnaires sont envoyés le 14 mai 98, un rappel est effectué le 10 juin 98, et le rapport est transmis à M. Lévy le 16 juillet 98.

La liste des questions posées au cours de cette deuxième enquête est la même que précédemment, sinon qu'il est demandé au répondant de préciser s'il exerce en tant que généraliste, interniste, ou autre (en précisant le cas échéant sa spécialité).

Des 50 médecins sollicités, 27 ont retourné un questionnaire valide, ce qui représente un taux de réponse de 54%, soit un pourcentage légèrement inférieur à celui de la première mesure. Cet échantillon se compose de 16 médecins généralistes, 7 internistes ou d'une sous-spécialisation de la médecine interne, et 4 autres spécialistes (allergologie, cardiologie, rhumatologie et neurologie).

5.4.2 Résultats

La majorité (90%) des médecins interrogés disent connaître le programme Interface. Les nombres de médecins disposant respectivement du document cantonal de transmission d'information, du document "Demandes reçues par Interface" et du dépliant Interface sont restés très constants par rapport à la première mesure.

Aucun des médecins interrogés ne signale systématiquement à Interface les projets d'hospitalisation de ses patients âgés de 75 ans et plus, et 70% d'entre eux n'ont jamais fait appel à Interface pour une évaluation médico-sociale, ni pour discuter des possibilités de prise en charge de cette catégorie de leurs patients. En revanche, on enregistre une amélioration au niveau de l'organisation des séjours post-hospitaliers, pour laquelle 6 médecins sur 27 ont déjà eu recours à Interface, contre 2 sur 33 lors de la première mesure.

Un grand nombre des répondants (24 sur 27) ont décrit leurs procédures de placement post-hospitalier. Seuls 2 d'entre eux ne sont pas concernés. Quatre médecins indiquent des contacts directs (avec le CMS et l'EMS). Sur les 18 procédures restantes, 16 sont citées comme étant du ressort de l'hôpital et/ou d'Interface (Interface étant explicitement désigné à quatre reprises seulement).

Enfin, 23 médecins sur 27 ont décrit les procédures d'autres formes de prise en charge post-hospitalière. Seuls 3 d'entre eux ne sont pas concernés. La majorité des contacts (14 sur 20) ont lieu directement avec l'EMS ou le CMS. Des 6 procédures restantes, 3 impliquent des contacts indirects (par le CMS), et 3 par l'hôpital et Interface (nommé explicitement une seule fois).

5.4.3 Discussion

Par rapport à la première enquête auprès des médecins traitants, six mois plus tôt, peu de modifications semblent avoir eu lieu. Aucun regain d'intérêt ne peut être mis en évidence de la part des médecins, au contraire si l'on considère la baisse du taux de participation. La proportion de répondants ayant connaissance du programme Interface a augmenté pour atteindre 90%, et on peut mettre en évidence une amélioration au niveau de l'organisation des séjours post-hospitaliers, mais le programme est peu souvent cité explicitement. Comme dans la première enquête, on constate, ce qui est assez naturel, que le médecin traitant délègue la prise en charge du patient hospitalisé à l'équipe hospitalière, laquelle se charge ensuite de la gestion des aspects médico-sociaux.

Compte tenu de cet élément, la collaboration entre Interface et les médecins traitants n'est probablement pas celle qui nécessite le plus d'attention en cette période. Néanmoins, quatre répondants ont posé spontanément la question de l'utilité du programme; lorsqu'Interface intervient dans le suivi post-hospitalier d'un patient, il vaudrait donc la peine d'informer le médecin traitant de ce patient sur le travail réalisé. Plusieurs répondants qui travaillent comme médecin-conseil d'un CMS relèvent que des informations régulièrement transmises par les équipes soignantes permettent un suivi plus complet de leurs patients, constatation évidente mais que nous répéterons ici: pour une organisation idéale de la prise en charge, il est indispensable que les uns et les autres sachent et comprennent de quoi est fait le travail de chaque intervenant.

Finalement, compte tenu des changements traversés récemment (nouvelles employées d'Interface, changement de numéros de téléphone et de fax de certains établissements), ainsi que de ceux à venir dans le cadre du CHYC, un rappel annuel aux médecins traitants serait le bienvenu. Ce rappel pourrait aller du simple envoi du dépliant de présentation, mis à jour, à un bilan succinct des activités de l'année écoulée.

5.5 DONNEES RECOLTEES GRACE AU FORMULAIRE DE CATAMNESE

5.5.1 Chronologie et présentation

Le formulaire de catamnèse (Annexe E) est un questionnaire court (une page A4 des deux côtés) qui a été envoyé à tous les bénéficiaires ayant utilisé les services d'Interface entre novembre 97 et mai 98. L'envoi a eu lieu systématiquement trois mois après l'hospitalisation des ces patients, afin de permettre aux répondants de prendre le recul suffisant quant à leur parcours. Les questions posées avaient en effet pour but de:

- décrire le parcours effectué par le patient depuis son séjour en hôpital (retour à domicile avec ou sans aide d'un CMS, hébergement en EMS, séjours intermédiaires, etc.);
- évaluer brièvement la satisfaction du patient quant à sa situation actuelle et aux événements survenus depuis son départ de l'hôpital, trois mois auparavant.

