

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2008

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 7 avril 1988)

Présentée et soutenue publiquement
Le 5 février 2008 à Poitiers
Par Madame Audrey Boitouzet

La durée de consultation intervient-elle sur la prescription de psychotropes ?
Etude prospective en médecine générale sur 2896 actes.

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND
Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE
Monsieur le Docteur François GARGOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

REMERCIEMENTS

Merci à Olivier KANDEL pour m'avoir proposé le sujet de cette étude, pour votre soutien, vos conseils et vos encouragements. Veuillez accepter l'expression de mon plus profond respect.

Merci aux médecins volontaires de l'étude :

Pierrick ARCHAMBAULT
Michel ARNOULD
Pascale ARNOULD
Christophe BARON
Bernard BATEJAT
Karine BEAUBEAU-GAUTHIER
Jacques BERNAT
François BIRAULT
Philippe BOISNAULT
Françoise BOUCARD
Christine BRECHET-NADJOMBE
Gérard BRU
Agnès CERTIN
Pascal CLERC
Michel DOMINAULT
Gwenaëlle FARCY
René FERNANDEZ
Yannick FLEURANT
Yves FOURE
Gilles GABILLARD
Franck GIRAUD
Stéphanie GRANDCOLIN
Isabelle JAMMET
Gwenaëlle JEANNY
Maud JOURDAIN
Anne KERHARO-NICOLAS
Anne-Marie KEUK
Myriam KHELIDJ
Jean-François LEMASSON
Jean-Louis LEVESQUE
Sophie MORON
François MURAT
Pascal PARTHENAY
Agnès PASTRE
François RAINERI
Eric ROMEN
Frédérique TAUPIGNON
Yann THOMAS-DESESSARTS
Laurent TOMA
Martine TOUZARD
Thierry VALETTE
Gérard VERY
Marie-Claudine VIGNERON
Hervé VILAREM

Merci à Gauthier BOUCHE pour son aide.

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez bien voulu accorder à notre travail. Vous nous faites la joie d'être membre de notre jury. Recevez nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur François GARGOT

Votre présence au sein de notre jury nous fait honneur. Veuillez accepter nos sentiments respectueux.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

1-	INTRODUCTION	5
1.1	La consommation de psychotropes en France.....	5
1.2	La durée de consultation.....	7
1.3	La question de recherche.....	8
2-	MATERIEL ET METHODE	10
2.1	Objectif général.....	10
2.2	Objectifs opérationnels.....	10
2.3	Méthode et moyens.....	10
2.3.1	<u>Type d'étude</u>	10
2.3.2	<u>Population étudiée</u>	10
2.3.3	<u>Population de l'étude</u>	10
2.3.4	<u>Unité statistique</u>	11
2.3.5	<u>Période de recueil</u>	11
2.3.6	<u>Moyens</u>	11
2.3.7	<u>Variables</u>	12
2.3.8	<u>Stratégie d'analyse</u>	15
3-	RESULTATS	18
3.1	Description des investigateurs.....	18
3.1.1	<u>Echantillon</u>	18
3.1.2	<u>Age et sexe</u>	18
3.1.3	<u>Exercice professionnel</u>	20
3.2	Description des patients.....	21
3.2.1	<u>Age et sexe</u>	21
3.2.2	<u>Connaissance du patient</u>	22
3.3	Description de l'échantillon.....	23
3.3.1	<u>Description générale</u>	23
3.3.2	<u>Diagnostic(s) psychologique(s) ou psychiatrique(s)</u>	27
3.3.3	<u>Prescription de psychotrope(s)</u>	28
3.3.4	<u>Durée de consultation</u>	32
3.4	Question de recherche.....	44
3.4.1	<u>Analyse univariée de la prescription de psychotropes</u>	44
3.4.2	<u>Analyse univariée de la durée de consultation</u>	50
3.4.3	<u>Analyse multivariée</u>	56

4-	DISCUSSION	59
4.1	La méthodologie	59
4.1.1	<u>Période et durée de l'étude</u>	59
4.1.2	<u>Choix des investigateurs</u>	60
4.1.3	<u>Choix des variables</u>	60
4.2	Les résultats	61
4.2.1	<u>Les investigateurs</u>	61
4.2.2	<u>Les patients</u>	62
4.2.3	<u>Les actes</u>	63
4.2.4	<u>Les diagnostics psychologiques ou psychiatriques</u>	64
4.2.5	<u>Les psychotropes</u>	66
4.2.6	<u>La durée de consultation</u>	69
4.3	Limites et biais	70
5-	CONCLUSION	72
6-	BIBLIOGRAPHIE	75
7-	ANNEXES	79
8-	RESUME	82

INTRODUCTION

1 - INTRODUCTION

Depuis plus de dix ans, il est établi que les Français sont les plus gros consommateurs de médicaments psychotropes en Europe¹⁻³. Les médecins français ont été informés et sensibilisés vis-à-vis de cette exception européenne. Les chiffres de prescriptions ne semblent pour autant se modifier que sensiblement.

Les français sont-ils plus stressés ou déprimés que leurs voisins espagnols ou anglo-saxons ? Les français se plaindraient-ils plus ou consulteraient-ils plus aisément qu'ailleurs en Europe ? Les quelques données comparatives entre les Pays-Bas (réseau Nivel¹ - Netherland Institute for Health Service Care-) et la France (Observatoire de Médecine Générale de la SFMG²) ne semblent pas confirmer cette hypothèse.

Et si les médecins français prenaient plus en charge les difficultés psychiques que leurs confrères européens ? Plusieurs études ont montré que la durée de consultation des médecins généralistes français est une des plus longues d'Europe. Nous sommes donc partis de l'hypothèse qu'une durée de consultation longue pouvait faciliter l'écoute des plaintes, du mal être des patients, donc le dépistage des troubles psychologiques et leur traitement.

1.1 La consommation de psychotropes en France

En 1996, le rapport Zarifan⁴, réalisé à la demande du gouvernement, fait état de la supériorité des Français en matière de consommation de médicaments psychotropes. Ce rapport incrimine, après l'industrie du médicament, les médecins généralistes. Il estime que leur formation est insuffisante, que les prescriptions sont inadaptées et que, face au paiement à l'acte, la prescription de médicament psychotrope serait une alternative à l'entretien psychothérapeutique et donc un moyen d'abrégé la consultation.

En 2005, une recherche bibliographique a été réalisée par l'Office Français des Drogues et des Toxicomanies⁵ afin d'évaluer le niveau relatif de consommation d'anxiolytiques/hypnotiques et d'antidépresseurs par les français et de comparer ces données avec d'autres pays européens. Plusieurs sources ont été utilisées : les données de ventes (IMS Health principalement), les enquêtes en population générale (Balter 71 et 81, Woods 89, Ohayon 93-97, ESEMED étude européenne sur la santé mentale 2001-2003), et plus rarement les fréquences de prescriptions par les médecins de ces médicaments (IMS Health). Il apparaît clairement que la France consomme plus d'anxiolytiques et d'hypnotiques que ses voisins européens. (Figures n°1 et 2)

¹ <http://www.nivel.nl> (site visité le 15/09/2007)

² <http://www.omg.sfm.org> (site visité le 15/09/2007)

Figure n° 1 : Comparaison des indices de consommation d'antidépresseurs de 6 pays européens

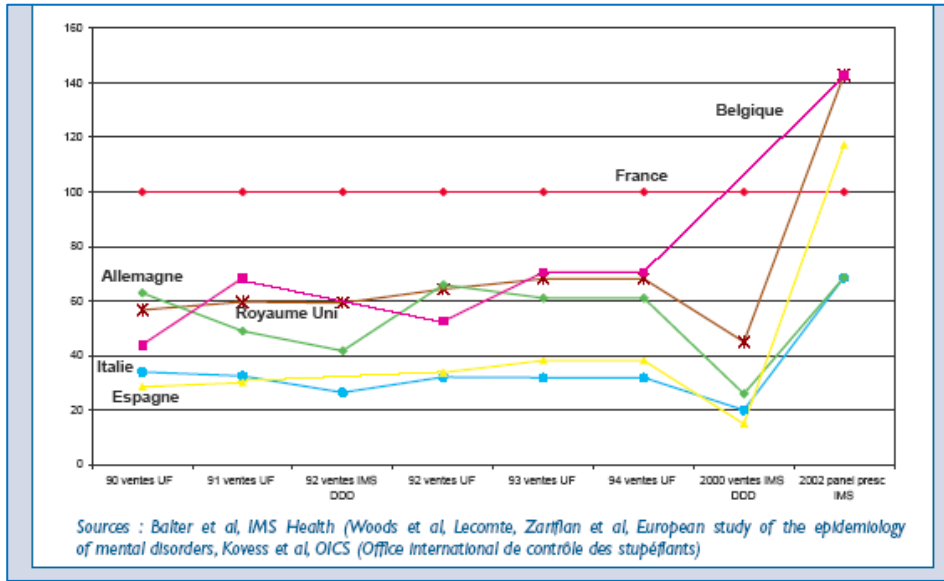
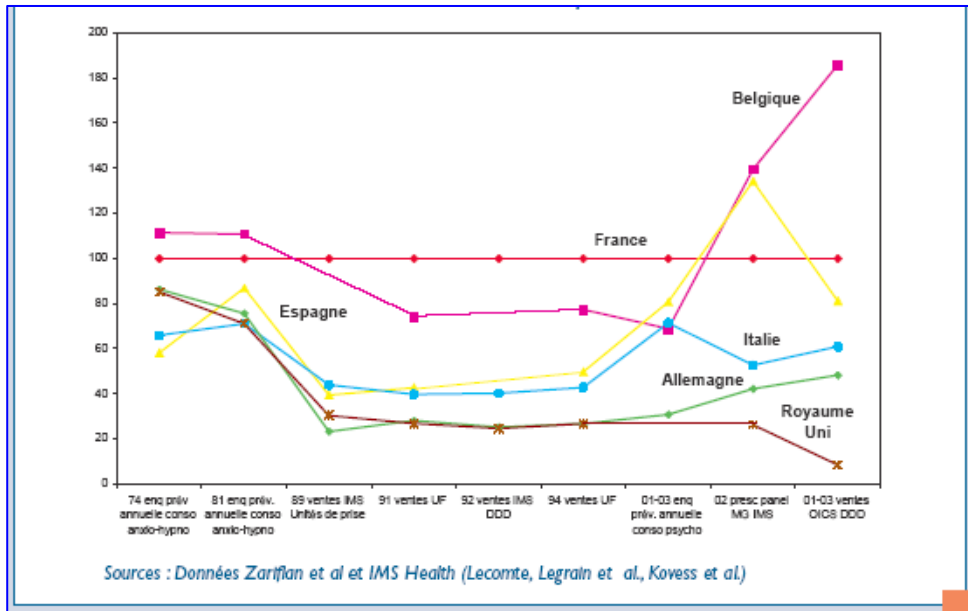


Figure n° 2 : Comparaison des indices de consommation des hypnotiques-anxiolytiques de 6 pays européens



1.2 La durée de consultation

Selon une étude réalisée par la Société Française de Médecine Générale⁶ en 2002, la durée moyenne de consultation relevée par le médecin généraliste en France est de 16,18 minutes.

En 2002, une étude multinationale⁷ a été réalisée afin de comparer les déterminants de la durée de consultation retrouvés dans la littérature⁸⁻⁹ avec ceux relevés en pratique chez des médecins généralistes de 6 pays européens. Il s'agissait d'analyser des consultations vidéo-enregistrées (15 consultations/médecin généraliste, 190 médecins généralistes), la durée de consultation étant mesurée avec un chronomètre, un questionnaire rempli par le médecin et le patient afin de relever les différents déterminants (médecin généraliste, patient). La durée moyenne des consultations était de 10,7 minutes (Tableau n°1). La variabilité de la durée de consultation était explicable pour 55% par les caractéristiques du patient, 22% du médecin et 23% du pays. Les courtes durées de consultation des médecins généralistes espagnols et allemands pourraient s'expliquer par leur activité importante (plus de 200 patients par semaine¹⁰) (« culture of shorter consultation times »). Les plus longues durées de consultation concernent la Belgique et la Suisse, où le système d'accès aux médecins est proche du notre (« open market », paiement direct par le patient). Quant aux anglo-saxons et hollandais qui présentent un système d'accès aux soins primaires restrictif, leurs durées de consultation sont intermédiaires.

Tableau n°1 : Durée moyenne de consultation dans 6 pays européens.

PAYS	TEMPS MOYEN en minutes (déviation standard)
Allemagne	7.6 (4,3)
Espagne	7.8 (4.0)
Royaume-Uni	9.4 (4.7)
Pays-Bas	10.2 (4.9)
Belgique	15.0 (7.2)
Suisse	15.6 (8.7)
<i>total</i>	10.7 (6.7)

Selon une enquête de la DREES¹¹ réalisée en 2002 auprès de 922 médecins généralistes libéraux en France, les consultations et visites durent en moyenne 16 minutes (durée estimée). 70% des séances durent entre 10 et 20 minutes, presque 28% durent + de 20 minutes et 4,3% moins de 10 minutes.

Il existe une forte variation de la durée de ces séances, explicable en majeure partie par les caractéristiques des patients d'un même médecin et en moindre mesure par la variation des pratiques d'un médecin à l'autre. Il apparaît que la durée de consultation, « toutes choses

égales par ailleurs », est plus longue lorsqu'il s'agit de patients atteints de pathologies psychiatriques ou psychologiques, d'ALD, de personnes âgées, en cas de pluri-pathologies, de nouveaux patients. Au contraire, les séances sont plus courtes en cas de CMU complémentaire et de consultations au cabinet. Seulement 15% de la variabilité de la durée des consultations et visites est imputable aux caractéristiques socioprofessionnelles et d'exercice de ces médecins. Les femmes médecins et les praticiens en secteur 2 pratiquent des consultations plus longues de même que ceux ayant une faible activité. D'autre part, contrairement à ce que notaient Lancry et Paris¹²(1997), il semble exister une faible corrélation positive entre la durée de consultation et le volume de prescription.

1.3 La question de recherche

Il semble bien qu'il y ait un lien entre la durée de la consultation et les pathologies du champ psychologique. La prescription de médicaments psychotropes n'est peut être pas une alternative à la prise en charge psychothérapique et donc un moyen d'abrégé la consultation, mais elle est probablement le marqueur d'une prise en charge des souffrances psychiques des patients vus en médecine de premier recours.

Il est envisageable de penser que plus la rencontre entre le patient et son médecin se prolonge, plus ce dernier a des chances de recueillir du ressenti, des plaintes secondaires, des maux plus difficiles à dire, des mots qui demandent du temps.

Notre question était donc de savoir si une durée de consultation longue permettait de détecter plus de mal être et favorisait la prescription de psychotropes ?

Il était donc indispensable d'aller au-delà du constat fait par la Société Française de Médecine Générale et la DREES : la longueur de la consultation dépend, toutes choses égales par ailleurs, des pathologies psychiques. Il fallait montrer le lien entre la durée de consultation et la prescription de psychotropes.

MATERIEL ET METHODE

2 - MATERIEL ET METHODE

2.1 L'objectif général

L'objectif général est d'étudier s'il existe un lien entre la durée de consultation et la prescription de psychotropes.

2.2 Les objectifs opérationnels

- Décrire à partir de l'activité d'une quarantaine de médecins, les caractéristiques des consultations selon des critères définis.
- Confirmer par l'analyse de nos résultats l'allongement de la durée de consultation en cas de diagnostic psychologique ou psychiatrique.

2.3 Méthode et moyens

2.3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective.

2.3.2 Population étudiée

Il s'agit de l'activité de médecins généralistes en France.

2.3.3 Population de l'étude

Pour des raisons de valeur statistique, nous nous étions fixé l'objectif d'un échantillon de plus de 2500 consultations. Il nous semblait intéressant que chaque investigateur puisse recueillir sur plusieurs journées. Ainsi, compte tenu du fait que la moyenne nationale par jour et par médecin est de 18 patients, il nous fallait au minimum 45 médecins.

Nous avons étudié l'activité de 44 *médecins généralistes* sur un total de 51 médecins sollicités. Les participants ont été recrutés sur appel à candidature par message électronique adressé aux membres du collège des généralistes enseignants du Poitou-Charentes (COGEM)³, du conseil d'administration de la Société Française de Médecine Générale (SFMG)⁴ et de médecins connus de notre entourage. Chaque médecin a été contacté personnellement par téléphone afin de valider leur accord pour participer à l'étude et de lui présenter le travail à réaliser.

³ <http://www.cogemspc.fr> (site visité 02/09/2007)

⁴ <http://www.sfmq.org> (site visité le 02/09/2007)

Chaque médecin s'est engagé à relever des caractéristiques bien définies pour chaque consultation, et ce pendant 3 jours, consécutifs ou non, durant la période définie. Le recueil s'est fait en direct sur un tableau papier à remplir à la fin de chaque consultation.

La question de la durée de consultation n'a pas été abordée avec les investigateurs lors du recrutement, afin de limiter le biais. Ils ont accepté de ne pas être informés du sujet de l'étude contre l'envoi des résultats de celle-ci une fois le travail terminé.

2.3.4 Unité statistique

L'unité statistique est la consultation.

2.3.5 Période de recueil

Le recueil s'est déroulé sur 3 jours, consécutifs ou non, en semaine, pendant la période du 1 octobre au 30 novembre 2007.

2.3.6 Moyens

- **Outils de recueil**

Les investigateurs ont utilisé 2 documents papier :

- Une feuille de recueil des caractéristiques du médecin investigateur documentée au départ de l'étude.
- 3 exemplaires d'un tableau de recueil journalier des consultations pour relever les caractéristiques de chaque acte au cabinet. Il s'agissait de remplir une ligne par patient, qu'il y ait ou non prescription de psychotropes, avec un maximum de 28 consultations par jour (exemplaire du document en annexe).

- **Outil de saisie des données**

Les questionnaires ont été saisis au fur et à mesure de la réception des documents renvoyés par les investigateurs. Nous avons utilisé le logiciel *ETHNOS de Soft Concept*.

Le paramétrage

- **Paramétrage médecins** : il s'agit de paramétrer le logiciel afin de rentrer les caractéristiques de chaque médecin. Il a fallu attribuer un numéro à chacun des médecins pour pouvoir converger les 2 tableaux de saisie médecin et consultation lors de l'analyse des données.

- **Paramétrage consultation** : il a fallu reformuler les questions afin d'enregistrer des données plus facilement identifiables et exploitables lors du travail d'analyse. Par exemple : y a-t-il eu émergence de problèmes psycho/psychiatriques ? » en comparant *la raison première de consultation* et *le(s) diagnostic(s) en fin de consultation*. Les raisons de consultation ont été classées en 7 catégories.

La saisie

La saisie des données a été faite sur ETHNOS.

- **Outils d'analyse**

L'analyse des données a été réalisée avec l'aide de Mr Gauthier BOUCHE, chef de clinique d'épidémiologie au C.H.U. de Poitiers qui a travaillé avec le logiciel STATA, version 9 (© StataCorp LP).

Le reste des analyses s'est fait à l'aide du logiciel ETHNOS, mais aussi avec le logiciel Excel pour les données générales.

2.3.7 Les variables

Il existe plusieurs types de variables :

- celles propres au recueil, c'est-à-dire fournies directement par les médecins investigateurs: caractéristiques médecins, patients et consultations,
- celles associées au recueil, et relevées secondairement afin de ne pas alourdir la tâche de travail demandée aux investigateurs.

Les données issues du recueil ont permis d'analyser dans un premier temps 17 variables.

- **Variables propres au recueil**

Variables « médecin consultant »

VARIABLES	MODALITES	JUSTIFICATION
Sexe Sexe_Med	Homme – femme	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
Age Age_Med	- 45 ans	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
	45 à 54 ans	
	55 ans et plus	

VARIABLES	MODALITES	JUSTIFICATION
Milieu d'activité Milieu_Med	Urbain	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
	Rural	
	Semi-rural	
Secteur conventionnel Secteur_Med	Secteur 1	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
	Secteur 2	
	Non conventionné	

Variables «patient»

VARIABLES	MODALITES	JUSTIFICATION
Sexe Sexe_p	Homme – femme	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
Age Age_p	En années	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES) - incidence sur la durée de consultation
Nouveau patient Nouveau_p	Oui – non	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation

Variables «consultation »

VARIABLES	MODALITES	JUSTIFICATION
ALD ALD_p	Oui – non	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
CMU CMU_p	Oui – non	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
Raison 1ère de consultation exprimée par le patient	1 seule réponse	- demande du patient - détection de « l'émergence » de problème psychiatrique au cours de la consultation

VARIABLES	MODALITES	JUSTIFICATION
Diagnostic(s) en fin de consultation	5 au maximum	- poly-pathologie - présence ou non de troubles psychologiques ou psychiatriques - incidence sur la durée de consultation
Position diagnostique Premiere_PEC_p	1ère prise en charge pour ce problème	- incidence sur la durée de consultation
Prescription de psychotropes Pres_psychotrope_p	Hypnotique présent	- répondre à la question de recherche - affiner la recherche
	Anxiolytique présent	- répondre à la question de recherche - affiner la recherche
	Antidépresseur présent	- répondre à la question de recherche - affiner la recherche
Modalité de prescription	Renouvellement Oui - non	- affiner la recherche
Durée de consultation	- 10 minutes	- répondre à la question de recherche
	10 à 14 minutes	
	15 à 19 minutes	
	20 à 24 minutes	
	25 minutes et plus	

- **Variables ajoutées lors de la saisie**

Variables « médecin consultant »

VARIABLES	MODALITES	JUSTIFICATION
Numéro du médecin	Chiffre	- identification du médecin lors du rapprochement des tableaux médecins/patients-consultation
Nombre total de patients vus en 3 jours	Chiffre	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG)

Variables «consultation »

VARIABLES	MODALITES	JUSTIFICATION
Numéro du médecin	Chiffre	- identification du médecin lors du rapprochement des tableaux médecins/patients-consultation
Nombre de diagnostics en fin de consultation Nb_Diag_p	Chiffre	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, SFMG) - incidence sur la durée de consultation
Diagnostics psychologiques ou psychiatriques Diag_Psy_def1	Oui - non	- incidence sur la durée de consultation - comparaison avec les différentes études (DREES, ESEMeD)
Lesquels	Diagnostics psychologiques ou psychiatriques	- description de l'échantillon (comparaison de notre travail avec les données de la DREES, ESEMeD) - affiner la recherche
Emergence de diagnostic psychologique ou psychiatrique au cours de la consultation Diag_Psy_def2	Oui – non	- incidence sur la durée de consultation

2.3.8 La stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse est la suivante :

- afin d'évaluer la représentativité de notre échantillon, nous avons décrit le profil des investigateurs et celui des patients,
- afin de comparer notre travail à la bibliographie pour valider l'échantillon, nous avons décrit les variables de l'échantillon par tris à plat et croisés,
- concernant la question de recherche, nous avons procédé à une analyse univariée puis multivariée sur **l'échantillon des patients de plus de 18 ans**.

La variable à expliquer était la prescription de psychotropes (Oui / Non).

La variable explicative d'intérêt principal était la durée de consultation. Les autres variables explicatives concernaient le médecin (sexe, âge, milieu d'activité, secteur conventionnel), le patient (sexe, âge, nouveau patient, ALD, CMU) et la consultation (première prise en charge, nombre de diagnostics, diagnostics psy).

Nous avons d'abord procédé à une analyse univariée mesurant l'association entre la prescription de psychotropes et les variables explicatives (test du χ^2). Nous avons également

mesuré l'association entre la durée de consultation et les autres variables explicatives (test du χ^2).

Au terme de l'analyse univariée, nous avons retenu les variables associées à la prescription de psychotropes ou à la durée de consultation avec un $p < 0,20$ pour le modèle initial d'analyse multivariée.

A partir du modèle initial, l'élimination des variables explicatives reposait sur une stratégie pas à pas descendante, avec un seuil de significativité fixé à 5%. En tant que variable explicative principale, la durée de consultation était conservée dans le modèle à toutes les étapes. La force de l'association entre la prescription de psychotropes et les variables explicatives est estimée par le calcul de l'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%.

Les variables explicatives se situaient à 2 niveaux : le niveau du médecin et le niveau du patient. Pour tenir compte de la structure hiérarchique de ces données, nous avons utilisé un modèle logistique mixte afin de représenter les données conditionnellement au fait que les patients aient été vus par un même médecin. Cette modélisation a été réalisée avec le logiciel STATA, version 9 (© StataCorp LP), à l'aide de la fonction xtgee et les options permettant d'ajuster un modèle logistique.

RESULTATS

3 - LES RESULTATS

3.1 Description des investigateurs

3.1.1 Echantillon

Nous avons défini la nécessité d'au moins 45 médecins pour espérer un échantillon de 2500 consultations à étudier. Nous avons donc sollicité 51 médecins.

Sur les 51 médecins sollicités, 45 médecins nous ont répondu dans les 48 heures. 44 ont réellement participé au travail. Concernant les 7 médecins n'ayant pas participé, 1 n'a pas reçu les documents et les 6 autres ne les ont pas renvoyés dans les temps.

Sur ces 44 médecins, 9 font partie de la Société Française de Médecine Générale et 24 du Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage. 3 médecins sont remplaçants, tous les autres médecins sont installés.

