

La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes ?

Étude transversale en médecine générale sur 2 896 actes

Olivier Kandel*, Audrey Ripault**, Maud Jourdain***, Gauthier Bouche****

Depuis plus de 10 ans, il est établi que les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes en Europe.^{1,2} Les médecins ont été sensibilisés à cette exception européenne, mais les chiffres de prescriptions ne semblent pas se modifier. Les Français se plaindraient-ils plus ou consulteraient-ils plus aisément qu'ailleurs ? Les quelques données comparatives entre les Pays-Bas³ et la France⁴ ne semblent pas confirmer cette hypothèse. En 1996, un rapport⁵ sur le sujet, réalisé à la demande du gouvernement, incriminait, entre autres, les médecins généralistes. Il soulignait que la prescription d'un médicament psychotrope serait une alternative à l'entretien psychothérapeutique et donc un moyen d'abrèger la consultation. Et si, au contraire, les médecins français prenaient plus en charge des patients ayant des 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.⁶ Nous sommes donc partis

de l'hypothèse que la durée de la consultation pouvait faciliter l'écoute du mal-être des patients, donc faciliter le dépistage des troubles psychologiques et leur traitement.

OBJECTIFS

L'objectif principal est d'analyser la variabilité de la prescription de psychotropes en fonction de la durée de consultation.

Les objectifs intermédiaires sont de déterminer les critères de variabilité de la prescription de psychotropes.

MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude transversale de l'activité de médecins généralistes français qui ont recueilli l'exhaustivité du contenu de leurs consultations durant 3 jours, entre octobre et novembre 2007.

* Médecin généraliste, SFMG-DMG Poitiers; ** médecin généraliste - Poitiers; *** chef de clinique de médecine générale - Poitiers; **** chef de clinique assistant, unité d'évaluation-pôle Pharmacie Santé Publique, CHU de Poitiers. Courriel: o.kandel@sfgm.org

Élaboration de l'échantillon d'étude

Les participants ont été recrutés par courrier électronique. L'appel à candidature a été adressé aux membres du collège des généralistes enseignants du Poitou-Charentes, aux membres du conseil d'administration de la Société française de médecine générale (SFMG) et à des médecins connus de notre entourage. Chaque médecin volontaire a ensuite été contacté par téléphone. Le recueil s'est fait sur document papier à remplir à la fin de chaque consultation. L'objectif du travail n'a pas été abordé avec les investigateurs, afin de limiter les biais. Ils ont accepté de ne pas être informés du sujet contre l'envoi des résultats une fois le travail terminé.

Variables recueillies

Les variables potentiellement associées à la durée de consultation et à la prescription de psychotropes sont :

- pour les médecins : le sexe, la classe d'âge, le lieu d'exercice, le secteur conventionnel ;
- pour le patient : le sexe, l'âge, le statut de nouveau patient, l'existence d'une maladie classée « affection de longue durée » (ALD), le statut de bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- pour les consultations : le motif, les diagnostics, la prescription de psychotropes, la nouveauté du traitement, la durée de consultation.

Le calcul du nombre de consultations nécessaires à l'étude ayant été déterminé à 2 500, il nous semblait intéressant que chaque investigateur puisse faire le recueil sur plusieurs journées. Sur la base d'une moyenne nationale de 18 consultations par jour et par médecin,⁶ 45 médecins ont été sollicités pour participer au recueil.

Stratégie d'analyse

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel ETHNOS. Une première étape d'analyse descriptive a été réalisée afin de juger de la représentativité de notre échantillon en comparaison aux données publiées. La variable à expliquer était la prescription de psychotropes. La variable explicative d'intérêt principal était la durée de consultation. Les autres variables explicatives concernaient la consultation, le patient ou le médecin. 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.

À 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 était estimée par le calcul de l'*odds ratio* et son intervalle de confiance à 95 %.

Les variables explicatives se situaient à 2 niveaux : le niveau du médecin et celui du patient. Afin de 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).

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population d'étude

Nous avons étudié l'activité de 44 médecins généralistes sur un total de 51 médecins sollicités. Les 44 médecins étaient répartis sur 10 départements : on dénombrait 18 femmes et 26 hommes ; 14 médecins avaient moins de 45 ans, 17 avaient entre 45 et 54 ans, et 13 avaient plus de 54 ans ; 19 médecins exerçaient en milieu urbain, 13 en semi-urbain et 12 en milieu rural ; seulement 2 médecins étaient en secteur à honoraires libres.

