

# Morbidité et consommation médicale des médecins: vers un nouvel indicateur d'efficacité?

G. Domenighetti\*, S. Berthoud\*\*

DEPARTEMENT DES OEUVRES SOCIALES CANTON DU TESSIN  
UNIVERSITE' GENEVE

## I. INTRODUCTION ET BUT DE LA RECHERCHE

- A) - Le médecin, en tant que professionnel de la santé, est assez bien connu comme décideur et prescripteur de soins pour ses patients, mais moins, sinon pas du tout, comme consommateur de soins en général et de médicaments en particulier.
- La plupart des études qui ont eu le médecin comme objet de recherche ont paru aux Etats Unis et en Angleterre. Elles portaient surtout sur les taux de mortalité et les causes de décès. Quelques rares études ont traité d'aspects particuliers de la morbidité. 1)
  - A part une étude très connue sur la consommation de soins chirurgicaux, les seules recherches qui, à notre connaissance, ont étudié le médecin en tant que consommateur avaient pour sujet surtout la consommation d'alcool, de stupéfiants et de tabac. Aucune ne portait sur la consommation de médicaments. 2)
  - Il n'est pas dénué d'intérêt, nous semble - t'il d'en savoir davantage sur le comportement du médecin vis à vis de sa propre santé, ainsi que sur les décisions qu'il prend en vue de la maintenir ou de la rétablir.
  - En effet, dans la phase actuelle d'explosion des coûts de la santé (ou, si l'on préfère, de la maladie), et ce n'est pas là l'unique motif, on a intérêt à connaître, par exemple, s'il y a des différences significatives entre la consommation de soins de la population en général et celle des professionnels de la santé. Un éventuel écart significatif pourrait être un indicateur d'efficacité.
- B) - Pour étayer ce postulat nous avons décidé d'entreprendre une étude sur la morbidité et la consommation médicale des médecins suisses portant sur toute l'année 1981.
- Le but essentiel de cette recherche est de:
    - mettre en évidence les relations entre consommation médicale des médecins et état de santé
    - mieux connaître les habitudes thérapeutiques du médecin envers lui même, en quantifiant, par exemple, sa consommation de médicaments
    - analyser ensuite s'il y a des différences de consommation statistiquement significatives entre
      - les différentes catégories de médecins (spécialistes de médecine interne, de chirurgie, psychiatres, etc....)

- leur mode de travail (médecins hospitaliers, libres praticiens)
- les médecins et la population en général. Cette dernière comparaison est de loin, à notre avis, la plus importante mais aussi la plus difficile à évaluer et à mesurer. Elle n'a été possible que pour certaines catégories de médicaments, grâce à la collaboration du Prof. F. Gutzwiller, directeur du groupe d'étude SOMI-POPS\* qui, dans le cadre du PNR 8, a aussi recueilli des données sur la consommation de médicaments de la population suisse, notamment les analgésiques, les tranquillisants et les somnifères. Pour compléter la comparaison avec la population en général, nous envisageons une enquête auprès des ménages pour la fin de l'année en cours.

## II. METHODOLOGIE

### A) Echantillon

- A partir de l'Annuaire des Médecins Suisses (Ed. 1981, Schwabe) nous avons choisi selon un schéma systématique un échantillon de 621 médecins parmi les praticiens des Cantons Romands et du Tessin.
  - En janvier 1982, le questionnaire a été envoyé. Après rappel et déduction faite des médecins qui étaient décédés (12) ou partis sans laisser d'adresse (6), 466 médecins ont répondu, soit le 77%.
  - 40 médecins choisis au hasard (sondage téléphonique) parmi les 137 qui n'avaient pas répondu ont ainsi justifié leur non-participation: manque de temps (62%), oubli (19%), manque d'intérêt voire opposition (19%).
  - Sur les 466 médecins retenus, les femmes représentent le 8,8% (ME CH 81 11%)\*\*
- La structure d'âge de l'échantillon est la suivante
- 30/40 ans 31,5% (ME CH 81 32%)\*\*
  - 41/50 ans 23,9% (" 24%)
  - 51/60 ans 24,6% (" 25%)
  - 61/70 ans 14,8% (" 14%)
  - + 70 ans 5,2% (" 5%)
- Les médecins ont été groupés en cinq catégories de spécialités
 

-- médecine générale	112
-- spécialités relevant de la médecine interne	152
-- pédiatrie	37
-- psychiatrie	38
-- spécialités relevant de la chirurgie	72
- En revanche les 18 gynécologues et les 37 cas qui n'avaient pas mentionné le domaine d'activité, n'ont pas été classés.

\*) G. DOMENIGHETTI, économiste, Chef de Service santé publique Canton du Tessin, Bellinzona

\*\*\*) S. BERTHOUD, médecin consultant Hôpital cantonal (Policlinique de médecine), Genève, chargé de cours IUED, Genève

\*) Groupe d'étude SOMIPOPS (F. Gutzwiller, R. Leu, HR. Schulz, E. Zemp)

\*\*\*) Prof. Pierre Gilliland, Démographie médicale (ajustement pour l'année 1981)

B) Questionnaire

- Autogéré, anonyme avec carte-réponse de envoyer séparément.
- 92 variables concernant la morbidité e la consommation médicale sur toute l'année 1981 (dont 17 pour la morbidité, 38 pour les médicaments, 5 sur la prévention, 12 sur les examens complémentaires). Etait aussi prévue la possibilité de spécifier la morbidité détaillée et le nom des médicaments consommés.
- Comme unité de mesure de la consommation pharmaceutique, nous avons choisi le "jour médicament". Cette unité de mesure représente, pour chaque catégorie de médicament, les jours où ils ont été pris, sans tenir compte de la posologie journalière.

