

Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN

V. KOVESH⁽¹⁾, D. SAPINHO⁽¹⁾, X. BRIFFAULT⁽²⁾, M. VILLAMAUX⁽³⁾

Psychotherapeutic practices in France : results of a professional-based health insurance participant survey

Summary. Introduction. *Today in France, little empirical data on the use of psychotherapy is available. This paper presents an empirical study of psychotherapeutic practices, from the patient's point of view. We will present results regarding frequency of psychotherapies, patients' characteristics, associations between different kinds of therapy, where they take place, and the reasons given for beginning psychotherapy. Methodology.* Data is based on a general and mental health survey conducted by MGEN¹ foundation among 6 500 persons, as well as on general population data collected by the BVA survey institute. **Results.** *Depending on the population studied, between 5 to 11.5 % of people have had psychotherapy sessions at least once in their lifetime. Women born at the beginning of the sixties and men born at the beginning of the fifties are those who consulted the most. The vast majority of these psychotherapies are individual, in private practice. They often last more than one year, with a frequency of once per week or more. Thirty percent declare that they have undergone several psychotherapies. The reasons for consultation reported by users are mainly depression or anxiety. There are significant differences between genders for the reasons for consultation, women being concerned by depression, problems with sleep and food, and men being concerned by obsessive thoughts and addiction (alcohol, tobacco). People undergoing psychotherapy give an average of 2.5 reasons for this psychotherapy, and only 28 % gave only one reason. A relationship exists between the number of consecutive treatments and the number of reasons given for undergoing psychotherapy. More than 25 % of the psychotherapies last less than 6 months. « Intensive psychotherapy » (at least 6 months and a frequency of 2 to 3 times per month) concern 5.9 % of the whole population studied, and represent 51.4 % of all psychotherapies. People are quite satisfied by their psychotherapy ; 90 % are satisfied with the results and 60 % believe that their condition has been much improved in a durable manner. 16.6 % were unsatisfied with the results. There is (in women only) an association between satisfaction and intensity of treatment ; satisfaction is lower in those women undergoing intensive psychotherapy ; 77.7 % of users have also used some sort of drugs for the problem (80.6 % of women and 69.9 % of men) with psychotropic drugs most frequently used : 70.8 % of the psychotherapy users had taken such drugs for their problem (women 72.9 %, men 65.4 %). Conclusion.* In France, psychotherapies are playing an important role and it is necessary to study these techniques better in order to give them the place they deserve in the French mental health policy.

Key words : Client factors ; Patient characteristics ; Psychotherapy ; Quantitative survey ; Use of mental health services.

¹ MGEN is a professional-based health insurance (school and university teachers) and their relatives : 60 % are teaching. It has nationwide coverage, with around 3 million people (mainly women, between 40-60 years). The basic coverage (SS) plus complement a 95 % coverage provides a comprehensive insurance system (drugs, medical care, hospitalization)

(1) Fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique, 3, square Max-Hymans, 75748 Paris Cedex 15. fsp@mgen.fr

(2) CESAMES, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris. xavier.briffault@wanadoo.fr

(3) CSMRP, 83-85, rue Lauriston, 75116 Paris. michael.villamaux@wanadoo.fr

Travail reçu le 28 avril 2005 et accepté le 6 octobre 2005.

Tirés à part : V. Kovess (à l'adresse ci-dessus).

Résumé. Il n'existe quasiment aucune donnée empirique sur l'usage des psychothérapies en France. Cet article présente une étude concernant les pratiques psychothérapeutiques à partir de données déclarées par les patients : fréquence des psychothérapies, caractéristiques des personnes qui les suivent, modalités de suivi, association avec différents traitements, lieux de traitement, motifs invoqués et pathologies déclarées. Les données sont issues d'une enquête santé conduite par la fondation MGEN auprès de 6 500 adhérents de la mutuelle, comparées aux données existantes dans d'autres enquêtes. La fréquence de recours à la psychothérapie au moins une fois dans la vie est relativement élevée, puisque suivant les études de 5 à 11,5 % des répondants y ont eu recours. Les femmes, nées au début des années 1960, sont celles qui, au moment de l'enquête, avaient le plus souvent consulté. Pour les hommes, ce sont ceux nés à la fin des années 1950 qui avaient, au moment de l'enquête, le plus souvent consulté. La très grande majorité de ces psychothérapies sont faites en individuel, dans des cabinets privés ; elles durent souvent plus d'une année et ont lieu une fois par semaine ou plus ; 30 % des personnes déclarent avoir entrepris plusieurs thérapies. Les motifs tels que déclarés par les patients sont essentiellement les troubles dépressifs et anxieux. La satisfaction est importante, puisque plus de 90 % des personnes se déclarent satisfaites des résultats, et 60 % estiment qu'elles ont été améliorées beaucoup et durablement ; 77,5 % des personnes qui déclarent suivre une psychothérapie ont consommé au moins un traitement médicamenteux et 70,8 % un psychotrope. L'ensemble de nos résultats montre l'importance jouée par les pratiques psychothérapeutiques dans le paysage français, et la nécessité d'étudier ces techniques et de réfléchir à la place qui doit leur être faite dans une politique de santé mentale.

Mots clés : Caractéristiques des patients ; Enquête quantitative ; Facteurs des clients ; Psychothérapie ; Utilisation des services de santé mentale.

INTRODUCTION

La question des psychothérapies est controversée. En France en particulier, de nombreuses questions sont à l'ordre du jour : qu'est ce que la psychothérapie, quelles en sont les indications, les usages, quels professionnels peuvent les mettre en œuvre, dans quel cadre, avec quels patients, pour quels motifs, avec quels résultats ? Ces sujets sont loin de faire l'objet d'un consensus parmi les praticiens, les pouvoirs publics, les usagers et les scientifiques. De plus, il n'existe quasiment aucune donnée empirique sur l'usage des psychothérapies en France, un manque dommageable dans un débat souvent traversé par des préjugés corporatistes ou d'école. Aussi avons-nous souhaité, dans cet article, présenter une étude empirique concernant les pratiques psychothérapeutiques à partir de données déclarées par les patients et tout particulièrement concernant : la fréquence des psychothérapies, les caractéristiques des personnes qui les suivent, les modalités de suivi, leur association avec différents traitements, les lieux de traitement, les motifs invoqués et les

pathologies déclarées. Nous nous appuyerons principalement pour ce faire sur des données recueillies lors de l'enquête santé conduite par la Fondation d'entreprise de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale pour la santé publique auprès des adhérents de la mutuelle, ainsi que sur les résultats d'une enquête BVA sur la psychothérapie.

