



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

RECENSEMENT DES PATIENTS
DANS LES HOPITAUX, CLINIQUES, ETABLISSEMENTS SPECIALISES
ET HOMES VALAISANS

Résultats d'une enquête en 1985

M. Huguenin, F. Paccaud, F. Gutzwiller

1987

CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION

*Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne*

Citation suggérée : Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes. - (Cah Rech Doc IUMSP no 12)

RECENSEMENT DANS LES HOPITAUX, CLINIQUES, ETABLISSEMENTS SPECIALISES
ET HOMES VALAISANS

Résumé / Zusammenfassung

	page
1. INTRODUCTION	1
2. METHODE ET REALISATION DE L'ENQUETE	3
1. Principe de l'enquête	3
2. Description du questionnaire	3
3. Etablissements, services et nombre de lits concernés	4
4. Période de l'enquête	5
5. Organisation de l'enquête	6
6. Déroulement de l'enquête	6
3. TAUX D'OCCUPATION LORS DES RECENSEMENTS	11
4. DESCRIPTION DE LA POPULATION HOSPITALISEE	15
1. Age des patients	15
2. Temps de séjour moyen et répartition	20
3. Répartition par sexe	25
4. Répartition par état-civil	25
5. Résidents étrangers	25
6. Patients privés	25
7. Patients hospitalisés pour soins et traitements impossibles à domicile	28
8. Patients hospitalisés plus d'une fois durant l'année écoulée	30
9. Patients hospitalisés plus d'une fois pour des raisons sociales	30
10. Description des soins de base	30
11. Score de dépendance des soins de base	34
12. Description des traitements	37
13. Niveau de dépendance des traitements infirmiers	42
5. PATIENTS "MAL PLACES" : NOMBRE ET DESCRIPTION	48
1. Remarques générales	48
2. Cas particuliers	49
3. Nombre et proportion de patients "mal placés"	52
4. Patients mal placés : "Où devraient-ils être ?"	58
5. Comparaisons entre patients "bien" et "mal placés"	62
6. Comparaisons des patients "mal placés" entre établissements	68
7. Description des patients transférés	70
8. Bilan des transferts	75
6. RESUME DES PRINCIPALES OBSERVATIONS	79
1. Relativement peu de patients "mal placés", en particulier dans les lits aigus	79
2. Mise en évidence de certains "goulets d'étranglement"	80
3. Ressemblance globale des patients de gériatrie et de ceux des lits d'infirmierie	80
4. Même après redistribution, les taux d'occupation des lits aigus (en médecine et en psychiatrie) et des lits chroniques resteraient relativement élevés	81
5. La psychogériatrie et les lits d'infirmierie des homes sont les secteurs à développer prioritairement	81
7. REMARQUES FINALES	82

Annexes 1, 2 et 3

Résumé

Recensement dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans

Sur mandat du Conseil d'Etat Valaisan, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive a réalisé une étude sur les patients hospitalisés dans les établissements de soins valaisans en automne 1985. L'objectif de cette étude, organisée sous forme d'un recensement, était principalement d'étudier l'adéquation du lieu d'hospitalisation par rapport à l'état du patient; cette question a été directement posée au médecin traitant. Plusieurs autres renseignements démographiques et médicaux ont été relevés lors de cette enquête.

Celle-ci a porté sur 26 établissements fournissant des prestations de soins aigus, chroniques et d'hébergement (lits d'infirmierie des homes); il s'agissait des soins somatiques aussi bien que psychiatriques. Cela représente un total de 2271 lits. Les résultats présentés dans cette enquête sont basés sur le dépouillement de 4624 questionnaires, certains établissements ayant fait l'objet de deux ou trois recensements successifs.

Les principales observations faites lors de cette étude sont les suivantes :

- Il y a relativement peu de patients mal placés dans les lits aigus : cette proportion est estimée à environ 7 % pour l'ensemble des lits aigus, 14 % pour les lits de médecine. Cette proportion est beaucoup plus importante en psychiatrie et en gériatrie, où les valeurs oscillent entre 20 et 30 % de patients mal placés.
- Il existe certains goulets d'étranglement, empêchant le dégagement des patients depuis les lits aigus où ils sont hospitalisés. Il semble en particulier que les lits d'infirmierie des homes ne sont pas assez nombreux pour recevoir directement des patients venant des hôpitaux aigus ou chroniques.
- Les patients hospitalisés en gériatrie et ceux hébergés dans les lits d'infirmierie des homes sont similaires, particulièrement à l'égard des soins infirmiers qu'ils nécessitent.
- Même après redistribution des patients "mal placés", les taux d'occupation des lits aigus en médecine et en psychiatrie et des lits chroniques resteraient relativement élevés. Ainsi, l'effet du développement de nouvelles structures de dégagement aurait pour effet de supprimer la surcharge actuelle des lits d'hospitalisation (aiguë et chronique), mais ne permettrait probablement pas d'en supprimer.
- La psychogériatrie et les lits d'infirmierie des homes sont les secteurs à développer prioritairement. Ces lits sont déjà actuellement chargés, et le seraient plus encore si les vœux des médecins interrogés étaient remplis : la psychogériatrie aurait, après cette redistribution, un taux d'occupation de 151 %. La même observation peut être faite pour les lits d'infirmierie, où environ une centaine de lits supplémentaires seraient nécessaires selon les estimations de l'enquête.

Zusammenfassung

Patienten-Zensus in den Spitälern, Privatkliniken, spezialisierten Krankenhäusern und Heimen im Kanton Wallis

Im Auftrag des Walliser Staatsrat führte das Institut universitaire de médecine sociale et préventive in Lausanne im Herbst 1985 eine Erhebung aller Patienten durch, die in den Walliser Spitälern stationär betreut wurden. Ziel dieser als "Patienten-Zensus" gestalteten Studie war es zu prüfen, wie weit die betreuende Einrichtung dem Pflegebedarf der verschiedenen Patienten entsprach. Die Frage nach der richtigen Platzierung wurde den behandelnden Ärzten gestellt. Verschiedene demographische und medizinische Angaben wurden gleichzeitig erhoben.

Die Studie erfasste 26 medizinische Einrichtungen, die somatisch oder psychisch Kranke betreuen : Spitäler für Akutpflege und solche für Chronischkranke, sowie Heime, die über Pflegebetten verfügen-2271 Betten insgesamt. In einigen Kliniken erfolgte ein Zensus zwei oder drei mal, so dass 4624 Fragebogen ausgewertet wurden.

Die wichtigsten Beobachtungen, die bei dieser Studie gemacht werden konnten, sind folgende :

- In den Betten für Akutpflege findet man relativ wenig falsch platzierte Patienten : Ihr Anteil dürfte im Durchschnitt 7 % betragen, wobei er in den Abteilungen für Innere Medizin bei 14 % liegt.
In den Kliniken für Psychiatrie und Geriatrie schwankt dieser Anteil gar zwischen 20 und 30 %.
- Bei der Rückverlegung der Patienten aus den Betten für Akutpflege gibt es gewisse Engpässe. So scheint es ein Mangel an Pflegebetten in den Heimen zu sein, der die direkte Rückverlegung oft verhindert.
- Die Patienten der geriatrischen Abteilungen scheinen mit jenen vergleichbar zu sein, die in den Pflegebetten der Heime betreut werden, vorallem was den Pflegeaufwand betrifft.
- Auch wenn man die "falsch platzierten" Patienten umverteilen würde, bliebe die Belegung der Akutbetten in der Inneren Medizin und Psychiatrie, sowie der Chronischkrankenbetten noch relativ hoch. Ein Ausbau der Institutionen, die diese Patienten übernehmen könnten, würde die Akut und Chronischkrankhäuser von ihrer derzeitigen Ueberbelastung befreien, aber die Anzahl Betten könnte vermutlich nicht reduziert werden.
- Beim weiteren Ausbau des Spitalwesens muss den Abteilungen für Psychogeriatric und den Pflegebetten in Heimen Priorität zukommen. Die entsprechenden Betten sind heute schon stark belegt und ihre Anzahl wäre völlig ungenügend, wollte man die Patienten entsprechend der Meinung des behandelnden Arztes plazieren : Für die psychogeriatrischen Betten ergäbe sich eine Belegung von 151 %. Bei der Pflegebetten in den Heimen ist die Situation nicht besser, fehlen doch entsprechend den Resultaten der Studie rund 100.

1. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le canton du Valais se préoccupe de la planification des équipements médico-hospitaliers desservant la population valaisanne. On citera notamment un document-directeur concernant la planification de la santé publique du canton du Valais, publié en 1982 (1), suivi par un travail spécialement consacré aux problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées, publié en 1984 (2).

Les directives proposées par ces documents sont en cours d'application et n'ont pas encore pleinement développé leurs effets. En septembre 1984, le Dr Antoine Nussbaumer, membre du Conseil de santé, délégué de la Société médicale du Valais, demandait au Chef du Département de la santé publique d'inscrire à l'ordre du jour le problème suscité par l'encombrement des lits aigus par des patients souffrant de pathologies chroniques.

En octobre 1984, le Conseil de santé donnait son accord de principe à la réalisation d'une étude précise, suggérée par le Dr Nussbaumer. Le procès-verbal de la séance notait :

"Le problème des patients "mal placés" dans les divisions de soins aigus (cas de gériatrie chronique, etc.) est en effet connu depuis longtemps; la planification de santé de 1982 l'avait d'ailleurs mis en évidence, mais des données plus précises ont jusqu'à présent fait défaut"

Dans la même séance le Conseil de santé donnait son accord de principe pour une prise de contact avec l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, pour lui confier la réalisation technique de l'enquête. Ces contacts ont été engagés dès le printemps 1985, entre d'une part le Dr Michel Vouilloz, médecin cantonal, et le Dr Antoine Nussbaumer, délégué de la Société médicale du Valais auprès du Conseil de santé valaisan, et l'IUMSP d'autre part, en particulier le Prof. Felix Gutzwiller, directeur de l'Institut et le Dr Fred Paccaud, chef de la Division des services de santé. Après plusieurs discussions, un projet d'étude a été arrêté par ce groupe informel; ce projet utilisait la technique du recensement de patients. Le plan de l'étude et le budget étaient déposés auprès de l'Administration valaisanne et présentés au Conseil de santé le 18 juin 1985; celui-ci donnait un préavis favorable. Le 10 juillet 1985, le Conseil d'Etat autorisait le Département de la santé à participer à l'enquête sur les lits valaisans, avec mandat confié à l'IUMSP.

Le présent document analyse les résultats de cette enquête, effectuée en automne 1985. Le relevé des données a porté sur 26 établissements fournissant des prestations de soins aigus, chroniques et d'hébergement, représentant un total de 2271 lits. Les résultats présentés ici sont basés sur le dépouillement de 4624 questionnaires, chacun d'eux

correspond à un patient hospitalisé lors du jour de l'enquête.

Que toutes les personnes ayant participé à cet exercice trouvent ici l'expression de nos remerciements, particulièrement les médecins et les infirmières ayant fait l'effort substantiel de remplir les questionnaires.

2. METHODE ET REALISATION DE L'ENQUETE

2.1. Principe de l'enquête

L'objet de l'enquête était donc d'estimer le nombre de patients hospitalisés dans un établissement et/ou dans un lit inadéquats. La méthode choisie pour répondre à cette question a été celle du recensement : un jour particulier, tous les patients présents dans un lit sont comptés et caractérisés du point de vue de l'âge, du sexe, du problème médical, etc.; de plus, l'adéquation du lieu de traitement fait l'objet d'un jugement émis par l'enquêteur (en l'occurrence il s'est agit du médecin traitant), auquel il est demandé si l'état du patient tel qu'observable le jour du recensement correspond au type de lit qu'il occupe.

Cette enquête est donc simple dans son principe. Ce sont les Britanniques qui ont développé ces méthodes et qui emploient couramment ces enquêtes dans différents exercices de planification (3) ou d'analyse des services hospitaliers (4).

2.2. Description du questionnaire

Deux questionnaires ont été utilisés lors de l'enquête selon qu'il s'agissait d'établissements médicalisés ou non.

Ils sont largement inspirés des questionnaires utilisés récemment lors de deux enquêtes identiques effectuées en Suisse dans les cantons de Bâle (5) et de Soleure (6). A chaque patient hospitalisé le jour du recensement correspond un questionnaire (cf annexes 1 et 2), divisé en 3 parties : une partie administrative, une partie médicale et une partie infirmière :

- la première comprend quelques données administratives et socio-démographiques sur le patient (le questionnaire est bien entendu anonyme);
- la deuxième partie du questionnaire doit être remplie par le médecin traitant du patient, si possible par le médecin-chef de l'établissement ou du département, ou du moins sous sa responsabilité. La question centrale est celle du jugement du médecin sur l'adéquation entre les soins exigés par le patient et le type de lit qu'il occupe le jour du recensement. Si le médecin juge que ce n'est pas le cas, il lui est alors demandé où le patient devrait être. Ces questions impliquent un accord minimal sur la définition des soins et traitements requis par des patients de lits aigus, chroniques, de lits d'infirmierie ou de lits d'hébergement des homes, etc. Une liste de définitions était donc jointe au questionnaire et avait été adaptée à la situation valaisanne en collaboration avec le comité d'experts (cf point 2.5).

Le médecin doit donc dire où son patient pourrait être, idéalement, indépendamment des contingences concrètes (listes d'attente, manque de services de soins à domicile, etc.); indépendamment aussi du rôle tenu dans la réalité par les lits d'infirmierie, qui dans la conception de la santé publique valaisanne ayant cours jusqu'ici (et le plus souvent également dans la réalité) sont destinés aux propres patients des homes (patients des lits d'hébergement) dont le niveau de dépendance augmente durant le séjour dans le home, et non à un transfert direct d'un patient déjà dépendant venant d'un hôpital. Dans le cadre de cette étude, et contrairement à la réalité, le médecin devait considérer ces lits d'infirmierie comme une alternative de placement pour son patient : ceci ne fut pas toujours compris par le médecin.

- la troisième partie du questionnaire s'adresse à l'infirmière responsable; elle comporte une description objective des soins de base et des traitements requis par le patient, ainsi qu'un jugement subjectif de l'infirmière sur le degré de dépendance du patient quant aux soins de base et aux traitements.

Il faut relever enfin qu'il s'agit d'un questionnaire standard, relativement peu adéquat pour des services particuliers, tels par exemple la psychiatrie et la pédiatrie. C'est pour des raisons d'unité et de simplicité, qu'une version unique a été retenue.

Le second questionnaire a été appliqué aux patients hébergés dans des établissements ne disposant pas d'un médecin en permanence, à savoir les homes. Ce questionnaire reprend simplement la première et la troisième parties du questionnaire précédent, en ignorant donc la partie adressée au médecin traitant (cf annexe 2).

2.3. Etablissements, services et nombre de lits concernés

Bien que l'intérêt initial ait concerné les lits aigus, il a été finalement décidé d'inclure dans l'étude, outre les services aigus des hôpitaux publics, les cliniques privées, les services de gériatrie et les établissements pour patients chroniques, ainsi que les établissements spécialisés (psychiatrie et Montana). La question des patients "mal placés" évoquée dans l'introduction a semblé pertinente pour chacun de ces établissements. Les lits d'infirmierie des homes pour personnes âgées ont également été inclus, de façon à permettre une comparaison de leurs patients avec ceux des services de gériatrie.

Le TABLEAU 1 montre le nombre, le type de lits et les établissements inclus dans l'enquête. Les établissements et les types de lits seront regroupés de la même manière dans la présentation des résultats ci-dessous.

Les lits aigus comprennent les lits de médecine, de chirurgie (chirurgie générale, neurochirurgie, ORL, orthopédie, etc.), de gynécologie et de pédiatrie. Les lits de soins intensifs ont été inclus dans les départements susmentionnés.

Les lits chroniques sont ceux des services chroniques ou de gériatrie des hôpitaux et des cliniques, ainsi que ceux des deux établissements spécialisés pour chroniques, Gravelone et le Pfllegeheim de Brigue.

Le choix des lits d'infirmierie dans les homes pour personnes âgées a été plus complexe. Le TABLEAU 2 présente d'abord les chiffres officiels fournis par le Département de la Santé publique, c'est-à-dire le nombre de lits d'infirmierie officiellement reconnus et subventionnés dans chaque home. La deuxième colonne mentionne le nombre de lits retenus pour l'enquête; en effet, les lits d'infirmierie ne sont pas toujours géographiquement et formellement distincts des lits d'hébergement : ce n'est qu'une notion administrative, voire même inconnue des responsables des soins. Il a donc été établi, home par home et en accord avec les responsables au sein de l'établissement désignés par la Santé publique, le nombre de patients considérés comme occupant un lit d'infirmierie. Ce nombre est plus élevé que le nombre officiel pour la majorité des homes, parfois presque du simple au double (la Providence par exemple). Cela ne signifie pas pour autant que les homes pour lesquels nous avons retenu seulement le chiffre officiel n'ont pas, dans leurs lits d'hébergement de patients dépendants et méritant peut-être une place dans un lit d'infirmierie. Simplement, pour ces établissements, les lits d'infirmierie étaient très clairement définis. Remarquons aussi que le fait d'inclure dans l'enquête plus de patients que ceux définis comme étant les plus lourds pouvait avoir pour effet de "diluer" en quelque sorte la charge et le niveau de dépendance des patients du home lors de l'enquête.

2.4. Période de l'enquête

L'enquête a été réalisée en automne 1985. Le choix de la saison a été largement imposé par le calendrier de planification du Service de la santé publique valaisan.

Tableau 1Nombre et types de lits par établissement

<u>Lits aigus dans les hôpitaux publics</u>		1130
Monthey	133	
Martigny	179	
Sion	280	
Sierre	168	
Viège	196	
Brigue	174	
<u>Lits aigus dans les cliniques</u>		130
St-Amé	38	
Ste-Claire	84	
<u>Lits chroniques (Services de gériatrie des hôpitaux et des cliniques, établissements spécialisés pour chroniques)</u>		343
Monthey	25	
Martigny	20	
Sierre	25	
St-Amé	60	
Ste-Claire	15	
Gravelone	148	
Pflegeheim Brig	50	
<u>Lits des établissements spécialisés</u>		
Lits aigus de psychiatrie		112
. Malévoz	84	
. Psychosomat. Brig	28	
Lits chroniques de psychiatrie (Malévoz)		134
. Psychiatrie chronique	73	
. Psycho-gériatrie	61	
Centre valaisan de pneumologie (Montana)		105

Tableau 2Lits d'infirmierie dans les homes pour personnes âgées

		<u>Lits d'infirmierie officiellement reconnus</u>	<u>Lits d'infirmierie inclus dans l'enquête</u>
Riond Vert	(Vouvry)	12	20
Tilleuls	(Monthey)	16	16
Providence	((Bagnes)	20	36
Notre-Dame	(Martigny)	25	35
St-François	(Sion)	16	24
St-Joseph	(Sierre)	26	26
Christ-Roi	(Lens)	10	15
St-Joseph	(Susten)	70	69
St-Martin	(Viège)	32	31
St-Annaheim	(Steg)	15	19
Sta Maria	(Naters)	12	16
Ma Vallée	(Nendaz)	4	4
St-Sylve	(Vex)	5	6
		<hr/>	<hr/>
		263	317

Afin de diminuer l'effet du hasard, il a été décidé d'effectuer ce recensement à 3 reprises, à savoir :

mardi 8 octobre 1985

mercredi 13 novembre

jeudi 28 novembre

Les trois jours choisis ont été considérés comme "normaux", à l'exception peut-être du premier, situé en période de vendanges, connue en Valais pour une certaine sous-occupation des services aigus en particulier. La saison touristique d'hiver a été évitée à dessein, afin de refléter l'activité de base.

2.5. Organisation de l'enquête

L'enquête a été effectuée à la demande de l'Etat du Valais, et l'ensemble des opérations (préparation, réalisation et analyse) a été placé sous la surveillance d'un Comité d'experts, comprenant :

Dr Vouilloz, médecin cantonal, Sion

M. Briguet, Service cantonal de la santé publique, Sion

Dr Nussbaumer, Monthey

Dr Rothen, Viège

Mme Minod, représentante de l'Association valaisanne des infirmières en santé publique.

La réalisation de l'enquête a été confiée à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive; l'exécution du projet a été assurée par le Dr Marianne Huguenin, médecin assistant, en collaboration avec le Dr F. Paccaud, médecin adjoint, chef de la Division des services de santé au sein de l'IUMSP et le Prof. F. Gutzwiller, directeur de l'IUMSP. La réalisation de l'enquête a également bénéficié de la collaboration active du Dr Brigitte Eggimann, médecin assistant au sein de la Division des services de santé, de M. Georges Braoudakis, chargé de recherche au sein de la Division de statistique et d'informatique. Le secrétariat de l'enquête a été assuré par Mireille Christen.

2.6. Déroulement de l'enquête

La préparation de l'enquête a commencé en septembre 1985, par la préparation des formulaires d'enquête et la définition des lits hospitaliers ou d'hébergement.

9

Une première séance d'information destinée aux hôpitaux et aux homes soumis à l'enquête a eu lieu à Sion, le 18 septembre 1985. Cette séance a permis de préciser les buts de l'enquête et les aspects pratiques liés à sa réalisation.

La réunion rassemblait des représentants du corps médical, de la direction infirmière et de l'administration de chaque hôpital, responsables de l'exécution de l'enquête pour leur établissement.

Le chargé de l'enquête de l'IUMSP a ensuite visité chaque établissement l'un après l'autre, hôpital ou home. Entre les deux premiers recensements, une nouvelle visite était effectuée pour corriger les éventuelles incompréhensions mises en évidence lors du dépouillement du premier recensement.

Dans l'ensemble, il semble que la charge de travail supplémentaire due à l'enquête ait été jugée supportable par les hôpitaux, (moins grande que celle qu'ils avaient crainte), même si sa répétition à trois reprises a finalement été un peu lourde.

Les trois recensements prévus ont été effectués pour tous les services aigus des hôpitaux, des cliniques, de la psychiatrie. La seule exception concerne les départements de chirurgie, de gynécologie et de pédiatrie de l'hôpital de Brigue, qui n'ont pas participé au premier recensement (mardi 8 octobre 1985).

Le Centre valaisan de pneumologie de Montana a également participé aux 3 recensements, mais chaque fois décalés de 2 semaines (mardi 22 octobre, mercredi 27 novembre et jeudi 12 décembre), ceci pour des raisons d'organisation interne.

Pour les services chroniques de médecine comme de psychiatrie, seuls 2 recensements ont été faits en raison du tournus plus lent des patients (le premier le 8 octobre et le dernier le 28 novembre). Un seul recensement, le 28 novembre, a été conduit dans les lits d'infirmierie des homes.

Des questionnaires ont été remplis pour tous les patients hospitalisés, exceptés 2 patients de la physiatrie de Gravelone lors du 1er recensement, et respectivement 2 et 4 patients de la gériatrie de St-Amé lors des premier et troisième recensements. Un patient chronique de psychiatrie et un patient d'un home (St-Sylve), hospitalisés ailleurs et ayant leurs lits réservés, ont été comptés dans le taux d'occupation des dits services, bien qu'inclus pour le recensement dans l'hôpital où ils séjournaient.