Ce questionnaire, rédigé par les évaluateurs, est soumis au COPIL le 2 octobre 97; deux modifications de rédaction seront effectuées suite aux remarques du COPIL. Le 30 décembre 97, l'IUMSP remet à Mme Gaille une série d'exemplaires de cette version approuvée du formulaire de catamnèse et 50 enveloppes-réponse; Mme Gaille est chargée de transmettre le questionnaire aux bénéficiaires concernés, qui renvoient ensuite le document directement à l'IUMSP. Le 1^{er} juillet 98, lors d'une séance avec le COPIL, sont évoquées les difficultés que les infirmières

d'Interface rencontrent pour faire remplir ce questionnaire à leurs anciens clients (ces difficultés seront discutées plus loin). Enfin, c'est au début du mois de septembre 98 qu'Interface envoie les derniers formulaires de catamnèse aux patients qui avaient bénéficié des services du programme en mai 98. La date du 5 octobre est arrêtée comme dernier délai: les questionnaires parvenant à l'IUMSP après cette date ne seront plus pris en considération.

Le rapport intermédiaire sur les résultats obtenus grâce à cette enquête parvient au COPIL dans la première quinzaine d'octobre.

5.5.2 Résultats

Le taux de réponse à cette enquête est de 51% (49 retours sur 93 envois). Seuls 27% des questionnaires ont été remplis de manière indépendante par le bénéficiaire lui-même. Une fraction non négligeable (14%) des bénéficiaires se sont fait aider par un proche, et dans 55% des cas c'est un proche qui a répondu à la place du bénéficiaire.

L'Hôpital de zone d'Yverdon constitue le lieu d'hospitalisation le plus fréquent des bénéficiaires interrogés, suivi par Bellevue puis le CTR de Chamblon. Trois mois après leur hospitalisation, près de la moitié des bénéficiaires ont pu retourner à domicile. Ils restent cependant largement tributaires d'une assistance formelle et régulière telle que celle apportée par les CMS; l'accueil en UAT ne joue qu'un rôle mineur. Plus de la moitié des bénéficiaires ont effectué un séjour complémentaire à leur hospitalisation, parfois deux. En majorité, ils considèrent que ce(s) séjour(s) étai(en)t justifié(s) par leur état de santé, et en majorité également ils se déclarent satisfaits de leur parcours entre l'hôpital et leur lieu de vie actuel. 90% des répondants estiment que leur lieu de vie actuel est durable, et plus de 80% le décrivent comme parfaitement adapté à leurs besoins. Ce sont les patients actuellement hébergés en EMS qui se plaignent le plus de manques, qui sont principalement de nature sociale et affective.

Quelques problèmes spécifiques, évoqués par certains bénéficiaires et également liés à un hébergement en EMS, feront ici l'objet d'une mention particulière: le fait qu'un patient n'ait pas eu l'occasion de faire une visite préalable de l'EMS avant d'y rentrer, un passage trop rapide de l'hôpital à un EMS et la difficulté d'adaptation qui s'ensuit, la difficulté de trouver un EMS qui convienne à un malade Alzheimer, ou enfin le fait que deux conjoints se retrouvent hébergés chacun dans un EMS différent.

5.5.3 Discussion

Dans l'ensemble, cette enquête laisse l'impression que les bénéficiaires ayant répondu sont satisfaits des prestations d'Interface et que le déroulement des événements depuis leur hospitalisation a été conforme à leurs besoins comme à leurs souhaits: résultats encourageants s'il en est. Les sources de mécontentement nous paraissent rester ponctuelles et davantage liées à des souhaits qui ne sont plus conformes aux besoins réels, qu'à un mauvais fonctionnement du programme. Cependant, certaines des plaintes exprimées méritent sans doute d'être prises en considération, et l'on ne saurait assez encourager le maintien de la plus grande vigilance dans l'efficacité et l'attention de la prise en charge; c'est dans ce sens que vont manifestement les efforts d'adéquation entre besoins du patient et ressources du réseau dont Interface est la concrétisation.

Si cette enquête doit se renouveler, à un rythme à convenir (le rythme annuel nous semblant par ailleurs approprié, car il permet d'exercer une surveillance régulière sans investissements excessifs), il conviendra bien sûr de garder présents à l'esprit les trois biais principaux apparus au cours de ce premier essai:

- il est difficile d'obtenir le remplissage d'un tel questionnaire. Trois mois après l'intervention d'Interface, qui peut parfois être de courte durée, le programme n'est plus au premier plan des mémoires ni des préoccupations des bénéficiaires ou de leur entourage. Nous avons proposé de remédier à cela en parlant de l'enquête au moment de la prise en charge déjà, puis en relançant les répondants par téléphone après l'envoi du courrier. Si de telles démarches se révèlent généralement fructueuses du point de vue du rendement et de la qualité des réponses, il faut bien sûr disposer à cet effet d'une quantité non négligeable de temps, et il s'agira de déterminer si ces efforts supplémentaires se traduisent par une amélioration assez importante pour les justifier;
- compte tenu de leur état de santé, comme de leur âge généralement avancé, les bénéficiaires se font parfois aider d'un proche, et très souvent laissent un proche répondre à leur place. Si nous avons suggéré d'adapter les questions ou le mode de passation du questionnaire pour pallier cet inconvénient, il nous paraît surtout important de savoir pour quelle raison le bénéficiaire n'a pas répondu seul, ce qui fournira très probablement un éclairage instructif. Dans tous ces cas, il convient de se souvenir constamment, lors du traitement et de l'interprétation des résultats, qu'il y a de fortes chances pour que le point de vue du patient lui-même apparaisse déformé;
- finalement, et surtout en ce qui concerne la question des aides éventuelles à domicile, nous rappelons que les personnes âgées ou même leur entourage "profane" ont souvent de la peine à identifier avec précision les différents intervenants et structures de l'univers médico-social: leurs réponses à ce sujet devront donc parfois être considérées avec prudence.