Définitions et indications de la psychothérapie : un domaine controversé

Les définitions de ce qui est appelé « psychothérapie » par les différents acteurs concernés sont nombreuses et s'articulent dans un champ complexe aux multiples enjeux (scientifiques, techniques, institutionnels, professionnels, législatifs, symboliques, économiques) dont on peut voir une illustration dans les débats actuels. Selon Otero (8) toute psychothérapie s'inscrit dans un champ institutionnel et culturel donné, de même que les symptômes des sujets sont produits inéluctablement en fonction de ce champ et non dans le vide. Pour Castel (2), par exemple, la psychanalyse représente non seulement un nombre limité de pratiques thérapeutiques ou parathérapeutiques dans le cadre strict de la relation duelle, mais aussi un produit culturel que l'on consomme, une mode que l'on partage, l'habitus d'une intelligentsia cultivée à laquelle on rêve d'appartenir. On peut, par ailleurs, admettre avec Otero (8) que toute demande de thérapie ainsi que les modes d'intervention « légitimes » susceptibles d'y répondre sont en rapport étroit avec les multiples formes de régulation – politique, économique, sociale, culturelle – qui structurent le champ possible d'action des sujets. Dans le champ des professionnels, par exemple, pour Pichot et Allilaire (9), si à son origine la psychothérapie se définissait, après Bernheim, comme ce qui relève de l'influence de l'esprit sur le corps dans la pratique médicale, elle a aujourd'hui un sens plus restreint et il s'agirait seulement de l'aide qu'un psychisme peut apporter à un autre psychisme. Les objectifs sont la disparition des symptômes et de la souffrance qu'ils entraînent, ainsi que l'amélioration de la santé mentale au sens large. Les psychothérapies ont en commun l'utilisation, à des fins thérapeutiques, de la relation interpersonnelle. Chambon et Marie-Cardine (3) abondent en ce sens en en faisant un processus relationnel, constitué de « l'ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique ». Pour Cléry-Melin, Kovess et Pascal (4), en accord avec Pichot et Allilaire (9), la psychothérapie n'est pas uniquement l'acte relationnel que les intervenants du système de santé sont supposés réaliser adéquatement, de par leur formation médicale (générale ou spécialisée), leur formation à la psychologie ou à la relation avec le patient (infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, éducateurs, et autres). Il ne s'agit pas non plus de techniques visant au développement personnel (amélioration des performances ou du bien-être) ou au règlement d'un problème particulier en dehors d'une pathologie mentale spécifique (coaching, conseil conjugal, par exemple). Ils ajoutent par ailleurs à leurs cri-

tères de définition la scientificité des fondements et la standardisation des techniques utilisées : les psychothérapies sont alors des actes de soin, qui utilisent des mécanismes psychologiques suivant des techniques standardisées, appuyées sur des bases scientifiques structurées dans le temps, et permettant d'obtenir des résultats. Duruz (5) ajoute au caractère scientifique de la psychothérapie la nécessité de sa mise en œuvre par un acteur professionnellement formé. Elle est alors pour lui une activité de nature scientifique qui consiste à traiter des troubles psychiques par une méthode psychologique spécifique à laquelle s'est formé professionnellement le psychothérapeute. Frank (7) précise que cette formation professionnelle doit être reconnue socialement et fait de la psychothérapie un ensemble d'efforts planifiés et systématiques d'un soignant dont la formation est reconnue socialement, pour soulager les gênes et souffrances de cause psychologique, au moyen de mots et autres interactions symboliques. Parallèlement, certains psychanalystes et autres psychothérapeutes « relationnels » accentuent plutôt les aspects relationnels, de transformation, de travail sur soi et de connaissance de soi, l'impossibilité/inacceptabilité de la technique standardisée et de l'évaluation, et la non-limitation de la psychothérapie aux traitements symptomatiques ou même à l'amélioration de la santé. Il ne s'agit plus seulement de soigner une pathologie, mais de suivre une démarche personnelle, proposée par le psychothérapeute/psychanalyste, qui vise à approfondir la connaissance de soi et dénouer les problématiques aliénantes. La psychothérapie touche alors les aspects cachés ou méconnus de soi-même. Suivant les méthodes et disciplines ou selon les moments de la psychothérapie, on mettra l'accent sur la guérison des symptômes et l'adaptation du comportement, sur la résolution de la problématique cachée, sur l'évolution et le développement de la personne, ou sur la découverte de sa vérité de sujet et l'acceptation de soi-même tel que l'on est (10). Concernant les indications, les propositions des professionnels sont tout aussi variées. Les indications les plus générales sont données par les psychothérapeutes « relationnels » (10), pour lesquels la psychothérapie s'adresse à toute personne qui en éprouve le besoin, tout spécialement si elle souffre de difficultés psychologiques, relationnelles, comportementales, psychosomatiques, et plus généralement existentielles, et sans préoccupation d'évaluation de la pertinence du traitement pour les difficultés présentées. D'autres approches considèrent qu'il est possible de prescrire une psychothérapie à un patient pour un trouble donné, à partir du moment où des éléments de preuves sont disponibles pour conclure à l'efficacité du traitement proposé, pour le trouble présenté par ce patient spécifique (11). Il faut alors définir ce qu'on entend par « éléments de preuve d'efficacité » dans un domaine où les méthodes habituellement appliquées à l'évaluation des traitements ne peuvent se transposer directement. La question des indications effectives et précises de la psychothérapie est donc loin de faire consensus. Le présent travail vise à décrire l'utilisation qui en est effectivement faite par les usagers en France au regard des données disponibles.