L'ensemble des questionnaires analysés correspond finalement à :

1526	pour	le	premier	recensement	(R1);
1220	pour	le	deuxième	recensement	(R2 sans les
				chroniques;	
1561	pour	le	troisième	recensement	(R3);
317	pour	l'unique	recensement	des homes;	

La collecte, le dépouillement, la vérification et l'analyse de ces données a eu lieu entre novembre 1985 et mars 1986; les résultats de cette analyse ont fait l'objet d'une présentation devant les responsables médicaux et hospitaliers le 20 mars 1986, à Sion.

3. TAUX D'OCCUPATION LORS DES RECENSEMENTS

Le TABLEAU 3 montre les taux d'occupation selon les différents types de lits. Les lits chroniques ont la plus forte occupation, également en psychiatrie. La psychogériatrie est occupée à 100% dans les deux recensements. Le taux d'occupation est également élevé en psychiatrie aiguë, entre 89 et 98% pour Brigue et Malévoz.

Le TABLEAU 4 détaille ces taux d'occupation par établissement, hôpital ou clinique, ainsi que pour les établissements pour patients chroniques de gériatrie; parmi ceux-ci les taux les plus élevés sont à St-Amé, Martigny et Ste-Claire, qui dépassent ou sont égaux à 100%.

Dans les services aigus des hôpitaux, Sion a régulièrement le taux le plus élevé. Il faut noter que le nombre officiel de lits dans cet hôpital ne comprend pas les patients en salle d'entrée, les femmes en salle d'accouchement, les prématurés et les patients de radiothérapie; or ces patients ont été inclus dans le recensement, ce qui augmente naturellement le taux d'occupation.

La réorganisation en cours lors des enquêtes à la Clinique Ste-Claire explique son faible taux d'occupation, influant sur celui des cliniques en général.

Le TABLEAU 5 montre les taux d'occupation par service de lits aigus. On constate que les services de médecine dépassent toujours les 95% d'occupation, allant même au-delà de 100%. Les résultats détaillés par établissement (TABLEAU 6) montrent en particulier que les services de médecine des hôpitaux de Monthey, de Martigny et de Sion étaient surchargés lors des trois recensements.

Tableau 3Taux d'occupation lors des différents recensements

	<u>R 1</u>	<u>R 2</u>	<u>R 3</u>
Lits aigus des hôpitaux	81 %	86 %	75 %
Lits aigus des cliniques	48 %	54 %	55 %
Lits chroniques	97 %		98 %
Lits dans les établissements spécialisés :			
. psychiatrie : aigus	96 %	89 %	92 %
chroniques	100 %		93 %
psycho-gériatrie	100 %		100 %
. Montana	71 %	77 %	69 %

Tableau 4

Taux d'occupation lors des recensements par établissement

<u>Lits aigus des hôpitaux</u>	R 1	R 2	R 3
Monthey	89 %	84 %	69 %
Martigny	86 %	90 %	77 %
Sion	89 %	93 %	92 %
Sierre	73 %	74 %	61 %
Viège	67 %	86 %	78 %
Brigue	* 88 %	82 %	64 %

* médecine seulement

Lits aigus des cliniques

St-Amé	80 %	78 %	100 %
Ste-Claire	31 %	41 %	30 %

Lits chroniques (Services de gériatrie des hôpitaux et des cliniques et établissements spécialisés pour chroniques)

Monthey	* 72 %		80 %
Martigny	105 %		105 %
Sierre	84 %		84 %
St-Amé	112 %		107 %
Ste-Claire	100 %		100 %
Gravelone	97 %		99 %
Pflegeheim Brig	94 %		98 %

* 7 lits temporairement fermés

Lits aigus de psychiatrie

. Malévoz	98 %	87 %	93 %
. Psychosomatique Brig	89 %	96 %	89 %

Tableau 5Taux d'occupation des lits aigus par service dans les hôpitaux et les cliniques

<u>Hôpitaux</u>	<u>Nb de lits</u>	<u>R 1</u>	<u>R 2</u>	<u>R 3</u>
Médecine	382	97 %	102 %	96 %
Chirurgie	464	73 %	91 %	77 %
Gynéco-obstétr.	186	64 %	63 %	56 %
Pédiatrie	98	77 %	41 %	31 %

Cliniques

Médecine- chirurgie *	82	62 %	79 %	79 %
Gynéco-obstétr.	25	48 %	20 %	12 %
Pédiatrie	23	0 %	0 %	13 %

* non distincts à St-Amé

Tableau 6Taux d'occupation dans les services de médecine (lits A)

	<u>Nb de lits officiels</u>	<u>R 1</u>	<u>R 2</u>	<u>R 3</u>
Monthey	48	114 %	119 %	92 %
Martigny	64	106 %	116 %	108 %
Sion	96	104 %	97 %	103 %
Sierre	61	95 %	93 %	82 %
Viège	63	73 %	94 %	92 %
Brigue	50	88 %	98 %	88 %
St-Amé (méd.+chir.)	30	120 %	120 %	153 %
Ste-Claire	27	15 %	33 %	11 %

4. DESCRIPTION DE LA POPULATION HOSPITALISEE

Les résultats sont présentés en deux parties; la première comporte une description des patients dans chaque établissement (âge, sexe, durée de séjour, raisons de l'hospitalisation, niveau de dépendance pour les soins de base et les traitements...). La seconde partie concerne les patients considérés comme étant "mal placés".

La plupart du temps, les résultats sont exprimés globalement pour l'ensemble des recensements (3 pour les lits aigus, 2 pour les lits chroniques de gériatrie et de psychiatrie, 1 pour les lits d'infirmerie des homes).

Concernant les lits aigus, c'est la situation dans les services de médecine qui sera décrite; elle était d'ailleurs à l'origine de l'enquête. Pour cette raison, les caractéristiques des patients de chirurgie ou des autres départements aigus ne seront évoquées que très brièvement.

4.1. Age des patients

Pour comparer les âges des patients entre hôpitaux et services, deux indicateurs sont utilisés : d'une part la moyenne d'âge et d'autre part la proportion de patients âgés de 70 ans et plus. Si le premier est une notion habituelle et est plus représentatif de l'ensemble des patients, le second est moins influencé par les cas extrêmes. Ces deux indicateurs ne font que décrire l'âge de la population, sans en impliquer forcément une charge de travail (ex. celle des patients psychiatriques ou jeunes invalides chroniques).

4.1.1. Age dans les services de médecine (lits aigus)

L'âge moyen dans les lits aigus des hôpitaux est de 51 ans (56 ans dans les lits aigus des cliniques). La différence entre la médecine et la chirurgie est nette, puisque les patients de médecine ont une moyenne de 63 ans, contre 50 ans pour ceux de chirurgie.

Le TABLEAU 7 montre les variations dans les services de médecine des hôpitaux et des cliniques. (Pour la clinique St-Amé, il s'agit d'un unique département rassemblant les patients de médecine et de chirurgie, et qui sera dans cette analyse toujours regroupé avec les services de médecine).

L'âge moyen est nettement plus élevé à Monthey, où plus de la moitié des patients dépassent 70 ans. Ils sont seulement 30% dans ce cas à Sion, où la moyenne d'âge est la plus basse. Les autres établissements ont des répartitions par âge très semblables.

Tableau 7

Age moyen et proportion de patients âgés de 70 ans et plus dans les services de médecine
- des hôpitaux

	<u>âge moyen</u>	<u>% de patients âgés de 70 ans et plus</u>
Monthey	67 a.	56 %
Martigny	64 a.	48 %
Sion	58 a.	30 %
Sierre	64 a.	46 %
Viège	63 a.	44 %
Brigue	62 a.	44 %
<hr/>		
Ensemble	63 a.	43 %

- des cliniques

St-Amé (méd.+chir.)	59 a.	47 %
Ste-Claire	65 a.	50 %

4.1.2. Age dans les services de gériatrie (lits chroniques)

L'âge moyen dans les services de gériatrie est de 80 ans; et le 89% des patients ont 70 ans ou plus. Le TABLEAU 8 compare ces données pour les différents services de gériatrie des hôpitaux et des cliniques. Martigny et Monthey ont plus de patients âgés, le Pflegeheim de Brigue ayant lui un certain nombre de patients chroniques jeunes. En ce qui concerne l'hôpital de Gravelone, les patients du département de gériatrie et ceux du département de psychiatrie (officiellement lits chroniques également) sont présentés séparément en raison de leurs caractéristiques très différentes.

4.1.3. Age dans les établissements spécialisés (psychiatrie et Montana)

Le TABLEAU 9 montre les résultats concernant les lits aigus de psychiatrie (Malévoz et le département de psychosomatique de l'hôpital de Brigue), ainsi que ceux des lits de psychiatrie chronique et de psychogériatrie (Malévoz uniquement). On peut constater que l'âge des patients de Brigue est moins élevé qu'à Malévoz. Les lits chroniques de psychiatrie sont également occupés par une population plutôt jeune; les services de psychogériatrie ont une population moins âgée que celle des services de gériatrie.

Le Centre valaisan de pneumologie (Montana) a lui une moyenne d'âge équivalente à celle des services aigus de médecine (63 ans), mais a une quantité moindre de patients âgés.

4.1.4. Age dans les lits d'infirmierie des homes

L'âge moyen dans les homes est de 81 ans, variant de 71 (St-Joseph à Susten, home hébergeant des patients psychiatriques chroniques) à 86 ans. Quatre homes ont 100% de patients de 70 ans et plus : les Tilleuls, St-François, St-Annaheim et Ma Vallée (TABLEAU 10).

Tableau 8

Age moyen et proportion de patients âgés de 70 ans et plus dans les services gériatrie (lits C)

	<u>âge moyen</u>	<u>% de patients âgés de 70 ans et plus</u>
Monthey	83 a.	100 %
Martigny	84 a.	100 %
Sierre	82 a.	98 %
St-Amé	80 a.	86 %
Ste-Claire	77 a.	90 %
Gravelone	80 a. (physiatrie 51 a.)	91 % (physiatrie 20 %)
Heim Brig	77 a.	77 %
<hr/>		
Ensemble	80 ans	89 %

Tableau 9

Age moyen et proportion de patients âgés de 70 ans et plus dans les établissements spécialisés (psychiatrie et Montana)

	<u>âge moyen</u>	<u>% de patients âgés de 70 ans et plus</u>
Lits aigus de psychiatrie		
Malévoz	46 a.	6 %
Brig	39 a.	1 %
<hr/>		
Ensemble	44 a.	5 %
Lits chroniques de psychiatrie		
Psycho-gériatrie	77 a.	78 %
Montana	63 a.	36 %

Tableau 10Age moyen et proportion de patients âgés de 70 ans et plus dans les lits d'infirmierie des homes

	<u>âge moyen</u>	<u>% de patients âgés de 70 ans et plus</u>
Riond-Vert	84 a.	95 %
Tilleuls	83 a.	100 %
Providence	80 a.	89 %
Notre-Dame	84 a.	97 %
St-François	86 a.	100 %
St-Joseph Sierre	85 a.	96 %
Christ-Roi	77 a.	80 %
St-Joseph Susten	71 a.	59 %
St-Martin	85 a.	97 %
St-Annaheim	85 a.	100 %
Sta-Maria	83 a.	88 %
Ma Vallée	86 a.	100 %
St-Sylve	77 a.	83 %
<hr/>		
Ensemble	81 ans	87 %

4.2. Temps de séjour moyen et répartition

La date d'entrée à l'hôpital (ou dans le home) permet de connaître la durée du séjour écoulé jusqu'au moment du recensement. Cette variable est appelée ici "temps de séjour", dont les moyennes sont présentées ci-dessous par établissement ou service.

Ce temps de séjour n'a rien à faire avec la durée de séjour, indicateur classique de l'activité hospitalière. En fait, pour des raisons statistiques, le temps de séjour mesuré lors d'un recensement est toujours beaucoup plus long que la durée moyenne du séjour : on s'en rendra d'ailleurs aisément compte dans les tableaux donnés ci-dessous.

L'intérêt du temps de séjour est cependant de renseigner sur le taux de renouvellement des patients et sur la proportion de très longues durées de séjour à l'hôpital.

Comme pour l'âge, ce temps de séjour moyen est analysé en combinaison avec la proportion des patients séjournant depuis plus de 15 jours (respectivement 1 mois, 6 mois ou 1 an) dans les divers types d'établissements, proportions moins influencées par les extrêmes.

4.2.1. Temps de séjour dans les lits aigus et en particulier en médecine

Le temps de séjour moyen des patients est plus élevé en médecine que dans les autres départements : 29 jours en moyenne pour les lits de médecine des hôpitaux, contre 13 jours pour les services de chirurgie, 6 pour ceux de gynécologie-obstétrique et 9 pour ceux de pédiatrie. Signalons des variations pour les services de chirurgie allant de 9 jours (Viège) à 21 jours (Monthey). Ces variations vont de 5 jours (Sierre) à 7 jours (Sion) pour la gynécologie-obstétrique et de 2 jours (Viège) à 14 jours (Sion) pour la pédiatrie.

Le TABLEAU 11 montre les variations de temps de séjour par établissement pour les lits aigus de médecine des hôpitaux et des cliniques, ainsi que la proportion de patients y séjournant depuis plus de 15 jours, plus d'un mois et plus de 6 mois. Quatre hôpitaux ont des temps de séjour très semblables; par contre, ceux de Viège et de Monthey se caractérisent par un temps de séjour moyen nettement plus élevé que la moyenne de 29 jours, soit 77 et 42 jours; à Viège, 10% des patients de médecine sont dans le service depuis plus de 6 mois, et le quart d'entre eux depuis plus d'un mois. Monthey a moins de patients entrés 6 mois auparavant (4%), mais plus de séjours moyens (33% de plus d'un mois et 58% de plus de 15 jours). Rappelons l'âge élevé des patients de Monthey et l'absence à Viège, tant à l'hôpital que dans la ville, d'un service pour patients chroniques.

Tableau 11Temps de séjour dans les services de médecine (lits A)- des hôpitaux

	<u>Temps de séjour moyen (en jours)</u>	<u>% de patients séjournant</u>		
		<u>depuis >15 jours</u>	<u>>1 mois</u>	<u>> 6 mois</u>
Monthey	42 j.	58 %	33 %	4 %
Martigny	19 j.	38 %	15 %	1 %
Sion	18 j.	27 %	9 %	0.5 %
Sierre	16 j.	35 %	12 %	0 %
Viège	77 j.	46 %	25 %	10 %
Brigue	15 j.	36 %	7 %	1 %
<hr/>				
Ensemble	29 j	38 %	16 %	2 %

- des cliniques

St-Amé (méd.-chir.)	28 j.	38 %	25 %	3 %
Ste-Claire	19 j.	63 %	19 %	0 %

4.2.2. Temps de séjour en gériatrie (lits chroniques)

Le temps de séjour moyen dans les services de gériatrie est de 20 mois. 87% des patients y sont depuis plus d'un mois, 60% depuis plus de 6 mois et 45% depuis plus d'un an.

Le TABLEAU 12 montre les variations entre les différents services. Ce temps de séjour moyen varie de 6 mois (Ste-Claire) à 40 mois (St-Amé). Le service de gériatrie de Monthey (29 mois) a également un temps de séjour au-dessus de la moyenne. A 6 mois comme à un an, le renouvellement est le plus faible d'abord à Monthey, puis à St-Amé. Pour l'hôpital de Gravelone, nous avons à nouveau séparé les patients de gériatrie de ceux de psychiatrie, vu leurs caractéristiques très différentes (37 jours de séjour moyen pour les deuxièmes contre 12 mois pour les premiers).

4.2.3. Temps de séjour dans les établissements spécialisés

Le TABLEAU 13 donne les temps de séjour en psychiatrie et au Centre valaisan de Pneumologie. Le temps de séjour moyen en psychiatrie (lits aigus) est de 9 mois et demi, avec une variation importante entre les patients de Malévoz (12 mois en moyenne) et ceux du Département de Psychosomatique de Brigue (1 mois et demi). Ces différences se retrouvent dans les diverses proportions de patients séjournant depuis les divers laps de temps utilisés.

La rotation dans les services de psychiatrie chronique et en psychogériatrie est très faible, puisque les temps de séjour moyens s'expriment en années, respectivement 9 ans et 6 ans.

A Montana, le temps de séjour moyen est de 54 jours. 5% seulement des patients y séjournent depuis plus de 6 mois.

4.2.4. Temps de séjour dans les homes

Le temps moyen de séjour dans les homes est de 6 ans allant de 2 ans (pour St-Sylve, home ouvert récemment) à 11 ans pour St-Joseph de Susten (invalides, patients psychiatriques chroniques (TABLEAU 14)). Les homes de St-François, la Providence, Les Tilleuls et Sta-Maria ont des durées moyennes de séjour de 5 ans et plus. Le renouvellement des patients est le plus faible à un an à Christ-Roi, Ma Vallée (100% de patients séjournant depuis plus d'un an), puis St-François, Sta-Maria, St-Sylve et Notre-Dame (entre 96 et 80%).

Tableau 12

Temps de séjour dans les services de gériatrie (lits C)

	<u>Temps de séjour moyen (en mois)</u>	<u>% de patients séjournant</u>		
		<u>depuis</u>	<u>> 1 mois</u>	<u>> 6 mois</u>
Monthey	29 mois	95 %	87 %	76 %
Martigny	18 mois	86 %	71 %	43 %
Sierre	15 mois	98 %	69 %	45 %
St-Amé	40 mois	99 %	82 %	68 %
Ste-Claire	6 mois	90 %	37 %	13 %
Gravelone	12 mois (phys.: 37 j.)	77 % (phys.33)	40 % (phys.2)	28 %
Heim Brig	20 mois	91 %	70 %	54 %
Ensemble	20 mois	87 %	60 %	45 %

Tableau 13

Temps de séjour dans
les établissements spécialisés (psychiatrie et Montana)

	<u>Temps de séjour moyen</u>	<u>% de patients séjournant depuis :</u>			
		<u>> 15 j.</u>	<u>> 1 mois</u>	<u>> 6 mois</u>	<u>> 1 an</u>
Lits aigus de psychiatrie					
Malévoz	12 mois	78 %	58 %	18 %	8 %
Brig	1. 1/2 mois	71 %	42 %	1 %	0
Ensemble	9 1/2 mois	76 %	54 %	14 %	6 %
Lits chroniques de psychiatrie					
Psycho-gériatrie	6 ans	98 %	84 %	84 %	67 %
Montana	54 jours	55 %	31 %	5 %	1 %

Tableau 14

Temps de séjour dans
les lits d'infirmérie des homes

	<u>temps de séjour</u> <u>moyen en année</u>	<u>% de pensionnaires séjournant depuis</u>	
		<u>> 6 mois</u>	<u>> 1 an</u>
Riond-Vert (Vouvry)	3 ans	85 %	55 %
Tilleuls (Monthey)	5 ans	81 %	75 %
Providence (Bagnes)	6 ans	86 %	67 %
Notre-Dame (Martigny)	4 ans	91 %	80 %
St-François (Sion)	8 ans	100 %	96 %
St-Joseph (Sierre)	4 ans	89 %	77 %
Christ-Roi (Lens)	4 ans	100 %	100 %
St-Joseph (Susten)	11 ans	97 %	90 %
St-Martin (Viège)	3 1/2 ans	97 %	81 %
St-Annaheim (Steg)	3 ans	90 %	74 %
Sta-Maria (Naters)	5 ans	94 %	94 %
La Vallée (Nendaz)	3 ans	100 %	100 %
St-Sylve (Vex)	2 ans	83 %	83 %
<hr/>			
Ensemble	6 ans	92 %	81 %

4.3. Répartition par sexe

Nous analyserons plus rapidement les proportions d'hommes et de femmes dans les différents services. Pour simplifier, le TABLEAU 15 donne simplement la proportion de femmes.

On remarque que les hommes sont plus nombreux en chirurgie (et c'est le cas dans tous les hôpitaux), en pédiatrie (idem), dans les lits chroniques de psychiatrie et à Montana. La plus grande proportion de femmes se trouve dans les lits d'infirmierie des homes (73%) et dans les lits de gériatrie (sans la psychiatrie) (72%).

Dans les services de médecine des hôpitaux, la moyenne est de 52% de femmes, et elles sont plus nombreuses partout, sauf à Brigue. Dans les lits aigus de psychiatrie, notons une différence entre Malévoz (50% de femmes) et Brigue (60% de femmes).

4.4. Répartition par état-civil

La répartition des patients selon leur état-civil dans les différents types de lits est montrée au TABLEAU 16.

On constate les taux élevés de célibataires dans les lits de psychiatrie (50% en psychiatrie aiguë, 84% en psychiatrie chronique, 35% en psychogériatrie), comme dans les lits d'infirmierie des homes (36%). La proportion de veufs(ves) est importante, dans les trois types de services s'occupant de gériatrie, variant entre 43 et 56%.

4.5. Résidents étrangers

Le nombre global d'étrangers non résidents en Suisse est extrêmement faible dans l'ensemble des établissements hospitaliers valaisans : 1% des patients dans les lits aigus, et aucun dans les lits chroniques. Seuls les hôpitaux de Brigue (3,4%) et Viège (1,5%) dépassent cette moyenne.

La situation est un peu différente en psychiatrie, avec 7% de résidents étrangers dans les lits aigus de Malévoz (aucun à Brigue), et 3% en psychiatrie chronique.

4.6. Patients privés

Il n'y a pas de patients privés à Montana, en psychiatrie chronique et en psychogériatrie. Le TABLEAU 17 donne la proportion de patients privés pour les lits aigus des hôpitaux et des cliniques (au total 6%), ainsi que pour les quelques établissements avec lits chroniques ayant des lits privés. Le taux le plus élevé de patients privés se trouve dans les lits aigus de psychiatrie à Malévoz.

Tableau 15Proportion de femmes dans les différents types de lits

Lits aigus des hôpitaux :	
médecine	52 %
chirurgie	40 %
pédiatrie	36 %
Lits aigus des cliniques	66 %
Lits de gériatrie (C)	72 %
Lits aigus de psychiatrie	52 %
Lits chroniques de psychiatrie	44 %
Lits de psycho-gériatrie	69 %
Montana	40 %
Lits d'infirmierie des homes	73 %

Tableau 16Répartition par état-civil dans les différents types de lits

	<u>célibataire</u>	<u>marié</u>	<u>séparé/divorcé</u>	<u>veuf(ve)</u>
Lits A des hôpitaux et des cliniques	25 %	57 %	3 %	15 %
Lits C de gériatrie	22 %	23 %	1 %	54 %
Lits A de psychiatrie	50 %	28 %	11 %	11 %
Lits C de psychiatrie	84 %	6 %	8 %	2 %
Lits de psycho-gériatrie	35 %	19 %	3 %	43 %
Montana	27 %	39 %	9 %	25 %
Lits d'infirmierie des homes	36 %	4 %	4 %	56 %

Tableau 17Proportion de patients privésLits A des hôpitaux et cliniques

Monthey	2 %
Martigny	3 %
Sion	4 %
Sierre	6 %
Viège	10 %
Brigue	12 %
St-Amé	3 %
Ste-Claire	8 %

Ensemble	6 %
----------	-----

<u>Lits C</u>	St-Amé	12 %
	Gravelone	1 %
	Heim Brigue	3 %

Ensemble	3 %
----------	-----

Lits A de psychiatrie

Malévoz	19 %
---------	------

4.7. Patients hospitalisés pour soins et traitements impossibles à domicile

Dans la partie du questionnaire destinée aux médecins, on demandait à ceux-ci de donner la raison principale de l'hospitalisation : traitement médical (ou chirurgical, psychiatrique, accouchement), investigations, rééducation ou "traitements ou soins impossibles à domicile". Nous nous attacherons ici à décrire la proportion des hospitalisations attribuées à cette dernière catégorie, qui recouvre ce qu'on peut appeler les hospitalisations dites "sociales".

