



HAL
open science

Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies

Anne Dezetter

► **To cite this version:**

Anne Dezetter. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Santé publique et épidémiologie. Université René Descartes - Paris V, 2012. Français. NNT : 2012PA05S001 . tel-00676243v2

HAL Id: tel-00676243

<https://theses.hal.science/tel-00676243v2>

Submitted on 12 Mar 2012 (v2), last revised 26 Jun 2013 (v3)

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université Paris Descartes

Spécialité: Santé publique, Économie et Sciences sociales de la santé
École Doctorale de Santé Publique ED420

Présentée et soutenue publiquement par
Anne Dezetter
le 19 janvier 2012

Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des
psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques
de remboursement des psychothérapies

Sous la direction de Pr. Viviane Kovess-Masféty
Codirection de Dr. Xavier Briffault

Jury

Pr. Viviane Kovess-Masféty

Dr. Xavier Briffault

Pr. Marie-Christine Hardy-Baylé, président

Pr. Pierre Lombrail, rapporteur

Pr. Marie-Ève Joël, rapporteur

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements aux membres du jury, aux Professeurs Marie-Christine Hardy-Baylé, Marie-Ève Joël et Pierre Lombrail, qui ont accepté de présider et de rapporter mes travaux de thèse.

Je tiens à exprimer mes chaleureux remerciements et ma gratitude au Pr. Viviane Kovess pour avoir encadré ma thèse, dont la direction attentive et éclairée, sa disponibilité ainsi que l'étendue de ses connaissances ont constamment nourri ce travail.

Je tiens à remercier le Dr. Xavier Briffault pour avoir co-encadré la thèse, pour le partage de ses connaissances dans le domaine de l'évaluation et de la prise en charge psychothérapeutique, ainsi que pour ses conseils toujours avisés dont j'ai pu bénéficier depuis le Master 2.

Je remercie l'École Doctorale ED420 pour le suivi pédagogique qu'elle a assuré tout au long du doctorat.

Je remercie l'École des Hautes Études en Santé Publique pour le cadre de travail qui m'a été alloué, et le réseau doctoral duquel j'ai pu bénéficier des échanges forts enrichissants.

Je remercie le CERMES 3, équipe Cesames, pour les moyens techniques qui m'ont été fournis, depuis le Master 2.

Je remercie la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, dont les travaux de recherches ont reçu le soutien financier.

Je remercie Arnaud Dupont pour sa relecture attentive du manuscrit.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	- 3 -
RÉSUMÉ	- 9 -
LISTE DES FIGURES	- 15 -
LISTE DES TABLEAUX	- 16 -
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	- 17 -
NOTE LIMINAIRE	- 17 -
LISTE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS	- 18 -
INTRODUCTION GÉNÉRALE	- 20 -
1. PRÉVALENCES DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	- 20 -
a. <i>Prévalences dans les pays industrialisés</i>	- 20 -
b. <i>Prévalences en France</i>	- 20 -
2. COMORBIDITÉ, RÉCURRENCE ET INCAPACITÉ DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE COURANTS	- 21 -
3. LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	- 22 -
a. <i>Le fardeau économique des troubles de santé mentale courants en France</i>	- 23 -
4. MODÈLE CONCEPTUEL DU RECOURS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE	- 24 -
a. <i>Les troubles non traités</i>	- 26 -
b. <i>Les barrières aux recours</i>	- 26 -
c. <i>Les besoins en santé mentale non comblés</i>	- 26 -
5. LES PROFESSIONNELS CONSULTÉS	- 27 -
6. ADÉQUATION DES TRAITEMENTS	- 28 -
7. LES TRAITEMENTS DISPONIBLES POUR LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE COURANTS	- 28 -
a. <i>Particularité de la consommation de psychotropes en France</i>	- 28 -
b. <i>Prévalence des recours aux psychothérapies en France, selon 3 enquêtes</i>	- 29 -
c. <i>Comparaison avec l'Angleterre et les États-Unis</i>	- 30 -
d. <i>La balance consommation de médicaments et recours à la psychothérapie est déséquilibrée</i>	- 30 -
8. L'EFFICACITÉ DÉMONTRÉE DES PSYCHOTHÉRAPIES	- 31 -
9. EFFET DU RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES SUR LES CONSOMMATIONS DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ ET DES ARRÊTS DE TRAVAIL.....	- 33 -
a. <i>Les arrêts de travail</i>	- 35 -
b. <i>Les hospitalisations</i>	- 35 -
c. <i>Les consultations médicales</i>	- 35 -
d. <i>Les consommations médicamenteuses</i>	- 36 -
e. <i>En résumé</i>	- 36 -
10. LES PSYCHOTHÉRAPIES SONT RECOMMANDÉES PAR LES GUIDES DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE	- 36 -
11. LE TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE EST PRÉFÉRÉ AU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE	- 38 -
12. STATUTS ET NIVEAUX DE REMBOURSEMENT DES PSYCHOTHÉRAPEUTES DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS	- 38 -
13. LE COÛT D'UNE SÉANCE DE PSYCHOTHÉRAPIE, COMPARAISONS INTERNATIONALES	- 41 -
14. EN FRANCE, L'USAGE DU TITRE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE EST RÉGLEMENTÉ DEPUIS 2010	- 42 -
15. LE NIVEAU DE REMBOURSEMENT DES PSYCHOTHÉRAPIES PAR LES RÉGIMES DE SANTÉ	- 42 -
a. <i>Le niveau de remboursement par les régimes de santé complémentaire</i>	- 42 -
b. <i>Le remboursement des consultations auprès des psychiatres, professionnels impliqués dans l'offre de psychothérapie</i>	- 43 -
c. <i>La symbolique du paiement de la psychothérapie</i>	- 43 -
16. FOCUS SUR LE PROGRAMME IAPT EN ANGLETERRE	- 44 -
a. <i>Cadre et objectif du programme IAPT</i>	- 44 -
b. <i>Une prise en charge par étape</i>	- 45 -
c. <i>Les méthodes psychothérapeutiques et les professionnels disponibles</i>	- 46 -
d. <i>Population ciblée et coût global de la prise en charge</i>	- 46 -
e. <i>La formation des nouveaux thérapeutes</i>	- 47 -
f. <i>Résultats des sites pilotes</i>	- 47 -
g. <i>Les coûts évitables par le suivi du traitement psychothérapeutique</i>	- 48 -
INTÉRÊTS ET IMPLICATIONS DE LA RECHERCHE	- 49 -
HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE	- 49 -
OBJECTIFS DE LA THÈSE	- 49 -
ÉCHELLES DIAGNOSTIQUES ET INSTRUMENTS DE MESURE	- 51 -
1. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE COURANTS SELON LE DSM IV-TR.....	- 51 -
a. <i>Épisode dépressif majeur</i>	- 51 -
b. <i>Trouble de l'anxiété généralisée</i>	- 52 -

c.	<i>Trouble obsessionnel compulsif</i>	- 53 -
d.	<i>État de stress post-traumatique</i>	- 54 -
e.	<i>Phobie spécifique</i>	- 56 -
f.	<i>Phobie sociale</i>	- 56 -
g.	<i>Troubles paniques, agoraphobie</i>	- 57 -
i.	<i>L'agoraphobie</i>	- 57 -
ii.	<i>Trouble panique avec ou sans agoraphobie</i>	- 57 -
2.	INSTRUMENTS DE MESURE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ET DU RETENTISSEMENT	- 58 -
a.	<i>Le CIDI et le CIDI-SF</i>	- 58 -
b.	<i>L'échelle de mesure du retentissement de Sheehan (SDS)</i>	- 59 -
	PSYCHOTHÉRAPIES : DÉFINITION	- 61 -
1.	DÉFINITION	- 61 -
2.	DESCRIPTION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES	- 61 -
a.	<i>La thérapie cognitivo-comportementale</i>	- 61 -
b.	<i>Les psychothérapies interpersonnelles</i>	- 61 -
c.	<i>La psychothérapie psychanalytique</i>	- 62 -
d.	<i>La psychothérapie interpersonnelle psychodynamique brève</i>	- 62 -
e.	<i>La psychothérapie orientée vers la résolution de problème ou thérapie de soutien</i>	- 62 -
	MATÉRIEL DISPONIBLE	- 63 -
1.	L'ENQUÊTE INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE DANS QUATRE RÉGIONS FRANÇAISES 2005	- 63 -
a.	<i>Données de l'enquête analysées pour l'étude</i>	- 63 -
b.	<i>Cadre de l'enquête</i>	- 63 -
c.	<i>Recueil des données, constitution et redressement de l'échantillon</i>	- 63 -
d.	<i>Taille de l'échantillon</i>	- 64 -
e.	<i>Questionnaire</i>	- 65 -
i.	<i>Les instruments de mesure des variables cliniques</i>	- 65 -
ii.	<i>Recours aux professionnels pour un problème de santé mentale</i>	- 65 -
iii.	<i>Recours aux psychothérapies</i>	- 66 -
iv.	<i>Consommation de médicament pour un problème de santé mentale</i>	- 66 -
f.	<i>Descriptif de l'échantillon</i>	- 66 -
g.	<i>Recours aux psychothérapies : population de référence</i>	- 67 -
h.	<i>Comparaison des prévalences avec celles d'autres études nationales</i>	- 67 -
2.	L'ENQUÊTE SANTÉ MGEN 2005	- 70 -
a.	<i>Données de l'enquête analysées pour l'étude</i>	- 70 -
b.	<i>Cadre de l'enquête</i>	- 70 -
c.	<i>Recueil des données, constitution et redressement de l'échantillon</i>	- 70 -
d.	<i>Taille de l'échantillon</i>	- 71 -
e.	<i>Questionnaire</i>	- 72 -
i.	<i>Recours à un professionnel pour un problème de santé mentale</i>	- 73 -
ii.	<i>Recours aux psychothérapies</i>	- 73 -
f.	<i>Descriptif de l'échantillon</i>	- 74 -
g.	<i>Recours aux psychothérapies : population de référence</i>	- 75 -
h.	<i>Principales limites des enquêtes</i>	- 77 -
i.	<i>Tableau synthétique et comparatif des deux enquêtes</i>	- 78 -
	ANALYSES STATISTIQUES	- 79 -
	ANALYSES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES EN FRANCE	- 81 -
1.	PRÉVALENCES DES RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE	- 81 -
a.	<i>Données issues de l'Enquête Santé MGEN 2005</i>	- 81 -
b.	<i>Données issues de l'Enquête Indicateurs de santé mentale 4 régions françaises 2005</i>	- 81 -
2.	PRÉVALENCES DES RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES : ANALYSE DESCRIPTIVE	- 82 -
a.	<i>Description des populations étudiées</i>	- 82 -
b.	<i>Prévalences au cours de la vie en population générale</i>	- 82 -
c.	<i>Prévalences au cours des 12 derniers mois en population générale</i>	- 83 -
d.	<i>Prévalences issues de l'Enquête MGEN 2005</i>	- 83 -
e.	<i>Comparaison des prévalences entre les deux enquêtes</i>	- 84 -
3.	PRÉVALENCES DES RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES SELON LE PROFESSIONNEL CONSULTÉ	- 85 -
a.	<i>Méthode : variable hiérarchique</i>	- 85 -
b.	<i>Prévalences en population générale</i>	- 85 -
c.	<i>Prévalences issues de l'Enquête MGEN 2005</i>	- 85 -
4.	MODALITÉS DE RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES	- 86 -
a.	<i>Suivi en individuel ou de groupe</i>	- 86 -
b.	<i>Les méthodes psychothérapeutiques employées</i>	- 86 -
i.	<i>Méthode thérapeutique selon le professionnel consulté</i>	- 87 -
c.	<i>Lieux de consultation</i>	- 88 -

i.	Lieu de consultation selon le professionnel consulté	- 88 -
5.	DURÉE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE	- 89 -
a.	<i>Durée de la psychothérapie selon le professionnel consulté</i>	- 89 -
b.	<i>Durée de la psychothérapie selon la méthode</i>	- 90 -
6.	FRÉQUENCE DES SÉANCES	- 90 -
a.	<i>Fréquence des séances selon le professionnel consulté</i>	- 90 -
b.	<i>Fréquence des séances selon la méthode</i>	- 91 -
7.	L'OFFRE DE PROFESSIONNELS FOURNISSEURS DE PSYCHOTHÉRAPIE.....	- 91 -
a.	<i>Les psychiatres</i>	- 91 -
b.	<i>Les psychologues cliniciens</i>	- 91 -
c.	<i>Les psychanalystes</i>	- 92 -
d.	<i>Les psychothérapeutes « ninini »</i>	- 92 -
e.	<i>Les professionnels de santé mentale se répartissent inégalement sur le territoire français</i>	- 92 -
f.	<i>L'offre de professionnels de santé mentale non médecin, une alternative aux psychiatres ?</i>	- 94 -
8.	RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES SELON LE NIVEAU D'OFFRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE	- 94 -
a.	<i>Méthode</i>	- 94 -
b.	<i>Résultats</i>	- 94 -
9.	RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES ET TROUBLES DE SANTÉ MENTALE: COHÉRENCE ET ÉLIGIBILITÉ DES RECOURS	- 95 -
a.	<i>Recours aux psychothérapies et troubles de santé mentale</i>	- 96 -
b.	<i>Recours aux psychothérapies selon le type de trouble</i>	- 96 -
c.	<i>Conclusion sur la cohérence des recours</i>	- 97 -
10.	AGE ET ÉPOQUE DU SUIVI DE LA PSYCHOTHÉRAPIE	- 100 -
a.	<i>Age du répondant à la première psychothérapie</i>	- 100 -
b.	<i>Époque de la première psychothérapie</i>	- 100 -
11.	DÉTERMINANTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DU RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES <i>VERSUS</i> ABSENCE DE RECOURS, ENQUÊTE MGEN 2005	- 100 -
a.	<i>Méthode</i>	- 100 -
i.	La sélection des variables	- 100 -
ii.	Régressions logistiques multivariées	- 101 -
b.	<i>Résultats</i>	- 101 -
12.	CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE, EN POPULATION GÉNÉRALE. -	103 -
a.	<i>Méthode</i>	- 103 -
i.	Questions posées aux sections "Diagnostic" et "Consommation de services"	- 103 -
ii.	Analyses comparatives des prévalences selon la section du questionnaire	- 103 -
b.	<i>Consommation de médicaments pour des troubles de santé mentale</i>	- 104 -
c.	<i>Consommation de médicaments pour des troubles de santé mentale diagnostiqués</i>	- 105 -
d.	<i>Balance consommation de médicaments et psychothérapie</i>	- 105 -
13.	DÉTERMINANTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS <i>VERSUS</i> DE PSYCHOTHÉRAPIE.....	- 107 -
a.	<i>Méthode</i>	- 107 -
b.	<i>Résultats</i>	- 109 -
c.	<i>Comparaison nationale et internationale des facteurs associés aux recours aux psychothérapies</i>	- 110 -
14.	LES COÛTS DES PSYCHOTHÉRAPIES	- 111 -
a.	<i>Modèle conceptuel du coût des psychothérapies</i>	- 111 -
b.	<i>Méthode : intensité et coût de la psychothérapie</i>	- 114 -
i.	Intensité de la psychothérapie, selon le professionnel consulté.....	- 117 -
ii.	Intensité des psychothérapies et troubles de santé mentale	- 118 -
iii.	Intensité de la psychothérapie et évolution dans le temps, selon la méthode.....	- 118 -
iv.	Limites concernant le calcul de l'intensité de la psychothérapie	- 119 -
v.	Comparaison avec les données issues de l'enquête en population générale.....	- 120 -
c.	<i>Coût de la séance</i>	- 121 -
i.	Méthode.....	- 121 -
ii.	Coût total de la séance	- 121 -
iii.	Coût reste à charge de la séance.....	- 122 -
d.	<i>Coût de la psychothérapie</i>	- 124 -
i.	Méthode.....	- 124 -
ii.	Coût total de la psychothérapie, méthode d'analyse des coûts observés	- 125 -
iii.	Coût total de la psychothérapie, méthode d'analyse des coûts estimés-corrigés.....	- 126 -
iv.	Coût reste à charge de la psychothérapie, méthode d'analyse des coûts observés	- 128 -
3.	CONCLUSION	- 130 -
ESTIMATION DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES EN FRANCE.....		- 132 -
1.	OBJECTIF	- 132 -
2.	INTRODUCTION	- 132 -
3.	PLAN ET MÉTHODES.....	- 133 -
4.	INTENSITÉ DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE	- 133 -
5.	HÉRARCHISATION DE LA PRISE EN CHARGE SELON LE TROUBLE POUR ÉVITER LES COMORBIDITÉS	- 137 -
a.	<i>Analyse préliminaire : Prévalences en population générale</i>	- 137 -

b.	<i>Comparaison des prévalences avec l'Angleterre.....</i>	<i>- 137 -</i>
c.	<i>Les français ont les prévalences parmi les plus élevés de troubles de santé mentale, en Europe, mais n'ont pas un niveau élevé de sévérité des troubles.....</i>	<i>- 138 -</i>
6.	AUGMENTATION DES NIVEAUX DIAGNOSTIQUES DE SÉVÉRITÉ ET DE CHRONICITÉ AFIN DE CALCULER LA PRISE EN CHARGE POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES CHRONIQUES OU SÉVÈRES	- 138 -
a.	<i>Critères diagnostiques de chronicité et sévérité</i>	<i>- 139 -</i>
b.	<i>Résumé des critères diagnostiques créés.....</i>	<i>- 140 -</i>
7.	DÉFINITION DE LA POPULATION À PRENDRE EN CHARGE.....	- 140 -
8.	PRÉVALENCES SELON LES TROUBLES ET LEURS NIVEAUX DE RETENTISSEMENT	- 141 -
a.	<i>Comparaison des prévalences avec l'Angleterre.....</i>	<i>- 141 -</i>
b.	<i>Prévalences selon le type de troubles et leurs niveaux de retentissement.....</i>	<i>- 142 -</i>
c.	<i>Plusieurs scénarii de prise en charge selon les sous-populations éligibles et favorables à la prise en charge psychothérapeutique.....</i>	<i>- 144 -</i>
d.	<i>Les trois scénarii projetés.....</i>	<i>- 146 -</i>
9.	ESTIMATION DU NOMBRE DE FRANÇAIS À SOIGNER	- 147 -
a.	<i>Prévalences chez les consultants diagnostiqués à D1 et D2, scénario 1</i>	<i>- 148 -</i>
b.	<i>Prévalences chez les 30% de consultants diagnostiqués à D1 et D2, scénario 2</i>	<i>- 148 -</i>
c.	<i>Prévalences chez les 3% de psychothérapeutes diagnostiqués à D1 et D2, scénario 3.....</i>	<i>- 149 -</i>
d.	<i>Répartition des niveaux sévérité selon le trouble (D1 et D2), chez les consultants et les psychothérapeutes.....</i>	<i>- 150 -</i>
10.	ESTIMATION DU COÛT DE LA SÉANCE DE PSYCHOTHÉRAPIE.....	- 154 -
11.	NIVEAUX DE REMBOURSEMENT DE LA SÉANCE DE PSYCHOTHÉRAPIE	- 155 -
a.	<i>Taux de remboursement à hauteur de 70%.....</i>	<i>- 155 -</i>
b.	<i>Taux de remboursement à hauteur de 60%.....</i>	<i>- 156 -</i>
12.	RÉCAPITULATIF DES FACTEURS SÉLECTIONNÉS DONT VA DÉPENDRE L'ESTIMATION DU COÛT DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES	- 157 -
13.	RÉSULTATS : ESTIMATION DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES	- 159 -
a.	<i>Évaluation économique selon les critères diagnostiques de D1</i>	<i>- 159 -</i>
i.	<i>Évaluation basée sur la population des consultants pour un problème de santé mentale</i>	<i>- 159 -</i>
ii.	<i>Évaluation basée sur 30% de la population consultant pour un problème de santé mentale</i>	<i>- 159 -</i>
iii.	<i>Évaluation basée sur la population des psychothérapeutes</i>	<i>- 160 -</i>
b.	<i>Évaluation économique selon les critères diagnostiques de D2</i>	<i>- 163 -</i>
i.	<i>Évaluation basée sur la population des consultants pour un problème de santé mentale</i>	<i>- 163 -</i>
ii.	<i>Évaluation basée sur 30% de la population consultant pour un problème de santé mentale</i>	<i>- 163 -</i>
iii.	<i>Évaluation basée sur la population des psychothérapeutes</i>	<i>- 164 -</i>
c.	<i>Comparaison du nombre de séances estimé avec les données déclarées.....</i>	<i>- 167 -</i>
d.	<i>Durée de la séance.....</i>	<i>- 167 -</i>
e.	<i>Un coût reste à charge supportable pour les patients.....</i>	<i>- 167 -</i>
f.	<i>Chiffres clés de l'évaluation économique</i>	<i>- 168 -</i>
g.	<i>Reproductibilité de la prise en charge psychothérapeutique du contexte anglais au contexte français.....</i>	<i>- 168 -</i>
h.	<i>Comparaison des résultats avec le programme IAPT en Angleterre</i>	<i>- 170 -</i>
14.	LIMITES DE L'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE ET ÉLÉMENTS DE DISCUSSION	- 172 -
15.	ESTIMATION DES COÛTS ÉVITABLES APRÈS LE SUIVI DU TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE.....	- 176 -
a.	<i>Objectifs et méthodes</i>	<i>- 176 -</i>
i.	<i>Objectifs et plan d'analyse.....</i>	<i>- 176 -</i>
ii.	<i>Évaluation du taux de rémission attribuable au traitement psychothérapeutique : méthodes et limites</i>	<i>- 177 -</i>
iii.	<i>Sélection et critères d'inclusion des études pour la revue de littérature.....</i>	<i>- 177 -</i>
iv.	<i>Limites de la méthodologie employée pour évaluer le bénéfice des psychothérapies.....</i>	<i>- 178 -</i>
v.	<i>Description des études pour l'estimation du bénéfice du traitement psychothérapeutique</i>	<i>- 183 -</i>
vi.	<i>Calcul et comparaison des taux de rémission attribuables aux psychothérapies</i>	<i>- 187 -</i>
b.	<i>Méthodes et limites de l'évaluation économique des coûts évitables et du bénéfice économique du traitement psychothérapeutique.....</i>	<i>- 189 -</i>
i.	<i>Méthodes</i>	<i>- 189 -</i>
ii.	<i>Limites</i>	<i>- 189 -</i>
c.	<i>Coûts investis et évitables par symptomatologie et ratio coût-bénéfice de la psychothérapie.....</i>	<i>- 192 -</i>
i.	<i>Pour la population souffrant d'EDM.....</i>	<i>- 192 -</i>
ii.	<i>Pour la population souffrant de troubles anxieux.....</i>	<i>- 193 -</i>
16.	ÉVALUATION DE L'EFFECTIF DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE POUVANT PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS.....	- 196 -
a.	<i>Définition des traitements et qualifications des professionnels légitimes à effectuer le suivi thérapeutique..</i>	<i>- 196 -</i>
b.	<i>Effectif des psychothérapeutes nécessaires à la prise en charge thérapeutique</i>	<i>- 197 -</i>
c.	<i>Effectif des professionnels disponibles en France</i>	<i>- 198 -</i>
d.	<i>Une offre de professionnels de santé mentale suffisante en France.....</i>	<i>- 199 -</i>
17.	CONCLUSION	- 200 -
18.	PROPOSITIONS ET AXES DE RÉFLEXION	- 202 -
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	- 208 -
	ANNEXES	221

ANNEXE 1 SECTION « RECOURS À LA PSYCHOTHÉRAPIE » DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SANTÉ MGEN 2005	221
ANNEXE 2 SECTION « RECOURS À LA PSYCHOTHÉRAPIE » DU QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE DANS QUATRE RÉGIONS FRANÇAISES 2005	223
ANNEXE 3 DÉCRET N° 2010-534 DU 20 MAI 2010 RELATIF À L'USAGE DU TITRE DE PSYCHOTHÉRAPEUTE	224
PUBLICATIONS	227
PUBLICATION 1 KOVÉSS-MASFETY V., DEZETTER A. DE GRAAF R. ET AL. 2010	227
PUBLICATION 2 DEZETTER A., BRIFFAULT X. ALONSO J. ET AL. 2011	238
PUBLICATION 3 DEZETTER A., BRIFFAULT X., BRUFFAERTS R. ET AL. (2012)	248

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ SUCCINCT

Les psychothérapies structurées sont des traitements des troubles de santé mentale recommandés par les guides de bonne pratique internationaux. Leur efficacité et leur impact positif sur la santé et la qualité de vie des patients, et par conséquent sur la diminution des coûts induits par les troubles de santé mentale, pour les régimes de santé et la société, ont été largement démontrés. Toutefois, actuellement, en France, les psychothérapies effectuées par les psychologues cliniciens exerçant en libéral, ne sont pas remboursées par les régimes de santé.

Les données nationales, issues de deux enquêtes, en population générale (*Enquête Indicateurs de santé mentale dans 4 régions françaises 2005*) et en population spécifique (*Enquête Santé MGEN 2005*) révèlent qu'entre 5% et 18% des français ont eu recours aux psychothérapies au cours de leur vie et entre 1,5% et 6% au cours des 12 derniers mois. Alors que plus de 40% des personnes souffrant de troubles de santé mentale 'courants' (troubles anxieux et dépression majeure) ont consommé des médicaments pour ces troubles, seulement 5% d'entre eux ont suivi une psychothérapie. La balance entre ces deux types de traitement s'avère donc fortement déséquilibrée.

Une psychothérapie sur deux est pratiquée par un psychiatre et une sur quatre par un psychologue. Les principales méthodes utilisées sont les psychothérapies dites de 'soutien' et d'inspiration psychanalytique, suivie par les thérapies cognitivo-comportementales. Elles sont majoritairement suivies en individuel, dans un cabinet privé. Près de 70% des psychothérapies s'effectuent sur moins de 11 séances et près de 30% sur plus de 30 séances. Elles sont le plus souvent suivies à partir de 35 ans, par les femmes, les personnes séparées, ayant une PCS et niveau d'études supérieures, vivant dans une région où l'offre de professionnels de santé mentale est élevée et par celles souffrant de troubles de santé mentale courants sévères et/ou comorbides. Le coût total d'une séance effectuée par un psychiatre ou un psychologue s'élève à 41€.

L'évaluation financière de la prise en charge des psychothérapies, en France, s'est inspirée de la méthodologie du programme anglais *Improving Access to Psychological Therapies 2005*, qui s'appuie sur les recommandations de prises en charge cliniques éditées par le *National Institute for Health and Clinical Excellence*.

Ce résumé ne présentera que l'une des douze simulations envisagées.

Le coût total de la séance a été estimé à 41€, le taux de remboursement par le régime de santé obligatoire s'est basé sur celui des auxiliaires médicaux, de 60%. L'estimation de la

proportion de la population à traiter s'est basée sur le taux de patients de 18 à 75 ans souffrant de troubles de santé mentale courants chroniques et/ou sévères, utilisateurs de services pour un problème de santé mentale et qui devraient accepter le traitement (soit 30% des 7,6% des utilisateurs de services diagnostiqués).

Pour le suivi moyen de 10 séances (troubles anxieux) à 18 séances (dépression majeure), le coût de la prise en charge psychothérapeutique annuelle s'élèverait à 514 millions d'euros, dont 308M€ pour le régime obligatoire, pour traiter 1,033 million de français, soit 2,3% de la population.

L'estimation des coûts directs et indirects induits par les troubles de santé mentale courants et évitables après le suivi psychothérapeutique fait apparaître que pour 1€ investi dans le traitement psychothérapeutique, le ratio coût-bénéfice s'élèverait, selon la symptomatologie, entre 1,14€ et 1,95€ épargnés à la collectivité.

Enfin, la France dispose des 14.300 psychothérapeutes nécessaires pour traiter cette population et habilités à effectuer des psychothérapies.

RÉSUMÉ DÉTAILLÉ

Contexte de la recherche

Les psychothérapies structurées sont des traitements des troubles de santé mentale qui sont recommandées par de nombreux guides de bonnes pratiques internationaux (HAS, APA, NICE, GAC, CBO, AIHW). L'efficacité des psychothérapies sur la santé et la qualité de vie des patients ainsi que leur impact positif sur les coûts induits par les troubles de santé mentale pour les régimes de santé ont été largement démontrés.

La France a toujours la particularité d'avoir une consommation de psychotropes supérieure à celle d'autres pays industrialisés et une balance entre consommation de psychotropes et recours à la psychothérapie déséquilibrée. Toutefois en France, contrairement à de nombreux pays industrialisés, les psychothérapies effectuées avec un psychologue exerçant dans le libéral ne sont pas remboursées par les régimes de santé. Depuis juillet 2010, un nouveau décret réglemente l'usage du titre de psychothérapeute (Décret n° 2010-534) qui ne pourra être employé que par les médecins, psychologues cliniciens, psychanalystes sous condition d'une formation en psychopathologie clinique, théorique et pratique.

A l'heure actuelle, peu de données nationales sont disponibles sur le recours aux psychothérapies, et nous ne disposons d'aucune donnée sur les coûts des psychothérapies suivies hors institution, en France.

Le développement récent de l'intérêt accordé par les autorités sanitaires, nationales et internationales, aux troubles de santé mentale et à leur prise en charge (programme *Improving Access for Psychological Therapies (IAPT)* en Angleterre, *Better access to mental*

health care, en Australie), dont attestent les recommandations internationales et les politiques françaises (Rapports de : l'INSERM 2004 ; Couty 2009 ; Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003 ; Briot 2006) ainsi que le Décret de 2010 clarifiant l'usage du titre de psychothérapeute, incitent aujourd'hui à repenser la question de la prise en charge financière des psychothérapies en France.

Objectifs scientifiques généraux de la thèse

Le travail de thèse vise à (1) apporter de nouvelles connaissances scientifiques sur le recours aux psychothérapies en France et (2) à évaluer économiquement les coûts d'une prise en charge des psychothérapies par les régimes de santé. Ces données et les préconisations devraient pouvoir servir d'aide à la décision en vue d'une éventuelle mise en œuvre d'une politique de remboursement des psychothérapies par les régimes de santé.

Hypothèse de la recherche

Le sujet de l'étude est basé sur l'hypothèse selon laquelle le fait d'avoir recours au traitement psychothérapeutique permettrait à la fois d'accroître la santé et qualité de vie et de personnes souffrant de troubles de santé mentale et diminuerait à terme les coûts directs et indirects induits par les troubles de santé mentale. Au vu de ces hypothèses, basées sur les résultats de l'abondante littérature scientifique sur le sujet, la prise en charge financière des psychothérapies permettait d'apporter des bénéfices médico-économiques aux régimes obligatoires et complémentaires de santé ainsi qu'aux usagers.