Usages de la psychothérapie en France : des données rares

Enquête quantitative BVA de 2001 sur les psychothérapeutes

Une enquête de l'institut BVA (6), réalisée pour *Psychologies Magazine* et la Fédération Française de Psychothérapie (FFDP) sur un échantillon représentatif de la population française, apporte quelques données quantitatives globales sur ces questions. L'étude a été réalisée auprès de 418 personnes déclarant suivre ou avoir suivi une psychothérapie parmi 8 061 personnes interrogées dans le cadre d'études réalisées entre le 27 décembre 2000 et le 10 mars 2001. L'enquête a été menée par téléphone auprès d'échantillons représentatifs de la population française de 15 ans et plus (échantillonnage par la méthode des quotas : sexe, âge, profession du chef de famille, région et catégorie d'agglomération), ce qui correspond à environ 44 millions de personnes rapportés à la population française (1) ; 3,5 % de la population enquêtée déclare avoir suivi une psychothérapie, 1,69 % en suivre toujours une, soit un peu plus de 5 % de personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de la vie. On ne dispose pas de données sur la répartition homme/femme. Les psychothérapies sont à 90 % individuelles. Les méthodes utilisées seraient essentiellement la psychanalyse (30 %), la thérapie comportementale (20 %), la thérapie familiale (10 %) et, de façon marginale (moins de 5 %), une autre méthode (analyse transactionnelle, thérapie de couple, programmation neuro-linguistique, thérapie psychocorporelle, hypnose, gestalt). Le questionnaire comprend de nombreux items qui ne font pas directement référence à des problèmes de santé mentale, par exemple : problèmes relationnels, traumatisme, mieux se connaître, problèmes professionnels/scolaires, ennuis familiaux, décès d'un proche. Ces motifs de consultation totalisent 65 % des réponses. On notera en particulier que 23 % des personnes auraient entrepris une psychothérapie « à cause de problèmes relationnels », 22 % « à cause d'un traumatisme », et 13 % « pour mieux se connaître ». Les autres motifs totalisent 55 % des réponses (total supérieur à 100 car plusieurs réponses possibles). Parmi les personnes ayant exprimé un « mal-être » (107 personnes), l'analyse détaillée de la nature du mal-être fait ressortir les items suivants (auto-attribués) : dépression (51 %), angoisses et anxiété (44 %), attaques de panique (13 %), phobies (8 %), TOC (6 %). Pour ce qui concerne le groupe ayant mentionné des « problèmes relationnels » (94 personnes), 49 % sont des problèmes familiaux, 40 % des problèmes de couple, 23 % des problèmes professionnels. Pour le groupe ayant mentionné des « problèmes psychosomatiques » (42 personnes), 60 % sont des troubles du sommeil, 26 % des douleurs localisées, 24 % des problèmes alimentaires et 7 % des troubles sexuels. Pour 66 % des personnes, les troubles étaient jugés très graves (26 %), ou plutôt graves (40 %). Près de 40 % des répondants ont donc entrepris une psychothérapie pour des troubles jugés pas vraiment ou très peu graves. Concernant la durée, 26 % des psychothéra-

pies durent moins de 6 mois, 24 % entre 6 mois et un an, 28 % de 1 à 3 ans, 20 % plus de 3 ans ; 41 % des psychothérapies sont hebdomadaires, 42 % ont une fréquence inférieure. Seule une psychothérapie sur 10 est pluri-hebdomadaire. La séance dure une demi-heure dans 40 % des cas, et 1 heure ou moins dans 90 % des cas ; 47 % des psychothérapies ont lieu avec un psychiatre (déclaration du patient pour la catégorie du praticien), 21 % avec un psychologue, 14 % avec un psychothérapeute, et 8 % avec un psychanalyste. La consommation de psychotropes augmente pendant la psychothérapie (de 38 % à 49 %), pour diminuer ensuite sensiblement ; 27 % des répondants continuent cependant à utiliser des psychotropes après avoir fini leur psychothérapie. Le traitement psychothérapeutique est plutôt satisfaisant : 60 % des personnes considèrent que la psychothérapie les a beaucoup aidées, tandis que 24 % considèrent qu'elle a un peu aidé. Seuls 2 % considèrent qu'elle a plutôt aggravé leur état. Les trois quarts des répondants referraient d'ailleurs une psychothérapie si le besoin s'en présentait. On note que la description de ce qui a changé ne contient quasiment aucune référence à des troubles mentaux ou à des symptômes : une autre façon de voir les choses (16 %) ; ça va mieux (14 %) ; rien ou pas grand-chose (14 %) ; une meilleure connaissance de soi (14 %) ; plus de calme, moins d'anxiété (13 %) ; une nouvelle confiance en soi (11 %) ; comportements et relations avec les autres (11 %) ; acceptation de soi (7 %) ; une meilleure vie de famille (7 %). Les limites de cette étude concernent son mode d'échantillonnage de type quota qui rend mal compte du taux de participation, et la taille relativement faible de l'échantillon ; 418 personnes dont la moitié, soit 282, avaient terminé leur traitement.

MÉTHODE

Entre juin 1999 et mars 2000, une enquête administrée par auto-questionnaire a été réalisée auprès d'un échantillon de mutualistes adhérant à la MGEN ; 10 000 individus âgés de 20 à 60 ans ont été tirés au sort et ont reçu le questionnaire, puis 3 relances en cas de non-réponse. Le taux de réponse global fut de 66,5 % (n = 6 518). Un redressement *a posteriori*, basé sur la structure par département de la population MGEN, a permis de rendre l'échantillon représentatif en termes de répartition géographique (n redressé = 6 728). Toutes les analyses se feront sur l'échantillon ainsi redressé, après exclusion des individus pour lesquels le sexe n'était pas renseigné (n = 104), c'est-à-dire 6 624 individus au final. La comparaison des caractéristiques générales de la population étudiée dans cet article avec la population générale française permet de mettre en évidence que les personnes interrogées sont plus souvent de sexe féminin (57,6 % vs 50,2 %), mariées (73,9 % vs 53,7 %), diplômées (48 % vs 11 % ont au moins un bac + 2), dans les âges moyens de la vie (20-39 : 34 % vs 52 % ; > 50 ans : 37,6 vs 21,2 %). Le questionnaire comprenait au total 261 questions réparties en 16 catégories, permettant de recueillir des données sur les principales variables sociodémogra-

phiques, professionnelles, de santé générale et mentale. Plusieurs questions concernaient spécifiquement la psychothérapie. Les questions étaient posées sur toute la vie (voir *annexe* pour détail des questions). Les comparaisons de proportions ont été faites à l'aide des tests du χ^2 . Les calculs ont été réalisés avec le logiciel SPSS, version 11,0.