Il faut noter quelques limites d'interprétation concernant cette question. Il s'agissait de déterminer la raison principale de l'hospitalisation, plusieurs raisons pouvant évidemment intervenir. De plus, on prenait en compte les raisons de l'hospitalisation à l'entrée, et il n'était pas tenu compte de l'évolution ultérieure du patient. Les malades entrés pour des raisons médicales précises, mais prolongeant leur séjour pour des raisons sociales ne sont donc pas compris dans ce taux. Il est évident en outre que cette appréciation est relativement subjective, et dépend de la "philosophie" professionnelle et sociale du médecin. En particulier, nous avons constaté des appréciations différentes (en particulier une augmentation de la proportion de patients considérés être entrés à l'hôpital pour des raisons sociales) lorsqu'un médecin-assistant (ou même parfois l'infirmière responsable) avait rempli cette partie du questionnaire plutôt que le médecin chef...

Les résultats sont les suivants : ce taux d'hospitalisation pour "raisons sociales" ou "soins et traitements impossibles à domicile" est pratiquement nul dans les services aigus de chirurgie, de gynécologie-obstétrique ou de pédiatrie (1% en moyenne). Il est de 3% dans les services aigus de médecine des hôpitaux, avec un maximum de 9% à Viège, de 4% à Sierre, et un minimum de 0% à Brigue. Ce taux est bas également dans les lits aigus de psychiatrie (1%) et à Montana (4).

Le TABLEAU 18 nous montre la situation en ce qui concerne les services chroniques de gériatrie, de psychiatrie ou de psychogériatrie. 37 % des patients de gériatrie sont hospitalisés principalement parce que les soins ou le traitement étaient impossibles à domicile; le taux le plus élevé est celui du service de gériatrie de Ste-Claire (83% des patients sont dans ce cas) puis ceux de St-Amé et de Monthey. 58% des patients psychiatriques chroniques et 56% de ceux de psychogériatrie sont hospitalisés pour les mêmes raisons.

Tableau 18

Proportion de patients hospitalisés pour "traitements ou soins impossibles à domicile"Services de gériatrie (lits C)

Monthey	69 %	
Martigny	41 %	
Sierre	62 %	
St-Amé	72 %	
Ste-Claire	83 %	
Gravelone	17 %	(0 % psychiatrie)
Heim Brigue	2 %	
<hr/>		
Ensemble	37 %	
Lits de psychiatrie chronique	58 %	
Lits de psycho-gériatrie	56 %	

4.8. Patients hospitalisés plus d'une fois durant l'année écoulée

Les proportions de patients hospitalisés plus d'une fois dans l'année écoulée (excluant évidemment les patients séjournant depuis plus d'une année dans le service) sont élevées, soit 22% des patients dans les lits aigus des hôpitaux. Ces taux de réhospitalisation sont les plus élevés en médecine (29%), puis en chirurgie (18% avec un minimum de 10% à Monthey et à Brigue, et un maximum de 36% à Sierre); on a ensuite la gynécologie-obstétrique (10% avec un minimum de 4% à Monthey et un maximum de 17% à Martigny) et la pédiatrie (16%).

Le TABLEAU 19 montre les détails de ces chiffres pour les différents services de médecine, ainsi que pour les services de gériatrie (où 27% des patients ont été réadmis dans l'année écoulée). Les taux les plus bas, Monthey et St-Amé, sont ceux des établissements où on constatait le plus faible renouvellement des patients à un an. On constate par ailleurs que ces taux de réadmission sont maximum en psychiatrie aigue (45%).

4.9. Patients hospitalisés plus d'une fois pour des raisons sociales

Pour les patients hospitalisés plus d'une fois, il était demandé au médecin si la raison était principalement médicale (ou chirurgicale ou psychiatrique) ou sociale. C'est le cas de 7% seulement des patients réhospitalisés dans l'année écoulée en médecine, 26% en gériatrie, 36% en psychiatrie chronique et 40% en psycho-gériatrie.

Ces taux sont donc très faibles pour l'ensemble des patients : 2% des patients en médecine, 4% en psychiatrie chronique, 5% en psychogériatrie et 7% en gériatrie.

4.10. Description des soins de base

Dès cette question, le questionnaire a été rempli par l'infirmière. Il s'agit d'abord d'une description des différents soins de base reçus par le patient durant les dernières 24 heures (ou durant la dernière semaine pour certains soins) : ils constituent une part essentielle du traitement des patients chroniques, en gériatrie comme dans les lits d'infirmierie des homes, selon les définitions données dans le questionnaire.

Tableau 19

Proportion de patients hospitalisés plus d'une fois dans l'année écouléeServices de médecine des hôpitaux

Monthey	38 %
Martigny	29 %
Sierre	23 %
Sion	30 %
Viège	30 %
Brigue	33 %
<hr/>	
Ensemble	29 %

- des cliniques

St-Amé	29 %
Ste-Claire	27 %

Services de gériatrie (lits C)

Monthey	8 %	
Martigny	28 %	
Sierre	33 %	
St-Amé	8 %	
Ste-Claire	28 %	
Gravelone	35 %	(33 % psychiatrie)
Heim Brigue	37 %	
<hr/>		
Ensemble	27 %	

Lits A de psychiatrie

Malévoz	43 %
Brigue	52 %
<hr/>	
Ensemble	45 %

Lits de psychiatrie chronique 10 %Lits de psycho-gériatrie 12 %Montana 31 %

Les tableaux présentés ci-après décrivent les proportions de patients dépendants des soins infirmiers pour certains aspects de la vie quotidienne. Les critères suivants ont été retenus (ils correspondent aux points a) à i) de la question 5) pour définir le patient dépendant :

lever : impossible ou quelques heures (2+3)
 déplacement : impossible ou aide (3+4+5)
 toilette : incapable de se laver seul (4)
 utilisation WC : totalement dépendant ou aide (2+3)
 repas : totalement dépendant ou aide indispensable (2+3)
 habillement : totalement dépendant (3)
 urine : incontinent plus de 3 fois par semaine (4)
 selles : incontinent plus de 1 fois par semaine (4)
 orientation : comateux, fugue, désorienté jour et nuit
 (3+4+5)

Pour la toilette et l'habillement, seule une dépendance totale a été retenue : une dépendance partielle ne nécessite pas obligatoirement une présence infirmière plusieurs fois par jour.

4.10.1. Comparaisons entre les lits chroniques

Le TABLEAU 20 montre les proportions de patients dépendants pour les soins de base, selon les différents critères définis ci-dessus.

Ce tableau montre des niveaux semblables de dépendance pour les lits chroniques de gériatrie et les lits d'infirmerie des homes : globalement, en ce qui concerne les soins de base, la charge représentée par les patients est pratiquement la même. En se souvenant que plus de patients ont été retenus que ceux dénombrés officiellement (317 au lieu de 263), cette constatation n'en prend que plus d'importance.

Les patients de psychogériatrie sont également comparables aux autres patients chroniques quant à leur niveau de dépendance pour la toilette, l'utilisation des WC, les repas et l'habillement. Par contre, ils sont moins nombreux à être grabataires ou très limités dans leurs déplacements, mais plus détériorés sur le plan de la continence des urines et des selles, ainsi que de l'orientation.

La dépendance des patients aigus ou de psychiatrie pour ces différents soins de base n'est pas détaillée ici, vu que cela ne constitue pas une part essentielle du traitement dans ces types de lits et que la proportion de patients dépendants pour les soins de base y est nettement plus faible.

4.10.2. Soins de base dans les services de gériatrie

Le TABLEAU 21 utilise les mêmes critères que le tableau précédent et compare les proportions de patients dépendants pour les soins de base entre les divers services de gériatrie.

Tableau 20

Description des soins de base dans les lits chroniques, les homes et la psycho-gériatrie
(proportion de patients dépendants)

	Lever	Déplacement	Toilette	WC	Manger	Habilleme	Urine	Selles	Orientation
Lits C de gériatrie	57 %	67 %	46 %	73 %	53 %	54 %	23 %	37 %	47 %
Lits d'infirmierie des homes	49 %	60 %	53 %	71 %	48 %	52 %	23 %	30 %	53 %
Psycho-gériatrie	25 %	40 %	52 %	80 %	52 %	52 %	52 %	46 %	84 %

Tableau 21

Description des soins de base, par établissement, dans les lits C de gériatrie
(proportion de patients dépendants)

	Lever	Déplacement	Toilette	WC	Manger	Habilleme	Urine	Selles	Orientation
Monthey	97 %	92 %	61 %	97 %	71 %	58 %	61 %	68 %	50 %
Martigny	98 %	100 %	91 %	100 %	53 %	81 %	19 %	62 %	60 %
Sierre	36 %	52 %	48 %	90 %	59 %	45 %	29 %	50 %	65 %
St-Amé	77 %	69 %	50 %	71 %	66 %	47 %	7 %	39 %	39 %
Ste-Claire	57 %	67 %	40 %	70 %	42 %	47 %	14 %	13 %	35 %
Gravelone	35 %	62 %	32 %	67 %	35 %	34 %	23 %	28 %	43 %
Heim Brig	62 %	60 %	54 %	63 %	74 %	54 %	30 %	33 %	58 %

Des différences importantes entre les établissements sont constatées, allant du simple au double, voire au triple. Les services de gériatrie de Monthey et de Martigny en particulier présentent une forte proportion de patients dépendants.

4.10.3. Soins de base dans les lits d'infirmierie des homes

Le TABLEAU 22 compare les homes entre eux; il existe là aussi des différences importantes. Ce sont surtout les homes de La Providence et de St-Joseph à Sierre qui frappent par leur proportion de patients dépendants. Cette remarque vaut particulièrement pour la Providence où le nombre de patients retenus pour l'enquête est double de celui du nombre officiel de lits d'infirmierie (de 20 à 36).

4.11. Score de dépendance des soins de base

Une manière synthétique d'évaluer la charge représentée par les soins de base est d'élaborer un score les regroupant. Nous utiliserons ici le score de dépendance des soins de base élaboré par l'European Collaborative Hospital Study (ECHS), score sur lequel la question 5 de notre questionnaire est construite. Il utilise 38 combinaisons de réponses aux différents points de cette question, combinaisons pour lesquelles le score est positif, c'est-à-dire correspondant à un niveau de dépendance justifiant une prise en charge dans une structure d'hôpital ou de home médicalisé. L'ANNEXE 3 présente les 38 combinaisons en question.

4.11.1. Comparaisons entre les différents types de lits

Le TABLEAU 23 montre les proportions de patients ayant un score de dépendance positif selon les différents types de lits. Pour les lits aigus, la pédiatrie, pour laquelle ce score est sans signification, n'est pas considérée.

La symétrie constatée entre les patients de gériatrie et ceux des lits d'infirmierie se retrouve, puisque dans les deux cas, 70% de patients ont un score de dépendance positif. Le 88% de patients positifs en psychogériatrie est expliqué par le fait que le score ECHS retient d'emblée comme positifs tous les patients présentant une désorientation de jour comme de nuit, ce qui représentait déjà 84% des patients de psychogériatrie (très lourdement dépendants à Laurier, un des trois pavillons de psychogériatrie de Malévoz).

Bien que ce score ne soit pas conçu pour la psychiatrie, et ne tienne pas compte des patients dépressifs, dépendants psychiquement, agressifs ou autres, on constate néanmoins que 22% des patients psychiatriques chroniques sont retenus comme dépendants globalement des soins de base (avec une charge particulière pour le service de Torrent, l'un des trois départements de Malévoz accueillant les patients psychiatriques chroniques).

Tableau 22

Description des soins de base dans les homes
(proportion de patients dépendants)

	Lever	Déplacement	Toilette	WC	Manger	Habillement	Urine	Selles	Orientation
Riond-Vert	35 %	50 %	15 %	60 %	15 %	15 %	0 %	5 %	45 %
Tilleuls	19 %	27 %	44 %	56 %	19 %	19 %	6 %	13 %	50 %
Providence	50 %	83 %	67 %	81 %	58 %	64 %	44 %	39 %	72 %
Notre-Dame	74 %	54 %	66 %	66 %	49 %	63 %	3 %	40 %	51 %
St-François	33 %	42 %	63 %	67 %	33 %	54 %	33 %	33 %	54 %
St-Joseph	81 %	85 %	66 %	96 %	54 %	62 %	50 %	58 %	69 %
Christ-Roi	47 %	53 %	60 %	80 %	80 %	53 %	27 %	13 %	53 %
Susten	54 %	41 %	53 %	59 %	51 %	44 %	18 %	31 %	48 %
St-Martin	36 %	77 %	52 %	77 %	65 %	62 %	36 %	7 %	55 %
St-Annaheim	26 %	79 %	42 %	74 %	37 %	63 %	11 %	32 %	53 %
Sta-Maria	50 %	88 %	50 %	100 %	67 %	81 %	0 %	50 %	44 %
Ma Vallée	0 %	75 %	0 %	100 %	0 %	25 %	75 %	50 %	33 %
St-Sylve	67 %	50 %	33 %	33 %	33 %	33 %	0 %	17 %	0 %

Tableau 23Score de dépendance des soins de base pour les différents types de litsProportion de patients avec score positif

Lits A de médecine des hôpitaux	26 %
de chirurgie	23 %
de gynéco	12 %
Lits C de gériatrie	70 %
Lits d'infirmierie des homes	70 %
Lits A de psychiatrie	6 %
Lits C de psychiatrie	22 %
Lits de psycho-gériatrie	88 %
Montana	16 %

4.11.2. Score de dépendance dans les services de médecine

Le TABLEAU 24 présente les proportions de patients ayant un score de dépendance positif dans les services de médecine.

Cette proportion est la plus élevée à Viège, Monthey et Ste-Claire, la plus basse à St-Amé et Sion. Ces différences peuvent correspondre à une population de patients âgés (comme à Monthey par exemple) ou être liée à un état de santé nécessitant des traitements intensifs.

4.11.3. Score de dépendance dans les services de gériatrie

Le TABLEAU 25 montre, pour les services de gériatrie, les proportions de patients avec score de dépendance positif. Celui-ci varie de 57 à 92% et confirme également ceux obtenus en détaillant les différents soins de base, puisque les lits chroniques de l'hôpital de Monthey et de Martigny sont nettement les plus chargés, suivis par le Pflegeheim de Brigue (probablement principalement en raison des patients désorientés).

4.11.4. Score de dépendance dans les lits d'infirmierie

Le TABLEAU 26 présente les proportions de patients dépendants dans les homes. Elles varient de 33 à 85% (on ne tient pas compte de "Ma Vallée" : en raison de valeurs manquantes, il ne concerne qu'un patient sur 4). Les homes accueillant les patients les plus dépendants sont St-Joseph, La Providence, Sta-Maria de Naters, puis St-Martin de Viège et Christ-Roi. Les homes de Vex et de Riond-Vert sont par contre nettement au-dessous de la moyenne.

4.12. Description des traitements

Dans la partie du questionnaire remplie par l'infirmière responsable, il était demandé de décrire les traitements dispensés au patient durant les dernières 24 heures. Pour la description des soins de base, comme pour le temps de séjour, il s'agit d'une coupe transversale dans l'activité hospitalière durant une journée, et non d'une description de l'ensemble des traitements demandés par un patient. Cette description des traitements est donc certainement plus fiable lorsque trois recensements ont été effectués, c'est-à-dire pour les lits aigus. Par contre, pour les homes, le hasard a pu faire que, par exemple, toutes les prises de sang soient programmées pour un jour précis de la semaine, et que ce jour corresponde à celui choisi pour le recensement.

La liste de traitements proposés (question 6 de la partie infirmière) tente de cerner au mieux l'ensemble des traitements. A côté de certains points comportant une description objective (perfusion, sonde gastrique, aspiration, oxygène, etc.), d'autres étaient plus subjectifs, laissés à l'appréciation de l'infirmière : assistance indispensable à la prise de médicaments, intervention

Tableau 24Score de dépendance des soins de base pour les services de médecine (lits A)Proportion de patients avec score positif

(Services de médecine des hôpitaux et des cliniques)

Monthey	33 %
Martigny	29 %
Sion	16 %
Sierre	24 %
Viège	36 %
Brigue	29 %
St-Amé	14 %
Ste-Claire	33 %

Tableau 25Score de dépendance des soins de base pour lits CProportion de patients avec score positif

(Lits C de gériatrie)

Monthey	92 %	
Martigny	90 %	
Sierre	69 %	
St-Amé	65 %	
Ste-Claire	57 %	
Gravelone	65 %	(physiatrie 23 %)
Heim Brig	79 %	

Tableau 26

Score de dépendance des soins de base pour les lits d'infirmierie des homes
Proportion de patients avec score positif

Riond-Vert	45 %
Tilleuls	64 %
Providence	81 %
Notre-Dame	66 %
St-François	63 %
St-Joseph	85 %
Christ-Roi	73 %
Susten	69 %
St-Martin	77 %
St-Annaheim	63 %
Sta-Maria	81 %
Ma Vallée	100 % *
St-Sylve	33 %

* concerne 1 patient sur 4
 (valeurs manquantes pour les autres)

importante sur le plan psycho-social, prise de sang, examen radiologique ou autre à but diagnostique, autres traitements. Cette dernière rubrique en particulier a été utilisée pour décrire divers traitements ou actes de contrôles, allant des plus importants à ceux qui sont compris dans la "routine" hospitalière (contrôle de température, etc.) La question "intervention importante sur le plan psycho-social" laissait également place à une appréciation subjective de l'infirmière, reflétant aussi un concept et une philosophie des soins infirmiers.

Cette question n'évalue pas le besoin réel pour ces divers traitements, elle enregistre au mieux une situation; celle-ci peut dépendre du personnel à disposition et qui éventuellement doit limiter des soins non vitaux, tels que la physiothérapie ou l'ergothérapie, le soutien psycho-social ou même la prophylaxie des escarres. Cette remarque vaut particulièrement pour les homes, dans lesquels certains responsables ont fait part de leur besoin de personnel supplémentaire.

Les résultats des tableaux suivants doivent être interprétés en tenant compte de ces remarques.

4.12.1. Traitements pour les différents types de lits

Le TABLEAU 27 montre les proportions de patients dans les différents types de lits ayant reçu les traitements décrits durant la journée du recensement. Pour les lits aigus, ne sont retenus ici que les patients des services de médecine. Les différences entre les lits aigus et chroniques se manifestent surtout pour les perfusions, les mesures diagnostiques (laboratoire, radiologie ou autre), puis pour les pansements, la physiothérapie respiratoire (ou inhalations). Les patients chroniques ont par contre plus de soins (ou de mesures prophylactiques) des escarres, plus d'assistance jugée indispensable à la prise de médicaments, et plus de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie.

Comme pour les soins de base, le profil des patients en lits d'infirmierie ne diffère pas fondamentalement de celui des services de gériatrie : un peu moins de mesures diagnostiques, de physiothérapie ou d'ergothérapie et de soins d'escarres.

Le même tableau montre les traitements requis par les patients de psychiatrie et de psychogériatrie. Comme pour les soins de base, mentionnons que cette liste de traitements est mal adaptée à la psychiatrie. Il faut relever l'importance des traitements par physiothérapie ou ergothérapie.

Pour le Centre valaisan de Pneumologie de Montana, qui regroupe des patients de "soins intensifs" comme des patients "chroniques", la diversité des traitements est manifeste (perfusions, pansements, mesures diagnostiques, mais aussi soins ou prophylaxie d'escarres), ainsi que l'importance des traitements spécifiques tels que l'oxygène et la physiothérapie respiratoire.

Tableau 27

Description des traitements par type de lits

Proportion de patients avec les traitements suivants :

Q 6	Perfusion	Sonde gastrique	Soins/prophyl. escarres	Aspiration	Pansements	O 2	Aide pour médicaments	Physio/ ergo ttt respirat.	Radio ttt	Soutien psycho-soc.	Labo ou autre mesure D	Autres	
Types de lits													
Médecine (A)	22	2	29	2	22	7	60	23	15	1	38	53	9
Gériatrie (C)*	1	3	72	2	12	1	71	38	4	.5	41	9	* 5
Lits infirmerie	1	1	62	.5	11	-	80	30	1	-	57	3	7
Psy (A)	4	1	3	-	.5	-	82	82	2	.5	87	12	1
Psy (C)	-	-	3	-	4	-	90	83	-	-	96	1	9
Psycho-gériatrie	-	-	12	1	6	-	98	77	-	1	93	3	1
Montana	8	1	36	3	20	38	81	52	34	.5	23	25	4

* sans psychiatrie de Gravelone

4.12.2. Traitements dans les services de médecine

Le TABLEAU 28 décrit les mêmes traitements dans les services de médecine. Ces chiffres ne sont pas commentés en détail. Aucun service ne diffère fondamentalement des autres, dans un sens ou dans l'autre. On peut néanmoins remarquer le nombre de patients requérant des soins ou une prophylaxie des escarres à Monthey, Viège et Ste-Claire et les grandes variations dans le recours aux investigations diagnostiques : 15% à Monthey, 17% à St-Amé, 25% à Ste-Claire, mais aux alentours de 60% dans les autres établissements.

4.12.3. Traitements dans les services de gériatrie

Pour les services de gériatrie, seuls les traitements principaux ont été considérés (TABLEAU 29). Relevons les variations concernant les soins d'escarres, de 60% (Gravelone) à 100% (Monthey, Sierre), l'importance de la physiothérapie et de l'ergothérapie, comprises parfois dans un sens large (massages, promenades) à Brigue (Pflegeheim), à Gravelone et à Monthey. Les différences entre Gravelone et le Pflegeheim (établissements relativement comparables quant à l'âge moyen et aux soins de base) pour le soutien psychosocial ou l'aide à la prise de médicaments sont intéressantes, mais il est impossible de dire si elles recouvrent une réalité "objective" ou une conception différente de la prise en charge.

4.12.4. Traitements dans les homes

Le TABLEAU 30 présente les mêmes traitements pour les homes. Les différences sont encore plus importantes entre les établissements qu'en gériatrie. Le hasard du jour choisi peut jouer un rôle, en particulier pour les traitements qui ne sont pas dispensés chaque jour, comme la physiothérapie ou l'ergothérapie, ou pour les examens de laboratoire.