Matériel disponible

L'Enquête Indicateurs de santé mentale dans quatre régions françaises 2005 est une enquête transversale portant sur 20.777 adultes en population générale dans 4 régions françaises : en Île-de-France, Lorraine, Rhône-Alpes et Haute Normandie. Les interviews ont été réalisées par téléphone assisté par le CIDI-SF. Le taux de réponse s'élève à 62,7%. Le questionnaire comporte une section sur le recours aux psychothérapies.

L'Enquête Santé MGEN 2005 est une enquête transversale portant sur 12,934 adultes affiliés à la MGEN (régime santé obligatoire et/ou régime santé complémentaire du personnel de l'Éducation Nationale comptant près de 3 millions d'affiliés). Le questionnaire a été auto-administré, par voie postale, le taux de réponse s'élève à 44,8%. Les diagnostics de troubles de santé mentale ont été réalisés à partir du CIDI-SF. Le questionnaire comporte une section santé mentale dont une série de questions sur le recours aux psychothérapies et leurs coûts détaillés.

Analyses épidémiologiques du recours aux psychothérapies

Les données françaises montrent qu'entre 5,4% et 18,3% des français ont eu recours aux psychothérapies au cours de leur vie et entre 1,3% et 6,3% au cours des 12 derniers mois. Les psychothérapies sont le plus souvent pratiquées par des psychiatres, suivis par les psychologues puis les psychanalystes non médecin. Les médecins non psychiatre et les autres praticiens ont un rôle mineur dans cette prise en charge.

Les modalités de suivi se font principalement en individuel, dans un cabinet privé. Les méthodes utilisées sont principalement les psychothérapies de soutien et d'inspiration psychanalytique. Le recours aux Thérapies Cognitivo-Comportementale (TCC) a toutefois progressé ces dernières années. Le nombre de séances suivies varie, selon la population étudiée, le professionnel impliqué et la symptomatologie, entre 6 et 40 séances.

Toutes choses égales par ailleurs, les psychothérapies, comme traitement seul ou associé à un traitement médicamenteux, sont plus souvent suivies par les femmes, les personnes célibataires, séparées ou divorcées, celles ayant un niveau d'études supérieures, et par celles habitant dans une région où l'offre de professionnels de santé mentale est élevée. Elles sont aussi plus suivies par les personnes souffrant de troubles anxieux ou de dépression, par les personnes ayant un niveau élevé de sévérité ou de comorbidité des troubles psychiques.

La balance entre consommation pharmacologique et psychothérapeutique est fortement déséquilibrée. En effet les données en population générale indiquent que parmi les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants, 41% ont consommé des médicaments pour ce trouble au cours des 12 derniers mois, alors que seulement 5% ont suivi une psychothérapie.

Évaluation économique de la prise en charge des psychothérapies

Depuis 2005, via le programme *IAPT*, l'Angleterre a mis en place une politique de prise en charge des psychothérapies, suivant les recommandations de bonne pratique clinique du *NICE* (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants. Les premiers résultats du programme *IAPT* se sont révélés probants.

Dans notre étude, le mode de prise en charge selon la symptomatologie et son degré de sévérité, a été extrapolé à partir des recommandations du *NICE*, qui recommande le suivi de 2 séances (pour les troubles anxieux généralisés purs de faible sévérité) à 24 séances (pour les dépressions sévères). Afin d'évaluer une prise en charge financière des psychothérapies pour les personnes souffrant de troubles chroniques ou induisant un retentissement important dans leur vie sociale, sans inclure les troubles passagers, les niveaux de critères diagnostiques ont été augmentés.

Ont été considérées comme éligibles à une prise en charge psychothérapique les personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur (EDM) pendant au moins 6 mois ou d'un trouble anxieux, avec un niveau de retentissement (mesuré par l'échelle de Sheehan) d'au moins 4 sur 10 (retentissement léger) pour chacun des 4 domaines de la vie de l'échelle de Sheehan. Une seconde mesure diagnostique a été créée, en augmentant le niveau de retentissement requérant un score d'au moins 7 sur l'échelle de Sheehan. *Ce sont les résultats issus de la première mesure diagnostique qui seront présentés dans ce résumé.*

Les niveaux de sévérité ont été définis selon le nombre de domaines (de 1 à 4) de la vie quotidienne de Sheehan sur lequel le trouble psychique a un retentissement.

Pour éviter de comptabiliser plusieurs fois les personnes souffrant de comorbidité, les variables diagnostiques ont été construites en variables hiérarchiques (EDM primant sur le trouble anxieux généralisé, primant sur les autres troubles anxieux).

Les prévalences en population générale selon le type de trouble, le niveau de sévérité et de chronicité sont issues des résultats de l'*Enquête Indicateurs de santé mentale dans 4 régions 2005*.

A partir des données de l'*Enquête Santé MGEN 2005*, le coût de la séance de psychothérapie a été estimé à 41€. Ce montant équivaut à une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1.

Deux niveaux de remboursement ont été proposés : la première estimation s'est basée sur le taux de remboursement d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1 (70% pour le régime obligatoire (RO), 30% pour le régime complémentaire (RC) ou reste à charge de l'utilisateur, plus 1€ de participation forfaitaire). La seconde est basée sur le taux de remboursement d'une consultation avec un auxiliaire médical (60% pour le RO, 40% pour le RC ou reste à charge de l'utilisateur).

Trois simulations ont été effectuées pour estimer la proportion de la population à traiter, âgée entre 18 et 75 ans. (1) En basant l'estimation sur la prévalence des psychothérisants diagnostiqués en France (soit 1,21% de la population pour le critère diagnostique le moins restrictif) ; (2) en se basant sur la prévalence de l'ensemble des personnes consultant un professionnel de santé pour et avec un trouble de santé mentale courant (soit 7,59% de la population) ; (3) en basant l'estimation sur 30% de la population de ces consultants (population (2)), qui devrait correspondre à la proportion des patients acceptant le traitement (soit 2,28% de la population). *Les résultats de ce résumé présentent ceux issus de cette troisième simulation.*

Résultats

Pour un suivi moyen de 12 séances de psychothérapie (10 séances pour les troubles anxieux à 18 séances pour les EDM) à 41€, le coût de la prise en charge psychothérapeutique

annuelle totale s'élèverait à 514 millions d'euros pour traiter 1,033 million de français âgés entre 18 et 75 ans, soit 2,28% de la population.

Selon le niveau de remboursement, le régime obligatoire de santé, en investissant à hauteur de 60% (sur le modèle de prise en charge des auxiliaires médicaux) ou à hauteur de 70% (sur le modèle d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1), aurait à rembourser annuellement 308 ou 347 millions d'euros. Les montants restant à la charge des régimes complémentaires, sinon des usagers (sans comptabiliser la participation forfaitaire), s'élèveraient entre 154 et 206 millions d'euros.

Selon les données issues de la littérature, les coûts directs et indirects induits par les EDM sont estimés à 4702€ par personne, ceux induits par les troubles anxieux à 1500€.

Sachant qu'une psychothérapie coûte par personne souffrant d'EDM sévère et chronique 723€ (pour 18 séances suivies), ou 395€ (pour 10 séances suivies) pour celle souffrant de troubles anxieux modérés ou sévères. En se basant, sur un taux de rémission attribuable au traitement psychothérapeutique évalué à 30% (+/-10% selon l'analyse de sensibilité), les coûts directs et indirects évitables par le traitement psychothérapeutique s'élèveraient à 1411€ pour les personnes présentant un EDM. Les coûts évitables s'élèveraient à 450€ pour ceux souffrant de troubles anxieux. Le ratio coût-bénéfice se situerait entre 1,14€ (pour les anxieux) et 1,95€ (pour les EDM) épargnés par le traitement psychothérapeutique, pour 1€ investi dans ce même traitement.

Conclusion

Environ 14.300 psychothérapeutes disponibles en équivalent temps plein (ETP) seraient nécessaires pour traiter 1,033 million de patients par an. Les psychologues, estimés à 13.600 en ETP, disponibles et les 700 psychanalystes en ETP sont *a priori* suffisamment nombreux pour prendre en charge cette population.

Une prise en charge financière des psychothérapies permettrait de soigner les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants, en particulier ceux pour qui la barrière économique les aurait empêchées de bénéficier de ce traitement. Inciter à une prise en charge psychothérapeutique devrait permettre d'augmenter le niveau d'adéquation des traitements reçus chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants et d'offrir une meilleure allocation des ressources en termes de professionnels de santé mentale. Elle permettrait aussi aux régimes de santé et à la société, d'épargner des coûts directs et indirects suite au suivi du traitement psychothérapeutique.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 MODÈLE CONCEPTUEL : RECOURS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE	- 25 -
FIGURE 2 PRÉVALENCES DES RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES, EN FRANCE, DONNÉES ISSUES DE 3 ENQUÊTES	- 30 -
FIGURE 3 LE MODÈLE "STEPPED-CARE"	- 46 -
FIGURE 4 LOGIGRAMME (FLOWCHART) DE L'ENQUÊTE MGEN 2005	- 72 -
FIGURE 5 RÉPARTITION SELON LE MODE DE SUIVI DE LA PSYCHOTHÉRAPIE.....	- 84 -
FIGURE 6 RÉPARTITION SELON LE PROFESSIONNEL CONSULTÉ	- 86 -
FIGURE 7 RÉPARTITION SELON LE MODE DE SUIVI, EN INDIVIDUEL OU EN GROUPE	- 86 -
FIGURE 8 LIEUX DE CONSULTATION.....	- 88 -
FIGURE 9 DURÉE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE	- 89 -
FIGURE 10 FRÉQUENCE DES SÉANCES	- 90 -
FIGURE 11 EFFECTIFS ET DENSITÉ DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PSYCHIATRIE	- 93 -
FIGURE 12 DENSITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE NON MÉDECIN POUR 100.000 HABITANTS.....	- 93 -
FIGURE 13 CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS, SELON LA SECTION DU QUESTIONNAIRE	- 104 -
FIGURE 14 BALANCE CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS ET RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES	- 106 -
FIGURE 15 MODÈLE CONCEPTUEL DU COÛT DES PSYCHOTHÉRAPIES	- 113 -
FIGURE 16 ÉVOLUTION DE L'INTENSITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE SELON LA MÉTHODE.....	- 119 -
FIGURE 17 RÉSUMÉ DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CRÉÉS.....	- 140 -
FIGURE 18 PRÉVALENCES SELON LE NIVEAU DE RETENTISSEMENT DE CHAQUE TROUBLE	- 143 -
FIGURE 19 PRÉVALENCES SELON LE NIVEAU DE RETENTISSEMENT DE CHAQUE TROUBLE	- 144 -
FIGURE 20 PRÉVALENCES, CHEZ LES CONSULTANTS, SELON LE NIVEAU DE RETENTISSEMENT DE CHAQUE TROUBLE (D1). -	151 -
FIGURE 21 PRÉVALENCES, CHEZ LES CONSULTANTS, SELON LE NIVEAU DE RETENTISSEMENT DE CHAQUE TROUBLE (D2). -	152 -
FIGURE 22 PRÉVALENCES, CHEZ LES PSYCHOTHÉRAPISANTS, SELON LE RETENTISSEMENT (D1)	- 153 -
FIGURE 23 PRÉVALENCES, CHEZ LES PSYCHOTHÉRAPISANTS, SELON LE RETENTISSEMENT (D2)	- 154 -
FIGURE 24 TARIFS, BASE ET TAUX DE REMBOURSEMENT DES CONSULTATIONS AUPRÈS D'UN PSYCHIATRE	- 156 -
FIGURE 25 COÛTS DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES (D1 – À 70%)	- 162 -
FIGURE 26 COÛTS DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES (D1 – À 60%)	- 162 -
FIGURE 27 COÛTS DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES (D2 – À 70%)	- 166 -
FIGURE 28 COÛTS DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES (D2 – À 60%)	- 166 -
FIGURE 29 BÉNÉFICE DU TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE, REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	- 188 -

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 SITUATION DE LA PRATIQUE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DANS 20 PAYS INDUSTRIALISÉS	- 40 -
TABLEAU 2 DESCRIPTIF DE L'ÉCHANTILLON DE L'ENQUÊTE INDICATEURS 4 RÉGIONS 2005, PAR RÉGION	- 69 -
TABLEAU 3 DESCRIPTIF DE L'ÉCHANTILLON DE L'ENQUÊTE SANTÉ MGEN 2005, PAR GENRE	- 76 -
TABLEAU 4 TABLEAU SYNTHÉTIQUE ET COMPARATIF DES DEUX ENQUÊTES ANALYSÉES.....	- 78 -
TABLEAU 5 LES DIFFÉRENTES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES SUIVIES EN INDIVIDUEL.....	- 87 -
TABLEAU 6 MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES SELON LE PROFESSIONNEL CONSULTÉ.....	- 88 -
TABLEAU 7 LIEU DE CONSULTATION SELON LE PROFESSIONNEL CONSULTÉ	- 89 -
TABLEAU 8 COHÉRENCE DES RECOURS, ENQUÊTE MGEN 2005.....	- 99 -
TABLEAU 9 COHÉRENCE DES RECOURS, ENQUÊTE INDICATEURS 4 RÉGIONS 2005	- 99 -
TABLEAU 10 DÉTERMINANTS DU RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES <i>VERSUS</i> ABSENCE DE RECOURS.....	- 102 -
TABLEAU 11 DÉTERMINANTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DU RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES	- 110 -
TABLEAU 12 COMPARAISON PAR PÉRIODE ENTRE LES COÛTS DES SÉANCES SUIVIES AVEC UN PSYCHIATRE	- 116 -
TABLEAU 13 INTENSITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE SELON L'ÉPOQUE.....	- 118 -
TABLEAU 14 INTENSITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE PAR PROFESSIONNEL POUR LA PÉRIODE 1990/2006	- 118 -
TABLEAU 15 INTENSITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE PAR PROFESSIONNEL POUR LA PÉRIODE 2000/2006	- 118 -
TABLEAU 16 INTENSITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE SELON LA MÉTHODE SUIVIE.....	- 119 -
TABLEAU 17 COÛT TOTAL DÉCLARÉ DE LA SÉANCE DE PSYCHOTHÉRAPIE, SELON LE PROFESSIONNEL CONSULTÉ.....	- 122 -
TABLEAU 18 COÛT TOTAL DÉCLARÉ DE LA SÉANCE DE PSYCHOTHÉRAPIE, SELON LA MÉTHODE	- 122 -
TABLEAU 19 COÛTS RESTE À CHARGE DE LA SÉANCE SELON LE PROFESSIONNEL CONSULTÉ.....	- 123 -
TABLEAU 20 COÛTS RESTE À CHARGE DE LA SÉANCE SELON LE PROFESSIONNEL CONSULTÉ.....	- 124 -
TABLEAU 21 COÛT TOTAL DE LA PSYCHOTHÉRAPIE, MÉTHODE « OBSERVÉE »	- 125 -
TABLEAU 22 COÛT TOTAL DE LA PSYCHOTHÉRAPIE, MÉTHODE « ESTIMÉE-CORRIGÉE »	- 127 -
TABLEAU 23 COÛTS RESTANT À CHARGE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE	- 129 -
TABLEAU 24 NOMBRE DE SÉANCES RECOMMANDÉES PAR LE NICE SELON LA SYMPTOMATOLOGIE ET LE DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ DES TROUBLES.....	- 135 -
TABLEAU 25 INTENSITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE UTILISÉE POUR L'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE.....	- 136 -
TABLEAU 26 PRÉVALENCES SELON 2 NIVEAUX DIAGNOSTIQUES AUGMENTÉS EN DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ ET DE CHRONICITÉ .	- 142 -
TABLEAU 27 PRÉVALENCES SELON LE TYPE DE TROUBLES	- 143 -
TABLEAU 28 PRÉVALENCES SELON LE TYPE DE TROUBLES, CRITÈRES DIAGNOSTICS D2.....	- 144 -
TABLEAU 29 PRÉVALENCES ET NOMBRE DE PERSONNES À SOIGNER	- 149 -
TABLEAU 30 PRÉVALENCES SELON LE TYPE DE TROUBLES, CHEZ LES CONSULTANTS (D1).....	- 151 -
TABLEAU 31 PRÉVALENCES SELON LE TYPE DE TROUBLES, CHEZ LES CONSULTANTS (D2).....	- 151 -
TABLEAU 32 PRÉVALENCES, CHEZ LES PSYCHOTHÉRAPISANTS, SELON LE TYPE DE TROUBLES (D1)	- 152 -
TABLEAU 33 PRÉVALENCES, CHEZ LES PSYCHOTHÉRAPISANTS, SELON LE TYPE DE TROUBLES (D2)	- 153 -
TABLEAU 34 ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES (D1)	- 161 -
TABLEAU 35 ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES (D2)	- 165 -
TABLEAU 36 DESCRIPTION DES ÉTUDES POUR L'ESTIMATION DU BÉNÉFICE DU TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE.....	- 184 -
TABLEAU 37 COÛTS INVESTIS DANS LE TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE FACE AUX COÛTS ÉPARGNÉS PAR CE TRAITEMENT, AVEC ANALYSE DE SENSIBILITÉ, ET RATIO COÛT-BÉNÉFICE.....	- 194 -

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
AVCI : Années de vie corrigées de l'invalidité (équivalent du DALY en anglais)
BDI : *Beck Depression Inventory*
CID : *Paykel Clinical Interview for Depression*
CIDI-SF : *Composite International Diagnostic Interview Short-Form*
CIM : Classification internationale des maladies (équivalent anglais du ICD)
CIS-R : *revised Clinical Interview Schedule*
CMU : Couverture maladie universelle
CNAM-TS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CSR : *Clinical Severity Rating*
DALY : *Disability-Adjusted Life Year* (équivalent de l'AVCI en français)
DSM-IV TR : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*), 4^{ème} édition, texte révisé
ECR : Essai contrôlé randomisé
EDM : Épisode dépressif majeur
EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
ESEMED : *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*
ESPT : Etat de stress post-traumatique
ETP : équivalent temps plein
GAD-7 : *Generalised Anxiety Disorder Assessment*
HAS : Haute Autorité de Santé
HDRS : *Hamilton Depression Rating Scale*
IAPT : *Improving Access to Psychological Therapies*
IC : intervalle de confiance
ICD : *International classification of diseases*
IDE : Infirmier Diplômé d'État
INPES : Institut National de la Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
NC : Non communiqué
NHS : *National Health Service*
NICE : *National Institute for Health and Clinical Excellence*
Psychothérapeute « ninini » : praticien effectuant des psychothérapies qui n'est ni médecin, ni psychologue, ni psychanalyste
NR : Non réponse
NSP : Ne sait pas
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : *Odd ratio* (rapport de côte)
PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles
PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*
PI : Psychothérapie interpersonnelle
QALY : *Quality Adjusted Life Year* (équivalent français des "années de vie ajustées sur la qualité de vie")
RC : Régime santé complémentaire
RO : Régime santé obligatoire
Sd : *Standard deviation* en anglais, écart type en français
SDS : *Sheehan Disability Scale*
TAG : Trouble anxieux généralisé
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
TOC : Trouble obsessionnel compulsif

NOTE LIMINAIRE

Le taux de change entre la Livre Sterling et l'Euro a été effectué en juin 2011 sur la base de 1£ pour 1,1373€.

LISTE DES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

Articles publiés (revues à comité de lecture)

V. Kovess-Masfety, A. Dezetter, R. de Graaf, J.M. Haro, R. Bruffaerts, X. Briffault, F. Gilbert, M. Codony, J. Alonso, and the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. "Religious advisors' role in mental health care in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders survey". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45:989, 2010.

A. Dezetter, X. Briffault, J. Alonso, MC. Angermeyer, R. Bruffaerts, G. De Girolamo, R. De Graaf, JM. Haro, HH. König, V. Kovess-Masfety. "Factors Associated With Use of Psychiatrists and Nonpsychiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries" *Psychiatric Services* 62:143-51, 2011.

Article accepté

A. Dezetter, X. Briffault, R. Bruffaerts, R. De Graaf, J. Alonso, HH. König, JM. Haro, G. De Girolamo, G Vilagut, V. Kovess-Masfety. "Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health care systems (accepté sous réserve de modifications mineures, le 12 janvier 2012 par *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*)

Communications (congrès internationaux avec comité de sélection)

A. Dezetter, R. Bruffaerts, A. Fernandez, J. Alonso, V. Kovess-Masfety and the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. "Differences in patterns of use of general practitioners *versus* mental health professionals for mental health problems, across ESEMED countries". World Psychiatric Association Section on Epidemiology and Public Health Meeting, Lisbon, Portugal, July 11, 2010

A. Dezetter, V. Kovess-Masfety. "Use of non formally trained psychotherapists in France: a public health problem?" XV European Psychiatric Association Symposium, Bergen, Norway, June 18, 2010.

A. Dezetter, X. Briffault, J. Alonso, M-C. Angermeyer, R. Bruffaerts, G. De Girolamo, R. De Graaf, K. Demyttenaere, J-M. Haro, H-H König, V. Kovess. "Determinants of use of Mental Health Specialists in ESEMeD countries". XII International Congress of International Federation of Psychiatric Epidemiology (IFPE), Vienna, Austria, April 18, 2009.

V. Kovess, A. Dezetter, R. de Graaf, J-M. Haro, R. Bruffaerts, X. Briffault, F. Gilbert, M. Codony, J. Alonso and the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. "Religious advisors as surrogate for mental health care in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) survey". European congress of psychiatry of European Psychiatric Association, Lisbon, Portugal, 24-28 January 2009.

Communications sans comité de sélection

A. Dezetter, X. Briffault, V. Kovess. Cost estimation for financing psychotherapies in France according to NICE Guidelines, Les rencontres de l'Hôtel-Dieu, EHESP, Paris, 12-13 mai 2011.

A. Dezetter, V. Kovess. Roles of medical versus non-medical mental health providers in the ESEMeD survey: what differentiates mental health care systems?. Les rencontres de l'Hôtel-Dieu, EHESP, Paris, 20 janvier 2010 (*Prix du meilleur poster*).

Rapport

A. Dezetter, V. Kovess. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Rapport à la CNAM-TS, février 2012.

Les articles publiés au cours de la thèse sont présentés en annexe.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Tant en France que dans les pays industrialisés, les troubles de santé mentale sont des pathologies fréquentes, générant une détresse importante et des coûts économiques et humains élevés. Ils constituent ainsi un problème majeur de santé publique.

1. Prévalences des troubles de santé mentale

a. Prévalences dans les pays industrialisés

D'après la méta-analyse de (Wittchen et Jacobi 2005), 27% des européens âgés de 18 à 65 ans, soit près de 83 millions d'adultes, ont souffert au cours de l'année passée de troubles de santé mentale courants (addictions incluses).

On entend par troubles de santé mentale courants, les troubles fréquemment rencontrés dans la population. Ils incluent les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur (EDM) et dysthymie), les troubles anxieux (les troubles anxieux généralisés (TAG), les phobies spécifiques et sociales, les états de stress post-traumatique (ESPT), les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les troubles paniques et l'agoraphobie) et peuvent, selon les études, inclure les troubles induits par une substance.

L'étude transversale européenne ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), qui a été menée dans six pays européens (France, Belgique, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne), entre 2001 et 2003, auprès d'un échantillon représentatif de 21,425 adultes non institutionnalisés, a estimé les prévalences des troubles de santé mentale courants, grâce au CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) posé en face à face (Alonso, Angermeyer, Bernert et al. 2004).

A travers ces six pays, les prévalences de troubles de santé mentale courants (hors addiction) au cours de la vie s'élèvent à 25,9%, les troubles de l'humeur à 14,7% et troubles anxieux à 14,5%. Les prévalences de troubles de santé mentale courants estimées au cours des douze derniers mois s'élèvent à 11,5%, les troubles de l'humeur à 4,5% et les troubles anxieux à 8,4%. (Alonso et Lépine 2007).

b. Prévalences en France

Enquête ESEMeD

Selon les données ESEMeD (Lépine, Gasquet, Kovess et al. 2005), les prévalences, au cours de la vie, des troubles de l'humeur chez les adultes français s'élèvent à 24,1% (21,4% pour les EDM), celles des troubles anxieux à 22,4% et celles des troubles liés à la consommation d'alcool à 5,7%. La prévalence sur 12 mois des troubles de l'humeur s'élève à 6,7% (6% pour les EDM), allant de 4,7% chez les hommes à 8,5% chez les femmes. La prévalence des troubles anxieux s'élèvent à 9,8% (5% chez les hommes et 14,2% chez les

femmes). La prévalence des troubles liés à l'alcool à 0,8% (1,5% chez les hommes et 0,1% chez les femmes).

Baromètre Santé INPES 2005

Le *Baromètre Santé de l'INPES* (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) est une enquête en population générale récurrente proposée tous les 5 ans. Le *Baromètre Santé INPES 2005* a été réalisé auprès de 30.514 personnes en population générale âgées de 12 à 75 ans. Le questionnaire a été réalisé par téléphone assisté par le CIDI-SF (Beck, Guilbert et Gautier 2006). Il comporte une section « santé mentale » portant sur un sous-échantillon (60% de l'échantillon général) de 16.710 adultes de 15 à 75 ans.

Selon les données issues du *Baromètre Santé INPES 2005*, 7,8% des français de 15-75 ans, ont souffert au cours de l'année passée d'un EDM (de 5,2% chez les hommes à 10,4% chez les femmes) (Morvan, Prieto, Briffault et al. 2005).

2. Comorbidité, récurrence et incapacité des troubles de santé mentale courants

De nombreuses études ont mis en évidence une comorbidité élevée entre les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (Lépine, Gasquet, Kovess et al. 2005 ; Howland, Rush, Wisniewski et al. 2009 ; Wittchen et Jacobi 2005 ; Alonso et Lépine 2007 ; Sartorius, Ustun, Lecrubier et al. 1996). Au cours de la vie, environ 50% des personnes souffrant d'EDM auront aussi souffert d'un trouble anxieux (Kessler, McGonagle, Swartz et al. 1993 ; Regier, Rae DS, Narrow et al. 1998). Les troubles de santé mentale courants, sont aussi associés avec une comorbidité des troubles de santé somatique, en particulier avec les maladies cardiovasculaires et les troubles musculo-squelettiques (Prince, Patel, Saxena et al. 2007). Les troubles de santé mentale, d'autant plus lorsqu'ils ne sont pas traités, ont tendance à devenir des pathologies sévères, récurrentes, chroniques (Parikh et Lam 2001 ; Spijker de Graaf R, Bijl et al. 2002 ; Kavanagh, Beaucage, Cardinal et al. 2006 ; Roemer, Orsillo et Salters-Pedneault 2008) et présentent un risque de suicide élevé (Khan, Leventhal, Khan et al. 2002 ; INSERM, DGS 2004 ; Sareen, Houlahan, Cox et al. 2005 ; Sareen, Cox, Afifi 2005 ; Bostwick et Pankratz 2000). Les troubles de santé mentale courants génèrent une forte incapacité fonctionnelle (Wittchen, Carter, Pfister et al. 2000). Selon les données de l'OMS (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji et al. 2004 ; WHO 2000) la dépression est au quatrième rang des causes d'années de vie en situation d'invalidité (AVCI/DALY) et la deuxième chez les 15-44 ans. Il est projeté qu'elle soit la première cause d'invalidité, dans les pays aux plus hauts revenus, d'ici 2030 (Mathers et Loncar 2006).

3. Le fardeau économique des troubles de santé mentale

Les troubles de santé mentale sont un lourd fardeau économique et humain pour la société. Ce fardeau économique s'évalue en plusieurs postes de coûts : (1) les coûts directs pour les régimes de santé (Chiles et Lambert 1999 ; Greenberg, Kessler, Birnbaum et al. 2003 ; Fenina, Geffroy, Minc, et al. 2006 ; Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen, et al. 2005 ; Sobocki, Jonsson, Angst et al. 2006 ; Chiles et Lambert 1999 ; Smit, Cuijpers, Oostenbrink et al. 2006), en termes de (a) consommations de soins dont les consultations hors du secteur de la santé mentale, qui sont en partie dues aux comorbidités avec des troubles somatiques lorsque ceux-ci sont induits par les pathologies psychiques (Alonso et Lépine 2007 ; Scott, Bruffaerts, Tsang et al. 2007) ; (b) les traitements (médicaments dont psychotropes) ; (c) les allocations compensatrices. (2) Les coûts indirects liés à (a) la perte de productivité (absentéisme, invalidité au travail, retraite anticipée) (Donohue et Pincus 2007 ; Greenberg, Kessler, Birnbaum et al. 2003 ; Stewart, Ricci, Chee et al. 2003 ; Wang, Simon et Kessler 2003 ; Sobocki, Jonsson, Angst et al. 2006 ; Smit, Cuijpers, Oostenbrink et al. 2006), (b) à la baisse de qualité de vie ou niveau d'incapacité du souffrant (Smit, Cuijpers, Oostenbrink et al. 2006 ; Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji et al. 2004 ; Saarni, Suvisaari, Sintonen et al. 2007 ; Donohue et Pincus 2007 ; Greenberg, Kessler, Birnbaum et al. 2003), et (c) à la mortalité (années de vie perdues, décès prématuré) (Cuijpers et Smit 2002 ; Sobocki, Jonsson, Angst et al. 2006). Les troubles de santé mentale ont des conséquences sur l'entourage du souffrant, ces coûts induits "intangibles" restent toutefois difficiles à estimer (WHO 2000 ; Gallagher et Mechanic 1996 ; Wang, Simon et Kessler 2003 ; Kavanagh, Beaucage, Cardinal et al. 2006 ; OMS 2000).

L'étude de (Wang, Simon et Kessler 2003) estime qu'aux États-Unis, en 2003, la seule dépression coûte annuellement à la société \$53 milliards. Les coûts se répartissent en trois postes, dont celui associé la réduction de productivité (absentéisme et incapacité) étant le plus conséquent en s'élevant à \$33 milliards, ceux des coûts directs des traitements s'élèvent à \$12 milliards et ceux liés à la mortalité sont estimés à \$8 milliards.

Au Royaume-Uni, (Layard 2006) estime que les pertes pour l'ensemble de la société (coût de productivité et taxes de l'état inclus) en raison des troubles de santé mentale courants s'élèvent, en 2005 à £17 milliards, soit 1,5% du produit intérieur brut du Royaume-Uni.

Au Canada, le rapport (Santé Canada 2002) estimait les coûts imputables aux troubles mentaux pour l'année 1998. Les coûts annuels directs s'élevaient à \$4,7 milliards, comprenant les coûts associés aux soins hospitaliers (\$2,7 milliards), aux médicaments (\$1,1 milliard) et aux soins médicaux (\$0,9 milliard). Les coûts indirects étaient estimés à \$3,2 milliards,

comprenant ceux liés aux incapacités de courte durée (\$0,5 milliard), de longue durée (\$2,2 milliards) et à la mortalité prématurée (\$0,5 milliard) (Gouvernement du Canada 2006).