RÉSULTATS

Fréquence d'utilisation de la psychothérapie

Au total, 11,5 % des mutualistes de 20 à 60 ans (759 individus) déclarent avoir suivi au moins une psychothérapie une fois dans leur vie (voir en *annexe* la définition du groupe « psychothérapie ») ; ce pourcentage est deux fois plus élevé chez les femmes (14,4 %, n = 551) que chez les hommes (7,4 %, n = 208). La différence entre ces deux pourcentages est significative (p < 0,001). Les femmes, nées au début des années 1960, sont celles qui, au moment de l'enquête, avaient le plus souvent consulté. Pour les hommes, ce sont ceux nés à la fin des années 1950 qui avaient, au moment de l'enquête, le plus souvent consulté. Globalement, l'usage de la psychothérapie semble avoir augmenté pour les personnes nées entre 1940 et 1965 (*figure 1*), mais nos données ne permettent pas de distinguer l'effet d'âge et l'effet de génération.

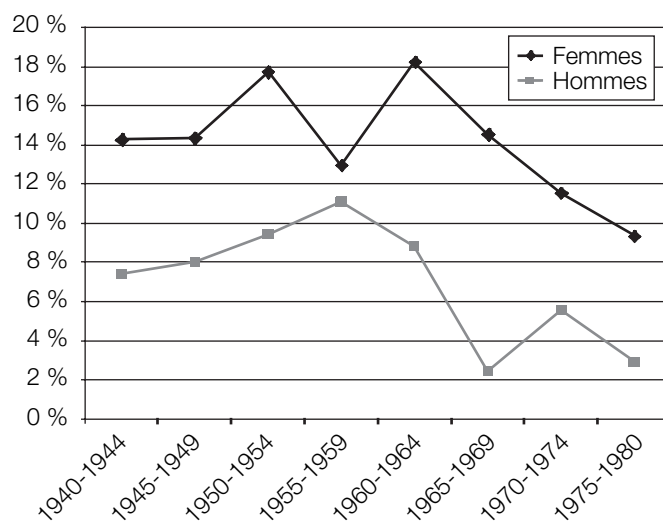


FIG. 1. — Prévalence des psychothérapies par sexe et période de naissance.

Types de psychothérapie

Les cinq types de psychothérapies se répartissent de la façon illustrée sur la *figure 2* : la grande majorité des psychothérapies sont de type individuel (88,5 %), et le plus fréquemment effectuées seules (78 %). Les psychothérapies de groupe s'accompagnent très fréquemment (75 %) de psychothérapies individuelles.

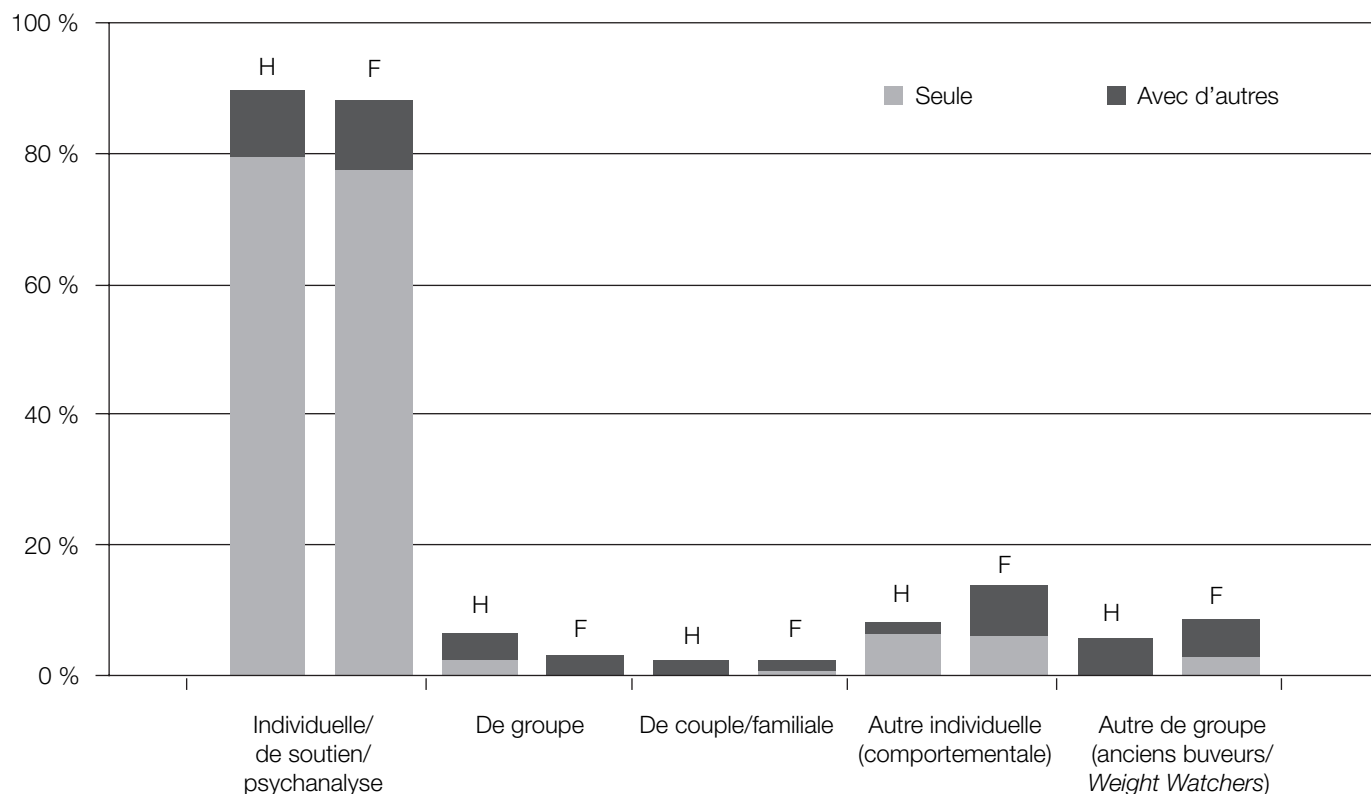


FIG. 2. — Type de psychothérapie par sexe.