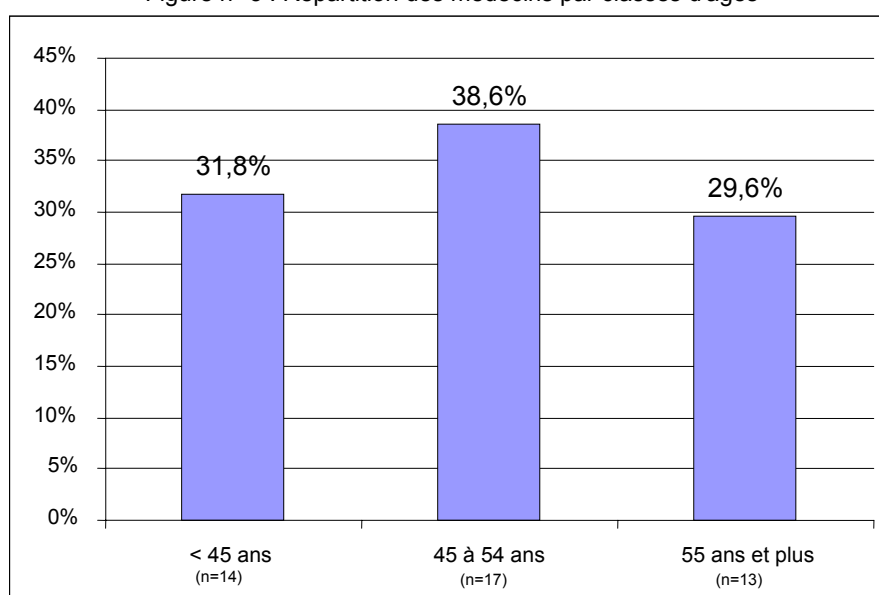
Les investigateurs sont répartis sur 10 départements : 17 de la Vienne, 7 de la Charente-Maritime, 6 des Deux-Sèvres, 6 d'Ile de France, 5 de la Charente, 1 du Morbihan et 1 de l'Aude.

3.1.2 Age et sexe

Les investigateurs se répartissent en 18 femmes et 26 hommes soient 4 femmes pour 6 hommes.

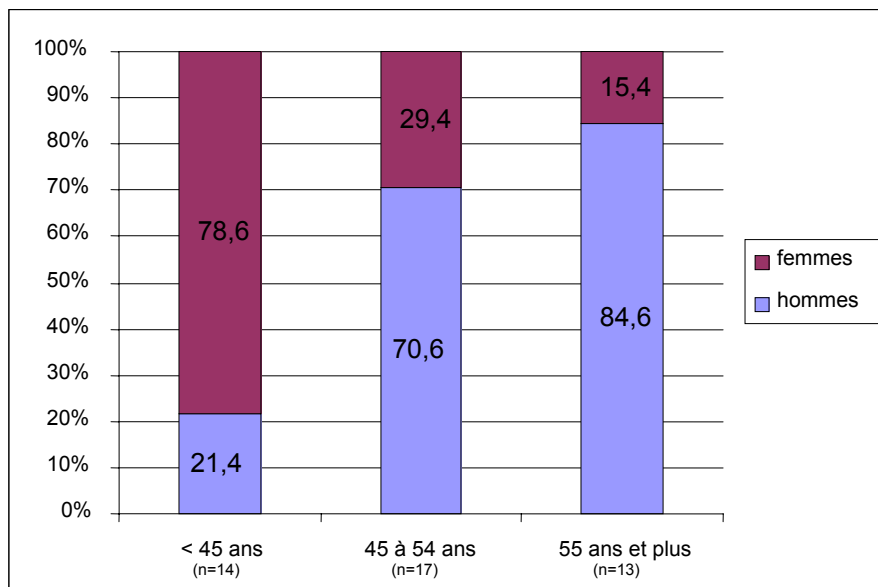
14 médecins ont moins de 45 ans, 17 ont entre 45 et 54 ans, et 13 ont 55 ans et plus (Figure n°3).

Figure n° 3 : Répartition des médecins par classes d'âges



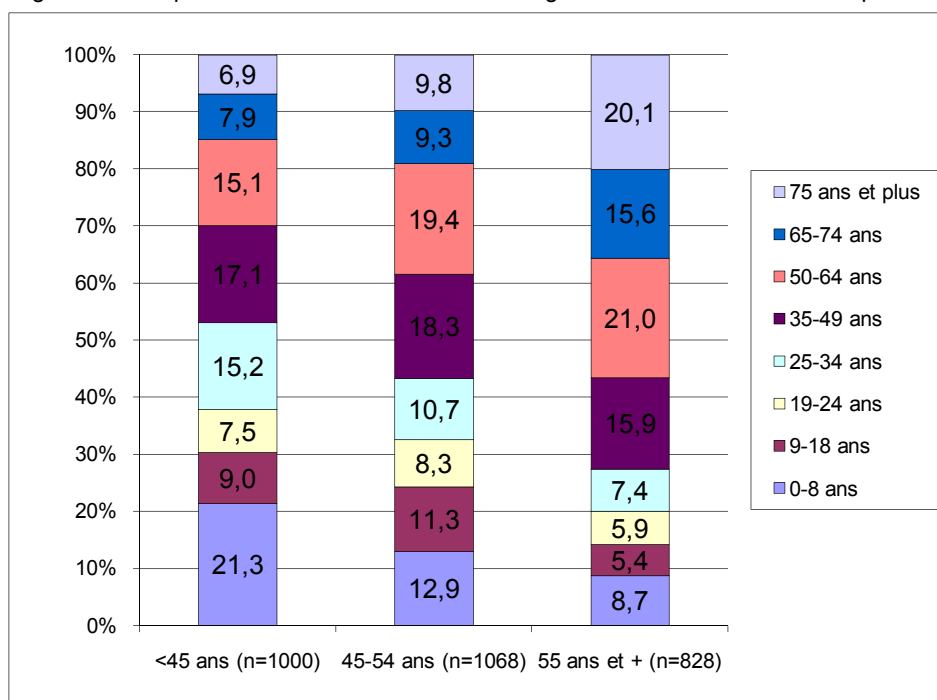
La répartition par genre dans ces trois tranches d'âge montre une inversion progressive. Plus de 8 médecins sur 10 sont des hommes au-delà de 55 ans, alors que plus de 7 sur 10 sont des femmes en dessous de 45 ans. La proportion de femmes est d'autant plus élevée que les médecins sont jeunes (Figure n°4).

Figure n°4 : Répartition des médecins par classes d'âges



L'âge des patients augmente avec celui du médecin consulté. Les médecins de moins de 45 ans voient 30% de patients de moins de 19 ans. Les médecins de plus de 55 ans en voient 2 fois moins. Inversement pour les patients de 50 ans et plus : les médecins de plus de 55 ans en comptent presque 60% et les généralistes de moins de 45 ans en voient 30% (Figure n°5).

Figure n°5 : Répartition des consultations selon l'âge des médecins et celui des patients

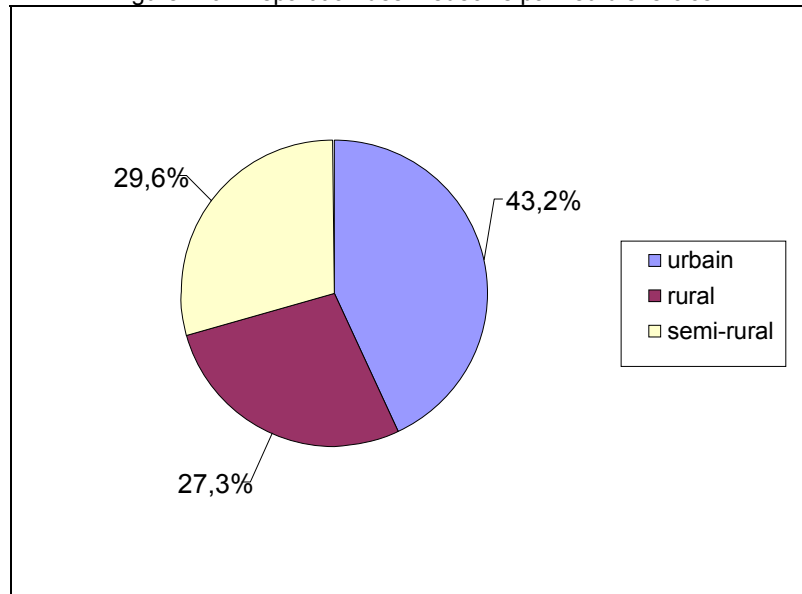


3.1.3 Exercice professionnel

- **Lieu d'exercice**

19 médecins exercent en milieu urbain, 13 en semi-urbain et 12 en milieu rural (Figure n°6).

Figure n°6 : Répartition des médecins par lieu d'exercice



- **Secteur d'activité**

42 médecins exercent dans le premier secteur conventionnel et 2 en secteurs à honoraires libres.

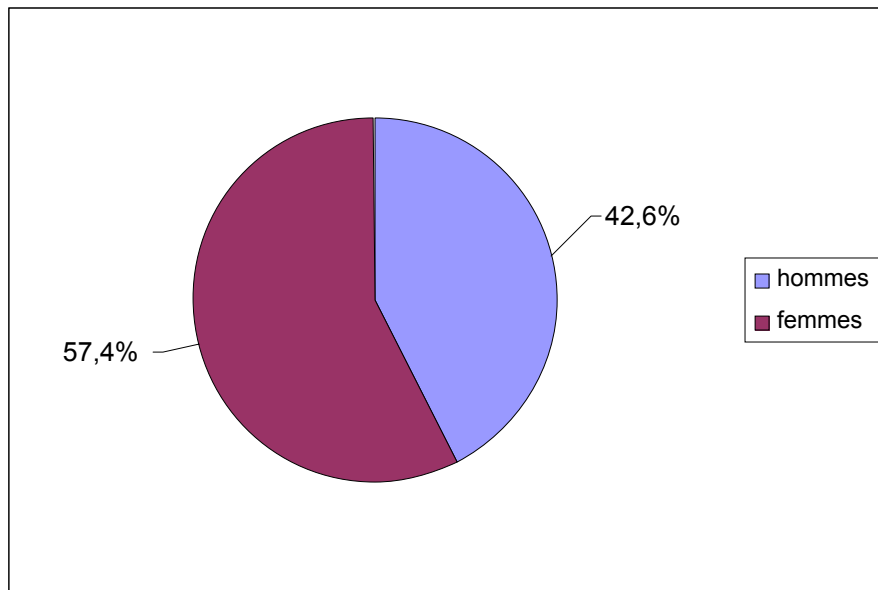
3.2 Description des patients

3.2.1 Age et sexe

Nous ne pouvons certifier qu'un même patient n'a pas été vu deux fois pendant le temps de recueil. Chaque médecin ne faisant que trois jours de recueil et ceux-ci ayant en général été fait de manière consécutive, le risque de « doublon », s'il n'est pas nul, est assez faible. Cette réserve nous permet de décrire l'échantillon des patients.

Les patients se répartissent en 1663 femmes et 1233 hommes, soit un sexe-ratio homme/femme de 0,74 (Figure n°7).

Figure n°7 : Répartition des patients en fonction du sexe

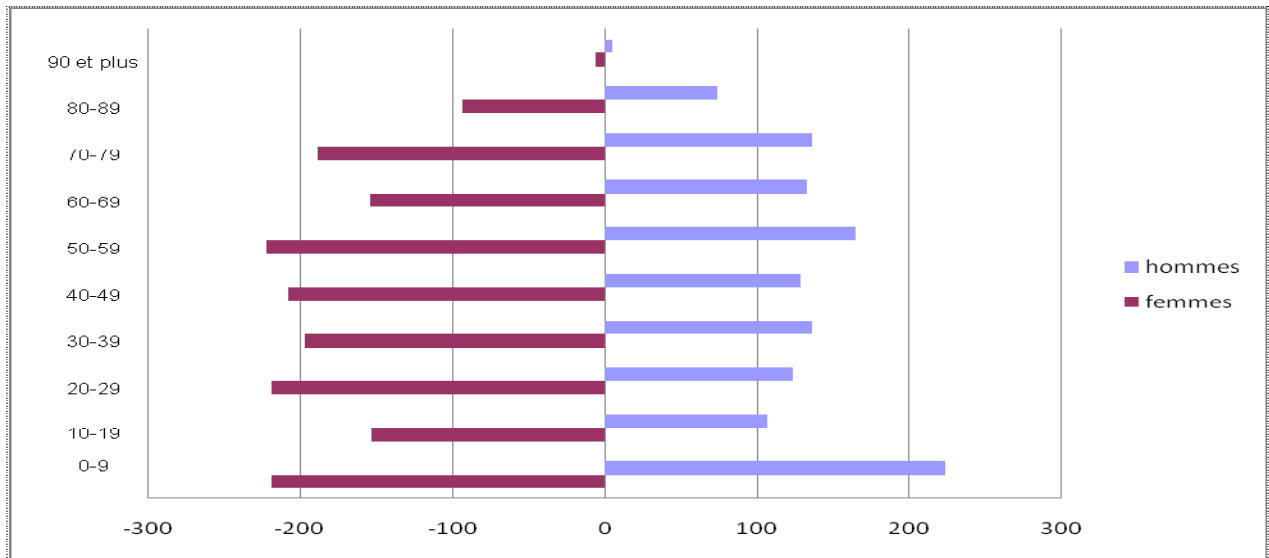


L'âge moyen de la totalité des patients est de 41 ans.

Tableau n°2 : Données générales sur l'âge des patients

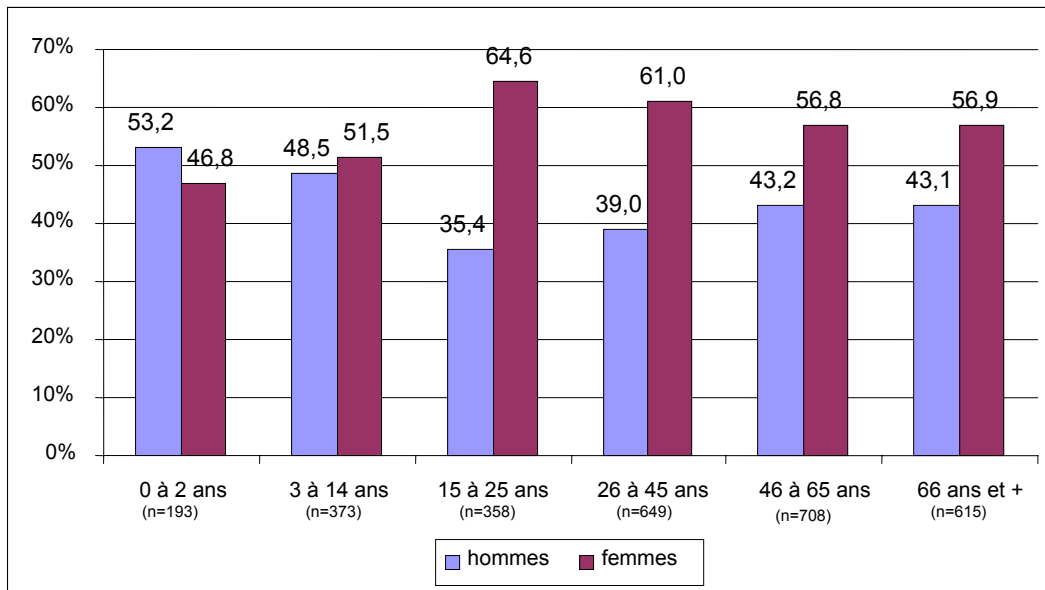
Age	Total	Femmes	Hommes
Moyenne	41,03	41,41	40,52
Maximum	97 ans	97 ans	97 ans
Minimum	2 mois	2 mois	6 mois
Ecart-Type	25,38	24,69	26,26

Figure n°8 : Pyramide des âges des patients



La répartition homme – femme est équilibrée pour les enfants. Les patients sont majoritairement des femmes dès l'âge de 15 ans (Figure n°9).

Figure n°9 : Répartition des patients par classes d'âges et par sexe



3.2.2 Connaissance du patient

Il s'agit de patients connus des médecins. Seulement 133 patients sur les 2896 étaient vus pour la première fois, soit moins de 5% de l'échantillon.

3.3 Description de l'échantillon

3.3.1 Description générale

L'échantillon total de 2896 consultations est constitué de l'ensemble des consultations relevées par les 44 médecins investigateurs. Le recueil s'est échelonné du 1er octobre 2007 au 30 novembre 2007.

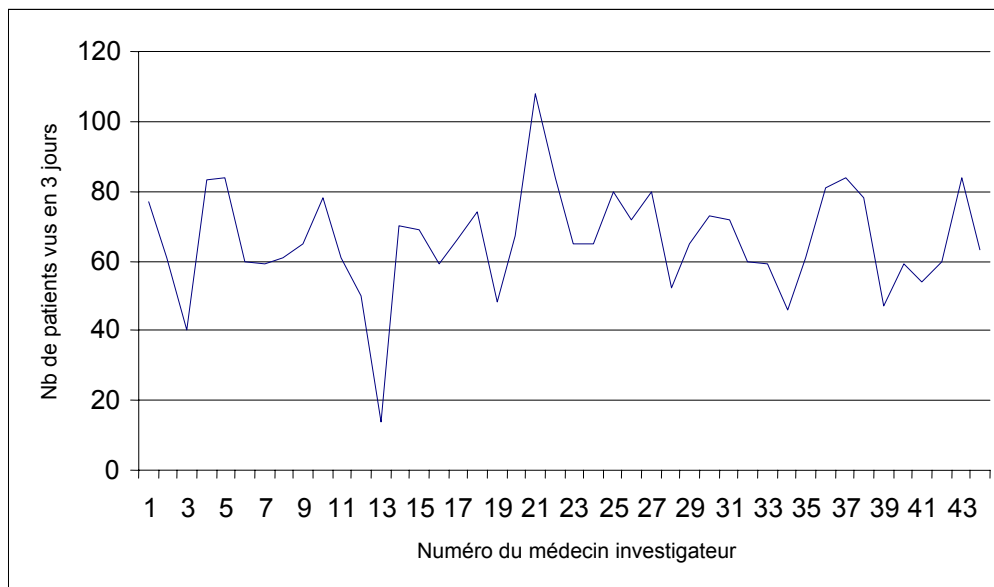
L'ensemble du recueil correspond à 132 journées de travail soient 2896 actes. Les deux tiers ont été réalisés par des investigateurs masculins.

Chaque médecin a relevé une moyenne de 65,8 consultations sur 3 jours (minimum 14 et maximum 108) soient en moyenne de 22 consultations par jour. (Tableau n°3)

Tableau n°3 : Nombre d'actes par médecin pour 3 jours

Total	2896
Moyenne	65,8
Médiane	65
Maximum	108
Minimum	14
Ecart-Type	15,1
Intervalle de confiance mini	61,4
Intervalle de confiance maxi	70,3

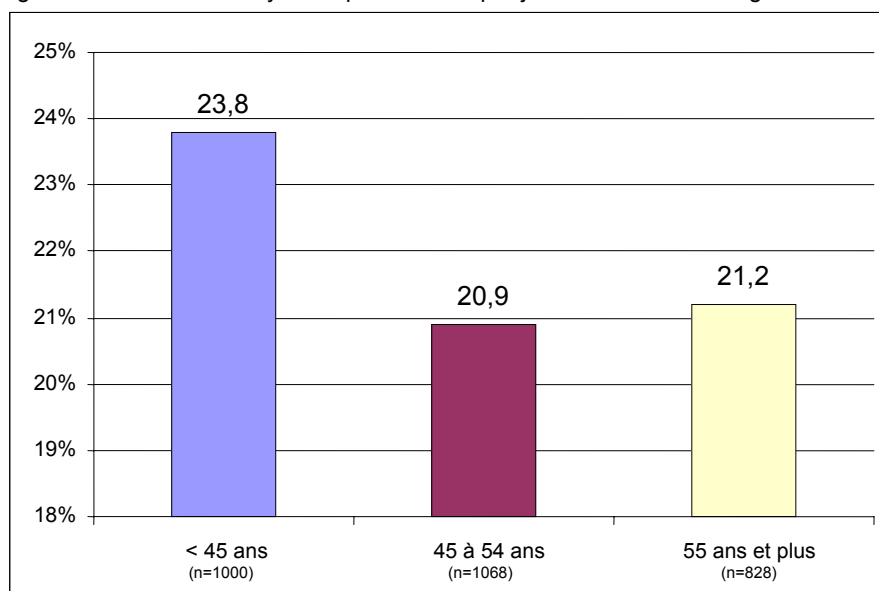
Figure n°10 : Nombre de patients vus en trois jours par chaque investigateur



Il n'y a pas de différence significative entre la moyenne du nombre d'actes par jour des hommes (21,6) et celle des femmes (22,2).

Les médecins les plus jeunes voient un plus grand nombre de patients par jour (Figure n°11).

Figure n°11 : Nombre moyen de patients vus par jour en fonction de l'âge du médecin



- **La présence de pathologie(s) en ALD30**

Un patient sur six (15,4 %) présente au moins une pathologie relevant de l'ALD30. Parmi ces patients en ALD, 48,8% sont des femmes et 51,2% des hommes.

L'âge moyen des patients en ALD est de 65 ans avec un minimum de 3 ans et un maximum de 97 ans, alors que les patients n'ayant pas d'ALD ont un âge moyen de 36 ans (minimum de 2,5 mois et maximum 94 ans). (Tableau n°4)

Tableau n° 4 : Comparaison entre patients en ALD et sans ALD

	Au moins une ALD	Pas d'ALD	Total
Nombre	447	2449	2896
Moyenne	65,5	36,5	41
Médiane	69	35	41
Ecart-type	16,5	24,1	25,4

- **Les bénéficiaires de la CMU**

5% des patients (147) bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU), dont 61,9% sont des femmes et 38,1% des hommes.

L'âge moyen des patients ayant la CMU est de 31,5 ans alors qu'il est de 41,5 chez les patients non bénéficiaires de la CMU.

- **La raison de consultation exprimée par le patient**

Afin de faciliter l'interprétation, les raisons de consultation ont été regroupées en 7 classes : les 6 premières sont représentées par les motifs les plus souvent rencontrés puis la dernière classe regroupe tous les autres motifs de consultation.

Le motif, la raison de la consultation évoquée par le patient montre qu'il s'agit un peu plus d'une fois sur 5 (23,8%) de la nécessité de renouveler son traitement habituel. Cette notion perturbe les résultats des raisons de consultation par organe, puisqu'il ne précise pas le type de pathologie nécessitant ce traitement et ce d'autant qu'en général le patient est porteur de polypathologies.

On remarque toutefois que presque 1/4 des actes est motivé par une plainte concernant les voies aériennes. Viennent ensuite la prévention (10,1%), les troubles de la sphère rhumatologique (7%), gastro-entérologique (6%), cutanéomuqueux (5,1%).

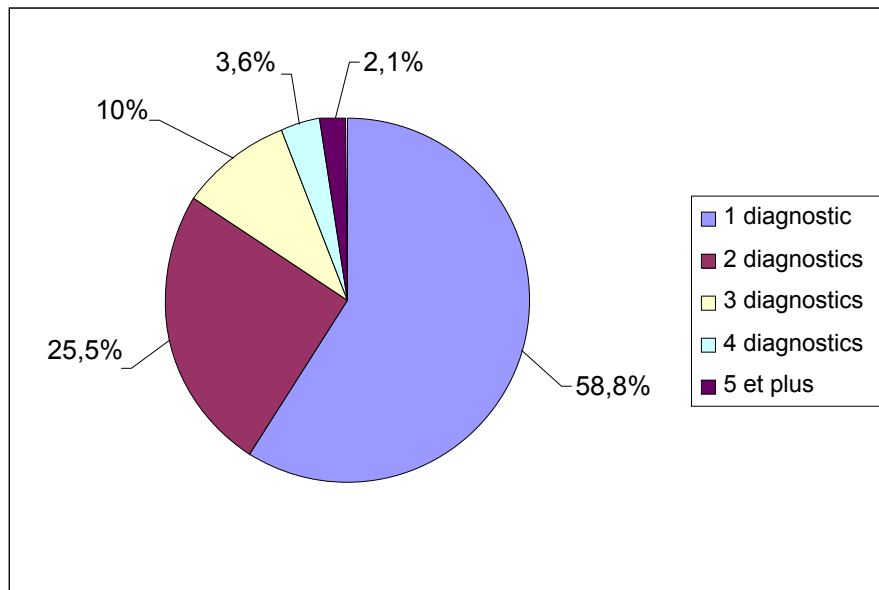
Les plaintes directes psychologiques et psychiatriques sont peu fréquentes (4,28%). Elles sont exprimées 2 fois sur 3 par les femmes.

- **Le nombre de diagnostic(s) en fin de consultation**

Chaque médecin devait noter en fin de chaque acte les problèmes de santé pris en charge au cours de la consultation. Un nombre maximum de 5 diagnostics pouvait être relevé.

Le nombre total de lignes de diagnostics relevé est de 4820. On dénombre en moyenne 1,66 diagnostic en fin de consultation (1,68 pour les femmes et 1,64 pour les hommes). Plus de 40% des actes comportent plus d'un diagnostic en fin de consultation (Figure n°12).

Figure n°12 : Nombre diagnostics pris en charge lors d'une consultation



- **La présence d'une première prise en charge**

Sur les 2896 patients vus, il y a eu 1549 fois, au moins 1 diagnostic pris en charge pour la 1^{ère} fois. Ainsi, un peu plus d' 1 consultation sur 2 concernait un problème nouveau.