Le sex-ratio homme-femme des patients était de 0,74 ; l'âge moyen de la totalité des patients était de 41 ans ; les patients vus pour la première fois représentaient 5 % de l'échantillon.

L'échantillon des actes comportait 2 896 consultations. L'ensemble du recueil correspondait à 132 journées de travail médecin : les 2 tiers des actes ont été réalisés par des investigateurs masculins ; chaque médecin a réalisé une moyenne de 22 actes par jour ; un patient sur 6 (15,4 %) avait au moins une pathologie relevant de l'ALD30 ; 5 % des patients bénéficiaient de la CMU.

Le motif de la consultation évoqué par le patient un peu plus d'une fois sur 5 (23,8 %) était la nécessité de renouveler un traitement. Les plaintes directes psychologiques et psychiatriques étaient peu fréquentes (4,28 %).

On dénombrait en moyenne 1,66 diagnostic par consultation. Plus de 40 % des actes comportaient plus d'un diagnostic en fin de consultation. Un peu plus d'une consultation sur 2 concernait un problème nouveau.

On a retrouvé un trouble psychique comme diagnostic dans 17,2 % des consultations. Une plainte psychologique initiale directe du patient n'a été retrouvée en motif de consultation qu'une fois sur 4.

L'âge moyen des patients ayant au moins un diagnostic de trouble psychique était de 49,9 ans, alors qu'il était de 39,2 ans chez ceux n'en ayant pas. La part des problèmes d'ordre psychique augmente avec la durée de consultation (fig. 1).

Dans plus d'un tiers des consultations (38 %) aboutissant à un diagnostic d'ordre psychologique, ce problème apparaissait au cours de la consultation.

La prescription de psychotropes

On ne retrouvait pas de prescription de psychotropes dans plus de 8 consultations sur 10 (84,4 %), qu'il y ait ou

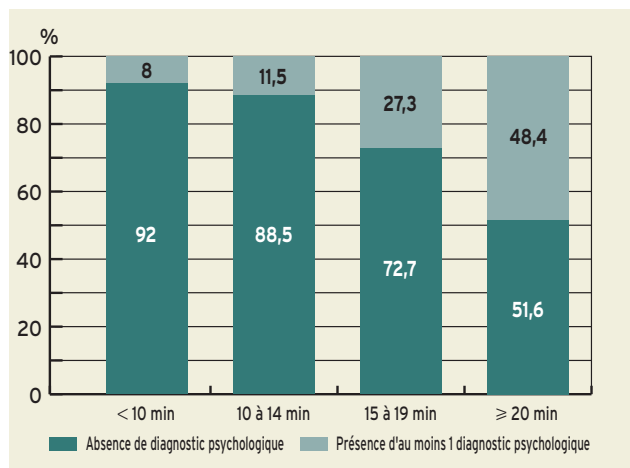


Figure 1 Présence ou non d'un diagnostic psychologique en fonction de la durée de consultation.

pas de problème psychologique. Lors de la prise en charge d'un diagnostic psychologique, le médecin prescrivait un psychotrope 2 fois sur 3. Dans 2 prescriptions sur 3, il s'agissait d'une patiente. Seulement 5 prescriptions de psychotropes concernaient des patients mineurs. La part de prescription de psychotropes était plus faible chez les patients bénéficiant de la CMU.

Lorsque le diagnostic psychologique émergeait pendant la consultation, sans plainte initiale du patient, le médecin prescrivait moins de psychotropes (fig. 2).

Un hypnotique était prescrit dans 5,4 % de l'ensemble des consultations; un tiers des prescriptions de psychotropes contenaient un hypnotique. Un anxiolytique était prescrit dans 9,3 % de l'ensemble des consultations; 60 % des prescriptions de psychotropes contenaient un anxiolytique. Un antidépresseur était prescrit dans 7,6 % de l'ensemble des consultations; 48 % des prescriptions de psychotropes contenaient un antidépresseur.

En analyse univariée, les variables significativement associées à la prescription de psychotropes étaient l'âge du médecin, son lieu d'exercice, l'âge du patient, son sexe, la présence d'une ALD, le nombre de diagnostics et la durée de consultation – toutes avec $p < 0,01$.