Motifs déclarés

Les répondants devaient choisir parmi une liste fermée de symptômes psychiatriques les raisons qui justifiaient la consultation d'un professionnel en santé mentale. De ce fait, les personnes qui suivent une psychothérapie pour d'autres motifs (par exemple : amélioration des performances ; développement personnel) sont obligatoirement exclues de cette étude. Ceci étant précisé, l'analyse des résultats montre que les problèmes de déprime, d'angoisses et de sommeil sont, dans l'ordre, les plus fréquemment cités et les phobies et dépendances les moins fréquemment cités (*tableau I*). Notons, par ailleurs, qu'il existe des différences significatives entre les genres pour tous les motifs sauf les troubles de l'anxiété et que ces différences existent dans les deux sens, les femmes citant plus fréquemment la déprime, les problèmes de sommeil et les problèmes avec l'alimentation, et les hommes les idées obsédantes et les addictions (alcool, tabac).

Chaque individu déclarant avoir suivi une psychothérapie cite en moyenne 2,5 motifs et seules 28 % des personnes du groupe « psychothérapie » n'ont donné qu'un de ces motifs. Il existe une relation entre le nombre de traitements consécutifs et le nombre de motifs invoqués pour suivre une psychothérapie.

TABLEAU I. — Psychothérapies selon le motif déclaré par sexe.

Motif	Hommes (N = 208)	Femmes (N = 551)	P	Total (N = 759)
Déprime	73,9 %	81,4 %	0,02	79,3 %
Angoisses	50,5 %	51,4 %	0,77	51,1 %
Sommeil	35,6 %	44,0 %	0,03	41,7 %
Douleurs et malaises	24,6 %	29,3 %	0,20	28,0 %
Idées obsédantes	26,1 %	11,7 %	0,000	15,7 %
Alimentation	6,3 %	18,0 %	0,000	14,7 %
Phobies	15,0 %	11,1 %	0,15	12,2 %
Tabac	6,8 %	3,1 %	0,04	4,1 %
Alcool	9,7 %	1,9 %	0,000	4,0 %

Fréquence, durée, multiplicité

Plus d'1/4 des psychothérapies déclarées durent moins de 6 mois (*tableau II*). Par ailleurs, une partie d'entre elles est basée sur des visites occasionnelles, réalisées sur demande du patient (13,3 %) ou au plus une fois par mois (15,2 %). La fréquence et la durée du

traitement semblent significativement différentes selon le sexe, les femmes effectuant, en moyenne, des psychothérapies plus longues avec une fréquence de visites plus importante. Ces informations sur la fréquence et la durée permettent de distinguer une partie des psychothérapies comme « intenses ». La définition opérationnelle de ce sous-groupe, basée sur une fréquence et une durée de traitement minimales, est décrite dans le *tableau III* (en gras). Il comprend *toute thérapie ayant duré au moins 6 mois à une fréquence minimale de 2 à 3 fois par mois*. La prévalence de psychothérapies intenses dans la population MGEN est de 5,9 % (390 sujets), soit 51,4 % de l'ensemble des psychothérapies. Les psy-

chothérapies suivies par des femmes semblent plus fréquemment intenses que celles suivies par des hommes (resp. 55 % et 41,6 %, $p < 0,001$).

On observe (*tableau III*) une association positive entre fréquence et durée ($p < 0,001$) ; 27,7 % des personnes ayant suivi une psychothérapie déclarent en avoir fait plusieurs. La proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (resp. 30,5 % et 20,4 % ; $p = 0,003$). Pour les deux sexes, la proportion d'individus ayant suivi plusieurs psychothérapies consécutives augmente avec l'intensité (H : 13,2 vs 28,3, $p = 0,005$; F : 17,4 vs 38,8, $p < 0,001$).

TABLEAU II. — Fréquence et durée de la psychothérapie par sexe.

	Hommes (N = 208)	Femmes (N = 551)	Total (N = 759)
Fréquence ($p^1 = 0,002$)			
– sur demande	16,4 %	12,5 %	13,3 %
– une fois par mois	21,9 %	13,1 %	15,2 %
– 2 à 3 fois par mois	16,9 %	15,7 %	15,7 %
– une fois par semaine	26,4 %	41,0 %	36,2 %
– plus d'une fois par semaine	18,4 %	17,7 %	17,5 %
	100 %	100 %	100 %
Durée ($p^1 = 0,001$)			
– moins d'un mois	9,7 %	3,7 %	5,3 %
– de 1 à 6 mois	23,3 %	24,8 %	24,0 %
– de 6 mois à 1 an	18,4 %	13,7 %	14,8 %
– plus d'un an	48,5 %	57,9 %	54,4 %
	100 %	100 %	100 %

1. Significativité de la différence observée entre hommes et femmes.

TABLEAU III. — Notion d'intensité du traitement en fonction de la fréquence et de la durée.