Ces limites une fois reconnues, nous dirons en conclusion que, pour l'avenir du programme, il nous paraîtrait extrêmement utile de conserver de tels questionnaires, qui permettent à la fois de détecter d'éventuelles failles du système et de savoir si la majorité des bénéficiaires restent satisfaits des prestations d'Interface.

6 CONCLUSIONS

6.1 LE POINT DE VUE DE L'IUMSP

A la question centrale, qui est de savoir s'il a été possible de mettre en place une véritable évaluation, nous apporterons une réponse négative. Nous sommes insatisfaits de l'évaluation pour deux raisons principales. D'une part, le programme Interface a subi, pendant les deux années considérées, des changements tels qu'il a été impossible de valider les mesures effectuées; d'autre part, il s'est révélé très difficile d'obtenir les informations pertinentes des partenaires du programme. Ce dernier problème, que nous avons détecté assez tôt dans l'évaluation, a persisté en dépit de plusieurs interventions auprès du comité de pilotage, et aucun relais concret n'a pu être défini dans le RSC pour assurer la mesure régulière des indicateurs.

Il est vrai que ce mandat s'est déroulé dans des conditions particulières, dues à la coïncidence du début de l'évaluation avec la mise en œuvre d'Interface, puis aux bouleversements ayant affecté aussi bien la zone sanitaire VI-VIa (en particulier sous l'effet de la création du CHYC) que le programme lui-même (à cause du départ à la retraite de la responsable). Il ne s'est donc pas agi d'une évaluation au vrai sens du terme, mais plutôt d'un monitoring: notre travail a consisté à surveiller la mise en place d'Interface. Et nous constatons que ce sont les enquêtes qualitatives qui ont le mieux répondu à la question de savoir si Interface fonctionne bien, leurs résultats indiquant sans équivoque que la majorité des professionnels et des bénéficiaires trouvent Interface utile et jugent son fonctionnement adéquat.

Les enquêtes quantitatives, quant à elles, ont mis en évidence de profondes difficultés à collaborer dans le concret. Les mesures issues de ces enquêtes permettent de dire qu'Interface a une activité bien réelle, mais impossible à circonscrire précisément, que ce soit en termes de quantité, ou en termes de types de missions, ou enfin en termes de collaborations établies. Dans le cours de l'évaluation, nous nous sommes heurtés nous-mêmes à ces difficultés lorsque nous cherchions à recueillir les informations nécessaires, et nous pensons que le degré et la qualité de la participation à cette évaluation, tous deux médiocres, constituent malheureusement un reflet - partiel - de l'efficacité du fonctionnement actuel du réseau.

Vraisemblablement, une partie de ces difficultés proviennent directement d'un manque de rigueur dans la définition précise des différentes missions d'Interface. Seule une définition acceptée et intégrée par l'ensemble du réseau permettra, d'abord de réaliser concrètement ces missions en collaboration avec tous les professionnels concernés, ensuite de recenser systématiquement leur exécution. En l'absence d'un tel terrain d'entente (entente dans le sens où chacun sait exactement ce qu'il est en droit d'attendre d'Interface et ce qu'Interface attend de lui), il est inévitable d'assister au gaspillage de beaucoup de temps (et d'argent, considérant les sommes allouées au monitoring lui-même).

Nous nous sommes aussi demandé comment les enquêtes quantitatives se seraient déroulées si nous nous étions limités dès le début aux indicateurs que nous proposons finalement de conserver. Nous sommes arrivés à la conclusion que cette solution aurait comporté beaucoup de désavantages. Tout d'abord, elle serait allée à l'encontre du souhait d'exhaustivité des mandants. Ensuite, le fait de mettre l'accent sur le fichier Interface ne nous aurait à l'évidence pas permis de connaître les situations dont Interface n'est pas informé; de plus, les informations livrées par ce fichier sont limitées, indiquant surtout avec qui la collaboration fonctionne bien et servant à

ventiler les types de cas, mais présentant elles aussi des lacunes manifestes (flou dans la séparation des catégories d'intervention, enregistrement peu rigoureux, grande variabilité dans le classement des types de cas).

En conclusion, il nous a été difficile de mettre au point un instrument dont on puisse répandre l'emploi: nous nous sommes bornés à apporter une réponse régionale à un problème régional. La mesure quantitative restera possible à la condition expresse qu'il y ait, à l'avenir, un investissement beaucoup plus important dans le monitoring. Un tel investissement ne pourra être obtenu qu'en opérant une professionnalisation du travail à fournir, et ce à deux niveaux distincts:

- professionnalisation de la politique de communication afin d'augmenter la transparence, et donc de vaincre les défiances et les inquiétudes;
- professionnalisation de la récolte et de l'examen des données.

L'outil de mesure que nous proposons est modeste; mais, même avec cet outil modeste, si on ne peut obtenir un engagement solide à fournir, recueillir et traiter les informations pertinentes, il vaut mieux renoncer tout à fait. En ce cas, seul se poursuivrait un monitoring de type qualitatif, dont il ne faut toutefois pas oublier que la conduite nécessite elle aussi une injection ponctuelle de temps et d'énergie.