Le rapport précise que ces coûts ne constituent qu'une partie du fardeau économique, sans considérer les coûts restant à la charge du patient et ceux assumés par le milieu du travail, en termes de perte de productivité.

L'étude canadienne de (Sroujian 2008) estime qu'en 2003, 30% des demandes de prestations d'invalidité résultent des troubles de santé mentale, qui représentent 70 % des coûts totaux, soit un coût annuel variant de \$15 à \$33 milliards (Gouvernement du Canada 2006).

a. Le fardeau économique des troubles de santé mentale courants en France

En France, en 2002, l'ensemble des troubles de santé mentale est la catégorie diagnostique qui occupait le 2^{ème} poste de dépenses de santé (après les maladies de l'appareil circulatoire), soit 10,6% du total des dépenses, ce qui équivalait à 11,4 milliards d'euros. Les soins hospitaliers représentent à eux seuls 73% des coûts (Fenina, Geffroy, Minc et al. 2006). Le montant des remboursements assurés par la sécurité sociale en 2003 pour les médicaments psychotropes est estimé à 1,406 milliard d'euros, soit 5,5% des dépenses de l'ensemble des médicaments (Briot 2006).

Le fardeau économique dû aux troubles de santé mentale est principalement représenté par les coûts indirects qui représentent 50% des dépenses. Les coûts directs médicaux représentent 39% des dépenses et les coûts directs non médicaux 11%. Les coûts des répercussions économiques des troubles de santé mentale sont donc supérieurs à ceux des soins et traitements (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen, et al. 2005 ; Milon 2009). Ce qui semble être d'autant plus le cas pour les troubles de l'humeur qui ont une plus forte répercussion sur la productivité comparativement aux troubles anxieux (Alonso et Lépine 2007 ; Greenberg, Sisitsky, Kessler et al. 1999).

Concernant la France, l'étude européenne de (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen, et al. 2005) a estimé pour la population en âge de travailler (18-65 ans) que les coûts indirects et directs médicaux et non médicaux liés aux troubles de l'humeur s'élevaient à 14,5 milliards d'euros, ceux liés aux troubles anxieux (hors coûts directs non médicaux) à 5,4 milliards d'euros. Basé sur les mêmes indicateurs, le poids économique annuel par patient par pathologie est estimé, pour la dépression à 4702€, pour l'anxiété généralisée à 2524€, pour la phobie sociale à 1213€, pour la phobie spécifique 657€, pour le trouble panique à 1202€, pour l'agoraphobie à 1135€ et pour les TOC à 442€ (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen, et al.

2005). Le fardeau économique de l'ensemble des troubles anxieux avoisinerait 1500€ (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen, et al. 2005 ; Milon 2009).

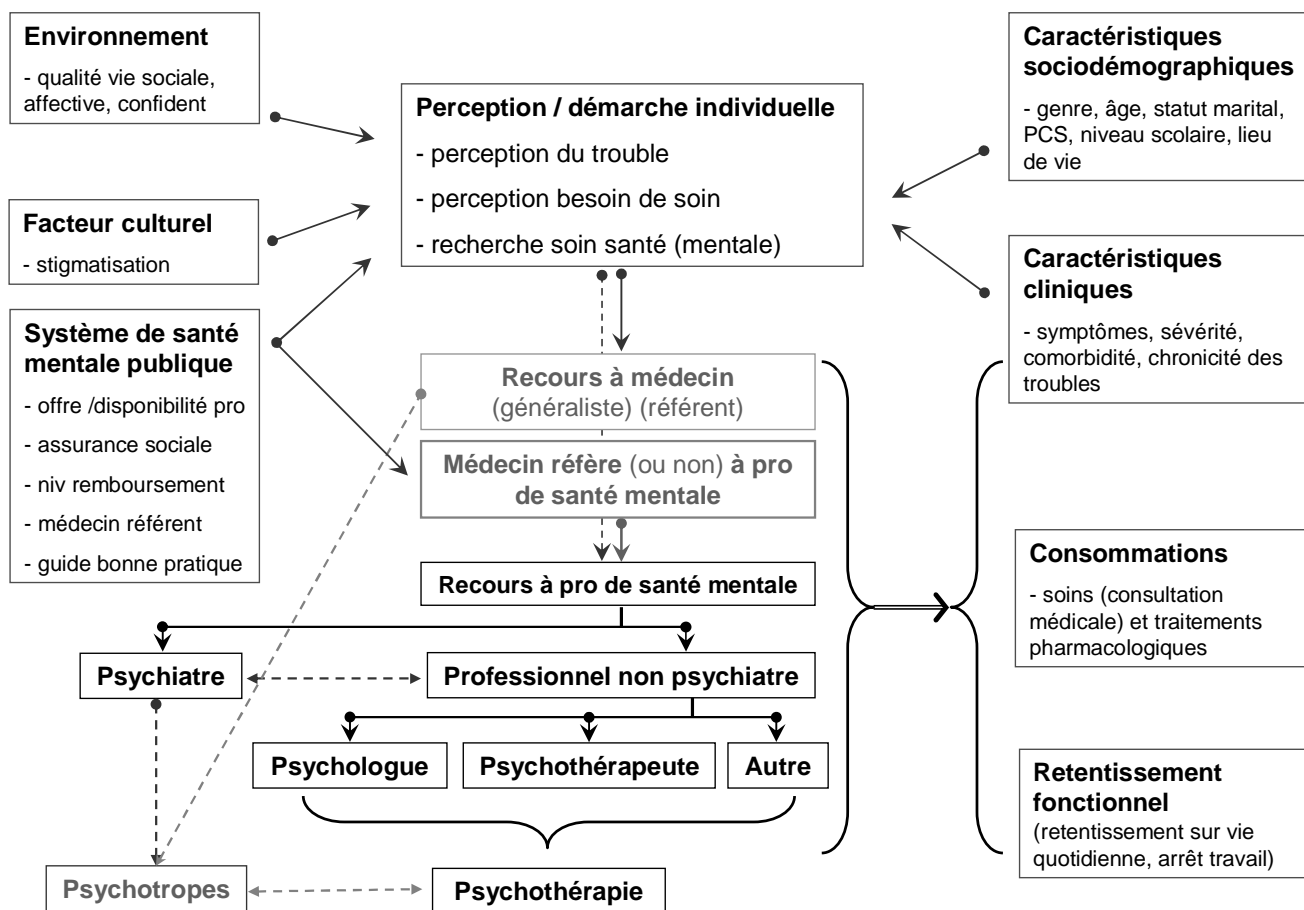
Selon (Sobocki, Jonsson, Angst et al. 2006), les coûts directs et indirects associés à la dépression, chez les personnes en âge de travailler, se distribuent à hauteur de 26% pour les soins médicaux (consultation et hospitalisation), 9% pour les médicaments et à hauteur de 65% pour les coûts indirects (arrêts de travail, retraite prématurée, perte de productivité, mortalité prématurée).

4. Modèle conceptuel du recours aux soins en santé mentale

Le recours aux différents services de soins en santé mentale est influencé par plusieurs facteurs, tels que les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, l'environnement social de l'individu, les facteurs culturels, les composantes du système de santé mentale publique. Ce dernier influe sur le parcours de soin de l'utilisateur. Enfin, le type de traitement suivi a un effet sur les consommations de soins, l'état psychique et le retentissement fonctionnel de l'individu.

Ces différentes composantes et leurs liens sont résumés dans le modèle conceptuel ci-dessous.

Figure 1 Modèle conceptuel : Recours aux soins en santé mentale



a. Les troubles non traités

A partir des données de l'*Enquête ESEMeD*, l'étude de Alonso, Codony, Kovess et al. (2007) évalue qu'un européen souffrant de troubles de santé mentale courants sur deux (52%) consulte un professionnel à des fins de santé mentale au cours de l'année. Deux études canadiennes récentes estiment à environ un canadien souffrant d'EDM sur deux (Duhoux, Fournier, Nguyen et al. 2008) et un canadien souffrant de troubles anxieux sur cinq (Lesage, Rhéaume et Vasiliadis 2008) la proportion de personnes qui consulte un professionnel à des fins de santé mentale au cours de l'année.

b. Les barrières aux recours

La démarche de recourir aux services de santé pour des problèmes de santé mentale est principalement influencée par la perception que la personne a de son trouble (elle même liée au niveau de souffrance psychique, de retentissement fonctionnel et aux représentations du trouble) et à la perception de son besoin de soin (Kovess, Lesage, Boisguerin et al. 2001 ; Broadbent, Kydd, Sanders et al. 2008). D'autres barrières individuelles jouent un rôle important sur l'utilisation des soins, tels que la stigmatisation, les facteurs sociologiques (genre, âge, PCS, niveau d'études) et les facteurs cliniques (sévérité, comorbidité, chronicité des troubles) (Alonso, Codony, Kovess et al. 2007 ; Bijl et Ravelli 2000 ; Bijl, de Graaf R, Hiripi et al. 2003 ; Kessler Frank, Edlund 1997 ; Sareen, Jagdeo, Cox 2007 ; Urbanoski, Rush, Wild et al. 2007 ; Wells, Robins, Bushnell et al. 1994).

On observe aussi des barrières liées aux systèmes de santé, tels que l'offre, l'accessibilité, le niveau de remboursement des soins (Alonso, Codony, Kovess et al. 2007 ; Dezetter, Briffault, Alonso et al. 2011)

c. Les besoins en santé mentale non comblés

Deux récentes études menées au Canada ont évalué les besoins de soins en santé mentale non comblés.

Dans l'*Enquête sur la santé mentale des Montréalais 1999*, une évaluation clinique des besoins de soins de santé mentale a été réalisée auprès de 359 adultes à partir d'une entrevue en face-à-face et de la cotation des besoins de soins par deux cliniciens. Selon les résultats de cette enquête, environ 18% des adultes présentent des besoins de soins de santé mentale. Parmi ceux qui présentent des besoins, près de la moitié d'entre eux n'a pas utilisé de services pour des raisons de santé mentale (Fournier, Lemoyne, Poulin et al. 2002 ; Fournier, Aubé, Roberge et al. 2007).

L'étude de (Duhoux, Fournier et Roberge 2010) montre que parmi les répondants de la cohorte Dialogue-Clientèle 2006-2010, menée auprès de 1273 adultes québécois utilisateurs de soins de première ligne, et diagnostiqués comme souffrant de troubles de santé mentale

courants, 38% d'entre eux ont eu des besoins de soins non comblés au cours de l'année précédant l'entretien. Les personnes présentant une comorbidité d'un EDM et de troubles anxieux sont les plus touchés (45% ont déclaré un besoin non comblé).

La psychothérapie et le counselling sont les types de besoin non comblés les plus souvent mentionnés (Lesage, Bernèche et Bordeleau 2010). Les raisons qui sous-tendent les besoins non comblés peuvent être des problèmes : (1) d'acceptabilité (préférer s'occuper soi-même du problème, ne pas savoir où chercher de l'aide, se sentir stigmatisé) ; (2) de disponibilité (temps d'attente, service ou traitement non disponible) ; (3) d'accessibilité (financier, transport, horaire) (Lesage, Rhéaume et Vasiliadis 2008).

5. Les professionnels consultés

La littérature internationale montre que dans les pays industrialisés, les médecins généralistes sont les professionnels consultés en première ligne et aussi les plus consultés pour des problèmes de santé mentale. La France occupe à ce titre le premier rang parmi les six pays européens étudiés (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso et al. 2007 ; Bosmans, van Schaik, de Bruijne et al. 2008).

Par contre, les prévalences des recours aux psychiatres et aux psys non médecin (psychologue, psychothérapeute, travailleurs sociaux, « counselor ») varient fortement en fonction des pays.

Le recours à ces différents professionnels de santé mentale dépend de nombreux facteurs : tels que la densité et la disponibilité de ces professionnels, les politiques nationales de remboursement, la présence ou absence de politique du médecin référent (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso et al. 2007 ; Briffault, Sapinho, Villamaux et al. 2008 ; Kovess-Masfety, Alonso, Brugha et al. 2007 ; Alegria, Bijl, Lin et al. 2000 ; Landerman, Burns, Swartz et al. 1994 ; Fernandez, Haro, Martinez-Alonso et al. 2007 ; Forrest 2003 ; Van Broeck et Lietaer 2008 ; Busse et Riesberg 2004 ; van der Feltz-Cornelis, Knispel et Elfeddali 2008 ; Cohu et Lequet-Slama 2001 ; WHO 2005).

Les modes de recours sont également liés à des déterminants sociodémographiques, cliniques et culturels, comme le degré de stigmatisation du recours en santé mentale (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso et al. 2007 ; Drapeau, Boyer et Lesage 2009 ; Kessler, Demler, Frank et al. 2005 ; Sareen, Jagdeo, Cox 2007 ; Sturm et Klap 1999 ; Wang, Patten, Williams et al. 2005 ; Wang, Demler, Olfson et al. 2006).

6. Adéquation des traitements

Le fait d'utiliser les services pour des raisons de santé mentale ne signifie pas nécessairement que les traitements aient été délivrés de façon adéquate.

Les données françaises en population générale issues du *Baromètre Santé INPES 2005* analysées par (Briffault, Morvan, Rouillon et al. 2008b) sur les facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'EDM en France révèlent que la probabilité de recevoir un traitement adéquat augmente avec le recours au secteur spécialisé, uniquement ou conjoint à un recours au généraliste. Un traitement adéquat de l'EDM a été défini par la prise d'un antidépresseur ou le suivi d'une psychothérapie pendant au moins 6 mois. La proportion de traitements adéquats varie entre 42% chez les personnes ayant consulté uniquement un généraliste à 80% chez celles qui ont eu recours à un psychiatre et un généraliste.

7. Les traitements disponibles pour les troubles de santé mentale courants

Les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques

a. Particularité de la consommation de psychotropes en France

La littérature montre que les français ont une tendance à une consommation de médicaments psychotropes supérieure à celle d'autres pays. La consommation annuelle est deux fois supérieure à la moyenne des pays européens limitrophes à la France, toutefois la durée de consommation est plus réduite en France que dans ces autres pays. (Briot 2006) Une synthèse d'enquêtes épidémiologiques sur la consommation de médicaments psychotropes en France, présentée par (Briot 2006), indique qu'un français sur quatre a consommé au moins un psychotrope au cours de l'année et qu'un français sur trois en a consommé au cours de la vie. La consommation augmente avec l'âge et est deux fois plus élevée chez les femmes. Parmi les médicaments psychotropes, les anxiolytiques sont les plus prescrits suivis par les antidépresseurs, puis les hypnotiques (Lecadet, Vidal, Baris et al. 2003).

Une étude récente de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT 2009) estime à 3,8 millions le nombre de consommateurs hebdomadaire de psychotropes (chez les 12 à 75 ans) et à 8,9 millions le nombre de français qui en ont consommé au moins une fois dans l'année.

En France, les troubles mentaux sont la catégorie diagnostique qui se situe au quatrième poste de dépenses liées aux médicaments. Les médicaments psychotropes se situent au deuxième rang, en unités prescrites (derrière les antalgiques). Les Comptes de la santé font

apparaître, pour 2003 et 2004, que le montant des remboursements des médicaments psychotropes par la sécurité sociale s'élève à un milliard d'euro (Briot 2006).

b. Prévalence des recours aux psychothérapies en France, selon 3 enquêtes

Baromètre Santé INPES 2005

Les résultats issus du *Baromètre Santé INPES 2005*, portant sur un sous-échantillon de 16,710 personnes ayant répondu à la section « santé mentale », indiquent que 9,5% des français de 15 à 75 ans ont eu recours à une psychothérapie au cours de leur vie, de 6,6% chez les hommes à 12,4% chez les femmes (Briffault et Lamboy 2008).

Enquête Santé MGEN 2000

L'*Enquête Santé MGEN 2000* est une enquête transversale, auto-administrée portant sur les adultes affiliés à la MGEN (régime obligatoire et/ou complémentaire du personnel de l'Éducation Nationale) âgés entre 20 et 60 ans, dont la population est représentative en termes d'âge et de sexe des adhérents de la MGEN. Le taux de réponse était de 66,5%. Après redressement sur la structure par département, l'échantillon final compte 6.624 répondants.

Cette enquête en population spécifique révèle que 11,5% des répondants ont suivi une psychothérapie au cours de la vie, de 7,4% chez les hommes à 14,4% chez les femmes (Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007).

La Vague Santé mentale 64.4 de l'Eurobaromètre Spécial n°248 2006

« *L'Eurobaromètre Spécial n°248, la santé psychique et psychologique 2006* » est une partie de *L'Eurobaromètre* qui est une enquête transversale européenne en population générale récurrente depuis 1973, dont les entretiens sont réalisés en face à face. *L'Eurobaromètre Spécial n°248* comprend une vague « Santé mentale » qui a été réalisée à la demande de la Commission Européenne, entre décembre 2005 et janvier 2006, auprès de 29.248 européens (env. 1000 enquêtés par pays) dans 30 pays de l'Union Européenne (dont pays entrants et candidats) âgés de 15 ans et plus.

Selon les données de *l'Eurobaromètre 2006*, la France se situe en tête (après les Pays-Bas) des prévalences de recours aux psychothérapies, avec un taux de recours s'élevant à 5% au cours des 12 derniers mois, la moyenne européenne étant de 3% (EORG 2006).

Figure 2 Prévalences des recours aux psychothérapies, en France, données issues de 3 enquêtes

Enquête	Références	N total	Prévalence 12 mois	Prévalence sur la vie	n	Population
<i>Baromètre Santé INPES 2005</i>	(Briffault et Lamboy 2008)	16.710	-	9,5%	1587	Population générale, Section Santé mentale posée à un sous échantillon de 16.710 (sur 30.514), 15-75 ans
<i>Enquête Santé MGEN 2000</i>	(Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007)	6624	-	11,5%	759	Adhérents à la MGEN, 20-60 ans
<i>Eurobaromètre, la santé psychique et psychologique 2006 - Eurobaromètre Spécial n°248</i>	(EORG 2006)	29.248	3,0%	-	NC	30 pays de l'UE, env 1000 enquêtés par pays, 15 ans et plus
		1000	5,0%	-	NC	France

c. Comparaison avec l'Angleterre et les États-Unis

A titre de comparaison, en Angleterre, avant la mise en place du Plan *IAPT* (qui prend financièrement en charge le recours aux psychothérapies), parmi la population souffrant de troubles de santé mentale courants et qui a consulté un professionnel, au cours de l'année passée, 1% de cette population avait suivi une TCC et 3% une psychothérapie intense ou interpersonnelle, enfin 4% avaient bénéficié de séances de counseling (Layard, Clark, Knapp et al. 2006). Toutefois ce rapport ne donne pas de précisions sur le recueil des données et sa méthodologie.

Aux États-Unis, les résultats issus de l'enquête *Medical Expenditure Panel Survey 1997* portant sur 32.636 américains adultes non institutionnalisés, représentatifs de la population générale, indiquent que 3,6% des adultes américains ont suivi une psychothérapie dans l'année précédant l'entretien (Olfson, Marcus, Druss et al. 2002).

d. La balance consommation de médicaments et recours à la psychothérapie est déséquilibrée

Une étude portant sur des données des adhérents de la MGEN, en 2000 (Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007) montre que 71% des personnes ayant suivi une psychothérapie au cours de leur vie ont également consommé des psychotropes (62% des somnifères, anxiolytiques ou sédatifs ; 52% des antidépresseurs). Toutefois il n'est pas possible de dire si cette consommation fût simultanée au suivi psychothérapique. Cette proportion est

légèrement plus importante pour les femmes que pour les hommes (73% vs. 65%, $p=0,04$). Pour la moitié des individus, la durée de prise a été supérieure à un an.

Les études issues du *Baromètre Santé INPES 2005* (en population générale) montrent que chez les personnes qui ont souffert d'un EDM et qui ont eu recours aux soins, au cours de l'année passée : 59% a consommé des antidépresseurs, 47% des anxiolytiques. 28% a suivi une psychothérapie et 26% a reçu un soutien psychologique (Guilbert 2006).

Une seconde étude révèle que parmi les personnes présentant un EDM : 33% ont consommé un antidépresseur, 11% ont eu recours à la psychothérapie, 8% ont eu recours à la fois à la psychothérapie et aux antidépresseurs (Briffault, Morvan, Rouillon et al. 2008a).

8. L'efficacité démontrée des psychothérapies

Les psychothérapies structurées sont des traitements des troubles de santé mentale, dont l'efficacité et les indications spécifiques des différentes approches psychothérapeutiques ont été prouvés, sur la base de nombreux travaux d'évaluation internationaux. C'est en particulier le cas pour les psychothérapies des troubles de santé mentale courants, dont l'impact positif a été démontré sur les rémissions des symptômes, sur les comorbidités et sur la persistance des effets et la prévention des rechutes (INSERM 2004 ; Roth et Fonagy 2005 ; Reesal et Lam 2001 ; Churchill, Hunot, Corney et al. 2001 ; Gloaguen, Cottraux, Cucherat et al. 1998 ; Fisher et Durham 1999 ; Zimmermann, de Rotena et Despland 2008). De très nombreuses méta-analyses ou revues de littératures concordent pour démontrer l'efficacité des psychothérapies pour différentes symptomatologies et formes de traitements.

Selon la revue de (Lambert et Ogles 2004), portant sur 28 méta-analyses d'évaluation des psychothérapies issues d'ECR (soit plusieurs centaines de patients), 70% des patients (taille d'effet $d=0,82$) ont nettement bénéficié du traitement psychothérapeutique, en comparaison à une absence de traitement (Zimmermann, de Rotena et Despland 2008). De plus, les nombreuses méta-analyses et les revues de la littérature sur le sujet montrent au moins un effet égal sinon plus efficace de la psychothérapie sur l'état de santé mentale, comparée aux traitements pharmacologiques.

Les scores d'estimation du bénéfice varient selon la symptomatologie du patient, le degré de sévérité et de chronicité du trouble (Cuijpers, Andersson, Donker et al. 2011 ; Cuijpers, Clignet, van Meijel et al. 2011 ; Cuijpers, Geraedts, van Oppen et al. 2011 ; Cuijpers, van Straten, Andersson et al. 2008 ; Gloaguen, Cottraux, Cucherat et al. 1998 ; De Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk et al. 2005 ; INSERM 2004). Ces scores d'efficacité clinique varient

aussi selon la méthode psychothérapeutique évaluée, le prima allant aux TCC, dont on admet largement que leur évaluation est facilitée par leur aspect codifié et formalisé, appréciable à court terme (INSERM 2004). Bien que moins abondants en comparaison aux recherches évaluatives des TCC, de nombreux ECR ont néanmoins démontré largement l'efficacité des psychothérapies interpersonnelles et psychodynamiques brèves dans la prise en charge des troubles de santé mentale, en particulier chez les patients souffrant de dépression, de troubles de la personnalité ou d'ESPT (Cuijpers, Geraedts, van Oppen et al. 2011 ; Crits-Cristoph 1992 ; Churchill, Hunot, Corney et al. 2001 ; Kavanagh, Beaucage, Cardinal et al. 2006 ; INSERM 2004).

Plusieurs études médico-économiques concluent à un impact positif du recours aux psychothérapies sur les arrêts de travail, l'absentéisme, les hospitalisations, les consultations médicales et sur la consommation de médicaments (Mumford, Schlesinger, Glass et al. 1984 ; Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997 ; de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007 ; Chiles et Lambert 1999 ; Myhr et Payne 2006). Les recherches font apparaître que les traitements psychothérapeutiques peuvent réduire ou éviter l'utilisation ultérieure de services médicaux et de réduire l'impact sur le fonctionnement social induit par les troubles de santé mentale (Hunsley 2003 ; Zimmermann, de Rotena et Despland 2008 ; Vos, Haby, Barendregt et al. 2004 ; Myhr et Payne 2006), et par effet d'entraînement sur les conséquences économiques et humaines que ces pathologies induisent (Layard 2006 ; NHS 2010a ; NHS-IAPT 2011).

Avant de détailler, dans le chapitre suivant, les bénéfices médico-économiques des psychothérapies sur les différents soins et traitements, annoncer les conclusions de la méta-analyse de (Chiles et Lambert 1999) permet de se représenter globalement les économies que les traitements psychothérapeutiques permettraient de réaliser. La méta-analyse de (Chiles et Lambert 1999) rassemblant 91 études publiées entre 1967 et 1997, a examiné la rentabilité des interventions psychologiques (consultation psychiatrique, psychoéducation, counselling, soutien, TCC, PI) chez les patients souffrant de troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, anxieux, somatoformes, liés à une consommation de substances, problème de santé mentale liée à une pathologie cancéreuse ou cardiaque), dont la plupart avec un passif de sur-utilisation des systèmes de soins, en institution ou en pratique privée. Selon les conclusions de (Chiles et Lambert 1999), les économies que permettent de réaliser ces interventions psychologiques sont de l'ordre de 20% à 30% dans toutes les études. Parmi les 28 études qui comprennent une estimation des compensations de coûts, seulement 2 d'entre elles indiquent que les coûts de ces prestations psychothérapeutiques dépassent les économies réalisées par ces interventions (Chiles et Lambert 1999 ; Zimmermann, de Rotena et Despland 2008).

9. Effet du recours aux psychothérapies sur les consommations de soins et services de santé et des arrêts de travail

Les données dont nous disposons ne permettant pas d'analyser l'impact des psychothérapies sur les autres consommations de soins ou les arrêts de travail, nous proposons de présenter une revue de littérature internationale concernant les effets des psychothérapies sur (a) les consommations de soins (nombre d'admission et de journées d'hospitalisation, consultations médicales), (b) sur la consommation de médicaments et (c) sur les arrêts de travail, qui sont l'un des principaux indices de retentissement fonctionnel et sociétal.

Nous présentons les principaux résultats de deux revues systématiques de la littérature, de référence.

1. (Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997) est une revue systématique de la littérature de 18 articles de référence (10 essais clinique randomisés et 8 non randomisés), publiés entre 1984 et 1994, sur l'impact des psychothérapies sur le coût des soins, chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Nous présenterons les données issus de 4 articles, en éliminant les études concernant la prise en charge des patients souffrant de troubles liées à la consommation de drogue et celles souffrant de schizophrénie ; et en ne conservant que celles dont le traitement suivi est une psychothérapie, quelque soit la méthode ou professionnel consulté.

L'étude prospective de (Stevenson et Meares 1992) porte sur 30 personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline ayant suivi une psychothérapie hors institution, dont le suivi post-traitement a été évalué à un an. L'étude rétrospective de (Verbosky, Franco et Zrull 1993) concerne les 18 personnes souffrant de dépression majeure et ayant consommé des antidépresseurs (groupe contrôle) ou bien un traitement associé d'antidépresseur et une psychothérapie, l'évaluation post-traitement a été effectuée à six mois. L'article de (Retzer, Simon, Weber et al. 1991) a mesuré les admissions hospitalières chez 30 personnes souffrant de troubles bipolaires et ayant suivi une psychothérapie de groupe, l'évaluation post-traitement a été faite au cours des 3 ans. Les données de l'essai clinique randomisé analysées par (Linehan, Armstrong, Suarez et al. 1991) porte sur 44 femmes souffrant de troubles de la personnalité borderline et ayant soit suivi un traitement pharmacologique soit une psychothérapie. Le traitement psychologique été suivi pendant un an et l'évaluation des recours hospitaliers tous les 4 mois.

2. (de Maat, Philipzoon, Schoevers et al. 2007) est une revue systématique de la littérature de 28 études publiées entre 1970 et 2005, portant sur l'efficacité des thérapies d'inspiration psychanalytique à long terme, parmi lesquelles 7 d'entre elles, présentées ci-dessous, incluent des données sur l'utilisation du système de soin et le retentissement professionnel.

L'étude de Keller, Westhoff, Dilg et al. (1998) a examiné rétrospectivement l'impact du suivi thérapeutique sur les arrêts de travail et les consommations de soin, chez 47 personnes souffrant de troubles de santé mentale ayant duré plus de dix ans, de troubles de la personnalité, de troubles somatoformes ou de troubles des conduites alimentaires. L'effet du traitement a été évalué six ans après la psychothérapie.

L'étude prospective de (Monsen, Odland, Faugli et al. 1995) a évalué chez 25 psychothérisants souffrant de troubles de la personnalité leurs consommations médicamenteuses 5 ans après la psychothérapie. Les études rétrospectives de (Beutel et Raskin 2002) et de (Heinzel, Breyer, Klein et al. 1998) ont évalué rétrospectivement l'effet du suivi psychothérapeutique sur les consommations médicales de patients, quelques soient leurs troubles de santé mentale et consultant dans le système de santé privé. L'étude de (Beutel et Raskin 2002) porte sur 154 patients, l'évaluation a été réalisée 6 ans après le suivi psychothérapeutique. Celle de (Heinzel, Breyer, Klein et al. 1998) porte sur 500 patients dont l'évaluation a été faite 2 ans après le suivi. L'étude prospective de (Rudolf, Dilg et Grande 2004) examine chez 43 patients souffrant de trouble de santé mentale courants ou de trouble de la personnalité l'effet du suivi psychothérapeutique sur les consommations de soins et traitements ainsi que sur les arrêts de travail, deux ans après le début du traitement. (Duhrssen 1986) a évalué rétrospectivement l'impact du suivi psychothérapeutique chez 62 patients, quelques soient leurs troubles de santé mentale, sur les arrêts de travail et les hospitalisations, cinq ans après le suivi. Comme (Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997), cette revue de littérature présente les données de l'étude de (Stevenson et Meares 1992).