Durée		Moins d'un mois	De 1 à 6 mois	De 6 mois à 1 an	Plus d'un an	Total
Fréquence	N					
– sur demande	95	24,2 %	27,4 %	12,6 %	35,8 %	100 %
– une fois par mois	114	2,6 %	23,7 %	19,3 %	54,4 %	100 %
– 2 à 3 fois par mois	120	1,7 %	24,2 %	23,3 %	50,8 %	100 %
– une fois par semaine	274	1,8 %	25,9 %	12,8 %	59,5 %	100 %
– plus d'une fois par semaine	135	3,7 %	20,0 %	10,4 %	65,9 %	100 %
Total	738	5,1 %	24,4 %	15,0 %	55,4 %	100 %

Lieu où se déroule la psychothérapie

Dans le questionnaire, les individus étaient invités à préciser parmi 6 types de lieux possibles (cabinet privé, clinique privée, centre de santé MGEN, autre centre de santé mutualiste, hôpital ou autres), ceux où leur psychothérapie s'est déroulée (plusieurs choix possibles). Nous avons choisi de regrouper les centres mutualistes (MGEN ou autres) et les établissements publics (hôpitaux et

autres : CMP, etc.). Dans l'échantillon, 10,9 % des individus ont déclaré avoir suivi une psychothérapie dans plusieurs lieux (cabinet privé/clinique privée/mutualiste/public). Ils ont été exclus de l'analyse pour étudier l'effet de la structure d'accueil. Le *tableau IV* montre que la plupart des psychothérapies sont suivies dans un cabinet privé (79,9 %). Elles ont rarement lieu dans des centres mutualistes (3,1 %) qui de fait sont peu nombreux à l'échelle nationale.

TABLEAU IV. — Répartition des psychothérapies par type de structure d'accueil et intensité selon le sexe.

	Hommes		Femmes		Total	
	N = 179	% intenses	N = 489	% intenses	N = 668	% intenses
<i>Lieu d'accueil</i>						
Cabinet privé	77,7 %	38,6 %	80,8 %	57,3 %	79,9 %	52,3 %
Clinique privée	1,7 %	100 %	1,6 %	37,5 %	1,6 %	45,5 %
Mutualiste	3,9 %	50,0 %	2,9 %	50,0 %	3,1 %	50,0 %
Public	16,8 %	33,3 %	14,7 %	41,7 %	15,3 %	38,8 %
	100 %	39,7 %	100 %	53,8 %	100 %	50,3 %

Pour chaque type d'établissement, on observe (*tableau IV*) la proportion de psychothérapies intenses, totale et par sexe. Il existe une différence significative dans la proportion de psychothérapies intenses selon la structure d'accueil ($p = 0,05$), qui semble surtout moins élevée dans les structures publiques. La répartition entre public et mutualistes/privé ne diffère pas suivant les régions. L'amélioration déclarée suite à la psychothérapie ne semble pas influencée par la structure d'accueil où s'est déroulée la psychothérapie, malgré des différences observées.

Effet de la psychothérapie et satisfaction de l'utilisateur

Dans l'ensemble, les personnes qui suivent une psychothérapie semblent plutôt satisfaites du résultat. Seuls

16,6 % des individus de l'échantillon s'estiment insatisfaits ou très insatisfaits de leur psychothérapie (*tableau V*).

On constate, chez les femmes seulement, une association entre la satisfaction et l'intensité du traitement. Même si elle reste importante (82,5 %), la satisfaction semble significativement moins élevée chez les femmes dont la psychothérapie est intense ($p < 0,001$). De la même manière, seules 6 % des personnes qui suivent une psychothérapie déclarent qu'elle ne s'est accompagnée d'aucune amélioration. L'amélioration s'est révélée durable pour 67 % des personnes de l'échantillon. L'amélioration et la satisfaction sont fortement associées. En effet, plus la psychothérapie s'est accompagnée d'une amélioration jugée durable, plus la satisfaction est importante ($p < 0,001$ chez les hommes et chez les femmes).

TABLEAU V. — Amélioration et satisfaction à propos des psychothérapies.

Psychothérapie	Hommes			Femmes			Total
	Peu intense (N = 121)	Intense (N = 87)	Total (N = 208)	Peu intense (N = 248)	Intense (N = 303)	Total (N = 551)	(N = 759)
<i>Amélioration</i>							
Aucune	6,0 %	3,7 %	5,0 %	8,4 %	4,7 %	6,3 %	6,0 %
Temporaire	35,3 %	29,3 %	32,7 %	26,0 %	24,7 %	25,2 %	27,3 %
Durable	58,6 %	67,1 %	62,3 %	65,6 %	70,6 %	68,5 %	66,8 %
<i>Satisfaction</i>							
Très insatisfait	5,4 %	3,5 %	4,5 %	3,5 %	0,7 %	2,1 %	2,8 %
Insatisfait	11,6 %	14,0 %	13,1 %	10,1 %	16,8 %	14,0 %	13,8 %
Satisfait	57,1 %	54,7 %	55,8 %	32,7 %	49,8 %	55,2 %	55,4 %
Très satisfait	25,9 %	27,9 %	26,6 %	23,7 %	32,7 %	28,7 %	28,1 %

Traitements médicamenteux et psychotropes

Au total, 77,7 % des personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de leur vie ont aussi consommé au moins un médicament, sans qu'il soit possible de dire, étant donnée la formulation des questions, si cette consommation fut simultanée au suivi psychothérapique ou à des périodes différentes (*tableau VI*). Cette proportion est significativement différente selon le sexe, et semble plus élevée chez les femmes (80,6 % vs 69,9 % ; $p = 0,002$). Les psychotropes (somnifères, anxiolytiques,

sédatifs et antidépresseurs) sont largement les médicaments les plus consommés. Dans l'échantillon, 70,8 % des individus ont consommé au moins un médicament psychotrope (65,4 % des hommes et 72,9 % des femmes ; $p = 0,04$), et pour la moitié d'entre eux (47 %), la durée de prise a été supérieure à 1 an.

Viennent ensuite les médicaments homéopathiques (19,7 %) puis les médicaments associés aux problèmes d'alimentation (8,8 %), surtout consommés par les femmes (resp. 23 % vs 11,0 % ; $p < 0,001$ et 11,4 % vs 2,4 % ;

TABLEAU VI. — Type de médicament et durée de la prise.