4.13. Niveau de dépendance des traitements infirmiers

Dans la question 7, l'infirmière devait évaluer le degré de dépendance du patient quant aux traitements, le jour de l'enquête. Cette question a été interprétée de manières très diverses selon les établissements et les personnes. Selon les définitions données, les patients aigus auraient dû être considérés comme plutôt dépendants des traitements, alors que les patients chroniques auraient dû être plutôt dépendants des soins de base. On constate que ce n'est pas le cas. Pourtant, sur le plan médical, ces définitions sont correctes et correspondent à la réalité; mais, pour le personnel soignant, il était par contre difficile de faire la différence entre soins de base et traitements : un patient grabataire a souvent été considéré comme très dépendant des traitements, alors même qu'il n'était décrit à la question précédente qu'un seul traitement effectivement donné, ou même aucun.

Tableau 28

Description des traitements pour les services de médecine (A)

Proportion de patients avec les traitements suivants :

Q 6	Perfusion	Sonde gastrique	Soins/prophyl. Aspiration escarres	Pansements	O 2	Aide pour médicaments	Physio/ ergo ttt	Physio respirat.	Radio ttt	Soutien psycho-soc.	Labo ou autre mesure D	Autre D
<u>Etablissements</u>												
Monthey	13	1	58	27	1	63	26	12	1	13	15	-
Martigny	18	2	20	21	14	47	22	19	-	36	58	6
Sion	26	1	19	18	5	41	14	12	1	35	61	11
Sierre	18	1	25	23	11	34	24	14	1	33	64	22
Viège	22	7	41	29	4	86	20	18	-	48	60	10
Brigue	27	2	31	19	7	92	46	28	-	97	79	10
St-Amé	25	1	19	20	2	87	15	4	-	8	17	-
Ste-Claire	38	13	44	25	6	38	56	19	-	19	25	13

Tableau 29

Description des traitements pour les patients de gériatrie (C)

Proportion de patients avec les traitements suivants :

	Soins/prophyl. escarres	Pansements	Aide néc. à prise médic.	Physio/ ergo ttt	Soutien psycho-soc.	Labo ou autres mesures D
Monthey	100 %	21 %	97 %	40 %	40 %	13 %
Martigny	95 %	2 %	86 %	19 %	98 %	0
Sierre	100 %	17 %	81 %	-	7 %	2 %
St-Amé	64 %	10 %	79 %	6 %	8 %	7 %
Ste-Claire	61 %	18 %	63 %	41 %	39 %	11 %
Gravelone	60 %	11 %	47 %	50 %	33 %	10 %
Heim Brig	84 %	14 %	98 %	76 %	97 %	12 %

Tableau 30

Description des traitements pour les patients des homes

Proportion de patients avec les traitements suivants :

	Soins/prophyl. escarres	Pansements	Aide néc. à prise médic.	Physio/ ergo ttt	Soutien psycho-soc.
Riond-Vert	90 %	25 %	10 %	-	10 %
Tilleuls	56 %	6 %	31 %	-	25 %
Providence	42 %	9 %	97 %	19 %	95 %
Notre-Dame	77 %	-	100 %	34 %	9 %
St-François	54 %	17 %	88 %	8 %	61 %
St-Joseph	85 %	8 %	85 %	-	73 %
Christ-Roi	13 %	-	80 %	13 %	40 %
Susten	41 %	4 %	86 %	42 %	25 %
St-Martin	93 %	13 %	71 %	81 %	90 %
St-Annaheim	95 %	37 %	100 %	-	84 %
Sta-Maria	94 %	31 %	100 %	63 %	13 %
Ma Vallée	25 %	-	25 %	75 %	-
St-Sylve	-	-	50 %	83 %	-

Le TABLEAU 31 résume ces jugements infirmiers pour les différents types de lits. Seuls les patients jugés comme "plutôt" ou "totalement" dépendants ont été retenus. On constate à nouveau une similitude entre les patients de gériatrie et ceux des lits d'infirmierie. Ce jugement infirmier peut être évidemment influencé par le contexte, celui d'un hôpital pour les patients de gériatrie (où les patients environnants nécessitent des traitements plus lourds) et celui d'un home (dans lequel les autres pensionnaires sont des personnes âgées, mais relativement en bonne santé).

Outre ces différences d'interprétation, cette question a souvent été laissée "blanche" par les infirmières, ce qui témoigne bien des problèmes rencontrés. Pour cette raison, aucun tableau plus détaillé entre établissements n'est présenté ici.

Tableau 31Niveau de dépendance des traitements infirmiersProportion de patients jugés par l'infirmière comme "plutôt" ou "totalement dépendants" des traitements (Q 7)

Lits A de médecine	38 %
Lits C de gériatrie	71 %
Lits d'infirmierie	68 %
Lits de psychiatrie A	64 %
Lits de psychiatrie C	66 %
Psycho-gériatrie	95 %

5. PATIENTS "MAL PLACÉS" : NOMBRE ET DESCRIPTION

5.1. Remarques générales sur la méthode

Cette partie sera centrée sur l'analyse des patients jugés "mal placés" par le médecin, c'est-à-dire des patients qui, selon la définition donnée, sont actuellement hospitalisés dans une catégorie de lits ne correspondant pas aux soins exigés par leur état. Le médecin-chef ou le chef de clinique étaient normalement responsables de la réponse à cette question, (même si ce sont parfois les médecins assistants qui y ont répondu).

Cette méthode visant à estimer le nombre de patients "mal placés" a naturellement des avantages et des limites qu'il convient de rappeler en préambule.

Parmi les avantages, citons :

- la simplicité de la méthode : c'est le médecin responsable du malade qui porte ce jugement, et l'on évite ainsi des "experts", système lourd et pouvant amener de nombreuses controverses.
- la question porte sur un patient réel, concret : elle oblige ainsi à une réflexion à propos de chaque patient individuellement et ne permet pas d'en rester à des généralités.
- l'enquête implique le médecin : elle implique celui qui est - et sera probablement dans les années qui suivent, s'il s'agit du médecin-chef - responsable dans la réalité du placement des malades. Le remplissage du questionnaire en lui-même est occasion de réflexion sur les patients, les difficultés de transferts et les structures, ou le manque de structures à disposition.

Parmi les limites, il faut relever :

- les problèmes liés aux définitions : seules les définitions générales du type de patient pour chaque catégorie de lits ont été données. Le jugement personnel du médecin a été donc déterminant. Dans l'enquête valaisanne, un des problèmes posés a été celui des patients psychiatriques dans les lits aigus de médecine : sont-ils ou non à leur place ? Le médecin traitant a jugé en fonction de critères personnels et de chaque patient.
- l'influence de la situation réelle : des taux d'occupation très élevés ou l'insuffisance connue de telle ou telle structure peuvent avoir un effet dissuasif, même dans une enquête comme celle-ci. Par exemple, le rôle des lits d'infirmierie des homes n'a pas été clair pour tout le monde : défini jusqu'ici en Valais comme devant accueillir les propres patients des homes en cas de maladie et de

péjoration, ils ne permettent souvent pas un transfert direct, d'un patient déjà dépendant depuis un hôpital par exemple. L'enquête devait justement mettre en évidence de tels problèmes, et les médecins auraient dû considérer les lits d'infirmierie des homes comme pouvant accueillir des patients dépendants des soins de base, mais avec peu de prestations médicales et de traitements infirmiers. Quand cela ne correspondait pas du tout à la pratique locale (ex. Monthey), certains médecins ont éprouvé de la difficulté à l'admettre.

- des conflits d'intérêts peuvent jouer un rôle : l'enquête intervient dans un contexte d'excès de lits aigus et de maîtrise des coûts. La concurrence régionale entre hôpitaux est également connue. Cela a pu occasionner une certaine prudence dans les réponses fournies.
- les médecins ont souvent eu des difficultés à raisonner en terme de "lits" plutôt que de patients... Souvent les dénominations officielles des lits étaient mal connues, des médecins assistants en particulier; certains étaient persuadés qu'il y avait des lits chroniques dans l'hôpital, puisqu'il y avait des patients chroniques... Les modes de financement venaient encore compliquer les choses, puisque des patients dans un service aigu pouvaient pour l'assurance, et donc pour l'administration de l'hôpital, être des patients chroniques, et vice-versa.

5.2. Cas particuliers

La réponse à la question "mal placés ou non" implique un accord préalable sur la définition du type de lits. Quelques cas particuliers sont décrits ci-dessous.

Gravelone : officiellement, les lits de l'hôpital de Gravelone sont des lits chroniques. Cela ne pose pas problème pour le département de gériatrie de cet établissement, mais en pose pour la physiothérapie, accueillant des patients pour rééducation, et parfois aussi des patients aigus de rhumatologie. Le médecin-chef de ce département considère qu'il s'agit de patients aigus et n'est donc pas d'accord avec la définition officielle de lits chroniques pour son service. Pour les deux recensements, tous ces patients -sauf un- ont donc été considérés comme "mal placés" dans des lits chroniques et devant être dans des lits aigus. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils auraient dû être transférés par exemple à l'Hôpital de Sion Champ-Sec, mais que la dénomination des lits était fautive.

Etant donné qu'il s'agit d'un problème de définition générale, indépendant de l'état individuel des patients, ces patients ont été exclus de la suite de l'analyse.

Centre valaisan de Pneumologie (Montana) : il s'agit officiellement de lits aigus, même si cet établissement accueille aussi des patients chroniques, ce qui relève d'ailleurs de sa mission. D'entente avec le médecin-chef de l'établissement, les trois recensements conduits à Montana ont servi à préciser les proportions de patients aigus, chroniques ou même de soins intensifs (en pneumologie). Le TABLEAU 32 donne ces chiffres avec une proportion de patients chroniques variant entre 35 et 43%, et 3 à 7% de patients de soins intensifs. Indépendamment de ces définitions, le patient pouvait ensuite être considéré comme bien ou mal placé à Montana.

Soins intensifs des hôpitaux : les lits de soins intensifs des hôpitaux n'ont pas été comptés à part, mais regroupés avec les lits aigus de médecine, de chirurgie, ou de pédiatrie, comme dans le compte officiel des lits des hôpitaux valaisans. Dans l'analyse des patients "mal placés", ils ont été également regroupés avec les lits aigus, puisqu'il n'y a pas eu de transferts entre ces deux types de lits : aucun patient aigu n'aurait dû être en soins intensifs; deux patients des soins intensifs (correspondant à 2% des patients) ont été considérés comme mal placés, l'un aurait dû être dans un lit d'infirmierie et pour l'autre, le médecin n'a pas précisé où. Ces patients seront analysés avec ceux des lits aigus dans la suite de l'analyse.

Hôpital de Malévoz : les lits de cet établissement sont officiellement considérés comme des lits aigus de psychiatrie. Dans la réalité, trois départements sont consacrés à la psychogériatrie, trois à la psychiatrie chronique (avec des patients relativement jeunes) et trois à la psychiatrie aiguë, y compris de soins intensifs. Dans toute l'analyse, nous avons séparé ces trois types de lits très différents, et donc tenu compte des transferts entre eux.

Cette enquête distingue également les lits de "soins intensifs" des lits aigus, les médecins de Malévoz voulant profiter de l'enquête pour voir si des problèmes de transferts existaient entre ces deux types de lits, qui sont dans les mêmes pavillons.

S'agissant d'un problème interne à Malévoz, ces lits aigus et de soins intensifs n'ont pas été distingués dans la suite de l'analyse. Les résultats détaillés sont les suivants: 24% des patients de ces lits de soins intensifs étaient considérés comme mal placés : 11 en tout, dont 6 auraient dû être dans un lit aigu de psychiatrie. Inversement, 3 patients de psychiatrie aiguë auraient dû être en psychiatrie soins intensifs.

Tableau 32

Répartition des patients par type de lits à Montana
pour les 3 recensements

	<u>R 1</u>	<u>R 2</u>	<u>R 3</u>
Patients de soins intensifs	3 %	5 %	7 %
Patients aigus	59 %	52 %	58 %
Patients chroniques	39 %	43 %	35 %
	<u>N = 75</u>	<u>N = 81</u>	<u>N = 71 *</u>

* 1 valeur manquante

5.3. Nombre et proportion de patients "mal placés"

Le TABLEAU 33 présente pour l'ensemble des lits aigus (hôpitaux, cliniques et psychiatrie), le nombre et la proportion de patients "mal placés" pour chaque recensement. Pour l'ensemble des trois recensements, 8% des patients sont dans ce cas, et ils étaient 10% pour le premier recensement.

Le TABLEAU 34 montre ces mêmes données pour les deux recensements des patients chroniques, de gériatrie et de psychiatrie : globalement 29% de mal placés. Là aussi, la proportion était plus grande lors du premier recensement.

Comme pour les résultats descriptifs de la population hospitalière, l'analyse présente la moyenne obtenue pour l'ensemble des recensements, deux ou trois, selon que l'on parle des lits aigus ou des lits chroniques. Outre le taux moyen, le nombre moyen de patients "mal placés" sera présenté par recensement.

5.3.1. Patients "mal placés" par type de lits

Le TABLEAU 35 donne ces résultats, en détaillant les types de lits. La colonne de droite précise la variation du nombre de patients "mal placés" pour les trois recensements.

La proportion la plus élevée de "mal placés" se trouve en gériatrie (lits chroniques), avec 33%, ce qui correspond à 102 patients en moyenne par recensement. 7% seulement des patients des lits aigus des hôpitaux et des cliniques ne sont pas à leur place, ce qui correspond à 67 patients en moyenne.

De nombreux patients psychiatriques sont considérés comme "mal placés", soit une proportion de 23% en psychiatrie aiguë et 26% en psychiatrie chronique, (respectivement 23 et 19 patients). Seuls 7% (en moyenne 5) patients de psychogériatrie ne sont pas à leur place.

A Montana, ce sont 5% des patients, soit en moyenne 4 personnes, qui ont été jugées "mal placées". A noter qu'il s'agit pour Montana uniquement de patients qui avaient été considérés comme patients de type chronique.

Pour l'ensemble des établissements hospitaliers valaisans, on compte en moyenne 220 patients "mal placés".

5.3.2. Patients "mal placés" dans les lits aigus des hôpitaux et des cliniques

Le TABLEAU 36 détaille 'par hôpital et par service' la proportion et le nombre moyen de patients mal placés pour les hôpitaux. Ils sont en nombre insignifiant en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie, et à peine plus important en chirurgie : 7 patients en moyenne (2%).

L'énorme majorité des "mal placés" vient donc de médecine, où cela concerne 14% des patients, soit en moyenne 51 personnes par recensement.

Tableau 33

Total des patients "mal placés" par recensement pour les lits A
(inclus psychiatrie A et Montana)

	<u>R 1</u>	<u>R 2</u>	<u>R 3</u>	
Nombre total de patients *	1064	1220	1100	
Nombre (et %) de "mal placés"	103 (10 %)	93 (8 %)	85 (8 %)	Ensemble : 8 %

* y inclus 18 patients pour lesquels le médecin ne s'est pas prononcé (valeurs manquantes)
 (6, 5 et 7 patients pour R 1, R 2 et R 3)

Tableau 34

Total des patients "mal placés" par recensement pour les lits C
(gériatrie et psychiatrie) *

	<u>R 1</u>	<u>R 3</u>	
Nombre total de patients ●	441	437	
Nombre (et %) de "mal placés"	137 (31 %)	113 (26 %)	Ensemble 29 %

* sans psychiatrie Gravelone

● inclus 3 valeurs manquantes
 (2 R 1 et 1 R 3)

Tableau 35Patients "mal placés" par type de lits

	%	Nombre moyen de patients par recensement	Variations du nombre de patients par recensement
Lits A des hôpitaux et des cliniques	7 %	67*	56 - 78
Lits A de psychiatrie	23 %	23*	21 - 26
Montana	5 %	4*	3 - 4
Lits C de gériatrie	33 %	102●	88 - 116
Lits C de psychiatrie	26 %	19●	17 - 20
Psychogériatrie	7 %	5●	4 - 5
		<hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/> 220	

* 3 recensements

● 2 recensements

Tableau 36

Patients "mal placés" dans les lits A des hôpitaux
(proportion et nombre moyen de patients par recensement)

	Médecine	Chirurgie	Gynéco-obst.	Pédiatrie	Total
Monthey	15 % (8)	6 % (3)	-	-	10 % (11)
Martigny	14 % (10)	1 % (0-1)	-	-	7 % (10)
Sion	10 % (10)	1 % (1)	2 % (0-1)	4 % (0-1)	5 % (12)
Sierre	12 % (7)	1 % (0-1)	-	--	6 % (7)
Viège	31 % (17)	3 % (2)	-	-	13 % (19)
Brigue	-	2 % (1)	-	-	1 % (1)
	14 % (51)	2 % (7)	1 % (0-1)	2 % (0-1)	7 % (60)

Les proportions de personnes "mal placées" dans les services de médecine sont très voisines pour les quatre hôpitaux du bas et moyen Valais, entre 10 et 15%, tandis que l'on a les deux extrêmes avec aucun "mal placé" à Brigue et 31%, (soit 17) à Viège. On se rappelle le renouvellement élevé des patients en médecine à Brigue, et la proportion importante de patients à Viège séjournant à l'hôpital depuis six mois ou un an. La présence du Pflegeheim de Brigue, à côté de l'hôpital et avec la même direction médicale d'une part, l'absence d'un service pour patients chroniques à l'hôpital comme dans la ville de Viège d'autre part, peuvent certainement expliquer tout ou en partie ces résultats très divergents.

Le TABLEAU 37 montre le petit nombre de patients mal placés dans les lits aigus des cliniques : 15% (6 patients) dans le service de médecine-chirurgie de St-Amé, soit un taux comparable à ceux des services de médecine des hôpitaux. De même pour le service de médecine de Ste-Claire, où cela ne concerne que très peu de patients vu les taux d'occupation actuellement très bas.

5.3.3. Patients "mal placés" dans les lits aigus de psychiatrie

Dans l'ensemble, 23% de patients sont "mal placés" en psychiatrie, et ceux-ci se répartissent très différemment entre Brigue (8%, soit 2 patients) et Malévoz (28%, soit 21 patients). Ceci peut être mis en relation avec la proportion importante de patients aigus de Malévoz y séjournant depuis plus de six mois ou plus d'un an, contrairement à Brigue.

5.3.4. Patients "mal placés" dans les services de gériatrie

Le TABLEAU 38 montre la répartition par établissement des 102 patients "mal placés" des services de gériatrie. 49 d'entre eux, soit presque la moitié, proviennent de Gravelone (sans les patients de physiatrie rappelons-le); les taux de "mal placés" sont les plus importants en proportion dans les services de gériatrie de Sierre et de Martigny. Le taux nul de Monthey a de quoi surprendre : cela provient probablement d'une part des particularités des patients de la gériatrie de Monthey - fortement dépendants des soins de base et très âgés - et d'autre part du fait que les médecins ont déclaré clairement ne pas "jouer le jeu" du transfert possible "théoriquement" dans les lits d'infirmierie, puisque ce transfert n'est pas possible pour des patients dépendants dans la plupart des homes autour de Monthey.

Tableau 37

Patients "mal placés" dans les lits A des cliniques

(proportion et nombre moyen par recensement)

	médecine	chirurgie	total
St-Amé	15 % (6)		6 (15 %)
Ste-Claire	13 % (0-2)	2 % (0-1)	1 (4 %)
			7 (10 %)

Tableau 38

Patients "mal placés" dans les services de gériatrie

(proportion et nombre moyen par recensement)

Monthey	0 %	-
Martigny	55 %	12
Sierre	62 %	13
St-Amé	35 %	22
Ste-Claire	7 %	1
Gravelone	41 %	49
Heim Brig	11 %	5

5.4. Patients mal placés : où devraient-ils être ?

Pour chaque patient qu'il avait considéré comme mal placé, le médecin devait ensuite indiquer le type de lits jugé adéquat. Comme auparavant, c'est le nombre moyen de patients par recensement qui est présenté, en tenant compte des trois recensements des lits aigus et des deux recensements des lits chroniques.

5.4.1. Où devraient être les patients "mal placés" des lits aigus ?

Le TABLEAU 39 montre où devraient être, d'une part les 67 patients des lits aigus et d'autre part les 102 patients des lits chroniques jugés mal placés. Près de la moitié (46%) des patients n'étant pas à leur place dans un lit aigu devraient être en gériatrie. Les autres transferts importants se font en psychiatrie aiguë (13%) et à domicile (11%). Les lits d'infirmierie et d'hébergement des homes, la psychogériatrie, les lits d'encadrement psycho-social et la psychiatrie chronique recevraient aussi des patients transférés, de même que la catégorie "autres" qui concerne ici des services de réadaptation cardio-vasculaire, de réadaptation pour patients atteints de sclérose en plaques et de rééducation après fracture.

Concernant plus spécifiquement les patients "mal placés" venant d'ailleurs que de la médecine, on note qu'ils devraient aller principalement à domicile.

Pour les services de médecine, on peut noter que ce sont principalement Sion et Viège qui transfèreraient des patients en psychiatrie aiguë, et Martigny et Sierre des patients à domicile. Il est difficile de décrire d'autres tendances nettes vu le petit nombre de patients concernés par établissement.

5.4.2. Où devraient être les patients "mal placés" des lits chroniques ?

Le TABLEAU 39 permet de voir parallèlement la répartition très différente des patients venant des lits chroniques : le plus grand nombre d'entre eux devraient aller dans des lits d'infirmierie (38%), puis en psychogériatrie (30%) et dans les lits d'hébergement des homes (16%). Des transferts auraient lieu aussi en psychiatrie chronique, dans les lits d'encadrement psycho-sociaux, à domicile. La catégorie "autres" concerne ici principalement des endroits pouvant accueillir de jeunes patients chroniques. Un seul patient chronique aurait dû au moment du recensement être dans un lit aigu (ce qui correspond en fait à "1/2 patient" pour les deux recensements).

L'analyse des transferts par établissement ne montre aucune tendance spécifique d'un établissement ou d'un autre.

Tableau 39

Où devraient-ils être ?

(proportion et nombre moyen par recensement - patients des lits A et C)

	Lits A		Lits C	
Où devraient-ils être ?				
Lits A	—		1 %	(1)
Lits C	46 %	(30)	—	
Lits d'infirmierie	9 %	(6)	38 %	(39)
Lits d'hébergement	6 %	(4)	16 %	(16)
Lits A psy	13 %	(8)	--	
Lits C psy	2 %	(1)	5 %	(5)
Lits psycho-gériatrie	6 %	(4)	30 %	(31)
Lits encadrement psycho-social	3 %	(2)	4 %	(4)
Domicile	11 %	(7)	3 %	(3)
Autre	4 %	(3)	3 %	(3)
	100 %	(N=65*)	100 %	(N=102)

* 2 valeurs manquantes
sur les 67 "mal placés"

5.4.3. Où devraient être les patients "mal placés" de psychiatrie aiguë et chronique ?

Le TABLEAU 40 montre la même répartition pour les patients de psychiatrie, aigus et chroniques, respectivement 23 et 19 patients. Etant donné le petit nombre de patients, nous n'utilisons pas de taux, mais donnons seulement le nombre moyen de patients par recensement.

