



Université Paris 8 - Institut d'enseignement à
distance IED

CLINIQUE & SOCIÉTÉ

Par Léonore Robieux

Maître de conférences en psychologie clinique

Cours Master 1 Psychologie clinique

DNB1ED13

Année 2020-2021

Table des matières

Introduction	5
Chapitre 1 - Le contexte : l'usage des psychothérapies dans la société française	6
1. Les troubles psychiatriques dans la population française au XXI^{ème} siècle.....	6
1.1. Des classifications selon le modèle médical	6
1.2. Les principaux troubles pris en charge en France	8
2. L'usage de la psychothérapie : chiffres et pratiques	14
2.1. Les psychothérapies en France, aujourd'hui	14
2.2. Les professionnels de la santé mentale	15
2.3. Qui sont les usagers des psychothérapies?	17
3. Un exemple de prise en charge en France : la dépression	26
4. Vécu et attentes des patient.e.s français.e.s	29
4.1. Un grand besoin d'information du public et des usagers	29
4.2. Retour et satisfaction des psychothérapies	31

Introduction

Aujourd'hui, en France, les revues consacrées à la psychologie, les ouvrages issus des théories et de la pratique cliniques tiennent une place importante dans le monde de l'édition et les rayons des librairies. Bien souvent leurs titres empreint d'optimisme et de développement individuel semblent répondre aux attentes d'un public qui souhaite y trouver comment vivre dans une société déboussolée. Ces travaux peuvent donner la sensation que la psychologie est partout et l'opportunité à certains médias de discuter le « tout psy » ! Mais, qu'en est-il vraiment de la place de la psychologie clinique dans notre société du XXI^{ème} siècle ?

Le premier chapitre de cet enseignement sera l'opportunité, pour vous, d'identifier la place de la psychologie clinique dans la société et les enjeux auxquels elle se trouve confrontée (et vous le serez dans vos stages et une fois diplômés). La place de la psychopathologie, les troubles et les pratiques, seront discutés à la lumière des classifications internationales. L'objectif y est également de mieux connaître les usagers des psychothérapies, leurs besoins et attentes pour développer des prises en charge plus en adéquation et plus individualisée. Pour illustrer ce contenu, deux vignettes s'intéresseront à deux des principaux enjeux : les psychotopes et la dépression.

Le second chapitre aura pour objectif de dresser un panorama des pratiques cliniques en France aujourd'hui. Après avoir eu une place de choix, l'approche psychanalytique est rejointe par de nouvelles théories et pratiques qui se sont développées depuis la fin de la seconde guerre mondiale et connaissent un réel essor actuellement. Il s'agira donc de présenter de façon non exhaustive les principales approches en France et de tenter de les distinguer les unes par rapport aux autres. La psychologie intégrative sera présentée comme une opportunité de concilier différentes approches mais aussi de rendre compte de l'être humain et de ces problématiques.

L'état des lieux de la psychologie clinique dans la société présenté dans ces deux premiers chapitres offre un point de vue macro sur la question, les chapitres suivants opteront pour un point de vue plus micro, plus individuel. Il s'agit alors d'identifier comment la psychologie clinique évolue au fil de l'émergence de nouveaux besoins dans la société.

Le troisième chapitre illustrera comment la psychologie clinique peut offrir des modalités de réponse aux attentes d'une société. Ici, il s'agit moins d'identifier comment la société peut être prescriptrice de soins que d'identifier comment elle peut être à l'origine de dispositifs et de moyens permettant l'essor de nouvelles pratiques. Pour illustrer cet aspect, la psychologie de la santé a été choisie en cela qu'elle tend de répondre aux besoins de santé et à ceux des personnes malades. Effectivement, face à l'essor des maladies chroniques et l'allongement de la longévité, notamment dû aux progrès de la médecine, la psychologie de la santé s'est développée en tant qu'approche du sujet atteint de maladie somatique.

Le quatrième chapitre tentera de décrire et d'identifier l'évolution des pratiques. Quel impact l'évolution de la société, son organisation et ses modalités d'échanges, a-t-il sur les pratiques cliniques ? Dans cet objectif, différentes pratiques (ex. rétablissement, téléconsultation) seront présentées pour mieux saisir l'objet des évolutions : théorie, objectif de soin, pratique ou encore rôle et positionnement.

Enfin, le cinquième chapitre permettra d'aborder la question de l'innovation en psychothérapie. En s'intéressant au développement nécessaire de nouvelles approches thérapeutiques, nous parcourrons ses prérequis mais également ses modalités de développement et les obligations auxquels nous sommes soumis.

Chapitre 1 - Le contexte : l'usage des psychothérapies dans la société française

Ce premier chapitre a pour objectif de présenter une cartographie de la santé mentale française: données épidémiologiques, critères diagnostiques, psychothérapies employées, etc. Au-delà de ces données et rapports, ce chapitre dressera un état des lieux des enjeux auxquels les professionnels de la santé mentale font face et auxquels vous aurez à faire face.

1. Les troubles psychiatriques dans la population française au XXI^{ème} siècle

Cette première partie a pour objectif d'aborder les classifications des troubles psychiatriques, leurs conceptualisations et limites. Puis, il s'agit d'identifier les troubles que prennent en charge quotidiennement les professionnels de santé mentale selon notamment leur prévalence et de soulever le questionnement des prise en charge relevant moins de la psychopathologie, de la psychiatrie que du mal être et de la détresse émotionnelle.

1.1. Des classifications selon le modèle médical

Avant de s'intéresser aux troubles psychiatriques, il est important de se souvenir que ce qui compte, avant tout, c'est le malade psychiatrique et son propre vécu ([Falissard 2013](#)). Canguilhem ([1966](#)) invite à considérer la maladie comme "une construction qui aide à penser et à prendre en charge la personne". Pour illustrer ceci Falissard (2013) précise : "Il existe donc des malades sans maladies (un patient peut présenter un tableau clinique encore non décrit) et, à l'inverse, il existe des maladies sans malades (un sujet sédentaire présentant une phobie de l'avion peut très bien ne jamais être dérangé par son trouble)."

Issues de la médecine somatique, l'approche catégorielle prend également une place importante en psychopathologie. Les catégories diagnostiques usuelles, syndrome et maladie, sont apparues moins adaptées à la psychiatrie. On a conservé le syndrome en tant que "tableau clinique": un ensemble de symptômes rencontrés ensemble (ex. la tristesse, l'anhédonie, l'insomnie et la perte d'appétit). Cependant, le statut de maladie reposant sur une étiologie et une physiopathologie (ex. trauma, infection) ne semble pas adapté aux entités psychiatriques. Alors, un concept **spécifique à la psychiatrie a été développé : le "trouble"**. Le trouble est un syndrome présentant une séquence évolutive particulière, à savoir une valeur pronostique et l'élaboration d'une prise en charge thérapeutique.

L'évaluation psychologique et le diagnostic psychopathologique ont permis de développer des connaissances sur les différents troubles notamment sur l'épidémiologie, le pronostic, la prise en charge etc. Cependant partager et comparer les connaissances des professionnels de différents pays n'aurait été possible sans des critères diagnostiques communs et une catégorisation commune ¹.

¹ Lorsque les Anglais et les Américains ont voulu faire une étude épidémiologique comparative sur la schizophrénie, ils se sont rendu compte que le nombre de patients était 4 à 10 fois plus important à New York qu'à Londres. Il ne s'agissait pas

Aujourd'hui il existe deux principaux systèmes de classification en psychopathologie : la CIM (Classification Internationale des Maladies) élaborée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) élaboré par l'APA (American Psychiatric Association).



Téléchargements gratuits en ligne des versions précédentes :

CIM-10 : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3502/cim-10_2019.pdf

DSM IV TR : <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>

Il existe des classifications alternatives au DSM et à la CIM, telles que des classifications reposant en partie sur des théories issues de la psychanalyse (ex. *classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA) et *psychodynamic diagnostic Manual* (pdM)). Mais le DSM et la CIM dominant sans conteste le diagnostic psychiatrique. Effectivement, la qualité, l'acuité des tableaux cliniques et la fiabilité des algorithmes diagnostiques de ces classifications sont incontestables, du moins pour une bonne majorité des troubles décrits. Et l'opérationnalisation, la simplification de la démarche diagnostique a facilité (1) l'approche scientifique et (2) la régulation des prises en charge par les systèmes de santé. Il ne faut pas oublier aussi que les classifications apparaissent notamment pour répondre à l'hégémonie de la psychanalyse.

Ces classifications présentent de **nombreuses similitudes et peu de différences significatives** ([Pull 2014](#)). Les similitudes relèvent d'une même approche descriptive (définition des troubles : description des caractéristiques cliniques), organisation des troubles en syndromes, ou encore de l'élaboration par consensus d'experts. Concernant les différences, on note quelques catégories absentes d'une des catégorisations (ex. personnalité narcissique est non présente dans la CIM), des regroupements différents (ex. TOC avec les troubles anxieux dans le DSM alors qu'il est à part dans la CIM), des subdivisions supplémentaires (ex. DSM donne des spécifications supplémentaires pour les troubles dépressifs), ou encore la considération du fonctionnement social, professionnel comme critère diagnostique dans le DSM. Le Tableau 1 présente une illustration de cette comparaison des deux principales classifications internationales au travers de l'épisode dépressif.

d'une réalité, mais d'un problème de définition: les critères bleuleriens étaient appliqués à New York, tandis que les critères kraepelinien l'étaient à Londres.

Tableau 1. Critères diagnostiques de l'épisode dépressif selon l'OMS (CIM-10) et selon l'APA (DSM-V)

Catégorisation	CIM -10	DSM-V
Symptômes	<p>Symptômes principaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt, absence de joie 3. Elan vital réduit, fatigabilité élevée <p>Secondaires</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concentration et attention diminuées 2. Estime de soi et confiance en soi diminuées 3. Sentiments de culpabilité ou dévalorisation 4. Perspectives d'avenir négatives et pessimistes 5. Pensées suicidaires ou actes suicidaires 6. Troubles du sommeil 7. Appétit réduit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt, absence de joie → un des deux symptômes obligatoire 3. Fatigue ou perte d'énergie 4. Réduction de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions 5. Sentiments de nullité ou sentiments de culpabilité démesurés 6. Pensées de mort ou de suicide, tentative de suicide ou planification de suicide 7. Perte de sommeil ou sommeil accru 8. Importante perte ou prise de poids, perte ou augmentation de l'appétit 9. Agitation psychomotrice ou ralentissement
Critères d'évolution	Au moins 2 symptômes principaux et 2 symptômes secondaires présents pendant au moins deux semaines	Au moins 5 des symptômes listés (incluant un symptôme obligatoire) présents pendant au moins deux semaines

Les tentatives d'opérationnaliser la psychiatrie ou la santé mentale sont souvent sources de polémique, et ces classifications n'y font donc pas exception. Les principales controverses ou résistances sont, tout d'abord, d'ordre clinique. Elles relèvent la **stigmatisation liée au diagnostic**, celle-ci majorerait les difficultés inhérentes aux troubles et auxquelles les patient.e.s font face déjà au quotidien. Les mouvements "anti DSM" dénoncent également le risque réel de **sur-diagnostic et donc de sur-médicalisation** des troubles psychiatriques par l'utilisation des outils (Di Vittorio, 2014).