	Proportion	Moins d'1 mois	1 à 6 mois	6 mois à 1 an	Plus d'1 an
Psychotropes	70,8 % (538)	17,3 %	20,8 %	14,9 %	47,0 %
<i>dont</i>					
Somnifères, anxiolytiques, sédatifs	62,1 % (471)	22,7 %	22,1 %	11,7 %	43,5 %
Antidépresseurs	52,3 % (397)	12,1 %	24,4 %	20,4 %	43,1 %
Médicaments homéopathiques	19,7 % (149)	26,2 %	32,9 %	11,4 %	29,5 %
Coupe-faim, isoméride, laxatifs, diurétiques	8,8 % (67)	43,3 %	34,3 %	6,0 %	16,4 %
Médicaments modifiant l'envie de boire	2,5 % (19)	10,5 %	52,6 %	10,5 %	26,3 %
Au moins un médicament	77,7 % (589)	14,1 %	24,6 %	14,8 %	46,5 %

$p < 0,001$). La durée de prise des médicaments pour les problèmes d'alimentation est en moyenne la plus courte (moins de 6 mois : 77,7 %). Seuls les médicaments modifiant l'envie de boire, peu consommés (2,5 %), et sur des périodes assez courtes (moins de 6 mois : 63,1 %) sont plus souvent consommés par les hommes (5,3 % vs 1,5 % ; $p = 0,003$). Pour ce qui concerne la consommation spécifique de psychotropes, elle semble plus élevée parmi les individus dont la psychothérapie n'est pas intense (74,1 % vs 67,6 % ; $p = 0,05$). Même s'il n'était pas possible au regard de nos données de savoir si la consommation des psychotropes et le suivi de la psychothérapie furent simultanés, ce résultat semble appuyer l'hypothèse que les psychothérapies puissent jouer un rôle de substitut aux psychotropes, bien que la différence ne soit cependant pas très marquée. Par ailleurs, si l'on compare la durée du traitement psychotrope selon l'intensité de la psychothérapie, on remarque qu'elle est, en moyenne, plus longue dans le sous-groupe des psychothérapies intenses, où cette durée est de plus d'un an pour 59,1 % alors que dans l'autre sous-groupe ce pourcentage est de seulement 35 % ($p < 0,001$). La consommation de psychotropes semble plus élevée parmi les individus ayant déclaré avoir suivi plusieurs psychothérapies consécutives (85,9 % vs 65,6 % ; $p < 0,001$). De plus, la durée moyenne de traitement est également en moyenne plus élevée dans ce groupe. Quels que soient les motifs invoqués de psychothérapie, cette catégorie de médicaments est toujours largement la plus consommée.

DISCUSSION

La fréquence de recours à la psychothérapie peut sembler plus élevée dans cette enquête que dans celle que nous avons présentée sur la population française en général : 11,5 % vs 5 %. Il faut cependant tenir compte du fait que l'enquête BVA a été faite sur les 15 ans et plus sans limite d'âge alors que l'enquête MGEN a été faite sur les 20-60 ans qui sont les catégories d'âge où les psychothérapies sont les plus fréquentes, ce qui rend ces taux plus proches qu'il n'y paraît, d'autant que la population MGEN a un niveau de diplômes supérieur à celui de la population française. Or, d'autres résultats mettent en évidence que la consultation d'un spécialiste de santé men-

tales est liée au niveau d'études et à l'âge, les plus jeunes (moins de 40 ans) et les plus diplômés y ayant plus facilement recours. Dans cette enquête comme dans celle de BVA, la majorité des psychothérapies sont des thérapies individuelles. Il existe, cependant, des différences sur le type de psychothérapies : la thérapie familiale est moins fréquente dans notre échantillon, ainsi que la thérapie comportementale ; il est en revanche plus difficile de comparer pour les thérapies psychanalytiques ou de soutien car elles étaient malheureusement proposées dans la même catégorie dans l'enquête MGEN. Les motifs de psychothérapie sont aussi relativement semblables : les troubles dépressifs sont cités en premier, suivis par les troubles anxieux. Les durées sont elles aussi relativement semblables : dans les deux enquêtes la moitié environ des psychothérapies durent plus d'une année, et un quart moins de six mois ; de même, la fréquence des séances est relativement semblable, une fois par semaine ou plus dans la moitié des cas. Les niveaux de satisfaction sont eux aussi comparables puisque la grande majorité des personnes se déclarent satisfaites des résultats : 85 à 95 % déclarent que cela les a aidés dont 60 % beaucoup et durablement. La consommation de psychotropes est plus difficile à comparer car les questions ont été posées très différemment. Cependant, la prise de psychotropes chez les personnes qui ont suivi une psychothérapie est fréquente dans les deux enquêtes, ce qui semble indiquer que ces deux méthodes de soin sont plutôt utilisées de façon complémentaire. Les données présentées ici ne permettent pas d'établir les correspondances entre le besoin tel qu'il est ressenti par la personne qui a entrepris cette démarche et tel qu'il pourrait être évalué par un professionnel de la santé mentale ; elles ne permettent pas non plus d'évaluer les techniques psychothérapeutiques ni même les formations dont se sont prévalus les psychothérapeutes. Plus modestement elles permettent de décrire l'usage de ces psychothérapies tel qu'il est perçu par les personnes qui les ont suivies, les motifs invoqués et les effets qu'elles ont ressentis.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'établir qu'en France, 5 à 11,5 % de la population, suivant les enquêtes et les tranches

d'âge considérées, ont suivi une psychothérapie au cours de leur vie. Ce chiffre global recouvre en fait des disparités importantes : deux fois plus de femmes que d'hommes ont suivi une psychothérapie et c'est entre 40 et 49 ans que cette pratique semble la plus fréquente pour les deux genres, sans mentionner d'autres déterminants d'ordre socio-économique. La très grande majorité de ces psychothérapies sont faites en individuel, dans des cabinets privés ; elles durent souvent plus d'une année et ont lieu une fois par semaine ou plus. Les motifs invoqués par les personnes qui suivent des psychothérapies sont les troubles dépressifs et anxieux, mais les motifs sont multiples, et ces personnes consomment également des psychotropes ; il n'y a donc pas d'exclusive d'un de ces traitements par rapport à l'autre. La grande majorité des personnes considèrent que la psychothérapie les a aidées. S'il n'est pas question de considérer les résultats présentés comme représentatifs de la situation nationale, en raison