Ces deux revues de la littérature concluent à un impact positif du recours aux psychothérapies. A l'instar de la méta-analyse de (Mumford, Schlesinger, Glass et al. 1984) qui avait montré que 85% des 58 études contrôlées (26 naturalistes, 32 expérimentales élaborées entre 1974 et 1978) concluaient à une diminution dans la consommation de soins suite au suivi psychothérapeutique, (Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997) révèle que 88,9% des 18 études analysées concluent à un impact positif de la psychothérapie. (Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997) attribuent ces changements à différents médiateurs tels que la réduction des symptômes, une meilleure capacité d'autogestion, une amélioration du soutien social, une diminution des traitements, une diminution du retentissement professionnel.

a. Les arrêts de travail

(Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997) et (de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007) montrent un impact positif du recours aux psychothérapies sur l'absentéisme au travail. Quatre études ont estimé le nombre de jours d'arrêts de travail par an et par personne entre le pré-traitement et le post traitement. Cette réduction est de 69% après un an selon (Stevenson et Meares 1992), de 70% deux ans après le début du traitement selon (Rudolf, Dilg et Grande 2004), de 75% après 5 ans selon (Duhrssen 1986) et de 50% à 6 ans selon (Keller, Westhoff, Dilg et al. 1998).

b. Les hospitalisations

(Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997) et (de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007) évoquent l'impact positif du suivi psychothérapeutique sur le nombre d'admissions à l'hôpital : passant pré-traitement de 1,5 admission par an à 0,3 post-traitement selon (Retzer, Simon, Weber et al. 1991) dont les résultats sont proches de ceux de (Stevenson et Meares 1992) qui montrent que le nombre d'admissions hospitalières qui était au nombre de 1,8 par an pré-traitement, s'élève à 0,7 admission par an post-traitement. (Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997) et (de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007) concluent à une réduction du nombre de jours passés à l'hôpital après le suivi psychothérapeutique. L'étude de (Verbosky, Franco et Zrull 1993) présentée dans la revue de (Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997) montre que le nombre de jours d'hospitalisation par an pré-traitement qui étaient de 45,6 jours passent à 13,8 jours post-traitement. Cet écart est de 50 jours par an pré-traitement et 15 jours post-traitement chez la patientelle étudiée par (Linehan, Armstrong, Suarez et al. 1991). Les quatre études analysées par (de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007) montrent que le nombre de journées d'hospitalisation baisse : de 49% un an après le traitement (passant de 2,9 mois par an à 1,5 mois par an) selon (Stevenson et Meares 1992), de 62% deux ans après le début du traitement selon (Rudolf, Dilg et Grande 2004), de 81% après 5 ans selon (Duhrssen 1986) et de 87% six ans après le traitement selon (Keller, Westhoff, Dilg et al. 1998).

c. Les consultations médicales

L'étude de (de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007) évoque une réduction moyenne du nombre de consultations médicales de 55% après suivi de la psychothérapie : de 37% post-traitement et de 47% après 2 ans selon (Heinzel, Breyer, Klein et al. 1998); de 45% un an après le traitement et 40% six ans après selon (Beutel et Raskin 2002) et de 86% après un an selon (Stevenson et Meares 1992).

d. Les consommations médicamenteuses

L'étude de (de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007) évoque un effet positif du suivi psychothérapeutique sur la consommation de médicaments. Selon (Monsen, Odland, Faugli et al. 1995) le nombre de consommateurs de médicaments a baissé de 50% post-traitement et de 72% cinq ans après. Selon (Keller, Westhoff, Dilg et al. 1998) le nombre de consommateurs de médicaments, mesuré six ans après le traitement, a baissé de 20% en comparaison aux consommations pré-traitement. Enfin, selon (Rudolf, Dilg et Grande 2004), le nombre de consommateurs de médicaments a baissé de 68% deux années après le début du traitement. Les taux de l'impact du suivi psychothérapeutique sur la consommation médicamenteuse varient fortement selon les études présentées pour plusieurs raisons méthodologiques. Tout d'abord, ils varient selon les groupes (contrôle / expérimenté) étudiés, et selon les caractéristiques cliniques et sociologiques des patients (tel que le lieu de délivrance du soin), la méthode psychothérapeutique (TCC/PI) employée ainsi que la période à laquelle les données post-traitement ont été recueillies. Malgré ces différences, ces études concluent à un impact positif du traitement psychothérapeutique sur la consommation de médicaments.

e. En résumé

Ces recherches font apparaître que l'investissement financier dans la prise en charge des traitements psychothérapeutiques compensent nettement les consommations de soins et services en agissant sur leurs coûts d'utilisation à court et moyen terme. En agissant positivement sur le fonctionnement social des patients, ces traitements permettent de aussi réduire les coûts indirects induits par les pathologies psychiques, à la fois en permettant d'accroître la productivité, par delà de diminuer les coûts d'allocations compensatrices et enfin contribuent à améliorer de la qualité de vie des patients et de leur entourage.

10. Les psychothérapies sont recommandées par les guides de bonne pratique clinique

La psychothérapie est un traitement recommandé par de nombreux guides de bonne pratique clinique internationaux. Aux Etats-Unis, par l'*American Psychological Association* (APA 2000b) ; au Canada par le *Guidelines Advisory Committee* (GAC 2007) et le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT 2009) ; en Australie par l'*Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW 2010) ; au Royaume-Uni par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE 2005a ; NICE 2005b ; NICE 2009 ; NICE 2011) ; aux Pays-Bas par le *Centraal BegeleidingsOrgaan* (CBO 2005). Le nombre de séances et le type de méthode thérapeutique préconisé selon la symptomatologie et le niveau de sévérité peuvent varier selon les guides de bonne pratique clinique, débutant généralement à 6

séances pour les troubles anxieux légers avec une TCC, jusqu'à 25 à 40 séances pour les troubles dépressifs les plus sévères avec une psychothérapie interpersonnelle.

En France, les guides de la HAS (HAS 2001 ; HAS 2002) préconise en première intention une prise en charge psychothérapeutique pour le TAG (alliée à des conseils hygiéno-diététiques) ainsi que pour l'épisode dépressif léger (nombre de symptômes minimum pour le diagnostic de l'épisode dépressif et fonctionnement peu altéré). Dans le cas d'un épisode dépressif modéré (plusieurs symptômes et fonctionnement moyennement altéré), les antidépresseurs sont proposés en première intention ; l'association antidépresseurs et psychothérapie peut être proposée lorsque le patient présente des difficultés psychosociales avec un retentissement marqué sur la vie quotidienne. Dans le cas d'un épisode dépressif sévère (nombreux symptômes et fonctionnement très altéré), les antidépresseurs sont préconisés comme indispensables. L'association antidépresseurs et psychothérapie (TCC, psychothérapies interpersonnelles, de soutien, d'inspiration psychanalytique) peut être proposée. Le traitement peut durer entre six mois et un an. Le nombre de séance n'est pas précisé.

Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur et des niveaux de sévérité ainsi que ceux des troubles anxieux sont détaillés dans le chapitre « Critères diagnostiques des troubles de santé mentale courants selon le DSM IV-TR »

Les psychothérapies structurées sont recommandées pour l'ensemble des troubles anxieux (HAS 2009). Pour le TAG, les phobies sociales ou spécifiques, le trouble panique avec ou sans agoraphobie sont recommandés le suivi de TCC de 12 à 25 séances pouvant s'accompagner de self-help avec bibliothérapie, et des séances de relaxation. Pour les TOC, au moins 25 séances de TCC. Pour l'ESPT, entre 15 et 20 séances de TCC ou d'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) (désensibilisation avec mouvements oculaires).

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont recommandées pour le TAG mais sans précision sur le nombre de séances.

Pour le trouble dépressif chronique (supérieur à deux ans) ou récurrent (deux épisodes en 4 ans) la durée du traitement psychothérapeutique (TCC, thérapies psychodynamique ou systémiques) associé ou non avec un traitement médicamenteux psychotropes durent de 18 mois à 2 ans, après la rémission des symptômes, et pouvant être plus longue chez le sujet âgé. Il est précisé que la nature du traitement dépend de la sévérité des symptômes, de l'efficacité, de la tolérance du traitement et des préférences du patient (HAS 2009).

Toutefois ces guides de recommandation nationaux ne préconisent pas, avec précision, le nombre de séances nécessaires selon le degré de sévérité du trouble psychique.

Plusieurs rapports nationaux (INSERM 2004 ; Couty 2009 ; Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003 ; Briot 2006) et campagne d'information auprès du grand public (INPES 2007) recommandent d'encourager la prise en charge psychothérapeutique et de favoriser l'alternative de recours aux psychothérapies plutôt qu'à la médication.

11. Le traitement psychothérapeutique est préféré au traitement pharmacologique

Plusieurs études internationales ont montré que les psychothérapies sont les traitements souhaités, et préférés aux traitements pharmacologiques, par la majorité des personnes souffrant de troubles psychiques (Van Schaik, Klijn, van Hout et al. 2004 ; Bosmans, van Schaik, de Bruijne et al. 2008 ; Kovess-Masfety, Saragoussi, Sevilla-Dedieu et al. 2007 ; Davis, Thomson, Oxman et al. 1992). D'autre part, des études montrent l'effet positif sur le traitement, du choix du patient quant à la méthode thérapeutique (Van Schaik, Klijn, van Hout et al. 2004). Cette composante a d'ailleurs été prise en compte dans le programme anglais *IAPT (Improving Access to Psychological Therapies)* où les patients peuvent formuler leur préférence quant à la méthode thérapeutique (NHS-IAPT 2011).

12. Statuts et niveaux de remboursement des psychothérapeutes dans les pays industrialisés

Plusieurs pays européens ont développé une politique de remboursement des psychothérapies, parmi lesquels les Pays-Bas, la Finlande, la Suède, l'Autriche, l'Allemagne, la Suisse et l'Angleterre. Depuis 2006, l'Australie a mis en place un programme de prise en charge financière des psychothérapies. Dans ces pays, la pratique de la psychothérapie est encadrée avec une politique de médecin référent. Le nombre de séances remboursées varie selon les pays, le type et le retentissement des troubles psychiques. Allant généralement d'un minimum de 6 à 40 séances, jusqu'à plus de 100 séances pour l'Allemagne, plus fréquemment entre 12 et 25 séances.

Neuf des vingt pays pour lesquels nous disposons de données fiables sur le statut des psychothérapies, proposent le remboursement de séances de psychothérapie (Tableau 1). Les pays dont les régimes obligatoires de santé remboursent les psychothérapies ont souvent mis en place une réglementation du titre de psychothérapeute, si tel n'est pas le cas, les séances prises en charge le sont seulement auprès des médecins ou psychologues (à qui peut être demandé une formation de psychothérapeutes) ou bien auprès d'un

psychothérapeute agréé (par une qualification de *counselor* par exemple), ou par des psychothérapeutes appartenant à un syndicat reconnu par l'État.

Dans les autres cas, la pratique est régulée par des associations de psychologues ou de psychothérapeutes, disposant d'école de formation privée, charte et annuaire.

Le tableau, ci-dessous, présente les données issues d'une revue de littérature scientifique internationale, certaines données ont été détaillées grâce aux sites internet d'assurances maladie nationales ou de sites d'association de psychologues ou psychothérapeutes.

Références mobilisées : (Priebe et Wright 2006 ; Masson 2005 ; Van Broeck et Lietaer 2008 ; Delefosse et Duruz 2002 ; Siksou 2002 ; Bourgueil, Marek et Mousques 2008 ; Gasser 2006 ; Busse et Riesberg 2004 ; Kerr et Siebrand 2000 ; Sandier, Paris et Polton 2004 ; Duran, Lara et van Waveren 2006 ; Donatini, Rico, D'Ambrosio et al. 2001 ; Den Exter, Hermans, Dosljak et al. 2004 ; van der Feltz-Cornelis, Knispel et Elfeddali 2008 ; Plateforme-Psy 2009 ; Rachman et Wilson 2008 ; Layard, Clark, Knapp et al. 2006).

Tableau 1 Situation de la pratique psychothérapeutique dans 20 pays industrialisés
Réglementation de la pratique de la psychothérapie, statut des psychothérapeutes, remboursement des séances et politique du médecin référent pour le remboursement des séances

Pays	Réglementation pratique (si remboursé)	Référé par médecin	Niveau de remboursement (hors institution)
Allemagne	oui	oui	Totalement remboursée pouvant aller à plus de 100 séances sur une base de 77€ la séance
Angleterre	oui	oui	Totalement remboursée dans le cadre du programme <i>IAPT</i> pour en moyenne 12 séances
Autriche	oui	oui	Remboursée par le RO avec complément par le RC
Australie	oui	oui	Totalement remboursée dans le cadre du programme <i>Better Access to mental health care</i> , pour en moyenne 12 séances
Belgique	non	non	Non remboursée (reste à charge de 9€ dans le système public, avec psychologue, mais offre très limitée). Peut être, dans quelques cas remboursées partiellement (5 ou 10€) par RO, si effectuée par un psychologue clinicien
Canada	non	oui	Non remboursée dans le privé par RO sinon par les RC, généralement pour 5 à 7 séances pour entre 41 et 63 € la séance. Totalement dans les centres hospitaliers et centres de santé et services sociaux (CSSS) avec accès facilité
Danemark	non	non	Non remboursée
Espagne	non	oui	Non remboursée dans le privé (complètement remboursée dans le public avec un psychologue mais place limitée)
Finlande	oui	oui	Remboursée
France	non	non	Non remboursée dans privé (partiellement par de rares RC)
Grèce	non	non	Non remboursée
Irlande	non	non	Non remboursée
Italie	oui	oui	Non remboursée dans le privé (entre 70 et 100€), remboursée dans le public mais longue liste attente
Luxembourg	non	non	Non remboursée
Norvège	non	non	Non remboursée
Pays-Bas	oui	oui	Complet remboursement jusqu'à 25 séances et jusqu'à 45 séances avec un reste à charge pour le patient de 15€, généralement prise en charge par les RC lorsque le psychothérapeute est sous contrat
Portugal	non	non	Non remboursée
Russie	oui	oui	Remboursée dans le public : remboursement 29€/18€ pour généralement 10 séances ; moindre dans privé
Suède	oui	oui	Pour remboursement : accord possible avec organisme responsable des soins médicaux
Suisse	Oui	oui	Remboursée à hauteur de 132€ /séance (max 30 séances) quand pratiquée par médecin, psychologue-psychothérapeute

13. Le coût d'une séance de psychothérapie, comparaisons internationales

En Angleterre, dans le cadre du programme de prise en charge des psychothérapies (*IAPT*), le coût des séances varient selon le type de prise en charge et du professionnel impliqué. Le coût d'une séance d'une heure de « counselling » s'élève entre £32,50 (37€) (NHS, *IAPT* 2011) et £48 (55€) (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008). Le coût d'une séance avec un psychologue pour une séance d'une heure de TCC se situe entre £55,20 (62,80€) (NHS, *IAPT* 2011) et £66 (75€) (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008). Le plan Layard (Layard, Clark, Knapp et al. 2006), sur lequel se base le programme *IAPT*, évalue le coût de la séance pour la sécurité sociale anglaise (NHS), tout professionnel confondu à £68 (77€) (hors frais de formation des psychothérapeutes).

Dans la pratique privée, en Angleterre (hors cadre du programme *IAPT*), les coûts donnés par le *South Manchester centre for psychotherapy* sont moindres, allant de £25 à £52 (entre 28€ et 59€) selon le diplôme et l'expérience du professionnel. Enfin, la comparaison internationale sur la situation des psychothérapies de (Priebe et Wright 2006), estime le coût d'une séance dans le système privé britannique, compris dans une fourchette située entre 37€ et 117€.

En Australie, dans le cadre du programme de prise en charge financière des psychothérapies « *Better access to mental health care* », le coût d'une séance s'élève en moyenne à AUD\$30.78 (23€) (AIHW 2010).

La comparaison internationale de (Priebe et Wright 2006) évoque les coûts des séances de psychothérapie suivants : pour le Canada de 41€ à 63€, pour l'Allemagne : 77€, pour l'Italie de 70€ à 100€, pour la Suisse : 132€ et pour la Russie de 29€ à 366€. L'auteur donne pour la France, une fourchette comprise entre 44€ et 59€ la séance.

Une étude française menée en 2007 auprès de 144 psychothérapeutes pratiquant la Gestalt-thérapie (qui est l'une des méthodes de psychothérapie interpersonnelle) annonce une moyenne de 50€ (écart-type de 11,80€) pour une séance durant entre 45 et 60 mn (Dezetter 2007).

Enfin, une enquête sur le recours aux psychothérapies a été réalisée par l'institut de sondage BVA, en décembre 2000, auprès de 8061 français de plus de 14 ans (échantillonnage par la méthode des quotas) dont 418 personnes ont déclaré avoir suivi une psychothérapie. Les résultats du sondage révèle que 26% des enquêtés a payé sa séance moins de 30€, 47% entre 30€ et 45€, 11% entre 45€ et 76€, 1% plus de 76€, enfin 15% déclarent ne pas connaître le montant (BVA 2001). Toutefois, l'étude ne permet pas de connaître l'époque de suivi ou les modalités de recours en fonction de ces coûts.

14. En France, l'usage du titre de psychothérapeute est règlementé depuis 2010

Dans le prolongement de la Loi du 9 août 2004, le Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 (mise en application au 1^{er} juillet 2010) réglemente l'usage du titre de psychothérapeute. L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes pour laquelle une formation en psychopathologie clinique, théorique et pratique est exigée (150 heures de formation théorique et 2 mois de stage pratique pour les psychologues cliniciens). L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse. Certains professionnels peuvent bénéficier d'une dispense totale (psychiatres) ou partielle de formation (médecins, psychologues, psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations). Des dispositions transitoires permettent aux professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie de s'inscrire sur le registre après avis de la commission régionale d'inscription. Les établissements autorisés à délivrer la formation sont agréés pour quatre ans par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur après avis d'une commission régionale d'agrément.

L'intégralité du texte de Loi est disponible en Annexe 3

15. Le niveau de remboursement des psychothérapies par les régimes de santé

En France, les psychothérapies suivies avec un psychologue clinicien sont remboursées par le régime obligatoire lorsqu'elles sont effectuées dans un hôpital ou un CMP (centres médico-psychologiques) mais ne sont pas remboursées lorsqu'elles sont effectuées auprès d'un psychologue exerçant en libéral.

a. Le niveau de remboursement par les régimes de santé complémentaire

Une revue de littérature portant sur les contrats des 130 plus importantes mutuelles ou assurances maladie complémentaires en France, a révélé que seulement 10 d'entre elles remboursent partiellement les séances de psychothérapie ou des séances de soutien psychologique avec un psychologue :

La MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale) rembourse 8€ (16€ pour l'offre 'jeunes') pour une séance de psychothérapie en individuel (avec un maximum de 150 séances), avec un psychologue clinicien, à la condition d'avoir consulté un psychiatre au préalable, avec renouvellement annuel. La LMDE (La Mutuelle Des Étudiants) rembourse,

selon le forfait, 10€ et jusqu'à 10 séances ou 8€ pour 5 séances par an dans le cadre d'un suivi psychologique. Unilia Mutuelle rembourse partiellement jusqu'à 6 séances par an avec un psychothérapeute à hauteur de 10€ ou 15€ selon forfait. Deux caisses régionales du groupe Adrea proposent un remboursement partiel : Adrea Ain rembourse jusqu'à 30€ par an les visites auprès de psychologue. Adrea Bourgogne : rembourse à hauteur de 150€ par an les visites auprès de psychologue. Dexia / Sofaxis, mutuelle professionnelle propose un programme "Repère" de soutien psychologique avec un réseau de 250 psychologues, dont la gratuité va jusqu'à 20 séances. La SMEBA (Société Mutualiste des Étudiants de Bretagne Atlantique), mutuelle étudiante propose un remboursement pour des consultations psychologiques entre 30 à 90€ par an, selon le forfait. MICILS (Mutuelle Interprofessionnelle de Cadres et Ingénieurs Lyonnais) du groupe Apicil rembourse 4 séances par an avec un psychologue. La CN-GMG (Caisse nationale du Gendarme - Mutuelle de la Gendarmerie) rembourse depuis récemment, 30€ par séance avec un psychologue pour un maximum de 3 séances annuelles. La MAA (Mutuelle de l'Armée de l'Air) rembourse jusqu'à 10 séances sur 3 ans auprès d'un psychologue clinicien et sur prescription médicale, ce à une hauteur de 40€ pour le forfait le plus élevé.

b. Le remboursement des consultations auprès des psychiatres, professionnels impliqués dans l'offre de psychothérapie

Alors que les consultations, en libéral, auprès des professionnels de santé mentale non médecin, tels que les psychologues ou les psychanalystes, ne sont pas remboursées, les consultations auprès des psychiatres sont remboursées par la sécurité sociale (à hauteur de 70% pour une consultation à 41€ chez un professionnel conventionné de secteur 1). Comparée à une séance auprès d'un psychologue, la consultation auprès d'un psychiatre a un coût reste à charge qui est le plus bas pour l'utilisateur mais qui est le plus élevé pour la société, au moins en termes de coûts de formation de ces professionnels. Ainsi, les français peuvent, dans le cadre d'une consultation psychiatrique, percevoir un remboursement de leur séance de psychothérapie.

Cette politique d'absence de remboursement des psychothérapies faites par les psychologues exerçant en libéral, engendre une situation paradoxale incitant les individus à avoir recours, pour un traitement psychothérapeutique, aux psychiatres, qui sont les professionnels les plus chers pour la société et aussi les plus rares, tout en encourageant la médicalisation des soins (Kovess-Masfety, Saragoussi, Sevilla-Dedieu et al. 2007).

c. La symbolique du paiement de la psychothérapie

En se positionnant d'un point de vue micro-économique, on se doit d'interroger l'importance de l'argent et donc du paiement de la séance de psychothérapie par le patient. La théorie de

la symbolique de l'argent dans la cure psychanalytique remonte à un contexte déjà ancien – fondé par Sigmund Freud au début du XX^{ème} siècle (Freud 1913) et socialement différent de celui dans lequel nous proposons aujourd'hui des politiques de remboursement des psychothérapies (et non de cure psychanalytique). Par ailleurs, la question du paiement (et du mode de paiement) se questionne depuis plusieurs années chez les psychanalystes eux-mêmes (Gibeault 1989).

Il est tout d'abord nécessaire de préciser ce qui est entendu par paiement et gratuité. En effet, le fait que les séances de psychothérapies soient remboursées partiellement par le RO, signifie que les patients payent un reste à charge ou se font rembourser (totalement ou partiellement) par leur complémentaire santé à laquelle ils cotisent. Dans ce cas, on ne peut strictement parler de gratuité de la psychothérapie, et pour certains, une partie seulement du traitement sera payé directement par le patient. Quant à la gratuité complète (sans en avancer les frais) des psychothérapies, elle existe dans les CMP.

Les données observées montrent que, déjà, une partie des psychothérapies donc sont gratuites, dans le cadre d'un CMP, ou remboursées (en partie du moins) lorsqu'elles sont suivies dans un hôpital ou effectuées avec un psychiatre exerçant en libéral. En effet, les données françaises ont montré que près d'une psychothérapie sur deux est faite avec un psychiatre (Kovess, Sapinho, Briffault 2007; Le Breton-Lerouillois, Gilbert, Kovess-Masféty 2004), tout en sachant que 71% des psychiatres français exercent en secteur 1 (ONDPS 2010). Enfin, la gratuité vs. le paiement de la psychothérapie ne semble ni influencer la satisfaction des patients quant à leur traitement, ni jouer de rôle sur l'abandon précoce de celui-ci (Kovess et Buras-Eisenberg 1983).

16. Focus sur le programme *IAPT* en Angleterre

a. Cadre et objectif du programme *IAPT*

En octobre 2007, l'Angleterre a mis en place une politique de prise en charge des psychothérapies, le programme *IAPT –Improving Access for Psychological Therapies–*, financée par l'organisme de sécurité sociale anglais, le *National Health Service (NHS)*, pour les personnes souffrant de troubles courants de santé mentale (troubles dépressifs et anxieux). Le recours aux psychothérapies dans le cadre du programme est totalement gratuit pour le patient.

L'idée du programme a émergé dans une problématique de santé publique révélant que les anglais souffrant de troubles de santé mentale courants présentaient, d'une part une consommation de psychotropes élevée et d'autre part, parce que ce traitement était traditionnellement le traitement disponible le plus utilisé, impliquant ainsi un problème d'offre de soins en santé mentale. Ces patients montraient ainsi un faible recours aux traitements

psychothérapeutiques, alors que ces soins montraient des preuves de leurs efficacités cliniques. En 2005, le *National Health Service* a demandé un rapport d'expertise à l'équipe de recherches du Pr. Richard Layard (le Plan Layard) qui a évalué la situation des besoins de soins et de l'offre en santé mentale en Angleterre, et qui a évalué les coûts imputables et évitables à la mise en place d'une politique de remboursement des traitements psychologiques (Layard 2005 ; Layard, Clark, Knapp et al. 2006).

Le but du programme *IAPT* est de promouvoir l'accès aux thérapies structurées afin de diminuer rapidement le recours au traitement psychotrope seul. La finalité du programme est d'épargner des dépenses de santé et de réduire les coûts indirects pour la société (lié à la productivité et l'incapacité) dus aux troubles de santé mentale courants, grâce au suivi du traitement psychothérapeutique.

b. Une prise en charge par étape

La prise en charge s'effectue dans une approche de soins en étape (*stepped-care approach*) dont le traitement proposé est adapté à la symptomatologie du patient et gradué, s'intensifiant selon le niveau de sévérité du trouble (Figure 3). Le type de prise en charge selon la symptomatologie et la sévérité du trouble psychique suit les recommandations des guides de pratiques cliniques du *NICE* (*National Institute for health and Clinical Excellence*). Le niveau 1 correspond au diagnostic du trouble psychique. Le niveau 2 propose pour les personnes souffrant des troubles les plus légers du *self-help* (assisté par ordinateur ou par bibliothérapie) seul ou guidé par un professionnel, et/ou des séances de psychoéducation en groupe. Pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés, selon la pathologie, sont proposées des séances de *counselling*, ou une thérapie dite de basse intensité, dont la méthode utilisée est généralement la TCC. Le niveau 3, qui est réservé aux personnes souffrant de troubles plus sévères, complexes, chroniques et/ou récurrents, propose des psychothérapies de haute intensité. Plusieurs méthodes psychothérapeutiques peuvent être envisagées : la TCC, l'EMDR, les PI.

Le patient est généralement référé par son médecin à un centre de soin (le patient peut aussi s'adresser directement au centre –ce qui a été le cas pour 9% des patients dans l'étude faite dans les deux sites pilotes (Glover, Webb et Evison 2010)). Après évaluation, un programme de soins sera proposé au patient, programme qui suit les recommandations de pratiques cliniques du *NICE* (*National Institute for Health and Clinical Excellence*).

Figure 3 Le modèle “stepped-care”

Source : (NHS 2010b)

STEP 3: High Intensity Service	<ul style="list-style-type: none"> • Depression - Mild Moderate & Severe • Depression - Mild Moderate • Panic Disorder • (GAD) Generalised Anxiety Disorder - Mild Moderate • Social Phobia • Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) • Obsessive Compulsive Disorder (OCD) 	<ul style="list-style-type: none"> • CBT, IPT, Behavioural Activation • Counselling Couples Therapy • CBT • CBT • CBT • CBT, Eye Movement Desensitisation & Reprocessing (EMDR) • CBT
STEP 2: Low Intensity Service	<ul style="list-style-type: none"> • Depression - Mild Moderate • Panic Disorder - Mild Moderate • (GAD) Generalised Anxiety Disorder - Mild Moderate • OCD - Mild Moderate 	<ul style="list-style-type: none"> • cCBT, Guided Self-Help, Behavioural Activation, Exercise. • cCBT, Guided Self-Help, Pure Self Help • cCBT, Guided Self-Help, Pure Self Help, Psychoeducation Groups • Guided Self-Help
STEP 1: Primary Care / IAPT Service	<ul style="list-style-type: none"> • Recognition of Problem 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment / Watchful Waiting

c. Les méthodes psychothérapeutiques et les professionnels disponibles

La méthode thérapeutique largement proposée est la TCC, toutefois chaque centre doit pouvoir proposer des psychothérapies interpersonnelles et des psychothérapies de couple (chaque centre doit compter entre 8% et 16% de thérapeutes autres que TCC (NHS 2011). Le patient a théoriquement la possibilité de choisir la méthode psychothérapeutique (mais l'offre de PI est limitée et requière une seconde évaluation).

Plusieurs types de professionnels sont impliqués dans le programme : (1) les PWP (*Psychological Well-being Practitioner*), professionnels de l'accompagnement au self-help, pouvant délivrer des conseils et interventions psychologiques de basses intensités, ils ne sont toutefois pas psychothérapeutes. (2) Les *counselors* ou thérapeutes pour les thérapies (TCC) de basse intensité et (3) les psychologues cliniciens pour les thérapies de haute intensité (TCC ou PI) (NHS 2010b).

d. Population ciblée et coût global de la prise en charge

En 2006, le Plan Layard a estimé que le coût annuel, pour les deux premières années, du programme *IAPT* allait s'élever à £600 millions (682 millions d'€), pour soigner 800.000 patients. Cette population de 800.000 patients a été calculée à partir des 30% des 2,75 millions d'anglais, en âge de travailler (18-64 ans), souffrant d'un problème de santé mentale qui consulte annuellement un professionnel de santé (Layard, Clark, Knapp et al. 2006). Ce qui correspond à 8,4% de la population anglaise.

Les deux premières années du programme *IAPT* ont été axées sur les personnes en âge de travailler. A partir de la troisième année, le programme a été élargi en comptabilisant 100.000 patients supplémentaire par an (Layard 2005; Clark, Layard, Smithies et al. 2009). L'objectif

est depuis 2011 de traiter 900.000 patients, en comptant les personnes âgées de plus de 65 ans, les adolescents et les personnes atteintes de troubles bipolaires et de schizophrénie) (NHS, IAPT 2011).

Le coût (comprenant les frais de structure) d'une psychothérapie par personne pour 11 séances a été évalué en 2006 à £750 (853€), auxquels s'ajoute à ce coût total, £20 (23€) pour les frais de formation des thérapeutes (Layard, Clark, Knapp et al. 2006 ; Layard 2006).

Suite aux résultats des deux sites pilotes, (NHS-IAPT 2011) estime en 2006 les coûts (comprenant le salaire du thérapeute, charges incluses, les frais d'administration et de structure –hors frais de formation) d'une thérapie par patient en différenciant les thérapies de haute intensité à celles de basse intensité. Pour les troubles modérés ou sévères (thérapie de haute intensité), le coût d'une psychothérapie s'élève à £754 (858€) pour une moyenne de 13 séances. Pour les troubles légers (de basse intensité) une psychothérapie coûte £136 (155€) pour le suivi de 4 à 5 séances.

e. La formation des nouveaux thérapeutes

Le programme *IAPT* inclue la formation de 6000 thérapeutes sur 7 ans (2008-2015) dont 60% seront formés aux thérapies de haute intensité, 40% aux thérapies de basse intensité (NHS 2011). 3700 thérapeutes ont déjà été formés depuis mars 2011 (NHS-IAPT 2011). Le coût d'une formation d'un psychothérapeute de basse intensité est de £5.000, celui d'une formation de haute intensité est de £10.000 et les frais de formations autres que les TCC (*counselling* pour la dépression, PI (*Brief Dynamic Interpersonal Therapy*) et la thérapie de couple) s'élèvent à £3000. Le coût de formation des thérapeutes, entre 2011 et 2017 est estimé à £41 millions.

f. Résultats des sites pilotes

Les premiers résultats obtenus en 2007, sur deux sites pilotes Doncaster, Newham ont montrés que sur les 41.724 patients ayant pris contact, 95% ont reçu un traitement. Parmi ceux qui ont été traités, 61% ont reçu un traitement de faible intensité, 46% un traitement de haute intensité, et 19% deux (Glover, Webb et Evison 2010).