Parmi les consultations motivées par un trouble psychique, 30% concernaient une première prise en charge, mais pas nécessairement une première prise en charge pour un diagnostic psychologique.

3.3.2 Diagnostic(s) psychologique(s) ou psychiatrique(s)

On retrouve un trouble psychique comme diagnostic dans 17,2% des consultations de l'échantillon, soit en moyenne près de 4 patients par jour. Une plainte initiale directe du patient n'est retrouvée en motif de consultation qu'une fois sur 4.

Parmi ces diagnostics de troubles psychiques, 2/3 concernent des femmes.

L'âge moyen des patients présentant au moins un diagnostic de trouble psychique est de 50 ans alors qu'il est de 39,2 ans chez ceux n'en ayant pas.

Parmi les 603 diagnostics de troubles psychologiques ou psychiatriques retrouvés, on a la répartition suivante :

Tableau n°5 : Répartition des diagnostics psychologiques ou psychiatriques

Diagnostic	Pourcentage
Syndrome dépressif	29,7%
Anxiété-Angoisse	23,1%
Réaction à situation éprouvante	16,2%
Insomnie	12,1%
Addictions	11,6%
Psychoses	6,6%
Névroses obsessionnelles	0,7%

- **Emergence d'un diagnostic psychologique au cours de la consultation**

Dans plus d'un tiers des consultations (38%) présentant un diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique, ce problème apparaît au cours de la consultation (Tableau n°6).

Tableau n°6 : Répartition des consultations avec diagnostics psy. selon l'émergence

	Effectif	Pourcentage
Diagnostic psychologique ou psychiatrique	499	100%
Emergeant	188	37,7%
Connu ou plainte initiale du patient	311	62,3%

Parmi les consultations présentant l'émergence de troubles psychiques, 78% concernent des femmes (42 hommes pour 146 femmes).

3.3.3 Prescription de psychotropes

On ne retrouve pas de prescription de psychotrope dans plus de 8 consultations sur 10 (84,4%) de l'ensemble des actes de l'échantillon (Tableau n°7).

Tableau n°7 : Répartition des consultations avec une prescription de psychotropes

	Total	Patients > 18 ans
Nombre d'actes	2896	2217
Avec psychotropes (%)	15,6%	20,2%
Sans psychotrope (%)	84,4%	79,8%

L'âge moyen des patients ayant une prescription des psychotropes est de 57,8 ans, alors qu'il est de 31,9 lorsqu'il n'y a pas de psychotrope. Dans 2 cas sur 3 il s'agit d'une femme. Seulement 5 prescriptions de psychotropes concernent des patients de 18 ans et moins.

Parmi les 646 lignes de psychotropes prescrits, on a la répartition suivante en tableau n°8.

Tableau n°8 : Répartition des grands type de psychotrope (nombre, %)

Type de médicament	Retrouvé dans X actes	Pourcentage
Anxiolytique	271	42%
Antidépresseur	219	34%
Hypnotique	156	24%

En cas de diagnostic psychologique, le médecin prescrit un psychotrope 2 fois sur 3.

La répartition des psychotropes prescrits est présentée dans le tableau n°9.

Tableau n°9 : Répartition des prescriptions de psychotropes / diagnostic

Diagnostic	Traitement
Syndrome dépressif	35,8%
Anxiété-Angosse	24,1%
Réaction à situation éprouvante	11,0%
Insomnie	16,1%
Addictions	6,3%
Psychoses	6,1%
Névroses obsessionnelles	0,7%
	100%

- **Les hypnotiques**

156 consultations ont abouti à la prescription d'hypnotiques. Soit 5,39% de l'ensemble des actes.

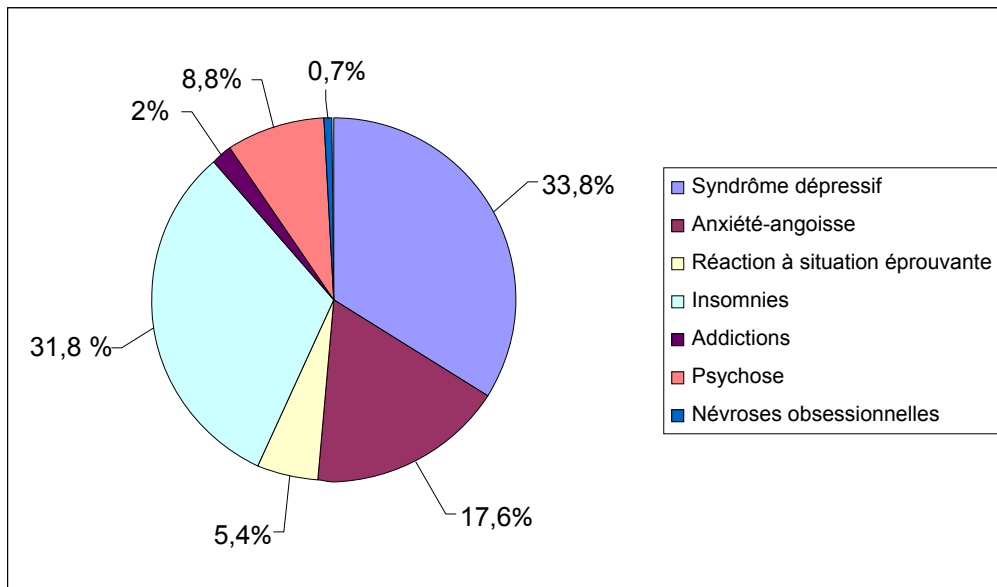
En cas de trouble psychologique ou psychiatrique, le médecin prescrit un hypnotique dans 31,3% des cas.

L'âge moyen des patients ayant une prescription d'hypnotiques est de 62 ans. 64,7% des patients sont des femmes.

Lorsqu'un hypnotique est prescrit (n=156), il est prescrit seul dans presque 1 acte sur 2 (47,4%), associé à un anxiolytique (n=28) dans 17,9% des cas, avec un antidépresseur dans 10,3% des cas et en coprescription avec anxiolytique et antidépresseur dans 24,4% des cas.

Il est principalement prescrit dans les syndromes dépressifs et l'insomnie (Figure n°13).

Figure n°13 : Répartition des hypnotiques en fonction des diagnostics



- **Les anxiolytiques**

Il y a eu 271 actes (269 chez les >18 ans) ayant abouti à la prescription d'anxiolytiques soit 9,36% de la totalité des actes (12,1% chez les >18 ans).

En cas de trouble psychologique ou psychiatrique, le médecin prescrit un anxiolytique dans 54,3% des cas.

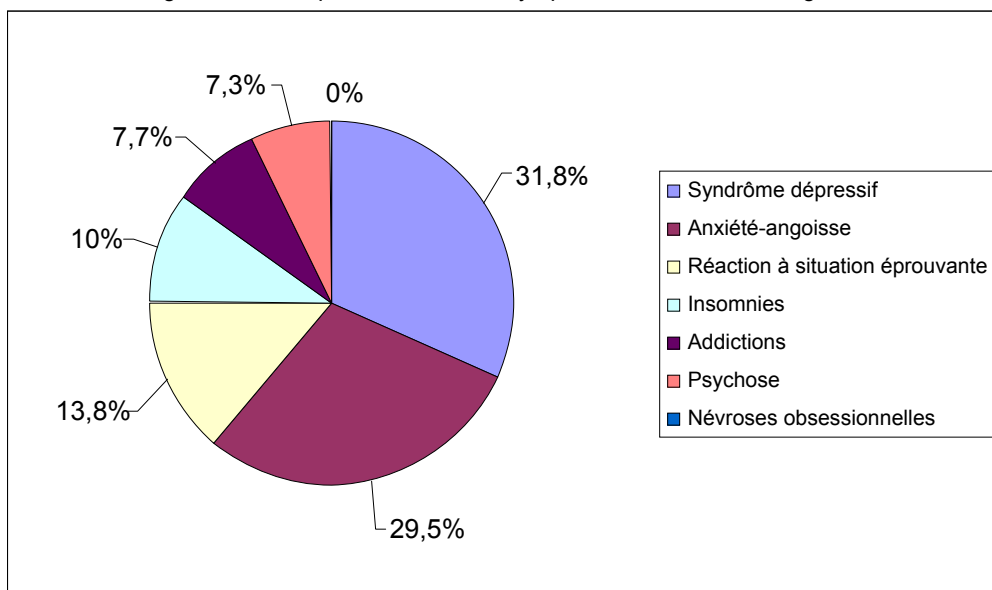
60% des actes avec prescription de psychotropes contiennent un anxiolytique, pour l'échantillon global comme pour les plus de 18 ans.

65,3% des patients sous anxiolytique sont des femmes, et l'âge moyen est de 57,3 ans.

Lorsqu'un anxiolytique est prescrit (n=271), il est prescrit seul dans presque 1 fois sur 2 (48,7%), associé à un hypnotique (n=28) dans 10,3% des cas, avec un antidépresseur dans 27% des cas et en coprescription avec anxiolytique et hypnotique dans 14% des cas.

Dans environ 60% des cas, les prescriptions d'anxiolytiques concernent un syndrome dépressif et des troubles anxieux (Figure n°14).

Figure n°14 : Répartition des anxiolytiques en fonction des diagnostics



• Les antidépresseurs

Il y a eu 219 actes (216 chez les >18 ans) ayant abouti à la prescription d'antidépresseurs soit 7,6% de la totalité des actes (9,7% chez les >18 ans).

En cas de trouble psychologique ou psychiatrique, le médecin prescrit un antidépresseur dans 43,9% des cas.

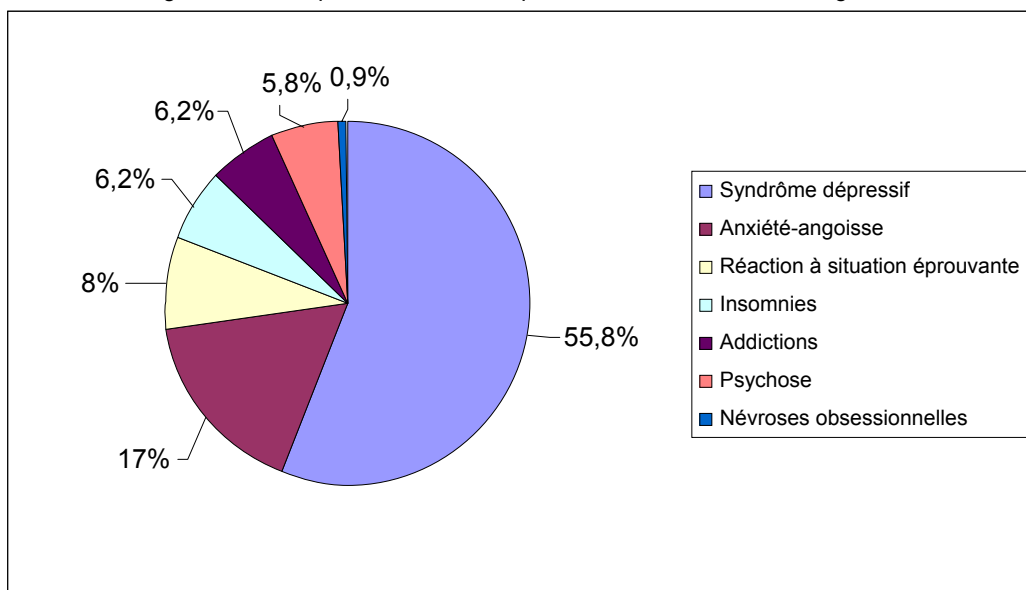
48% des actes avec psychotropes contiennent un antidépresseur, pour l'échantillon global, comme pour les plus de 18 ans.

71,7% des patients sous antidépresseurs sont des femmes, et l'âge moyen est de 57,7 ans.

Lorsqu'un antidépresseur est prescrit (n=219), il est prescrit seul dans 42% des cas, associé à un anxiolytique dans 1/3 des cas des cas, avec un hypnotique dans 7,3% des cas et en coprescription avec anxiolytique et hypnotique dans 17,4% des cas.

La prescription des antidépresseurs concernent plus de 7 fois sur 10 un syndrome dépressif ou un trouble anxieux. (Figure n°15)

Figure n°15 : Répartition des antidépresseurs en fonction des diagnostics



3.3.4 Durée de consultation

La majorité des consultations (3 sur 4) durent entre 10 et 19 minutes. 44% durent plus d'un quart d'heure (Tableau n°10).

Tableau n°10 : Répartition des actes selon la durée de consultation

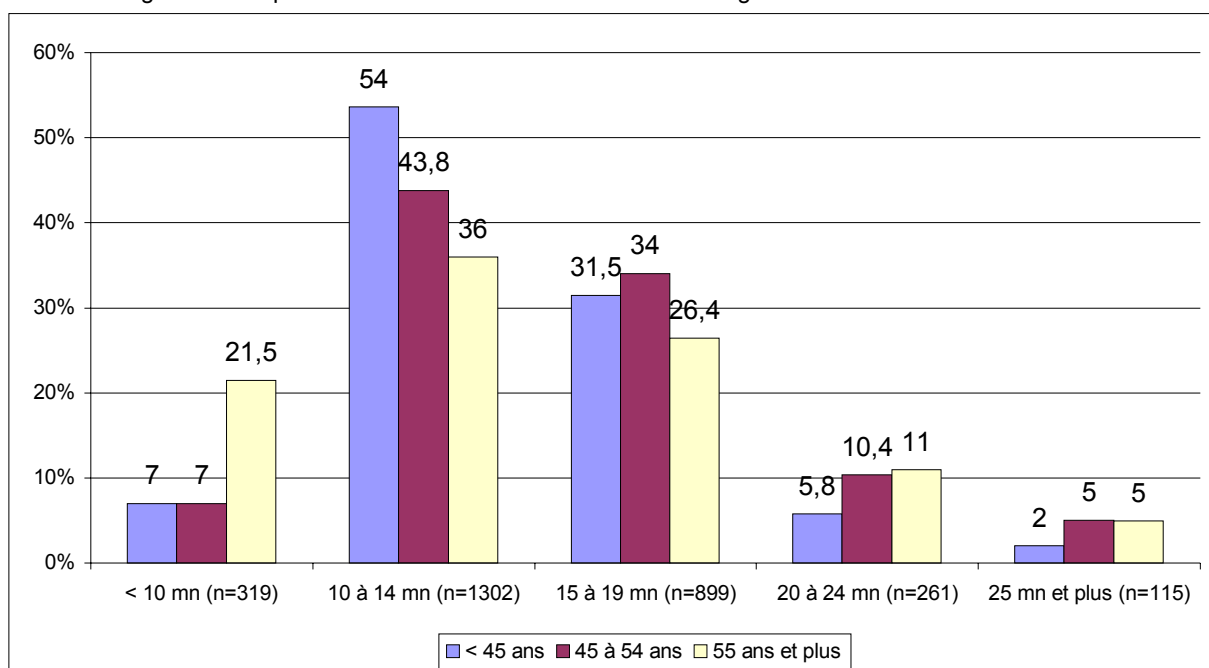
Durée de consultation	Pourcentage
Moins de 10 minutes	11%
10 à 14 minutes	45%
15 à 19 minutes	31%
20 minutes et plus	13%
	100%

- **Selon les caractéristiques du médecin**

La répartition des durées de consultation par sexe est à peu près la même cependant la part de patients vus en moins de 10 minutes est supérieure pour les médecins hommes : 14% contre 7% pour les médecins femmes.

Les patients vus par des médecins de 55 ans et plus ont dans 21% des cas une durée de consultation inférieure à 10 minutes contre seulement 7% pour les médecins de – de 45 ans et 7% pour les médecins de 45 à 54 ans. Cependant les patients ayant eu des durées de consultation supérieures à 20 minutes représentent 16% des patients vus par des médecins de 45 ans et plus contre seulement 8% pour les médecins les plus jeunes. (Figure n°16)

Figure 16 : Répartition des médecins en fonction de leur âge et des durées de consultation



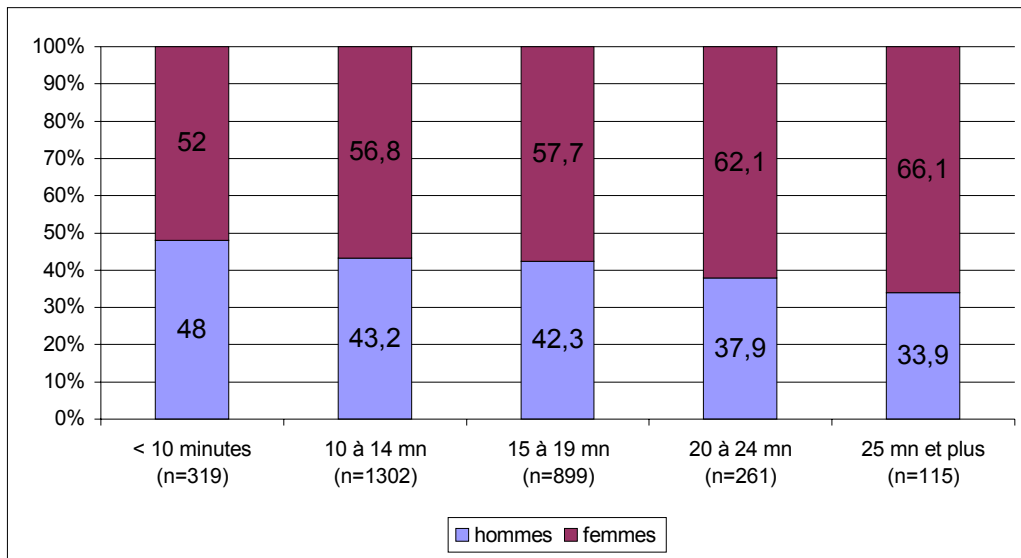
- **Selon les caractéristiques du patient**

Le sexe du patient

Dans 45% des actes la durée de consultation se situe entre 10 et 14 minutes sans différence entre les hommes et les femmes.

En revanche on retrouve plus de femmes au fur et à mesure que le temps de consultation s'allonge (Figure n°17).

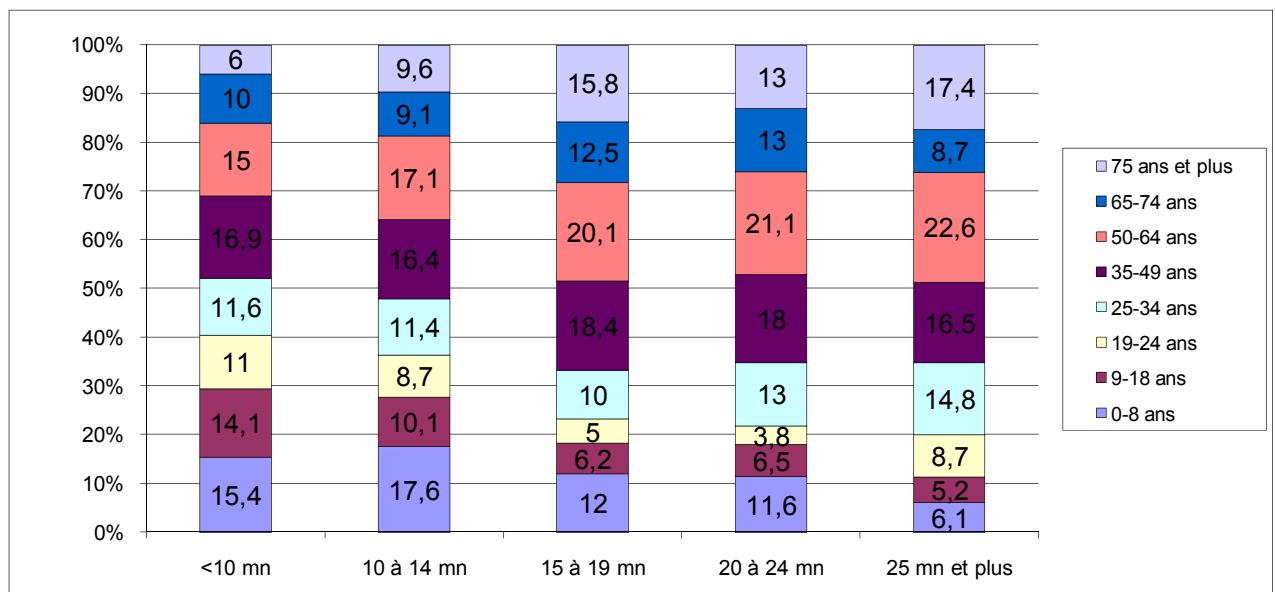
Figure n°17 : Répartition des patients par genre en fonction de la durée de consultation



L'âge du patient

Alors que dans les consultations d'une durée supérieure à 25 minutes l'âge moyen des patients est de 46,6 ans, il est de 35,3 ans pour les consultations inférieures à 10 minutes.

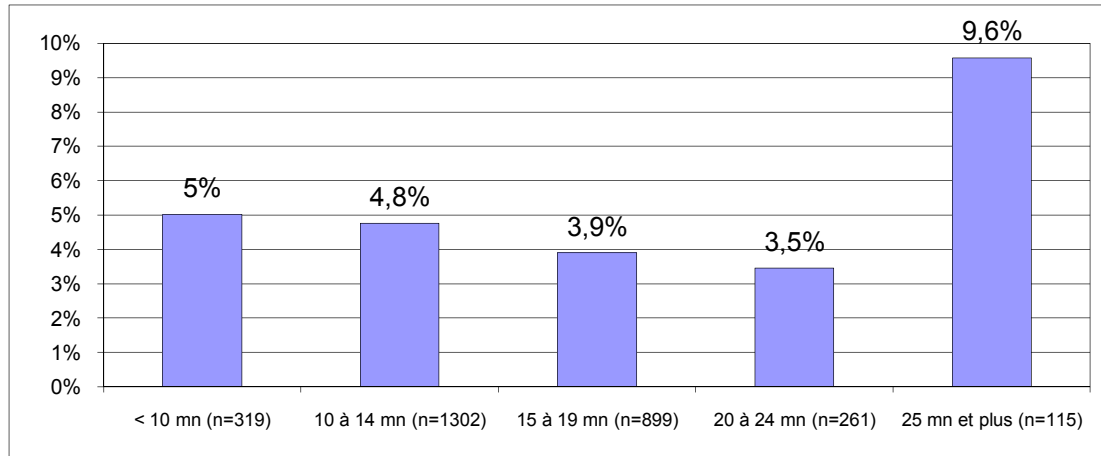
Figure n°18 : Répartition des tranches d'âge par durée de consultation



La connaissance du patient

Lorsque la durée de consultation est inférieure à 25 minutes, les nouveaux patients ne dépassent pas les 5%. Pour les consultations de plus de 25 minutes c'est presque 1 patient sur dix qui est nouveau (Figure n°19).

Figure n°19 : Répartition des nouveaux patients par durée de consultation

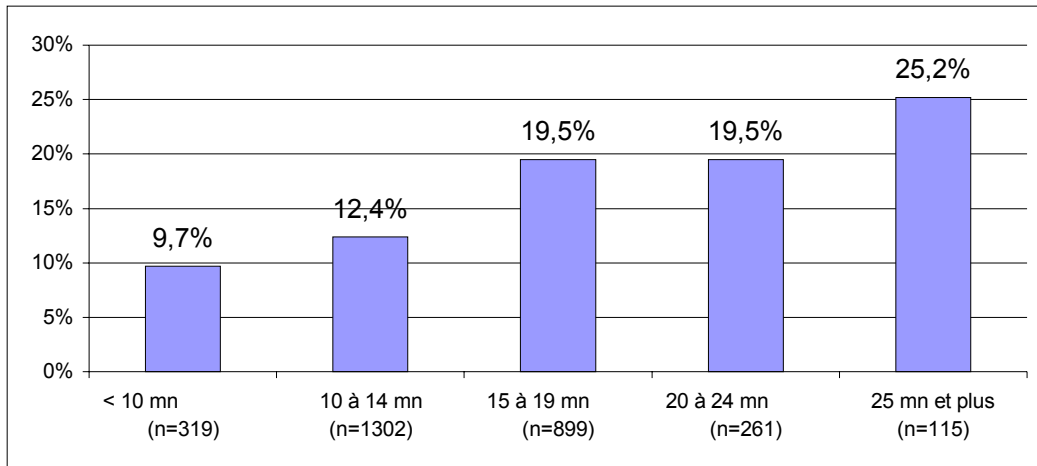


- **Selon les caractéristiques de l'acte**

La présence de pathologie(s) en ALD30

La proportion de patients présentant au moins 1 ALD30 augmente avec la durée de consultation (Figure n°20).