des caractéristiques spécifiques de la population MGEN, ils reflètent probablement une tendance générale montrant le rôle important joué par ces pratiques dans le paysage français, et soulignent l'importance d'étudier ces techniques et de réfléchir à la place qui doit leur être faite dans une politique de santé mentale. Cette étude constitue une première étape dans un domaine encore peu investigué en France. Riches des enseignements de ce travail, nous avons lancé une nouvelle enquête santé auprès de 20 000 mutualistes. Cette recherche longitudinale devrait nous permettre, entre autres, d'évaluer la robustesse de nos premiers résultats, de préciser les liens entre suivi psychothérapeutique et consommation médicamenteuse, de préciser les qualifications des professionnels consultés et d'envisager une comparaison avec les données observées dans la littérature internationale, différents aspects constituant les limites de l'étude présentée dans cet article.

ANNEXE

Présentation des principales questions utilisées pour cette étude

Cet article explore spécifiquement les données obtenues à partir des 11 questions suivantes.

I – Avez-vous déjà suivi un traitement spécifique pour un problème de santé mentale ?

II – Pour quel(s) problème(s) avez-vous entrepris ce traitement spécifique ?

Neuf modalités de réponse étaient proposées (plusieurs réponses possibles), choisies parmi une liste de termes largement utilisés par le grand public : sommeil ; tabac ; déprime ; phobies ; anxiété ; idées obsédantes ; alimentation ; alcool ; douleurs et malaises.

III – Quel genre de traitement était-ce ?

Six modalités de réponse étaient proposées (plusieurs réponses possibles) : psychothérapie individuelle, psychothérapie de soutien, psychanalyse ; psychothérapie de groupe ; psychothérapie de couple ou familiale ; autre prise en charge individuelle (psychothérapie comportementale, nutritionniste...) ; prise en charge de groupe (anciens buveurs, Weight Watchers...) ; autre traitement.

IV – Combien de temps [ce traitement] a-t-il duré ?

Quatre modalités de réponse étaient proposées : moins d'un mois ; de 1 mois à 6 mois ; de 6 mois à 1 an ; plus d'un an.

V – Quelle était la fréquence de ce traitement ?

Cinq modalités de réponse étaient proposées : sur demande ; une fois par mois ; 2 à 3 fois par mois ; une fois par semaine ; plus d'une fois par semaine.

VI – Avez-vous essayé plusieurs traitements consécutifs ?

Deux modalités de réponse étaient proposées : oui ; non.

VII – Dans quel établissement avait-il lieu ?

Six modalités de réponse étaient proposées : cabinet privé ; clinique privée ; centre de santé MGEN ; autre centre de santé mutualiste ; hôpital ; autres.

VIII – Quel a été l'effet de ce traitement ?

Trois modalités de réponse étaient proposées : amélioration encore durable ; amélioration temporaire ; aucun effet.

IX – Avez-vous été satisfait de ce traitement psychothérapeutique ?

Quatre modalités de réponse étaient proposées ; très satisfait(e) ; satisfait(e) ; insatisfait(e) ; très insatisfait(e).

X – Lors du dernier épisode, avez-vous pris des médicaments pour l'un ou plusieurs de ces problèmes ?

XI – Lesquels ?

Dix modalités de réponse étaient proposées : somnifères ; anxiolytiques ; antidépresseurs ; médicaments homéopathiques ; coupe-faim ; isoméride ; laxatifs/diurétiques ; médicaments modifiant l'envie de boire ; sédatifs ; autres médicaments – croisées avec la question « pendant combien de temps ? » ayant comme modalités de réponse : moins d'un mois ; de 1 mois à 6 mois ; de 6 mois à 1 an ; plus d'un an.

Les réponses à la question (III) permettent d'établir la prévalence de la psychothérapie, ainsi que le genre de psychothérapies suivies. Ont été considérés comme « ayant suivi une psychothérapie » les sujets ayant répondu positivement à au moins une des modalités (1) à (5) de la question (III), à l'exclusion de ceux pour lesquels la modalité (4) avait été donnée seule, en combinaison avec le seul motif « problèmes d'alimentation ». Les sujets ayant répondu uniquement à la modalité (6) (autre traitement), trop ambiguë, ont été exclus.

Références

1. BEAUMEL C, DESESQUELLES A, RICHET-MASTAIN L *et al.* La situation démographique en 2002, mouvement de la population. INSEE, résultats société n° 34, août 2004. En ligne : <http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc034.pdf> (consulté le 4 avril 2005).
2. CASTEL R. La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse. Paris : Éditions de Minuit, 1981.
3. CHAMBON O, MARIE-CARDINE M. Les bases de la psychothérapie. Paris : Dunod, 1999.
4. CLERY-MELIN P, KOVESS V, PASCAL JC. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003. En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery_melin/rapport.pdf> (consulté le 4 avril 2005).
5. DURUZ N. Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1994.
6. ENQUÊTE BVA ACTUALITÉ. La psychothérapie. Enquête réalisée en avril 2001 pour *Psychologies Magazine* et la Fédération Française de Psychothérapie. En ligne : <<http://www.bva.fr/new/archives.asp>>, (mot clé : psychothérapie, consulté le 4 avril 2005).
7. FRANK JD. The present status of outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 1979 ; 47 (2) : 310-6.
8. OTERO M. Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 2003.
9. PICHOT P, ALLILAIRE JF. Sur la pratique de la psychothérapie. *Bull Acad Nat Med* 2003 ; 187 (6) : 1191.
10. SNPPSY. Guide à l'attention de ceux qui désirent entreprendre une démarche en psychothérapie. En ligne : <<http://www.snppsy.org>> (consulté le 4 avril 2005).
11. THURIN JM, BRIFFAULT X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale* (accepté).