Dans les deux cas, le principal mouvement de patients se ferait vers les lits d'encadrement psycho-social, pour près de la moitié des patients concernés. La psychiatrie chronique devrait accueillir des patients de psychiatrie aiguë, et la gériatrie des patients psychiatriques chroniques. La rubrique "autres" a été utilisée pour des structures pour jeunes oligophrènes avec troubles du comportement par exemple.

5.4.4. Patients "mal placés" de psychogériatrie et de Montana

Les cinq patients "mal placés" hospitalisés en psychogériatrie devraient être, pour deux à trois d'entre eux dans des lits d'infirmerie des homes, un dans un lit d'hébergement et un en psychiatrie chronique.

De Montana, on aurait également deux à trois patients pour des lits d'infirmerie, zéro à un pour la gériatrie, idem pour le domicile et les lits d'hébergement. A signaler que tous les patients "mal placés" de Montana étaient définis comme des patients chroniques.

Tableau 40

Où devraient-ils être ?

(nombre moyen de patients par recensement - patients de psychiatrie A et C)

	Psy. A	Psy. C
Où devraient-ils être ?		
Lits A	--	--
Lits C	(0-1)	(4)
Lits d'infirmierie	(1)	--
Lits d'hébergement	(2)	(0-1)
Lits A psy	—	(0-1)
Lits C psy	(5)	—
Lits psychogériatrie	(1)	--
Lits encadrement psycho-social	(11)	(10)
Domicile	(0-1)	(1-2)
Autre	(1-2)	(1-2)
	(N=23)	(N=19)

5.5. Comparaisons entre patients "bien" et "mal placés"

Outre le jugement du médecin, nous avons cherché à mieux comprendre qui étaient les patients "mal placés" en les comparant aux "bien placés" selon l'âge, le temps de séjour, le sexe, les soins qu'ils requièrent.

5.5.1 Comparaisons des patients de médecine

Pour des raisons de comparabilité, ne sont retenus ici que les patients des services de médecine des hôpitaux et des cliniques (ceux du département de médecine-chirurgie pour St-Amé). Le TABLEAU 41 compare les "mal" et "bien" placés de ces services quant à la proportion parmi eux de patients de plus de 70 ans, la proportion de femmes, la proportion de veufs(ves), la proportion de patients séjournant dans l'établissement depuis plus d'un mois, et la proportion de patients ayant un score de dépendance des soins de base positif.

Ces critères montrent de nettes différences : les patients "mal placés" sont plus âgés, il y a une majorité de femmes et de nombreux veufs(ves) parmi eux. La moitié d'entre eux séjournent depuis plus d'un mois dans le service, contre 11% seulement des "bien placés". Les patients "mal placés" sont nettement plus nombreux à être dépendants des soins de base, près de la moitié, contre 1 sur 5 des bien placés.

Si l'on examine en détail les traitements, les "mal placés" ont moins de perfusions, moins d'oxygénothérapie et de physiothérapie respiratoire et moins d'exams de laboratoire ou d'autres investigations. Par contre, ils ont plus souvent une sonde gastrique, des soins ou de la prophylaxie des escarres, des traitements par aspiration, une aide à la prise de médicaments, des soins de pansement, de la physiothérapie, et une prise en charge psycho-sociale.

5.5.2. Comparaisons des patients des lits chroniques

La même comparaison est présentée pour les patients des lits chroniques, auxquels sont adjoints les patients chroniques de Montana, puisque tous les "mal placés" étaient recrutés dans ce groupe.

Le TABLEAU 42 présente ces résultats. Le critère retenu ici est une durée de séjour plus grande que 6 mois.

On constate que, contrairement aux patients de médecine, les critères retenus ne permettent pas de différencier les "mal placés" des autres : ils ont sensiblement le même âge, le même état-civil. Il y a un peu plus de femmes chez les "mal placés", qui ont tendance à séjournier aussi depuis plus longtemps dans l'établissement, mais ces différences sont nettement moins nettes que pour les patients des lits aigus. De même, le niveau de dépendance des soins de base ne permet pas de les distinguer. Cependant, si l'on considère en détail chaque élément des soins de base, on constate que les patients mal placés sont globalement moins dépendants pour pratiquement toutes les activités quotidiennes, sauf pour

Tableau 41

Comparaison entre patients "mal placés" et "bien placés" dans les lits de médecine (A)
(hôpitaux et cliniques)

	"mal placés"	"bien placés"
<u>Proportion de :</u>		
Patients de 70 ans et plus	66 %	40 %
Femmes	64 %	51 %
Veufs (ves)	41 %	21 %
Patients séjournant depuis >1 mois	51 %	11 %
Patients avec score de dépendance des soins de base positif	48 %	22 %

Tableau 42

Comparaison entre "mal placés" et "bien placés" dans les lits de gériatrie C

	"mal placés"	"bien placés"
<u>Proportion de :</u>		
Patients de 70 ans et plus	87 %	84 %
Femmes	73 %	67 %
Veufs (ves)	54 %	53 %
Patients séjournant depuis >6 mois	62 %	51 %
Patients avec score de dépendance des soins de base positif	62 %	65 %

l'incontinence d'urines où ils sont semblables aux autres et pour leur orientation, qui est moins bonne que celle des "bien placés"; la psychogériatrie était d'ailleurs un des transferts de choix pour ces patients...

La comparaison entre "bien" et "mal placés" des lits chroniques montre quant aux traitements que les premiers nécessitaient moins de traitements en général, sauf en ce qui concerne le soutien psycho-social par les infirmières.

5.5.3. Comparaisons des patients de psychiatrie

Le TABLEAU 43 montre les mêmes comparaisons pour les patients psychiatrie aiguë : les "mal placés" sont plutôt de sexe masculin, âgés de 40 ans et plus, et la forte proportion de célibataires et de veufs(ves) est frappante. Le tiers d'entre eux est hospitalisé en psychiatrie depuis plus de 6 mois. En ce qui concerne les traitements, les "mal placés" ont moins de perfusions, un peu moins de physiothérapie et ils ont moins nécessité d'un soutien psycho-social. Leur dépendance quant à la prise médicamenteuse est la même que celle des "bien placés". Les patients de psychiatrie chroniques "bien" ou "mal placés" ont les mêmes différences quant aux traitements, mais ils se différencient très peu les uns des autres par l'âge, le temps de séjour, le sexe et même l'état-civil.

En psychogériatrie, les "mal placés" sont plutôt des hommes, ayant tendance à être célibataires, plus âgés que les bien placés, mais nettement moins dépendants des soins de base, comme le montre le TABLEAU 44.

Tableau 43Comparaison entre "mal placés" et "bien placés" en psychiatrie

	<u>"mal placés"</u>	<u>"bien placés"</u>
<u>Lits A</u>		
<u>Proportion de :</u>		
Patients de 40 ans et plus	79 %	54 %
Hommes	61 %	44 %
Célibataires	60 %	46 %
Veufs (ves)	19 %	9 %
Patients séjournant 6 mois et plus	34 %	8 %

Tableau 44Comparaison entre "mal placés" et "bien placés" en psycho-gériatrie

	<u>"mal placés"</u>	<u>"bien placés"</u>
<u>Psycho-gériatrie</u>		
<u>Proportion de :</u>		
Patients de 70 ans et plus	89 %	77 %
Hommes	56 %	30 %
Célibataires	56 %	32 %
Patients séjournant > 1 an	78 %	66 %
Patients avec score de dépendance des soins de base positif	44 %	91 %

5.5.4. Comparaisons entre "mal" et "bien placés" selon la raison d'hospitalisation et le nombre d'hospitalisations dans l'année

Comme on pouvait s'y attendre et comme le montre le TABLEAU 45, les patients "mal placés" sont souvent ceux dont la raison principale d'hospitalisation était "sociale" (soins impossibles à domicile) ou alors de rééducation (ou de réadaptation d'un traitement, d'une maladie chronique), du moins en ce qui concerne les patients aigus de médecine et de psychiatrie. La rubrique "autres" pour les raisons de l'hospitalisation a été utilisée en psychiatrie pour des patients hospitalisés en raison de la fermeture de leur appartement protégé.

On voit à nouveau que les raisons d'admission principales à l'entrée différencient moins bien les "bien" et "mal placés" de gériatrie, où les patients "bien placés" ont plus souvent été admis pour rééducation.

Il n'y a pas de tendance très nette quant aux réhospitalisations dans l'année écoulée : le TABLEAU 46 montre que les mal placés de psychogériatrie, et dans une moindre mesure de médecine, ont tendance à avoir été plus souvent déjà hospitalisés dans l'année en cours. La tendance est plutôt inverse pour la psychiatrie et la gériatrie

Tableau 45

Comparaison entre "mal placés" et "bien placés" par rapport à la raison principale d'admission

		<u>"mal placés"</u>	<u>"bien placés"</u>
<u>Proportion de patients hospitalisés principalement pour :</u>			
Lits A de médecine	- soins impossibles à domicile	25 %	1 %
	- rééducation, réadaptation, traitement	20 %	2 %
Lits C	- soins impossibles à domicile	45 %	28 %
	- rééducation, réadaptation, traitement	23 %	30 %
Lits psy A	- rééducation, réadaptation, traitement	17 %	9 %
	- "autre" (fermeture appartement protégé)	17 %	0 %

Tableau 46

Comparaison entre "mal placés" et "bien placés" en fonction des réhospitalisations durant l'année

	<u>"mal placés"</u>	<u>"bien placés"</u>
<u>Proportion de patients ayant été hospitalisés plus d'une fois dans l'année écoulée</u>		
Lits A de médecine	35 %	29 %
Lits C	26 %	31 %
Lits psy A	41 %	46 %
Lits psy C	11 %	10 %
Psycho-gériatrie	22 %	12 %

5.6. Comparaisons des patients "mal placés" entre établissements

Cette partie de l'analyse vise à savoir qui sont les patients "mal placés" en les comparant selon les établissements d'où ils proviennent. Les patients jugés mal placés dans tel hôpital sont-ils semblables à tous les autres, ou bien différents-ils entre eux ?

5.6.1. Services de médecine aigus des hôpitaux et des cliniques

Le TABLEAU 47 compare pour l'âge, le temps de séjour et la dépendance des soins de base les "mal placés" venant des services de médecine des hôpitaux et des cliniques.

Il existe des variations évidentes entre établissements. En particulier, les patients "mal placés" de Sion sont très différents de ceux des autres hôpitaux : ils sont plutôt jeunes, peu dépendants et ne séjournent pas depuis longtemps dans l'hôpital. Rappelons que cela caractérisait l'ensemble des patients de Sion en médecine.

5.6.2. Services de gériatrie

Le TABLEAU 48 reprend cette comparaison pour les services de gériatrie, auxquels sont joints comme dans les comparaisons précédentes les patients "mal placés" de Montana, qui étaient considérés comme des patients chroniques.

Là aussi, il existe de nettes différences entre établissements; les patients "mal placés" de Ste-Claire et Martigny sont les plus âgés et dépendants. Ceux venant de St-Amé y séjournent depuis longtemps, mais sont en fait les moins dépendants. Remarquons que les patients mal placés dans les lits aigus de St-Amé présentaient les mêmes caractéristiques.

En psychiatrie, les patients mal placés venant de Malévoz sont plus âgés (81% de plus de 40 ans contre 50% pour ceux de Brigue) et 80% y séjournent depuis plus de 6 mois. Les patients mal placés de Brigue y sont depuis plus de 6 mois aussi; il s'agissait en partie de patients oligophrènes présentant des troubles du comportement rendant leur placement dans un home impossible.

Tableau 47

Comparaison des patients "mal placés" entre hôpitaux

(Services A de médecine)

	Proportion de patients "mal placés" ayant :		
	70 ans et plus	Séjour >1 mois	Score de dépendance des soins de base positif
Monthey	65 %	58 %	73 %
Martigny	87 %	50 %	52 %
Sion	31 %	14 %	17 %
Sierre	80 %	50 %	35 %
Viège	55 %	61 %	63 %
St-Amé	100 %	78 %	29 %
Ste-Claire	100 %	50 %	50 %
Ensemble	66 %	51 %	48 %

Tableau 48

Comparaison des patients "mal placés" entre hôpitaux

(Services C de gériatrie)

	Proportion de patients "mal placés" ayant :		
	70 ans et plus	Séjour >1 an	Score de dépendance des soins de base positif
Martigny	100 %	39 %	96 %
Sierre	96 %	39 %	54 %
St-Amé	80 %	68 %	36 %
Ste-Claire	100 %	--	100 %
Gravelone	91 %	34 %	68 %
Heim Brig	50 %	30 %	40 %
"Lits C" de Montana	73 %	27 %	73 %
Ensemble	87 %	41 %	62 %

5.7. Description des patients transférés

Cette partie analyse les patients "mal placés" non plus selon leur établissement, ou le type de lits où ils sont hospitalisés, mais selon le type de lits dans lesquels le médecin traitant juge qu'ils seraient à leur place. Les descriptions faites pour les données socio-démographiques ou pour les soins et traitements qu'ils requièrent ne sont pas tout à fait exactes, car elles sont influencées par le fait que ces patients provenant des lits aigus ont été comptés à trois reprises (moyenne de tous les recensements) et qu'ils sont donc surreprésentés.

5.7.1. Patients transférables en gériatrie

Ils proviennent donc pour la plus grande partie des lits aigus; 1 sur 10 vient de la psychiatrie chronique. Il y a une majorité de femmes, et 69% sont hospitalisés depuis un mois et plus.

5.7.2. Patients transférables dans les lits d'infirmierie

Les trois quarts viennent de gériatrie, et environ 10% des lits aigus. La presque totalité d'entre eux, 9 sur 10, sont hospitalisés depuis plus d'un mois. Là aussi, une majorité de femmes (trois quarts) est manifeste.

5.7.3. Patients transférables en psychogériatrie

8 sur 10 proviennent de la gériatrie et 1 sur 10 des lits aigus. Plus de la moitié y sont depuis 6 mois et plus. Il s'agit de femmes dans 79% des cas.

Le TABLEAU 49 présente les caractéristiques des patients transférés dans certains types de lits comparés aux patients qui y sont actuellement. Les patients les plus lourds sont ceux qui sont transférés en psychogériatrie. Si les patients transférés dans les lits d'infirmierie sont plus âgés que ceux de gériatrie, ils sont par contre moins dépendants des soins de base et des traitements.

Le TABLEAU 49 rappelle les mêmes données pour les patients séjournant actuellement dans ces types de lits. On se souvient du profil très semblable des patients de gériatrie et des lits d'infirmierie. Il est possible que les médecins connaissent mal les tâches assumées par les lits d'infirmierie et sous-estiment la gravité des patients qu'ils sont capables de prendre en charge.

Concernant la psychogériatrie, les patients qu'on voudrait y transférer sont très âgés par rapport à ceux qui y sont déjà; mais ils ont un niveau de dépendance identique par rapport aux soins et aux traitements.

Tableau 49

Caractéristiques des patients transférés dans certains types de lits comparées aux patients qui y sont actuellement

Types de lits	Proportion de patients					
	70 ans		avec score dépendance des soins de base positif			
	c/o transférés / réalité	89 %	c/o transférés / réalité	70 %		
Gériatrie	76 %	89 %	67 %	70 %	83 %	71 %
Lits d'infirmierie	92 %	87 %	51 %	70 %	52 %	68 %
Psycho-gériatrie	91 %	78 %	84 %	88 %	79 %	95 %

Le TABLEAU 50 montre, pour ces mêmes types de lits, la proportion de patients transférés ayant nécessité certains traitements. La comparaison peut être faite avec les patients y séjournant déjà en se référant au tableau 27. On ne constate pas de différence marquante.

Ce tableau montre aussi les patients transférés dans les lits d'hébergement et à domicile. On voit que certains traitements ou certaines "prises en charge" (médicamenteuse, soutien psycho-social...) restent nécessaires dans une proportion relativement importante.

5.7.4. Patients transférables dans les lits d'hébergement

Ils viennent pour 71% de gériatrie, 17% des lits aigus et 8% de psychiatrie aiguë. 81% ont 70 ans ou plus. A nouveau une majorité de femmes. Outre les divers traitements décrits dans le tableau précédent, relevons que 29% de ces patients sont considérés comme étant dépendant pour les soins de base (score positif) et 31% comme plutôt ou totalement dépendants des traitements.

5.7.5. Patients transférables à domicile

Plus de la moitié viennent des lits aigus, le quart de gériatrie et le reste de psychiatrie aiguë et chronique. 42% ont plus de 70 ans, 16% d'entre eux sont dépendants pour les soins de base, et 19% pour les traitements. Le quart de ces patients a séjourné depuis moins de 15 jours à l'hôpital, mais 55% y sont depuis 1 à 6 mois.

Tableau 50

Description des traitements des patients transférés

	Proportion de patients avec les traitements suivants :					
	soins/prophyl. escarres	pansements	aide néc. à prise médic.	physio/ ergo ttt	soutien psycho-soc.	laboratoire
<u>transferts en :</u>						
Gériatrie	64 %	24 %	82 %	39 %	54 %	17 %
Lits d'infirmierie	64 %	14 %	60 %	35 %	26 %	7 %
Psycho-gériatrie	69 %	12 %	66 %	23 %	60 %	8 %
Lits d'hébergement	26 %	4 %	53 %	38 %	51 %	12 %
Domicile	22 %	22 %	44 %	63 %	45 %	16 %

5.7.6. Patients transférés en psychiatrie aiguë

Ils proviennent pratiquement tous des lits aigus, et aucun n'a plus de 70 ans. Les trois quarts sont des femmes. Trois quarts aussi sont à l'hôpital depuis moins de deux semaines, et pratiquement tous depuis moins d'un mois. Le tiers de ces patients a eu un examen de laboratoire ou une autre investigation le jour du recensement. La moitié sont considérés comme dépendants des traitements.

5.7.7. Patients transférés en psychiatrie chronique

Ils viennent principalement de gériatrie et de psychiatrie aiguë. Les trois quarts ont moins de 70 ans, et encore une fois, la majorité sont des femmes. 70% d'entre eux séjournent depuis plus d'un an en hôpital. Ils sont relativement lourds quant à la prise en charge nécessaire, puisque 39% sont dépendants pour les soins de base, 79% pour la prise de médicaments. Les infirmières les ont considérés comme dépendants des traitements et ayant eu besoin d'un soutien psycho-social important quatre fois sur cinq.

5.7.8. Patients transférés dans des lits d'encadrement psycho-social

Huit sur dix viennent de psychiatrie, tant aiguë que chronique. Ils sont plutôt jeunes : le tiers entre 15 et 39 ans, la moitié entre 40 et 70. Majorité d'hommes cette fois-ci, et proportion importante (69%) de célibataires. Quatre sur dix sont hospitalisés depuis plus de 6 mois. Soutien pour la prise de médicaments, soutien psycho-social et physiothérapie ont été nécessaires pour plus de la moitié d'entre eux.

5.8. Bilan des transferts

Quel serait finalement le bilan des patients "perdus" et "gagnés" par les différents types de lits si les transferts souhaités par les médecins pouvaient se réaliser ?

Le TABLEAU 51 montre le nombre moyen par recensement de patients perdus et gagnés. Pour simplifier l'analyse, on ne parle ici que des lits aigus de médecine des hôpitaux. Il y aurait 67 patients de moins dans ces lits de médecine et de 0 à 1 en plus (un seul patient chronique sur les deux recensements aurait dû être dans un lit aigu).

Le bilan serait aussi nettement négatif pour la gériatrie, la psychiatrie aiguë et chronique. Le seul service qui terminerait avec un bilan positif serait la psychogériatrie, qui hériterait de 36 patients et en aurait perdu 5 seulement.

Le TABLEAU 52 montre ce bilan, en comparant cette fois le nombre de patients hospitalisés et les taux d'occupation avant et après ce transfert fictif. Rappelons que les taux d'occupation étaient élevés dans tous ces services. On constate que ces taux d'occupation restent autour de 80% pour les quatre services qui perdraient des patients dans l'opération. En psychogériatrie, déjà saturée avec 100%, le taux d'occupation atteindrait 151%...

Le TABLEAU 53 montre les transferts de patients qui se feraient vers l'extérieur des hôpitaux. 52 patients devraient aller dans les lits d'infirmierie des homes, et 24 dans leurs lits d'hébergement. Des lits d'encadrement psycho-social devraient accueillir 28 patients. 13 rentreraient à domicile, et 9 seraient dans des structures "autres" (homes pour jeunes chroniques, rééducation diverses, etc).

La Figure 1 résume ces différents mouvements.