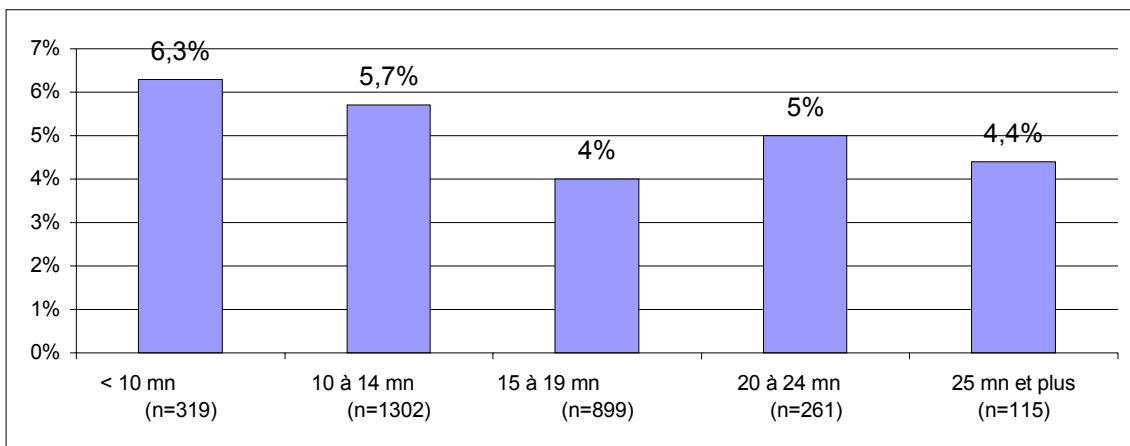
Figure n°20 : Répartition des patients en ALD30 en fonction de la durée de consultation



Les bénéficiaires de la CMU

Le taux de patient pris en charge en CMU est plus élevé dans les consultations courtes (Figure n°21).

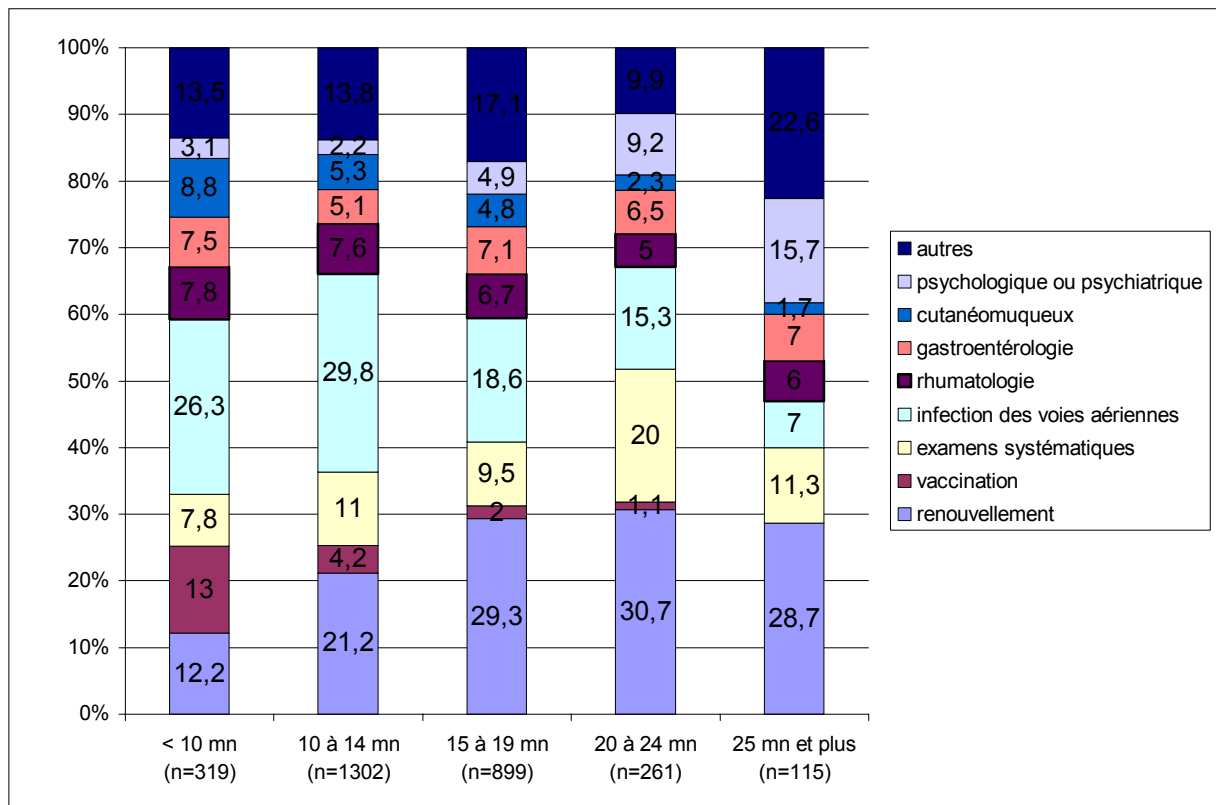
Figure n°21 : Répartition des patients en CMU par durée de consultation



La raison de consultation exprimée par le patient

Dans les consultations courtes inférieures à 10 minutes, on retrouve principalement la prise en charge aiguë en particulier les infections des voies aériennes et la vaccination (39%). A l'autre extrémité, lors des consultations longues de plus 25 minutes on retrouve surtout les pathologies chroniques (renouvellement) et les troubles psychiques (44%) (Figure n° 22).

Figure n°22 : Répartition des motifs de consultation en fonction de la durée de consultation



Le nombre de diagnostics en fin de consultation

Le nombre moyen de diagnostics augmente avec la durée de consultation.

Alors qu'il est de 1,2 pour les consultations de durée inférieure à 10 minutes, le nombre moyen de diagnostics est de 2,2 lorsque les consultations durent 25 minutes et plus.

La présence d' une 1ère prise en charge

Parmi les consultations inférieures à 10 minutes, 60% concernent une première prise en charge. Lorsque la durée de consultation est supérieure à 10 minutes, environ 50% concernent une 1^{ère} prise en charge.

- **Selon la présence d'au moins un diagnostic de troubles psychiques**

3/4 des consultations comportant un diagnostic psychique durent plus de 15 minutes contre 3/8 sans diagnostic psychique.

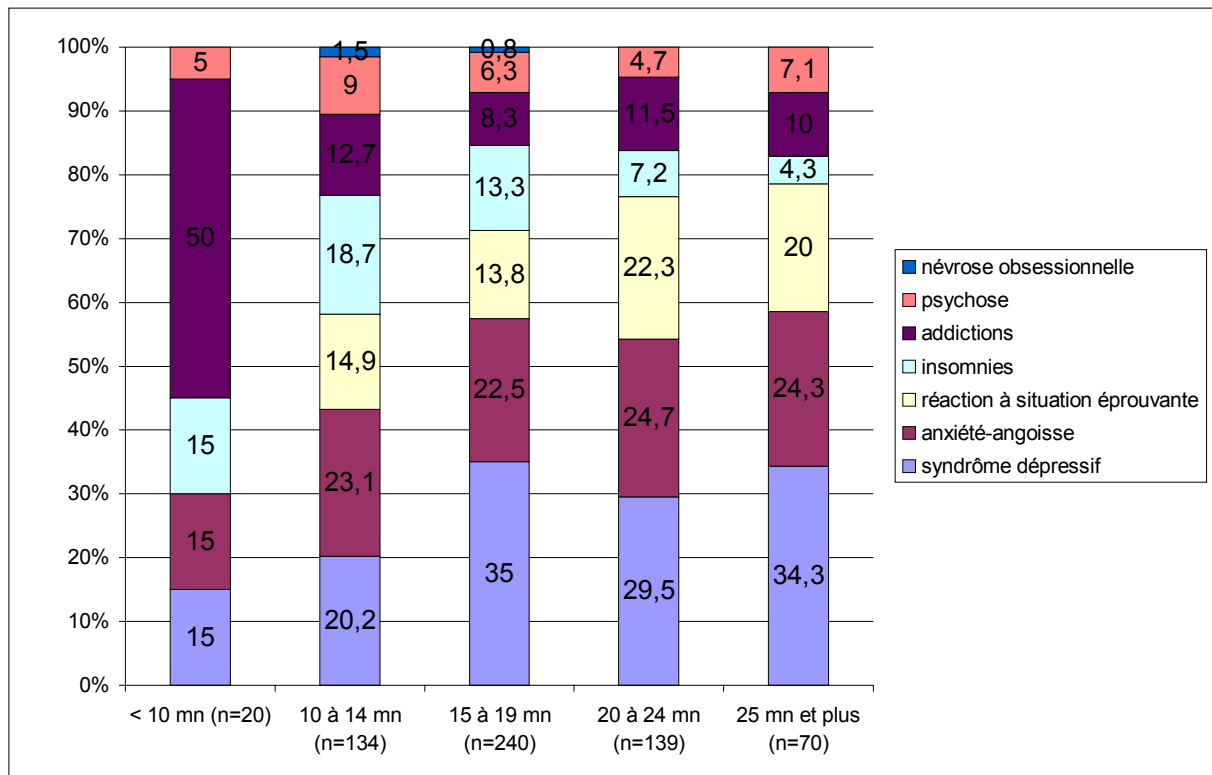
Tableau n°11 : Taux de diagnostic psychique par durée de consultation

Durée de consultation	Diagnostic psychique
Moins de 10 minutes	6%
10 à 14 minutes	8,8%
15 à 19 minutes	22,8%
20 minutes et plus	42,8%

La durée de consultation varie en fonction du type de problème psychologique ou psychiatrique pris en charge.

Les addictions représentent la moitié des prises en charge des consultations de courte durée. Au-delà de 20 minutes de consultation, ce sont les prises en charge de la dépression, de l'anxiété-angoisse et des problèmes de réaction à situation éprouvante (syndrome de deuil, problème familial, problème professionnel ...) qui représentent plus de la moitié des cas (Figure n° 23).

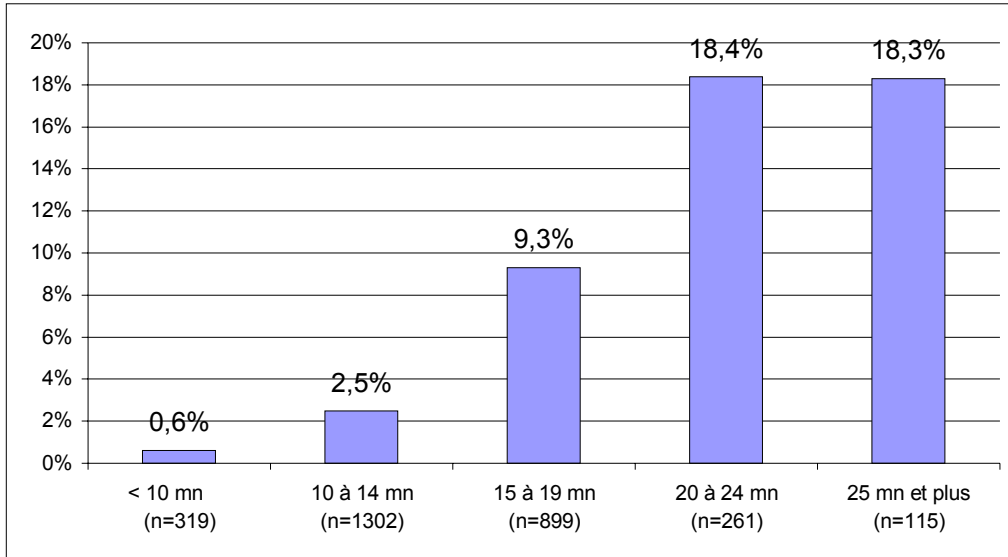
Figure n°23 : Répartition des diagnostics psychologiques en fonction de la durée de consultation



Emergence de diagnostic(s) de troubles psychiques

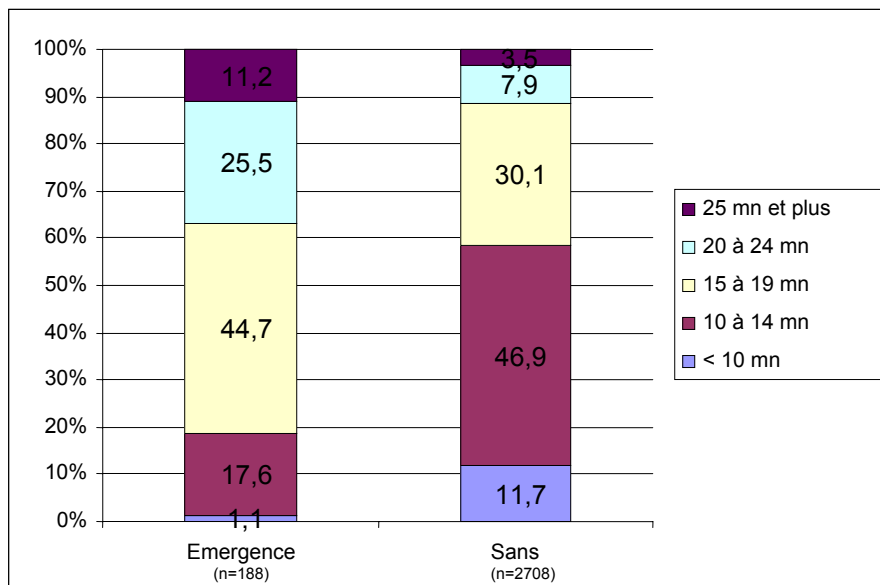
La proportion de consultations au cours desquelles apparaît un trouble psychique augmente avec la durée de consultation (figure n°24).

Figure n°24: Emergence de problèmes d'ordre psychologique en fonction de la durée de consultation



Lorsqu'il y a émergence d'un problème psychologique, la durée de consultation est supérieure à 20 minutes plus d'une fois sur trois, alors qu'elle ne l'est que dans 11% des consultations sans problème psychologique. A l'inverse, lorsqu'il y a émergence d'un problème psychologique, la consultation est inférieure à 15 minutes moins d'une fois sur 5, contre près de 4 fois sur 5 en l'absence de diagnostic psychologique (Figure n°25).

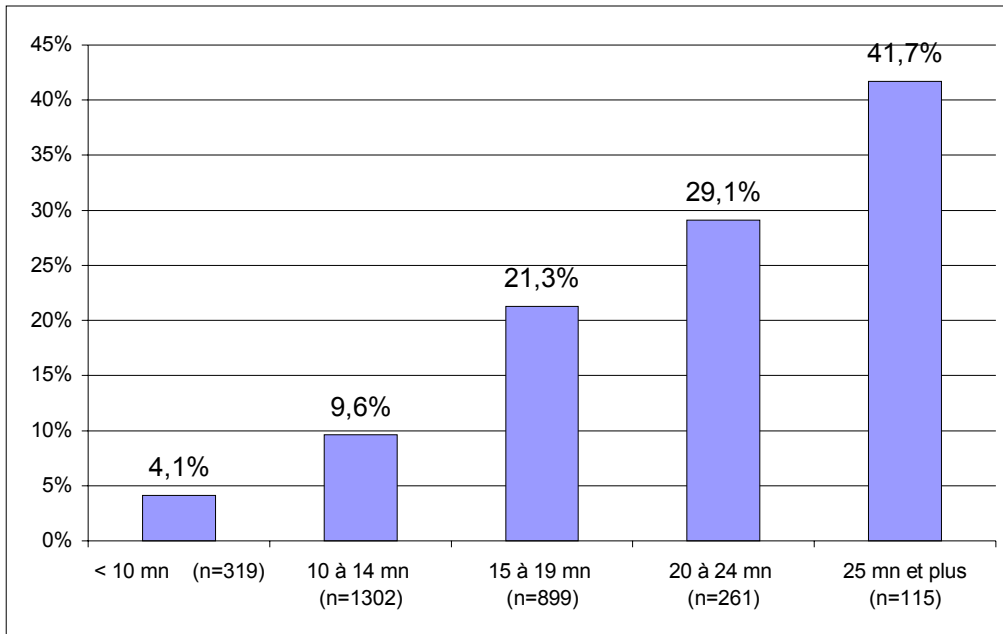
Figure n°25 : Durée de consultation en fonction de l'émergence de problème psychologique



- **Selon la prescription de psychotropes**

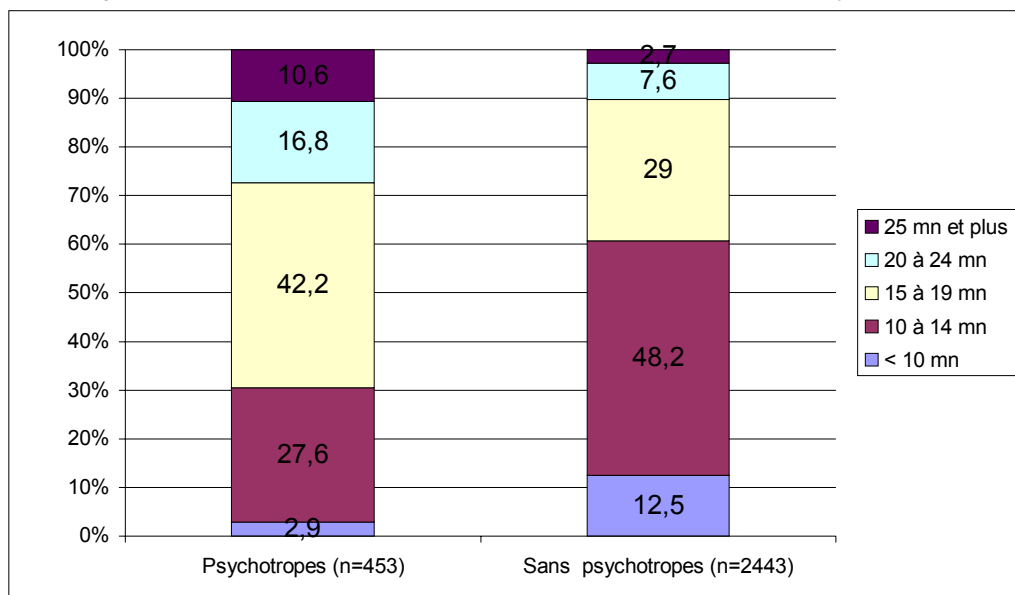
La proportion de consultations aboutissant à la prescription de psychotropes augmente avec la durée de consultation (Figure n°26).

Figure n°26 : Prescription de psychotropes en fonction de la durée de consultation



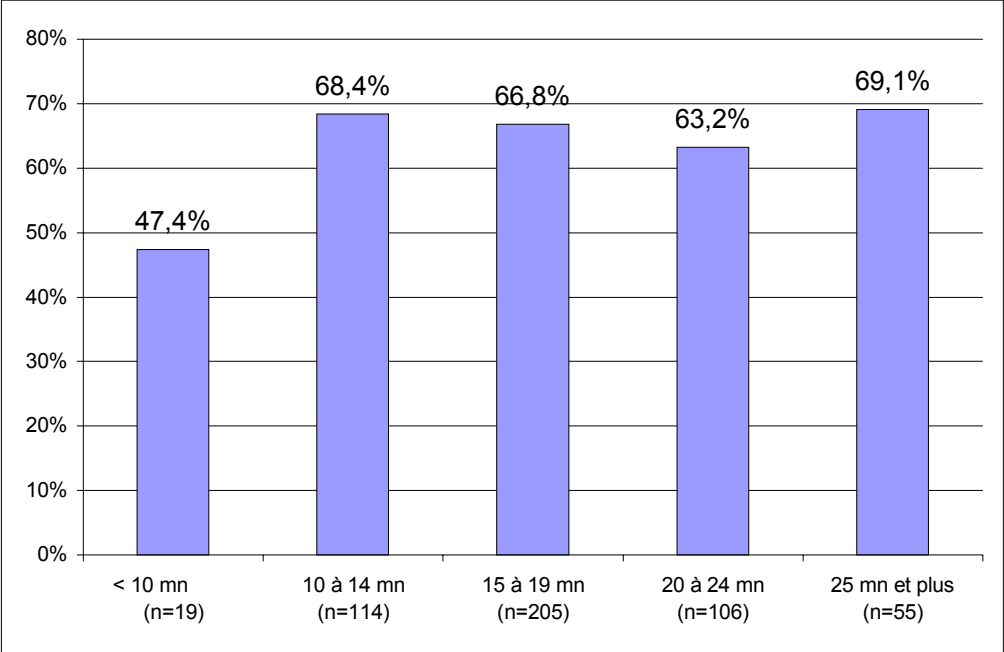
Lorsqu'il y a prescription de psychotropes, la durée de consultation est supérieure à 20 minutes dans 28% des cas, alors qu'elle ne l'est que dans 10% des consultations en l'absence de psychotrope. A l'inverse, lorsqu'il y a prescription de psychotrope on retrouve 30% de consultation inférieure à 15 minutes, contre 60% en l'absence de psychotrope (Figure n°27).

Figure n°27 : Durée de consultation en fonction de la prescription de psychotropes



En cas de diagnostic psychologique ou psychiatrique, la part de prescription de psychotropes représente 47,4% des consultations inférieures à 10 minutes mais 69% des consultations supérieures ou égales à 25 minutes. (figure n°28).

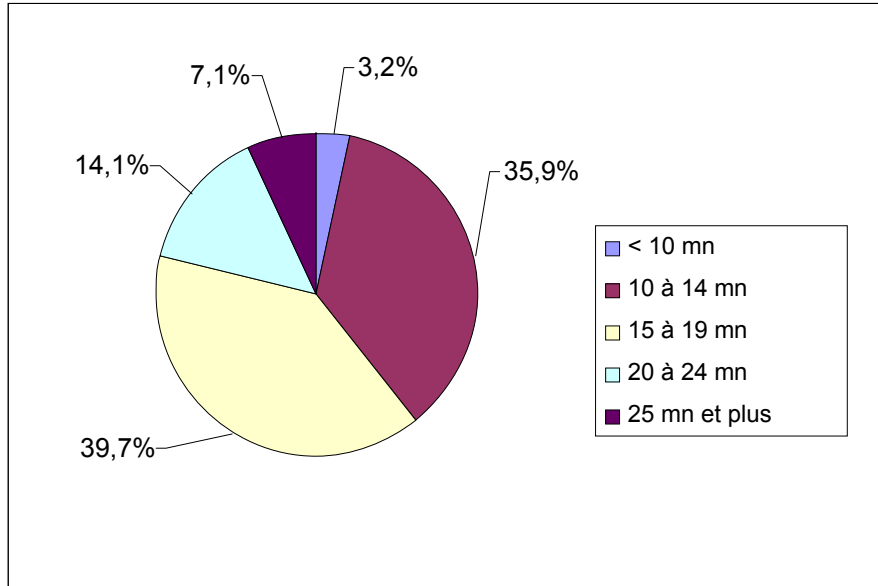
Figure n°28: Part des prescriptions de psychotropes en fonction de la durée de consultation en cas de diagnostic psychologique



Les hypnotiques

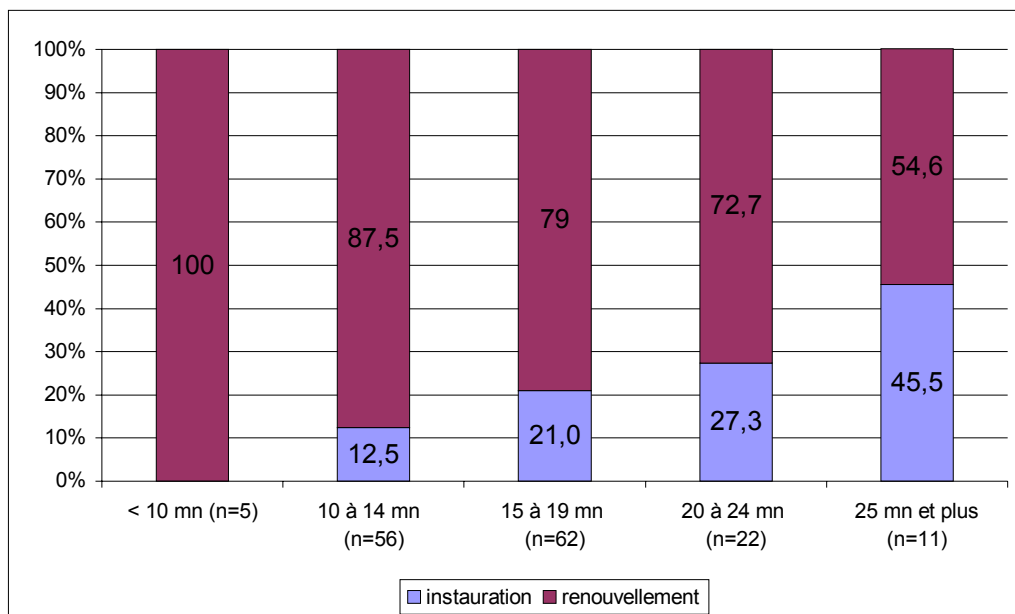
Lors d'une prescription d'hypnotique, la consultation dure plus de 20 minutes une fois sur 5 (21,2%) (Figure n°29).

Figure n°29 : Durées des consultations donnant lieu à la prescription d'hypnotiques



Pour les consultations inférieures à 15 minutes il s'agit quasi systématiquement de renouvellement du traitement. A l'inverse dans les consultations de plus de 25 minutes le renouvellement ne représente qu'un peu plus de la moitié des cas (Figure n°30).