Il existe d'autres analyses négatives de ces classifications, notamment celles liées au caractère incontournable de leur utilisation pour toute recherche menée en psychiatrie : le DSM est imposé par les revues psychiatriques américaines. Ces classifications sont également devenues un instrument d'enseignement, ce qui a eu pour effet d'**appauvrir la psychopathologie et d'assécher la recherche** de découpages nosologiques alternatifs.

Pour aller plus loin :

Falissard, B. (2013). L'épidémiologie psychiatrique en question: peut-on déterminer le nombre de malades mentaux dans une population?. *Topique*, (2), 41-47.

1.2. Les principaux troubles pris en charge en France

Un rapport de l'institut national de veille sanitaire (InVS) a établi un état des lieux de la prévalence de chacune des pathologies mentales et ce à partir de l'outil diagnostic Mini. Celui-ci comporte 120 questions qui permettent d'explorer 17 pathologies psychiatriques issues du DSM IV et de la CIM 10 regroupées selon les catégories usuelles suivantes :

- Les troubles de l'humeur : les épisodes dépressifs récents (dans les 2 dernières semaines, les troubles dépressifs récurrents sur la vie entière, la dysthymie sur les deux dernières années, les épisodes maniaques actuels ou passés.
- Les troubles anxieux : l'agoraphobie actuelle, les troubles paniques actuels, l'agoraphobie avec troubles paniques, la phobie sociale actuelle, l'anxiété généralisée dans les six derniers mois, l'état de stress post-traumatique (SPT) actuel
- Les conduites addictives d'alcool et de drogue
- Les syndromes d'allure psychotique: Les syndromes psychotiques isolés ou récurrents, passés ou actuels

avant-propos : Ce sont dans cette partie (1.2.) les résultats de cette vaste étude (36 000 français) qui seront présentés ,cependant, si ce n'est pas le cas, la référence est ajoutée.

1.2.1. Prévalence élevée des troubles de l'humeur, anxieux et des conduites addictives en France

La **prévalence des troubles de l'humeur, troubles anxieux et conduites addictives** (troubles correspondant à l'axe I du DSM-IV) **est élevée au sein de la population générale française** (cf. Tableau 2). La proportion de sujets affectés au moins une fois dans leur vie par un trouble dépressif, anxieux ou lié à l'alcool est respectivement de 24,1 %, 22,4 %, et 5,7 %. Au total, plus d'un tiers de la population a été touché par l'un de ces troubles. Il est même possible que ces prévalences soient sous-estimées, du fait que certains groupes d'individus à haut risque de problèmes psychiatriques étaient exclus de l'enquête, par exemple, les personnes institutionnalisées, sans domicile fixe ou présentant un problème de santé incompatible avec un entretien.

Tableau 2. Fréquence des troubles de l'axe I au sein de la population française (n = 36 000)

Caractéristiques	Population totale N (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Troubles de l'humeur			
Épisode dépressif récent	4 489 (11 %)	9 %	13 %
Épisode dépressif récurrent	2 279 (6 %)	4 %	7 %
Dysthymie	960 (2 %)	2 %	3 %
Episode maniaque	614 (2 %)	2 %	1 %
Au moins 1 tb de l'humeur	5 501 (14 %)	11 %	16 %
Troubles anxieux			
Anxiété généralisée	5 108 (13 %)	11 %	15 %
Troubles panique	1 671 (4 %)	3 %	5 %
Agoraphobie	859 (2 %)	2 %	3 %
Phobie sociale	1 712 (4 %)	3 %	5 %
SPT	1 607 (4 %)	1 %	1 %
Au moins 1 tb anxieux	8 695 (22 %)	17 %	25 %
Conduites addictives			
Alcool	1 675 (4 %)	7 %	2 %
Drogues illicites	990 (3 %)	4 %	1 %

N : effectif de l'échantillon - % : pourcentage pondéré

Lecture : 9 % des hommes présentent un épisode dépressif récent.

De plus, l'étude ESEMeD² révèle un **taux important de comorbidité psychiatrique** en France: 37,6 % chez les sujets présentant des troubles dépressifs (l'essentiel de la comorbidité correspond à des troubles mixtes anxio-dépressifs). Ce résultat alarmant démontre la nécessité d'évaluer et de prendre en compte la présence éventuelle de comorbidité dans l'organisation des soins en psychiatrie et dans la prise en charge des patient.e.s.

Enfin, l'identification de facteurs de risque personnels et environnementaux souligne de fortes inégalités sociales et professionnelles face aux troubles psychiatriques de l'axe I. Celles-ci sont systématiques, quelle que soit la nature des troubles : dépressifs, anxieux ou relatifs aux consommations de toxiques. Les troubles dépressifs et les troubles anxieux sont significativement **plus fréquents chez les femmes** (respectivement H:11%, vs. F: 16% et H:17%, vs. F: 25%). Ceux liés à l'alcool étaient significativement plus fréquents chez les hommes (H:7%, vs. F: 1,5%). Les trois types de trouble étaient moins fréquents chez les sujets âgés, les **18-29 ans présentent systématiquement les prévalences les plus fortes**. Ces troubles sont également **moins fréquents chez personnes vivant en milieu rural**. Les troubles dépressifs et liés à l'alcool étaient plus fréquents chez les sujets vivant sans conjoint. Les **catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées**, les moins favorisées, les employé.e.s et ouvrier.e.s, sont les **plus touchées**. Les autres CSP n'en sont pas, pour autant, indemnes. On observe une **prévalence de troubles plus élevée chez les personnes au chômage** présentent et notamment chez les hommes des prévalences pouvant aller à être deux fois supérieures à celles des actifs occupés. Les retraité.e.s présentent des prévalences nettement inférieures. Les résultats portant sur les inégalités sociales selon le sexe et le non emploi corroborent les résultats internationaux ([Cross-national comparisons of the pre...](#)) et européens ([Fryers et al. 2004](#)). Le Tableau 3 présente la prévalence de ces troubles selon l'ensemble de ces facteurs sociodémographiques et professionnels.

² ESEMeD : the European Study of Epidemiology of Mental Disorders conduite en Europe au cours de l'année 2000.

Tableau 3. Fréquence des troubles de l'axe I selon l'âge et la situation professionnelle au sein de la population française (n = 36 000).

Caractéristiques	Troubles de l'humeur	Troubles anxieux	Conduites addictives
Âge			
18 - 30 ans	24 %	30 %	6 %
30 - 40 ans	21 %	16 %	5 %
40 - 50 ans	22 %	26 %	4 %
50 - 65 ans	20 %	23 %	4 %
65 ans et plus	17 %	12 %	1 %
Situation professionnelle			
Actif au travail	18 %	23 %	5 %
Retraité.e	18 %	18 %	2 %
Chômeur.se	36 %	35 %	8 %
Étudiant.e	23 %	29 %	5 %
Au foyer	24 %	28 %	1 %
Catégorie socio professionnelle			
Agriculteur	9 %	14 %	3 %
Artisan – commerçant	17 %	20 %	5 %
Cadre	12 %	17 %	3 %
Prof. intermédiaires	15 %	19 %	3 %
Employé	23 %	24 %	4 %
Ouvrier	20 %	31 %	8 %

Lecture : 24 % des personnes âgées de 18 à 30 ans présentent un trouble de l'humeur.

Parmi les personnes qui déclarent un trouble de l'axe I, la fréquence de déclaration d'une gêne professionnelle, du fait de l'existence de ce trouble, se situe entre 28 % (problèmes d'alcool et de drogue chez les hommes) et 66 % (phobie sociale chez les femmes). Les conséquences sur le travail, la fréquence de la gêne occasionnée par de tels troubles sont donc **très loin d'être négligeables** : par exemple la fréquence des arrêts de travail est en moyenne de 25 %. Les artisans et commerçants sont globalement les plus gênés dans leur pratique professionnelle et malgré tout ils s'arrêtent peu de travailler. Néanmoins, ce sont les cadres qui déclarent interrompre le plus souvent leur activité professionnelle. Ceci pose clairement le problème du coût économique engendré par ces troubles ([Goetzel et al. 2002](#)), en plus des préjudices individuels.

Pour aller plus loin :

Cohidon, C., & Imbernon, E. (2009). Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 25, 259-261.

1.2.2. La schizophrénie et autres troubles psychotiques : enjeu majeur de santé publique

Les psychoses chroniques sont relativement fréquentes, elles représentent **2 à 3 % de la population française** et parmi elles la schizophrénie dispose d'une prévalence d'environ 1%. Les psychoses

chroniques, en particulier la schizophrénie, sont un enjeu majeur de santé publique de par leur retentissement ainsi que leur fréquence chez les adolescents et jeunes adultes.



Vidéo sur les symptômes et le retentissement de la Schizophrénie:

Skhizein, film d'animation de Jérémy Clapin (2008): <https://vimeo.com/36824575>

Le retentissement tant sur la vie personnelle que professionnelle est à la fois majeur et durable.

Tout d'abord, les troubles psychotiques délirants sont une cause importante de **surmortalité**. Environ 10 à 20 % des personnes atteintes de schizophrénie meurent suite à un **suicide**. Le trouble schizophrénique est également une cause de mortalité prématurée, principalement dues à l'existence de **comorbidités addictives** (alcool, tabac et drogues qui concernent respectivement 50, 80 et 30 % des patient.e.s) mais également dues aux **comorbidités somatiques** (plus d'affections cardiovasculaires, infectieuses, VIH...). Ces facteurs concourent à **abaisser d'environ dix ans** l'espérance de vie des personnes atteintes de schizophrénie .

De plus, le retentissement de la schizophrénie est également perceptible en s'intéressant à la qualité de vie des patient.e.s et de leur entourage (principalement les parents). La perte d'autonomie des patient.e.s en est un principal facteur puisque **90% des patient.e.s ne peuvent vivre seul.e.s**, dont 20 % nécessitent une hospitalisation au long cours ou un placement en MAS ou foyers médico sociaux.