La forme la plus courante de traitement pour les thérapies de haute intensité est la TCC, puis le *counselling*. Quelques thérapies interpersonnelles et thérapies de couple ont également été délivrées. Leurs proportions exactes ne sont pas précisées dans l'étude (Glover, Webb et Evison 2010). 38% des patients ayant fini leur traitement ont jugé l'avoir terminé, 22% ont abandonné, 9% ont refusé le traitement, 12% ont été jugés inappropriés (la plupart du temps quand le traitement avait commencé), les 20% restant sont des données

manquantes. Le nombre déclaré de séances de traitement par patient a été plus faible en comparaison aux recommandations *NICE*, avec 13 séances suivies en moyenne pour les thérapies de haute intensité et entre 4 et 5 pour les thérapies de basse intensité. Les auteurs précisent que cette constatation doit être prise avec prudence en raison de la fiabilité des résultats (Glover, Webb et Evison 2010).

Ces premiers résultats ont été démontrés comme probants sur la rémission des symptômes : 55% des patients ont recouvré leur santé psychique post traitement, et maintenu à 10 mois (l'objectif du plan Layard était de 50%) (Clark, Layard, Smithies et al. 2009). Les informations du site internet du programme *IAPT* révèlent que entre octobre 2008 et mars 2011 sur les 600.000 patients ayant débuté leur traitement, 350.000 l'ont terminé. 120.000 patients ont recouvré leur santé psychique et 23.000 sont sortis du système de prestations d'indemnité de maladie (*IAPT* 2011). Ces résultats quant à la rémission des symptômes paraissent inférieurs à ceux des sites pilotes, toutefois ce dernier rapport ne donne aucune précision méthodologique.

g. Les coûts évitables par le suivi du traitement psychothérapeutique

Le plan Layard (Layard, Clark, Knapp et al. 2006) a estimé les bénéfices pour la société, en termes de coûts évitables, en investissant, dans son modèle économique, £770 (876€) par personne, en âge de travailler, traitée par le programme *IAPT*. Le plan Layard se base sur un taux rémission de 50% des symptômes.

Les coûts annuels évitables s'élèveraient dans les deux premières années, pour la prise en charge des personnes en âge de travailler, à £2740 (3116€). Ce coût se distribue pour chaque poste à hauteur de £510 (580€) pour la productivité, £160 (182€) pour les coûts médicaux, £1650 (1877€) pour l'incapacité (QALY) et £420 (478€) pour les prestations d'invalidité, les revenus des demandeurs d'emploi et les taxes perdues dues au non-emploi.

Sur ces estimations par personne, avec un taux de rémission de 50%, Le plan Layard (Layard, Clark, Knapp et al. 2006) a estimé les coûts et bénéfices pour la société. Ainsi pour traiter 800.000 personnes en âge de travailler dont le coût de la psychothérapie est de £770 (876€), le coût d'investissement total avoisine £620 millions (705 M€). Avec un objectif de 50% de rémissions des troubles, les coûts annuels évitables pour la société s'élèveraient à £2,2 milliard (2,5 milliards d'€). Ce coût se distribue pour chaque poste à hauteur de £410 millions (466 M€) pour la productivité, £130 millions (148 M€) pour les coûts médicaux, £1,32 milliard (1,5 milliard d'€) pour l'incapacité et £340 millions (387 M€) pour les prestations d'invalidité, les revenus des demandeurs d'emploi et les taxes perdues dues au non-emploi. Selon l'estimation de Layard le ratio bénéfice-coût serait de près de \$3,6 pour £1 investie dans la prise en charge thérapeutique.

INTÉRÊTS ET IMPLICATIONS DE LA RECHERCHE

A l'heure actuelle, peu de données nationales en population générale sont disponibles sur les prévalences et déterminants des recours aux psychothérapies, sur les modalités de suivi, sur les effets des psychothérapies sur l'utilisation du système de soin et la consommation de médicaments psychotropes, et ne nous disposons d'aucune donnée sur les coûts des psychothérapies suivies hors institution, en France.

Le développement récent de l'intérêt accordé par les autorités sanitaires d'une part aux troubles de santé mentale dont attestent tant les recommandations internationales que les politiques françaises (INSERM 2004 ; Couty 2009 ; Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003 ; Briot 2006 ; INPES 2007), et d'autre part à leur prise en charge psychothérapeutique (programme *IAPT* en Angleterre, « *Better access to mental health care* » en Australie), basée sur une solide argumentation médico-économique, incitent aujourd'hui à repenser la question du remboursement des psychothérapies en France. Des remaniements substantiels dans le recours aux soins peuvent dériver de ces nouvelles préconisations, qui concerneront au premier chef les régimes obligatoires complémentaires de santé ; et plus spécifiquement la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS), qui suite à une proposition spontanée de financement par l'EA4069, a octroyé en 2008, une bourse de trois ans pour ces travaux de recherches.

HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

Le sujet de l'étude est basé sur l'hypothèse selon laquelle le fait d'avoir eu recours à une psychothérapie, en améliorant la qualité de vie des sujets, diminuerait les coûts induits par les troubles de santé mentale, en termes de coûts associés aux consommations de soins et traitements pour les régimes obligatoires et complémentaires de santé ainsi que ceux restant à la charge de l'affilié et en termes de coûts indirects pour la collectivité.

OBJECTIFS DE LA THÈSE

Il s'agira, dans un premier temps, d'apporter de nouvelles connaissances scientifiques dans le domaine peu connu de la situation des psychothérapies en France, en termes de prévalences, de modalité de suivi et de déterminants sociodémographiques et cliniques de ces recours.

Dans un deuxième temps, il s'agira d'estimer les coûts d'une prise en charge des psychothérapies, par les régimes santé, chez les adultes souffrant de troubles de santé mentale courants sévères ou chroniques, en se basant sur les recommandations du *NICE*, sur lesquelles s'est fondé le programme *IAPT* en Angleterre.

Ces travaux permettront de fournir des préconisations servant d'aide à la décision en vue d'une éventuelle mise en œuvre d'une politique de remboursement des psychothérapies par les régimes de santé.

ÉCHELLES DIAGNOSTIQUES et INSTRUMENTS DE MESURE

1. Critères diagnostiques des troubles de santé mentale courants selon le DSM IV-TR

Les troubles de santé mentale courants ont été définis à partir des critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM IV-tr (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), quatrième version révisée. Le DM-IV édité par l'Association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association*) est un outil de référence clinique permettant d'établir un diagnostic clinique en santé mentale à partir d'une liste de plus de quatre cents symptômes (APA 2000a). La sévérité, la chronicité ainsi que le retentissement du trouble sur la vie sociale sont aussi prise en compte. Avec la CIM –édité par l'OMS (*Classification internationale des maladies*, ICD en anglais), le DSM est l'outil diagnostique de référence pour les professionnels de santé mentale et les recherches en épidémiologie psychiatrique.

Les définitions diagnostiques présentées ici sont celles du MINI DSM-IV-TR, version française (APA 2004), pour lesquelles n'ont pas été intégrées les notes cliniques concernant les enfants.

a. Épisode dépressif majeur

A. LA présence d'au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par ex. pleure).

(2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (ex. hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Niveaux de sévérité de l'EDM

- Niveau de sévérité léger : lorsqu'il y a peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres est seulement mineure
- Niveau de sévérité sévère : lorsque plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents, et que les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres
- Niveau de sévérité modéré : lorsque les symptômes et altérations des activités professionnelles, des activités sociales courantes, ou des relations avec les autres sont comprises entre ces deux extrêmes (HAS 2002).

b. Trouble de l'anxiété généralisée

A. La présence d'anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois).

- (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
- (2) fatigabilité
- (3) difficulté de concentration ou de mémoire
- (4) irritabilité
- (5) tension musculaire
- (6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe 1 (troubles cliniques), par exemple, l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post-traumatique.

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

c. Trouble obsessionnel compulsif

L'existence soit d'obsessions soit de compulsions :

Les obsessions sont définies par les critères suivants (1 à 4):

- (1) pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
- (2) les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.
- (3) le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

(4) le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale, (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées).

Les compulsions sont définies selon les critères (1 et 2) :

(1) comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

(2) les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. À un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D. Si un autre trouble de l'axe 1 (troubles cliniques) est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex., préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires; au fait de s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie; inquiétude concernant l'apparence en cas de peur d'une dysmorphie corporelle; préoccupations à propos de drogues quand il s'agit d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'hypocondrie; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de paraphilie; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un trouble dépressif majeur).

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance ni d'une affection médicale générale.

d. État de stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin de, a été confronté à un ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes:

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

(2) rêves répétitifs concernant l'événement provoquant un sentiment de détresse.

(3) impression ou agissements soudains "comme si" l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique (par ex., les dates anniversaires, le temps froid ou le temps chaud, la neige, certains endroits, certaines scènes à la télévision, etc.).

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes:

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

(6) restriction des affects (par ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).

(7) sentiment d'avenir "bouché" (par ex., penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes:

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu

(2) irritabilité ou accès de colère

(3) difficultés de concentration

(4) hypervigilance

(5) réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation dure plus d'un mois

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

e. Phobie spécifique

La phobie simple ou spécifique se définit par :

A. Une peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (par exemple prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang).

B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.

La ou les situations phobogènes sont évitées ou vécues avec une anxiété ou une détresse intense.

D. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations redoutées perturbent de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

E. Chez les individus de moins de dix huit ans, la durée est d'au moins 6 mois.

F. L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

f. Phobie sociale

La phobie sociale se définit par :

A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.

B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique (voir la question fréquente: "Qu'est-ce qu'une attaque de panique ?") liée à la situation ou bien facilitée par la situation.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.

D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. Pour les individus de moins de 18 ans, on ne porte le diagnostic que si la durée est d'au moins 6 mois.

G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance ni à une affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. le trouble panique avec ou sans agoraphobie).

H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles.

g. Troubles paniques, agoraphobie

On distingue les troubles paniques avec ou sans agoraphobie.

L'agoraphobie n'est pas diagnostiquée seule, mais soit comme Trouble panique avec agoraphobie ou comme Agoraphobie sans antécédents de Trouble panique.

i. L'agoraphobie

L'agoraphobie est une forme d'anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les situations sont soit évitées soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnement.

ii. Trouble panique avec ou sans agoraphobie

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie se définit selon les critères suivants :

A. A la fois (1 et 2) :

(1) attaques de panique récurrentes et inattendues

(2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

(a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique,

(b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par exemple perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »),

(c) changement de comportement important en relation avec les attaques.

*B. Trouble panique avec agoraphobie : présence d'agoraphobie

*B. Trouble panique sans agoraphobie : absence d'agoraphobie

C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. Les attaques de paniques ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.

2. Instruments de mesure des troubles de santé mentale et du retentissement

a. Le CIDI et le CIDI-SF

Le CIDI (*Composite international diagnostic interview*) est un questionnaire structuré et validé, qui permet de construire des algorithmes diagnostiques des troubles de santé mentale courants conformes aux critères du DSM-IV (APA 2000a) et de la CIM10 (OMS 1994) et de procéder à des comparaisons internationales, sachant qu'il existe dans 25 langues (Robins, Wing, Wittchen et al. 1988). C'est un instrument largement utilisé aux États-Unis et au Canada (Kessler et Merikangas 2004 ; Patten, Brandon-Christie, Devji et al. 2000).

Le CIDI-SF qui est la version courte (*short-form*) du CIDI est couramment employée pour les enquêtes téléphoniques ou auto-administrées, permettant d'obtenir les diagnostics des troubles dans un temps plus court et compatible avec la durée du questionnaire (entre 10 et 20 mn).

Ces outils ont été conçus pour être utilisés par des enquêteurs non cliniciens, qui ont été préalablement formés à la passation de ces instruments.

Le CIDI se base sur des probabilités de prédiction de la présence de trouble de santé mentale courant au cours de l'année précédent l'entretien. Le CIDI-SF a été construit à partir d'une série d'analyse de régression du CIDI ayant fait ressortir des questions de repérage de symptômes psychiques (Pez 2008).

Des études de validation ont confirmé la validité les propriétés métrologiques du CIDI, en population générale, par rapport aux autres instruments psychométriques auto-administrés ou administrés par un clinicien tels que le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) et le *Structured Clinical Interview for Disorders* (SCID)) (Haro, Arbabzadeh-Bouchez, Brugha et al. 2006 ; Wittchen 1994 ; Kovess, Sylla, Fournier et al. 1992 ; Patten, Brandon-Christie, Devli et al. 2000 ; Bouvard 2009). Les résultats sont plus mitigés concernant le SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) montrant des variations selon la population diagnostiquée (d'un score d'accord inter-juges faible en population générale à un score bon à

très bon en population clinique et chez les patientelles de services de santé (Brugha, Jenkins, Taub et al. 2001 ; Andrews et Peters 1998 ; Andrews, Peters, Guzman et al. 1995 ; Pez 2008).

Les qualités métrologiques du CIDI-SF en comparaison au CIDI sont bonnes à très bonnes. Pour l'ensemble des troubles, la sensibilité (être diagnostiqué comme un cas) la plus faible, qui est toutefois considérée comme bonne (77%) concerne la dépendance aux drogues, la spécificité (être reconnu comme un non cas) est d'au moins 96%. La valeur prédictive positive minimale (pour l'EDM) est de 76%, la valeur prédictive négative minimale (pour l'EDM) est de 87% (Kessler, Andrews, Mroczek et al. 1998). Face à ces résultats concluants, le CIDI-SF est souvent recommandé pour sa rapidité de passation (Patten, Brandon-Christie, Devli & Sedmak, 2000).

La question de la pertinence clinique des diagnostics restent toutefois posée en particulier pour les troubles anxieux et dépressifs ayant tendance à être surévalués et pour les troubles psychotiques qui ont tendance à être sous-évalués. L'explication généralement émise est le fait que ce sont des enquêteurs non cliniciens qui administrent le questionnaire sans la compétence nécessaire pour redresser les réponses inadéquates (Robins, Wing, Wittchen et al. 1988 ; Andrews et Peters 1998 ; Fernandez, Aulagnier, Bonnet et al. 2005).

Malgré le fait que le score interjuge soit bon, il en demeure que le diagnostic en reste imparfait (en particulier pour l'EDM). L'instrument utilisé en épidémiologie présente l'avantage d'établir à moindre coût un diagnostic dans une large population (près de 40.000 personnes pour les enquêtes que nous utiliserons), sans avoir la pertinence d'un examen clinique effectué par un psychiatre. Ce qui est en particulier le cas pour les cas cliniques complexes (Kovess, Sylla, Fournier et al. 1992).

Les deux enquêtes analysées (*Enquête Indicateurs de santé mentale dans 4 régions françaises 2005* et *l'Enquête Santé MGEN 2005*) utilisent le CIDI-SF. Leurs méthodes sont détaillées dans la description de chaque enquête.

b. L'échelle de mesure du retentissement de Sheehan (SDS)

L'échelle de Sheehan (*Sheehan Disability Scale*) permet d'évaluer sur échelle de 0 à 10, le retentissement fonctionnel que le trouble occasionne dans la vie quotidienne du répondant, allant d'une absence de gêne (0) à une gêne sévère (10), dans des activités liées à quatre domaines : les tâches ménagères, la capacité de travail, la capacité à établir ou maintenir des relations proches avec les autres, la vie sociale. Un score inférieur à 4 correspond à une

absence de retentissement, un score de 4 à 7 correspond à un retentissement modéré et un score supérieur à 7 à un retentissement sévère (Leon, Olfson, Portera et al. 1997).

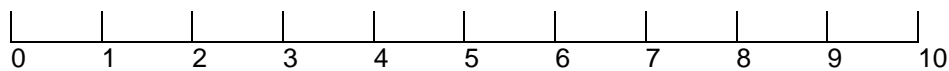
Cette échelle est largement utilisée dans les études internationales, telles que l'étude américaine, la NCS-R (National Comorbidity Survey Replication), l'étude européenne ESEMeD et permet ainsi de procéder à des comparaisons internationales (Kessler et Merikangas 2004 ; Alonso, Angermeyer et Bernert 2004).

Les deux enquêtes analysées utilisent l'échelle de Sheehan pour mesurer le retentissement des troubles de santé mentale.

La question est présentée, pour chaque trouble psychique dont le retentissement est mesuré, dans le questionnaire sous cette forme :

Voici une échelle de 0 à 10 où 0 signifie absence de gêne et 10 signifie une gêne très sévère. Au cours des 12 derniers mois, quel chiffre décrit le mieux à quel point (symptômes du trouble psychique) vous ont gêné dans chacune des activités suivantes ? (Pour chacun des domaines suivants) :

- Vos tâches ménagères (le ménage, les courses ou s'occuper de la maison, de l'appartement)
- Votre capacité de travail
- Votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres
- Votre vie sociale



Les deux principales limites de l'échelle de Sheehan résident dans le fait qu'elle soit auto-administrée, présentant une appréciation subjective quant au retentissement de la part de l'enquêté et qu'elle propose une graduation moins détaillée que l'échelle globale du fonctionnement (EGF).

PSYCHOTHÉRAPIES : DÉFINITION

1. Définition

Les psychothérapies sont des traitements, indiqués et conformes aux recommandations de bonnes pratiques, pour des troubles mentaux qui utilisent des mécanismes psychologiques suivant des techniques structurées. Elles peuvent être une alternative ou être associées à un traitement pharmacologique. D'après les définitions des rapports français de (INSERM 2004 ; Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003).

Les données collectées auprès des répondants des enquêtes analysées, correspondent de fait à la terminologie utilisée par les questionnaires des enquêtes. Celle de l'*Enquête Santé MGEN 2005* pose la question en ces termes : « Avez-vous déjà suivi une ou plusieurs psychothérapies ? ». Le questionnaire de l'Enquête Indicateurs de santé mentale dans 4 régions françaises 2005 associe le recours à une psychothérapie pour des problèmes psychologiques : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà suivi une psychothérapie pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de drogues ou d'alcool ? »

On considèrera les psychothérapies auprès des adultes, souffrant de troubles de santé mentale courants (hors addiction). Après les analyses descriptives, les psychothérapies analysées sont celles suivies en individuel avec un professionnel éligible au titre de psychothérapeute (médecin, psychologue, psychanalyste). Ces modalités particulières de suivi sont précisées aux cours des analyses.

2. Description des différentes méthodes psychothérapeutiques

a. La thérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des thérapies fondées sur les théories de l'apprentissage social et sur la modification des schémas cognitifs et du traitement de l'information. Elles incluent le travail sur les pensées négatives, l'entraînement à la génération d'hypothèses alternatives en partenariat avec le thérapeute, l'auto-monitoring des comportements cibles, le *self-help* avec des exercices gradués pour perfectionner les acquisitions. Les TCC s'effectuent généralement sur moins de 20 séances. (INSERM 2004 ; Briffault 2005).

b. Les psychothérapies interpersonnelles

Les psychothérapies interpersonnelles (PI) utilisent les relations entre l'humeur et les expériences interpersonnelles pour aborder les problèmes des thérapeutes tels que la peine

excessive, les conflits interpersonnels, les transitions, les déficits interpersonnels. Elles ont comme objectifs d'améliorer l'estime de soi, les compétences et la qualité des relations sociales, par des méthodes comprenant l'exploration, l'encouragement à l'affect, l'analyse des communications. Les PI comprennent les thérapies d'inspiration psychanalytique et psychodynamique -issues de la psychanalyse, les psychothérapies orientées sur le patient, sur l'expression des émotions dans l'ici et le maintenant. Elles peuvent donc, selon les approches, se centrer sur les relations actuelles ou passées du thérapeute en considérant, toujours selon l'orientation thérapeutique, sur ses traits de personnalité, leur origine dans les expériences précoces ou bien s'axer sur les expériences psychosociales et interpersonnelles du thérapeute (Thurin 2004 ; Briffault 2005 ; INSERM 2004).

c. La psychothérapie psychanalytique

C'est une méthode psychothérapique fondée sur l'investigation consistant à mettre en évidence la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un thérapeute. Cette méthode est spécifiée par l'interprétation contrôlée des mécanismes de défense, de la résistance, du transfert et du désir ainsi que par une dynamique des processus identificatoires (INSERM 2004).

d. La psychothérapie interpersonnelle psychodynamique brève

Le but de cette psychothérapie est de concentrer le patient de façon intensive sur un conflit spécifique sous-tendant les symptômes. Elle utilise la relation thérapeutique pour explorer les conflits inconscients à l'aide de l'interprétation du transfert afin de faciliter le développement du ressenti, des changements limités de personnalité et la résolution des conflits internes. Contrairement à la psychothérapie psychodynamique longue, son but est limité et se concentre seulement sur un problème spécifique et se déroule entre douze et vingt séances. (Thurin 2005a ; Thurin 2005b ; Briffault 2005 ; Maljanen, Paltta, Kaipainen et al. 2000 ; INSERM 2004)

e. La psychothérapie orientée vers la résolution de problème ou thérapie de soutien

Le but de cette thérapie est de faire prendre conscience aux patients de leurs ressources et de les encourager à les utiliser aussi efficacement que possible afin de trouver des solutions pratiques aux problèmes. Le but est de trouver des outils pour la résolution des problèmes plutôt que d'explorer les facteurs psychologiques sous-tendant ces problèmes. Elle se déroule généralement sur cinq à douze séances (Thurin 2005b ; Maljanen, Paltta, Kaipainen et al. 2000).

MATÉRIEL DISPONIBLE

1. L'Enquête Indicateurs de santé mentale dans quatre régions françaises 2005

a. Données de l'enquête analysées pour l'étude

Les données de cette enquête ont été utilisées pour l'analyse (1) des prévalences des recours aux psychothérapies pour l'ensemble de la population et selon le professionnel impliqué ; (2) les déterminants sociodémographiques et cliniques du recours aux psychothérapies ; (3) la consommation de médicaments pour des problèmes de santé mentale ; (4) les déterminants sociodémographiques et cliniques de la consommation médicaments vs. de psychothérapie. (5) Les prévalences sur lesquelles s'est basée l'évaluation économique de la prise en charge des psychothérapies.

La méthodologie de l'enquête est décrite en détails dans le rapport de Le Breton-Lerouillois, Gilbert et Kovess-Masféty (2007). *La section du questionnaire sur le recours aux psychothérapies est présentée en Annexe 2.*

b. Cadre de l'enquête

L'*Enquête Indicateurs de santé mentale dans quatre régions françaises 2005* a été conçue afin d'évaluer les besoins de soin en santé mentale en France pour la mise en place d'une planification plus adaptée aux besoins. La Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) ont commandité l'étude et l'EA4069 en a assuré la responsabilité scientifique.

Les données issues de cette enquête ont seulement donné lieu à la production d'un rapport aux organismes commanditaires (Le Breton-Lerouillois, Gilbert et Kovess-Masféty 2007).

c. Recueil des données, constitution et redressement de l'échantillon

Entre les mois d'avril 2005 et de juillet 2005, une enquête téléphonique a été réalisée sur un échantillon aléatoire dans 4 régions françaises, avec comme objectif l'interview réussi de 5000 adultes (18 ans et plus) par région soit 20.000 au total, permettant une représentativité à l'échelle des territoires de santé. Pour obtenir la taille souhaitée une base de 60.000 numéros a été constituée à partir d'un fichier des numéros de téléphone de France Télécom, sur liste blanche et à partir d'un second fichier pour les listes rouge et orange en tirant aléatoirement un chiffre en remplacement du dernier chiffre de chaque numéro de téléphone. Une approche spécifique a été proposée pour tenir compte des personnes mono-équipées en téléphone

portable sur un échantillon national d'environ 2000 personnes et une liste de 10.000 numéros de portables ayant une couverture nationale a été constituée.

La constitution de l'échantillon s'est effectuée en deux étapes. D'abord par le tirage d'un échantillon aléatoire de foyers ordinaires et ensuite par la sélection aléatoire d'une personne à l'intérieur du foyer sélectionné. Les critères d'inclusion étaient d'être majeur, d'avoir sa résidence principale dans la région concernée et de parler suffisamment français pour que l'entretien soit possible. Une lettre-annonce, signée des directeurs de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), a été envoyée avant l'enquête aux personnes dont les numéros avaient été tirés au sort sur liste blanche pour les prévenir et leur présenter les buts de cette enquête. Un numéro vert a été mis en place afin que les personnes sélectionnées puissent appeler à tout moment pour demander des renseignements à propos de l'étude. Les enquêteurs ont été formés durant deux jours à la méthodologie d'enquête et aux notions de base en santé mentale. Le taux de réponse est de 62,70% si on considère que les personnes qui n'ont pu être jointes après 15 appels n'étaient pas dans l'échantillon et de 54,5% si on considère que ces non réponses sont des refus déguisés. Sur les 60.000 personnes appelées, 702 personnes ont été incapables de répondre pour des raisons pouvant être dues à leur état de santé mentale. Cette population a été estimée à un pourcent de l'échantillon.

Cette enquête ayant été réalisée en aléatoire, la variable de pondération a intégré la prise en compte de la probabilité de sélection de l'individu. Chaque questionnaire prenant un poids de départ égal au nombre de personnes éligibles dans le ménage. Le redressement de l'échantillon a porté sur les variables suivantes : genre, âge, PCS du chef de famille, catégorie de commune et département pour chacune des quatre régions individuellement. Cette variable de pondération a servi de poids de départ pour un redressement de type RAS (*Raking Adjusted Statistics*). Cette méthode consiste en un ajustement itératif à la proportionnelle sur chaque marge jusqu'à stabilisation de résultat. Ce redressement a été réalisé avec le logiciel COSI. Pour chaque région, il a été appliqué une pondération spécifique aux individus mono-équipés de téléphone portable.

d. Taille de l'échantillon

L'échantillon total compte 20.777 individus âgés de 18 ans et plus. 5382 vivent en Île-de-France, 5072 en Haute Normandie, 5109 en Lorraine, et 5214 en Rhône-Alpes.

e. Questionnaire

Les variables sociodémographiques, recueillies habituellement dans les enquêtes : genre, âge, situation matrimoniale, niveau d'étude, situation professionnelle et sociale, ont été relevées.

i. Les instruments de mesure des variables cliniques

Concernant les instruments d'évaluation, le CIDI-SF a été utilisé afin de porter des diagnostics qui suivent la classification du DSM-IV, des troubles de santé mentale courants, au cours des 12 mois précédant l'entretien. Le CIDI-SF a été divisé en deux parties. Une partie des questions dites d'ouverture (screening) est posée sur le ou les symptômes les plus fréquents. Le reste des questions concernant ce diagnostic n'est posé qu'en cas de réponse positive. Les diagnostics mesurés sont ceux des épisodes dépressifs majeurs (EDM), des troubles anxieux : trouble d'anxiété généralisée, phobie spécifique, phobie sociale, trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble obsessionnels compulsifs, état de stress post-traumatique. Les troubles de l'usage des substances ont aussi été mesurés. Étant donné la méthode et les contraintes, les troubles psychotiques y compris la manie, ainsi que les troubles de la personnalité n'ont pas été mesurés.

L'échelle de Sheehan a permis de déterminer, sur une échelle de 0 (pas d'incapacité) à 10 (incapacité), le retentissement fonctionnel que les troubles peuvent engendrer dans sa vie quotidienne sur quatre dimensions (tâches ménagères, capacité de travail, capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres, vie sociale).

ii. Recours aux professionnels pour un problème de santé mentale

La question du recours à un professionnel pour un problème de santé mentale a été posée dans deux sections du questionnaire : à la fin de chaque diagnostic et dans la section consommation de service.

Les questions posées dans la section diagnostique se présentent sous cette forme : « Avez-vous parlé à un médecin de ces problèmes de tristesse? ». « S'agissait-il d'un (*réponse à choix multiple*) : médecin généraliste ; psychiatre ; un autre médecin ». « Et en avez-vous parlé à : un psychologue ; un psychothérapeute qui n'était ni un médecin ni un psychologue ; une assistante sociale ou une infirmière ou un autre intervenant ».

Les questions posées dans la section « consommation de services » ont été posées ainsi : « Je vais vous citer un certain nombre de professionnel de quelque nature que ce soit, médecin ou non médecin. Dites-moi, si au cours des 12 derniers mois, vous êtes vous adressé à l'un d'entre eux, pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ? » (*réponses à choix multiple*) : un médecin généraliste ; un psychiatre ; un médecin spécialiste non psychiatre pour des

problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; un psychologue ; un psychanalyste ; un psychothérapeute qui n'était ni un psychiatre ni un psychologue ni un psychanalyste ; un travailleur social pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; une infirmière pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; un spécialiste des médecins douces qui n'est pas un médecin (homéopathe, acupuncteur, chiropraticien, naturopathe, guérisseur...) pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue ; un prêtre, un pasteur ou un autre officier du culte pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou encore des problèmes de consommation d'alcool et de drogue »

iii. Recours aux psychothérapies

La question du recours, au cours de la vie et au cours de l'année passée, aux psychothérapies a été posée dans la section consommation de services. Elle se présente ainsi : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà suivi une psychothérapie pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de drogues ou d'alcool ? ».

Les modalités de suivi, en individuel ou en groupe, la durée et la fréquence, ainsi que la nature professionnelle du psychothérapeute a été questionnée, avec un choix multiple (« un psychiatre, un psychanalyste, un psychologue, un médecin autre qu'un psychiatre, une personne qui n'appartient à aucune de ces catégories »).

iv. Consommation de médicament pour un problème de santé mentale

L'Enquête pose la question de la consommation de médicaments, au cours des 12 derniers mois, en raison de problème de santé mentale dans deux parties du questionnaire. L'une est posée à la fin de chaque section de diagnostic, pour l'EDM, le TAG, le trouble panique, la phobie sociale, la phobie spécifique, le TOC, l'ESPT. La question est présentée sous cette forme : « A cause de ces problèmes (...), avez-vous pris plus d'une fois l'un ou plusieurs des produits suivants », si oui : « des médicaments ».

Une seconde question sur la consommation de médicament est posée à la fin de la section « consommation de services » : « Au cours des 12 derniers mois avez-vous pris des médicaments pour des problèmes psychologiques psychiatriques, d'alcool ou des drogues ? »

f. Descriptif de l'échantillon

A travers les quatre régions françaises de l'enquête, dont les répondants de chaque région se répartissent équitablement, 48% des répondants sont des hommes et 52% sont des femmes. Les autres variables sociodémographiques, ainsi que cliniques, varient selon la

région. L'âge moyen des répondants de 46 ans et 6 mois. Concernant la PCS, les cadres représentent 14% de la population, les agriculteurs : 1,3%, les artisans, commerçants, chefs d'entreprise : 5%, les professions intermédiaires : 26%, les employés : 29% et les ouvriers : 25%. Ces statuts professionnels varient fortement entre l'Île-de-France et les autres régions.

Concernant les variables cliniques, 22,5% de la population a souffert au cours de l'année passée d'un trouble de santé mentale courants, 8,3% d'un EDM (de 7,1% chez les Hauts-Normands à 9,8% chez les franciliens) et 19,3% d'un trouble anxieux.