6.2 LE POINT DE VUE DU COMITE DE PILOTAGE, DU GROUPE DE TERRAIN ET DU GROUPE STATISTIQUES D'INTERFACE

A la question fondamentale de savoir s'il a été possible de mettre en place entre fournisseurs de soins un dispositif de liaison et d'orientation permettant d'améliorer la cohérence des prestations fournies aux personnes malades et dépendantes de la région, nous apportons une réponse essentiellement positive. Notre Comité de pilotage est satisfait d'avoir réussi en partenariat la mise en place du programme Interface, et ceci malgré les difficultés inhérentes à un changement radical concernant tant le fonctionnement des institutions que les pratiques professionnelles.

Rôle bienfaisant des changements

Mener à bien sur deux ans un programme d'une telle envergure, imaginé et décidé au plus haut niveau par le Réseau avec l'adhésion formelle de l'ensemble des directions des institutions socio-sanitaires régionales, relève de la gageur, voire de l'innocence. Des questions de méthode se posent néanmoins à voir les réserves de nos évaluateurs. Il était inévitable et même souhaitable que ce programme se modifie en cours de route. Le contrat de coopération indiquait la direction vers laquelle nous voulions diriger le Réseau au cours des deux premières années et surtout durant celles qui suivraient...

La méthode d'investigation adoptée n'aurait-elle pas pu prendre plus finement en compte le fait qu'il s'agissait de l'évaluation d'un processus de mise en oeuvre, d'une sorte de "recherche action" où il était fortement désiré que le réel se transforme parallèlement à l'analyse?

Difficile pour les évaluateurs

Un des dysfonctionnements majeurs du programme a malheureusement concerné directement le mandat d'évaluation confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). A la difficulté centrale d'obtenir des informations pertinentes s'est ajoutée une certaine incompréhension entre les praticiens et les évaluateurs.

Le programme Interface est très ambitieux. Conçu selon les théories des systèmes sanitaires organisés en réseau de soins coordonnés, il fixe à ses membres de nombreux objectifs. Lorsqu'ils sont déclinés en indicateurs, nous nous trouvons face à une énorme quantité d'information à produire. La disparité des sources et les incompatibilités générales entre les systèmes informatiques n'ont pas facilité la cohérence des données récoltées. Le manque d'engagement de moyens par le Comité de pilotage (COPI) dans le suivi du recueil de ces informations auprès des partenaires parfois réticents et souvent désorientés face aux requêtes de l'Institut a certainement été un des points faibles de ce processus.

Nous sommes par ailleurs conscients que cette méthode "exhaustive" a permis d'identifier des résistances réelles parfois involontaires chez certains partenaires, et qui auraient pu passer inaperçues avec une évaluation moins complète.

L'originalité et la force du concept Interface

L'orientation est l'une des questions centrales que doivent traiter les systèmes sanitaires. C'est une sorte de lieu de partage de l'information, impliquant une approche globale des problèmes de santé et réunissant des compétences spécifiques et pluridisciplinaires. La décision d'orientation se concrétise par un projet élaboré avec le client, son entourage et l'ensemble des professionnels partenaires; elle n'est ni uniquement administrative ni exclusivement médicale.

Le dispositif de liaison et d'orientation correspond à une fonction vitale du Réseau sanitaire. Ces processus se matérialisant au carrefour des institutions, ils touchent de front les intérêts de chacune d'entre elles. Elles ont besoin de se faire confiance et d'appriivoiser ensemble ce dispositif dont la force est redoutable parce que valorisant les compétences et les responsabilités de tous les acteurs en présence, du patient-client aux différents soignants de l'équipe pluridisciplinaire. L'orientation met à nu les fonctionnements les plus "intimes" des institutions. Dans un modèle d'adhésion volontaire tel celui d'Interface, les différents partenaires acceptant le dispositif doivent y trouver leur compte, une sorte de retour sur l'investissement pour compenser l'effort de remise en question et d'adaptation auquel ils sont soumis.

Réussites de l'orientation à l'intérieur du Réseau de soins régional

Avec le programme Interface, un nouveau mode de collaboration et de communication s'instaure progressivement autour des questions liées à l'orientation des clients à l'intérieur du réseau sanitaire régional. En se fondant sur les compétences spécifiques des professionnels de la santé, sont en train de se développer:

- une capacité à produire des évaluations de besoins des patients selon une approche globale, concrétisée par des projets d'orientation négociés entre partenaires actifs: client, entourage, médecin traitant et autres soignants;
- une connaissance plus complète des missions des différentes institutions sanitaires, ainsi qu'une plus grande transparence sur l'offre de l'ensemble des fournisseurs de la chaîne de soins.

Une meilleure connaissance entre prestataires de soins s'est généralisée et doit se poursuivre. Elle se prolonge par l'organisation de stages entre les collaborateurs à tous les niveaux des institutions: directions, cadres et professionnels. Malgré la méfiance et la peur de l'inconnu, l'envie de connaître ce que fait l'autre semble se répercuter dans la zone sanitaire.

En outre, notre analyse laisse apparaître que les pratiques d'orientation concertées sont une réponse particulièrement adaptée aux défis posés aux systèmes sanitaires, notamment par les nouveaux besoins de la population vieillissante au sein de laquelle les maladies chroniques et dégénératives occupent une place prépondérante.

En conclusion

Il ressort de notre expérience que les objectifs du programme Interface correspondent tant à ceux du dispositif de liaison et d'orientation du réseau prévu par les Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS) qu'à ceux fixés aux Bureaux régionaux d'information et d'orientation (BRIO). Afin de garantir la pérennisation de ce nouveau mode de fonctionnement, les directions des institutions partenaires s'engagent à adapter les moyens du programme aux besoins, en développant sa capacité d'intervention auprès des patients sur les différents "sites" tout en améliorant le monitoring et le suivi statistique indispensables au pilotage du Réseau.