Enfin, les psychoses chroniques touchent chaque année en France environ **15 000 adolescents et jeunes adultes**. Si la qualité du pronostic dépend grandement de la précocité du diagnostic, les premières manifestations sont encore trop souvent attribuées à la crise d'identité juvénile. Le dépistage est donc loin d'être effectué au début des troubles, surtout s'ils sont associés à des consommations de substances psychoactives. Le caractère préjudiciable du retard au diagnostic est probablement dû à l'aggravation des troubles cognitifs sans prise en charge thérapeutique mais aussi aux conséquences sur l'insertion sociale à une période où l'on construit son avenir professionnel et affectif.



PSYCARE est un dispositif de soin récent piloté par le Pr Marie-Odile Krebs. Il se propose de développer et de tester un ensemble d'outils afin de faciliter l'accès aux soins, d'améliorer la détection précoce et d'offrir des programmes thérapeutiques personnalisés aux jeunes patient.e.s concerné.e.s, et ce à l'échelle nationale. Les programmes d'intervention précoce développés à l'étranger ont démontré leur efficacité pour faciliter le rétablissement voire retarder l'émergence de la maladie.

1.2.3. Les troubles oubliés des classifications internationales

Chaque patient.e se présentant à un cabinet de psychologue ne présente pour autant pas un tableau clinique permettant une identification immédiate d'un trouble, intrications de différentes modalités, mal-être diffus, demande non conscientisée (cf. Tableau 6, page 22) ou encore trouble non inclus dans les nosographies actuelles.

Le burnout, syndrome d'épuisement professionnel, est une entité qui s'est invitée depuis une dizaine d'année dans l'actualité médicale et politique française et a même fait l'objet d'un rapport de la commission « Psychiatrie et santé mentale » de l'Académie nationale de médecine, pourtant il n'est jamais mentionné dans la CIM 10 ou DSM V (et même de la liste des pathologies pouvant entrer dans une prochaine édition). Le ministère de la Santé, Institut national de la santé ou encore la recherche médicale paraissent avoir délaissé cette question de santé publique au bénéfice du ministère du Travail. L'absence de politique rend alors les prises en charge complexes, les services de santé et les médecins du travail « ne sont qu'exceptionnellement sollicités » pour la mise en place de stratégies de promotion de la santé mentale le plus souvent mises en œuvre sous l'égide des ressources humaines, et plus particulièrement des relations sociales. L'absence des classifications internationales a également sa part de responsabilité en complexifiant le diagnostic et la prise en charge. Dans le DSM V, le burnout pourrait correspondre aux troubles de l'adaptation³ pour autant il n'y est pas cité ni même dans les situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique, comme les problèmes liés à la profession. En étant absent des classifications, le burnout souffre de manque de politiques en santé publique, de développement de pratiques spécifiques mais également de statistiques en terme de santé mentale et les patient·e·s souffrent de ce manque de reconnaissance.

³ Notamment le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (TAHD) décrit comme survenant en réponse à des facteurs de stress identifiables, les symptômes ne persistant pas au-delà de six mois après que les facteurs de stress aient disparu.

2. L'usage de la psychothérapie : chiffres et pratiques

Dans cette partie, nous allons, tout d'abord, tenter de décrire les psychothérapies utilisées aujourd'hui en France selon l'orientation perçue par les patient.e.s et les modalités de celles-ci. Puis, nous tenterons de décrire les usagers des psychothérapies, leurs déterminants individuels, sociodémographiques et psychopathologiques, ainsi que situationnels, offre de soins en santé mentale et prise en charge pluridisciplinaire.

2.1. Les psychothérapies en France, aujourd'hui

À l'heure de la promotion de la “démocratie sanitaire” et du souci “de protection des usagers”, il est surprenant que les chercheurs n'aient toujours pas cherché à connaître les usagers de la psychologie. Les autorités publiques ont attendu 2005 pour que le baromètre santé national de l'INPES⁴ s'intéresse à la santé mentale. Les premières données sur les usagers des psychothérapies sont récents et proviennent d'organismes privés : un sondage BVA commandité par *Psychologies magazine* (2001) et une enquête réalisée par la *Fondation MGEN* (2007).

Le manque de connaissance des usagers des psychothérapies semble d'autant plus béant qu'il y a un grand nombre d'usagers français : **4 millions de personnes** soit près d'un français de 15 à 75 ans sur 10 avait fait ou faisait actuellement une psychothérapie⁵ (Sondage BVA-2001).

Les usagers ont également été interrogés sur l'orientation de la psychothérapie suivie. La **prédominance de l'orientation psychanalytique** (“psychanalyse” ou “psychothérapie d'inspiration psychanalytique”) est alors évidente puisqu'elle représente 30% des réponses. Il y a donc 70% des psychothérapies qui ne sont pas psychanalytiques, soit :

- des thérapies humanistes ou existentielles : 17%,
- des thérapies cognitivo comportementales : 15%,
- des thérapies interpersonnelles : 15%,
- des thérapies familiales : 8%,
- et d'autres thérapies : 1%.

Le chapitre 2 a notamment pour objectif de décrire ces différentes approches.

Cependant, le manque d'information de la population générale concernant la psychologie et les psychothérapies est encore criant. Entre 20 et 41% des patient.e.s ignorent l'orientation ou la méthode utilisée par le professionnel (et 59% des patient.e.s en analyse ignorent l'obédience de leur psychanalyste (freudien, lacanien, jungien, kleinien). Il est aussi possible que la psychanalyse soit utilisée “à défaut” par les usagers pour décrire une psychothérapie à dominante verbale. Parmi les patient.e.s en “thérapie de couple” ou “thérapie familiale”, seuls 50% se rendent à leur séances avec leur partenaire ou les membre de leur famille. Le fait de parler du conjoint ou de la famille et les effets positifs sur les relations de couple ou l'équilibre familial font considérer aux patient.e.s qu'il s'agit de “thérapie de couple” ou “thérapie familiale”.

⁴ Le baromètre de santé de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) présente le résultat d'enquêtes sur les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé

⁵ Aucune définition précise de psychothérapie est précisée, cela correspond donc ici à ce que les participant.e.s nomment ainsi. (“Une cure psychanalytique” de plusieurs années pourrait pour certains ne pas être une “psychothérapie” tandis que quelques séances de conseil conjugal ou de soutien psychologique pourraient pour d'autres être une “psychothérapie”).

Parmi les personnes ayant fait une psychothérapie, 30% déclarent en avoir suivi plusieurs, mais 88% d'entre elles choisissent et conservent le même type de psychothérapie au fil de leur vie. Nous pouvons nous questionner sur les raisons et les conséquences de cette absence d'ouverture ou d'utilisation de psychothérapies par les patient.e.s en France.

La durée des psychothérapies actuelles ne correspond en rien au stéréotype de la psychanalyse et de la psychothérapie de manière concomitante, à savoir qu'elle dure plusieurs années ! Actuellement, la durée de la majorité des psychothérapies effectuées est plutôt courte, à savoir **moins de 12 mois** (50-60%, mode compris entre 2 et 6 mois), et seulement 15% des thérapies durent 3 ans et plus. La fréquence des séances ne correspond pas, elle non plus, au stéréotype de la psychanalyse (3 voire 4 séances par semaine) : 41% des psychothérapies sont hebdomadaires, 42% moins d'une séance hebdomadaire, 10% pluri-hebdomadaire. La durée des séances des thérapies semble elle corroborer à nos représentations : 90% durent moins d'une heure et se répartissent uniformément entre des durées de 30 minutes, 45 minutes et 1 heure.

Dans la grande enquête "Consumer Report", première du genre au niveau international en 1995, il est identifié que les personnes ayant suivi des thérapies au long court sont celles qui identifient le plus de bénéfices à cette pratique. Ainsi, Olfson et ses collaborateurs ([Olfson et al. 2002](#)) rapportent qu'environ un tiers des patient.e.s américains ayant eu recours à la psychothérapie n'ont eu qu'une ou deux séances, alors que les relations dose-bénéfice de la psychothérapie, en fonction des caractéristiques du patient.e, sont bien connues ([Lutz et al. 2001](#); [Holmes 1998](#)). Ces résultats ont conduit les auteurs à émettre l'hypothèse que de nombreuses psychothérapies aux États-Unis sont superficielles et d'un bénéfice limité. Il est probable que cela soit malheureusement et potentiellement vrai aussi pour la France.

2.2. Les professionnels de la santé mentale

Malgré les effets d'annonce des médias sur l'envahissement de la société par les psys, la population française générale connaît encore trop peu les "psys"! Et mêmes les patients confondent encore les différentes catégories de "psys" : psychiatre, psychologue, psychanalyste et psychothérapeute (BVA-2001). Par exemple, le fait d'avoir un entretien d'un quart d'heure avec le psychiatre à l'occasion de la prescription d'un traitement chimiothérapique est considéré par beaucoup comme une "psychothérapie". Le Tableau 4 présente les différents professionnels de la santé mentale selon leurs caractéristiques en terme de formation, compétences et rôles.

Actuellement la psychiatrie s'interroge de plus en plus sur ses dispositifs d'accueil et d'accompagnement, notamment en raison des multiples mutations (ex. diminution du nombre des médecins psychiatres, suppression des formations d'infirmiers psychiatriques, suppression de lits à l'hôpital...) imposées, et ce à l'instar de l'ensemble du système de soin en France. La place du psychologue est encore à construire dans les dispositifs de soin et notamment dans l'interdisciplinarité. Cette dernière ne se réduit pas à une juxtaposition de compétences et d'intervenants, elle réside également dans l'organisation de travail et des prises en charge. L'interdisciplinarité implique de porter un regard commun, construit et cohérent, de faire émerger un savoir global, une dynamique commune, une éthique concertée, ainsi qu'une action conjointe et coordonnée autour d'une situation en cours. Ces pratiques semblent d'autant plus importantes pour le bien être des patient.e.s, afin de donner une cohérence aux interventions, à mettre des liens et préserver une vision globale de la personne et de sa prise en charge.