La répartition des principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Spécificité de la population et limites de l'enquête

La principale limite de cette enquête réside dans le fait que l'étude a été établie dans seulement 4 régions des 27 régions françaises (DOM comprises). Ces quatre régions ont des densités de population et une offre de soins différents, par delà des comportements liés aux recours aux services de santé mentale variés (principalement notable entre de l'île de France et la Lorraine). Ces limites seront palliées dans les analyses qui seront présentées pour chaque région et dans le cas d'une absence de différence significative, pour l'ensemble des quatre régions. De plus, la grande majorité des études sur les modalités et les déterminants des recours aux psychothérapies sera à la fois présentée pour les deux enquêtes (*Indicateurs 4 régions 2005* et *MGEN Santé 2005*) et ainsi comparée. Ces résultats seront aussi comparés avec ceux issus d'autres enquêtes, en particulier avec ceux du *Baromètre Santé INPES 2005* parmi la population souffrant d'EDM.

g. Recours aux psychothérapies : population de référence

Au cours de la vie et quelque soit la modalité de suivi ou du professionnel consulté, 1.639 répondants ont eu recours à une psychothérapie (soit entre 4,8% et 9,1% selon le genre ou la région d'habitation).

h. Comparaison des prévalences avec celles d'autres études nationales

Sachant que les prévalences issues de l'analyse des données de cette enquête seront utilisées pour évaluer le nombre de patients à traiter dans l'analyse économique, une étude comparative préliminaire des prévalences des troubles de santé mentale courants entre cette enquête et les données d'autres études nationales paraît nécessaire.

Les résultats issus de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* révèlent des prévalences pour l'ensemble des troubles de santé mentale courants proches des autres enquêtes, avec une tendance sensiblement plus élevée. Concernant les troubles de santé mentale courants, pour les français de 18 ans et plus, les prévalences annuelles de l'*Enquête Indicateurs 4 régions*

2005 s'élèvent à 22,5% alors que celles de l'enquête *ESEMeD* pour la France sont de 18,5%, et celles de l'*Enquête MGEN 2005* s'élèvent à 19,1%.

La prévalence annuelle des EDM de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* est cohérente avec celle issue du *Baromètre Santé INPES 2005*, qui l'a évaluée, dans le groupe des 18-65 ans, à 7,8% (vs. 8,3% chez les répondants de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*).

Comparativement, la population des répondants de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* présente sensiblement plus de cas de souffrants de troubles anxieux que d'EDM (prévalences des EDM : 8,3% *Enquête Indicateurs* vs. 10,6% *Enquête Santé MGEN 2005* ; prévalences des troubles anxieux : 19,3% *Enquête Indicateurs* vs. 13,8% *Enquête Santé MGEN 2005*).

Afin de permettre une meilleure lisibilité, cette enquête sera nommée, au fil du document : « Enquête Indicateurs 4 régions 2005 »

Tableau 2 Descriptif de l'échantillon de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005, par région

	Île-de-France	Haute-Normandie	Lorraine	Rhône-Alpes	Total	p
	n=5382	n=5072	n=5109	n=5214	n=20777	
	%	%	%	%	%	
Variables sociodémographiques						
Genre						0,977
Homme	47,7	47,8	48,1	48,1	47,9	
Femme	52,3	52,2	51,9	51,9	52,1	
Age						<0,001
18 à 25 ans	15,8	13,9	13,3	14,3	14,3	
26 à 35 ans	22,8	20,2	19,4	20,0	20,6	
36 à 45 ans	20,9	19,9	20,3	20,1	20,3	
46 à 55 ans	16,2	16,3	16,2	15,9	16,2	
56 à 65 ans	11,2	13,5	13,2	14,6	13,1	
66 à 75 ans	8,0	10,0	11,8	9,8	9,9	
76 ans et plus	5,3	6,2	5,7	5,4	5,6	
Statut matrimonial						<0,001
Célibataire	24,2	17,6	18,2	18,8	19,7	
Marié ou concubin	63,1	70,5	69,2	70,1	68,2	
Divorcé, veuf ou séparé	12,7	11,9	12,6	11,1	12,1	
Niveau d'étude						<0,001
Aucun diplôme	9,3	13,7	12,6	10,4	11,5	
Inférieur au Bac	34,3	49,1	49,9	43,5	44,2	
Bac	19,7	16,7	16,8	18,0	17,8	
1er cycle universitaire	12,9	10,0	10,8	12,8	11,6	
2è cycle universitaire	11,3	6,5	6,4	8,7	8,2	
3è cycle universitaire	12,5	3,9	3,6	6,7	6,7	
PCS						<0,001
Agriculteur exploitant	0,2	1,9	1,6	1,7	1,3	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4,0	4,8	4,7	6,6	5,0	
Cadre	21,3	10,2	9,1	13,1	13,7	
Profession intermédiaire	28,2	24,5	24,5	26,1	25,9	
Employé	29,6	29,6	30,0	28,4	29,4	
Ouvrier	16,7	29,1	30,1	24,2	24,7	
Statut d'activité						<0,001
En activité	58,5	54,6	51,8	55,9	55,2	
Demandeur d'emploi	7,1	5,1	5,0	5,6	5,7	
Étudiant	8,9	7,2	7,3	7,3	7,7	
Retraité	17,5	23,1	23,3	22,1	21,5	
Autres inactifs	8,0	10,1	12,6	9,1	9,9	
Urbanicité						<0,001
inférieur à 20,000 hab	8,5	46,5	47,2	37,7	34,9	
20,000 à 100,000 hab	3,0	17,3	18,8	16,6	13,9	
Supérieur à 100,000 hab	88,5	36,3	34,0	45,7	51,2	
Variables cliniques (12 mois)						
Troubles santé mentale courants	23,6	21,6	23,0	21,6	22,5	0,082
Épisode Dépressif Majeur	9,8	7,1	8,7	7,5	8,3	<0,001
Troubles anxieux	19,4	19,0	19,8	18,8	19,3	0,684

2. L'Enquête Santé MGEN 2005

a. Données de l'enquête analysées pour l'étude

Les données de l'*Enquête Santé MGEN 2005* ont été utilisées pour l'analyse (1) des prévalences des recours aux psychothérapies pour l'ensemble de la population et selon le professionnel impliqué ; (2) les modalités de suivi (méthode, durée de la psychothérapie, fréquence des séances, lieu de consultation) ; (3) les déterminants sociodémographiques et cliniques du recours aux psychothérapies ; (4) les coûts des psychothérapies en France.

La section du questionnaire sur le recours aux psychothérapies est présentée en Annexe 1.

b. Cadre de l'enquête

L'*Enquête Santé MGEN 2005* reprend la structure de l'*Enquête MGEN Santé 2000*, dont la création et la mise en œuvre ont été assurées par la Fondation d'entreprise MGEN pour la Santé Publique et l'EA4069, avec comme objectif de recueillir des données épidémiologiques sur la santé somatique et psychique et les consommations de soins et traitement de adhérents de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale).

La MGEN est le régime de santé obligatoire du personnel de l'Éducation Nationale, des ministères de la Jeunesse et des Sports, de la Recherche et de la Culture comptant près de 3,2 millions d'adhérents. Elle assure la couverture complémentaire optionnelle de ces personnels et de leurs ayants-droits.

A l'heure actuelle, l'enquête *Santé MGEN 2005* a donné lieu à deux publications, l'une portant sur le lien entre les troubles de santé mentale et les troubles de la voix chez les enseignants (Nerrière, Vercambre, Gilbert et al. 2009), l'autre sur le *burnout* (épuisement professionnel) chez les enseignants (Vercambre, Brosselin, Gilbert et al. 2009).

c. Recueil des données, constitution et redressement de l'échantillon

L'*Enquête Santé MGEN 2005* est une enquête transversale auto-administrée par voie postale, réalisée entre janvier 2005 et décembre 2006 auprès des adultes, âgés d'au moins 18 ans, adhérents à la MGEN, qu'ils soient assurés au régime obligatoire et/ou au régime complémentaire (dont les ayants-droits).

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être affilié à la MGEN, quelque soit le régime (RO ou RC), habiter en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer ; être âgé de 18 ans ou plus. Les critères d'exclusion étaient les suivants : le fait d'être géré par la

section extra métropolitaine qui regroupe l'ensemble des mutualistes en service ou en retraite à l'étranger ou dans un Territoire d'Outre Mer, et d'avoir moins de 18 ans.

La population a été définie à partir d'un échantillon aléatoire au 1,2 centième tiré sur la base du numéro interne unique et individuel des adhérents, soit 29.650 personnes présélectionnées sur les 2.470.500 adhérents adultes (données au 1^{er} janvier 2005).

Afin que la population soit représentative du statut du régime de la population MGEN (RO et/ou RC), un second échantillon a été extrait. Parmi les 29.650 adhérents présélectionnés, deux populations se distinguent : (1) les assurés au régime obligatoire et au régime complémentaire, au nombre de 20.099, parmi lesquels 19.639 ont été contactés (49 étaient décédés et 411 n'habitaient plus à l'adresse indiquée). (2) Les assurés par le RO mais non mutualistes (RC), les adhérents non gérés par le RO mais seulement adhérents au RC et les ayants-droit dont 9.551 (sur 29.650) ont été présélectionnés. Parmi eux 11 personnes étaient décédés et 278 ont déménagé sans connaissance de la nouvelle adresse. Ainsi 9262 personnes ont pu être contactées.

L'envoi des questionnaires, par voie postale, s'est ainsi effectué en deux vagues. La première vague de questionnaire a été envoyée à adhérents au RO et RC à partir de janvier 2005 et le retour des questionnaires de la seconde vague a été reçu jusqu'en décembre 2006. Deux relances ont été effectuées en cas de non retour.

Taux de réponse

Le taux de réponse total était de 46,4% (52,3% pour la première vague et 28,6% pour la seconde vague). Le taux de réponse total affiné est de 44,8% (comprenant 477 incohérences ou données manquantes sur le genre ou la date de naissance).

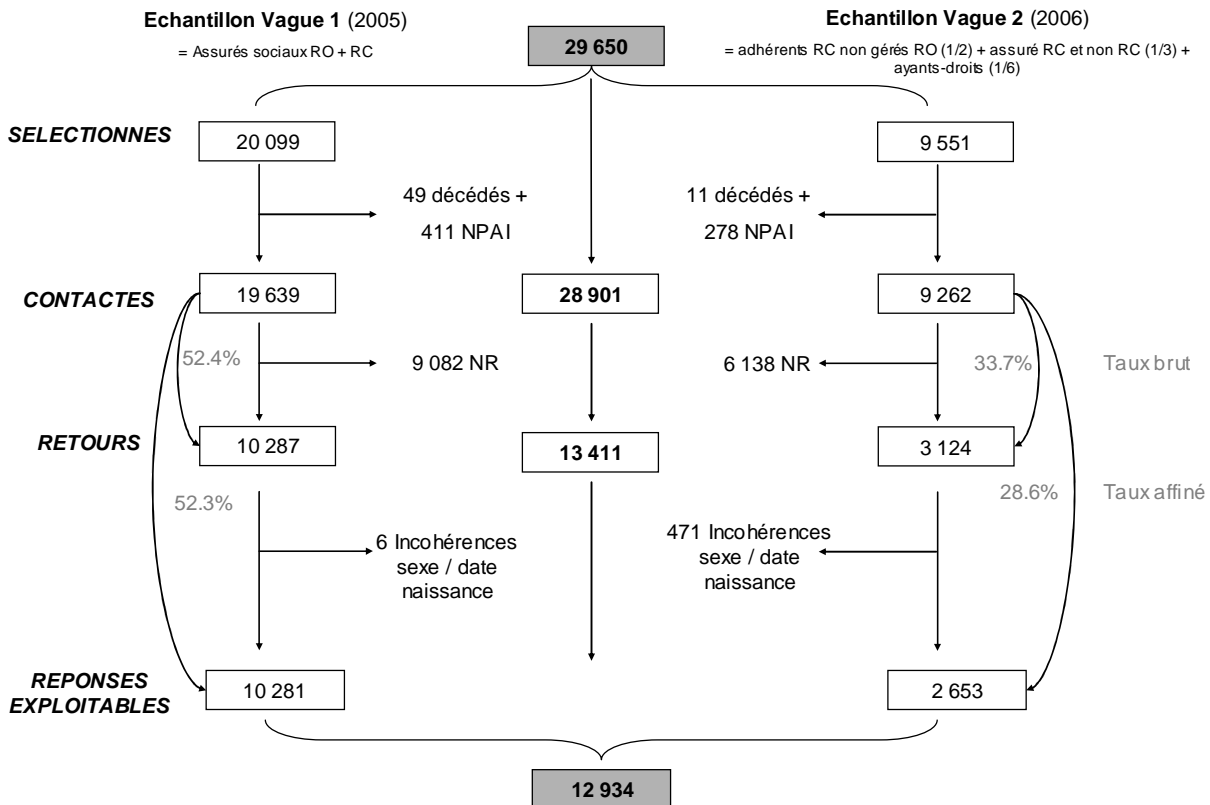
Redressement *a posteriori*

Afin de ramener la répartition par sexe et âge de l'échantillon santé MGEN à celle de la population des assurés MGEN, une variable de pondération à partir des répartitions par sexe et classe d'âge a été construite à partir des rapports d'effectifs entre la population totale MGEN et l'échantillon d'analyse par sexe et classe d'âge.

d. Taille de l'échantillon

L'échantillon total compte 19.934 répondants âgés de 18 ans et plus.

Figure 4 Logigramme (flowchart) de l'Enquête MGEN 2005



e. Questionnaire

Le questionnaire comprend près de 260 questions réparties en cinq sections permettant de recueillir des données sur les principales variables sociodémographiques, la vie professionnelle, les informations épidémiologiques sur l'état de santé somatique et mentale, grâce aux échelles validées, ainsi que la consommation de soins et traitement.

Le questionnaire CIDI-SF, sous la forme auto-administrée, a été utilisé pour le diagnostic, lors de l'année précédant l'entretien, pour l'EDM, le TAG, les phobies sociales, les phobies spécifiques, le trouble panique et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les troubles de l'usage des substances ont aussi été mesurés. Pour les mêmes raisons évoquées dans l'argumentaire présenté précédemment sur le CIDI-SF, les troubles psychotiques y compris la manie et les troubles de la personnalité n'ont pas été mesurés. Contrairement à l'enquête en population générale, les TOC n'ont pas été mesurés. Enfin, le diagnostic de l'agoraphobie n'a pas pu être correctement évalué (en raison d'un problème technique, quatre variables servant au diagnostic de l'agoraphobie manquent dans le questionnaire).

Afin de mesurer le retentissement des troubles psychiques sur la vie quotidienne, l'échelle de Sheehan a également été insérée dans les questions portant sur les diagnostics de santé mentale, à l'exception des addictions.

i. Recours à un professionnel pour un problème de santé mentale

La question du recours à un professionnel pour un problème de santé mentale au cours des 12 derniers mois a été posée après chaque section de diagnostic de la dépression, du TAG, des phobies et de l'ESPT. Une liste de quatre professionnels a été proposée. La question se présente ainsi : « Avez-vous parlé de (votre tristesse, votre découragement ou de votre perte d'intérêt / de ces problèmes de peurs ou d'angoisse / votre tendance à vous faire beaucoup de soucis) à un médecin ? » (oui/non) ; « Si oui, s'agissait-il d'un médecin : généraliste ; psychiatre ; autre médecin » : « En avez-vous parlé à un professionnel non médecin (comme un psychologue, une assistante sociale, une infirmière) ? ».

ii. Recours aux psychothérapies

Le questionnaire a l'avantage de comprendre une série de 12 questions sur le recours aux psychothérapies, au cours de la vie, selon les modalités de suivi. L'*Enquête Santé MGEN 2005* est la seule étude française permettant de recueillir des données sur le coût total et reste à charge des psychothérapies.

La première question est posée comme telle : « Avez-vous déjà suivi une ou plusieurs psychothérapies ? ».

Ces questions permettent d'évaluer les modalités suivantes : Le suivi en individuel ou en groupe. Pour chaque type de suivi, en individuel ou en groupe quel était le ou les professionnels impliqué(s) et pour ce professionnel quelle était la ou les méthodes utilisée(s) (réponse à choix multiples) :

La liste pour les professionnels est la suivante : psychiatre, médecin non psychiatre, psychologue, psychanalyste, psychothérapeute n'appartenant à aucune de ces catégories, autres, NSP),

Pour les méthodes suivies, la liste était la suivante : psychothérapie de soutien, psychothérapie d'inspiration psychanalytique, psychothérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie de couple ou familiale, affirmation de soi ou épanouissement personnel, psychothérapie n'appartenant à aucune de ces catégories. Deux autres méthodes ont été proposées pour les psychothérapies de groupes : groupes d'anciens buveurs, groupe *Weight Watchers*.

Le lieu de consultation de consultation a été questionné en trois items : en cabinet privé, en établissement public, dans un centre médico-psychologique (et autres).

La question de la fréquence des séances, pour la psychothérapie la plus récente a été proposée en quatre catégories : sur demande, une fois par mois, deux à trois fois par semaine, plus d'une fois par semaine.

Cinq modalités de réponse étaient proposées pour évaluer la durée de la psychothérapie : moins de trois mois, entre trois et six mois, entre six mois et un an, entre un et quatre ans, plus de quatre ans.

Une question sur le moment où a commencé la psychothérapie a été posée en cinq classes : moins de trois mois, entre trois et six mois, entre six mois et un an, entre un et quatre ans, plus de quatre ans.

Une autre question a évalué en cinq catégories le moment où s'est terminé la psychothérapie : moins de trois mois, entre trois et six mois, plus d'un an, en cours actuellement.

Le fait d'avoir suivi plusieurs psychothérapies en même temps a été questionnée (oui, non), ainsi que le nombre de psychothérapies suivies simultanément (variable numérique).

Le questionnaire comporte l'âge du premier recours à une psychothérapie (variable numérique).

Enfin, deux questions portent sur les coûts des séances de psychothérapie. Elles se présentent ainsi : Quel était le coût total de la séance ? ; Quel était le coût vous restant à charge ? (variable numérique).

f. Descriptif de l'échantillon

La population de l'*Enquête MGEN 2005* qui est représentative de la population des adhérents de la MGEN, dont le régime obligatoire couvre principalement les personnels de l'Éducation nationale, est de fait différente de la population générale.

Spécificité de la population et limites de l'enquête

La population de l'*Enquête MGEN 2005* est donc une population spécifique, qui est plus féminine (66% de femmes vs. 52% pour l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005), plus dans les âges moyens de la vie, (la moyenne d'âge des répondants adultes est de 54 ans vs. 46,5 ans pour la population de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*) et avec un niveau d'étude supérieur (73,4% ont un diplôme universitaire vs. 49,3% pour la population Indicateurs 4 régions 2005). Par ailleurs, la littérature montre que ces caractéristiques sociologiques sont aussi celles des personnes qui recourent plus aux psychothérapies (Olsson et Pincus 1994 ; Olsson, Marcus, Druss et al. 2002 ; Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007 ; Briffault, Morvan, Rouillon et al. 2008b ; Briffault et Lamboy 2008).

Comparaison des prévalences avec celles de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005

Les prévalences des troubles de santé mentale courants sont sensiblement les mêmes chez les répondants de la population MGEN et chez les répondants de l'enquête en population générale. Alors que les prévalences de la population de l'*Enquête Indicateurs 4*

régions 2005 s'élèvent à 22,5% (de 15,4% chez les hommes et 29% chez les femmes – $p < 0,001$ et de 21,6% en Haute-Normandie et Rhône-Alpes à 23,6% en Île-de-France – $p = 0,082$). Celles de la population MGEN s'élèvent à 19,1% (de 12,7% chez les hommes à 22,9% chez les femmes, $p < 0,001$), sans compter les TOC, dont la prévalence (sans comorbidité avec un trouble dépressif ou un autre trouble anxieux) est de 0,7% pour la population de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*. L'agoraphobie a aussi été sous-estimée dans la population MGEN. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de (Kovess-Masfety, Sevilla-Dedieu, Rios-Seidel et al. 2006), portant sur les enquêtés de l'*Enquête MGEN 2000*, qui montre que, contrairement aux idées préconçues, la population des enseignants ne souffrent pas plus de troubles de santé mentale que la population générale.

Nous savons qu'en étudiant les recours aux psychothérapies de cette population, nous sur-échantillonnerons l'objet d'étude. Toutefois ces caractéristiques, que nous connaissons seront prises en compte et contrôlées dans les modèles d'analyses (avec ajustement dans les modèles de régression logistique). D'autre part, le sur-échantillonnage de la population d'étude (avoir suivi une psychothérapie) a l'avantage, grâce à des effectifs plus élevés, de créer des sous-populations d'étude et de travailler sur des questions de recherches plus poussées, dont le coût déclaré fait partie.

Enfin, le niveau de coût déclaré de la psychothérapie ne semble pas être particulièrement influencé par la spécificité de la population qui peut, très majoritairement être, classée dans la classe moyenne avec un niveau de revenu moyen.

Cette population, comprenant des personnels de l'Éducation nationale non enseignant ainsi que des ayants-droit, peut être subdivisée en plusieurs PCS. Parmi la population enquêtée, 57% ont une profession intermédiaire, 28% sont cadres, 9% ont un statut d'employé, 4% sont des ouvriers et 2% sont soit agriculteurs soit artisan, commerçant, chef d'entreprise. Les analyses du coût des psychothérapies seront effectuées en comparant les PCS des répondants.

La répartition des principales caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon sont présentées dans le tableau ci-dessous.

g. Recours aux psychothérapies : population de référence

Au cours de la vie et quelque soit la modalité de suivi ou du professionnel consulté, 2306 répondants ont eu recours à une psychothérapie (soit 18,3% de la population, entre 14,4% pour les hommes et 20,6% pour les femmes, $p < 0,001$).

Tableau 3 Descriptif de l'échantillon de l'Enquête Santé MGEN 2005, par genre

	N	Homme n=4458	Femme n=8476	Total n=12934	p
Variables sociodémographiques					
Genre	12934	34,5	65,5	100	
Age	12934				0,010
18 à 25 ans	626	9,2	9,0	9,1	
26 à 35 ans	1454	16,1	17,1	16,8	
36 à 45 ans	1944	17,7	16,8	17,1	
46 à 55 ans	2451	20,0	19,7	19,8	
56 à 65 ans	3294	20,6	19,3	19,8	
66 à 75 ans	2042	11,0	10,5	10,7	
76 ans et plus	1123	5,4	7,6	6,8	
Statut marital					<0,001
Célibataire	2256	25,3	24,9	25	
Marié ou pacsé	7668	65,7	56,7	60	
Divorcé, veuf ou séparé	2091	9,1	18,5	15	
Niveau d'étude					<0,001
Aucun diplôme	330	2,0	2,7	2,5	
Inférieur au Bac	1539	12,0	11,0	11,4	
Bac	1668	10,3	14,2	12,7	
1er cycle universitaire	3017	20,0	26,5	24,1	
2è cycle universitaire	3713	33,0	34,1	33,7	
3è cycle universitaire	1782	22,6	11,4	15,6	
PCS					<0,001
Agriculteur exploitant	22	0,5	0	0,2	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	91	1,5	0,3	0,7	
Cadre	2269	28,4	15,5	20,4	
Profession intermédiaire	6846	56,9	68,5	64,1	
Employé	1293	9,0	13,6	11,9	
Ouvrier	296	3,7	2,2	2,7	
PCS dont enseignement					<0,001
Université, recherche	1493	18,7	10,2	13,3	
Cadre, libéral	452	5,8	3,0	4,1	
Personnel de soutien	1021	8,7	7,9	8,2	
Enseignement spécialisé	797	7,9	6,8	7,2	
Lycée, collège	3913	38,4	33,0	35,0	
Primaire	2874	13,7	31,7	25,0	
Employé	456	2,5	5,2	4,2	
Ouvrier	316	4,3	2,3	3,0	
Statut d'activité					0,003
En activité	6310	64,8	61,9	63,0	
Demandeur d'emploi	122	1,9	1,3	1,5	
Étudiant	313	5,2	4,9	5,0	
Retraité	4545	26,5	30,2	28,8	
Autres inactifs	190	1,6	1,7	1,6	
Urbanicité					0,475
inférieure à 20,000 hab	5850	51,7	51,1	51,4	
20,000 à 100,000 hab	3856	34,2	33,9	34,0	
Supérieure à 100,000 hab	1577	14,1	15,0	14,7	
Offre professionnels de santé mentale					0,006
Faible	2180	19,8	17,5	18,4	
Moyenne	7155	59,4	60,0	59,8	
Élevée	2639	20,8	22,5	21,8	
Variables cliniques					
Troubles de santé mentale courants	2445	12,7	22,9	19,1	<0,001
Épisode Dépressif Majeur	1179	7,1	12,7	10,6	<0,001
Troubles anxieux	1820	8,6	16,8	13,8	<0,001

h. Principales limites des enquêtes

Les quatre principales limites méthodologiques liées à l'analyse de ces deux enquêtes résident dans le fait que celles-ci portent (1) soit sur une population spécifique (adhérents à la MGEN pour l'Enquête MGEN 2005), soit sur seulement quatre régions pour l'Enquête Indicateurs 2005. (2) Les taux de réponses varient entre 46,4% (Enquête MGEN 2005) et 62,7% pour l'Enquête Indicateurs 2005. Comme dans toute étude épidémiologique, la qualité du taux de réponse doit questionner la population qui n'a pas souhaité répondre à l'enquête et de la spécificité de celle qui a répondu (à l'enquête globalement, ou à certaines sections du questionnaire). (3) Les deux questionnaires ont été proposés entre 2005 et 2006, présentant ainsi une certaine ancienneté, en particulier pour l'analyse de l'intensité du suivi psychothérapeutique et celle du coût déclaré des psychothérapies (nous reviendrons sur ce point dans la présentation des résultats et de leurs limites). (4) Les instruments psychométriques permettant d'estimer les prévalences diagnostiques des troubles de santé mentale sont critiquables (celles-ci ont été présentées dans le chapitre « *Instruments de mesure des troubles de santé mentale et du retentissement* »). Étant donné que nous avons disposé de ces enquêtes à un stade secondaire (le recueil des données ayant déjà été effectué), nous avons ainsi analysé des données basées sur les instruments psychométriques créés : le CIDI-SF et l'échelle de retentissement de Sheehan (SDS).

Au final, les considérations cliniques comme la question de la réalité des pratiques, vues sous le prisme d'enquêtes épidémiologiques restent à questionner face à celles effectuées *in situ* par les cliniciens. La mise en place d'un processus expérimental avec un relevé empirique des données permettrait de confronter les données que ces enquêtes ont recueillies avec celles issues du terrain.

i. Tableau synthétique et comparatif des deux enquêtes

Le tableau présenté ci-dessous résume des données des deux enquêtes analysées.

Tableau 4 Tableau synthétique et comparatif des deux enquêtes analysées

Enquête	Méthode	Questionnaire	N total	Taux de réponse (brute)	Population	Age	% Femme	Moyenne d'âge	% Diplôme universitaire	Troubles de santé mentale	Diagnostic santé mentale utilisé	Mesure du retentissement	Recours aux psychothérapies au cours de la vie (% , N)
Enquête Santé MGEN 2005	Enquête transversale, auto-administrée par voie postale	CIDI-SF	19.934	46,4%	Population spécifique (adhérents à la MGEN)	18 ans et +	65,50%	54 ans	73,4%	19,1%	EDM, TAG, phobies sociales, phobies spécifiques, trouble panique, ESPT	Echelle de Sheehan	18,3% (n=2306)
Enquête Indicateurs de santé mentale dans quatre régions françaises 2005	Enquête transversale, enquête téléphonique	CIDI-SF	20.777 (~5195 / région)	62,7%	Population générale	18 ans et +	52%	46,5 ans	49,3%	22,5%	EDM, TAG, phobies sociales, phobies spécifiques, trouble panique, TOC ESPT	Echelle de Sheehan	Entre 4,8% et 9,1% (n=1.639)

ANALYSES STATISTIQUES

Pour les analyses comparatives les tests statistiques classiques ont été utilisés.

Les tests de comparaisons servent à comparer des différences entre des moyennes, des variances, des distributions d'effectifs ou des pourcentages. Leur principe consiste à poser une hypothèse nulle (H_0) d'égalité entre les paramètres ou les distributions étudiées et à rejeter cette hypothèse si elle n'est pas vérifiée, au profit d'une hypothèse alternative (H_1). Le calcul du test consiste à calculer une expression mathématique de la différence qui sous H_0 , suit un modèle théorique d'une loi de probabilité connue. Si l'expression calculée est peu probable (avec un risque d'erreur (α) fixé à 5% par exemple), on rejette H_0 . Selon la nature de la comparaison à effectuer, on utilise la loi du χ^2 (pour comparer les distributions et les pourcentages), la loi T de Student (comparaison de moyenne), la loi F de Fisher (comparaison de deux variances, de plusieurs moyennes) (Ancelle 2006). Le test du χ^2 a été utilisé pour les variables qualitatives et test t de Student pour les variables quantitatives ainsi que pour les comparaisons de moyenne. Des analyses de la variance (Anova avec test de Fischer) ont été réalisées pour comparer les moyennes d'au moins deux groupes. Pour l'ensemble des traitements statistiques, le seuil de probabilité, permettant de rejeter l'hypothèse nulle et de considérer le lien observé comme significatif, a été fixé à 5% ($p \leq 0,05$).

Le modèle de régression logistique permet d'estimer la force de l'association (rapport de cotes ou *odds-ratio*) entre un événement (Y), c'est à dire une variable dépendante (ou dite « à expliquer »), qualitative et dichotomique, et des facteurs de risques, soit des variables indépendantes (X_i) (ou dites « explicatives »), qui peuvent être qualitatives ou quantitatives. Autrement dit, la variable dépendante est la survenue ou non de l'événement étudié (Y) et les variables indépendantes (X_i) sont des facteurs susceptibles d'influencer la survenue de l'événement (facteurs d'exposition ou facteurs de confusion).

La régression logistique multivariée permet d'estimer la force de l'association entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes, tout en tenant compte de l'effet simultané de l'ensemble des autres variables indépendantes intégrées dans le modèle. L'association ainsi estimée est dite « ajustée » sur l'ensemble des autres facteurs, soit « toutes choses (variables dépendantes ou de confusion) égales par ailleurs » dans le modèle.

Le choix des variables indépendantes intégrées au modèle repose sur une connaissance préalable du phénomène étudié afin de ne pas omettre de facteurs de confusion déjà identifiés (Aminot et Damon 2002).

Toutes choses (X_i) égales par ailleurs, un intervalle de confiance de l'OR de X dont la borne inférieure est supérieure à 1 montre que le facteur X augmente la probabilité de subir

l'événement Y. Inversement, un intervalle de confiance de l'OR de X dont la borne inférieure est inférieure à 1 montre que le facteur X diminue la probabilité de subir cet événement Y. Un OR égal à 1 signifie une absence d'association entre les deux variables (Taffé 2004). Un OR a été considéré comme significatif lorsque le seuil de significativité était $p \leq 5\%$.