Enfin, du point de vue du comité de pilotage, en tenant compte des critiques formulées comme des axes de développement du réseau sanitaire, le programme de liaison et d'orientation Interface, imaginé et expérimenté dans notre région, contient le potentiel de ressources nécessaires pour promouvoir l'utilisation coordonnée des capacités sanitaires en améliorant tant la pertinence des prestations fournies aux patients que la productivité du système de santé.

Groupe de terrain

Marie-Hélène Russi, dir. adjointe ASPMAD

Programme Interface

Patrice Lévy, Président

Annexe A

Liste des indicateurs utilisés pour les enquêtes quantitatives

(Nous avons indiqué par un astérisque les indicateurs qui avaient été abandonnés pour la 2^e mesure.)

I. FONCTION DE COORDINATION

Indicateurs de structure: Infrastructure et bureautique

1. Place de travail individuelle stable à disposition de la responsable IF
2. Boîte aux lettres spécifique à disposition
3. Bip et Natel à disposition en sorte d'être atteinte 5 jours sur 7
4. Ligne téléphonique directe et fax à disposition
5. Assistance administrative (secrétariat)
6. Dispositif de messagerie en fonction 7 jours sur 7
7. Le taux d'activité de la responsable est de 100%, 5 jours sur 7
8. Le remplacement de la responsable est prévu lors de vacances ou en cas de maladie

Indicateurs de structure: Partenariat

9. Etablissements hospitaliers ayant signé le contrat et versé leur contribution
10. CTR, EMS et CMS ayant signé le contrat et versé leur contribution
11. Existence d'une relation contractuelle entre IF et les médecins traitants

Indicateurs de structure: Capacités d'accueil et prestations des différents établissements

12. La capacité d'accueil "C" gériatrique de chaque établissement est connue, [ainsi que la fraction des résidents provenant de la zone sanitaire VI-VIa]*
13. Idem pour l'accueil "C" psychiatrique
14. Idem pour l'accueil "C" psychogériatrique
15. Idem pour la capacité d'accueil "D"
16. Idem pour la capacité d'accueil en UAT
17. Identification des prestations disponibles selon la mission (G, P, PG)

Indicateurs de structure: Mécanismes de communication

18. Existence d'un répondant à IF dans les hôpitaux et au CTR de Chamblon
19. Idem dans les EMS
20. Idem dans les CMS, à l'ASPMAD, au CPS, au Centre de prévention, dans les services sociaux etc.
21. Existence du document cantonal de transmission d'information dans chaque service ou structure
22. Existence du document "Demandes reçues par Interface" dans chaque service ou structure
23. Les EMS exigent le remplissage du document cantonal de transmission d'information lors de toute demande de placement
24. Existence dans les établissements d'une structure informant IF des places disponibles
25. Existence dans les établissements d'une procédure d'annonce à IF des attentes de placement

Indicateurs de structure: Procédures mises en place

26. Les contacts entre IF et les répondants sont formalisés par un document
27. La périodicité minimale des contacts est convenue. Elle est de.../mois

Indicateurs de structure: Documents, information

- 28. Pour toute demande de placement, les EMS doivent remplir le document cantonal de transmission d'information et en remettre un exemplaire à IF
- 29. Diffusion systématique et ubiquitaire du dépliant IF
- 30. Le document "Demandes reçues par Interface" est rempli pour chaque demande de placement

Indicateurs d'activité: Admissions et placements d'un point de vue global

- 31. Volume global des admissions en court et long séjour
- 32. Nombre total de sorties en direction de placements CS-LS, par structure
- 33. Idem, à destination du CTR et des EMS, par provenance du client
- 34. Fréquence des demandes CS-LS signalées à IF par les EMS

Indicateurs d'activité: Annonces à Interface

- 35. Proportion d'admissions en CS-LS EMS pour lesquelles IF est informé
- 36. Nombre d'annonces de lits disponibles à IF par chaque structure
- 37. Nombre d'annonces de situations à IF pour lesquelles IF dispose des deux documents (document cantonal de transmission d'information et "Demandes reçues par Interface") complets
- 38*. Nombre d'annonces de lits "D" disponibles à IF par le CTR et les EMS

Indicateurs d'activité: Evaluations et collaboration

- 39*. Nombre d'appels aux EMS témoignant de l'ignorance d'IF
- 40. Proportion des demandes de placement CS-LS en EMS, signalées à IF, pour lesquelles une co-évaluation est sollicitée

Indicateurs d'activité: Interventions directes, prises en charge

- 41. Proportion des demandes de placement CS-LS en EMS, signalées à IF, pour lesquelles une participation aux démarches est sollicitée
- 42. Nombre de prises en charge réalisées avec l'intervention d'IF
- 43. Nombre d'interventions d'IF à l'HZY avant un transfert en lit "B"

Indicateurs d'activités: Profils

- 44. Profils des personnes placées pour lesquelles IF, respectivement, est informé ou non, et entreprend des démarches
- 45. Profils des personnes placées, défini sur la base du document cantonal de transmission d'information