Tableau 4. Les professionnels de la santé mentale

Professionnel	Formation	Compétences	Rôles en service de psychiatrie
Psychiatre	Médecin avec 4 années de spécialisation en psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Poser un diagnostic, - Prescrire des médicaments, des examens et des soins, - Décider d'une hospitalisation - Rédiger des certificats médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner, avec l'équipe pluridisciplinaire, la prise en charge globale de la personne (psychologique, somatique et sociale) - Proposer des thérapies (si cursus supplémentaire)
Psychologue	Titre professionnel par un diplôme universitaire de 3 ^e cycle, après 5 années d'études	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien psychologique - Tests psychométriques (ex. personnalité, niveau intellectuel) - Entretiens psychothérapiques - Thérapies de groupe, familiales, comportementales ou psychanalytiques, ou de la relaxation (selon la formation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à la prise en charge et au suivi des patients en psychothérapie
Psychanalyste	Majoritairement des psychiatres ou psychologues ayant suivi une formation Universitaire, une psychanalyse personnelle puis une supervision de ses premières psychanalyses. Ce titre n'a pas de reconnaissance légale.	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens psychothérapiques - Thérapies psychanalytiques 	
Psychothérapeute	Formation en psychopathologie de minimum 400hs et un stage pratique de minimum 5 mois	Thérapies de groupe, familiales, comportementales ou psychanalytiques, ou de la relaxation (selon la formation)	

Les professionnels de santé doivent enregistrer leur diplôme à la préfecture du lieu d'exercice professionnel. Cet enregistrement dans le répertoire ADELI permet de recenser les professionnels de santé actifs ayant une autorisation d'exercice légal de leur profession.
 Pour accéder au répertoires des professionnels agréés : www.ars.sante.fr

2.3. Qui sont les usagers des psychothérapies?

L'identification des usagers des psychothérapies a investigué différents facteurs sociodémographiques le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle et le lieu d'habitation.

2.3.1. Variables sociodémographiques

Le recours à la psychothérapie au cours de sa vie est notamment déterminé par différents facteurs sociodémographiques et parmi eux le principal est le sexe des individus. Les femmes sont bien plus nombreuses que les hommes à avoir recours à la psychothérapie : près de deux tiers des patients sont des patientes.

L'âge est très significativement associé au recours à la psychothérapie. Les personnes âgées de 35 à 44 ans sont celles ayant le plus recours tandis que les personnes âgées de 65 à 75 ans sont celles ayant le moins recours (cf. Figure 1).

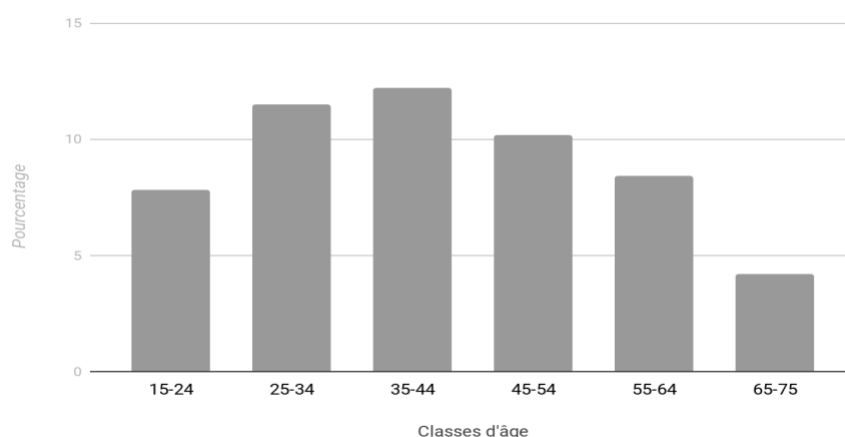


Figure 1. Recours à la psychothérapie en fonction de l'âge

Lecture : 12% des personnes de 35 à 44 ans ont recours à la psychothérapie.

Ces études précisent également l'usage de la psychothérapie par et pour les enfants, **12% des français ont au moins un enfant qui a déjà fait une psychothérapie**. Cependant, ce pourcentage est bien plus important chez les parents qui ont eux-mêmes déjà fait une psychothérapie. Un tel résultat peut s'interpréter au moins de 2 manières différentes : (1) difficultés plus grandes chez ces enfants et (2) des parents plus enclin à recourir à la psychothérapie.

Le statut matrimonial est également très fortement associé au recours à la psychothérapie. Les personnes ayant le plus recours sont célibataires, divorcées ou séparées (31%), tandis que celles ayant le moins recours sont mariées (7%). Ces résultats montrent une relation⁶ forte entre séparation et psychothérapie où la détresse émotionnelle associée à l'isolement, à la séparation dispose certainement d'un rôle médiateur. Nous pouvons également interroger le rôle modérateur, dans le sens protecteur, du mariage vis-à-vis des décompensations et notamment des troubles de la personnalité. Ainsi, le divorce pourrait augmenter voir initier le recours à la psychothérapie.

⁶ Il s'agit d'une corrélation donc pas une relation de cause à effet.

Ce même type de lien est observé entre niveau de diplôme, activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle (CSP) et recours à la psychothérapie. Tout d’abord, l’usage de la psychothérapie augmente parallèlement au niveau de diplôme, 6% des personnes non diplômées tandis que plus de 14% des BAC + 5 ou plus. De plus, 9,7% des personnes actuellement au chômage font ou ont fait une psychothérapie tandis que 6,2% des personnes qui ne sont pas au chômage. Enfin, le recours aux psychothérapies est majoritairement le fait des CSP “cadres et les professions intellectuelles supérieures”, “professions intermédiaires” et “étudiants” et, à l’opposé, la CSP “agriculteurs exploitants” est celle y ayant le moins recours. La Figure 2 présente en détails ces résultats. Différents facteurs sont susceptibles d’expliquer le recours plus important à la psychothérapie chez les personnes disposant d’un niveau d’étude et d’un niveau social élevés : capacités linguistiques, culture, capacité d’engagement, tolérance plus importante à la frustration, capacités réflexives, ressources financières, réseau social, accès à des sources d’information, lieux d’habitation dans lesquels l’offre de psy est supérieure, normes sociales du groupe d’appartenance favorables à une démarche “psy”...

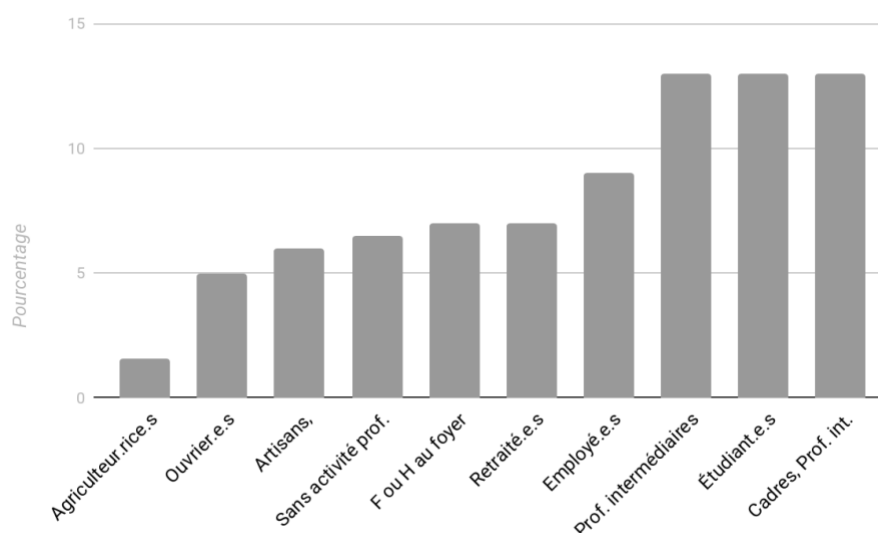
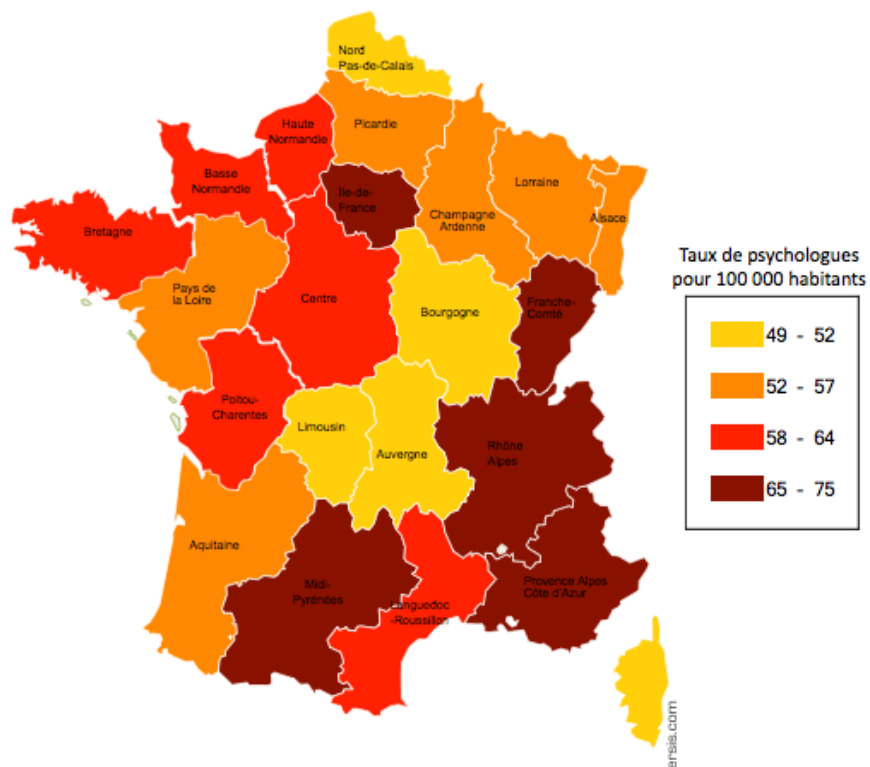


Figure 2. Recours à la psychothérapie en fonction des catégories socio-professionnelles (CSP)

Lecture : 1,6% des agriculteurs exploitants ont recours à la psychothérapie.

2.3.2. L'accès aux psychothérapies : fracture territoriale également ?

L’approche géographique des questions de santé a permis de mettre en évidence de très importantes inégalités territoriales en matière de santé (mentale et somatique) en France. Ces inégalités se sont longtemps réduites mais, depuis une vingtaine d’années, elles se creusent de nouveau et contribuent à la « fracture territoriale » ([Vigneron 2013](#)). Elles présentent une nouvelle configuration puisqu’elles ne se limitent plus à la classique opposition France du Nord/France méridionale mais se retrouvent à toutes les échelles géographiques selon un dispositif général “centre/périphérie”. La Figure 3 présente sur la base des résultats de (Plancke, 2013) une représentation du nombre de psychologues parhabitant pour chaque région française (exceptée l’outre mer).



pas oublier le rôle d'appel de la prescription des psychotropes et qu'ils peuvent et sont souvent la porte d'entrée dans une dynamique curative où la psychothérapie joue un rôle prépondérant.

Face à la détresse émotionnelle, le constat est malheureusement toujours le même : le patient.e se sent isolé.e et peine à identifier un interlocuteur dans une offre variée de soin et un sujet encore trop souvent tabou.