La durée de consultation

La majorité des consultations (3 sur 4) ont duré entre 10 et 19 minutes; 43 % duraient plus d'un quart d'heure. La proportion des femmes, parmi les patients, augmentait au fur et à mesure que le temps de consultation s'allongeait. La proportion de consultations au cours desquelles apparaît un trouble psychique augmente avec la durée de consultation (fig. 3).

Lorsqu'il y a prescription de psychotropes, la durée de consultation était supérieure à 20 minutes dans 28 % des cas, alors qu'elle ne l'était que dans 10 % des cas en l'absence de psychotropes. À l'inverse, lorsqu'il y avait pres-

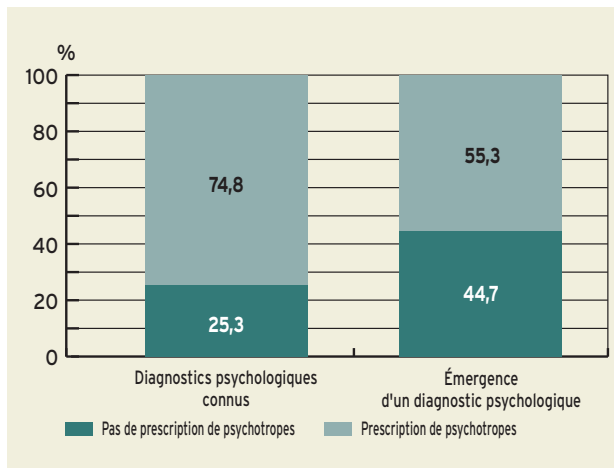


Figure 2 Prescription de psychotropes en fonction de l'émergence d'un diagnostic pendant la consultation.

cription de psychotropes, 30 % des consultations duraient moins de 15 minutes, contre 60 % en l'absence de psychotropes (fig. 4).

En analyse univariée, les variables significativement associées à la durée de la consultation étaient le sexe du médecin, son âge, son lieu d'exercice, l'âge du patient, la présence d'une ALD, le nombre de diagnostics, la présence de diagnostic psychologique – toutes avec un $p < 0,0001$.

La durée de la consultation est-elle associée à la prescription de psychotropes ?

L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence un lien significatif entre durée de consultation et prescription de psychotropes, et cela indépendamment des caractéristiques du médecin, du patient et de la consultation.

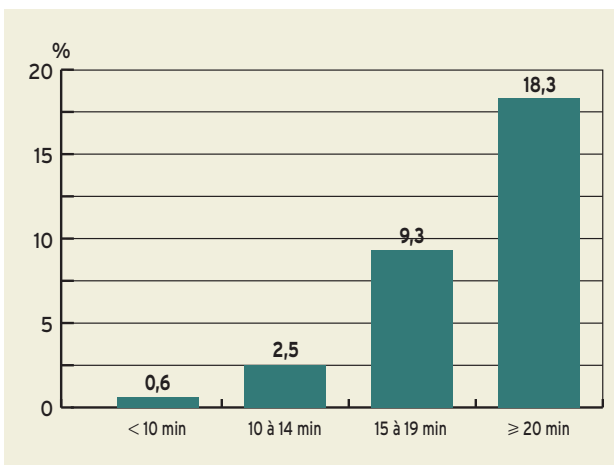


Figure 3 Émergence de problèmes d'ordre psychologique en fonction de la durée de consultation.

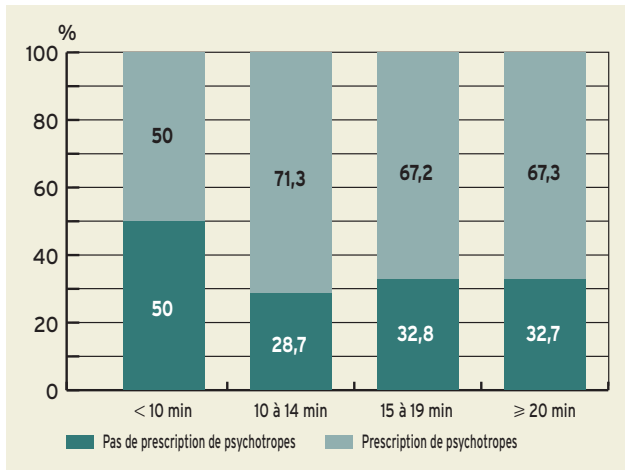


Figure 4 Prescription de psychotropes lors d'un diagnostic psychologique en fonction de la durée de consultation.