II. FONCTION DE LIAISON

Indicateurs de structure: Au niveau d'Interface

1. La fréquence de rencontre entre IF et le service social de l'HZY est convenue. Elle est de .../semaine

Indicateurs de structure: Au niveau de l'HZY

2. Il existe au sein de l'HZY:
- une politique de communication intra-hospitalière (information systématique)
 - une information systématique aux nouveaux médecins assistants (2x/an)
 - un protocole d'intervention de l'infirmière de liaison aux urgences, avalisé par la direction
 - un plan d'organisation des rencontres et une participation aux visites médicales
 - un protocole d'évaluation médico-sociale dans le dossier clinique des services concernés
3. Présence d'un relais social professionnel de réseau à l'HZY et existence d'un mécanisme de collaboration entre IF et ce relais
4. Nombre de services hospitaliers dans lesquels intervient l'infirmière de liaison
5. Reconnaissance des activités de l'infirmière de liaison par les chefs de service de l'HZY

Indicateurs d'activité: Au niveau d'Interface

6. Participation de l'infirmière de liaison aux colloques, visites médicales et remises de service
7. Nombre de demandes d'évaluation réceptionnées par l'infirmière de liaison
8. Nombre de demandes de sortie des patients parvenant à l'infirmière de liaison dans les ≤ 24 h
9. Nombre de projets de sortie réalisés en collaboration avec le personnel hospitalier et le relais social
10. Nombre d'heures passées chaque jour dans chaque service attaché au programme
11. Eventail global des types de sorties réalisées par l'infirmière de liaison
12. Nombre de demandes de sorties discordantes entre IF et le service social pour un même patient
13. Profil des patients évalués par IF

Indicateurs d'activité: Au niveau de l'HZY

14. Fréquence des contacts entre la direction de l'HZY, le service social, le corps médical et l'infirmière de liaison en vue d'évaluer le fonctionnement de la routine d'intervention IF
15. Mise en place de protocoles de transmission des données relatives aux patients et supervision de leur distribution à l'infirmière de liaison
16. Nombre d'évaluations médico-sociales demandées à l'infirmière de liaison, par service clinique
17. Lors des interventions de l'infirmière de liaison, nombre de situations évaluées en collaboration avec les médecins, le personnel infirmier, le service social
- 18*. Délai entre l'annonce d'une situation médico-sociale dans les services cliniques et son évaluation par l'infirmière de liaison
- 19*. Nombre de demandes de sorties des patients parvenant à l'infirmière de liaison dans les ≤ 24 h
- 20*. Pourcentage d'interventions de l'infirmière de liaison dans les 30 minutes lorsqu'une demande est déclenchée au service des urgences

Indicateurs d'activité: Au niveau du CTR

21. Nombre de (ré)hospitalisations vers l'HZY signalées à l'infirmière de liaison en vue d'une évaluation de la prise en charge post-hospitalière

Indicateurs d'activité: Au niveau des EMS

- 22. Fréquence annuelle des contacts réalisés entre les membres du groupe des directeurs des EMS régionaux et l'infirmière de liaison
- 23. Proportion des transferts entre EMS de missions différentes, via l'hôpital
- 24. Pourcentage de sorties d'EMS sous forme de retours à domicile avec ou sans intervention d'IF
- 25. Nombre d'admissions post-hospitalières (UAT et CS) réalisées par l'infirmière de liaison
- 26. Profil des admissions post-hospitalières UAT et CS avec et sans intervention d'IF

Indicateurs d'activité: Au niveau des CMS

- 27. Proportion des patients âgés de 75 ans et plus, ou présentant une problématique médico-sociale, usagers des CMS et hospitalisés, pour lesquels l'infirmière de liaison est informée ou intervient pour l'évaluation
- 28*. Nombre et type de projets post-hospitaliers réalisés en concordance avec les souhaits du client, respectivement de son entourage

Indicateurs d'activité: Au niveau des médecins traitants

- 29. Nombre de patients âgés de 75 ans et plus, ou présentant une problématique médico-sociale, usagers des CMS et hospitalisés, pour lesquels l'infirmière de liaison est informée ou intervient pour l'évaluation
- 30*. Nombre et type de projets post-hospitaliers réalisés en concordance avec les souhaits du client, respectivement de son entourage.

Annexe B

Liste des questions posées aux professionnels lors de la première enquête qualitative

0. Sexe, âge et formation/profession du répondant
1. Pour vous, Interface, qu'est-ce que c'est? (2 définitions au maximum)
2. Avez-vous déjà pris contact avec Interface? A quelle occasion (évaluation, prise en charge post-hospitalière, liaison ou coordination ou autre)? Qu'est-ce qui a abouti suite à cette prise de contact?
3. Comment ou par qui avez-vous eu connaissance du programme?
4. Dans l'ensemble, avez-vous plutôt eu des bonnes ou des mauvaises surprises? Si bonnes, comment, si mauvaises, comment?
5. Concrètement, pouvez-vous me décrire les procédures engagées pour les cinq derniers placements (liaison ou coordination) dont vous avez eu la charge? Si vous n'avez pas fait appel à Interface, pour quelle raison?
6. Si collaboration avec Interface, vous souvenez-vous à peu près du nombre de contacts que vous avez eu au cours du dernier mois avec la responsable du programme? Cela concernait-il davantage la coordination, la liaison ou l'évaluation médico-sociale?
7. Est-ce que c'est simple de travailler avec Interface ou compliqué? Pour quelles raisons?
8. Avez-vous le sentiment que la communication est ou était bonne? Y a-t-il eu des choses qui n'étaient pas claires immédiatement?
9. Disposez-vous chaque fois, pour chaque situation, de tous les renseignements nécessaires?
10. Avez-vous pu en toute occasion, en tout instant, atteindre quelqu'un à Interface?
11. Avez-vous toujours pu exprimer votre avis?
12. Y a-t-il des choses qui vous ont gêné(e) avec Interface? Si oui, quoi?
13. Qu'est ce que vous trouvez ou avez trouvé bien en travaillant avec Interface? Et moins bien?
14. Quels sont les points forts du programme, à votre avis? A l'opposé, quels sont ses points faibles?
15. Qu'est-ce qu'Interface pourrait faire pour mieux faire? Pensez-vous qu'il y a des choses qui pourraient être faites autrement, par exemple quand il s'agit de trouver une solution à la sortie d'une hospitalisation, ou que diriez-vous si vous deviez décrire une seule chose négative?
16. A votre avis, Interface sert-il à quelque chose, le programme a-t-il une raison d'être?
17. Avez-vous déjà recommandé Interface à quelqu'un? Le feriez-vous? Pour quelles raisons?
18. La création du CHYC va-t-elle avoir une influence sur le RSC? Et sur le programme?