La consommation de psychotropes en France

Afin d'illustrer les enjeux des prises en charge aujourd'hui en santé mentale, je vous propose de faire un arrêt sur la consommation de psychotropes en France. Effectivement son importance, son accès premier, sa prescription par des professionnels qui sont loin d'être exclusivement issus de la santé mentale ou encore ses déterminants individuels et situationnels, la consommation de psychotropes permet d'identifier des usagers plus fragiles mais aussi des difficultés de prises en charge et de collaboration multidisciplinaire.

En 2010, **35,1 % de la population française** âgée de 18 à 64 ans déclarait avoir expérimenté les médicaments psychotropes ([Beck et al. 2013](#)) et près d'un quart de la population française (24,5 %) a eu au moins une ordonnance avec au moins un médicament psychotrope au cours de l'année ([Weill et al. 2004](#)). Le Tableau 5 permet également d'identifier la place prépondérante de l'expérimentation des psychotropes en comparaison aux autres substances psychoactives, telles que l'alcool et le cannabis.

Tableau 5. Expérimentation des substances psychoactives chez les 18-64 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en France métropolitaine en 2010 (n = 27 653)(Beck et al.,2012)

	Ensemble N=21 818	18-25 ans N=2 899	26-44 ans N=9 240	45-64 ans N=9 679	Hommes N=9 866	Femmes N=11 952
Alcool	94,9	91,8	94,1	96,7	96,5	93,3
Tabac	78,3	76,3	79,6	77,9	82,7	74,2
Médicaments psychotropes^b	35,1	23,2	31,9	43,0	26,9	42,8
Cannabis	32,9	47,3	44,1	16,7	40,6	25,4
Poppers	5,3	10,8	7,2	1,5	7,2	3,4
Cocaïne	3,8	6,0	5,4	1,5	5,5	2,2
Champignons hallucinogènes	3,2	4,9	4,6	1,2	4,9	1,6
Ecstasy	2,7	4,2	4,4	0,4	4,0	1,4
Colles et solvants	1,9	2,7	2,6	0,9	2,7	1,1
LSD	1,8	2,1	2,3	1,1	2,7	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	2,1	1,3	2,2	1,3
Héroïne	1,2	1,4	1,8	0,7	1,9	0,6

La consommation de psychotropes⁷ en France est particulièrement inquiétante, notamment pour trois principales raisons. Premièrement, la prescription française de psychotropes est **la plus importante au monde**, par exemple 3 fois plus qu'en Allemagne et en Angleterre. Deuxièmement, ce sont très largement (90% des cas) les médecins généralistes qui sont les prescripteurs de médicaments psychotropes ([Weill et al. 2004](#)). Troisièmement, les patients prennent leur traitement psychotrope

⁷ Sont pris en compte les antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs et neuroleptiques.

en moyenne **pendant 7 ans et demi** du fait de l'accoutumance et des prescriptions successives par différents praticiens.

Plus précisément, d'après les données du [Baromètre santé](#), on peut estimer qu'en 2010 les anxiolytiques, les somnifères (hypnotiques) et les antidépresseurs sont les médicaments les plus consommés, avec une prévalence d'usage légèrement plus importante pour les anxiolytiques. Les femmes sont environ deux fois plus consommatrices que les hommes. Le nombre de consommateurs augmente avec l'âge pour se stabiliser aux alentours de la soixantaine (55-64 ans). Pour plus de détails, la Figure 4 présente l'évolution des consommateurs de psychotropes au cours de l'année et au cours de la vie selon le sexe et âge des participants. Nous pouvons cependant souligner l'absence de lien entre la prévalence de consommation de médicaments psychotropes avec la situation professionnelle (en activité professionnelle versus chômage) ainsi qu'avec les territoires.

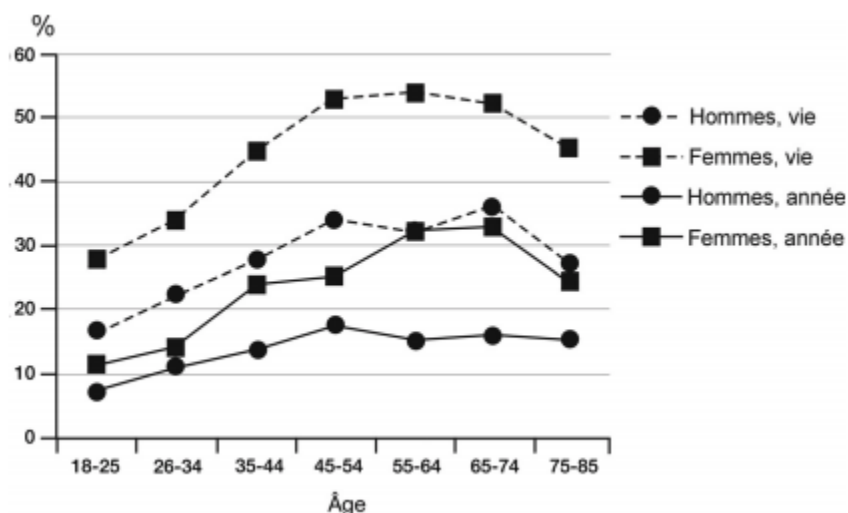


Figure 4. Prévalence de sujets consommant des médicaments psychotropes au cours de la vie et au cours de l'année selon le sexe et les classes d'âge (Beck et al., 2012)

- *Motifs de consultation*

Les personnes ayant eu recours à une psychothérapie invoquent différents motifs de consultation présentés dans le Tableau 6 (les participants pouvaient invoquer plusieurs motifs de consultation). L'origine du motif de recours à la psychothérapie identifiée par les patients est très massivement interne. Effectivement, plus de la moitié expriment des souffrances psychiques, qu'il s'agisse de dépression, angoisse ou mal-être. Tandis que pour d'autres la prend source dans un événement (ex. deuil, problème conjugal, licenciement, difficulté professionnelle).

Tableau 6. Motifs exprimés par les patient.e.s pour leur première consultation de psychothérapie

Rang et Fréquence	Motif	Sous - motif
1. 55%	Mal-être	Dépression (51%) Angoisses et anxiété (44%) Attaques de panique (13%) Phobies (8%) TOC (6%)
2. 23%	Problèmes relationnels	Liés à la famille (49%) Liés au couple (40%) Liés au monde professionnel (23%)
3. 22%	Traumatisme	
4. 13%	Mieux se connaître	
5. 10%	Problèmes de santé somatique	Troubles du sommeil (60%) Douleurs (26%) Liés à l'alimentation (24%) Troubles sexuels (7%)

Lecture : 55% des patient.e.s ont entrepris une psychothérapie "à cause d'un sentiment de mal-être", dont 51% détaillent des symptômes dépressifs.

- *Sévérité de la symptomatologie*

Pour 66% des personnes les troubles étaient jugés très graves ou plutôt graves. Au-delà de cette évaluation subjective de la sévérité des troubles, des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature par évaluation psychologique. [\(Briffault et al. 2008\)](#) ont souligné combien il est différent selon la symptomatologie psychopathologique. Le principal facteur associé au recours à la psychothérapie est effectivement la "sévérité" des troubles mentaux : plus le trouble est sévère plus la part de personnes ayant recours à la psychothérapie est importante (cf. Tableau 7).

Tableau 7. Taux de recours à la psychothérapie par rapport aux variables socio-démographiques et à la sévérité du trouble mental (Briffault et al. 2008)

	No disorder N = 3,244	Single disorder N = 1,794	Two or more disorders N = 518	Total N = 5,557 ^a
All groups without distinction***	2.6%	20.3%	39.6%	11.8%
Gender	***	**	NS	***
Male	1.8%	16.6%	41.0%	7.5%
Female	3.6%	21.9%	39.0%	15.1%
Age group	**	NS	NS	***
18-39 years	2.0%	18.5%	40.1%	9.8%
40-49 years	4.1%	22.8%	39.0%	14.4%
+Than 50 years	2.2%	19.6%	39.9%	11.7%
Educational qualifications	NS	*	**	NS
Lower high school	2.3%	18.2%	34.4%	11.2%
Upper high school and higher education	2.9%	22.5%	47.3%	12.3%
Marital status	***	***	***	***
Married/with partner	2.0%	18.4%	32.7%	9.5%
Single	3.5%	18.7%	55.2%	14.0%
Separated/divorced/widowed	7.6%	32.6%	48.0%	25.6%

^a χ^2 Tests to compare each level: NS: Non-significant; *P < 0.05; **P < 0.01; ***P < 0.0001

^a Differences with the global sample size are due to missing data regarding some diagnoses

Parmi les personnes ne souffrant pas de troubles mentaux, le recours à la psychothérapie est plus élevé chez les femmes, dans la tranche d'âge 40-49 ans, et chez les personnes séparées ou divorcées, alors qu'aucune association n'est observée avec le niveau d'instruction. En revanche, si l'on considère les individus présentant une comorbidité, les effets du sexe et de l'âge disparaissent, et les individus plus instruits et les personnes seules ont plus fréquemment recours à la psychothérapie. Ce résultat suggère que l'utilisation du système de soins psychothérapeutiques tend à impliquer des personnes qui en ont réellement besoin, en ce sens qu'elle **concerne avant tout l'état clinique plutôt que des caractéristiques sociodémographiques**.

Certains événements traumatisants vécus dans l'enfance (ex. avoir eu un parent souffrant d'une maladie, d'un handicap ou d'une maladie mentale, ou avoir vécu un conflit grave entre ses parents) peuvent également jouer un rôle de prédisposition, et ce bien plus que le vécu d'un décès ou de la séparation.

- Professionnels de santé mentale ayant pris en charge les patient.e.s

En 2003, en France, 1,2 million de français et françaises (soit 2% de la population) ont consulté un.e psychiatre, un.e psychologue ou un.e psychanalyste, selon la répartition suivante : 509 000 ont consulté un.e psychiatre, 464 000 un.e psychologue et 351 000 un.e psychanalyste.

Nous pouvons distinguer les patient.e.s de ces professionnels selon différents critères : âge, motif de consultation, conscience du trouble.

Les adultes de 30 à 59 ans se tournent davantage vers les médecins psychiatres lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé mentale, alors que les jeunes se tournent davantage vers des psychologues (75% des moins de 20 ans qui consultent). Concernant cette population de jeunes, 20% des patient.e.s ont leur première consultation avant 6 ans.

Les motifs de consultations des psychiatres sont en grande majorité des patient.e.s présentant un trouble psychique et des difficultés sociales, tandis que l'on retrouve le plus fréquemment la détresse psychologique, un trouble de santé non psychique (maladie, hospitalisation, consultation spécialisée) et difficultés scolaires comme motif de consultation d'un.e psychologue.