Afin d'analyser les déterminants sociodémographiques et cliniques de recours au traitement psychothérapeutique vs. (1) absence de traitement ou (2) au traitement médicamenteux, nous avons procédé en quatre étapes pour ces deux modèles.

Les variables indépendantes, ainsi que les variables dépendantes ou de confusion ont été sélectionnées grâce à la littérature. Après avoir effectué les analyses bivariées selon ces variables indépendantes et dépendantes, dont le degré de significativité dans les analyses bivariées étaient significatives à $p < 0,2$, les variables dépendantes ont été incluses pas à pas dans le modèle de régression logistique.

Les modèles de régression logistique multivariée ont été réalisées après avoir effectué un test des colinéarités entre les variables indépendantes, afin d'éviter les multicollinéarités dans le modèle. En fonction des résultats du test de colinéarité, en particulier entre les variables cliniques, plusieurs modèles de régression ont été créés. Le seuil maximal fixé par (Bressoux 2008) pour rejeter avec certitude une variable est fixé à $p < 0,8$, ce seuil est plus usuellement abaissé à $p < 0,5$, seuil sur lequel nous avons sélectionné les différentes variables pour un même modèle.

L'estimation des prévalences et des *odds ratio* est présentée avec leur intervalle de confiance à 95%.

L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel Stata 11.1.

ANALYSES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DU RECOURS AUX PSYCHOTHÉRAPIES EN FRANCE

1. Prévalences des recours aux professionnels de santé pour un problème de santé mentale

a. Données issues de l'Enquête Santé MGEN 2005

L'analyse bivariée issue des résultats de l'*Enquête MGEN 2005* révèle que parmi les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale courant au cours des 12 derniers mois (n=2445), 64,5% (n=1617 ; IC=62,4-66,5) a eu recours à un professionnel pour un problème de santé mentale et donc que 35,5% n'a consulté aucun professionnel pour ces problèmes (n=828 ; IC=33,5-37,6) (p<0,001).

60,8% (IC=57,7-63,7) des personnes présentant un EDM (n=1179) et 60,7% (IC=58,3-63,0) des personnes souffrant de troubles anxieux (n=1820), ont consulté un professionnel pour sa santé mentale. Les modes de recours aux différents professionnels, que les patients souffrent d'EDM ou de troubles anxieux, se distribuent de façon analogue : 40,6% (EDM) et 42,5% (troubles anxieux) ont consulté un médecin généraliste, 21% (EDM) et 23,4% (troubles anxieux) ont consulté un psychiatre, 3,8% (EDM) et 4,9% (troubles anxieux) ont consulté un autre médecin. Enfin, 16,4% (EDM) et (16,6%) ont consulté un professionnel non médecin (p<0,001 pour chaque catégorie clinique).

Ces résultats confirment les données publiées (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso et al. 2007 ; Kovess-Masfety, Alonso, Brugha et al. 2007) sur le fait que les médecins généralistes sont les professionnels les plus consultés pour un problème de santé mentale.

b. Données issues de l'Enquête Indicateurs de santé mentale 4 régions françaises 2005

Les données issues de l'enquête en population générale font apparaître des prévalences similaires à celles de l'*Enquête MGEN 2005*. L'analyse bivariée effectuée à partir des données de l'*Enquête Indicateurs 4 régions*, révèle que parmi les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants, au cours de l'année précédant l'entretien (n=4567), 64,5% (n=3053 ; IC=62,8-66,1) a eu recours à un professionnel pour un problème de santé mentale (p<0,001).

L'enquête en population générale montre aussi que 31,5% (n=6950 ; IC=30,8-32,2) des répondants ont consulté un quelconque professionnel de santé pour un problème de santé mentale, que ces personnes soient ou non diagnostiquées comme souffrant de troubles de santé mentale (le taux s'élève à 31,6% chez les 18-75 ans (n=6498 ; IC=30,9-32,4). Les

prévalences varient de 24,2% chez les hommes à 38,2% chez les femmes ($p < 0,001$). On ne note pas de différences significatives entre les régions.

Parmi ces consultants ($n=6950$), 54% ($n=3726$; IC=52,5-55,2) n'ont pas été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de santé mentale courant au cours de cette même année.

Ces prévalences présentées dans ce dernier chapitre serviront de base à l'estimation économique de la prise en charge des psychothérapies.

2. Prévalences des recours aux psychothérapies : analyse descriptive

a. Description des populations étudiées

Après avoir présenté les prévalences de recours et décrit les modalités de suivi en individuel ou en groupe, la population de référence concernera les répondants ayant suivi une psychothérapie en individuel seulement, effectué avec un professionnel éligible au titre de psychothérapeute.

La population ayant suivi des psychothérapies en groupe sera écartée en raison du fait que la prise en charge des psychothérapies de groupe (par ailleurs minoritairement représentées) est différente en termes de modalités et de coûts.

D'autre part, dans le cadre d'une prise en charge financière des psychothérapies, on émet l'hypothèse que le remboursement des psychothérapies s'effectuerait par séance suivie en individuel et seulement auprès des professionnels éligibles au titre de psychothérapeute (au regard du Décret n°2010-534). Les autres psychothérapeutes ni médecin, ni psychologue, ni psychanalyste dits « ninini » seront écartés pour ces analyses.

Ainsi, les analyses des facteurs associés à la consommation de psychothérapie (vs. de médicaments), et l'évaluation des coûts, porteront sur les psychothérapies suivies en individuel (seulement) auprès d'un professionnel éligible au titre de psychothérapeute.

b. Prévalences au cours de la vie en population générale

Selon l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, le recours aux psychothérapies au cours de la vie – quelque soit le professionnel ou les modalités de recours ($n=1639$) s'élève à 9,1% en Île-de-France, 7,9% en Rhône-Alpes et 5,4% en Haute-Normandie et Lorraine ($p < 0,001$). Le recours est près de deux fois supérieur chez les femmes (8,9%) que chez les hommes (4,8%) ($p < 0,001$).

Ces prévalences semblent sensiblement plus faibles que celles issues des données du *Baromètre Santé INPES 2005* en population générale qui indique que 9,5% des français souffrant d'EDM ont suivi une psychothérapie au cours de la vie (Briffault et Lamboy 2008).

c. Prévalences au cours des 12 derniers mois en population générale

Selon l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, le recours aux psychothérapies au cours de l'année précédant l'entretien, s'élève à 3% en Île-de-France, 2,1% en Rhône-Alpes et 1,3% en Haute-Normandie et Lorraine (n=479 ; p<0,001). Il est aussi nettement plus élevé chez les femmes (2,5%) que chez les hommes (1,3%) (p<0,001). Entre 0,1% et 0,3% des répondants, selon leur région, ont suivi une psychothérapie en groupe (n=20 ; p<0,001).

A titre de comparaison, selon l'*Eurobaromètre 2006* donne une prévalence plus élevée, indiquant que 5% des français ont eu recours aux psychothérapies au cours le l'année passée (EORG 2006).

Les données de l'*Eurobaromètre 2006* montrent que la France fait partie des pays où la psychothérapie possède une place importante dans le recours aux soins pour un problème de santé mentale (sans toutefois être en tête). Il faut aussi noter les limites méthodologiques de l'*Eurobaromètre* (dont la méthode a été présentée en amont).

A titre de comparaison internationale, les seules données de qualité dont nous disposons, (Olfson, Marcus, Druss et al. 2002) montrent des prévalences de recours similaires à ceux effectués aux Etats-Unis (3,6% au cours de l'année passée). Les caractéristiques socio-cliniques présentent aussi de grandes similitudes, qui seront présentées dans le chapitre «*Comparaison nationale et internationale des facteurs associés aux recours aux psychothérapies* »)

d. Prévalences issues de l'Enquête MGEN 2005

La population de l'*Enquête MGEN 2005* présente une prévalence de recours sur la vie (*quelque soit le professionnel ou les modalités de recours*) de 18,3% (n=2306). Elle varie de 14,4% chez les hommes à 20,6% chez les femmes (p<0,001).

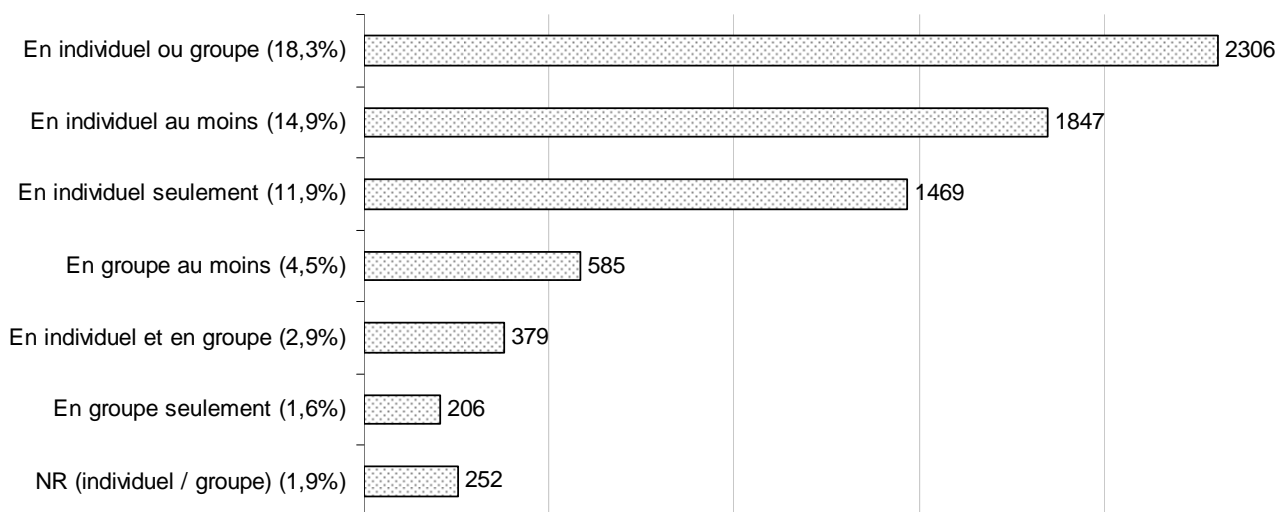
La prévalence des recours au cours des 12 derniers mois s'élève à 6,3% (n=764), de 4,1% chez les hommes à 7,6% chez les femmes (p<0,001).

Concernant les modalités de suivi : 4,4% (n=518 ; IC=4,0-4,8) des répondants ont suivi une psychothérapie en individuel seulement et 4,0% (n=482 ; IC=3,7-4,4) l'ont suivie auprès d'un professionnel éligible au titre de psychothérapeute.

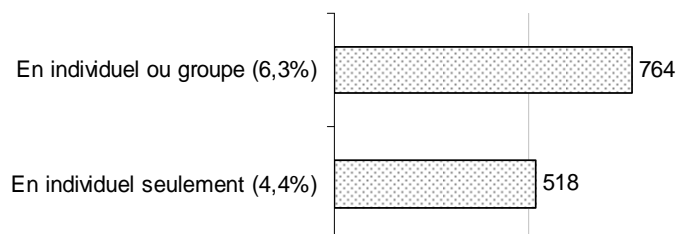
Enfin, 39% des psychothérapies ont été déclarées avoir été suivies au cours des 12 derniers mois.

Figure 5 Répartition selon le mode de suivi de la psychothérapie
Enquête MGEN 2005
N total = 12.934

Psychothérapie suivie au cours de la vie



Psychothérapie suivie au cours des 12 derniers mois



e. Comparaison des prévalences entre les deux enquêtes

Les prévalences du recours aux psychothérapies de la population de l'*Enquête MGEN 2005* sont près de deux fois supérieures à celles de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* et du *Baromètre Santé INPES 2005*, qui ont été effectuées en population générale. Deux principales hypothèses sur cet écart peuvent être émises.

D'une part, la population MGEN possède les caractéristiques des personnes les plus enclines à suivre des psychothérapies (plus féminine, plus dans les âges moyen de la vie, plus diplômée).

D'autre part, la question du recours a été différemment posée dans ces deux enquêtes. Alors que la question de l'*Enquête MGEN 2005* demandait directement « Avez-vous suivi une ou plusieurs psychothérapies ? », l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* posait la question sous cette forme : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà suivi une psychothérapie pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de drogues ou d'alcool ? », en associant la psychothérapie à un traitement pour un problème de santé mentale. Ce qui peut aussi expliquer des prévalences moindres chez les enquêtés de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* en comparaison à celles du Baromètre Santé INPES 2005 ou de l'Eurobaromètre 2006.

3. Prévalences des recours aux psychothérapies selon le professionnel consulté

a. Méthode : variable hiérarchique

Pour chacune des deux enquêtes analysées, les variables en classe des professionnels consultés, étant proposées sous forme de réponses à choix multiples, ont été recodées en variables hiérarchiques : psychiatre, puis médecin non psychiatre, puis psychologue, puis psychanalyste, puis psychothérapeute « ninini ».

b. Prévalences en population générale

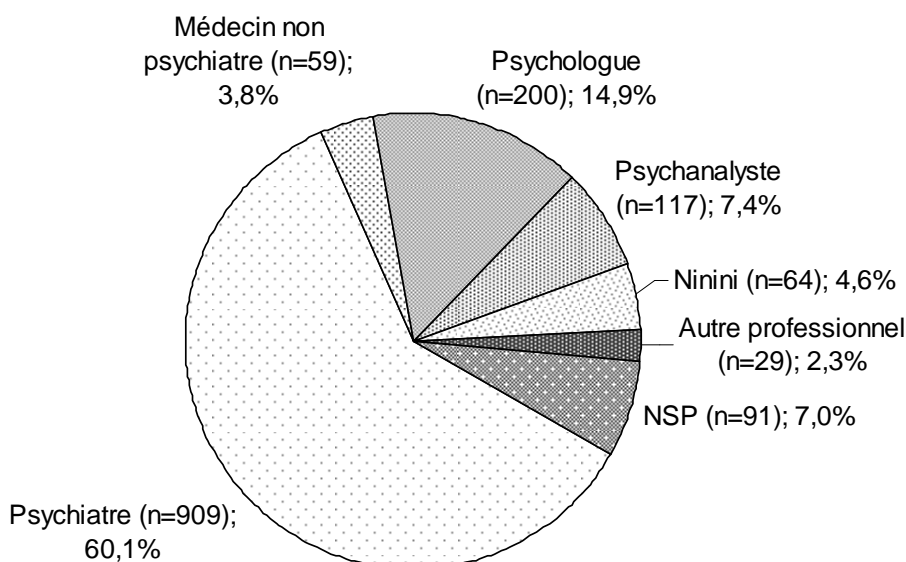
Les résultats issus de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, données au cours de la vie (n=1639), montrent que les psychothérapies sont les plus souvent pratiquées par les psychiatres (de 43% en Île-de-France à 59% en Lorraine), suivis par les psychologues (entre 26% en Normandie et 29% en Île-de-France). Les médecins non psychiatre sont faiblement représentés (moins de 4% en moyenne). C'est en Île-de-France que les psychanalystes sont les plus consultés (17%) et en Lorraine qu'ils le sont le moins (6%). En moyenne 5% des enquêtés ont suivi une psychothérapie avec un psychothérapeute « ninini » (de 3% en Lorraine à 8% en Rhône-Alpes). Enfin, en moyenne 2,3% des enquêtés déclarent ne pas connaître l'appartenance professionnelle de leur psychothérapeute. On remarque que les prévalences de recours aux différents professionnels se répartissent inégalement entre les régions ($p < 0,001$).

c. Prévalences issues de l'Enquête MGEN 2005

Les données de l'*Enquête MGEN 2005* indiquent que les psychothérapies (en individuel seulement, au cours de la vie ; n=1469) sont largement faites par des psychiatres (60,1%), suivis par les psychologues (14,9%), les psychanalystes (7,4%), les « ninini » (4,6%) puis par les médecins non psychiatres (3,8%). Pour 2,3% des répondants, le thérapeute appartient à une autre catégorie professionnelle que celles citées et 7% des répondants ne connaissent pas le statut de leurs psychothérapeutes ($p < 0,001$) (Figure 6).

Les données de l'*Enquête MGEN 2005*, en population spécifique, montre, par rapport aux données en population générale, un moindre recours avec un psychologue (env. -13%).

Figure 6 Répartition selon le professionnel consulté
Au cours de la vie, Enquête MGEN 2005 (n=1469 ; p<0,001)

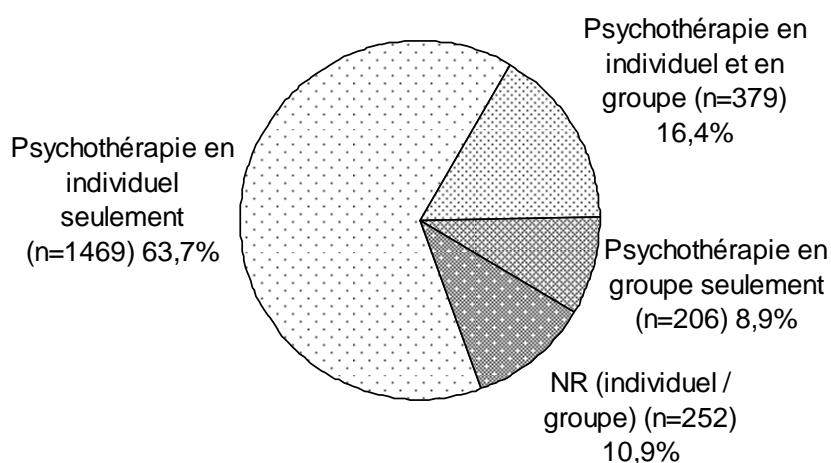


4. Modalités de recours aux psychothérapies

a. Suivi en individuel ou de groupe

Plus de neuf psychothérapies sur dix sont suivies en individuel « au moins » : 90,1% (IC=89,5-92,8) selon l'Enquête MGEN 2005 et 92,3% (IC=90,7-93,7) selon L'Enquête Indicateurs 4 régions 2005. Moins de 10% des psychothérapies sont donc suivies en groupe seulement.

Figure 7 Répartition selon le mode de suivi, en individuel ou en groupe
Au cours de la vie, Enquête MGEN 2005 (n=2306)



b. Les méthodes psychothérapeutiques employées

La majorité (55,2%) des enquêtés de l'Enquête MGEN 2005 a déclaré avoir suivi une psychothérapie en individuel de soutien, 44,4% a suivi une psychothérapie d'inspiration psychanalytique, 20,4% une TCC, 13,6% une psychothérapie familiale ou de couple et 16,1% une psychothérapie visant l'épanouissement personnel. Données au cours de la vie (n=1848).

**Tableau 5 Les différentes méthodes thérapeutiques suivies en individuel
Données Enquête MGEN 2005, au cours de la vie (n=1848)**

	Soutien		Psycha- nalytique		TCC		Couple / familiale		Épanouis- sment		Autre catégorie		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	événement		individu	
													% sur 3,839	n	% sur 1,848	N
Soutien	722	55,2%											34%	1309	57%	1057
Psycha- nalytique	159	21,3%	331	44,4%									19%	745	29%	528
TCC	108	23,7%	71	15,6%	93	20,4%							12%	456	12%	230
Couple / familiale	90	26,0%	63	18,2%	52	15,0%	47	13,6%					9%	346	9%	167
Epanouis- sment	164	28,3%	77	13,3%	81	14,0%	59	10,2%	93	16,1%			15%	579	19%	349
Autre catégorie	66	16,3%	44	10,9%	51	12,6%	35	8,7%	105	26,0%	103	25%	11%	404	13%	237
														3839		1848

Comme le (Tableau 5) le montre, les enquêtés avaient la possibilité de sélectionner plusieurs méthodes psychothérapeutiques. Afin d'analyser les deux principales méthodes de psychothérapies structurées, nous avons isolé les psychothérapies d'inspiration psychanalytique et les TCC.

L'analyse des recours exclusif (en individuel seulement) aux psychanalyses et aux TCC, montrent que les prévalences de recours sont nettement plus élevés pour les psychanalyses (près de 20% ; n=331) que pour les TCC dont le taux de recours est de 6% (n=93) ($p < 0,001$).

i. Méthode thérapeutique selon le professionnel consulté

Comme présumé, les psychanalystes qui ne sont ni médecin, ni psychologue représentent une part importante du type de professionnel chez qui une psychanalyse a été effectuée (25%, n=80). Toutefois, ce sont les psychiatres (61%, n=176) chez qui la méthode d'inspiration psychanalytique a été suivie. Pour les autres professionnels, la méthode psychanalytique est réalisée à hauteur de 10% (n=28) pour les psychologues. Concernant la TCC, les psychiatres sont aussi les professionnels cités comme étant ceux chez qui elles ont été le plus souvent réalisées (51%, n=44). On remarque que les psychologues les utilisent assez largement (39%, n=29). Les autres professionnels : médecins non psychiatre ou les autres psychothérapeutes utilisent quasiment de façon équivalente l'une ou l'autre méthode (n=379 ; $p < 0,001$).

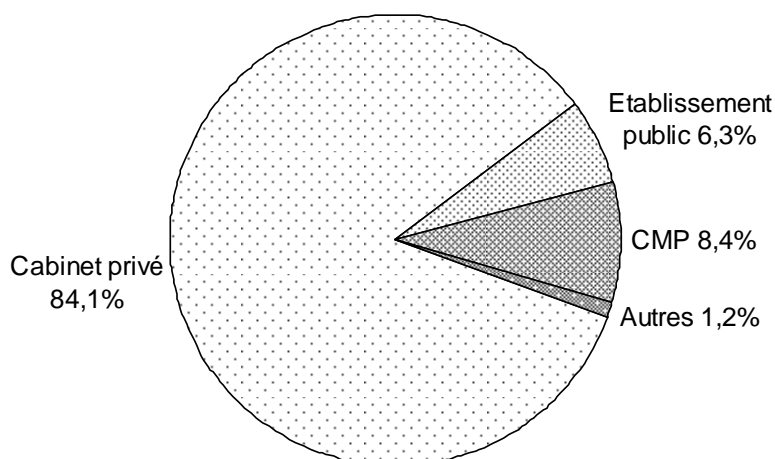
Tableau 6 Méthodes thérapeutiques selon le professionnel consulté
Données Enquête MGEN 2005, suivi en individuel seulement, au cours de la vie
N=379 ; p<0,001

	Psychanalyse seulement				TCC seulement			
	N	%	IC	95%	N	%	IC	95%
Psychiatre	176	60,9	55,1	66,5	44	51,1	39,7	62,4
Médecin non psychiatre	9	2,8	1,4	5,3	5	5,0	2,0	11,6
Psychologue	28	10,1	7,0	14,5	29	38,9	28,2	50,7
Psychanalyste	80	25,0	20,3	30,3	2	3,2	0,7	14,3
Professionnel "ninini"	4	1,2	0,5	3,2	2	1,9	0,5	7,4
Total	297	100			82	100		

c. Lieux de consultation

La grande majorité des psychothérapies suivies en individuel ont lieu dans un cabinet privé (84%, n=1075), et pour 15% dans le public (8,4% dans un CMP et 6,3% dans un autre établissement public) (p<0,001).

Figure 8 Lieux de consultation
Données Enquête MGEN 2005, suivi en individuel seulement, au cours de la vie
N=1075 ; p<0,001



i. Lieu de consultation selon le professionnel consulté

Dans le secteur privé, ce sont les psychiatres les plus consultés pour une psychothérapie (69% ; n=742). Dans le secteur public, après les psychiatres (63%, n=121), les psychologues (28% ; n=48) sont les professionnels les plus consultés, alors que ces derniers représentent 13% (n=126) des psychothérapies effectuées dans le privé. Les psychanalystes sont faiblement représentés dans le public (1%, n=2), alors qu'ils représentent 9% des consultations psychothérapeutiques dans le privé. 5% (n=51) des psychothérapies faites dans le privé sont effectuées par un psychothérapeute « ninini ». On remarque que 3,8% (n=7) des psychothérapeutes « ninini » sont consultés pour une psychothérapie dans un établissement public, ces professionnels peuvent être des infirmiers diplômés d'état (IDE) ou bien des assistants sociaux (p<0,001).

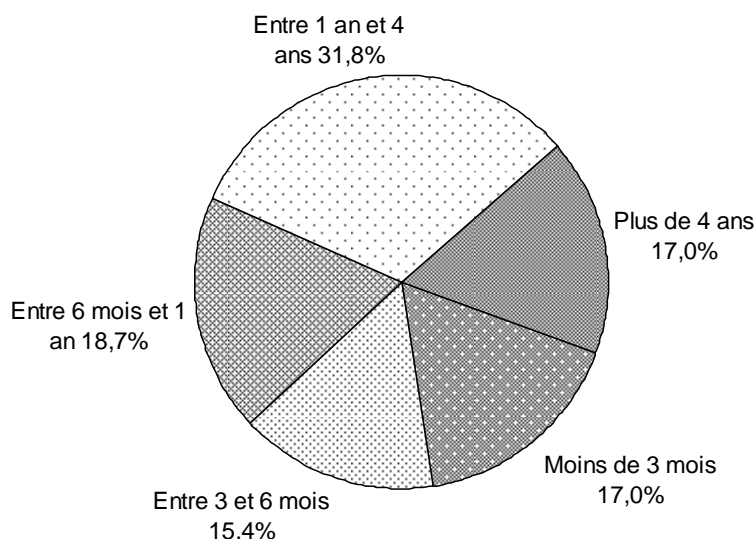
Tableau 7 Lieu de consultation selon le professionnel consulté
Données Enquête MGEN 2005, suivi en individuel seulement, au cours de la vie
N=1256 ; p<0,001

	Privé				Public			
	N	%	IC	95%	N	%	IC	95%
Psychiatre	742	68,6	65,5	71,4	121	63,3	55,6	70,3
Médecin non psychiatre	45	4,0	2,9	5,3	8	3,5	1,7	7,0
Psychologue	126	12,9	10,9	15,3	48	28,3	21,9	35,8
Psychanalyste	106	9,4	7,7	11,3	2	1,1	0,3	4,2
Ninini	51	5,2	3,9	6,9	7	3,1	1,7	8,1
Total	1070	100			186	100		

5. Durée de la psychothérapie

La moitié des psychothérapies, suivies en individuel, a duré moins d'un an (51%), 32% des psychothérapies ont duré entre 1 an et 4 ans, et 17% ont duré plus de 4 ans (n=1231 ; p=0,038).

Figure 9 Durée de la psychothérapie
Données Enquête MGEN 2005, suivi en individuel seulement, au cours de la vie
N=1231 ; p=0,038



a. Durée de la psychothérapie selon le professionnel consulté

L'analyse bivariée montre que les psychothérapies suivies auprès des psychiatres durent le plus souvent entre 1 à 4 ans. Celles suivies auprès des psychologues peuvent être très brèves (moins de trois mois pour un quart d'entre elles) ou de durée moyenne. Celles suivies avec un psychanalyste sont relativement longues (36% durent entre 1 et 4 ans, dont 28% plus de quatre ans) ; (n=1216 ; p=0,006).

b. Durée de la psychothérapie selon la méthode

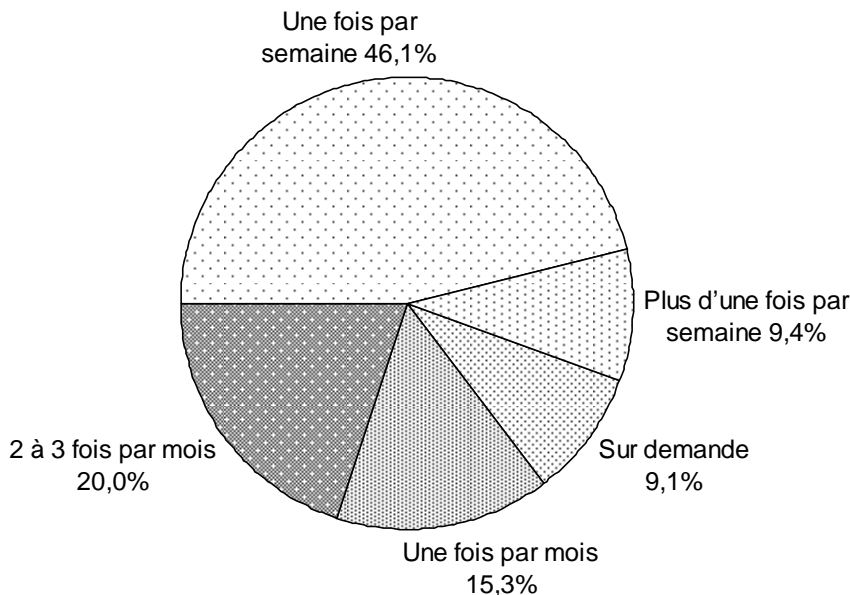
Plus de sept psychanalyses sur dix (73%) durent plus d'un an, dont plus d'une sur trois (34%) plus de quatre ans. Une TCC sur deux (53%) dure entre 3 et 12 mois et près d'une sur trois (32%) entre 1 et 4 ans (n=320 p<0,001).

6. Fréquence des séances

Les séances de psychothérapies en individuel ont le plus souvent un rythme hebdomadaire (46%), 9% ont un rythme plus soutenu (plus d'une fois pas semaine). 35% sont suivies entre 1 et 3 fois au cours du mois, enfin 9% d'entre elles ont une fréquence à la demande de l'utilisateur (n=1247).

Figure 10 Fréquence des séances

Données Enquête MGEN 2005, suivi en individuel seulement, au cours de la vie (n=1247)



A titre de comparaison, la fréquence modale donnée par le *Baromètre Santé INPES 2005* est d'une fois par semaine, 60% des psychothérapies durant moins d'un an, 40% plus d'un an. Les données de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* présentent des taux de durée et fréquence fortement similaires à ceux de l'*Enquête MGEN 2005*.

a. Fréquence des séances selon le professionnel consulté

Les séances faites avec les psychanalystes (n=99) se distinguent de celles faites avec les autres professionnels, en présentant un rythme plus soutenu. 86% des séances avec un psychanalyste vs. 60% des séances avec les autres professionnels ont un rythme au moins hebdomadaire (n=1091 ; p<0,001).

b. Fréquence des séances selon la méthode

Le rythme des séances suivies en psychanalyse sont significativement plus soutenues que celles faites en TCC. 83% des psychanalyses ont un rythme au moins hebdomadaire vs. 51% pour les TCC (n=317, p<0,001).

7. L'offre de professionnels fournisseurs de psychothérapie

Nous avons précédemment évoqué le fait que plusieurs types de professionnels étaient impliqués dans l'offre de psychothérapie : les psychiatres, les psychologues, les psychanalystes, et les psychothérapeutes qui ne sont ni médecin, ni psychologue ni psychanalyste (« ninini »). Au delà de leurs statuts, ces professionnels se distinguent de par leur effectif. Aussi, ces professionnels de santé mentale se répartissent de façon hétérogène sur l'ensemble du territoire.

a. Les psychiatres

Offre

En France, 11.600 psychiatres exercent en psychiatrie (23 pour 100.000 hab.), parmi lesquels 3300 exercent en libéral seulement, 2100 exercent à la fois en libéral et comme salarié, 6200 sont salariés seulement (CNOM 2009).