Plus la durée de consultation augmentait, plus il y avait prescription de psychotropes. Ainsi, par rapport à une consultation de moins de 10 minutes, on avait : 2,05 fois plus de prescriptions de psychotropes dans celles qui duraient de 10 à 14 minutes ; 2,65 fois plus de prescriptions de psychotropes dans celles durant de 15 à 19 minutes ; et 2,91 fois plus de prescriptions de psychotropes dans celles durant 20 minutes et plus (fig. 5).

DISCUSSION

L'absence de tirage au sort des investigateurs ne permet pas d'être représentatif des médecins français, même si la répartition par sexe et par lieu d'exercice est comparable aux données nationales. En revanche, l'échantillon est conséquent avec 2896 actes dont 2217 majeurs. Il est représentatif au regard des données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Le profil des patients est voisin de celui des études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques⁸ (DREES) et de la SFMG.⁶ Toutefois, on note une proportion plus importante de patients âgés de moins de 45 ans (54 contre 49 % pour la SFMG et 40 % pour la DREES), une part plus importante de femmes (41 contre 25 % pour la DREES), et moins de nouveaux patients (4,6 % contre respectivement 7 et 11,5 %). Il y a peut-être un « effet date » des études, avec la féminisation des médecins et l'instauration du médecin traitant. Dans notre étude, 15 % des consultations concernaient des patients souffrant d'au moins une ALD, contre 10 % pour la SFMG et 27 % pour la DREES. Les consultations n'indiquant qu'un seul diagnostic (58,8 %) se situent entre les données de la DREES (70 %) et de la SFMG (48,5 %). Les patients de 45 à 69 ans sont plus représentés dans l'étude de la DREES.

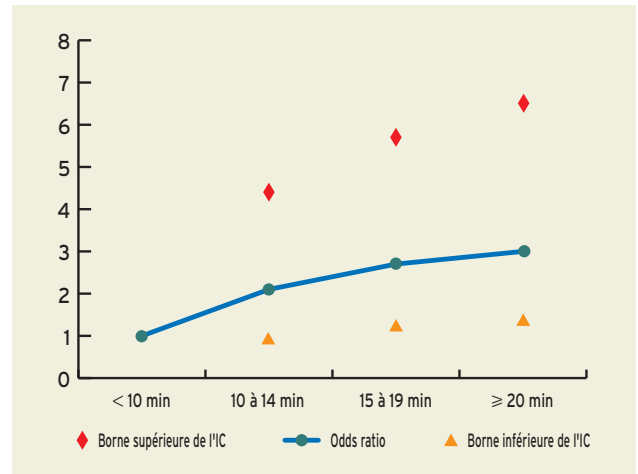


Figure 5 Évolution de la prescription de psychotropes en fonction de la durée de consultation selon l'odds ratio et l'intervalle de confiance (IC).

Il convient de noter que la comparabilité de nos résultats avec les données déjà publiées rencontre certaines limites, relatives à l'hétérogénéité d'ordre méthodologique des différentes études retrouvées. Certains auteurs partent des diagnostics des médecins, d'autres des troubles avoués ; certains, par ailleurs, analysent la prescription de psychotropes, d'autres la consommation avouée.

En dépit de ces limites, les données de cette étude apparaissent en concordance avec des études relativement comparables. Nos résultats ne souffrent donc pas d'un défaut de validité évident au vu des données de la littérature scientifique.

Les consultations ayant au moins un diagnostic d'ordre psychologique étaient de 17 % dans notre échantillon contre 10 % pour la DREES et 21 % pour la SFMG. Les 3 études retrouvent environ 60 % de femmes.

Les troubles anxieux sont moins fréquents dans notre étude que dans les données françaises de l'étude européenne ESEMeD.⁹ La prévalence des troubles dépressifs dans notre étude est largement supérieure à celle de la totalité des 6 pays de l'étude ESEMeD.¹⁰ En effet, nous retrouvons le double de patients dépressifs (7,9 %) par rapport aux 5 pays non français, - 4,2 %, alors que la France représente déjà 6,7 % des dépressifs de cette étude (tableau 1).