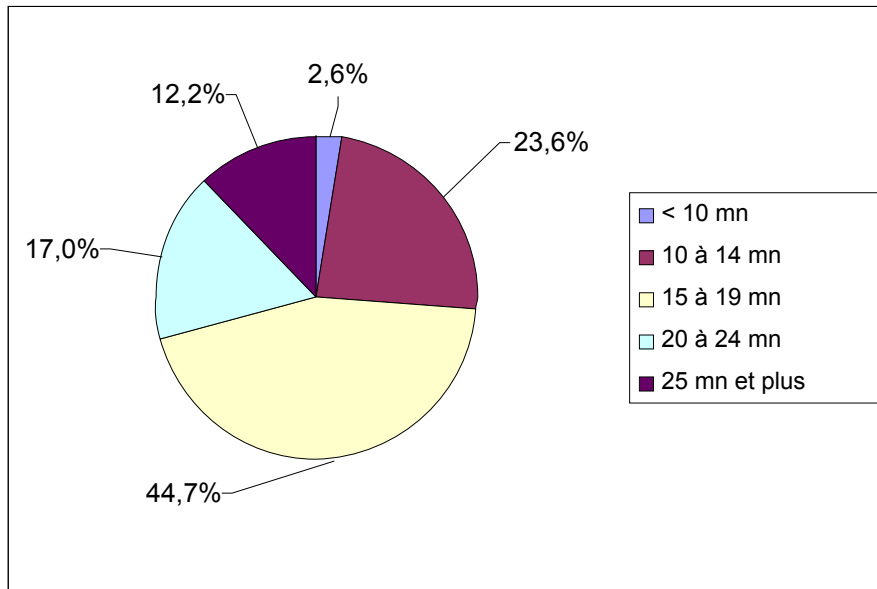
Figure n°30 : Type de prescription d'hypnotiques en fonction de la durée de consultation



Les anxiolytiques

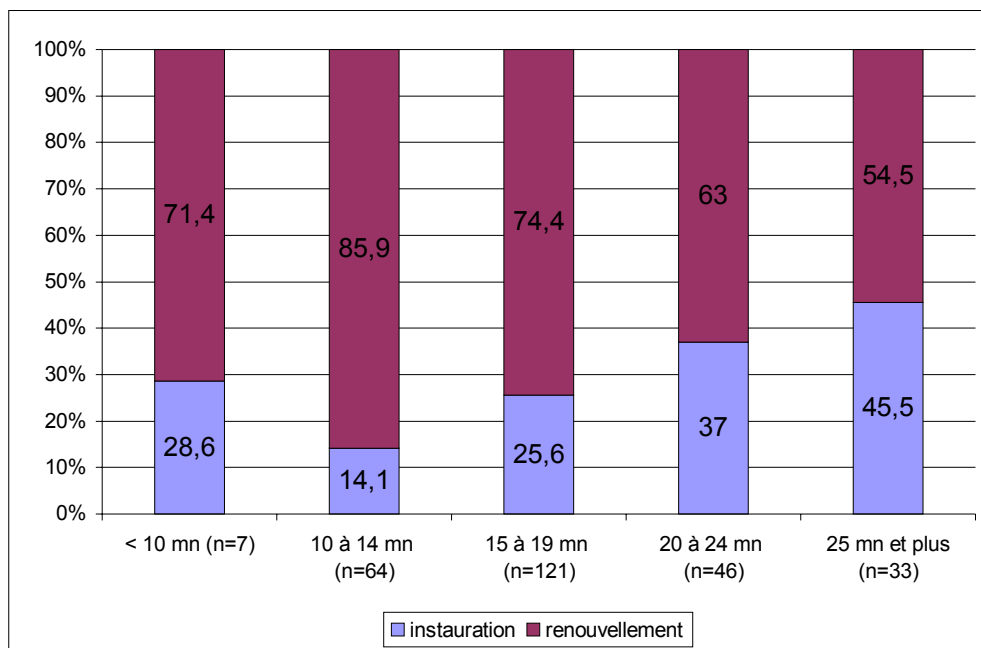
Lors d'une prescription d'anxiolytique, la consultation dure plus de 20 minutes près d'une fois sur 3 (29,2%) (Figure n°31).

Figure n°31 : Durée des consultations donnant lieu à la prescription d'anxiolytiques



Pour les consultations inférieures à 15 minutes il s'agit 7 à 8 fois sur 10 de renouvellement du traitement. A l'inverse dans les consultations de plus de 25 minutes le renouvellement ne représente qu'un peu plus de la moitié des cas (Figure n°32).

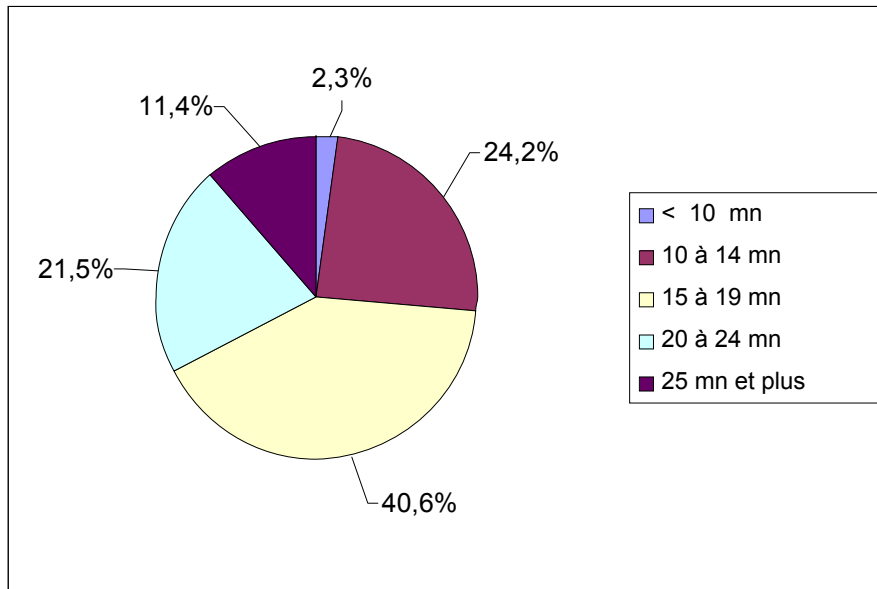
Figure n°32: Type de prescription d'anxiolytiques en fonction de la durée de consultation



Les antidépresseurs

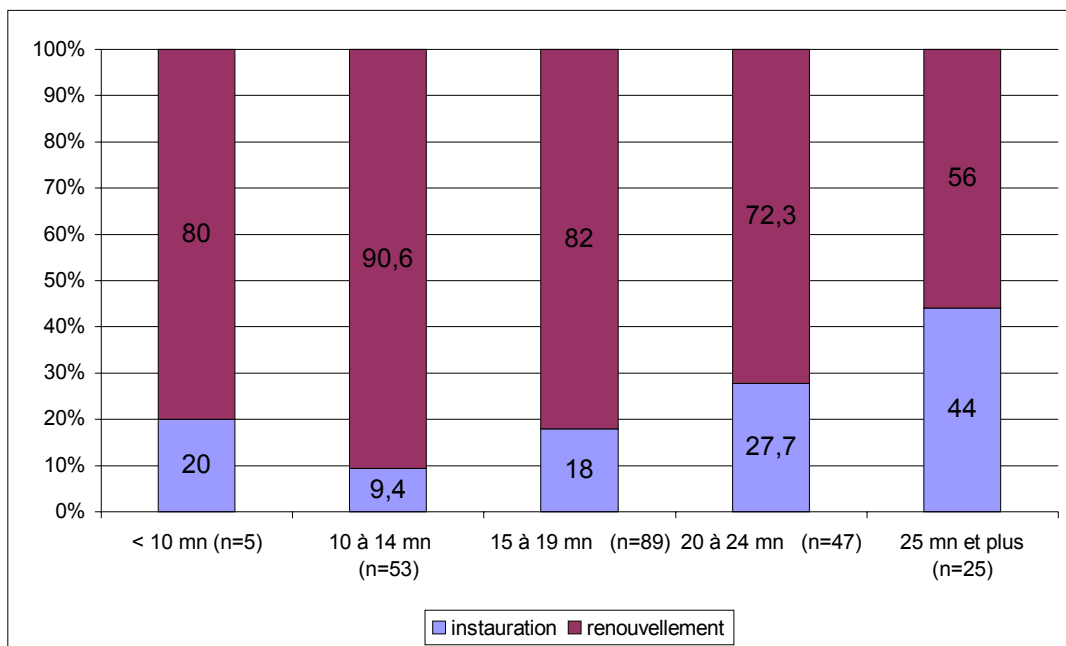
Lors d'une prescription d'antidépresseur, la consultation dure plus de 20 minutes une fois sur trois (32,9%) (Figure n°33).

Figure n°33 : Durée des consultations donnant lieu à la prescription d'antidépresseurs



Pour les consultations inférieures à 15 minutes il s'agit 8 à 9 fois sur 10 de renouvellement du traitement. A l'inverse dans les consultations de plus de 25 minutes le renouvellement ne représente qu'un peu plus de la moitié des cas (Figure n°34).

Figure n°34 : Type de prescription d'antidépresseurs en fonction de la durée de consultation



3.4 La question de recherche

Afin de comparer notre étude avec celles de la bibliographie, nous avons exclu de notre panel les patients 18 ans et moins. Notre nouvel échantillon est alors représenté par les actes qui concernent les patients de plus de 18 ans, soit 2217 sur 2896 (76,7%).

3.4.1 Analyse univariée de la prescription de psychotropes

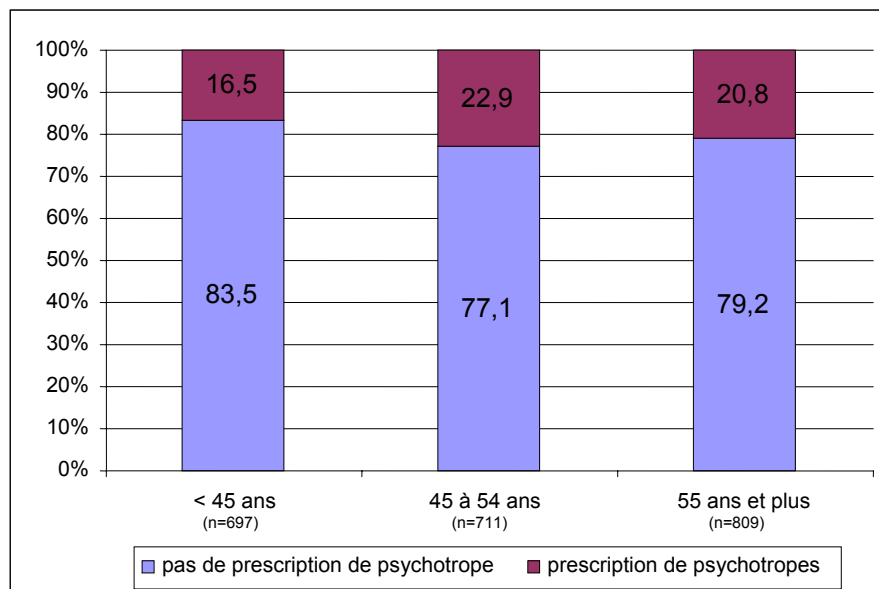
20,2% de l'ensemble des consultations se terminent par la prescription de psychotropes.

- **Selon les caractéristiques du médecin investigateur**

Le sexe du médecin n'intervient pas de façon significative dans la prescription de psychotropes ($p=0,3744$).

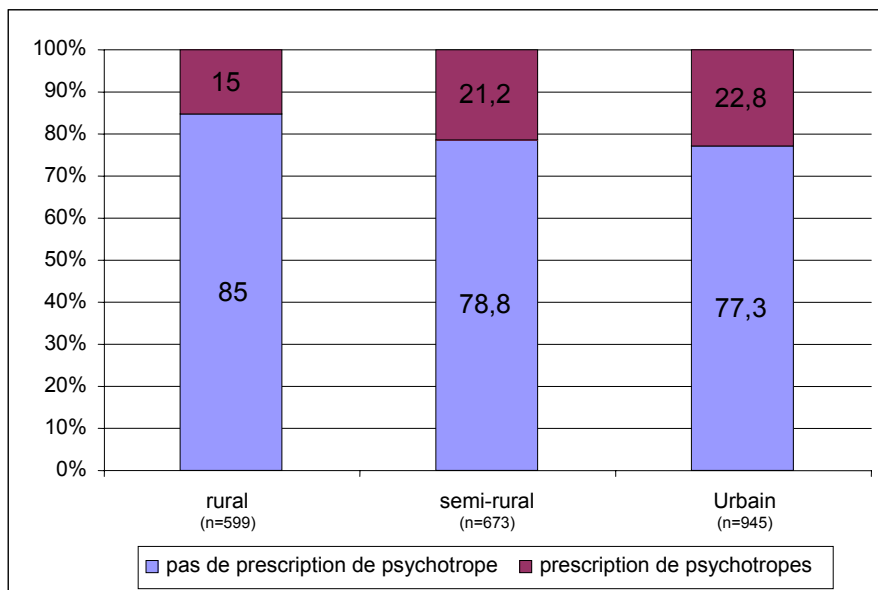
L'âge du médecin intervient de façon significative dans la prescription de psychotropes ($p=0,008$). (Figure n°35)

Figure n°35 : Répartition de la prescription de psychotropes en fonction de l'âge du médecin



Le lieu d'exercice du médecin intervient de façon significative dans la prescription de psychotropes ($p=0,0008$). Le médecin urbain est plus prescripteur que le médecin en zone rurale (Figure n°36).

Figure n°36 : Part des prescriptions de psychotropes en fonction du lieu d'exercice du médecin



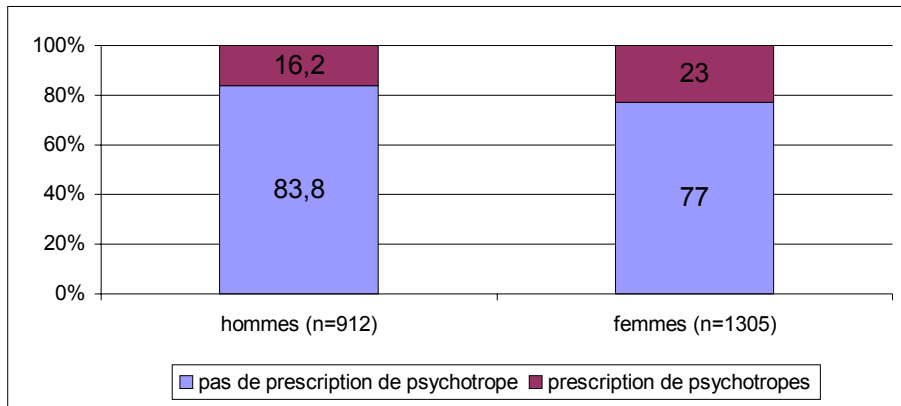
Le secteur d'activité (conventionné ou à honoraire libre) n'intervient pas de façon significative dans la prescription de psychotropes ($p=0,0723$).

- **Selon les caractéristiques du patient**

Le sexe du patient

Les deux tiers des prescriptions de psychotropes concernent des femmes. Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre prescription de psychotropes et sexe du patient (Figure n°37).

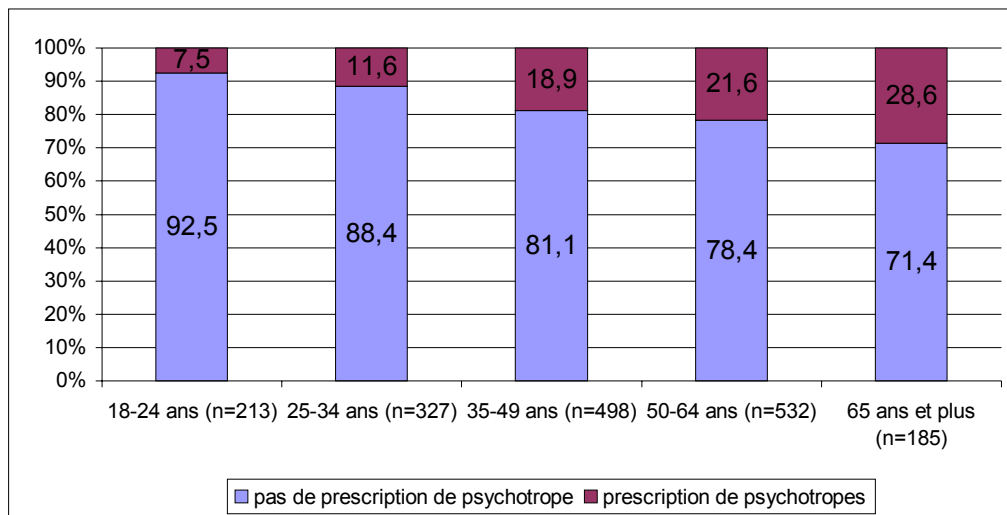
Figure n°37 : Répartition des prescriptions de psychotropes en fonction du sexe du patient



L'âge du patient

Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre prescription de psychotropes et l'âge du patient. Plus l'âge est avancé plus il y a de prescriptions de psychotropes (Figure n°38).

Figure n°38 : Répartition des prescriptions (psychotropes ou non) en fonction de l'âge du patient



La connaissance du patient

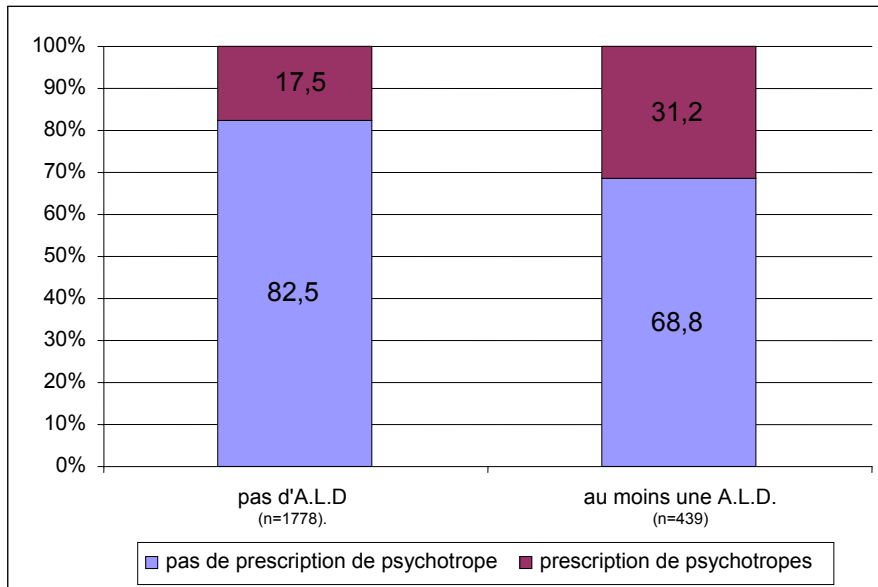
Il existe un lien significatif ($p = 0,0117$) entre prescription de psychotropes et la connaissance du patient. La part de prescriptions de psychotropes est plus faible en cas de nouveau patient.

- **Selon les caractéristiques de l'acte**

La présence de pathologie(s) en ALD30

Près d'un tiers (30,58%) des prescriptions de psychotropes concerne des ALD. Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre prescription de psychotropes et présence d'ALD. La part de prescriptions de psychotropes est plus importante en cas d'ALD (Figure n°39).

Figure n° 39 : Répartition de la prescription de psychotropes en fonction de la présence d'au moins une ALD



Les bénéficiaires de la CMU

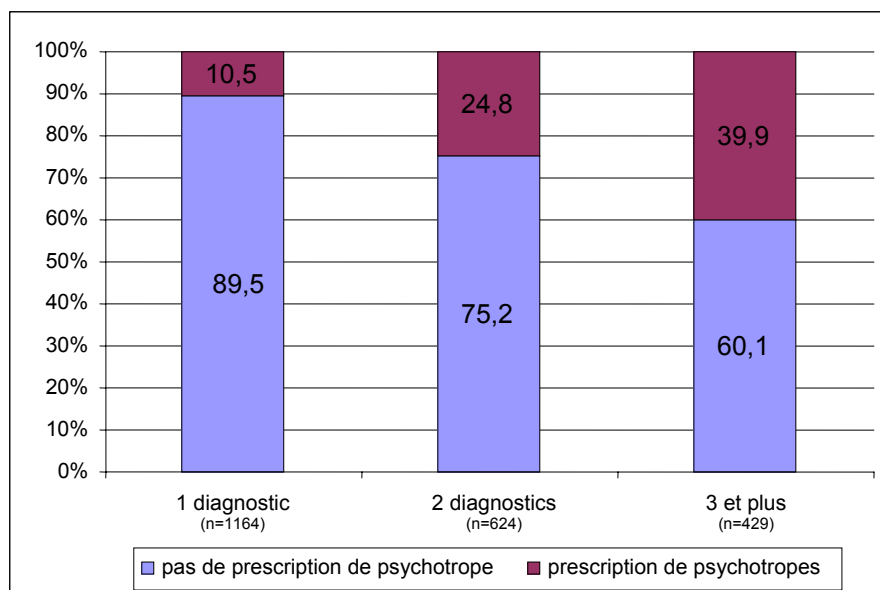
Il n'existe pas de lien significatif ($p = 0,5250$) entre prescription de psychotropes et le fait pour un patient d'être bénéficiaire de la C.M.U. Nous avons quand même constaté une part de prescription de psychotropes plus faible en cas de patient en C.M.U.

Le nombre de diagnostics en fin de consultation

Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre prescription de psychotropes et nombre de diagnostics (quelque soient les diagnostics) en fin de consultation.

Plus le nombre de diagnostics augmente, plus la part de prescriptions de psychotropes est importante (Figure n°40).

Figure n°40 : Prescription de psychotropes en fonction du nombre de diagnostic(s) dans la consultation

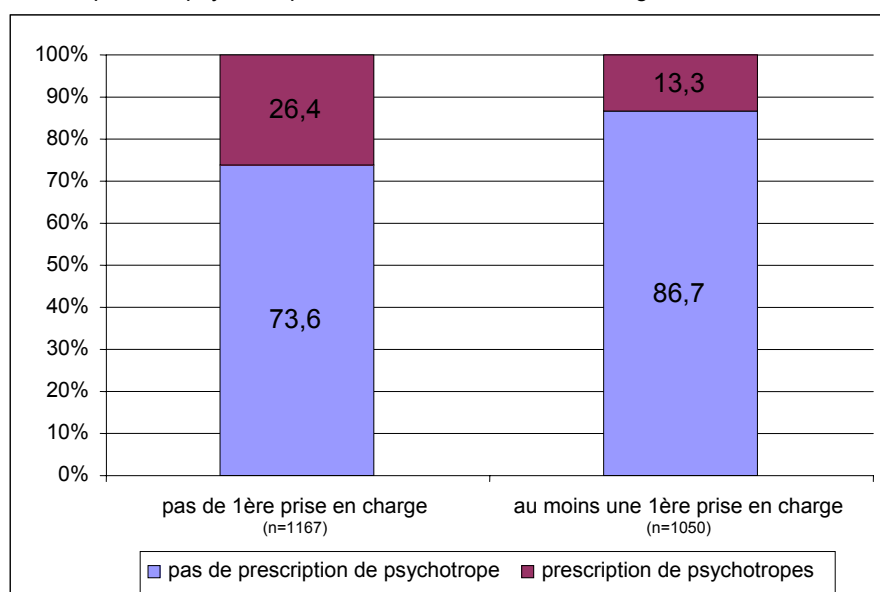


La présence d'une première prise en charge

31,2% des prescriptions de psychotropes concerne des consultations présentant au moins une 1^{ère} prise en charge (psychiatrique ou pas).

Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre prescription de psychotropes et première prise en charge. La part de prescriptions de psychotropes est moins importante en cas de consultation présentant au moins une première prise en charge, quelqu'en soit le diagnostic (Figure n°41).

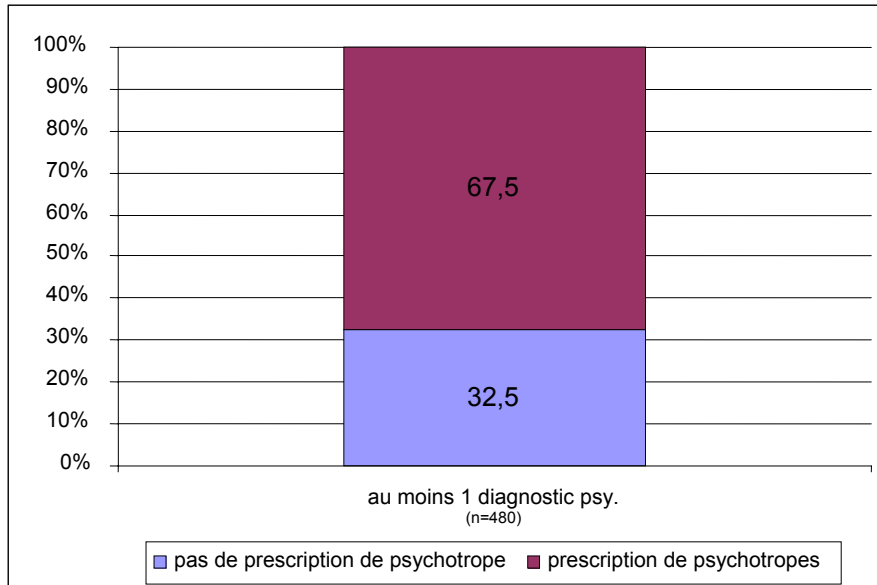
Figure n°41 : Prescription de psychotrope en fonction d'au moins un diagnostic nouveau dans la consultation



- **Selon la présence de diagnostics psychologiques ou psychiatriques**

Lors de la prise en charge d'un diagnostic psychologique le médecin prescrit un psychotrope 2 fois sur trois (Figure n°42)

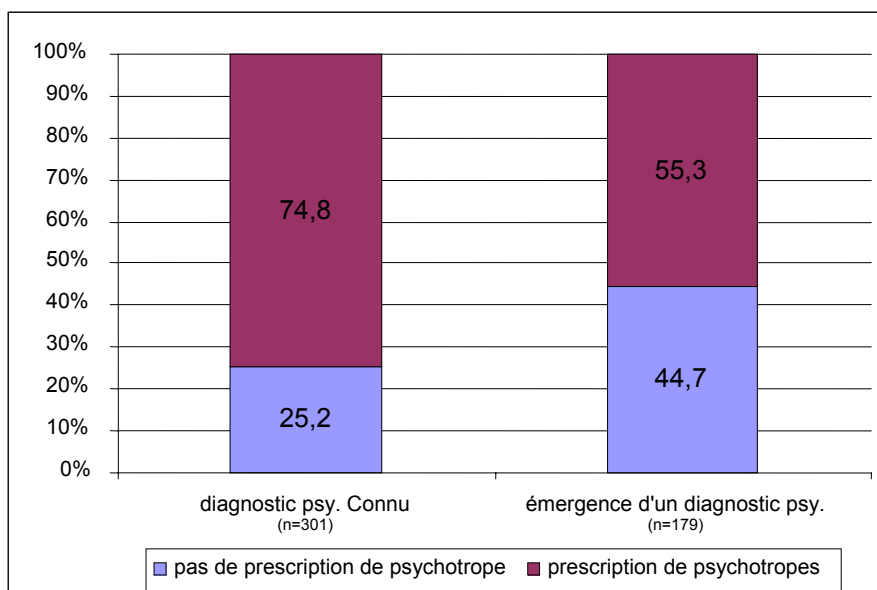
Figure n°42 : Prescription de psychotrope lorsqu'il y a au moins un diagnostic psychologique dans la consultation



Emergence de diagnostic(s) de troubles psychiques

Lorsque le diagnostic psychologique émerge pendant la consultation, sans plainte initiale du patient, le médecin prescrit moins de psychotrope. La prescription initiale au moment du diagnostic représente un peu plus de la moitié des cas (Figure n°43).