Tableau 51Bilan des transferts entre les différents types de lits

Nombre moyen de patients par recensement :	Perte	Gain	Bilan
	Lits de Médecine A (hôpitaux)	67	1
Gériatrie	102	35	- 67
Psychiatrie A	23	9	- 14
Psychiatrie C	19	13	- 6
Psycho-gériatrie	5	36	+ 31

Tableau 52Bilan des transferts : évolution des taux d'occupation

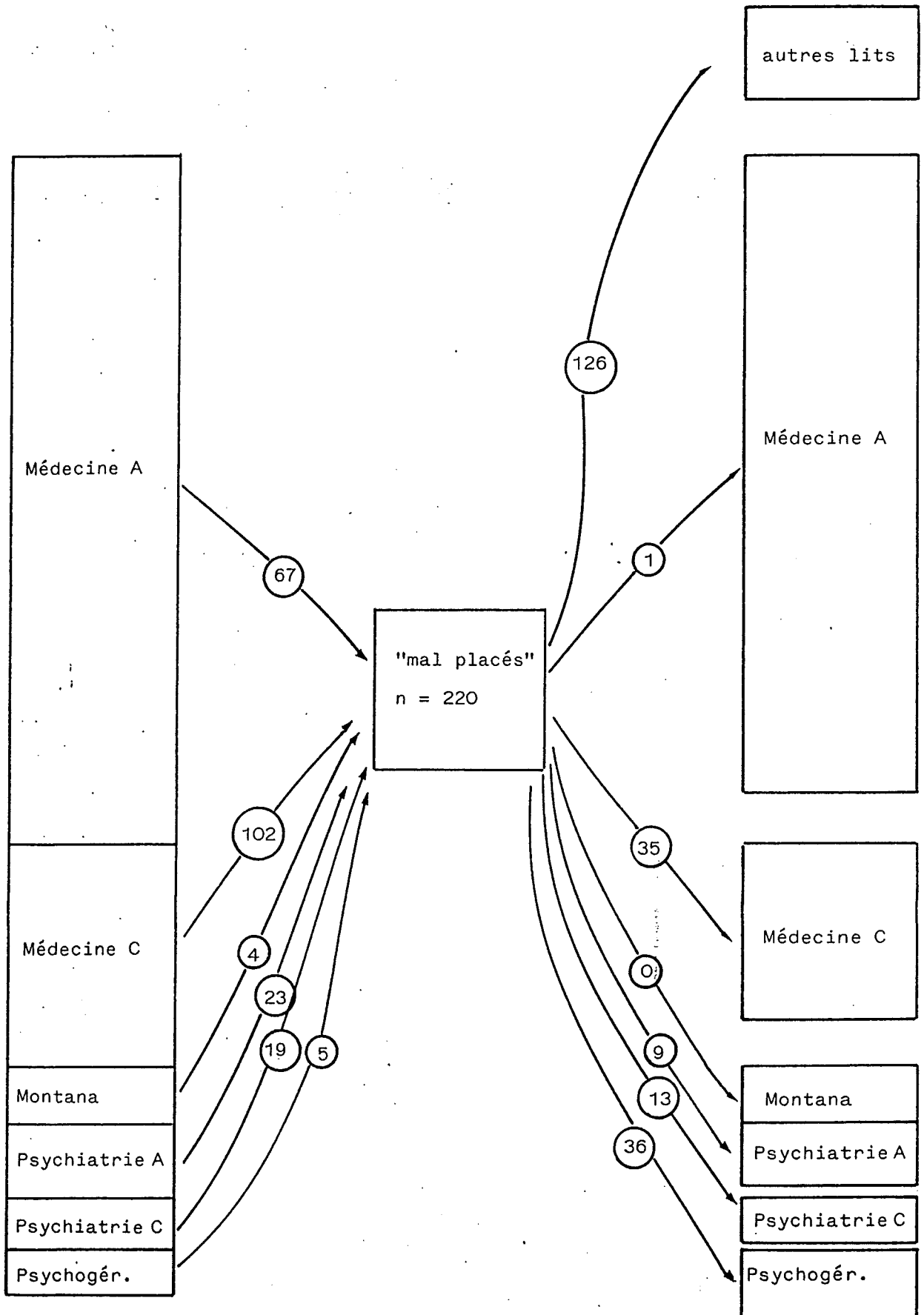
	N officiel de lits	<u>Avant transfert</u>		<u>Après transfert</u>	
		N moyen	taux d'occup.	N moyen	taux d'occup.
Lits de					
. Médecine A (hôpitaux)	382	376	98 %	310	81 %
. Gériatrie	343	335	98 %	268	78 %
. Psychiatrie A	112	103	92 %	89	79 %
. Psychiatrie C	73	71	97 %	65	89 %
. Psycho-gériatrie	61	61	100 %	92	151 %

Tableau 53Transferts à l'extérieur des hôpitaux

	<u>Nombre moyen de patients par recensement</u>	
. Lits infirmerie homes	+	52
. Lits hébergement homes	+	24
. Lits encadrement psycho-social	+	28
. Domicile	+	13
. Autres	+	9

Figure 1

BILAN DES MOUVEMENTS DE PATIENTS



Etat des lits selon recensement

Etat des lits selon jugement

6. RESUME DES PRINCIPALES OBSERVATIONS

Cette partie rappelle les cinq principales observations générales suggérées par cette enquête.

6.1. Relativement peu de patients "mal placés", en particulier dans les lits aigus

Le but principal de l'étude concernait la situation dans les lits aigus, plus particulièrement dans les services de médecine. Finalement la proportion des patients "mal placés" y est relativement faible : 7% pour l'ensemble des lits aigus, 14% pour la médecine. Les taux plus élevés de "mal placés" sont observés dans d'autres types de lits : psychiatrie (23% en psychiatrie aiguë, 26% en psychiatrie chronique) et gériatrie (33%). En nombre absolu, il y a nettement moins de patients "mal placés" en médecine (67 patients) qu'en gériatrie (102 patients).

Ce taux est faible si on le compare aux résultats obtenus dans une enquête semblable réalisée à Bâle : 16% des patients des lits aigus étaient "mal placés" et 31% des patients de médecine (1). A Soleure, on obtenait 14% pour l'ensemble des lits aigus et 26% en médecine.

Il est difficile de dire si le taux observé en Valais sous-estime la réalité. Peut-être que l'intention du Département de la santé publique de réduire les lits, explicitée dans des documents officiels, a incité les médecins à réserver leur jugement sur certains cas traités dans des lits non adéquats. Il est cependant peu probable que ce mécanisme ait été plus important en Valais qu'à Bâle ou à Soleure. D'autre part, l'analyse des caractéristiques, en particulier des niveaux de dépendance, des patients transférables suggère que les médecins ont, dans l'ensemble, joué le jeu qui leur était proposé.

Une autre source potentiellement importante de différences entre les enquêtes valaisannes et les autres est la définition des lits de dégagement : le fait d'avoir proposé comme alternative des lits d'infirmierie, ce qui est une possibilité virtuelle mais non inscrite dans la réalité, peut avoir induit une sous-estimation du taux de patients "mal placés".

Ces remarques valent principalement pour les patients chroniques âgés. L'évaluation de leur nombre était le but principal de l'enquête. D'autres types de "placements non adéquats" n'ont pas été abordés ou ne l'ont été que très partiellement; il s'agit en particulier des patients psychiatriques hospitalisés dans les services de médecine: selon la conception du médecin traitant, ils ont été considérés comme "mal" ou "bien placés". Il en est de même des patients admis pour investigations, dont certaines auraient pu éventuellement se mener ambulatoirement; d'autres types d'enquêtes seraient nécessaires pour répondre à ces questions.

6.2. Mise en évidence de certains "goulets d'étranglement"

La description des patients hospitalisés (en particulier selon l'âge et la dépendance) ainsi que celle des temps de séjour, mettent en évidence des "goulets d'étranglement"; on notera en particulier le faible renouvellement des patients de médecine aiguë à Monthey et à Viège, laissant penser que ces services hébergent beaucoup de patients chroniques, ce que confirme, en tout cas à Viège, le jugement des médecins.

Le goulet d'étranglement le plus important se situe apparemment au niveau des lits d'infirmerie: sont-ils réservés aux personnes âgées entrées dans le home en bonne santé et "malades temporairement ou au stade terminal de la vie" (2), ou bien sont-ils accessibles directement (depuis les hôpitaux ou le domicile) à des personnes présentant à l'entrée une certaine dépendance des soins de base et des traitements?

Actuellement, les pratiques varient beaucoup selon les homes. Mais bien souvent, et en particulier dans la région de Monthey, l'habitude est de ne transférer dans ces homes que des patients autonomes, se déplaçant par exemple seuls. Ceci signifie que des patients nécessitant une aide pour les soins de base, même sans traitements infirmiers ou médicaux importants, restent à l'hôpital. Une redéfinition du rôle de ces lits d'infirmerie dans la politique de santé du canton du Valais est probablement nécessaire.

6.3. Ressemblance globale des patients de gériatrie et de ceux des lits d'infirmerie

La similitude entre les patients hospitalisés en gériatrie (comprenant les lits pour chroniques de Gravelone et du Pfllegeheim de Brigue, ainsi que ceux des services de chroniques des hôpitaux) et ceux hébergés dans les lits d'infirmerie est frappante. L'âge et surtout le niveau de dépendance des soins de base sont les mêmes. Le niveau de dépendance des traitements, pour l'ensemble des patients, n'est pas très différent non plus.

L'intérêt de cette ressemblance entre lits d'infirmerie et lits chroniques est qu'il est qu'il existe par ailleurs

d'importantes différences entre les deux types d'hébergement: ces différences concernent à la fois le mode de financement des lits et la dotation et la qualification des personnels employés.

Bien sûr, le recensement ne présente qu'une image partielle, une "photographie", de la réalité : il ne tient pas compte de l'évolution ayant conduit à cette réalité. Par exemple, le degré de dépendance des patients pour les soins de base ne devrait pas être interprété en termes de "charge de travail" pour les différents services ou homes. Un patient indépendant peut l'être depuis son admission, mais aussi parce que des efforts et du temps lui ont été consacrés pour qu'il le devienne. Le questionnaire ne mesure pas directement ce temps et ces efforts : il peut être plus simple de laver un patient que de faire en sorte qu'il se lave lui-même, dans l'immédiat ou à moyen terme... Il n'y a aucune donnée sur la qualité des soins.

6.4. Même après redistribution, les taux d'occupation des lits aigus (en médecine et en psychiatrie) et des lits chroniques resteraient relativement élevés

Si tous les patients "mal placés" étaient traités à l'endroit adéquat, les taux d'occupation resteraient d'environ 80% en médecine et psychiatrie, ainsi qu'en gériatrie (78%).

Cette remarque est importante parce qu'elle montre que les développements de structure alternative suggérés par les réponses au questionnaire concernant le lieu de placement adéquat supprimeraient la surcharge actuelle des lits aigus, mais ne permettraient probablement pas d'en supprimer. Ces problèmes toutefois nécessitent une réflexion ultérieure et soigneuse, parce que leur appréciation dépend largement de la façon dont on définit un taux d'occupation idéal.

6.5. La psychogériatrie et les lits d'infirmierie des homes sont les secteurs à développer prioritairement

Les services de psychogériatrie et les lits d'infirmierie des homes sont les deux secteurs qui devraient être développés prioritairement selon les résultats de cette étude: alors que la psychogériatrie a officiellement 61 lits, elle devrait pouvoir accueillir 92 patients (taux d'occupation de 151%).

Les lits d'infirmierie des homes sont eux officiellement au nombre de 263. Il a déjà été tenu compte, au moins en partie, de la réalité et ce nombre a été augmenté à 317 lits, en constatant que cela ne "dilue" pas la charge représentée par les patients de ces lits d'infirmierie, puisque celle-ci restait globalement lourde. D'après cette enquête, 52 patients actuellement hospitalisés ailleurs pourraient en fait occuper une place dans un lit d'infirmierie. Cela correspondrait à 106 lits nécessaires.

7. REMARQUES FINALES

Les résultats présentés ici proviennent d'une enquête effectuée en automne 1985, soumise à des contraintes méthodologiques et pratiques. Plusieurs de ces limites ont été évoquées dans le texte (voir en particulier le point 5.1) et accompagnent les commentaires faits ci-dessus (cf point 7).

On notera en particulier que tous les résultats expriment une situation ponctuelle, y compris ceux qui concernent les transferts entre lieux d'hospitalisation ou d'hébergement. Ces résultats ne tiennent donc aucun compte d'une évolution future en fonction par exemple de prévisions démographiques ou de modification dans la prise en charge médicale et infirmière des malades. En d'autres termes, les transferts de patients proposés concernent une situation actuelle et ne devraient être interprétés pour l'avenir qu'avec précaution; c'est ce qui différencie la présente étude d'exercices de planification antérieurs, tel que : "Planification de la santé publique du canton du Valais" (3).

Par ailleurs, il faut répéter qu'il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation du besoin en lits de l'ensemble de la population valaisanne (auquel cas il aurait fallu faire une enquête au sein de la population); cette étude renseigne principalement sur les besoins de la population hospitalisée. On ne peut ici par exemple se prononcer sur le nombre de personnes actuellement à domicile ou hébergées dans un home et qui auraient besoin d'être hospitalisées ou hébergées dans un des lits valaisans.

Pour être importantes, ces limites sont à comparer avec les avantages substantiels liés à cette méthode d'enquête, concernant notamment sa simplicité; il faut enfin répéter ici que l'un des bénéfices importants de ce type d'enquête est qu'une question prépondérante pour le processus de planification ("ce patient est-il traité à la bonne place ?") est posée aux gens directement responsables du traitement des patients. Cette implication des personnels de santé dans la planification suscite la réflexion au moment de la prise de données et accroît certainement l'acceptabilité des résultats de telles enquêtes.

Références bibliographiques

1. Planification de la Santé Publique du Canton du Valais, Sion, Département de la Santé Publique du Canton du Valais, décembre 1982.
2. Politique de la vieillesse et prise en charge des personnes âgées. Sion, Département de la Santé Publique du Canton du Valais, mars 1984.
3. Mc Lachlan G. (Ed.) Framework and design for planning London, Nuffield Provincial Hospitals Trust / Oxford University Press, 1977.
4. Kilbane P. Hospital inpatient census : North East Thames Region, London, 1986 (Unpublished paper).
5. Sommer J.H., Leu R.E., Schaub Th., Gutzwiller F., Borner S., Frey R.L. - Strukturanalyse des Gesundheitswesens von Basel-Stadt. - Diessenhofen, Verlag Rueeggger, 1983. - Basler Sozialoekonomische Studien, Bd 20, 1983, 216 p. + 46 p.
6. Schaub Th., Borer I., Sommer J.H. - Der Zensus in den Solothurner Spitaelern, Alters- und Pflegeheimen. - Basel, Institut für Sozialwissenschaften der Universität Basel, 1985 (Unpublizierter Beitrag).

RECENSEMENT DANS LES HOPITAUX, CLINIQUES
ET ETABLISSEMENTS SPECIALISES VALAISANS

ETAT DU VALAIS (Département de la santé publique)

Mandat pour réalisation technique : Institut universitaire de
médecine sociale et préventive, Lausanne

Remarques préliminaires

1. Sauf mention expresse, toutes les informations relevées par ce questionnaire se rapportent à l'état du patient tel qu'il était observable le jour du recensement.
2. Il s'agit d'un questionnaire anonyme. Le nom du patient ne sera donc pas écrit sur le questionnaire. Afin de reconnaître celui-ci, une étiquette avec le nom du patient sera agrahée au début et ne sera enlevée que lorsqu'il aura été répondu à toutes les questions.
3. Un questionnaire doit être rempli pour chaque patient, y compris les patients qui sortent de l'hôpital le jour du recensement.
4. En revanche, le questionnaire ne doit pas être rempli pour les patients qui entrent à l'hôpital le jour du recensement.
5. Nous sommes à votre disposition pour tout problème ou demande de renseignements complémentaires pendant toute la journée du recensement au numéro de téléphone suivant : 021 41 28 66.

Pour l'équipe chargée de l'enquête

Dr Marianne Huguenin

Laisser en blanc s.v.p.

Rec. no

No patient

NOM DE L'HOPITAL, CLINIQUE
OU ETABLISSEMENT

DEPARTEMENT

DATE DE NAISSANCE DU PATIENT

jour mois année

SEXE masculin

féminin

ETAT-CIVIL célibataire

marié

séparé/divorcé

veuf

LIEU DE RESIDENCE

- Pour les résidents en Suisse :
Nom de la commune et numéro postal

.....

- En cas de résidence à l'étranger :

Pays :

TYPE DE LIT : lit privé

chambre commune

DATE D'HOSPITALISATION DU PATIENT

jour mois année

PREMIERE PARTIE : AVIS DU MEDECIN-CHEF OU CHEF DE CLINIQUE

1. L'admission à l'hôpital a été motivée par la raison suivante : (1 seule réponse possible)

- a) principalement pour traitement d'une maladie ou d'un accident (y compris état terminal) 31
 1
- b) principalement pour investigations à des fins diagnostiques ou pour bilan 2
- c) principalement pour rééducation ou réadaptation d'un traitement d'une maladie connue et chronique 3
- d) principalement en raison de traitements ou soins impossibles à domicile (temporairement ou définitivement) 4
- e) autres : 5

2. Le patient occupe actuellement un lit de la catégorie suivante : (1 seule réponse possible)

- a) lit de soins intensifs 32
 1
- b) lit aigu (type A) 2
- c) lit chronique ou de gériatrie (type C) 3
- d) lit en psychiatrie (aigu) 4
- e) lit chronique et de réadaptation en psychiatrie (comprenant les handicapés mentaux) 5
- f) lit en psycho-gériatrie 6

Pour la question 3 (et éventuellement 3.1), se référer aux définitions ci-dessous :

- Patient pour lit de type chronique ou gériatrique (type C) : atteinte chronique et stable, peu de prestations médicales ou médico-techniques, mais soins infirmiers de base et surtout traitements justifiant une présence infirmière régulière.
- Patient pour lit d'infirmerie d'un foyer pour personnes âgées ou home médicalisé (type DC) : atteinte chronique et stable, peu de prestations médicales et de traitements infirmiers; mais besoin de soins de base.
- Patient pour lit d'hébergement d'un foyer pour personnes âgées, home, maison de retraite : ni soins ni traitement en milieu hospitalier, mais ne peut vivre seul. Ne peut être aidé à domicile pour des raisons géographiques (endroit isolé) ou d'habitation (fauteuil roulant, maison sans ascenseur par exemple), ou personne sans soutien familial.
- Patient pour lit en psychiatrie aigu ou chronique : malade psychique d'étiologies diverses présentant des symptômes tels que mise en danger de lui-même ou d'autrui, confusion, agitation ou dépression, état maniforme, délire ou hallucinations justifiant d'une hospitalisation (avec plus ou moins d'encadrement médical).
- Patient pour lit d'encadrement psycho-social : adulte isolé, sans soutien familial, invalide professionnel, nécessitant surveillance et stimulation.
- Patient pour lit en psycho-gériatrie : démence ou syndrome psycho-organique chez un malade âgé nécessitant des soins chroniques peu médicalisés.
- Patient pour le domicile : pourrait aussi bien être traité ou suivi à domicile, s'il n'y avait le problème momentané de l'indisponibilité de la personne ou des services extra-hospitaliers qui pourraient le prendre en charge.

3. Considérez-vous que le patient est actuellement hospitalisé dans une catégorie de lit correspondant aux soins exigés par son état ?

33

OUI 1 → passer à la question 4

NON 2

3.1) SI NON : où le patient pourrait-il être soigné/placé
(selon les définitions ci-dessus) ?

(1 seule réponse possible)

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | 34 |
| a) lit de soins intensifs | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) lit aigu (type A) | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) lit chronique ou de gériatrie (type C) | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) lit d'infirmierie d'un foyer pour personnes âgées (type DC) | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) lit d'hébergement d'un foyer pour personnes âgées | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) lit aigu en psychiatrie | <input type="checkbox"/> 6 |
| g) lit chronique en psychiatrie | <input type="checkbox"/> 7 |
| h) lit d'encadrement psycho-social | <input type="checkbox"/> 8 |
| i) lit en psycho-gériatrie | <input type="checkbox"/> 9 |
| j) à domicile | <input type="checkbox"/> 10 |
| k) autres | <input type="checkbox"/> 11 |
| | <input type="checkbox"/> 11 |

4. Ce patient a-t-il été hospitalisé plusieurs fois dans le courant des 12 derniers mois ?

- | | |
|-----|----------------------------|
| | 35 |
| OUI | <input type="checkbox"/> 1 |
| NON | <input type="checkbox"/> 2 |

4.1) SI OUI : (1 seule réponse possible)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | 36 |
| a) avant tout pour des raisons médicales | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) avant tout pour des raisons sociales
(par exemple soins impossibles à domicile) | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) autres | <input type="checkbox"/> 3 |
| | <input type="checkbox"/> 3 |

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

Nous vous prions encore d'indiquer votre nom, au cas où d'éventuels renseignements complémentaires nous seraient nécessaires :

DEUXIEME PARTIE : OPINION DE L'INFIRMIERE(IER)-CHEF

5. QUELS SONT LES SOINS DE BASE DONT A BESOIN LE PATIENT ?

Les points a) à f) se rapportent aux dernières 24 heures.

(1 croix seulement par question)

- | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | 37 |
| a) A pu rester debout toute la journée | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ne s'est levé que quelques heures | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ne peut pas se lever | <input type="checkbox"/> 3 |
| | 38 |
| b) Peut se déplacer dans la chambre de façon autonome | <input type="checkbox"/> 1 |
| Peut se déplacer en chaise roulante de façon autonome | <input type="checkbox"/> 2 |
| A besoin d'aide pour se déplacer (seul ou en chaise roulante) | <input type="checkbox"/> 3 |
| Est en chaise roulante totalement dépendant | <input type="checkbox"/> 4 |
| Ne peut pas se lever | <input type="checkbox"/> 5 |
| | 39 |
| c) Va et se lave seul au lavabo | <input type="checkbox"/> 1 |
| Peut se laver seul, quand on lui apporte de l'eau | <input type="checkbox"/> 2 |
| A besoin d'aide pour se laver | <input type="checkbox"/> 3 |
| Absolument incapable de se laver seul | <input type="checkbox"/> 4 |
| | 40 |
| d) Va seul aux toilettes | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ne peut atteindre et employer les toilettes qu'avec aide | <input type="checkbox"/> 2 |
| Est totalement dépendant pour les urines/selles | <input type="checkbox"/> 3 |
| | 41 |
| e) Peut manger seul | <input type="checkbox"/> 1 |
| A besoin d'aide pour manger | <input type="checkbox"/> 2 |
| Est totalement dépendant pour manger | <input type="checkbox"/> 3 |
| | 42 |
| f) Peut s'habiller et se déshabiller seul | <input type="checkbox"/> 1 |
| A besoin d'aide pour s'habiller et se déshabiller | <input type="checkbox"/> 2 |
| Est totalement dépendant pour s'habiller et se déshabiller | <input type="checkbox"/> 3 |

Les points g), h) et i) se rapportent à la dernière semaine.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | 43 |
| g) Ne présente pas d'incontinence d'urines | <input type="checkbox"/> 1 |
| Porte une sonde à demeure | <input type="checkbox"/> 2 |
| Est incontinent au maximum 3 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3 |
| Est incontinent plus de 3 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 4 |
| | 44 |
| h) Ne présente pas d'incontinence de selles | <input type="checkbox"/> 1 |
| A un anus praeter | <input type="checkbox"/> 2 |
| Est incontinent pour les selles au maximum 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 3 |
| Est incontinent pour les selles plus d'une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 4 |
| | 45 |
| i) Peut s'orienter dans l'espace et dans le temps | <input type="checkbox"/> 1 |
| Est surtout désorienté la nuit | <input type="checkbox"/> 2 |
| Est désorienté de jour comme de nuit | <input type="checkbox"/> 3 |
| Est désorienté, se perd souvent et doit même être recherché en-dehors de l'hôpital | <input type="checkbox"/> 4 |
| Est comateux | <input type="checkbox"/> 5 |

6. QUELS SONT LES TRAITEMENTS DONT A BESOIN CE PATIENT ?

Tous les points suivants se rapportent aux dernières 24 heures.

- | | oui | non | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| | 1 | 2 | |
| - Perfusion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46 |
| - Sonde gastrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47 |
| - Prophylaxie / traitement des escarres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48 |
| - Aspiration (avec / sans trachéotomie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49 |
| - Changement de pansement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50 |
| - Oxygène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51 |
| - Injections ou assistance indispensable à la prise de médicaments par voie orale ou rectale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52 |
| | 1 | 2 | |
| - Physiothérapie / ergothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53 |
| - Physiothérapie respiratoire / inhalations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54 |
| - Radiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55 |
| | 1 | 2 | |
| - Intervention infirmière importante sur le plan psychiatrique ou psycho-social | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56 |
| | 1 | 2 | |
| - Prises de sang, examen radiologique ou autre à but diagnostic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57 |
| | 1 | 2 | |
| - Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58 |

7. SUR UNE ECHELLE ALLANT DE 1 = TOTALEMENT INDEPENDANT
à 5 = TOTALEMENT DEPENDANT

SITUEZ LE PATIENT, TEL QU'IL ETAIT GLOBALEMENT CES DERNIERES
24 HEURES

pour les a) soins de base b) traitements

	59	60
- totalement indépendant	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- plutôt indépendant	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- entre les deux	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- plutôt dépendant	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- totalement dépendant	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Au cas où ce patient est totalement indépendant pour les soins de base et pour les traitements, les questions 8 et 9 ne doivent pas être prises en considération.