La comparaison de nos résultats aux données françaises de l'étude ESEMeD a permis de retrouver des chiffres voisins de prescription et de consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. En revanche, on note que les médecins français prescrivent 2 fois plus d'anxiolytiques que les médecins des 5 autres pays. La différence d'attitude thérapeutique est plus frappante encore pour les antidépresseurs. Dans notre étude, les médecins français en prescrivent 3 fois plus que dans l'ensemble des pays européens de l'étude ESEMeD (9,7 % contre moins de 3,5 %). Cette

différence est à rapprocher de la très nette supériorité des diagnostics de dépression par les médecins généralistes français (tableau 2). Comme dans notre étude, la prescription de psychotropes augmente avec l'âge du patient et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Comme dans une étude de la DREES¹¹ basée sur l'enquête « Santé mentale en population générale » de 2000, la prescription de médicaments psychotropes avoisine les 80 % chez les patients ayant un syndrome dépressif.

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. Cela peut s'expliquer par la période de recueil (épidémie, vaccination antigrippale) et notre échantillon de patients qui est plus jeune. Il n'y a probablement pas eu de surestimation du temps de consultation par les médecins investigateurs de notre étude, comme on aurait pu le craindre.

Notre hypothèse se révèle validée par nos résultats. Cette étude a mis en évidence une relation significative entre durée de consultation et prescription de psychotropes. 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 d'un article du journal *Le Monde*,² faisant écho à un travail de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) : « *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.* »

Plus intéressant encore, l'émergence d'un problème psychologique 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, une fois sur 4 le motif du patient avait à voir avec la prévention. Un patient sur 2 consultant pour malaise ou asthénie ressort du cabinet avec un diagnostic psychologique. Seulement une consultation sur 2 pendant laquelle émerge un problème psychologique, aboutit à la prescription de psychotropes. Alors que lorsque le diagnostic psychologique ou psychiatrique est déjà connu ou que le patient se plaint directement, le médecin prescrit 3 fois sur 4. Ceci laisse penser que le médecin ne prescrit pas un médicament d'emblée, dès le diagnostic posé. 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 déjà connu ou motivant la consultation. Elles représentent plus de 40 % des diagnostics psychologiques de cette tranche de durée.

Comparaison des prévalences des troubles psychologiques pour les patients de 18 ans et plus en France et dans l'ensemble des 6 pays*

	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

Tableau 1 * Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas, Italie.

Comparaison des prévalences 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
Anti-dépresseur	6	9,7	3,5

Tableau 2

CONCLUSION

Partant du double constat que, d'une part, les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes en Europe, d'autre part, que les médecins généralistes français ont une des consultations les plus longues des pays industrialisés, notre question était de savoir quel était le lien entre la prescription de psychotropes et la durée de l'acte. Nos résultats confirment les données selon lesquelles on retrouve plus de diagnostics psychologiques au fur et à mesure que la durée de consultation augmente et mettent en évidence que la prescription de psychotropes n'est pas plus fréquente dans les consultations courtes. 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. Ce qui n'est pas vrai pour les troubles anxieux ou liés à l'alcool. Enfin, notre étude montre que la durée de consultation est d'autant plus longue qu'un diagnostic psychologique émerge au cours de la consultation. En effet, plus la consultation est longue, plus le médecin est en situation de recueillir des plaintes psychologiques qui n'étaient pas initialement exprimées par le patient.

Au-delà de ces résultats, la supériorité de l'usage des psychotropes dans notre pays impose la réflexion sur la qualité des soins. Notre travail n'a pas porté sur la pertinence de la prescription, mais il est difficile de penser que les Français seraient plus dépressifs que leurs semblables européens. On peut se demander si dans les autres pays, les dépressifs ne sont pas pris en charge en dehors des cabinets médicaux (psychothérapeute...) et si la dépression n'est pas plus « médicalisée » en France. Selon l'Observatoire de la médecine

générale⁴ la prise en charge des problèmes de dépression, professionnels, familiaux et de psychose, a augmenté ces dernières années. Il est donc intéressant de poursuivre la réflexion, tant sur le plan de l'offre que sur la qualité des soins. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUMMARY Does the duration of medical consultations have an impact on the prescription of psychotropic drugs? Cross-sectional study carried out in general practice on 2,896 procedures