Figure n°43 : Prescription de psychotrope en fonction de l'émergence lors du diagnostic pendant la consultation



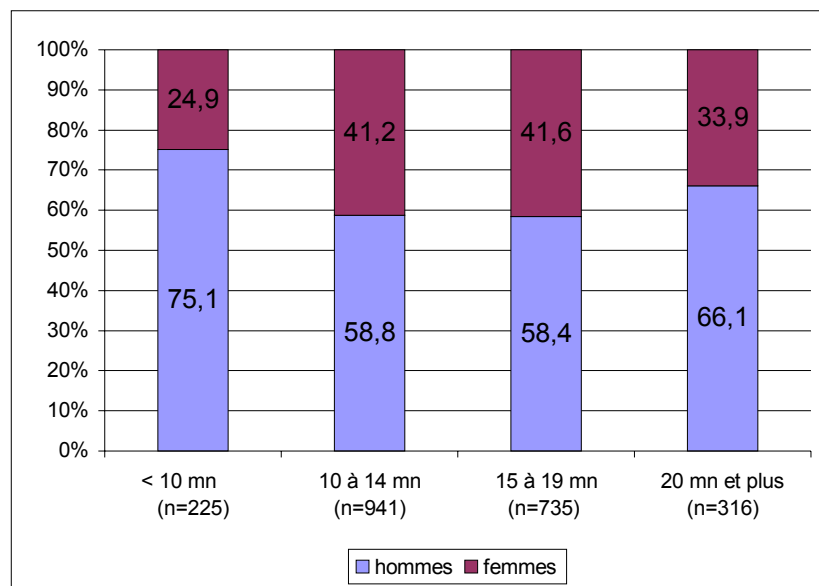
3.4.2 Analyse univariée de la durée de consultation

- **Selon les caractéristiques du médecin investigateur**

Le sexe du médecin intervient de façon significative dans la durée de consultation ($p < 0,0001$).

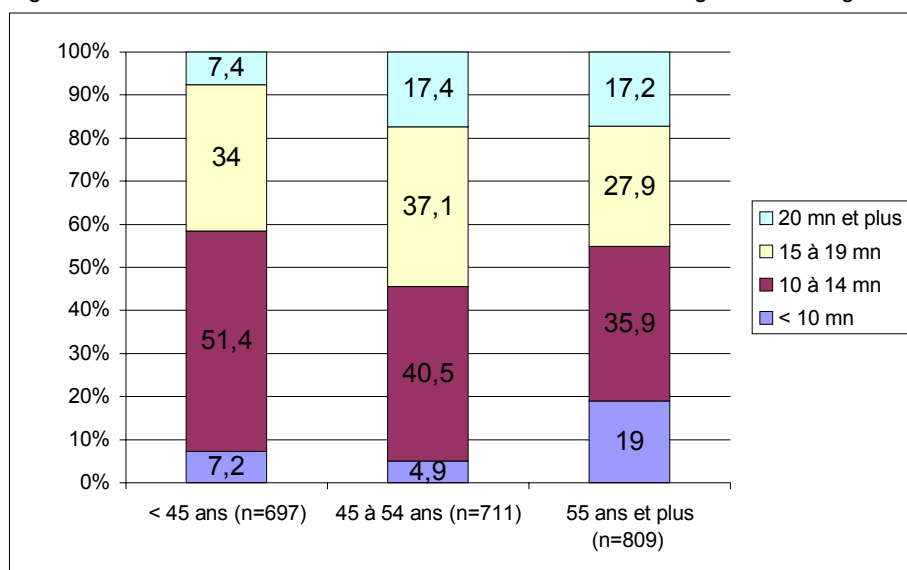
Pour les consultations de moins de 15 minutes, plus la durée de consultation augmente, plus la part de patients vus par des médecins hommes diminue. En revanche, les patients vus par des médecins hommes sont largement majoritaires lorsque la durée de consultation est supérieure ou égale à 20 minutes (figure n°44).

Figure n°44 : Répartition des consultations par sexe des médecins en fonction de la durée de consultation



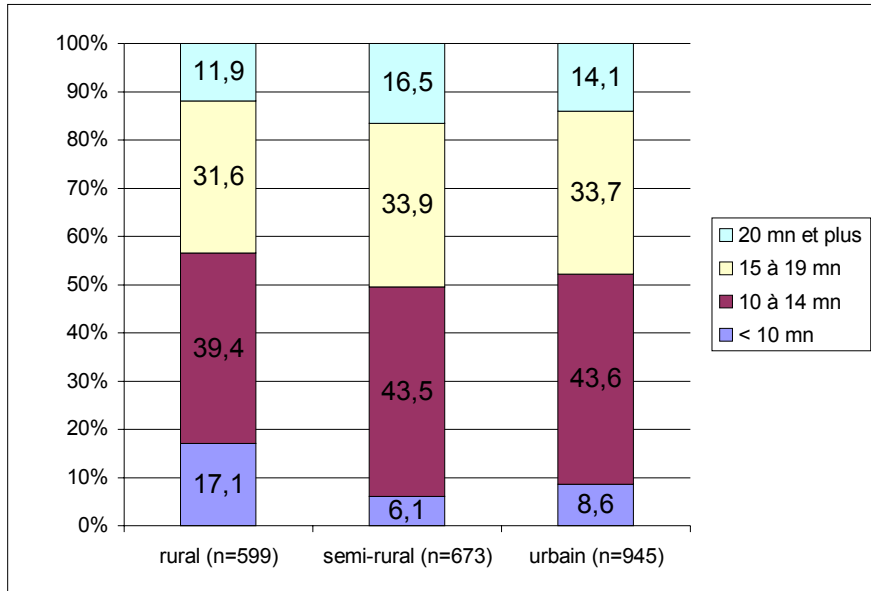
L'âge du médecin intervient de façon significative dans la durée de consultation ($p < 0,0001$). La part de consultations de plus de 20 mn est plus importante chez les médecins de plus de 45 ans. Ils font aussi plus de consultations courtes inférieures à 10 minutes (Figure n°45).

Figure n°45 : Durée de consultation en fonction de la tranche d'âge des investigateurs



Le milieu d'activité du médecin intervient de façon significative dans la durée de consultation ($p < 0,0001$) : la part des consultations supérieures ou égales à 20 minutes est plus élevée chez les médecins exerçant en milieu urbain qu'en milieu rural (Figure n°46).

Figure n°46 : Durée de consultation en fonction du lieu d'exercice des investigateurs



Le secteur conventionnel intervient de façon significative sur la durée de consultation. ($p < 0,0001$)

- **Selon les caractéristiques du patient**

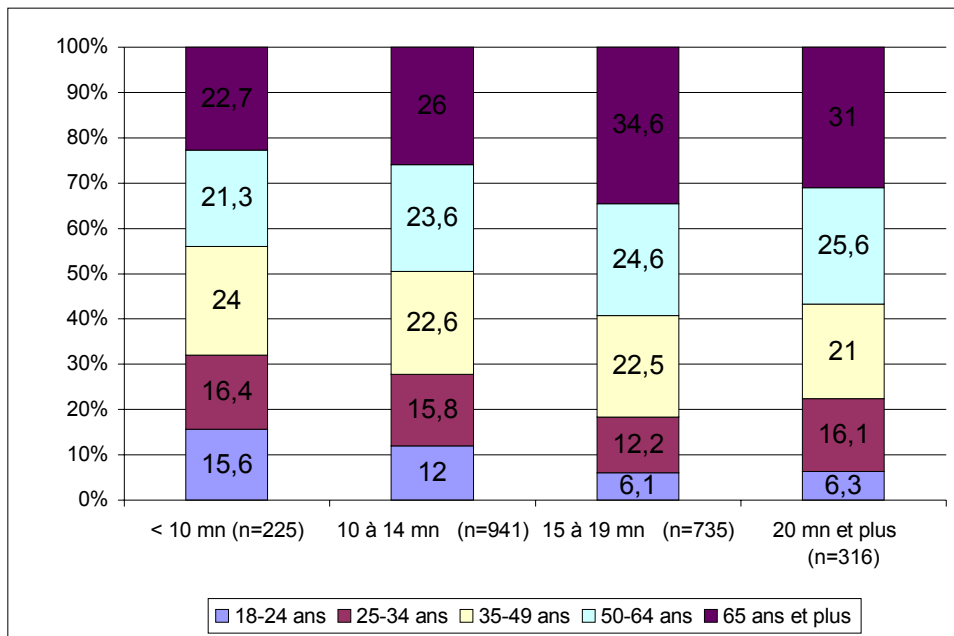
Le sexe du patient

Il n'existe pas de lien significatif ($p=0,1527$) entre la durée de consultation et le sexe du patient, même si plus la durée de consultation augmente, plus la part des femmes augmente.

L'âge du patient

Il existe un lien significatif ($p<0,0001$) entre l'âge du patient et la durée de consultation. Plus la durée de consultation est longue, plus la part des « anciens » est importante (Figure n°47).

Figure n°47 : Durée de consultation en fonction des tranches d'âge des patients



La connaissance du patient

Il n'existe pas de lien significatif ($p=0,2253$) entre la durée de consultation et la connaissance du patient.

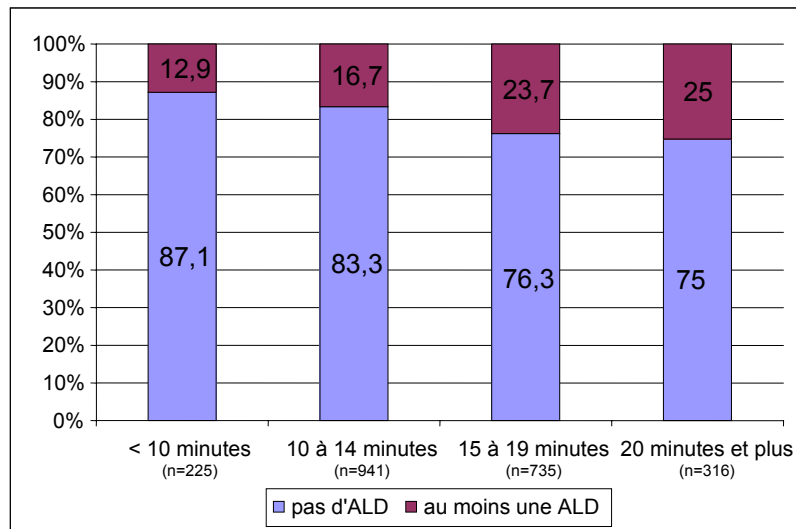
- **Selon les caractéristiques de l'acte**

La présence de pathologie(s) en ALD30

19, 80% des actes présentent au moins 1 pathologie en ALD.

Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre durée de consultation et présence d'ALD : plus la durée de consultation est longue et plus la part de consultations présentant au moins une pathologie en ALD augmente (Figure n°48).

Figure n°48 : Durée de consultation en fonction de la présence d'au moins une pathologie en ALD



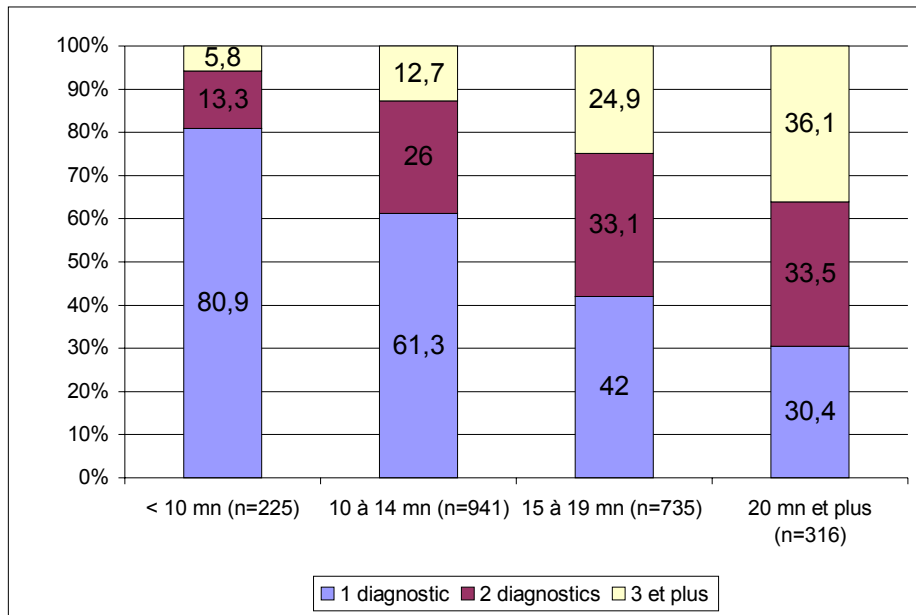
Les bénéficiaires de la C.M.U.

Il n'existe pas de lien significatif ($p = 0,0943$) entre durée de consultation et patient en C.M.U. Cependant, la part de consultations dont la durée est inférieure à 10 minutes représente 6,67% des patients bénéficiaires de la CMU et 9,98% des patients sans CMU.

Le nombre de diagnostics en fin de consultation

Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre durée de consultation et nombre de diagnostics (quelque soient les diagnostics) en fin de consultation. Plus la durée de consultation augmente, plus le nombre de diagnostics en fin de consultation augmente (Figure n°49).

Figure n°49 : Durée de consultation en fonction du nombre de diagnostics dans la consultation



La présence d'une première prise en charge

Il existe un lien significatif ($p=0,0053$) entre durée de consultation et présence d'au moins une première prise en charge.

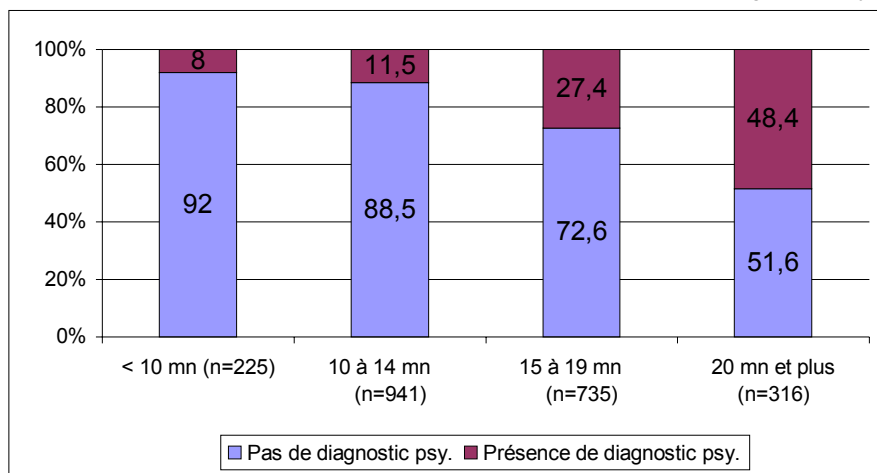
- **Selon la présence de diagnostics psychologiques ou psychiatriques**

480 consultations sur les 2217 comportent au moins un diagnostic psychologique ou psychiatrique. Soit une consultation sur 5 (21,6%) présente au moins 1 diagnostic psychologique ou psychiatrique. Plus d'une fois sur trois (37,3%) ce diagnostic a émergé au cours de la consultation.

Il existe un lien significatif ($p < 0,0001$) entre durée de consultation et présence de diagnostic(s) psychologique(s) ou psychiatrique(s).

Pour les consultations courtes, inférieures à 10 minutes, on retrouve un diagnostic psychologique moins d'une fois sur 10 (8%). Dans les consultations supérieures à 20 minutes c'est près d'une fois sur deux (48,4%) qu'il existe un diagnostic psychologique ou psychiatrique (Figure n°50).

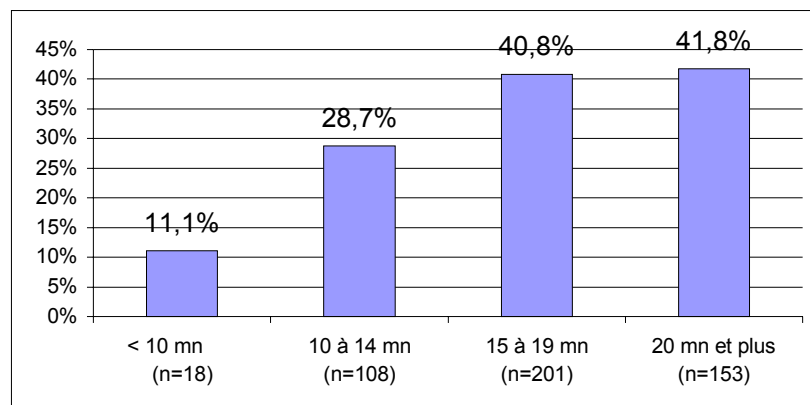
Figure n°50 : Durée de consultation en fonction de la présence ou non d'un diagnostic psychologique



Emergence de diagnostic(s) de troubles psychiques

Plus la durée de consultation est longue, plus le nombre de consultation au cours desquelles émergent des problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique augmente (Figure n°51).

Figure n°51 : Part d'émergence de diagnostic psy. selon la durée de consultation (en cas de diagnostic psy.)



3.4.3 Analyse multivariée

Au cours de l'analyse multivariée mesurant l'association entre la prescription de psychotropes et les variables explicatives, certaines variables ont été éliminées. Il s'agit de :

- âge du médecin
- milieu d'activité du médecin
- secteur conventionnel du médecin
- nouveau patient
- présence d'une première prise en charge
- nombre de diagnostic(s) en fin de consultation

Au terme de l'analyse multivariée, les variables ayant un lien significatif avec la prescription de psychotropes sont présentées dans le tableau n°12 :

Tableau n°12 : Odds Ratio et intervalle de confiance des variables ayant un lien significatif avec la prescription de psychotropes

<i>Prescription de psychotropes en fonction de</i>	Odds Ratio	[intervalle de confiance 95%]	
<i>Sexe du patient</i>			
homme	1		
femme	1,47	1,1	1,98
<i>Au moins une A.L.D.</i>			
non	1		
oui	1,80	1,34	2,68
<i>Au moins un diagnostic psychologique, psychiatrique</i>			
non	1		
diagnostic psy. Non émergeant	51,68	35,19	75,91
diagnostic psy. émergeant	19,27	12,63	29,39
<i>Age du patient</i>			
18-24 ans	1		
25-34 ans	1,46	0,71	3,03
35-49 ans	3,08	1,58	6,01
50-64 ans	4,04	2,08	7,87
65 ans et plus	8,13	4,13	15,99
<i>Sexe du médecin</i>			
homme	1		
femme	1,52	1,03	2,23

Enfin, l'analyse multivariée a permis de constater qu'il y avait un lien significatif entre durée de consultation et prescription de psychotropes, toutes les autres variables sus-citées égales par ailleurs.

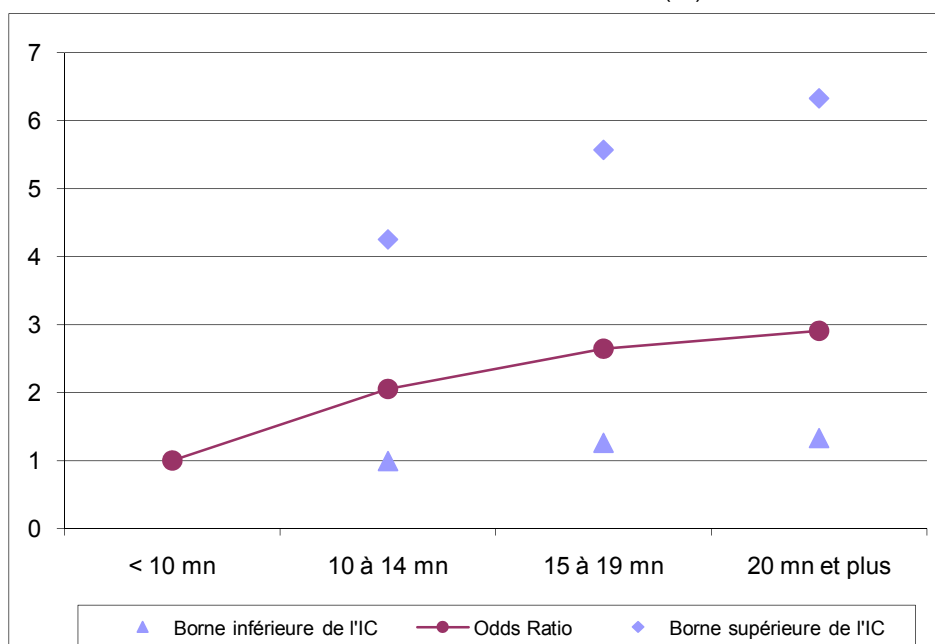
Plus la durée de consultation augmente, plus il y a de prescription de psychotropes :

- Parmi les consultations de 10 à 14 minutes, on a 2,05 fois plus de chance d'avoir une prescription de psychotropes que si la consultation avait duré moins de 10 minutes (mais non significatif car borne inférieure de l'intervalle de confiance < 1),
- Parmi les consultations de 15 à 19 minutes, on a 2,65 fois plus de chance d'avoir une prescription de psychotropes que si la consultation avait duré moins de 10 minutes,
- Parmi les consultations de supérieures ou égales à 20 minutes, on a 2,91 fois plus de chance d'avoir une prescription de psychotropes que si la consultation avait duré moins de 10 minutes.

Tableau n° 13 : Odds Ratio et intervalle de confiance entre prescription de psychotropes et durée de consultation

<i>Prescription de psychotropes en fonction de</i>	Odds Ratio	[intervalle de confiance 95%]	
Durée de consultation			
< 10 minutes	1		
10 à 14 minutes	2,05	0,99 ¹	4,25
15 à 19 minutes	2,65	1,26	5,57
20 minutes et plus	2,91	1,33	6,33

Figure n°52 : Evolution de la prescription de psychotropes en fonction de la durée de consultation selon l'odds ratio et l'intervalle de confiance (IC)



DISCUSSION

4 - DISCUSSION

4.1 La méthodologie

4.1.1 Période et durée de l'étude

Le recueil s'est fait du 1^{er} octobre 2007 au 30 novembre 2007 soit sur une période, en automne, saison des examens systématiques (certificats de non contre-indication au sport), de prévention (mise à jour des vaccinations ...) et début des épidémies (en particulier ORL). Ces éléments peuvent avoir une légère influence sur la durée de consultation, ainsi que sur la fréquence de répartition des pathologies.

Les données de l'Observatoire de la médecine générale de l'OMG confirment que certaines prises en charge fluctuent dans l'année. Pour la période de notre étude c'est particulièrement vrai pour la rhinopharyngite, les examens systématiques et la vaccination (Figures n°53-54-55).