Liste des questions posées aux bénéficiaires et/ou leur entourage lors de la première enquête qualitative

0. Sexe, âge et formation/profession du bénéficiaire/du répondant
1. Pour vous, qu'est-ce que c'est, Interface?
2. Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, comment s'est passé votre premier contact avec Interface (qui vous en a parlé, comment saviez-vous que cela existait etc.)? Préciser le lieu du contact (hôpital, domicile, CMS, EMS, un service social communal ou privé, autre). Préciser qui a pris le premier contact.
3. Dans l'ensemble, avez-vous eu plutôt de bonnes ou de mauvaises surprises? (Si bonnes, comment? si mauvaises, comment?)
4. Vous souvenez-vous à peu près du nombre de contacts que vous avez eu, en tout, avec la responsable du programme Interface, jusqu'à ce qu'une décision ait été prise?

5. Quand vous étiez en contact avec l'infirmière d'Interface, avez-vous eu le sentiment que la communication était bonne? (y a-t-il eu des choses qui n'étaient pas claires immédiatement, avez-vous manqué de tous les renseignements nécessaires?)
6. Avez-vous pu, en toute occasion (à tout instant) atteindre quelqu'un à Interface?
7. Avez-vous pu en toute occasion exprimer votre avis, poser des questions?
8. Avez-vous eu le sentiment d'être toujours entendu (respecté, pris en considération, etc.)?
9. Estimez-vous qu'il y a eu des erreurs au regard de votre situation? Si oui, lesquelles?
10. Rapidité de la prise en charge, temps de réflexion suffisant?
11. Y a-t-il des choses qui vous ont gêné(e) avec Interface?
12. Qu'est-ce que vous avez trouvé bien/moins bien dans vos contacts avec Interface?
13. Qu'est-ce qu'Interface pourrait faire pour mieux faire?
14. Avez-vous l'impression que tout n'a pas été mis en oeuvre pour favoriser votre prise en charge, votre sortie de l'hôpital, etc.?
15. A votre avis, Interface sert-il à quelque chose?
16. Avez-vous déjà recommandé Interface à quelqu'un? Le feriez-vous? Pour quelles raisons?

Annexe C

Liste des questions posées aux professionnels lors de la deuxième enquête qualitative

0. Sexe, âge et formation/profession du répondant
1. Pour vous, Interface, qu'est-ce que c'est? (2 définitions au maximum)
2. Avez-vous déjà pris contact avec Interface? A quelle occasion (évaluation, prise en charge post-hospitalière, liaison ou coordination ou autre)? Qu'est-ce qui a abouti suite à cette prise de contact?
3. Comment ou par qui avez-vous eu connaissance du programme?
4. Concrètement, pouvez-vous me décrire les procédures engagées pour les cinq derniers placements (liaison ou coordination) dont vous avez eu la charge? Si vous n'avez pas fait appel à Interface, pour quelle raison?
5. Quel genre d'information demandez-vous ou transmettez-vous généralement ou le plus souvent à Interface?
6. Y a-t-il des choses qui vous ont gêné(e) avec Interface? Si oui, quoi?
7. Qu'est ce que vous trouvez ou avez trouvé bien en travaillant avec Interface? Et moins bien?
8. Quels sont les points forts du programme, à votre avis? A l'opposé, quels sont ses points faibles?
9. Qu'est-ce qu'Interface pourrait faire pour mieux faire? Pensez-vous qu'il y a des choses qui pourraient être faites autrement, par exemple quand il s'agit de trouver une solution à la sortie d'une hospitalisation, ou que diriez-vous si vous deviez décrire une seule chose négative?
10. A votre avis, Interface sert-il à quelque chose, le programme a-t-il une raison d'être (développer, préciser)
11. La création du CHYC va-t-elle avoir une influence sur le RSC? Et sur le programme?

Annexe D

Liste des questions posées aux médecins traitants

1. Avez-vous eu connaissance du programme Interface?
2. Disposez-vous, sur votre lieu de travail, du document cantonal de transmission d'information pour les demandes de placement en établissement médico-social?
3. Disposez-vous, sur votre lieu de travail, d'exemplaires du document "Demandes reçues par Interface"?
4. Disposez-vous, dans votre cabinet, d'exemplaires du dépliant de présentation d'Interface?
5. Annoncez-vous systématiquement à la responsable d'Interface les projets d'hospitalisation de vos patients âgés de plus de 75 ans?
6. Faites-vous (avez-vous déjà fait) appel à Interface pour l'évaluation médico-sociale de certains de vos patients?
7. Faites-vous (avez-vous déjà fait) appel à Interface pour discuter des possibilités de prise en charge de vos patients âgés de plus de 75 ans (à court, moyen ou long terme)?
8. Avez-vous déjà eu recours à Interface pour l'organisation des séjours post-hospitaliers de vos patients?
9. Pouvez-vous décrire brièvement:
 - 1) les procédures de placements post-hospitaliers
 - 2) les procédures d'autres formes de prise en charge post-hospitalière auxquelles vous recourez, lorsque vous sollicitez les EMS pour vos patients?