Les psychothérapies sont mises en œuvre très majoritairement par des médecins psychiatres et psychologues. Ceci est d'autant plus important que le débat sur la législation relative à la psychothérapie avait suggéré une place importante des psychothérapeutes ni médecin ni psychologue qui semblent en réalité représenter 10% des praticiens (LeBreton-Lerouvillois, Gilbert et al, 2007).

Les médecins généralistes sont, de loin, en première ligne pour les problèmes de santé mentale et notamment lorsque les français.es sont questionnés sur leurs intentions face à un problème de santé mentale ([Kovess-Masféty et al. 2007](#)) (cf. Tableau 8).

Tableau 8. Fréquences des intentions et opinions relatives à l'aide sollicitée face aux problèmes psychologiques (Kovess-Masféty et al. 2007)

Professionnels	<i>Qui iriez-vous voir en première intention?</i>	<i>Si vous souhaitiez une psychothérapie, qui iriez-vous voir ?</i>
Médecin généraliste	58 %	22 %
Psychiatre	15 %	22 %
Psychologue	15 %	23 %
Ami / Membre de la famille	7 %	-
Autre	4 %	17 %
Ne sait pas	2 %	15 %

Dans cette vaste étude, les auteurs ont exploré deux déterminants de l'intention de recherche d'aide face à un problème de santé :

1. Sexe : les femmes sont deux fois plus susceptibles de suivre les conseils d'un.e médecin généraliste à consulter un.e professionnel.le de santé mentale (psychiatre ou psychologue). Elles consultent plus fréquemment un.e psychologue tandis que les hommes, eux, consultent plus un.e psychiatre.
2. **Soutien social** : D'une part, les personnes ayant un faible niveau de soutien social⁸ préfèrent clairement les psychologues aux médecins généralistes, mais aussi les psychologues aux psychiatres. Cela semble illustrer une préférence pour parler de ses difficultés par rapport à une approche plus médicale. D'autre part, les personnes qui ne préfèrent pas la psychothérapie bénéficient d'un soutien social fort voire modéré. Ceci peut également être interprété comme une dépendance à l'égard de leur réseau pour résoudre les problèmes.

De plus, il est important de souligner que les personnes ne favorisent pas, pour leurs prises en charge, les psychiatres par rapport aux psychologues. Ainsi, les obstacles à la recherche d'aide auprès des professionnels de la santé mentale semblent dépendre davantage des connaissances, des croyances et de la stigmatisation que des ressources financières.

⁸ faible niveau de soutien social : moins de possibilité de compter sur des ami.e.s ou membres de la famille. Pour plus d'informations sur le soutien social : Lexique

Ces observations ont différentes implications et présentent de réels avantages pour la prise en charge psychologique :

- Soutenir les médecins généralistes dans leur rôle de premier contact et “point d'entrée” dans le système de soins en santé mentale. C’est un réel avantage pour la prise en charge psychologique car ces médecins ont une bonne connaissance de leurs patients et que ces derniers affirment qu'ils observent les recommandations de leurs médecins, notamment s'ils invitent à consulter un.e psychologue. Cependant, cela renvoie à la question de la formation des médecins généralistes en psychiatrie et à celle de la relation entre les systèmes de soins primaires et secondaires, qui pourrait être améliorée par des approches en réseau pour faciliter les contacts et réduire la réticence des médecins généralistes à faire appel à des psychologues.
- Développer des campagnes d'information à destination de la population générale sur les soins en santé mentale et sur la différence entre psychiatres, psychologues et psychothérapeutes mais aussi sur les différentes options de traitement possibles. De telles interventions permettraient également d'éduquer le public à la santé mentale et de réduire les préjugés.

L'identification d'inégalités en matière d'accès aux prises en charge psychothérapeutiques, de parcours de soin complexes et n'incluant pas forcément l'expertise en santé mentale, et le manque frappant d'information dans la population française concernant la santé mentale soulignent le besoin de communiquer, d'éclairer et de développer nos pratiques en tant que psychologues. Afin de rendre ses enjeux plus palpables, s'il le faut, nous les illustrerons par la prise en charge de la dépression en France aujourd'hui. Ce choix est motivé par la connaissance de ce trouble et sa prévalence dans la population française.

3. Un exemple de prise en charge en France : la dépression



crédits : Inserm

On estime que près d'une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie. Et selon le Baromètre Santé 2017⁹, une personne sur dix âgée de 18-75 ans déclare avoir vécu un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois. La dépression peut toucher n'importe quelle catégorie de la population : adultes, personnes âgées et enfants. La prévalence de la dépression est comprise entre 11,2 et 11,4% pour les 15-44 ans, puis diminue progressivement avec l'âge pour atteindre 8,4 % des personnes parmi les 55-64 ans et 5,5 % parmi celles âgées de 65-75 ans. Ces chiffres sont en augmentation depuis 2010, notamment dans les catégories de la population où les chiffres étaient déjà parmi les plus élevés, comme les femmes, les personnes de 35-44 ans et les chômeurs. Outre la prévalence, les personnes atteintes de dépression représentent un enjeu de santé de par la fréquence des rechutes¹⁰ et récidives¹¹ : 80%. Ainsi la qualité de la prise en charge, la nature des traitements mis en œuvre et l'observance thérapeutique sont déterminants pour le pronostic de trouble dépressif caractérisé. La Figure 5 détaille l'évolution de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé en France.

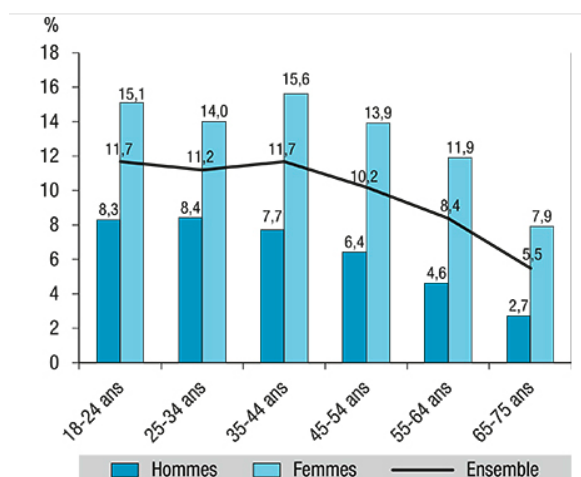


Figure 5. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé déclaré au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en France métropolitaine et en 2017 (Baromètre santé 2017, Santé publique France)

Pour aller plus loin :

Baromètre santé 2017 de l'INPES

⁹ Pour consulter le [baromètre 2017 complet](#)

¹⁰ au cours du traitement

¹¹ après une rémission

La situation de la prise en charge des troubles dépressifs en France souffre encore de difficultés d'accès aux informations, aux soins et d'un manque d'actions de prévention. Effectivement, 39 % des personnes présentant un trouble dépressif n'ont consulté ni professionnel de santé généraliste ou spécialiste ni service spécialisé ni suivi une psychothérapie ([Beck et al. 2013](#); [Beck and Guignard 2012](#)). Cependant cette part de non recours est en baisse significative (non-recours en 2005 : 63 %) ce qui est un signe encourageant pour la qualité de la prise en charge de la dépression en France.



L'application STOP BLUES : un dispositif de prévention de l'épisode dépressif majeur

Un site et une application ont été récemment développés par une équipe de l'Inserm. Il s'agit d'un outil de prévention du mal-être psychologique, puisque s'il n'est pas reconnu celui-ci peut conduire à des troubles plus sévères comme un épisode dépressif majeur voire même un suicide. Ces médias offrent de l'information, des outils d'évaluation pour comprendre et prendre conscience de ses troubles et des recommandations et informations pour s'orienter ou aider une personne en difficultés. Il s'agit d'un exemple d'outil dans la veine de la démocratie sanitaire, des patient.e.s partenaires : permettre au patient.e d'être actif dans la prise en charge, développer son autonomie.

En France, deux tiers des médecins généralistes de ville sont confrontés chaque semaine à des patient.e.s présentant un état dépressif ([Dumesnil et al. 2012](#)). Et cela est normal aux vues de la prévalence de la dépression en France. Au-delà de la simple inclinaison des patient.e.s, les médecins généralistes sont également responsables de la nature de la prise en charge développée pour tel.le patient.e. Malgré la recommandation de l'usage des psychothérapies dans les manuels de bonnes pratiques à destination des médecins¹², trop peu d'entre eux recommandent à leurs patient.e.s souffrant de symptômes dépressifs de s'orienter vers une prise en charge conjointe avec un.e psychologue. La Figure 6 souligne les prises de décisions des médecins généralistes concernant ne serait ce que l'avis d'un.e professionnel.le spécialisé.e en santé mentale et ce chiffre alarmant : 89% des médecins généralistes débutent une prise en charge de dépression sans demander et sans intention de demander un avis à d'un.e professionnel.le spécialisé.e en santé mentale.