Figure n°53: Prévalence mensuelle des rhinopharyngites et rhumes
Prévalence mensuelle pour l'année 2005 pour tous les patients
rhinopharyngite - rhume

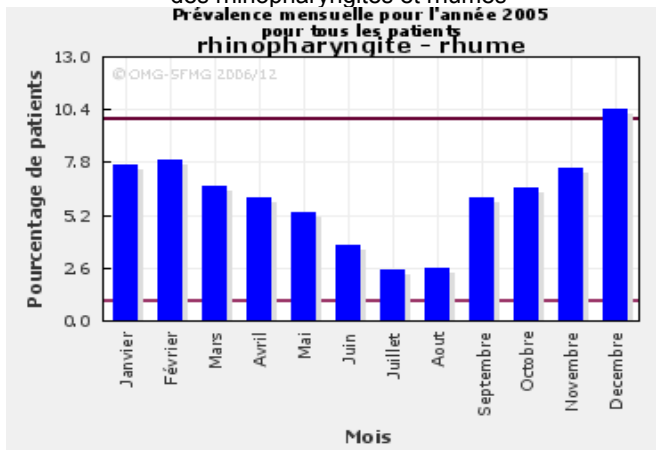


Figure n°54 : Prévalence mensuelle des examens systématiques et prévention
Prévalence mensuelle pour l'année 2005 pour tous les patients
examens systématiques et prévention

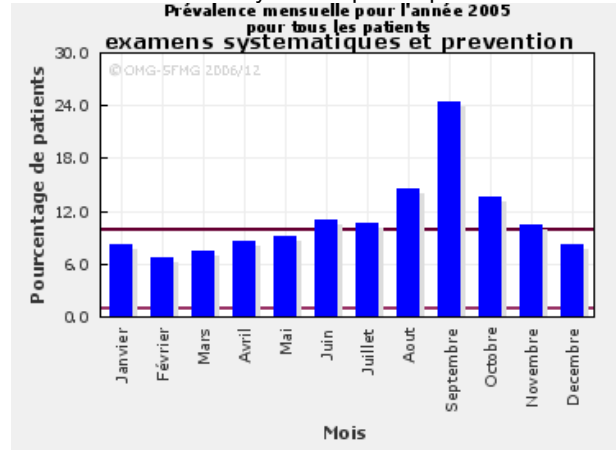
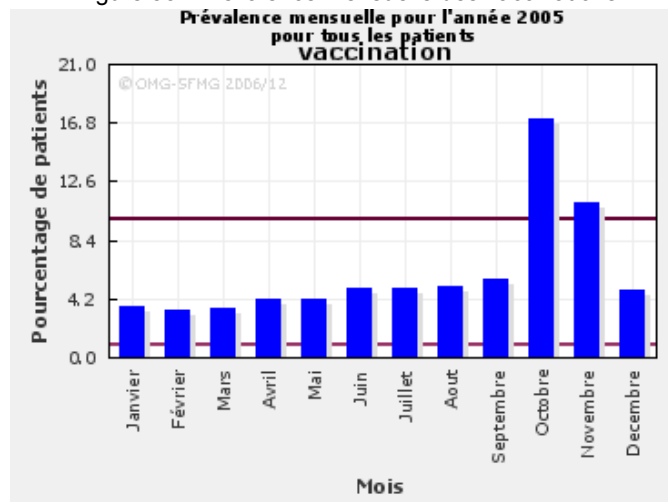


Figure 55 : Prévalence mensuelle des vaccinations

Prévalence mensuelle pour l'année 2005 pour tous les patients
vaccination



Le recueil a porté sur l'ensemble des consultations de 3 journées. Il n'y a pas de biais de sélection des patients. En effet, tout patient, avec ou sans diagnostic d'ordre psychique et qu'il y ait ou non prescription de psychotropes, a été inclus dans l'étude.

Notre échantillon, constitué par 44 médecins, comporte 2896 consultations (2217 patients majeurs), ce qui est un nombre statistiquement significatif pour une étude descriptive.

4.1.2 Choix des investigateurs

Les médecins généralistes participant ont été recrutés sur la base du volontariat. Pour des raisons de réactivité et de garantie, pour nous, d'avoir un échantillon suffisant, nous avons lancé un appel auprès de médecins potentiellement sensibilisés à répondre aux sollicitations pour des études. Ceci explique le taux de participation important (88%) alors qu'il est estimé aux alentours de 10% dans les enquêtes prospectives¹³. On pourrait imaginer que cet élément puisse influencer sur la durée de la consultation ou le taux de prescription de psychotropes. On verra plus loin qu'il n'en est rien dans la comparaison avec les études déjà publiées.

4.1.3 Choix des variables

Nous avons sélectionné, pour le recueil, des variables ayant une influence prouvée sur la durée de consultation (caractéristiques du médecin investigateur, certaines caractéristiques du patient et de l'acte). Nous nous sommes en particulier appuyés sur l'étude de la DRESS (« La durée des séances des médecins généralistes » de 2002) et celle de la SFMG (« Typologie des consultations en médecine générale » de 2004). Nous avons ajouté quelques variables nécessaires à notre sujet : l'émergence de problèmes psychologiques ou psychiatriques, le type de trouble psychique, le type de psychotropes prescrits (3 classes), la présence d'une prise en charge antérieure.

Plusieurs problèmes se sont posés lors de l'analyse des fiches renvoyées. Premièrement, certains médecins n'ont pas noté *un* mais *des* motifs de consultation, alors que nous avons demandé de préciser la raison première de la consultation. Seul le premier motif a été retenu. Deuxièmement, parfois seule la notion de « renouvellement » a été noté à la rubrique diagnostic(s) sans aucune pathologie. Troisièmement, dans quelques cas il est arrivé qu'aucun diagnostic de type psychologique ne soit relevé alors qu'une prescription de psychotrope était réalisée. Enfin, la notion de ^{1ère} prise en charge a posé problème. Par exemple certains investigateurs estiment une vaccination comme une première prise en charge, d'autres non.

4.2 Les Résultats

Nous avons comparé nos résultats à 3 études²⁻⁶⁻¹¹⁻¹⁴

Pour la description de nos échantillons, on pourra s'appuyer sur « La durée des séances des médecins généralistes » réalisée en France en 2002 et éditée en 2006 par la DREES, et la 2^{ème} réalisée par la SFMG en 2004. Concernant les troubles psychologiques ou psychiatriques ainsi que l'usage des psychotropes, nous avons comparé nos résultats à ceux de l'étude épidémiologique internationale ESEMeD réalisée en 2000 mesurant la prévalence des troubles psychiatriques en Europe (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas et Italie) et décrivant l'usage des psychotropes.

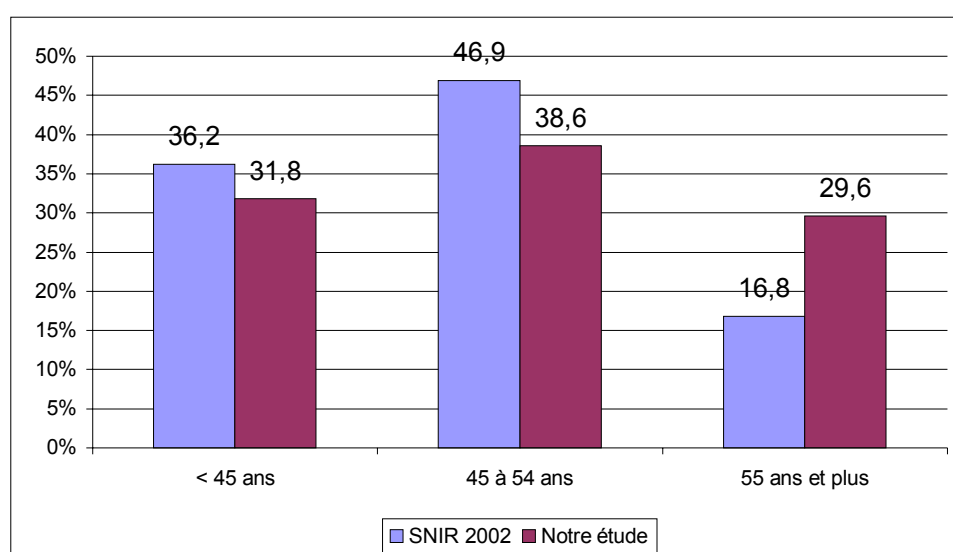
4.2.1 Les investigateurs

Compte-tenu de l'absence des données brutes de la DREES (âges), nous comparerons nos chiffres avec ceux du Système National Inter Régime 2002 de la CNAMTS à partir desquels a été redressé l'échantillon des médecins généralistes libéraux de l'enquête de la Drees.

Concernant la répartition par sexe, la part des femmes est plus importante dans notre étude : 41% de femmes contre 25% dans l'étude de la Drees en 2002. Ce qui s'explique par la féminisation du corps médical. En effet, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 2007, les femmes représentent 38% des effectifs des médecins généralistes français et sont majoritaires dans les générations de moins de 40 ans.¹⁵

La répartition par classes d'âge des médecins participant à notre étude est à peu près la même que le SNIR 2002 : avec une majorité de médecins de 45 à 54 ans, puis viennent les moins de 45 ans et enfin une minorité de 55 ans et plus. Par contre, la part des médecins de 55 ans et plus, est supérieure à celle du SNIR. Ceci s'explique peut être en partie par le vieillissement de la population des généralistes français, illustration du trou générationnel attendu en France ! (Figure n°56)

Figure n° 56 : Répartition comparée des médecins par classe d'âge



Nos résultats sont en fait bien représentatifs du constat actuel de la démographie médicale et de son évolution : « deux constats caractérisent les effectifs actuels du corps médical : Le vieillissement et la féminisation progressive ». ¹⁶

Concernant le lieu d'exercice, dans notre étude, plus d'1/4 des médecins exercent en milieu rural alors que seulement 20% dans l'étude de la Drees.

4.2.2 Les patients

Environ 57% des consultations concernent des femmes, contre 55% dans l'enquête de la Drees et celle de la SFMG. Ce qui peut s'expliquer par la proportion plus élevée de médecins femmes dans notre étude.

L'âge moyen des patients de notre étude est identique à celui de la SFMG. (Tableau n°14)

Tableau n° 14 : Comparaison de l'âge moyen des patients des 3 études

Age moyen (ans)	Drees 2002	SFMG 2004	Notre étude
Moyen	Absence de Données brutes	41,26	41,03
Maximum		0	0
Minimum		113	97
Médiane			41
Ecart-type		24,32	25,38

La proportion de patients de moins de 45 ans est plus élevée dans notre étude, 54% contre 49% pour SFMG et 40% pour la Drees. Seulement 17% des consultations concernent des septuagénaires dans notre étude, contre 28% dans l'étude de la Drees. (Tableau n°15)

Tableau n° 15 : Répartition des patients par classes d'âges

Age du patient	DREES 2002	SFMG 2004	Notre étude
0 à 12 ans	11%	15%	18%
13 à 24 ans	8%	10%	13%
25 à 44 ans	21%	24%	23%
45 à 69 ans	32%	26%	29%
70 ans et plus	28%	25%	17%

Par rapport à l'étude ESEMeD, les patients âgés de 65 ans et plus, ainsi que les femmes sont plus nombreux dans notre étude.

Dans notre étude, les patients vus pour la première fois sont moins nombreux (4,6%) que dans l'étude de la Drees (7%) et celle de la SFMG (11,5%).

Le profil des patients est représentatif de la population des médecins traitants exerçant en France métropolitaine, même s'il diffère légèrement de ceux de la Drees.

4.2.3 Les actes

Les médecins de notre étude ont réalisé en moyenne plus d'actes par jour que dans celle de la SFMG (22 contre 19).

15% des consultations concernaient des patients souffrant d'au moins une A.L.D, contre 10% dans l'étude de la SFMG et 27% dans l'étude de la Drees. Nous n'avons pas d'explications pour justifier la proportion élevée de patients en ALD dans l'étude de la Drees.

Nous ne possédons pas de chiffres sur la part de patients bénéficiant de la Couverture maladie universelle pour la Drees et SFMG.

Alors que nous avons énuméré les raisons, les motivations des patients à consulter, les autres études n'ont relevé que les diagnostics indiqués en fin de consultation.

Les consultations n'indiquant qu'un seul diagnostic sont moins nombreuses dans notre étude par rapport à celle de la Drees (58,81% contre 70%), l'étude de la SFMG comptait 48,5% de consultations avec 1 diagnostic.

4.2.4 Les diagnostics psychologiques ou psychiatriques

Les consultations, au cours desquelles le médecin avait noté au moins 1 diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique, représentaient 17% des consultations sur notre échantillon de 2896 actes, contre 10% dans l'étude de la Drees et 21% pour la SFMG. La répartition hommes femmes est la même soit 2/3 de femmes (60% de femmes). Dans l'étude de la Drees, les consultations présentant un problème d'ordre psychique concernaient une fois sur 2 un patient âgé de 45 à 69 ans contre moins de 2 fois sur 5 dans notre étude.

De nombreuses études ont étudié la prévalence de la morbidité psychiatrique dans la population générale française. La plupart des données ont trait à la dépression (étude CREDES¹⁷ et DEPRES¹⁸ et). L'étude ESEMeD menée conjointement avec l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organisation : World Mental Health Survey) – étude mondiale sur la santé mentale, a permis d'évaluer la prévalence des principaux troubles psychiatriques⁵ en population générale chez des sujets âgés de plus de 18 ans et non institutionnalisés dans 6 pays européens⁶ en interrogeant directement les personnes par téléphone.

Contrairement à ces études qui ont estimé les prévalences annuelles et au cours de la vie, notre étude nous permet de calculer la prévalence ponctuelle. Nous nous permettrons donc de comparer les prévalences annuelles (ESEMeD) et ponctuelles.

Au total, 13,3% de notre échantillon de patients de plus de 18 ans a présenté au moins un trouble psychologique du type trouble anxieux/trouble dépressif/troubles liés à l'alcool. Ce qui est proche de la prévalence française annuelle de ces troubles dans l'étude ESEMeD (14,5%) mais supérieure aux données des 6 pays (9,5%).

- **Les troubles anxieux**

Ils sont moins fréquents dans notre étude que dans les données françaises de l'ESEMeD, mais voisines de celles concernant l'échantillon global européen (Tableau n°16).

- **Les troubles dépressifs**

Leur prévalence dans notre étude est légèrement supérieure à celle retrouvée en France dans l'étude ESEMeD et largement supérieure à la totalité des 6 pays. En effet, on retrouve dans notre étude le double de patients dépressifs (7,9%) par rapport aux 5 autres européens français (4,2% alors que la France représente déjà 6,7% des dépressifs dans l'étude ESEMeD) (Tableau n°16).

⁵ Troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles liés à l'alcool

⁶ Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas, Italie

- **Les problèmes liés à l'alcool**

Leur dépistage est particulièrement bas dans les 6 pays étudiés, alors que Huas et collaborateurs ont estimé la prévalence des troubles liés à l'alcool à 6,3% dans un échantillon de sujets consultant un médecin généraliste pour un sujet quelconque¹⁹ (1993) (Tableau n°16)

Tableau n° 16 : Comparaison des prévalences annuelle (ESEMeD) et ponctuelle des troubles psychologiques pour les patients de plus de 18 ans

	ESEMeD France	Notre étude	ESEMeD 6 pays
Troubles anxieux	9,8%	5,9%	6,4%
Troubles dépressifs	6,7%	7,9%	4,2%
Troubles liés à l'alcool	0,8%	0,8%	1%

Dans notre échantillon, nous avons une majorité de troubles dépressifs chez les plus de 18 ans contrairement à d'autres études²⁰⁻²¹⁻²²⁻²³ et notamment ESEMeD¹⁴.

Comme le montrent des études²⁴ menées en Australie²⁵, Etats-Unis²⁰⁻²¹, Grande-Bretagne²⁶ et Pays-Bas²⁵, nos résultats confirment une plus grande prévalence des troubles dépressifs et des troubles anxieux chez les femmes, tandis que la prévalence des troubles liés à l'alcool est plus élevée chez les hommes²⁰⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻²⁹.

Les chiffres de l'Observatoire de la médecine générale de la SFMG montrent une évolution annuelle de la prévalence de prise en charge de la dépression, qui augmente de 25% en 10 ans. Parallèlement on observe une augmentation de la prise en charge pour des problèmes familiaux de 15%. Celle des problèmes professionnels et des problèmes de couple augmente de 50% en 5 ans. La prise en charge pour les troubles psychiatriques « non classés ailleurs » augmente de 40%. En revanche le nombre de troubles anxieux et les problèmes d'alcool ne varient pas.

4.2.5 Les psychotropes

En 2006, l'assurance maladie a analysé la consommation et les dépenses liées à 9 classes de médicaments* de la France par rapport à 4 autres pays européens (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni)³⁰. La France se place encore au 1^{er} rang de consommation pour les antidépresseurs et les anxiolytiques (en nombre d'unité standard par habitant) mais la bonne pénétration des génériques, place le pays en 2^{ème} position lorsqu'il s'agit du coût de ces psychotropes.

- **Prévalence**

Les études de la Drees 2002 et de la SFMG 2004, n'étudiaient pas les prescriptions.

L'étude ESEMeD étudie la consommation de psychotropes révélés par les patients alors que notre étude recense les prescriptions de psychotropes faites par les médecins généralistes. Ce qui a un impact sur les chiffres. On peut supposer que le taux de prescriptions va être supérieur au taux de consommation (prescription non achetée ou achetée mais non consommée...). En effet, il est connu qu'un traitement, et notamment de psychotropes, est plus ou moins bien observé, que ce soit en quantité à court ou moyen terme. On parle d'un taux d'au moins 30% d'inobservance des prescriptions³⁵.

On retrouve dans notre étude une prescription de psychotropes dans 20,2% des consultations des plus de 18 ans, contre 21,4% en France pour l'étude ESEMeD et 12,4% au sein des 6 pays.

La plus faible prévalence de la prise d'au moins un psychotrope dans l'ensemble des 6 pays s'explique par la présence de l'Allemagne et des Pays-Bas dont la consommation s'avère beaucoup moins importante (6% pour les allemands et 7% pour les hollandais). En effet, les allemands présentent une aversion certaine envers les antidépresseurs auxquels ils préfèrent la phytothérapie³³.

La comparaison de nos résultats aux données françaises de l'étude ESEMeD a permis de retrouver des chiffres de prescription et consommation d'hypnotiques-anxiolytiques voisins. En revanche, on note que les médecins français prescrivent deux fois plus d'anxiolytiques que les médecins des 5 autres pays (tableau n°17). Si l'on tient compte du relevé des troubles anxieux qui sont voisins (tableaux n° 16), on devrait constater une sur prescription d'anxiolytique par les médecins français. Il faut tout de même tenir compte du fait qu'une partie de cette prescription est liée à l'association des antidépresseurs lors de la prise en charge de la dépression.

La différence d'attitude thérapeutique est frappante pour les antidépresseurs. Dans notre étude les médecins français en prescrivent trois fois plus que dans l'ensemble des pays européens pays de l'étude ESEMeD (9,7% contre moins de 3,5%). La supériorité de nos

* antidiabétiques oraux, antibiotiques oraux, anti-asthmatiques, hypocholestérolémiantes dont les statines, produits de l'hypertension artérielle dont les sartans, antidépresseurs, tranquillisants, inhibiteurs de la pompe à protons, antalgiques non narcotiques

chiffres peut s'expliquer par les différences entre les variables étudiées (consommation / prescriptions) ainsi que par le plus grand nombre de femmes et de sujets de 65 ans et plus dans notre étude. Mais cela est surtout à rapprocher de la très nette supériorité de fréquence des diagnostics de dépression par les généralistes français. En effet, nous avons vu (tableau n°16) que les médecins français prenaient en charge deux fois plus de dépression que dans les autres pays européens. La surprise vient plus de la différence de prescription entre les données française de ESEMeD et notre étude (6% contre 9,7%), car la différence de troubles dépressifs est moins sensible.

Tableau n° 17 : Comparaison des prévalences annuelle (ESEMeD) et ponctuelle de la consommation de 2 classes de psychotropes en France et dans l'ensemble des 6 pays

	ESEMeD France	Notre étude	ESEMeD 6 pays
Anxiolytique ou hypnotique	18,6%	19%	10,2%
Antidépresseur	6%	9,7%	3,5%

Comme dans notre étude, l'usage des psychotropes augmente avec l'âge et est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

- **Diagnostiques psychiatriques et usage de psychotropes**

Troubles anxieux et psychotropes

Dans notre étude, 65% des patients présentant un trouble anxieux ont eu une prescription de psychotropes contre 50% dans l'étude ESEMeD.

75% des patients ayant eu une prescription d'anxiolytique ont présenté un trouble d'ordre psychologique ou psychiatrique contre 50% dans l'étude de l'ESEMeD. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'ESEMeD ne prend en compte que 3 types de troubles psychiatriques contrairement à notre échantillon de diagnostics psychologique ou psychiatrique plus important.

Lorsque l'anxiété est le seul diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique relevé dans la consultation, le médecin prescrit un anxiolytique dans 52,3% des cas (29% Drees) et un antidépresseur dans 17% des cas (51,8% Drees). Il ne prescrit rien dans 35% des cas (50% Drees). L'usage d'anxiolytiques-hypnotiques chez nos patients anxieux est supérieur à l'étude ESEMeD (65% contre 42,5%) de même pour les antidépresseurs (28% contre 16,4%).

Troubles dépressifs et psychotropes

Comme dans une étude de la Drees³¹ basée sur l'enquête Santé mentale en population générale³² (2000), la prescription de médicaments psychotropes avoisine les 80% chez les patients présentant un syndrome dépressif. Ce qui va à l'encontre de l'impression des autorités sanitaires selon laquelle il y aurait une sous prescription des antidépresseurs.

Comme pour la Drees, 80% des patients ayant eu une prescription d'antidépresseurs présentent un diagnostic d'ordre psychique, dont presque 3 fois sur 4 un syndrome dépressif et 2 fois sur 3 un trouble anxieux. Cependant, 2 prescriptions d'antidépresseurs sur 10 concernent des patients sans diagnostic psychologique ou psychiatrique relevé. Soit c'est une erreur de recueil, soit c'est une réalité comme le soulignait l'Observatoire national des prescriptions de médicaments³³ (difficulté dans l'établissement d'un diagnostic psychiatrique).

Lorsque la dépression est le seul diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique, le médecin prescrit un antidépresseur dans 70% des cas dans notre étude, contre 58% dans l'étude de la Drees³⁴. Cette prescription s'accompagne de celle d'un anxiolytique dans 33% des cas contre 35% pour la Drees et d'un hypnotique dans 18% des cas (25% Drees). Dans l'étude ESEMeD, seulement 29% des français ayant présenté un syndrome dépressif au cours de l'année précédente ont été traité par un antidépresseur. D'autre part, l'usage des anxiolytiques hypnotiques (43,7% ESEMeD contre 47% pour nous) chez nos sujets déprimés est inférieur à celui des antidépresseurs (28,5% ESEMeD contre 70% nous). Ce qui va dans le sens d'une meilleure détection et/ou prise en charge de la dépression.

La prise en charge s'améliorerait-elle d'année en année ?

Problèmes liés à l'alcool et psychotropes

En cas de troubles liés à l'alcool, on retrouve une prescription d'anxiolytique-hypnotique dans 53% des cas dans notre étude (63% dans ESEMeD), de même que pour les antidépresseurs (53% contre 9% dans ESEMeD). Cependant, l'effectif de ces troubles dans notre échantillon (13) est faible.

4.2.6 La durée de consultation

La répartition des durées de consultation dans notre étude est différente de celle de la Drees : la majorité des consultations ont une durée de 10 à 14 minutes contre 15 à 19 minutes pour la Drees. La durée moyenne de consultation dans l'étude SFMG est de 16, 2 minutes.

Ceci peut s'expliquer par la période de recueil (épidémie, vaccination) et notre échantillon de patients qui sont plus jeunes que ceux de la Drees. On peut en conclure qu'il n'y a pas eu de surestimation de ce temps de consultation par les médecins investigateurs de notre étude, comme on aurait pu le craindre.

Notre étude confirme que les consultations sont plus longues lorsqu'il s'agit de pathologie psychiatrique ou psychologique, de patientes, de personnes âgées, de patients souffrant d'affection de longue durée. Et elles sont plus courtes pour les patients bénéficiaires de la CMU.

Nos résultats montrent effectivement un lien significatif entre durée de consultation et présence de problèmes psychologiques ou psychiatriques au cours de la consultation. En effet, il y a 2,9 fois plus de prescriptions de psychotropes lorsque la durée de consultation est supérieure à 20 minutes, toutes choses égales par ailleurs. Ce qui va à l'encontre de ce que soupçonne S. Blanchard dans « Le Monde », faisant écho à un travail de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS)³³ : *« Délivrer un somnifère ou un antidépresseur pour répondre à un mal être du patient permet de gagner du temps par rapport à une approche basée sur le conseil et la psychothérapie de soutien »*.

Cependant, les durée de consultation sont réparties différemment : dans notre étude, presque 26% des consultations ayant abordé des problèmes psychologiques ou psychiatriques durent moins du quart d'heure contre 20% dans l'étude de la Drees, et 11% durent plus de 25 minutes contre 17% pour la Drees.

Plus intéressant encore, l'émergence de problème psychologique ou psychiatrique au cours de la consultation, augmente avec l'allongement de la durée de consultation. En effet, le patient n'évoque pas immédiatement ses plaintes psychologiques. Il a parfois besoin que le médecin l'aide à parler de son mal-être. Parfois, c'est prétextant un autre motif de consultation qu'il se confie à son médecin.

Parmi les consultations ayant fait apparaître un problème psychologique ou psychiatrique, presque 1 sur 4 avait pour motif un acte de prévention. Un patient sur deux consultant pour malaise ou asthénie ressort du cabinet avec un diagnostic psychologique ou psychiatrique établi par le médecin.

Seulement 1 consultation sur 2 pendant laquelle émerge un problème psychologique, aboutit à la prescription de psychotropes. Lorsque le diagnostic psychologique ou psychiatrique est déjà connu ou que le patient se plaint directement (raison de consultation), le médecin prescrit 3 fois sur 4.