(NB: Lors de la deuxième enquête, une question supplémentaire permettait de savoir si le répondant était généraliste, interniste, ou autre [le cas échéant, quelle spécialité]).

BILAN A TROIS MOIS DE L'HOSPITALISATION

Le but du présent questionnaire est de savoir ce qui vous est arrivé depuis votre sortie de l'Hôpital de et de connaître votre avis; vos réponses permettront d'améliorer l'aide et les soins au sortir de l'hôpital. D'avance, merci de répondre le plus précisément possible aux questions ci-dessous.

- A. Votre lieu de vie actuel est:**
- 1. *votre domicile privé (passer à la question A1)*
 - 2. *le domicile de proche(s) (passer à la question A1)*
 - 3. *un établissement médico-social, une pension ou une maison de retraite (passer à la question B)*

A1. Pouvez-vous préciser si vous bénéficiez actuellement de soins ou d'aide professionnelle à domicile ?

- 1. *oui, je bénéficie de l'aide de/du*
- 2. *non, je n'ai ni soins, ni aide professionnelle à domicile*

A2. Fréquentez-vous une unité d'accueil temporaire ?

- 1. *oui, j'y vais fois par semaine.*
- 2. *non*

A3. Etes-vous au bénéfice d'une autre prestation ?

- 1. *oui, je bénéficie de*
- 2. *non*

- B. Votre lieu de vie actuel vous paraît-il durable ?**
- 1. *oui*
 - 2. *non*

C. Votre lieu de vie vous semble-t-il parfaitement adapté à vos besoins actuels ?

- 1. *oui*
- 2. *non, je pense que j'aurais besoin/je pense qu'il me manque*

.....

.....

.....

D. Depuis votre sortie de l'Hôpital, le ____/____, avez-vous séjourné dans l'un des lieux suivants ? (cocher tout ce qui s'applique)

1. un (autre) établissement médico-social
2. le centre de traitement et de réadaptation de Chamblon
3. un hôpital: _____
4. autre: _____
5. non, je n'ai séjourné dans aucun de ces lieux (passer à la question E)

D1. Ces séjours vous ont-ils paru justifiés par l'évolution de votre état de santé ?

1. oui
 2. non
-

E. Votre parcours, entre la sortie de l'Hôpital et votre lieu de vie actuel, vous a-t-il semblé idéal ou l'auriez-vous souhaité différent ?

1. idéal (passer à la question F)
2. pas idéal, mais relativement adapté à ma situation (passer à la question E1)
3. mal adapté à ma situation (passer à la question E1)

E1. Qu'auriez-vous souhaité ?

.....

.....

.....

F. Désirez-vous ajouter quelque chose ? →

.....

.....

Ce document a été rempli par:

- Le patient
- Un proche (spécifier fille, soignant, frère, ami, etc.):
- Le patient aidé d'un proche

A RENVOYER DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE (NE PAS AFFRANCHIR)

Liste des parutions

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Eggli Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Eggli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 *Nguyen N, Eggli Y, Ruchet T, Schenker L.* Préviation budgétaire . Instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 20.-
- N° 8 Manuel du Programme « Qualité » des Hospices. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 15.-
- N° 9 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber, F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : évolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-
- N° 10 *Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbo Piot I, Michaud P-A.* Santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 11 *Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P-A.* Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 12 *Berthoud A, Michaud PA.* Accompagnement et prévention des ruptures d'apprentissage : une recherche menée dans les cantons romands. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 13 *Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F.* L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels : version abrégée. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 12.-

- N° 14 *Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder P-A.* Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 15 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 2). Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 16 Les professions de la santé. Guide des formations. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 20.-
- N° 17 *Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.* La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 18 *Dubois-Arber F, Haour-Knipe M.* Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 19 *Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B.* Indications à la laminectomie : adéquation et nécessité. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20a *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20b *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 21 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation des effets induits de l'Opération Nez rouge. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 22 *Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B.* Evaluation des Aktionsprogrammes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997". Evaluation of the "Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997". Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 23 *Livio F, Buclin T, Yersin B, Maghraoui A, Burnand B, Biollaz J.* Hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux : recensement prospectif dans un service d'urgences médicales. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 35.-
- N° 24 *Narring F, Michaud PA.* Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 25 *Cassis I, Burnand B, Decrey H, Jacquet B, Bertona M, Pécoud A, Paccaud F.* La consultation des 50 ans : prévention et promotion de la santé en entreprise. IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 26 *Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation de la mise en oeuvre du programme Interface : Rapport final. IUMSP, 1999. CHF 15.-



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon
CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 72 77

Téléfax ■ ■ 41 21 314 73 73

e-mail Claude.Muhlemann@inst.hospvd.ch

Je désire recevoir

	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
	n° _____
Auteur/s

Titre

	Nombre d'exemplaires _____
<hr/>	
La liste complète de nos titres	<input type="checkbox"/>

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