C) Traitement des données et analyse des résultats

- Les données du questionnaire ont été traitées électroniquement par le programme SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).
- Les analyses comparatives des résultats ont été réalisées d'après des données standardisées (c'est à dire corrigées de l'effet de structure de sexe et de l'âge)
  - à l'aide du test de l'hypothèse de l'égalité de la moyenne de deux populations
  - à l'aide des tests d'hypothèses portant sur les paramètres d'un modèle de regressions linéaires avec quatre variables explicatives de type qualitatif (classe d'âge, sexe, spécialité médicale et mode de travail).

III. PREMIERS RESULTATS

- Bien que l'élaboration des données soit déjà terminée, une vue d'ensemble permettant de tirer les conclusions générales de cette recherche, ne sera possible que vers la fin de l'année. Elle sera publiée au cours du 1984.
- L'enquête a permis de déterminer notamment:
  - le taux de morbidité effectif propre à chaque groupe d'âge et de spécialité exercée, ainsi que sa composition
  - le niveau de la consommation de soins en général et de médicaments en particulier, selon l'âge, le sexe, la spécialité exercée et le mode de travail, ainsi que sa composition. (A titre de pure curiosité on peut dire que le niveau de la consommation pharmaceutique est en moyenne, pour l'ensemble des médecins, de "1 jour médicament" tous les deux jours ("1 jour médicament", tous les 4,5 jours pour les médecins de 30-40 ans, tandis que pour ceux de 60-70 ans tous les jours de l'année sont des "jours médicaments"). Toutefois, il faut signaler que le 20% des médecins consomment le 70% des quantités totales.)
  - les différences de morbidité et de consommation entre les groupes (spécialité exercée et mode de travail).
- Voici, à titre préliminaire, quatre résultats:
  - les psychiatres ont un taux général de morbidité significativement supérieur à celui des autres médecins
  - les pédiatres ont, dans les affections du système circulatoire, un taux de morbidité significativement inférieur à celui des autres spécialistes.  
Par contre en ce qui concerne les maladies infectieuses et pulmonaires leur taux est significativement plus haut
  - l'analyse comparative faite avec les données mises à notre disposition par le groupe d'étude SOMIPOPS sur un échantillon significatif de la population suisse montre que il y a significati-

vement moins de médecins qui consomment des analgésiques mais plus qui utilisent des somnifères et des tranquillisants. Nous disposons aussi des données concernant les quantités consommées mais elles doivent encore être testées quant à leur significativité. Compte tenu de cette réserve et du fait que l'unité de mesure, "le jour médicament", ne montre pas les quantités effectivement consommées pendant une journée, les données quantitatives confirment une plus grande consommation d'analgésiques par la population et de somnifères et tranquillisants par les médecins.

IV. DISCUSSION

L'étude de la relation existante entre morbidité et consommation des médecins pourrait porter à déceler un nouveau paramètre de mesure de l'efficacité des soins prescrits par le corps médical. En effet le médecin, en tant que "leader", socialement reconnu, des professionnels de la santé, est le seul censé connaître l'efficacité des mesures diagnostiques et thérapeutiques. Si on admet que, pour le médecin également, la santé "n'a pas de prix", on peut accepter l'hypothèse que les choix diagnostiques et thérapeutiques qu'il fait en vue de maintenir ou rétablir sa propre santé soient retenus comme optimales et peuvent donc avoir une valeur de "référence". Un éventuel écart significatif entre cette consommation globale ou particulière et celle de la population pourra représenter un nouveau indice ou un indicateur soit de l'efficacité des soins consommés soit du niveau de "bonne foi" dans la prescription.

Summary

Doctor's morbidity and medical care consumption  
The purpose and methodology of a year (1981) analyse about morbidity and medical care consumption (specially drugs) on 466 swiss doctors is presented. Some results are shown and also a definition of a new efficiency index. It is defined as the difference between doctor's and population's consumption.

Zusammenfassung

Morbidität und Arztlicherkonsum der Ärzte  
Es wird das Ziel und die Methodologie von einer Analyse (während 1981) über Morbidität und Arztlichenkonsum hier vorgestellt. Die Analyse hat 466 schweizerische Ärzte miteinbezogen. Es sind einige Resultate gezogen worden und es wird einen neuen Effizienzindicator, der den Unterschied zwischen den ärztlichen und dem Bevölkerungskonsum zeigt, vorgeschlagen.

Bibliographie

- 1) - MURRAY RM: The Health of Doctors: a Review, J. Roy Coll Phycns, (12) 1978 (403 415)
  - KING H: Health in the medical and other learned professions, J of Chronic diseases (29) 1970 (257 281)
  - BYNDER H: Doctors as Patients, Medical Care (VI.), 1968 (157 - 167)
- 2) - BUNKER J. BROWN B: The physician patient as an informed consumer of surgical services, The New England J of Med., May 1974 (1051 - 1055)
  - ALLIBONE, OAKES, SHANNON: The health and health care of doctors, J. Roy Coll of General Practitioner, December 1981 (728 - 734)
  - WIELTSCHNIG, GSELL, ABELIN: Rauchen und ärztliche Spezialisität, Sozial und Präventivmedizin, (21) 1976 (227 - 228).