The French are the biggest consumers of psychoactive drugs in Europe. French general practitioners were accused of being partly responsible: it was stressed that psychoactive drugs would be a means to cut down the consultation time considering that the duration of a consultation for French GPs is the longest in Europe. Could there be a link between the duration of the consultation, the diagnosis of mental disorder and the prescription of psychoactive drugs? A prospective study was made among 44 GPs who noted down three days of consultation in 2007. The 23 variables concerned the practitioners, the patients and the medical acts. The collecting was made on paper, the seizure with ETHNOS and the analysis mono and varied with STATA. The sample was made of 2896 acts. A mental disorder was present in 5% of the reasons for consultation and in 17% of the practitioners' diagnosis. For 38% of the cases including a psychic diagnosis, the problem arose during the consultation. 10% of psychological diagnosis was found in the consultations that lasted less than 15 minutes and 48% was found in the consultations that lasted more than 20 minutes. The prescription of psychoactive drugs was significantly associated with the duration of the consultation. Compared with consultations which lasted less than 10 minutes, an odd-ratio of 2.91 was found for a consultation lasting 20 minutes or more. The general practitioners participating in this study diagnose more breakdowns than their European colleagues whose consultations are of shorter duration. The prescription of psychoactive drugs is not higher for shorter medical consultations. Therefore the prescription of psychoactive drugs was not a means to cut the consultation short. The study was not dealing with the prescription being relevant; the door remains open for further research.

Rev Prat 2008 ; 58 (suppl.12) : S19-S24

RÉSUMÉ La durée de consultation intervient-elle sur la prescription de psychotropes ? Étude transversale en médecine générale sur 2 896 actes

Les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes en Europe. Les médecins généralistes français ont été incriminés, soulignant que les psychotropes seraient un moyen d'abrégé la consultation. Or, la durée de consultation des généralistes français est une des plus longues d'Europe. Ne pourrait-il pas y avoir une corrélation entre la durée de consultation, le recueil de troubles psychiques et la prescription de psychotropes ? Il s'agit d'une étude descriptive de l'activité de 44 généralistes qui ont relevé 3 jours d'activité en 2007. Les 23 variables concernaient médecins, patients et actes. Le recueil s'est opéré sur papier, la saisie sous ETHNOS et l'analyse uni- puis multivariée sous STATA. L'échantillon comprenait 2 896 actes. Un trouble psychique était présent dans 5% des motifs de consultation et 17% des diagnostics des médecins. Dans 38% des actes comportant un diagnostic psychique, ce problème a émergé au fil de la consultation; 10% des diagnostics psychologiques sont faits lors d'actes inférieurs à 15 minutes et 48% dans les actes supérieurs à 20 minutes. La prescription de psychotropes était significativement associée à la durée de la consultation. En référence à des consultations de moins de 10 minutes, on retrouvait un odds ratio de 2,91 pour les durées de consultations de 20 minutes et plus. Les médecins de cette étude diagnostiquent plus de dépressions que leurs confrères des pays européens à consultation plus courte. La prescription de psychotropes n'est pas plus élevée dans les actes courts. La prescription de psychotropes ne représentait donc pas un moyen d'abrégé la consultation. L'étude ne portait pas sur la pertinence de la prescription; la piste est ouverte pour des travaux complémentaires.

RÉFÉRENCES

1. 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. Données nationales 2000. *Rev Med Ass Maladie* 2003;34:75-84.
2. Blanchard S. Le système de santé français en cause dans la surconsommation de psychotropes. *Le Monde*, 30 juin 06.
3. Réseau Nivel - Netherland Institute for Health Service Care - <http://www.nivel.nl> (site visité le 15/09/2007).
4. Observatoire de la médecine générale 2006-4. Société française de médecine générale <http://omg.sfmq.org> (site visité le 5 mars 2008).
5. Zarifian E. Le prix du bien-être, psychotropes et société. Paris: Odile Jacob, 1996.
6. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *Rev Prat Med Gen* 2004;18:781-4.
7. Consommation et dépenses de médicaments: comparaison des pratiques françaises et européennes - Caisse nationale de l'Assurance maladie - 19 octobre 2007.
8. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Études et Résultats Drees*. n°481, avril 2006.
9. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000. *Encéphale* 2005;31:182-94.
10. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr scand* 2004;109:55-64.
11. Amar E, Pereira C, Delbosq A. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *Études et Résultats Drees*. n°440, novembre 2005.