8. COMBIEN FAUDRA-T-IL DE TEMPS JUSQU'A CE QUE CE PATIENT SOIT TOTALEMENT INDEPENDANT a) DES SOINS DE BASE, b) DES TRAITEMENTS ?

a) soins de base b) traitements

	61	62
- maximum 1 mois	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
- maximum 6 mois	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
- plus de 6 mois	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
- ne parviendra jamais à une totale indépendance	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
- je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

9. DANS LE CAS OU LE PATIENT NE PARVIENDRA JAMAIS A UNE TOTALE INDEPENDANCE a) DES SOINS DE BASE, b) DES TRAITEMENTS, SA DEPENDANCE SERA-T-ELLE EN :

a) soins de base b) traitements

	63	64
- diminution	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
- stabilité	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
- augmentation	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
- je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

Nous vous prions encore d'indiquer votre nom, au cas où d'éventuels renseignements complémentaires nous seraient nécessaire :

ZENSUS IN OEFFENTLICHEN UND PRIVATEN
KRANKENHAEUSERN IM KANTON WALLIS

KANTON WALLIS (Abteilung für Gesundheitswesen)

Auftrag zur technischen Durchführung : Institut für Sozial- und
Präventivmedizin, Universität Lausanne

Einleitende Bemerkungen

1. Wenn nicht anderst vermerkt beziehen sich die Angaben auf den Zustand des Patienten am Stichtag.
2. Es handelt sich um einen anonymen Fragebogen. Der Name des Patienten wird nicht auf den Fragebogen geschrieben. Um Verweckslungen zu vermeiden wird eine Etikette mit dem Namen des Patienten mit einer Büroklammer angeheftet und wird erst entfernt, wenn alle Fragen beantwortet sind.
3. Für jeden Patienten muss ein Fragebogen ausgefüllt werden, inbegriffen alle Patienten, die am Stichtag das Spital verlassen.
4. Dagegen muss für Patienten die am Stichtag ins Spital eintreten, kein Fragebogen ausgefüllt werden.
5. Wir stehen Ihnen für eventuelle Fragen während des ganzen Zensustages zur Verfügung : Tel. 021 41 28 66

Mit freundlichen Grüssen

Dr Marianne Huguenin

Bitte leer lassen

Rec. no

No patient

NAME VON SPITAL, KLINIK
 ODER ANSTALT

ABTEILUNG

GEBURTSDATUM Tag Monat Jahr

GESCHLECHT männlich

weiblich

ZIVILSTAND ledig

verheiratet

getrennt/geschieden

verwitwet

WOHNORT

- Gemeinde mit Postleitzahl

.....

- Sofern im Ausland wohnhaft :

das Land

KLASSE : privat

allgemein

EINTRITTSDATUM

Tag Monat Jahr

ERSTER TEIL : BEURTEILUNG DURCH DEN CHEFARZT ODER OBERARZT

1. Die Hospitalisation erfolgte vor allem

(nur 1 Antwort möglich)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| a) zur Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung, zur Betreuung des Sterbenden | 31
<input type="checkbox"/> 1 |
| b) zur diagnostischen Abklärung | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) zur Rehabilitation oder zur Anpassung einer Langzeittherapie einer bekannten Krankheit | <input type="checkbox"/> 3 |
| e) ambulante Behandlung oder Pflege zu Hause nicht möglich (vorübergehend oder dauernd) | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) andere Ursache | <input type="checkbox"/> 5 |
| | |

2. Der Patient belegt gegenwärtig ein Bett der folgenden Kategorie :

(nur 1 Antwort möglich)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | 32 |
| a) Intensivpflegebett | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) Akutbett (Typ A) | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Chronischkranken- oder Geriatriebett (Typ C) | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Akutbett in der Psychiatrie | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) Chronischbett in der Psychiatrie
(inbegriffen Rehabilitation Geistesschwache) | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Psychogeriatricbett | <input type="checkbox"/> 6 |

Für die Frage Nr 3 (und 3.1) gelten die folgenden Definitionen :

- Patient für ein Chronischkranken- oder Geriatriebett
Chronische Leiden, die wenig ärztliche oder medizinisch-technische Leistungen erfordern, wo der Patient aber einer pflegerischen Betreuung bedarf, die die dauernde Anwesenheit von Pflegepersonal nötig macht.
- Patient für ein Pflegebett in einem Kranken- oder Altersheim
Chronische Leiden, die wenig medizinische Betreuung erfordern, wo der Patient aber einer Grundpflege bedarf.
- Patient für ein Altersheim
Der Patient bedarf weder einer medizinischen Behebung noch der Grundpflege, er kann aber auch nicht selbständig leben. Eine Hilfe in seinem Hause kommt aus geographischen oder baulichen Gründen (Rollstuhl, kein Lift) nicht in Frage. Betagte Personen ohne Hilfe von Angehörigen.
- Patient für Psychiatriebett (Akut oder Chronisch) : Psychisch Kranke
jedwelter Aetiologie, die sich selber oder andere gefährden könnten, die verwirrt, agitiert, depressiv oder manisch sind, sowie Patienten mit Halluzinationen und Delirien die einer Hospitalisation bedürfen (mit mehr oder weniger ärztlicher Betreuung).
- Patient für ein Wohnheim mit psycho-sozialer Betreuung : Erwachsene ohne Familienanschluss die der Betreuung in einer geschützten Umgebung bedürfen.
- Patient für ein "psychogeriatrisches" Bett
Betagte Patienten mit einer Demenz oder psychoorganischem Syndrom, die einer dauernden Pflege bedürfen, aber keiner intensiven medizinischen Betreuung.
- Patient, der zu Hause behandelt werden könnte
wenn nicht die sie betreuende Person oder die Hauspflegedienste vorübergehend ausser Stande wären, ihre Aufgabe zu erfüllen.

3. Finden Sie, dass der Patient zur Zeit in jener Bettenkategorie ist, die seinen Bedürfnissen entspricht ?

33

JA 1 → weiter zu Frage 4

NEIN 2

3.1.) WENN NEIN : wo sollte der Patient am ehesten plaziert werden ?

(Nur 1 Antwort möglich)

- | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| | 34 |
| a) Intensivpflegebett | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) Akutbett (Typ A) | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Chronischkranken- oder geriatricbett (Typ C) | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Pflegebett im Altersheim (Typ DC) | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) Altersheim | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Akutbett in der Psychiatrie | <input type="checkbox"/> 6 |
| g) Chronischbett in der Psychiatrie | <input type="checkbox"/> 7 |
| h) Wohnheim mit psycho-sozialer Betreuung | <input type="checkbox"/> 8 |
| i) Psychogeriatricbett | <input type="checkbox"/> 9 |
| j) Zu Hause | <input type="checkbox"/> 10 |
| k) Andere Lösung | <input type="checkbox"/> 11 |

4. Ist der Patient im Verlauf der letzten zwölf Monate bereits einmal hospitalisiert worden ?

- | | |
|------|----------------------------|
| | 35. |
| JA | <input type="checkbox"/> 1 |
| NEIN | <input type="checkbox"/> 2 |

4.1) WENN JA : (Nur 1 Antwort möglich)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | 36 |
| a) vorwiegend aus medizinischen Gründen | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) vorwiegend aus sozialen Gründen .
(z. B. Pflege zu Hause nicht möglich) | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) andere Gründe : | <input type="checkbox"/> 3 |
| | |

VIELEN DANK FUER IHRE MITARBEIT !

Wir bitten Sie, Ihren Namen anzugeben, damit wir bei allfälligen Unklarheiten zurückfragen können :

ZWEITER TEIL : DIE MEINUNG DER OBERSCHWESTER, DES OBERPFLEGERS

5. WELCHER ART IST DIE GRUNDPFLEGE, DERER DER PATIENT BEDARF ?

Die Feststellungen a) - f) beziehen sich auf die vergangenen 24 Stunden.

(Pro Buchstabe nur 1 Kreuz)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | 37 |
| a) Konnte der ganzen Tag auf sein | <input type="checkbox"/> 1 |
| War nur stundenweise auf | <input type="checkbox"/> 2 |
| Kann/darf nicht aufstehen | <input type="checkbox"/> 3 |
| | 38 |
| b) Kann im Zimmer selbständig gehen | <input type="checkbox"/> 1 |
| Kann sich ohne Hilfe im Rollstuhl fortbewegen | <input type="checkbox"/> 2 |
| Braucht zum Gehen/Rollstuhlfahren Hilfe | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ist im Rollstuhl vollständig auf Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> 4 |
| Kann/darf nicht aufstehen | <input type="checkbox"/> 5 |
| | 39 |
| c) Geht alleine zum Waschbecker und wäscht sich alleine | <input type="checkbox"/> 1 |
| Kann sich selber waschen, wenn ihm das Wasser gebracht wird | <input type="checkbox"/> 2 |
| Braucht zum sich Waschen Hilfe | <input type="checkbox"/> 3 |
| Kann sich überhaupt nicht selber waschen | <input type="checkbox"/> 4 |
| | 40 |
| d) Geht selbständig zur Toilette | <input type="checkbox"/> 1 |
| Kann die Toilette nur mit Hilfe erreichen oder benutzen | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ist zur Entleerung von Blase/Darm vollständig auf Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> 3 |
| | 41 |
| e) Kann selbständig essen | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ist zum Essen auf Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ist zum Essen vollständig auf Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> 3 |
| | 42 |
| f) Kann sich selber an- und ausziehen | <input type="checkbox"/> 1 |
| Braucht zum An- und Ausziehen Hilfe | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ist zum An-/Ausziehen vollständig auf Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> 3 |

Die Punkte g) - i) beziehen sich auf die vergangene Woche.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | 43 |
| g) Hat keine Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> 1 |
| Hat einen Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ist höchstens 3 x pro Woche urininkontinent | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ist mehr als 3 x pro Woche urininkontinent | <input type="checkbox"/> 4 |
| | 44 |
| h) Hat keine Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> 1 |
| Hat einen Anus praeter | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ist höchstens 1 x pro Woche stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ist mehr als 1 x pro Woche stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> 4 |
| | 45 |
| i) Ist zeitlich und örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ist vor allem nachts desorientiert | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ist nachts und auch tagsüber desorientiert | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ist desorientiert, verläuft sich oft und muss sogar
ausserhalb des Spitals gesucht werden | <input type="checkbox"/> 4 |
| Ist komatös | <input type="checkbox"/> 5 |

6. WELCHE DER FOLGENDEN MASSNAHMEN BENOETIGTE DER PATIENT ?

Die folgenden Punkte beziehen sich auf die letzten 24 Stunden.

- | | ja | nein |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | 1 | 2 |
| - Infusionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 46 |
| - Magensonde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 47 |
| - Dekubitusprophylaxe und Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 48 |
| - Absaugen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 49 |
| - Verbandwechsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 50 |
| - Sauerstoff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 51 |
| - Injektionen oder Kontrolle über die
Einnahme von Medikamenten (per os, rektal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 52 |
| | 1 | 2 |
| - Physiotherapie, Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 53 |
| - Atemgymnastik / Inhalationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 54 |
| - Radiotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 55 |
| | 1 | 2 |
| - Psycho-soziale Betreuung durch Pflege-
personal (Stimulation, Aktivierung, usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 56 |
| | 1 | 2 |
| - Blutentnahme, Röntgenuntersuchung oder
andere diagnostische Massnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 57 |
| | 1 | 2 |
| - Andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 58 |

7. AUF EINER SKALA VON 1 = VOLLSTAENDIG UNABHAENGIG
 BIS 5 = VOLLSTAENDIG ABHAENGIG
 SOLL DER PATIENT EINGESTUFT WERDEN, INDEM SIE DAS GESAMTBILD
 DER VERGANGENEN 24 STUNDEN BERUECKSICHTIGEN

für die Grundpflege/die Behandlungspflege

	59	60
- vollständig unabhängig	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- weitgehend unabhängig	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- teils / teils	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- weitgehend abhängig	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- vollständig abhängig	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Falls dieser Patient sowohl von Grund- als auch von Behandlungspflege vollständig unabhängig ist, sollen die Fragen 8 und 9 nicht beantwortet werden, da sie sich nur auf Patienten beziehen, welche von der einen oder anderen Pflegeart abhängig sind.

8. WIE LANGE WIRD ES DAUERN, BIS DIESER PATIENT VON GRUNDPFLEGE UND BEHANDLUNGSPFLEGE VOLLSTAENDIG UNABHAENGIG SEIN WIRD ?

	Grundpflege 61	Behandlungspflege 62
- höchstens 1 Monat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
- höchstens 6 Monate	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
- mehr als 6 Monate	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
- eine vollständige Unabhängigkeit wird nie erreicht werden können	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
- - ich weiss nicht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

9. FALLS DER PATIENT NIE VOLLSTAENDIGE UNABHAENGIGKEIT VON GRUNDPFLEGE UND BEHANDLUNGSPFLEGE ERREICHEN KANN, WIRD SEINE ABHAENGIGKEIT VORAUSSICHTLICH

	Grundpflege 63	Behandlungspfleg 64
- abnehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
- gleich bleiben	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
- zunehmen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
- ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

VIELEN DANK FUER IHRE MITARBEIT !

Wir bitten Sie, Ihren Namen anzugeben, damit wir bei allfälligen Unklarheiten zurückfragen können :

RECENSEMENT DANS LES LITS D'INFIRMERIE
DES FOYERS POUR PERSONNES AGEES

ETAT DU VALAIS (Département de la santé publique)

Mandat pour réalisation technique : Institut universitaire de
médecine sociale et préventive, Lausanne

13, 14 et 15 NOVEMBRE 1985

Remarques préliminaires

1. Sauf mention expresse, toutes les informations relevées par ce questionnaire se rapportent à l'état du pensionnaire tel qu'il était observable le jour du recensement.
2. Il s'agit d'un questionnaire anonyme. Le nom du pensionnaire ne sera donc pas écrit sur le questionnaire. Afin de reconnaître celui-ci, une étiquette avec le nom du pensionnaire sera agrafée au début et ne sera enlevée que lorsqu'il aura été répondu à toutes les questions.
3. Un questionnaire doit être rempli pour chaque pensionnaire, y compris les pensionnaires qui sortent le jour du recensement.
4. En revanche, le questionnaire ne doit pas être rempli pour les pensionnaires qui entrent le jour du recensement.
5. Nous sommes à votre disposition pour tout problème ou demande de renseignements complémentaires pendant toute la période du recensement au numéro de téléphone suivant : 021 41 28 66.

Pour l'équipe chargée de l'enquête

Dr Marianne Huguenin

Laisser en blanc s.v.p.

NOM DU HOME POUR PERSONNES AGEES

No pensionnaire

Code home

DATE DE NAISSANCE DU PENSIONNAIRE

jour mois année

SEXE masculin 1
féminin 2

ETAT-CIVIL célibataire 1
marié 2
séparé/divorcé 3
veuf 4

LIEU DE RESIDENCE

- Pour les résidents en Suisse :

Nom de la commune et numéro postal

.....
15 16 17 18

- En cas de résidence à l'étranger :

Pays :

DATE D'ENTREE DU PENSIONNAIRE :

jour mois année

OPINION DE L'INFIRMIERE(IER)-CHEF

1. QUELS SONT LES SOINS DE BASE DONT A BESOIN LE PENSIONNAIRE ?

Les points a) à f) se rapportent aux dernières 24 heures.

(1 croix seulement par question)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|---|
| | 25 | |
| a) A pu rester debout toute la journée | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ne s'est levé que quelques heures | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ne peut pas se lever | <input type="checkbox"/> | 3 |
| | 26 | |
| b) Peut se déplacer dans la chambre de façon autonome | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Peut se déplacer en chaise roulante de façon autonome | <input type="checkbox"/> | 2 |
| A besoin d'aide pour se déplacer (seul ou en chaise roulante) | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Est en chaise roulante totalement dépendant | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ne peut pas se lever | <input type="checkbox"/> | 5 |
| | 27 | |
| c) Va et se lave seul au lavabo | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Peut se laver seul, quand on lui apporte de l'eau | <input type="checkbox"/> | 2 |
| A besoin d'aide pour se laver | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Absolument incapable de se laver seul | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | 28 | |
| d) Va seul aux toilettes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ne peut atteindre et employer les toilettes qu'avec aide | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Est totalement dépendant pour les urines/selles | <input type="checkbox"/> | 3 |
| | 29 | |
| e) Peut manger seul | <input type="checkbox"/> | 1 |
| A besoin d'aide pour manger | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Est totalement dépendant pour manger | <input type="checkbox"/> | 3 |
| | 30 | |
| f) Peut s'habiller et se déshabiller seul | <input type="checkbox"/> | 1 |
| A besoin d'aide pour s'habiller et se déshabiller | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Est totalement dépendant pour s'habiller et se déshabiller | <input type="checkbox"/> | 3 |

Les points g), h) et i) se rapportent à la dernière semaine.

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|
| | 31 | |
| g) Ne présente pas d'incontinence d'urines | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Porte une sonde à demeure | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Est incontinent au maximum 3 fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Est incontinent plus de 3 fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | 32 | |
| h) Ne présente pas d'incontinence de selles | <input type="checkbox"/> | 1 |
| A un anus praeter | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Est incontinent pour les selles au maximum 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Est incontinent pour les selles plus d'une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | 33 | |
| i) Peut s'orienter dans l'espace et dans le temps | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Est surtout désorienté la nuit | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Est désorienté de jour comme de nuit | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Est désorienté, se perd souvent et doit même être recherché en-dehors de l'hôpital | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Est comateux | <input type="checkbox"/> | 5 |

2. QUELS SONT LES TRAITEMENTS DONT A BESOIN CE PENSIONNAIRE ?

Tous les points suivants se rapportent aux dernières 24 heures.

- | | oui | non | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----|
| | 1 | 2 | |
| - Perfusion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34 |
| - Sonde gastrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35 |
| - Prophylaxie / traitement des escarres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36 |
| - Aspiration (avec / sans trachéotomie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37 |
| - Changement de pansement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38 |
| - Oxygène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39 |
| - Injection ou assistance indispensable à la prise de médicaments par voie orale ou rectale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40 |
| | 1 | 2 | |
| - Physiothérapie / ergothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41 |
| - Physiothérapie respiratoire / inhalations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42 |
| - Radiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43 |
| - Intervention infirmière importante sur le plan psychiatrique ou psycho-social | 1
<input type="checkbox"/> | 2
<input type="checkbox"/> | 44 |
| - Prises de sang, examen radiologique ou autre à but diagnostic | 1
<input type="checkbox"/> | 2
<input type="checkbox"/> | 45 |
| - Autres | 1
<input type="checkbox"/> | 2
<input type="checkbox"/> | 46 |

3. SUR UNE ECHELLE ALLANT DE 1 = TOTALEMENT INDEPENDANT
 A 5 = TOTALEMENT DEPENDANT
 SITUEZ LE PENSIONNAIRE, TEL QU'IL ETAIT GLOBALEMENT CES DERNIERES
 24 HEURES

	POUR LES		a) soins de base	b) traitements
- totalement indépendant	1	⁴⁷	<input type="checkbox"/>	1 ⁴⁸ <input type="checkbox"/>
- plutôt indépendant	2		<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- entre les deux	3		<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- plutôt dépendant	4		<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- totalement dépendant	5		<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Au cas où ce pensionnaire est totalement indépendant pour les soins de base et pour les traitements, les questions 4 et 5 ne doivent pas être prise en considération.

4. COMBIEN FAUDRA-T-IL DE TEMPS JUSQU'A CE QUE CE PENSIONNAIRE SOIT TOTALEMENT INDEPENDANT a) DES SOINS DE BASE, b) DES TRAITEMENTS ?

	a) soins de base		b) traitements
- maximum 1 mois	⁴⁹	<input type="checkbox"/>	1 ⁵⁰ <input type="checkbox"/>
- maximum 6 mois		<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- plus de 6 mois		<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- ne parviendra jamais à une totale indépendance		<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- je ne sais pas		<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

5. DANS LE CAS OU LE PENSIONNAIRE NE PARVIENDRA JAMAIS A UNE TOTALE INDEPENDANCE a) DES SOINS DE BASE, b) DES TRAITEMENTS, SA DEPENDANCE SERA-T-ELLE EN :

	a) soins de base		b) traitements
- diminution	⁵¹	<input type="checkbox"/>	1 ⁵² <input type="checkbox"/>
- stabilité		<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- augmentation		<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- je ne sais pas		<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

Nous vous prions encore d'indiquer votre nom, au cas où d'éventuels renseignements complémentaires nous seraient nécessaires :

ZENSUS PFLEGEbetten
IN ALTERSHEIMEN IM KANTON WALLIS

KANTON WALLIS (Abteilung für Gesundheitswesen)

Auftrag zur technischen Durchführung : Institut für Sozial- und
Präventivmedizin, Universität Lausanne

13., 14., und 15. November 1985

Einleitende Bemerkungen

1. Wenn nicht anderst vermerkt beziehen sich die Angaben auf den Zustand des Pensionärs am Stichtag.
2. Es handelt sich um einen anonymen Fragebogen. Der Name des Pensionärs wird nicht auf den Fragebogen geschrieben. Um Verwechslungen zu vermeiden, wird eine Etikette mit dem Namen des Pensionärs mit einer Büroklammer angeheftet und wird erst entfernt, wenn alle Fragen beantwortet sind.
3. Für jeden Pensionär muss ein Fragebogen ausgefüllt werden, inbegriffen alle Pensionäre die am Stichtag das Heim verlassen.
4. Dagegen muss für Pensionäre, die am Stichtag ins Heim eintreten, kein Fragebogen ausgefüllt werden.
5. Wir stehen Ihnen für eventuelle Fragen während des Zensus zur Verfügung :
Tel. 021 41 28 66.

Mit freundlichen Grüßen

Dr Marianne Huguenin

DIE MEINUNG DER OBERSCHWESTER, DES OBERPFLEGERS

1. WELCHER ART IST DIE GRUNDPFLEGE, DERER DER PENSIONAER BEDARF ?

Die Feststellungen a) - f) beziehen sich auf die vergangenen 24 Stunden.

(Pro Buchstabe nur 1 Kreuz)

- 25
- a) Konnte den ganzen Tag auf sein 1
War nur stundenweise auf 2
Kann/darf nicht aufstehen 3
- 26
- b) Kann im Zimmer selbständig gehen 1
Kann sich ohne Hilfe im Rollstuhl fortbewegen 2
Braucht zum Gehen/Rollstuhlfahren Hilfe 3
Ist im Rollstuhl vollständig auf Hilfe angewiesen 4
Kann/darf nicht aufstehen 5
- 27
- c) Geht alleine zum Waschbecken und wäscht sich alleine 1
Kann sich selber waschen, wenn ihm Wasser gebracht wird 2
Braucht zum sich Waschen Hilfe 3
Kann sich überhaupt nicht selber waschen 4
- 28
- d) Geht selbständig zur Toilette 1
Kann die Toilette nur mit Hilfe erreichen oder benutzen 2
Ist zur Entleerung von Blase/Darm vollständig auf Hilfe angewiesen 3
- 29
- e) Kann selbständig essen 1
Ist zum Essen auf Hilfe angewiesen 2
Ist zum Essen vollständig auf Hilfe angewiesen 3
- 30
- f) Kann sich selber an- und ausziehen 1
Braucht zum An- und Ausziehen Hilfe 2
Ist zum An-/Ausziehen vollständig auf Hilfe angewiesen 3

Bitte leer lassen

NAME VON ALTERSHEIM

Nr Pensionär

Altersheim

GEBURTSDATUM

Tag Monat Jahr

GESCHLECHT

männlich 13
weiblich 1

ZIVILSTAND

ledig 14
verheiratet 1
getrennt/geschieden 2
verwittwet 3

WOHNORT

- Gemeinde mit Postleitzahl

.....