¹²https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf

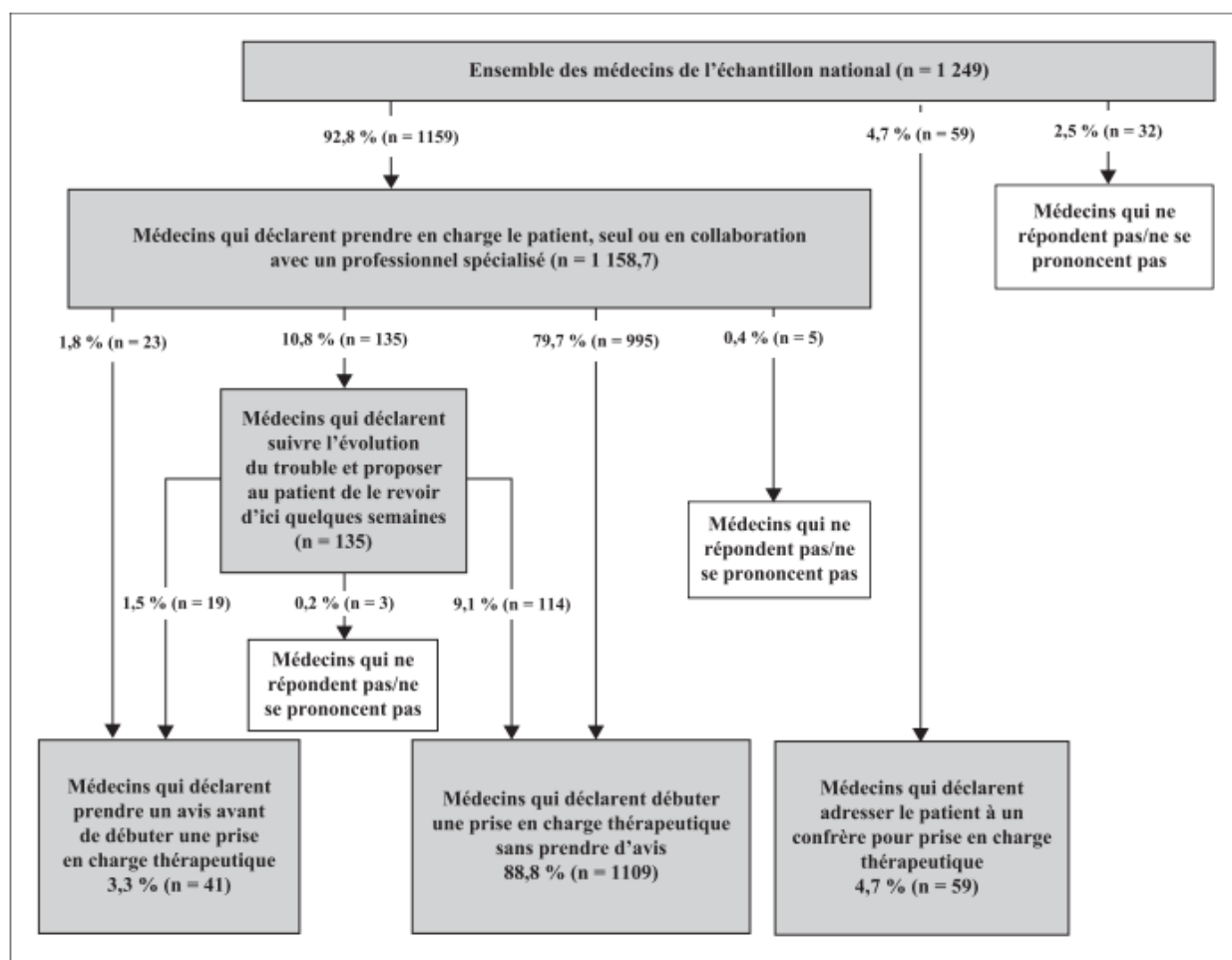


Figure 6. Prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de dépression (Dumesnil et al. 2014).

Lecture : 93% des médecins déclarent prendre en charge le patient, seul ou avec la collaboration d'un professionnel spécialisé. Parmi eux 96% déclarent débuter une prise en charge thérapeutique sans prendre d'avis.

Les traitements actuels de la dépression apparaissent très efficaces, ils permettent effectivement d'améliorer, voire de guérir, les épisodes dépressifs caractérisés, dans près de 70% des cas. Aux vues du taux de récurrence ou de rechute, il est primordial de porter attention à la prise en charge du premier épisode dépressif et des suivants. Les traitements ont deux objectifs : (1) la réduction des symptômes et de leurs conséquences fonctionnelles, et (2) la prévention de rechutes et récurrences ultérieures.

Les principaux traitements des épisodes dépressifs majeurs (EDM) sont les antidépresseurs et la psychothérapie. La psychothérapie est recommandée pour le traitement de tous les épisodes dépressifs caractérisés, en association avec les médicaments antidépresseurs. Concernant les antidépresseurs, il existe différentes classes thérapeutiques (les imipraminiques, les IMAO, et les ISRS, IRSN...¹³ Le choix

¹³ La phase d'attaque du traitement consiste à prendre ces médicaments régulièrement pendant 6 à 12 semaines pour traiter la phase aiguë de la dépression. Leur efficacité n'est pas immédiate : l'amélioration des symptômes s'observe le plus souvent après un minimum de 2 à 4 semaines de traitement. Le traitement doit être prolongé par une phase de consolidation de 4 à 9 mois visant à maintenir le bénéfice et réduire le risque de rechute. Au total, le traitement d'un premier épisode doit durer au minimum 1 an. Les épisodes dépressifs sont d'autant plus difficiles à soigner que les épisodes précédents ont été nombreux. Lorsqu'un.e patient.e a présenté au moins deux épisodes dépressifs antérieurs, surtout s'ils ont été sévères, le traitement du nouvel épisode doit se prolonger par une phase d'entretien de plusieurs années visant à éviter la survenue d'un nouvel épisode. De manière générale, après 8 semaines d'un traitement médicamenteux bien conduit, un tiers des patient.e.s présentent une rémission complète des symptômes, un tiers des patient.e.s présentent une rémission partielle et un tiers ne répondent pas du tout au traitement.

entre ces différentes familles de molécules dépend du profil du patient.e, des symptômes, des comorbidités, de la tolérance du médicament, ainsi que des antidépresseurs préalablement reçus. Confronté à la récurrence d'un EDM suite à un premier traitement (médicamenteux et/ou psychothérapeutique), les alternatives possibles sont l'adaptation pharmacologique (modification de la posologie, modification de l'antidépresseur, association d'un autre antidépresseur), la mise en place d'une approche de psychothérapie longue (type TCC) voire même, dans certains cas, le recours à d'autres traitements biologiques comme la stimulation magnétique transcrânienne (r-TMS) ou l'électroconvulsivothérapie (ECT).

Face à la dépression, l'enjeu actuel tant du point de vue de la clinique que de la recherche en psychopathologie, est d'identifier des marqueurs de réponse aux traitements qui permettraient de choisir d'emblée la bonne stratégie thérapeutique pour chaque patient.e et de proposer des prise en charge pluridisciplinaire coordonnée et individualisée. (Le rapport N°2019-002R de l'Inspection Générale des Affaires Sociales¹⁴ tente de faire un état des lieux et des conditions possible d'évolution à la prise en charge coordonnée des troubles psychiques. Il aborde la question de la mobilisation des psychologues libéraux dans la prise en charge des troubles psychiques et y envisage un remboursement des séances par l'assurance maladie.)

Développement des *Mood Centers* en France

Grâce à une approche intégrée, transversale et pluridisciplinaire de la maladie, les *Mood Centers* anglo-saxons constituent un dispositif démontré comme efficace dans la prise en charge de la dépression. Le service hospitalo-universitaire de psychiatrie et d'addictologie de Bicêtre est le premier centre à avoir engagé cette mutation en France, avec la volonté de créer un réseau national offrant la même approche.

4. Vécu et attentes des patient.e.s français.e.s

Dans l'objectif de développer des prises en charge individualisées des personnes présentant des troubles de la santé mentale, il est primordial de s'intéresser aux vécus des usagers actuels et de ceux qui pourraient le devenir. Puis, il sera temps de rendre compte de la satisfaction des usagers français.

4.1. Un grand besoin d'information du public et des usagers

Comme souligné précédemment, la population générale française apparaît comme très mal informée vis-à-vis de la psychologie en général.

Le grand public s'estime très mal informé vis-à-vis des problèmes psychiques. La Figure 7 présente des résultats de l'étude conduite par la MGEN en 2014, ceux-ci soulignent des grandes différences entre le manque crucial d'information en santé mentale et l'impact des campagnes de prévention visant les substances psychoactives (alcool et drogue).

¹⁴ https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf

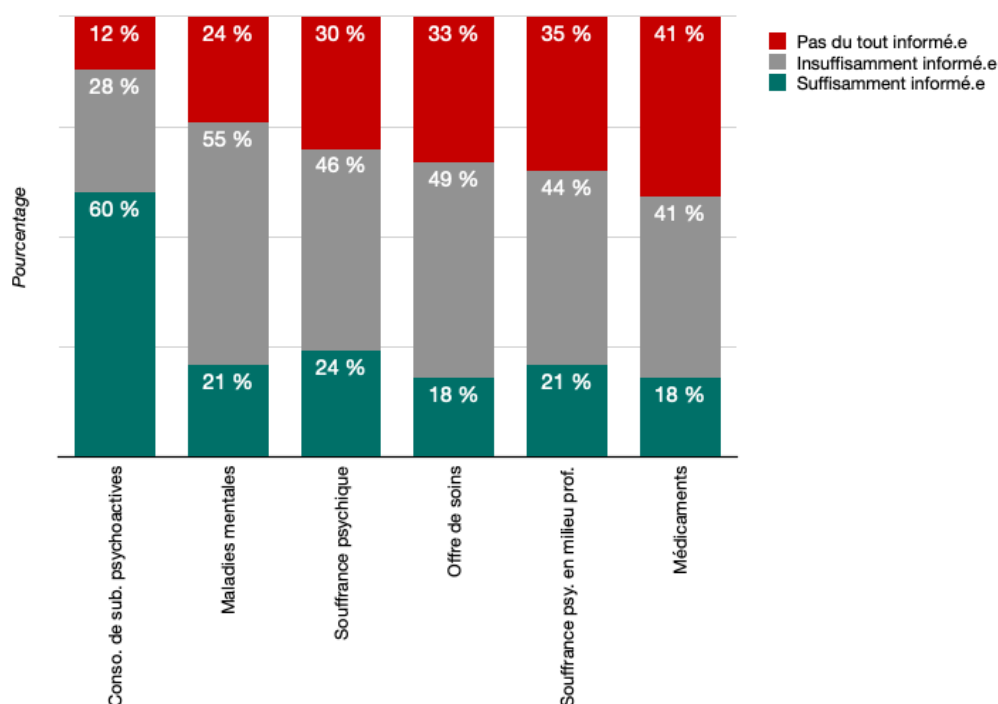


Figure 7. Niveau d'informations perçu vis-à-vis de la santé mentale (MGEN, 2014)

Lecture : Concernant les risques liés à la consommation de substances psychoactives, 60% des personnes interrogées estiment être suffisamment informées, 28% insuffisamment et 12% pas du tout informées.

Les français.e.s connaissent mal les professionnel.le.s et confondent encore psychiatre, psychologue, psychanalyste et psychothérapeute. Avoir un entretien d'un quart d'heure avec le psychiatre pour la prescription d'un traitement médicamenteux est considéré par beaucoup de patient.e.s comme une « psychothérapie ». Le manque d'information représente un des principaux freins à la consultation des psychologues et psychiatres.