Ceci laisse penser que le médecin ne prescrit pas un médicament d'emblée, dès le diagnostic posé. Il laisse la place au dialogue. La part des consultations de plus de 20 minutes est plus importante en cas d'émergence de problème psychologique qu'en cas de diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique déjà connu ou motivant la consultation. Elle représente plus de 40% des diagnostics psychologiques de cette tranche de durée. (Figure n° 51)

4.3 Limites et biais

Une des principales limites de notre travail est le nombre de médecins investigateurs (44). Bien que leur répartition selon les âges et sexes soit proche de la population des médecins généralistes français d'aujourd'hui, ils ne peuvent être représentatifs de l'ensemble de la profession.

A noter tout de même que la répartition par sexe est intéressante, car les femmes sont souvent sous représentées dans les études de ce type. En revanche, le recueil des 44 médecins sur les trois jours permet d'avoir un échantillon d'actes, représentatif de l'activité de médecine générale en France.

Lors du choix de nos variables nous n'avons pas retenu, la catégorie socioprofessionnelle, ainsi que la présence ou non d'une tierce personne, qui étaient identifiées comme des éléments influençant la durée de consultation. Compte tenu de l'importance des données à saisir en fin de consultation par le médecin investigateur, et qu'il relevait l'ensemble de son activité des 3 journées, nous avons dû faire une sélection. La catégorie socioprofessionnelle est une variable difficile à recueillir par le médecin.

Nous n'avons pas demandé aux investigateurs de préciser l'émergence de diagnostic psychiatrique ou psychologique au cours de la consultation, afin de ne pas l'influencer.

Nous avons a posteriori croisé la (les) raison(s) principale(s) de consultation exprimée par le patient et le (les) diagnostic(s) retenu(s) par le médecin en fin de consultation. Ce rapprochement peut trouver une limite à cause de la notion de renouvellement de traitement avancée par le patient et notée par le médecin. Il peut y avoir un effet de masque.

Il n'était pas question d'analyser dans notre travail la pertinence de la prescription médicamenteuse selon le type de diagnostic de troubles psychiques. C'est ainsi que l'on peut supposer que le médecin a pu parfois omettre de noter un diagnostic de trouble psychique alors qu'un psychotrope était prescrit. Ceci est donc un problème de recueil qui a pu se rencontrer notamment lorsque le patient venait pour un renouvellement d'ordonnance en cas de polyopathie.

Nous nous sommes tenus de comparer nos résultats avec la grande étude européenne sur la santé mentale (ESEMeD).

Bien que datant de 2000, elle sert toujours de référence lorsque l'on parle de santé mentale en Europe.

Cependant, celle-ci évalue la prévalence de troubles psychiatriques « avoués » par des personnes ainsi que la « consommation avouée » de psychotropes. Nous avons comparé leurs résultats aux nôtres en rapprochant prévalence annuelle (ESEMeD) et ponctuelle (pour nous). Ainsi, il a pu y avoir une sous-estimation de l'usage des psychotropes par les français dans l'étude ESEMeD et une surestimation dans notre étude de part l'inobservance.

CONCLUSION

5 - CONCLUSION

Les français sont les plus gros consommateurs de psychotropes en Europe. L'explication immédiate est de penser que la faute en revient aux médecins français qui prescrivent trop. D'aucun sont d'ailleurs allés un peu plus loin en expliquant cette sur-prescription comme une alternative à l'entretien psychothérapeutique et donc un moyen d'abrégé la consultation, dans un système de paiement à l'acte.

Nous nous sommes demandés si l'on ne pouvait pas expliquer le phénomène différemment à la lumière d'un autre constat : les médecins généralistes français ont une des consultations les plus longues des pays industrialisés.

La littérature nous apprend qu'il existerait un lien entre la durée de consultation et la présence de diagnostic psychologique.

La question consisterait donc à vérifier ce lien et de voir quelle influence a la prescription de psychotrope sur cette durée. Permet-elle de raccourcir la durée comme on l'évoque ? Ou bien découle-t-elle de la prise en charge des problèmes psychologiques par le médecin ?

Nous avons réalisé une étude prospective entre le 1^{er} octobre au 30 novembre 2007, auprès de 44 médecins généralistes volontaires. Ceux-ci ont relevé directement l'ensemble de leurs actes pendant 3 jours. Ainsi 2896 consultations ont pu être étudiées. Les données issues du recueil ont permis l'analyse de 23 variables caractéristiques du médecin, du patient et de l'acte.

Les résultats par tris à plat puis analyse univariée, confirment que de nombreux éléments entrent en jeu dans la variabilité de la durée de consultation dont la présence d'un diagnostic psychologique ou psychiatrique. Ils corroborent les travaux de la Drees de 2004.

L'analyse multivariée, quant à elle, a permis d'affirmer que les prescriptions de psychotropes sont significativement plus fréquentes en cas de durée de consultation longue, toutes choses égales par ailleurs⁷. La réponse à notre question initiale infirmerait donc les idées avancées depuis 1996 et faisant encore couler beaucoup d'encre (gouvernement, médias ...).

La comparaison avec l'étude multinationale ESEMeD, montre que le taux de prise en charge pour la dépression est deux fois supérieur à celui des cinq autres pays de cette étude. Notre étude ne portait pas sur la pertinence de la prescription et ne pouvons dire si la prise en charge est meilleure. On peut aussi se demander si dans ces pays les dépressifs ne sont pas pris en charge en dehors des cabinets médicaux (psychothérapeute...).

Est-ce la prescription de psychotropes qui allonge la durée de consultation ?

L'étude de la Drees laisse supposer une faible corrélation positive entre durée de consultation et volume de prescription. Dans notre étude, en cas de diagnostics

⁷ âge et sexe du médecin, milieu d'activité et secteur d'activité, âge et sexe du patient, connaissance du patient, ALD, CMU, première prise en charge, diagnostic psychologique ou psychiatrique, émergence de trouble psychologique ou psychiatrique

psychologiques, la part de consultations supérieures ou égales à 20 minutes est de 25% lorsqu'un seul psychotrope est prescrit (hypnotique, anxiolytique ou antidépresseurs) et de 30% en cas de prescription de 2 ou 3 psychotropes ce qui est relativement proche.

N'est ce pas plutôt l'allongement de la durée de consultation qui augmente les chances de diagnostics et donc la prescription de psychotropes ?

En effet, plus la consultation est longue, plus le médecin est en situation de recueillir des plaintes de nature psychologique de la part de son patient. Le patient n'entre pas toujours dans notre cabinet avec le motif premier de se confier. Il espère parfois que le médecin l'aide à exprimer son mal-être.

Notre étude montre que la durée de consultation est d'autant plus longue qu'un diagnostic psychologique émerge au cours de la consultation et ce de manière significative.

Il n'en reste pas moins que la supériorité de l'usage des psychotropes dans notre pays est peut-être dû aussi à un manque de développement des psychothérapies (tant qualitativement que quantitativement). Pour les chercheurs qui ont travaillé pour l'OPEPS, des alternatives sont à rechercher du côté des psychothérapies à condition d'élaborer des critères de conventionnement de ces professionnels et de garantir une accessibilité à tous les assurés y compris aux bénéficiaires de la CMU³³.

Ainsi nous pouvons tirer de ce travail plusieurs enseignements :

- la prise en charge des problèmes psychologique augmente bien la durée de consultation,
- la prescription de psychotropes ne raccourcit pas la consultation,
- la durée de consultation est d'autant plus longue qu'émerge au décours de celle-ci un problème psychologique,
- les médecins de l'étude prennent en charge plus de troubles dépressifs que dans les pays européens à consultation plus courte. Ce qui n'est pas vrai pour les troubles anxieux ou liés à l'alcool.

Enfin, conscients des limites de notre travail, nous pouvons esquisser quelques pistes vers des travaux complémentaires :

- refaire un travail similaire avec un plus grand nombre de médecins,
- étudier plus en détail la durée de consultation en fonction des prescriptions de psychotropes (type de médicaments, volume, durée du traitement),
- analyser l'ensemble de la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques, particulièrement les soins non médicamenteux (suivi psychothérapique par médecin généraliste, psychothérapie, psychanalyse...),
- étudier la pudeur des médecins généralistes à privilégier les entretiens réguliers programmés comme une alternative à la prescription.

Selon l'observatoire de la médecine générale la prise en charge des problèmes de dépression, professionnels, familiaux et de psychose, ont augmenté dans les dernières années. Il est donc intéressant de poursuivre la réflexion tant sur le plan de l'offre de soins, que sur la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

6 - BIBLIOGRAPHIE

1. Alonso et al. Psychotropic drug utilization in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr scand 2004; 109 (Suppl. 420): 55-64.
2. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, Lépine JP. Usage des psychotropes et des troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 en population générale. L'Encéphale 2005 ; 31 : 195-206.
3. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H, et le groupe Médipath. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I ; Données nationales 2000. Rev Med Ass Maladie 2003 ; 34 : 75-84.
4. Zarifian E., « Le prix du bien-être, psychotropes et société » , Editions Odile Jacob, 1996.
5. Cadet-Tairou A. « Médicaments psychotropes – comparaison européenne – ; 2002, www.ofdt.fr. (site visité le 1/09/2007)
6. Kandel O., Duhot D., Very G., Lemasson J.F., Boissault P., 2004, "Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? » ; Revue du Praticien – Médecine Générale – 2004 ; 18 : 781-4.
7. Deveugele M., Derese A., Van Den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J., "Consultation length in general practice: cross sectional study"; BMJ vol.325, 31/08/2002.
8. Brink-Muinen van den A., Verhaak PM, Bending JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. The Eurocommunication study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, 1999.
9. Brink-Muinen van den A, Verhaak PM, Bending JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. Patient Educ Couns 2000; 39: 115-27.
10. Strobbe J, De Maeseneer J, Ceenaeme R. A picture of primary health care in Europe. In: De Maeseneer J, Beolchi L, eds. Telematics in primary care in Europe. Amsterdam: IOS Press, 1995: 17-21.
11. Breuil-Genier P., Goffette C., « La durée des séances des médecins généralistes », Etudes et Résultats, n°481, avril 2006, Drees.
12. Lancry P-J., Paris V., "Age, temps et normes: une analyse de la prescription pharmaceutique", Economie et Prévision, n°129-130, 1997.
13. Goldberg M., « L'épidémiologie sans peine. » ; Frison Roche, 2^{ème} édition.

14. Lépine J.-P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-bouchez S., Nègre-Pagès L., Nachbaur G., Gaudin A.F., « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD), L'Encéphale 2005 ; 31 : 182-194.
15. Le Breton-Lerouillois G., Kahn-Bensaude I., Bissonnier C., Malaizé V., Atlas de la démographie médicale en France . Situation au 1^{er} janvier 2007. Etude 40, CNOM, www.web.ordre.medecin.fr (site visité le 18/12/2007)
16. Pr.Langlois J., « La démographie médicale aujourd'hui et demain (2005-2025) », www.asmp.fr. (site visité le 18/12/2007)
17. Le Pape A., Leconte T., « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997 », Rapport CREDES n°1277, 1999.
18. Lépine J.P., Gastpar M., Mendlewicz J et al., « Depression in the community : the first pan-european study DEPRES (Depression Research in European Society), Int Clin Psychopharmacol 1997 ; 12 : 19-29.
19. Huas D., Allemand H., Loiseau D et al., «Prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste », La Revue du Praticien, 1993 ; 203 : 39-47.
20. Kessler R.-C., McGonagle K.-A., Zhao S. et al., " Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey", Arch Gen Psychiatry, 1994; 51: 8-19.
21. Regier D.-A., Narrow W.-E., Rae D.-S. et al., "The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience", J Psychiatr Res 1990; 24 (suppl) 2: 3-14.
22. Cloninger C.-R., "Neurogenetic adaptative mechanisms in alcohol dependence", Science, 1987; 236: 410-6.
23. De Graaf R., Bijl R.-V., Smit F. et al., « Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders : findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study », Am J Psychiatry 2002 ; 159 : 620-9.
24. Waraich P., Goldner E.-M., Somers J.-M., et al., "Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature"; Can J. P. Psychiatry; 49: 124-38.
25. Henderson S., Andrews G., Hall W., "Australia's mental health: an overview of the general population survey", Aust N Z J Psychiatry 2000; 34: 197-205.
26. Jenkins R., Lewis G., Bebbington P. et al., « The National Psychiatric morbidity Surveys of Great Britain-initial findings from the household survey », Int Rev Psychiatry 2003 ; 15 : 29-42.
27. Bronisch T., Wittchen H.-U., "Lifetime and 6-month prevalence of abuse and dependence of alcohol in the Munich Follow-up Study", Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1992; 241: 273-82.
28. Kandel D., Chen K., Warner L.-A., "Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population", Drug Alcohol Depend, 1997; 44: 11-29.

29. Regier D.-A., Farmer M.-E., Rae D.-S., et al, "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study", JAMA, 1990; 264: 2511-8.
30. "Consommation et dépenses de médicaments : comparaison des pratiques françaises et européennes" – Caisse nationale de l'Assurance Maladie - , 19 octobre 2007.
31. Morin T., « Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins », Etudes et Résultats n°577, juin 2007, Drees.
32. Roeland J.-L., Caria A., Mondière G., 2000, « La santé mentale en population générale : images et réalité. Présentation générale de l'enquête », Information psychiatrique, 76,3, pp. 279-292.
33. Blanchard S., « Le système de santé français en cause dans la surconsommation de psychotropes », Le Monde, 30.06.06.
34. Amar E., Pereira C., Delbosc A., « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », Etudes et Résultats n°440, novembre 2005, Drees.
35. Gray S., Mahoney J., Blough D.-K., "Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge", The Annals of pharmacotherapy, 2001, vol. 35, n°5, pp 539-545.

ANNEXES

7- ANNEXES

- Annexe 1

Mode d'emploi attaché aux tableaux de recueil journaliers

MODE D'EMPLOI POUR REMPLIR LE TABLEAU DE RECUEIL

Chaque recueil de 4 feuilles représente 1 journée de consultations (les visites sont exclues de l'étude).

Après chaque consultation, remplir une ligne par patient, selon les explications suivantes :

RUBRIQUE PATIENT

SEXE : noter **H** si le patient est un homme ou **F** si c'est une femme,

AGE : noter l'âge du patient en **années**,

NOUVEAU PATIENT : cocher si c'est la première fois que vous voyez ce patient, même s'il est suivi par un autre médecin du cabinet,

ALD : cocher si le patient présente au moins une ALD, quelque soit la pathologie (psy ou non),

CMU : cocher si le patient bénéficie de la CMU complémentaire,

RUBRIQUE CONSULTATION

1ERE RAISON DE CONSULTATION : noter le motif de la consultation (plainte ou demande) exprimé par le patient en début de consultation,

DIAGNOSTIC(S) : noter le ou les diagnostics établis par vous-même en fin de consultation (RC, pathologie, ...), quelque soit le diagnostics (psy ou pas),

1ERE PRISE EN CHARGE : cocher en face de chaque diagnostic si celui est déjà connu (pathologie chronique), ne pas cocher si c'est une pathologie aigue (exemple otite) sauf si le patient revient vous voir pour la nième fois pour le même motif,

RUBRIQUE PRESCRIPTION

HYPNOTIQUE, ANXIOLYTIQUE, ANTIDEPRESSEUR, PRESCRIT : cocher si vous avez prescrit au moins 1 hypnotique, 1 anxiolytique ou 1 antidépresseur, parmi les autres médicaments inscrits sur l'ordonnance,

RENOUVELLEMENT (RNVT) : cocher si c'est un renouvellement de médicament -même molécule- (ne pas cocher si c'est une instauration de traitement),

RUBRIQUE DUREE DE CONSULTATION

<10 : cocher si la consultation a duré moins de 10 **minutes**,

10-14 : cocher si la consultation a duré de 10 à 14 **minutes**,

15-19 : cocher si la consultation a duré de 15 à 19 **minutes**,

20-24 : cocher si la consultation a duré de 20 à 24 **minutes**,

≥25 : cocher si la consultation a duré 25 **minutes** ou plus.

- Annexe n°2

Fiche « Caractéristiques du médecin consultant » à remplir pour chaque médecin

CARACTERISTIQUES DU MEDECIN GENERALISTE CONSULTANT

Pour permettre l'analyse des données, les caractéristiques du médecin consultant sont nécessaires.

Ainsi que votre nom, mail et téléphone afin de pouvoir vous contacter et vous adresser les résultats.

- Sexe: homme femme
- Age: - 45 ans 45 à – 55 ans 55 ans et plus
- Milieu d'activité: urbain rural semi-rural
- Secteur conventionnel: secteur 1 secteur 2 non conventionné

- NOM : _____
- MAIL : _____
- TELEPHONE : _____

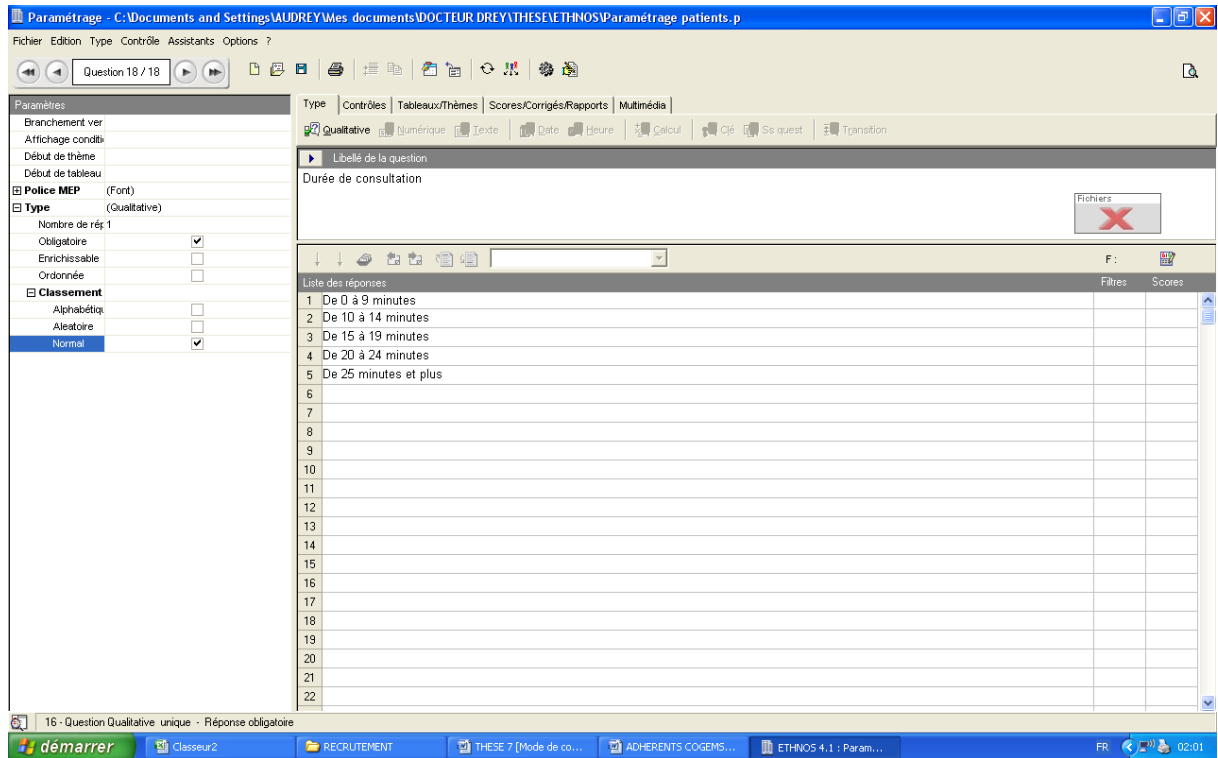
- Annexe n°3

Tableau de recueil journalier (1 journée)

- Annexe n°4

Paramétrage du logiciel *ETHNOS*

Feuille de paramétrage d'une question « patient » : exemple « durée de la consultation »



- Annexe n°5

Saisie des données à l'aide du logiciel *ETHNOS* : visualisation des réponses de « saisie médecin »

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Q1 : Numéro du médecin	1	3	4	5	7	8	11	13	15	17	19	20	21	24	26
Q2 : Sexe du médecin	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin
Q3 : Age du médecin	De 45 à 54	De 45 à 54	De 45 à 54	44 ans et mc	44 ans et mc	55 ans et pl	55 ans et pl	55 ans et pl	44 ans et mc	55 ans et pl	55 ans et pl	55 ans et pl	55 ans et pl	De 45 à 54	44 ans et mc
Q4 : Milieu d'activité du médecin	rural	rural	rural	urbain	urbain	urbain	semi-rural	semi-rural	urbain	rural	rural	urbain	urbain	urbain	semi-rural
Q5 : Secteur conventionnel du médecin	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1	secteur 1
Q6 : Nombre total de patients vus en 3 jours par le médecin	77	61	40	83	84	61	59	61	65	77	62	50	14	69	63

RESUME

Introduction

Les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes en Europe. En 1996, un rapport sur le sujet, incriminait les généralistes soulignant que les psychotropes seraient un moyen d'abrégé la consultation. Et si les médecins français prenaient plus en charge les difficultés psychiques que leurs confrères européens ? Plusieurs études ont montré que la durée de consultation des médecins généralistes français est une des plus longues d'Europe. Nous sommes partis de l'hypothèse que la durée de la consultation pouvait faciliter l'écoute du mal être des patients, donc favoriser le dépistage des troubles et leur traitement.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective de l'activité de 44 généralistes français qui ont recueilli l'exhaustivité de leurs consultations sur 3 jours entre octobre et novembre 2007. 23 variables ont été identifiées concernant le médecin, le patient et les actes. Le recueil s'est fait sur document papier. La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel ETHNOS. L'analyse a porté sur un tri à plat pour valider la représentativité de notre échantillon. Puis nous avons identifié les variables d'influence sur la durée de consultation et la prescription de psychotropes. Enfin, nous avons étudié l'influence de ces variables sur la prescription de psychotropes, toute chose égale par ailleurs (logiciel STATA).

Résultats

Les 44 médecins sont répartis sur 10 départements. On dénombre 18 femmes et 26 hommes. 14 médecins ont moins de 45 ans. Le sexe ratio des patients est de 0,74. L'âge moyen est de 41 ans. L'échantillon des actes comporte 2896 consultations. Chaque médecin a une moyenne de 22 actes par jour. Plus de 40% des actes comportent plus d'un diagnostic. On retrouve un diagnostic psychique dans 17,2% des consultations. Dans plus d'un tiers des consultations présentant un diagnostic psychologique, ce problème apparaît au cours de la consultation. Lors d'un diagnostic psychologique le médecin ne prescrit aucun psychotrope 1 fois sur 3. Parmi les prescriptions établies en présence d'un trouble psychique, on retrouve un hypnotique 3 fois sur 10, un anxiolytique 1 fois sur 2 et un antidépresseur 4 fois sur 10. La prescription de psychotropes est plus faible en cas C.M.U. Lorsque le diagnostic psychologique émerge pendant la consultation, le médecin prescrit moins de psychotrope. On retrouve un hypnotique dans 5,4% de l'ensemble des consultations, un anxiolytique dans 9,3% et un antidépresseur dans 7,6%. La majorité des consultations (3 sur 4) durent entre 10 et 19 minutes. 43% durent plus d'un quart d'heure. La proportion de consultations au cours desquelles apparaît un trouble psychique augmente avec la durée de consultation. Lorsqu'il y a prescription de psychotrope, la durée de consultation est supérieure à 20 minutes dans 28% des cas, contre 10% en l'absence de psychotrope. Les variables qui interviennent de façon significative sur la prescription de psychotropes sont : âge et lieu d'exercice du médecin, âge, sexe et connaissance du patient, présence d'ALD, nombre de diagnostics. Les variables qui interviennent significativement sur la durée de consultation sont : âge, sexe, lieu d'exercice et secteur conventionnel du médecin, âge du patient, présence d'ALD, le nombre de diagnostics, présence de diagnostic psychologique. L'analyse montre qu'il y a un lien significatif entre durée de consultation et prescriptions de psychotropes, toute chose égale par ailleurs. Plus la durée de consultation augmente, plus il y a de prescription de psychotropes. Par rapport à une consultation de moins de 10 minutes, on a 2,91 fois plus de prescriptions de psychotropes dans celles de 20 minutes et plus.

Nous avons pu comparer nos résultats bruts à 3 études dont 1 européenne. Les patients sont comparables et l'échantillon des actes est représentatif. Les troubles anxieux sont moins fréquents dans notre étude, mais les troubles dépressifs représentent le double par rapport aux 5 autres pays comparés. La différence d'attitude thérapeutique est frappante pour les antidépresseurs. Le temps de consultation est légèrement plus court au regard de la littérature. Il se situe majoritairement dans la tranche de 10 à 14 minutes, alors que la moyenne française est de 16 minutes. Ceci peut s'expliquer par la période de recueil. Lorsqu'émerge un problème psychologique, le médecin prescrit 1 fois sur 2.

Conclusion

Nos résultats confirment que la présence d'un diagnostic psychologique augmente la durée de consultation et prouvent que la prescription de psychotrope ne la raccourcit pas. La réponse à notre question initiale infirmerait donc les idées communément avancées. Les médecins de l'étude prennent en charge plus de troubles dépressifs que leurs confrères des pays européens à consultation plus courte. Enfin, notre étude montre que la durée de consultation est d'autant plus longue qu'un diagnostic psychologique émerge au cours de la consultation.

Mots clés

Psychotrope - Durée de consultation - Motif de consultation - Hypnotique - Anxiolytique - Antidépresseur - La psychiatrie en médecine générale