- Sofern im Ausland wohnhaft :

das Land

EINTRITTSDATUM

Tag Monat Jahr

Die Punkte g) - i) beziehen sich auf die vergangene Woche.

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---|
| | 31 | |
| g) Hat keine Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Hat einen Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ist höchstens 3 x pro Woche urininkontinent | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ist mehr als 3 x pro Woche urininkontinent | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | 32 | |
| h) Hat keine Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Hat einen Anus praeter | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ist höchstens 1 x pro Woche stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ist mehr als 1 x pro Woche stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | 33 | |
| i) Ist zeitlich und örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ist vor allem nachts desorientiert | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Ist nachts und auch tagsüber desorientiert | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ist desorientiert, verläuft sich oft und muss sogar
ausserhalb des Heimes gesucht werden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ist komatös | <input type="checkbox"/> | 5 |

2. WELCHE DER FOLGENDEN MASSNAHMEN BENOETIGTE DER PENSIONAER ?

Die folgenden Punkte beziehen sich auf die letzten 24 Stunden:

- | | ja | nein | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| | 1 | 2 | |
| - Infusionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34 |
| - Magensonde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35 |
| - Dekubitusprophylaxe und Behandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36 |
| - Absaugen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37 |
| - Verbandwechsel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38 |
| - Sauerstoff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39 |
| - Injektionen oder Kontrolle über die
Einnahme von Medikamenten (per os, rektal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40 |
| | 1 | 2 | |
| - Physiotherapie, Ergotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41 |
| - Atemgymnastik / Inhalationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42 |
| - Radiotherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43 |
| | 1 | 2 | |
| - Psycho-soziale Betreuung durch Pflege-
personal (Stimulation, Aktiviation, usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44 |
| | 1 | 2 | |
| - Blutentnahme, Röntgenuntersuchung oder
andere diagnostische Massnahmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45 |
| | 1 | 2 | |
| - Andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46 |

3. AUF EINER SKALA VON 1 = VOLLSTAENDIG UNABHAENGIG
 BIS 5 = VOLLSTAENDIG ABHAENGIG
 SOLL DER PENSIONAER EINGESTUFT WERDEN, INDEM SIE DAS GESAMTBILD
 DER VERGANGENEN 24 STUNDEN BERUECKSICHTIGEN

für die Grundpflege/die Behandlungspflege

	47	48
- vollständig unabhängig	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
- weitgehend unabhängig	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
- teils / teils	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
- weitgehend abhängig	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
- vollständig abhängig	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Falls dieser Pensionär sowohl von Grund- als auch von Behandlungspflege vollständig unabhängig ist, sollen die Fragen 4 und 5 nicht beantwortet werden, da sie sich nur auf Patienten beziehen, welche von der einen oder anderen Pflegeart abhängig sind.

4. WIE LANGE WIRD ES DAUERN, BIS DIESER PENSIONAER VON GRUNDPFLEGE UND BEHANDLUNGSPFLEGE VOLLSTAENDIG UNABHAENGIG SEIN WIRD ?

	Grundpflege	Behandlungspflege
	49	50
- höchstens 1 Monat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
- höchstens 6 Monate	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
- mehr als 6 Monate	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
- eine vollständige Unabhängigkeit wird nie erreicht werden können	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
- ich weiss nicht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

5. FALLS DER PENSIONAER NIE VOLLSTAENDIGE UNABHAENGIGKEIT VON GRUNDPFLEGE UND BEHANDLUNGSPFLEGE ERREICHEN KANN, WIRD SEINE ABHAENGIGKEIT VORAUSSICHTLICH

	Grundpflege	Behandlungspflege
	51	52
- abnehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
- gleich bleiben	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
- zunehmen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
- ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

VIELEN DANK FUER IHRE MITARBEIT !

Wir bitten Sie, Ihren Namen anzugeben, damit wir bei allfälligen Unklarheiten zurückfragen können :

Annexe 3

Score de dépendance des soins de base *

Pour les 38 combinaisons du niveau de dépendance pour les différents soins de base (Q 5 de la partie infirmière du questionnaire), le score est positif : justifie une prise en charge dans un service de gériatrie ou un lit d'infirmierie.

Combinaison des réponses pour obtention d'un score positif	Lever (a)	Déplacement (b)	Toilette (c)	WC (d)	Repas (e)	Habillement (f)	Contenance urine (g)	Contenance selles (h)	Orientation (i)
------------------------------------------------------------	-----------	-----------------	--------------	--------	-----------	-----------------	----------------------	-----------------------	-----------------

Question 5

1	3	5	4	3					
2	3	5	4	2					
3	3	5	3	3					
4	3	5	3	2					
5	3	5	2	3					
6	3	5	2	2					
7	3	5	2	1					
8	2	4	4	3					
9	2	4	3	3					
10	2	4	4	2					
11	2	4	3	2					
12	2	4	2	3					
13	2	4	2	2					
14	2	3	4	3					
15	2	3	4	2					
16	2	3	3	3					
17	2	3	3	2	3				
18	2	3	3	2	2	3			
19	2	3	3	2	2			3	
20	2	3	2	3	3				
21	2	3	2	3	2	3			
22	2	3	2	3	2			3	
23	2	3	2	2	2	3			
24	2	3	2	2	2			3	
25	2	2	3	3	3				
26	1	4	4	3					
27	1	4	4	2					
28	1	4	3	3					
29	1	4	3	2					
30	1	3	4	3					
31	1	3	4	2	3				
32	1	3	3	3	3				
33	1	4	2	3					
34							4		
35								4	
36									3
37									4
38									5

* score de l'European Collaborative Hospital Study (ECHS)
(Report on Stage II, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1982)

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

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

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

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

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

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

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

- Kurzfassung des Berichts 52.2a : Lebensbedingungen als Grundlage der Aidsprävention bei Drogenkonsumierenden. 1990, 8 p.
- 52.2b Flückiger M., Spreyermann C. - Evaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.
- Résumé du rapport 52.2b : De meilleures conditions de vie, base de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogue. 1990, 8 p.
- 52.3 Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et sida : enquête auprès de clients d'unités de traitements à Genève. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 84 p.
- 52.4 Lander B. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les projets de prévention du sida chez les toxicomanes. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 118 p.
- 52.5 Malatesta D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Toxicomanie et prévention du sida. Etude descriptive d'une histoire récente. Genève 1980-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 38 p.
- 52.6 Spreyermann C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot; Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 52.7 Fleury F., Haour-Knipe M., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida/Migration/Prévention. Dossier portugais, dossier espagnol, 1989-1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 74 p.
- 52.8 Masur J.-B., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les homosexuels. Etude 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p. + annexes.
- 52.9 Schröder I., Mathey M.-C. - Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Jugendliche und Eltern. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 187 p.
- 52.10a Baumann A. - Aids-Risiken in der Normalbevölkerung. Psychosoziale Hintergründe des Sexualverhaltens von Männern und Frauen in der Schweiz: Ein system-oekologischer Ansatz. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 151 p.
- 52.10b Gruet F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Relations hétérosexuelles et prévention du sida. Une étude qualitative de la vie relationnelle et sexuelle et de l'utilisation du préservatif dans une population d'adultes âgés de 31 - 45 ans en Suisse romande. - Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, 1993, 60 p.
- 52.11 Meystre-Agustoni G., Hausser D. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les médecins praticiens face à la prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 107 p.
- 52.12 Daverio C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida Média. Analyse de la presse écrite en Suisse de 1988 à 1990. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 123 p.
- 53 Gonin M.-A. - Incidence des fractures du fémur proximal dans le canton de Vaud. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 80 p.
- 54 Clément-Pralong M. - Evolution de la mortalité infantile en Suisse de 1979 à 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 64 p.

- 55 Paccaud F., Klinke S., Pescia G. - Efficacité et sécurité du prélèvement des villosités chorales : une étude comparative avec l'amniocentèse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 129 p.
- 56 Nydegger Udin M. - Les consultations motivées par une douleur dans la pratique ambulatoire. (Th. Méd. Lausanne, 1991). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 93 p.
- 57 Hausser D., Paccaud F. - A review of studies which have used quantitative methods to evaluate the effectiveness of interventions and programmes implemented to prevent and control AIDS. In collaboration with Global Programme on AIDS, Geneva. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 59 p.
- 58 Meyer D., Eggli Y. - Protection des données médicales des hôpitaux - dispositions transitoires. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 59 p.
- 59 Meyer D., Eggli Y. - Inventaire des sources de données sanitaires du canton de Vaud : situation au 31.12.1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1990, 34 p. + annexes.
- 60 Michel A.E. - La pratique ophtalmologique ambulatoire dans les cantons de Vaud et Fribourg en 1987. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 97 p.
- 61 Schmidt J.G. - The epidemiology of mass breast cancer screening : a plea for a valid measure of benefit. (Th. Méd. Lausanne, 1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 70 p.
- 62 Gaudin C. - Alcoolisme, contexte psychosocial et perspectives de traitement dans une population hospitalière. (Th. Méd. Lausanne, 1990). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 63 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton de Vaud). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 45 p.
- 64 Santos-Eggimann B., Martin-Béran B., Paccaud F. - Etude comparative de la mortalité infantile dans les cantons du Valais et de Vaud (Canton du Valais). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 46 p.
- 65 Gremion V., Eggli Y. - Comptabilité analytique des hôpitaux centrée sur le patient : conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois. (ADIES), 1991, 46 p.
- 66 Fekete A., Beroud C., Eggli Y. - Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois en 1988. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 154 p. + annexes. (remplacé par le cahier 85).
- 67 Eggli Y., Boutat A. - Le système d'information sanitaire vaudois : cadre général. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 24 p.
- 68 Fekete A., Beroud C., Eggli Y. - Groupes de patients hospitalisés. Regroupement de DRG pour les hôpitaux de zone vaudois. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 20 p.
- 69 Eggli Y., Boutat A. - Statistique médicale des Centres de traitement et de réadaptation. Conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1991, 12 p. + annexes.

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

- 81.1 Zeugin P., Panchaud C. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : phase I. Base-Line-Befragung zur nationalen Drogenkampagne 1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 148 p.
- 81.2 Leuthold A., Cattaneo M. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 22 p. + annexes.
- 81.3 Widmer J., Zbinden Zingg P. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisse 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 66 p. + annexes.
- 82 Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 186 p. + annexes.
- 82a Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation der Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Vierter Zusammenfassender Bericht 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 186 p. + annexes.
- 82b Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud F. - Evaluation of the Aids prevention strategy in Switzerland mandated by the Federal Office of Public Health. Fourth assessment report 1991-1992. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 186 p. + annexes.
- 82.1 Landert C., Panchaud C., Schärliinger U. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Evaluation der Freier-Kampagne in den Zeitungen 'Blick' und 'Le Matin' - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 37 p. + annexes.
- 82.2 Zeugin P., Mouthon F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Elternmagazin. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991, 31 p. + annexes.
- 82.3 Landert C. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Freier befragen. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 48 p. + annexes.
- 82.4 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärliinger U., Kaplun C., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. I. Cadre général. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 105 p. + annexes.
- 82.5 Panchaud C., De Puy J., Landert C., Schärliinger U., Chevalier Ph., Barbey P. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Politiques cantonales en matière de prévention du sida et des toxicomanies dans le cadre scolaire. II. Les intervenants. III. Les jeunes de 15-17 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 89 p. + annexes.
- 82.6 IPSO Fieldwork, Dübendorf - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Kampagne zur Aids-Prävention: Repräsentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t6, 1992). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 30 p. + annexes.

- 82.7 Fleury F., Haour-Knipe M. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 5, 1991-1992. Les programmes de prévention du sida auprès des migrants en Suisse. Monitoring 1991-1992. - Lausanne : Insitut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 120 p. + annexes.
- 82.8 Gruet F., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Les homosexuels. Etude 1992. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 97 p. + annexes.
- 82.9 Meystre-Agustoni G. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Etudiants en médecine et prévention du sida. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 162 p.
- 82.10 Weber-Jobé M., Delbos Piot I. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 5, 1991-1992. Enfance et adolescence face au sida. Une enquête des animatrices en éducation sexuelle et des conseillères en planning familial dans le canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 119 p. + annexes.
- 82.11 à paraître
- 82.12 Samuel-Mertens E., Ospina S. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 6, 1993-1994. Rapid Assessment for HIV/AIDS Intervention strategies among the Sri Lankan Tamil Community in Switzerland and Guidelines Planning Intervention Activities for AIDS Prevention among New Foreign Communities in Switzerland. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 43 p. + annexes.
- 83 Boschung D., Blanc T., Sidler M. - Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains. - Lausanne : Service de la santé publique du canton de Vaud, 1991, 29 p. + annexes.
- 84 Kalil C., Blanc T., Sidler M. - Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital d'Aigle. - Lausanne : Service de la santé publique du canton de Vaud, 1992, 33 p. + annexes.
- 85 Fekete A., Beroud C., Egli Y. - Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois de 1988 à 1990. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 155 p.
- 86 Boutat A., Egli Y. - Evaluation de la lourdeur des clientèles médico-sociales. Etude d'opportunité. Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 62 p. + annexes.
- 87 Boutat A., Egli Y. - Le poids de la dépendance. Instruments d'évaluation. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 65 p. + annexes.
- 88 Egli Y., Boutat A. - Vers un registre vaudois des flux de patients. Avant-projet. - Prilly: Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 12 p.
- 89 Egli Y., Frutiger P., Boutat A. - Statistique médicale des hôpitaux du GHRV. Conception détaillée. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 11 p. + annexes.
- 90 Santos-Eggimann B. - Concordance entre observateurs lors de revues des hospitalisations dans trois hôpitaux de soins généraux. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 23 p. + annexes.
- 91 Gremion V. - Indicateurs de coûts hospitaliers. Test de faisabilité. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1992, 43 p. + annexes.
- 92 Kossovsky M., Santos-Eggimann B. - Evaluation de l'expérience des CTR dans le Canton de Vaud.I - Casuistique. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 188 p.

- 93 Bruno C., Santos-Eggimann B. - Clientèle et activités du bureau d'orientation des urgences médico-sociales. Rapport d'évaluation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 70 p.
- 94 Burnand B., Sloutskis D. - Dépistage et prévention des maladies cardio-vasculaires en entreprise. Evaluation de la phase de dépistage du projet pilote de promotion de la santé, prévention et dépistage des maladies cardio-vasculaires en entreprise, effectuée par les ligues de la santé. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 40 p. + annexes.
- 95 Davis L., Boutat A. - Exploration des statistiques de mortalité en vue de leur intégration dans le système d'information sanitaire vaudois. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 83 p.
- 96 Davis L., Boutat A., Laborde A. - Conception des statistiques de mortalité : Rapport de synthèse. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 25 p.
- 97 Laborde A., Burdet A., Boutat A. - Fiabilité du codage Veska à l'Hôpital de Payerne. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 26 p.
- 98 Delez T., Boutat A., Laborde A. - Statistique médicale des hôpitaux. Implantation d'outils d'aide à la codification et à la description des pathologies. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 42 p.
- 99 Marengo S. - Esami, studi e considerazioni su 500 perizie MEDAS - COMAI. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 47 p.
- 100 Addor V., Santos-Eggimann B. - Accidents chez les enfants vaudois âgés de 0 à 5 ans. Etude de population. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 120 p.
- 101 Michaud P.-A., Narring F., Paccaud F. - Recherche sur les styles de vie et la santé des adolescents romands de 15 à 20 ans, 1992. Rapport final. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 74 p.
- 102 Hausser D. - Activités soutenues par l'UNICEF dans la lutte contre le sida au Burundi. Analyse de la situation et perspectives pour la période 1993-1997. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 57 p.
- 103 Beroud C., Capraro J.-M., Boutat A. - Comparaison des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois de 1988 à 1991. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 73 p.
- 104 Klay M., Burnand B. - Evaluation d'une campagne de dépistage et de prévention de facteurs de risque cardio-vasculaire en entreprise. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 16 p. + annexes.
- 105 Vader J.P., Dupriez K. - Collaboration entre les commissions de l'assurance-invalidité et les Centres d'observation médicale. Enquête auprès des commissions. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 27 p. + annexes.
- 106 à paraître
- 107 Davis L., Boutat A. - Noyau de cohérence des ressources humaines. - Prilly : Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES), 1993, 75 p.
- 108 Addor V., Santos-Eggimann B. - Hospitalisations néonatales en Valais (1987-1989). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 83 p. + annexes.

- 109 Gruet F. - Evaluation du Programme Pilote pour une Information Personnalisée, Prescrite, Payante (PIPPP) : Rapport final. Projet de L. Léderrey et I. Nemitz accepté par la Commission de prévention du Canton de Vaud. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 36 p.
- 110 Burnand B., Sloutskis D. - Facteurs de risque de la fracture de hanche: étude cas-témoins. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 40 p.
- 111 à paraître
- 111.1 Ronco C., Spuhler G. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 94 p.
- 111.2 Boller B. - Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 135 p. + annexes.
- 111.3 Fahrenkrug H. -Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 59 p. + annexes.
- 111.4 Boller B., Martin G. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Action cirque : rapport de 1993 et 1994. Evaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'OFSP. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 63 p. + annexes.
- Boller B., Martin G. - Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Aktion Zirkus: Bericht für 1993 und 1994. Evaluation einer Präventions- und Sensibilisierungskampagne des BAG. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 63 S. + Anhang.
- 111.5 Heim G., IPSO Sozialforschung, Dübendorf . - Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 56 p. + annexes.
- 111.6 Boller B., Coray R., Widmer J., - Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 142 p. + annexes.
- 111.7 Kübler D., Hausser D. - Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée. - Lausanne Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 156 P. + annexes.
- 111.8 Widmer J., Tröhler M. Ingold G. Terzi C. - Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II. - Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 197 p.
- 111.9 Boller B., Coray R. - Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse : Dreijahresbericht 1993-1995. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 175 S. + Anhang.
- 112 Meystre-Agustoni G. - PPMT : prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie. Rapport d'évaluation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 70 p.

- 113a Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 108 p. + annexes.
- 113b Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - La salute degli adolescenti in Svizzera : rapporto di un'inchiesta nazionale sulla salute e sugli stili di vita dei giovani dai 15 ai 20 anni. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 109 p. + annexes.
- 113c Narring F., Tschumper A., Michaud P.-A., Vanetta F., Meyer R., Wydler H., Vuille J.-C., Paccaud F., Gutzwiller F. - Die Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz : Bericht einer gesamtschweizerischen Studie über Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20jähriger. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 109 p. + annexes.
- 114 Marro J.-J., André G., Gervasoni J.-P., Bleeker-Massard P., Ziegler G., Dentan A. - Toxicomanie et pharmacies, situation dans le canton de Vaud.- Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 20 p. + annexes.
- 115 Graz B., Vader J.P., Burnand B., Paccaud F. - Qualité des soins médicaux : Rapport de l'enquête sur les activités en matière d'assurance de qualité des soins médicaux dans les hôpitaux universitaires suisses. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 37 p.
- 116 Cassis I., Dupriez K., Vader J.P. - La Capacité de travail dans les expertises de Centres d'observation médicale AI : distribution, précision, concordance. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 29 p. + annexes.
- 117 Zuber P. - Introducing a first Aids vaccine in Switzerland : A policy Delphi analysis. Final Report. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 43 p. + annexes.
- 118 Reutter E., Garin C., Basterrechea L., Livio J.-J. - Revue des hospitalisations du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV et de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande. - Lausanne : Service des hospices cantonaux, 1995, 17 p. + annexes.
- 119 Christen F., Egli Y., Nicod P. - Revue des hospitalisations du Service de médecine B du CHUV. - Lausanne : Service des hospices cantonaux, 1995, 17 p. + annexes.
- 120 Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Moreau-Gruet F., Haour-Knipe M., Spencer B., Paccaud F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Cinquième rapport de synthèse 1993-1995. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 247 p. + annexes.
- 120.1 IPSO Sozialforschung, Dübendorf - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Phase 6, 1993-1995. Repräsentative Befragung zur Kondom-Benützung (Bericht t7, 1994). - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 30 p. + annexes.
- 120.2 Gertsch M. - Evaluation der Aidspräventionsstrategie in der Schweiz. Das Spitex-Mandat der Aids-Hilfe Schweiz: Rekonstruktion der Geschichte des Mandates von 1988 bis 1994.-Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 47 p.
- 120.3 Gertsch M. - Das 'mandat de coordination et formation VIH/sida' : Evaluation der Aktivität der Pro Familia Lausanne im Bereich HIV/Aids. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 78 S. + Anhang.
- 120.4 Luthi J.-C., Dubois-Arber F. - Personnel hospitalier : Etude suisse sur les expositions professionnelles au VIH et aux hépatites chez le personnel hospitalier - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 67 p. + annexes.

- 120.5 Moreau-Gruet F., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes. Etude 1994. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 129 p. + annexes.
- 120.6 à paraître
- 120.7 Haour-Knipe M., Fleury F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 6, 1993-1995. Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse. Etude 1994-1995. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 103 p. + annexes.
- 120.8 Cavaleri A., Verwey M., Konings E., Dubois-Arber F. - Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : Phase 6, 1993-1995. Prévention du sida auprès des prostituées étrangères : le projet « Barfüsserfrauen ». - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 68 p. + annexes.
- 121 Dupriez K., Vader J.P. - Les délais d'attente des assurés expertisés aux centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 40 p.
- 122 Delbos Piot I., Michaud P.-A., Paccaud F.- La Boutik : Rapport d'évaluation. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 51 p. + annexes.
- 123 Cassis I., Fournier P., Paccaud F. - Quo Vadis Counselling - Analyse des besoins et détermination des priorités concernant le counselling VIH en Suisse. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 89 p. + annexes.
- 124 Meystre-Agustoni G. - Non-participation à un programme de dépistage de cancer du sein par mammographie - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 23 p.
- 125 Moreau-Gruet F. - Enquête sur les problèmes de prise en charge de patients malades du sida dans le canton de Vaud : évaluation rapide sur mandat du médecin cantonal, Dr Jean Martin. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 26 p. + annexes.
- 126 Vez J.P., Vader J.-P., Paccaud F. - Faisabilité du transcodage de la nomenclature de l'Assurance-invalidité suisse vers la Classification Internationale des Handicaps. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 97 p. + annexes.

Paccaud F. et al. - Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne : organisation de l'Institut, 1995. - Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 34 p. (Cah Rech Doc IUMSP, no spécial).