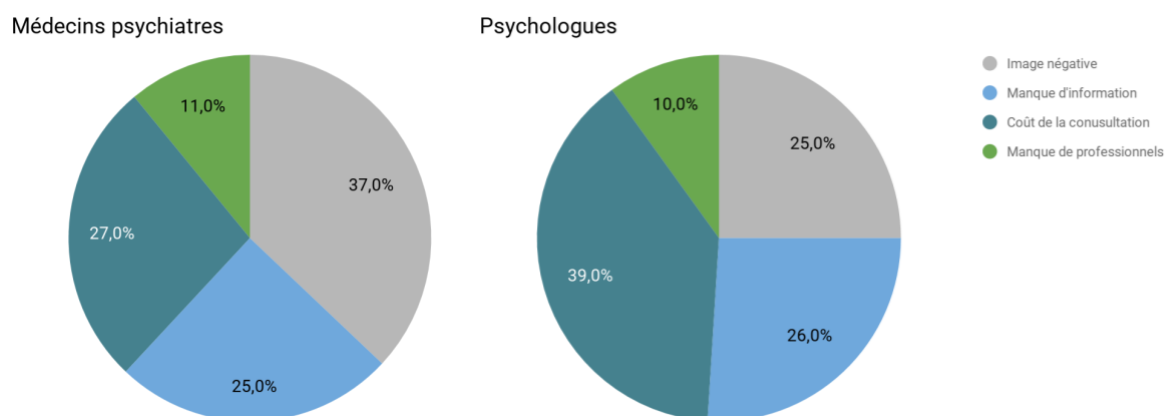


Figure 8. Freins à la consultation de psychiatre et psychologue (MGEN, 2014)

Lecture : 39% des personnes interrogées estiment que le coût de la consultation est le principal frein à la consultation d'un.e psychologue.

Une étude française s'est intéressée à la représentation sociale des psychologues dans la population tout venante, des professionnels de santé et des psychologues eux-mêmes ([Marchetti 2010](#)). L'auteur met en évidence l'identification par les professionnels et patients de l'unicité du cadre, de l'objet et des tâches du travail de psychologue et son apport notamment dans une activité pluridisciplinaire. Cependant et amèrement, certains collègues (éducateurs, infirmiers...) travaillant au quotidien avec des psychologues, certains usagers des psychothérapies ont une vision abstraite du travail des psychologues voire même négative. Pour ceux-là le psychologue se confond avec le psychanalyste, mais aussi plus durement avec le charlatan, et son travail associé de façon univoque avec la folie. Cette vision erronée et particulièrement désagréable doit au-delà du manque d'information nous questionner sur notre responsabilité vis-à-vis des représentations actuelles.

CHAPITRE V- LE PSYCHOLOGUE ET LA DIFFUSION DE LA PSYCHOLOGIE

Article 32 : Le psychologue a une responsabilité dans la diffusion de la psychologie et de l'image de la profession auprès du public et des médias. Il fait une présentation de la psychologie, de ses applications et de son exercice en accord avec les règles déontologiques de la profession. Il use de son droit de rectification pour contribuer au sérieux des informations communiquées au public.

Article 33 : Le psychologue fait preuve de discernement, dans sa présentation au public, des méthodes et techniques psychologiques qu'il utilise. Il informe le public des dangers potentiels de leur utilisation et instrumentalisation par des non psychologues. Il se montre vigilant quant aux conditions de sa participation à tout message diffusé publiquement.

Code de déontologie des psychologues

Même les patient.e.s considéré.e.s comme des usagers de la santé mentale souffrent effectivement d'un manque d'information. Tout d'abord, 41 % des patient.e.s ignorent l'orientation et la méthode de leur thérapeute, et 59 % des patient.e.s en analyse ignorent l'obédience de leur psychanalyste (freudienne, lacanienne, jungienne, kleinienne). Autre exemple criant de la méconnaissance des patient.e.s : parmi ceux se considérant en « thérapie de couple » ou « thérapie familiale », seuls 50 % se rendent à leurs séances avec leur partenaire ou avec un membre de leur famille ! Ainsi, "parler" du conjoint ou de la famille et puisque cette thérapie améliore les relations de couple ou l'équilibre familial permet au patient.e de se considérer en thérapie « de couple » ou « familiale ».

Il est indispensable que les psychologues interviennent au quotidien auprès des partenaires professionnels et des patient.e.s pour expliciter et clarifier leurs rôles, choix, méthodes, activités... Mais il est également temps aujourd'hui de réfléchir à un moyen de s'exprimer collégialement auprès des instances dirigeantes et des médias français et ce malgré, ou plutôt avec, les différences théoriques et pratiques. Cette variété des pratiques et orientations est tant une richesse qu'un frein à la compréhension, l'offre de formation universitaire restitue d'ailleurs très bien cette richesse et combien une plus grande lisibilité est nécessaire aujourd'hui.

4.2. Retour et satisfaction des psychothérapies

69% des patient.e.s français justifient l'arrêt de leur thérapie par le fait qu'ils « se sentaient mieux ». Plus précisément, 38% de patient.e.s en fin de thérapie estiment qu'aujourd'hui, « ils se sentent mieux » et 33% « voient les choses différemment ». Les consultations ont donc contribué à apaiser un mal-être, et ont offert la possibilité d'envisager d'autres perspectives, une occasion d'envisager leur propre vie autrement. A cette même question, 18% ajoutent qu'ils « se connaissent mieux », 16% qu'ils ont « davantage confiance en eux » et qu'ils ont « moins d'angoisses et de stress ». Plus globalement, 62% considèrent que leur psychothérapie les a « aidés ». Dans le détail, 31% déclarent que cela les a « beaucoup aidés » et 31% « assez aidés ». Mais cela ne marche pas à tous les coups : 25% jugent que cela les a « un peu aidés » et 13% que cela ne les a pas du tout aidés.

Il est également probable que le type de psychothérapie auquel on a recours, et la pertinence de celle-ci, soient également déterminés par des facteurs sociodémographiques et symptomatologiques.

Pour résumer...

Selon les données épidémiologiques, le “patient-type” des psychothérapies est une femme, dans les âges moyens de la vie, séparée ou divorcée, vivant sans conjoint.e, de niveaux socio-professionnel et éducatif élevés, vivant dans une grande ville comme Paris. Elle présente des symptômes dépressifs ou anxio-dépressifs à l’origine d’un mal-être subjectif. Ces différentes modalités augmentent la demande de psychothérapie, et favorisent la décision de recours et l’accès aux psychothérapies (connaissances, confiance en son efficacité, contrôle perçu de l’information, disponibilité d’une offre de soin à proximité...).

La “psychothérapie - type” correspond à une thérapie brève et relativement peu onéreuse, coût aux alentours de 800€. Sur la base des indications de durée et de fréquences, il apparaît que le modèle psychanalytique et plus encore celui de la cure type qui demande plusieurs années de séances pluri-hebdomadaires est loin d’être dominant.

La psychothérapie apparaît aujourd’hui comme une pratique entrée dans les mœurs françaises, cependant elle reste moins employée que les psychotropes.

Malgré une appréciation globale très positive des psychothérapies par les usagers, le manque d’informations de la population générale sur la santé mentale et son offre de soins alertent sur l’égalité d’accès aux soins face à des besoins psychologiques grandissant. 80 000 usagers par an, nous sommes très loin du fantasme d’un envahissement du “tout psy” dénoncé par nos détracteurs. De plus, les psychothérapies sont très majoritairement réalisées par des psychologues et psychiatres. Ceci doit nous questionner sur l’urgence à légiférer le titre de psychothérapeute et l’absence encore aujourd’hui de travaux conséquents sur les contenus de formation, méthode d’évaluation et de contrôle à mettre en place afin d’améliorer ce qui semble fonctionner plutôt bien pour les usagers.

Références bibliographiques

- Beck, F., & Guignard, R. (2012). La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de L'homme*, 42(1), 43–45.
- Beck, F., Guignard, R., Léon, C., & Richard, J.-B. (2013). Atlas des usages de substances psychoactives 2010. *Analyses Régionales Du Baromètre Santé de l'Inpes. Saint-Denis: Inpes, Coll. Études Santé Territoires*.
- Briffault, X., Sapinho, D., Villamaux, M., & Kovess, V. (2008). Factors associated with use of psychotherapy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 165–171.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. <http://www.normalesup.org/~sage/Reflexions/Sciences/GCnormalPatho.pdf>
- Cohidon, C., Imbernon, E., & Gorldberg, M. (2009). Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *American Journal of Industrial Medicine*, 52 (2), 141–152
<https://doi.org/10.1002/ajim.20656>
- Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. (2000). *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413–426.
- Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., Mikol, F., Aubry, C., Sebbah, R., Verdoux, H., & Verger, P. (2014). Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *L'Information psychiatrique*, 90(5), 341–352.
- Dumesnil, H., Cortaredona, S., Verdoux, H., Sebbah, R., Paraponaris, A., & Verger, P. (2012). General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey. *PloS One*, 7(12), e52429.
- Falissard, B. (2013). L'épidémiologie psychiatrique en question : peut-on déterminer le nombre de malades mentaux dans une population ? *Topique*, n° 123(2), 41–47.
- Fryers, T., Brugha, T., Morgan, Z., Smith, J., Hill, T., Carta, M., Lehtinen, V., & Kovess, V. (2004). Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 899–905.
- Goetzl, R. Z., Ozminkowski, R. J., Sederer, L. I., & Mark, T. L. (2002). The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 44(4), 320–330.
- Hell, D. (2015). Fatigue et dépression. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, 15(17).
<https://doi.org/10.4414/fms.2015.02269>
- Holmes, J. (1998). What Works for Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research By A. Roth & P. Fonagy. *British Journal of Psychiatry*, 173(1), 91. <https://doi.org/10.1192/s0007125000150731>
- Kovess-Masféty, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., Gasquet, I., Younes, N., & Hardy-Bayle, M.-C. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 7, 188.
- Lutz, W., Lowry, J., Mark Kopta, S., Einstein, D. A., & Howard, K. I. (2001). Prediction of dose–response relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (7), 889–900. <https://doi.org/10.1002/jclp.1057>
- Marchetti, E. (2010). Que pensent-ils de nous? Étude des représentations sociales du psychologue. *Le Journal Des Psychologues*, 283, 45–49.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., & Pincus, H. A. (2002). National Trends in the Use of Outpatient Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1914–1920.
- Pull, C. B. (2014). DSM-5 et CIM-11. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 172, 677–680.
- Di Vittorio, P. (2014). La psychiatrie et la santé mentale à l'épreuve du DSM. *Déviance et société*, 38(1), 103-121.
- Vigneron, E. (2013). Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. In *Les Tribunes de la santé: Vol. n° 38* (Issue 1, p. 41). <https://doi.org/10.3917/seve.038.0041>
- Weill, A., Lecadet, J., Vidal, P., Baris, B., Vallier, N., Fender, P., & Allemand, H. (2004). C2-6 Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine en 2000. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 52, 35. [https://doi.org/10.1016/s0398-7620\(04\)99162-6](https://doi.org/10.1016/s0398-7620(04)99162-6)