Secteurs conventionnels

Selon les données de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS 2010), 71% des psychiatres exercent en secteur 1, 28% en secteur 1 avec un droit permanent à dépasser leurs honoraires ou en secteur 2 ; et 0,7% sont installés hors conventionnement.

b. Les psychologues cliniciens

En France (Samacher 2005 ; Sarnin 2011), on dénombre actuellement 35.000 psychologues cliniciens, dont 28.370 sont en exercice. Parmi ces praticiens en exercice, 5000 exercent en libéral, 5800 dans la fonction publique hospitalière (dont 3300 en hôpital psychiatrique). Parmi les 17.570 autres psychologues cliniciens en exercice : 8950 travaillent dans l'Éducation Nationale ou la recherche (3250 sont psychologues scolaires, 4500 sont conseillers d'orientation psychologue, 1000 travaillent à l'université et 200 sont employés par le CNRS ou l'INSERM). 5000 travaillent dans le secteur de la psychologie sociale du travail (entreprise ou association). 3000 travaillent dans la fonction publique territoriale. Et 620 travaillent pour le ministère de la justice.

c. Les psychanalystes

On dénombre 2000 psychanalystes inscrits dans l'annuaire de leurs associations (Fansten 2004), qui, selon le Décret de Loi du 20 mai 2010, pourraient légalement utiliser le titre de psychothérapeute.

d. Les psychothérapeutes « ninini »

On estime entre 3000 et 5000 le nombre de psychothérapeutes « ni médecin, ni psychologue, ni psychanalyse » en France (Champion 2005).

Le Décret de Loi du 20 mai 2010 prévoit une dérogation basée sur une validation d'acquis et de pratique pour ces professionnels. Le titre de « psychothérapeute » pourra être accordé après examen individuel du dossier par les Agences Régionales de Santé (ARS) et sous condition d'inscription sur un registre national public. A l'heure actuelle, ces dossiers étant examinés par les ARS, nous ne disposons pas encore de données permettant de connaître le nombre de ces « psychothérapeutes » habilités.

e. Les professionnels de santé mentale se répartissent inégalement sur le territoire français

Une analyse géostratifiée a été effectuée par département et région, en fonction de la densité des différents professionnels impliqués dans l'offre de psychothérapie (psychiatres libéraux, psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes « ninini »).

Cette synthèse est issue de données de différentes sources : concernant les psychiatres, les données proviennent du rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM 2009) ; concernant les psychologues, du répertoire ADELI et des pages jaunes. Pour les psychanalystes et psychothérapeutes « ninini » : des pages jaunes et des annuaires de leurs associations respectives.

On remarque une forte hétérogénéité de l'offre de psychiatres à la fois entre les régions et au sein des régions, avec un fort ratio nord / sud croissant (Figure 11). La répartition des professionnels de santé mentale non médecin s'effectue de façon similaire à celle des psychiatres, avec une forte densité en Île-de-France, grand sud (région PACA, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon) ; la région Bretagne est aussi bien pourvue. Le nord-est de la France (Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine) et le centre de la France (Auvergne, Limousin) présentent les densités les plus basses (Figure 12).

Figure 11 Effectifs et densité des médecins spécialistes en psychiatrie Pour 100.000 habitants. Source (CNOM 2008)

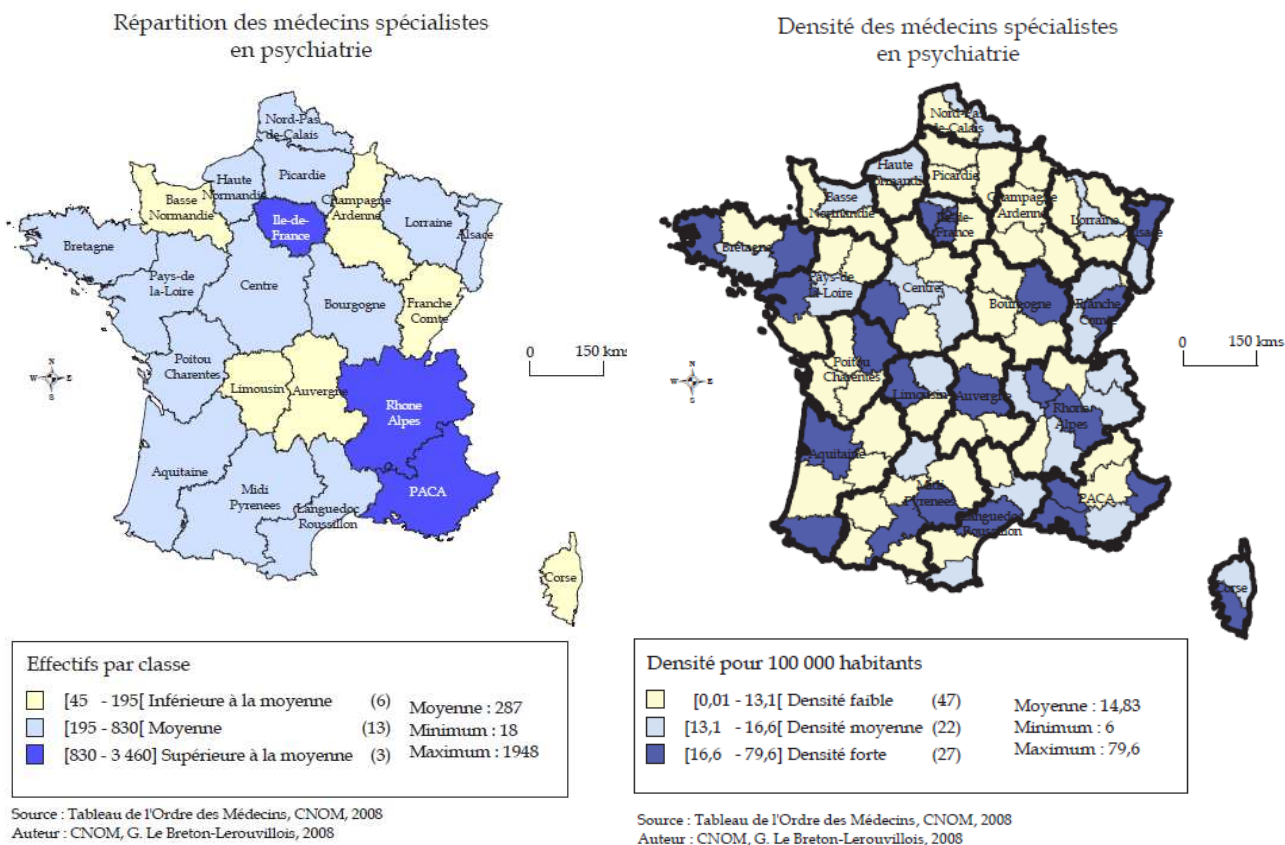
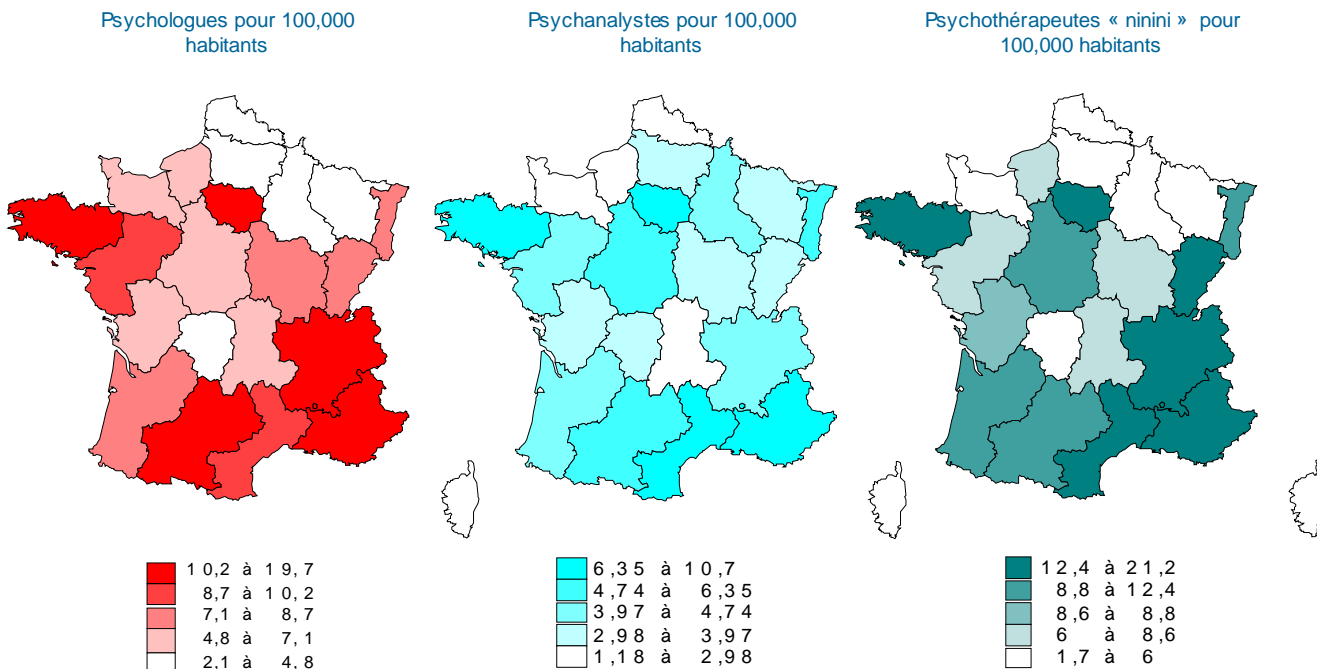


Figure 12 Densité de professionnels de santé mentale non médecin pour 100.000 habitants



f. L'offre de professionnels de santé mentale non médecin, une alternative aux psychiatres ?

Au vu des résultats de l'analyse géostratifiée, l'hypothèse selon laquelle l'offre de professionnels de santé mentale non médecin serait une alternative à celle des psychiatres est infirmée. En effet, les différentes catégories de professionnels de santé mentale non médecin présente une répartition régionale similaire à celle des psychiatres.

8. Recours aux psychothérapies selon le niveau d'offre de professionnels de santé mentale

a. Méthode

Afin de questionner l'influence de l'offre de professionnels sur le recours aux psychothérapies, nous avons procédé à une série de 5 analyses bivariées, dont les données sont issues de l'*Enquête MGEN 2005*. Précisons que pour procéder à cette analyse, les médecins n'étant pas psychiatre, ont été exclus de l'analyse. L'ensemble de ces analyses a été effectué au cours de la vie. Le niveau d'offre a été analysé selon le département de résidence principal déclaré.

La première analyse bivariée croise la variable dépendante du fait d'avoir suivi une psychothérapie avec l'un des professionnels de santé mentale, avec la variable indépendante catégorielle en trois classes de l'offre (faible, moyenne, élevée) de psychothérapie. Les quatre analyses bivariées qui suivent questionnent l'offre de chacun des quatre professionnels impliqués, face à leur offre respective : (a) psychiatres, (b) psychologues, (c) psychanalystes, (d) psychothérapeutes « ninini ».

Le niveau d'offre, par département, pour 10,000 habitants a été défini comme suit : un niveau faible correspond à une densité de professionnel $\leq 0,5$ pour 10.000 hab ; un niveau moyen : entre 0,6 et 1,5 ; un niveau élevé : $>1,5$.

b. Résultats

Une offre faible versus élevée a un impact sur les recours

Les analyses font apparaître une relation significative entre deux des trois niveaux d'offre (faible versus élevée) de professionnels et le recours aux psychothérapies. Cela pour l'ensemble des professionnels et pour chacun des professionnels. A l'exception toutefois de pouvoir statuer sur l'effet recours et l'offre de « ninini », qui révèle la même tendance, sans présenter une association statistique significative forte ($p=0,09$; $n=61$).

Concernant le recours à l'ensemble des professionnels, les prévalences varient fortement selon le niveau d'offre, allant de 8,5% ($n=164$; $IC=7,3-9,9$) pour les personnes dont le lieu de

résidence propose une offre faible de professionnels de santé mentale à 15% (n=351 ; IC=13,5-16,6) pour ceux qui vivent dans un département où l'offre est élevée (p<0,001).

Impact de l'offre sur le recours, selon le professionnel

Pour les psychiatres, les prévalences de recours varient de 8,2% (IC=7,2-9,3) pour les psychothérapeutes vivant dans un lieu dont l'offre de psychiatres est faible, à 12,8% (IC=11,4-14,4) où le lieu de résidence bénéficie d'une offre élevée (n=1229 ; p<0,001).

Pour les psychologues, les prévalences pour l'ensemble de la population varient de 1,2% (IC=0,75-1,8) dans un département où l'offre est faible à 2,1% (IC=1,6-2,1) dans un département où l'offre est élevée (n=189, p=0,021).

Pour les psychanalystes, les prévalences de recours varient de 0,4% (IC=0,2-0,9) dans un département où l'offre est faible, à 1,8% (IC=1,3-2,4) dans un département où l'offre est élevée (n=107), (p<0,001).

Précisons, qu'afin d'examiner les déterminants du recours aux psychothérapies, le facteur explicatif de l'offre de professionnels sera intégré dans le modèle de régression logistique multivarié.

9. Recours aux psychothérapies et troubles de santé mentale: cohérence et éligibilité des recours

Objectifs et méthode

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer les niveaux de cohérence et/ou d'éligibilité des recours aux psychothérapies, caractérisés par présence ou l'absence de diagnostic de troubles de santé mentale courants, EDM et/ou troubles anxieux.

Quatre catégories populationnelles peuvent ainsi être construites pour l'ensemble de la population des enquêtes :

- (a) absence à la fois de troubles de santé mentale et de recours aux psychothérapies (situation cohérente chez des personnes non éligibles aux recours aux psychothérapies) ;
- (b) présence à la fois de troubles de santé mentale et de recours aux psychothérapies (situation cohérente chez des patients éligibles au recours psychothérapeutique) ;
- (c) présence de troubles de santé mentale mais sans recours aux psychothérapies (situation non cohérente chez des patients éligibles aux recours psychothérapeutique) ;
- (d) recours aux psychothérapies sans diagnostic de santé mentale (situation non cohérente chez des personnes non éligibles aux recours psychothérapeutique).

Les analyses ont été effectuées à partir des données issues de l'*Enquête MGEN 2005*, présentées dans le Tableau 8 et de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, présentées dans le Tableau 9.

Population

Les prévalences des troubles de santé mentale courants ont été étudiées au cours des 12 derniers mois. Les prévalences de recours aux psychothérapies, effectuées en individuel auprès d'un professionnel éligible au titre de psychologue, ont été étudiées sur la même période.

a. Recours aux psychothérapies et troubles de santé mentale

L'analyse bivariée issue des données de l'*Enquête MGEN 2005* montre que parmi les personnes souffrant de troubles courants de santé mentale (n=2445), 11,9% (n=270 ; IC=10,5-13,3) ont suivi une psychothérapie (p<0,001) ; on ne note pas de différence significative quant au genre.

Parmi les personnes qui ont suivi une psychothérapie, 56,4% (CI 51,7-61 ; n=270 ; p<0,001) souffrent de problèmes de santé mentale, sans différence significative pour le genre.

L'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* fait apparaître des taux plus bas de recours aux psychothérapies chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Parmi cette population, entre 3,7% en Haute-Normandie à 6,6% en Île-de-France ont suivi une psychothérapie (p<0,001) ; sans différence significative pour le genre.

Parmi les personnes qui ont fait une psychothérapie, entre 60,1% en Île-de-France et 76,2% en Lorraine (n=282 ; p=0,012) ont été diagnostiquées comme souffrant de trouble de santé mentale.

b. Recours aux psychothérapies selon le type de trouble

L'*Enquête MGEN 2005* montre que parmi les personnes présentant un EDM au cours des 12 derniers mois (10,6% de la population ; n=1179) : 14,4% d'entre eux a suivi une psychothérapie (p<0,001) ; sans distinction de genre.

Les résultats issus de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, pour l'ensemble des quatre régions révèlent que parmi les 8,3% de la population souffrant d'un EDM (n=1790), 8,1% d'entre eux ont suivi une psychothérapie (p<0,001), sans distinction régionale ou de genre.

Parmi les répondants souffrant de troubles anxieux (hors TOC) dans l'*Enquête MGEN 2005*, (soit 13,8% de la population ; n=1820), 12,6% d'entre eux ont suivi une psychothérapie ; sans distinction quant au genre.

En population générale, parmi les personnes souffrant d'un trouble anxieux (19,3% de la population ; n=4051), 4,8% d'entre eux ont suivi une psychothérapie. On ne note pas de différence significative ni pour le genre ni pour la région.

Les répondants de l'*Enquête MGEN 2005*, qu'ils souffrent d'EDM ou de troubles anxieux, ont proportionnellement eu autant recours aux psychothérapies. Par contre, l'enquête en population générale révèle que les prévalences des recours aux psychothérapies sont plus élevées chez les personnes souffrant d'EDM que chez celles souffrant de troubles anxieux. Une régression logistique multivariée permettra de confirmer ces résultats.

c. Conclusion sur la cohérence des recours

Les données des deux enquêtes révèlent que sur l'ensemble des répondants (n=12.934 pour l'*Enquête MGEN 2005*, 20.777 pour l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*), entre 76,2% (IC=75,5-76,8 p<0,001) (*Enquête Indicateurs*) et 78% (IC=77,3-78,8 p<0,001) (*Enquête MGEN*) n'a pas été diagnostiqué comme souffrant de trouble de santé mentale courants et n'a pas suivi de psychothérapie (a).

Il est important de noter que ces enquêtes ne prennent en compte que les troubles de santé mentale courants. De ce fait, une partie de ces personnes non diagnostiquées peuvent toutefois avoir souffert d'autres troubles de santé mentale, telles que les addictions, ou bien de troubles alimentaires, de troubles de la personnalité ou de troubles relevant de la psychiatrie que les études n'ont pas pu analyser.

Entre 18% (*Enquête MGEN*) et 22,1% (*Enquête Indicateurs*) des répondants ont été diagnostiqués mais n'ont pas suivi de psychothérapie, alors qu'ils pourraient être éligibles à une prise en charge thérapeutique (c).

Entre 1,1% (*Enquête Indicateurs*) et 2,3% (*Enquête MGEN*) des enquêtés ont été diagnostiqués et ont suivi une psychothérapie (b).

Enfin, seulement entre 0,6% (*Enquête Indicateurs*) et 1,1% (*Enquête MGEN*) ont suivi une psychothérapie alors qu'ils n'étaient pas diagnostiqués (d).

En considérant que les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants (quelque soit le niveau de sévérité) puisse bénéficier d'un traitement psychologique, on remarque qu'environ une personne sur cinq pourrait être éligible au recours aux psychothérapies mais n'en a pas bénéficié.

Toutefois ce résultat doit être considéré avec prudence. D'une part, parce qu'une partie de cette population a pu suivre une psychothérapie en groupe, et/ou avec un psychothérapeute « ninini ». D'autre part, les données sur le recours aux psychothérapies et le diagnostic en

santé mentale ont été recueillies cours de l'année précédant l'entretien, sans pouvoir estimer chronologiquement ces deux événements.

Enfin et toujours en considérant les limites de l'évaluation diagnostique (sus-décrites) que permettent d'estimer ces enquêtes, l'hypothèse selon laquelle une proportion non négligeable de personnes suivant des psychothérapies ne souffre pas de trouble de santé mentale et qu'elle serait faite dans une perspective seule de développement de soi paraît infirmée.

Tableau 8 Cohérence des recours, Enquête MGEN 2005

Recours aux psychothérapies et troubles de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Enquête MGEN 2005

N=12.934 ; p<0,001

p<0,001	Pas de trouble santé mentale					Trouble de santé mentale					Total			
	N	%	IC	95%		N	%	IC	95%		N	%	IC	95%
Pas de psychothérapie	10154	78,0	77,3	78,8	(a) Absence diagnostic/ psychothérapie	2298	18,0	17,3	18,7	(c) Individu éligible, psychothérapie non reçue	12452	96,0	95,6	96,3
Psychothérapie	207	1,1	1,5	2,0	(d) Individu non éligible	275	2,3	2,0	2,6	(b) Individu éligible, psychothérapie reçue	482	4,0	3,7	4,4
Total	10361	79,7	79,0	80,5		2573	20,3	19,5	21,0		12934	100		

Tableau 9 Cohérence des recours, Enquête Indicateurs 4 Régions 2005

Recours aux psychothérapies et troubles de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Enquête Indicateurs 4 Régions 2005

N=20.777 ; p<0,001

p<0,001	Pas de trouble santé mentale					Trouble de santé mentale					Total			
	N	%	IC	95%		N	%	IC	95%		N	%	IC	95%
Pas de psychothérapie	15670	76,2	75,5	76,8	(a) Absence diagnostic/ psychothérapie	4682	22,1	21,5	22,8	(c) Individu éligible, psychothérapie non reçue	20352	98,3	98,1	98,5
Psychothérapie	143	0,6	0,5	7,1	(d) Individu non éligible	282	1,1	1,0	1,3	(b) Individu éligible, psychothérapie reçue	425	1,7	1,5	1,9
Total	15813	76,8				4964	23,3				20777	100		

10. Age et époque du suivi de la psychothérapie

a. Age du répondant à la première psychothérapie

L'âge moyen du répondant à la première psychothérapie suivie en individuel seulement, est de 34,1 ans (n=1264 ; IC=33,4-34,8 ; p<0,001).

Il est de près de 35 ans (34,9) (n=1239 ; IC=34,3-35,5 ; p<0,001) chez les personnes l'ayant débutée après l'enfance. Parmi cette population, 25 personnes ont suivi une psychothérapie durant leur enfance, 29 l'ont suivie ou débutée entre 15 et 18 ans.

b. Époque de la première psychothérapie

Afin de questionner l'époque à laquelle la psychothérapie en individuel a été suivie, nous avons construit la variable à partir de la date de naissance du répondant et de son âge lors de sa première psychothérapie.

Plus de la moitié (52,5%) des répondants de l'*Enquête MGEN 2005*, déclare avoir fait leur première psychothérapie (hors celles faites avant 15 ans) au cours des 10 années précédant l'entretien (entre 1995 et 2005/2006 –selon le moment du remplissage du questionnaire).

11. Déterminants sociodémographiques et cliniques du recours aux psychothérapies versus absence de recours, Enquête MGEN 2005

a. Méthode

Les analyses univariées et les régressions logistiques multivariées ont été effectuées à partir des données de l'*Enquête MGEN 2005*.

La variable dépendante est le fait d'avoir eu recours aux psychothérapies au cours des 12 derniers mois en individuel seulement, auprès de l'un des quatre professionnels éligibles au titre de psychothérapeute.

i. La sélection des variables

Les variables indépendantes ont été sélectionnées en référence à la littérature (Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007 ; Briffault, Sapinho D, Villamaux et al. 2008 ; Briffault et Lamboy 2008 ; Olfson et Pincus 1994 ; Olfson et Klerman 1992 ; Wang, Patten, Williams et al. 2005).

Les variables sociodémographiques sont les suivantes : le genre, l'âge (en 3 classes), le niveau d'étude (en 3 classes), le statut matrimonial (en 3 classes), le fait de vivre seul ou en couple, la situation professionnelle (en 3 classes), la PCS (en 8 classes), l'urbanité (en 3 classes), le niveau d'offre de professionnels de santé mentale sur le lieu de résidence (en 3 classes).

Les variables cliniques sont les suivantes : symptomatologie en santé mentale (EDM, troubles anxieux) et la présence d'une comorbidité psychique.

Les variables indépendantes, pour lesquelles le degré de significativité dans les analyses bivariées étaient significatives à $p < 0,2$, ont été incluses pas à pas dans le modèle de régression logistique. Deux variables indépendantes n'ont au final pas été intégrées car non significatives dans le modèle (la PCS, le statut d'activité).

ii. Régressions logistiques multivariées

Les caractéristiques individuelles de la population de référence : ayant eu recours aux psychothérapies au cours des 12 derniers mois en individuel seulement, auprès de l'un des quatre professionnels éligibles au titre de psychothérapeute est comparée à celles des personnes n'ayant jamais eu de recours aux psychothérapies, y compris au cours de la vie.

Ont donc été exclues de l'analyse les personnes ayant suivi des psychothérapies en groupe et celles ayant suivi une psychothérapie avec un psychothérapeute non éligible au titre de psychothérapeute.

La régression logistique multivariée a été effectuée après avoir testé les colinéarités entre les variables indépendantes, afin d'éviter les multicollinéarités dans le modèle. Le test des colinéarités montre que les variables « souffrir d'EDM » et « souffrir de troubles anxieux » peuvent être intégrées dans le même modèle. Un second modèle a été créé en intégrant le fait de présenter ou non une comorbidité entre un EDM et un trouble anxieux.

b. Résultats

Toutes choses égales par ailleurs, les facteurs associés au recours aux psychothérapies sont le fait d'être une femme (OR=1,6), d'être divorcé, séparé ou veuf (OR=2,4) (vs. marié), dans une moindre mesure, être célibataire (OR=1,4 dont le $p=0,051$), de vivre dans une grande ville (OR=2,3) et de souffrir d'un EDM (OR=3,9) ou de troubles anxieux (OR=3,5), ainsi que de présenter une comorbidité psychique (OR=3,7).

Les personnes âgées de 60 ans et plus (OR=0,3) (vs. âgées entre 40 à 59 ans), celles qui ont un niveau Bac et inférieur (OR=0,4) (vs. diplôme universitaire de 1^{er} ou 2^{ème} cycle), celles qui vivent dans une ville de moins de 100.000 habitants (OR entre 0,4 et 0,5 selon la taille de l'agglomération) ou dans un département où l'offre de professionnels de santé mentale est faible (OR=0,5) sont les moins enclines à recourir aux psychothérapies (Tableau 10).

Tableau 10 Déterminants du recours aux psychothérapies versus absence de recours
Modèle de régression logistique multivariée
N=7950
Enquête MGEN 2005

		OR	p	IC	95%
Genre	Homme				
	Femme	1,55	0,003	1,16	2,07
Age	40/59 ans				
	18/39 ans	0,89	0,475	0,66	1,21
	60 ans et plus	0,29	<0,001	0,21	0,41
Diplôme	Univ 1er et 2è cycle				
	Bac et inférieur	0,41	<0,001	0,29	0,60
	Univ 3è cycle	1,24	0,164	0,92	1,69
Statut marital	Marié, pacsé				
	Célibataire	1,37	0,051	1,00	1,87
	Divorcé, veuf, séparé	2,41	<0,001	1,74	3,32
Urbanicité	sup 100,000 hab				
	inf 20,000 hab	0,48	<0,001	0,35	0,67
	20,000 à 100,000 hab	0,38	<0,001	0,28	0,53
Offre de professionnels	Moyenne				
	Faible	0,56	0,003	0,39	0,82
	Élevée	0,94	0,684	0,70	1,27
EDM n=7950	Non				
	Oui	3,91	<0,001	2,90	5,27
Troubles anxieux	Non				
	Oui	3,54	<0,001	2,64	4,76

Comorbidité entre EDM / troubles anxieux)	Non				
	Oui	3,69	<0,001	2,93	4,65

12. Consommation de médicaments pour des problèmes de santé mentale, en population générale

a. Méthode

i. Questions posées aux sections "Diagnostic" et "Consommation de services"

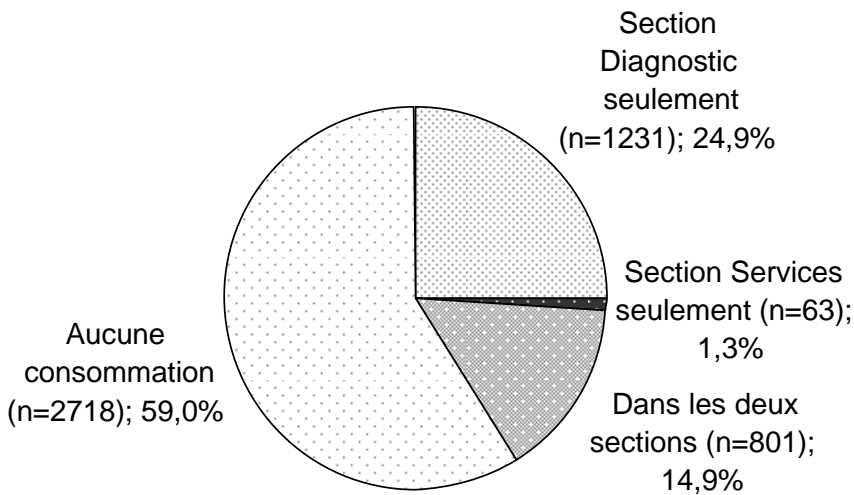
Nous l'avons évoqué dans le chapitre présentant la méthodologie, l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* pose la question de la consommation de médicaments, au cours des douze derniers mois, en raison de problème de santé mentale dans deux parties du questionnaire. L'une est posée à la fin de chaque section de diagnostic. L'autre question est posée à la fin de la section « consommation de services ».

ii. Analyses comparatives des prévalences selon la section du questionnaire

L'étude de Sevilla-Dedieu, Kovess-Masfety, Angermeyer et al. (2011), issue des données de *ESEMeD*, a porté sur la comparaison des prévalences de recours aux services pour des problèmes de santé mentale, selon que l'enquêté ait répondu aux questions posées à la fin de chaque section « diagnostic » et/ou à celles posées à la fin de la section « consommation de services ». Les auteurs révèlent que pour l'ensemble des pays étudiés, dont la France, les prévalences de recours aux soins sont plus élevées lorsque le recours est étudié pour la section « diagnostic » que pour la section « consommation de services » (respectivement 50,4% et 27,6% pour le recours aux médecins en France).

Dans l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, parmi les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale courant au cours des 12 derniers mois (n=4813), 59% (n=2718) des enquêtés n'ont pas déclaré de consommation de médicaments pour des problèmes psychiques. 14,9% (n=801) ont déclaré une consommation de médicaments dans les deux sections du questionnaire. 24,9% (n=1231) ont seulement déclaré cette consommation dans la section « diagnostic » et 1,3% (n=63) l'ont déclaré seulement dans la section « consommation de services » ($p < 0,001$).

**Figure 13 Consommation de médicaments, selon la section du questionnaire
Parmi les personnes souffrant de troubles de santé mentale
Section Diagnostic et section Consommations de services
Enquête Indicateurs 4 régions 2005 (n=4813, p<0,001)**



Ces résultats révèlent que, parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé des médicaments pour des problèmes psychiques dans la section « diagnostic » (100%), seulement 37,5% (n=801) l'ont déclaré dans la « section Service » (p<0,001).

Parmi celles ayant déclaré une consommation de médicaments dans la section « consommation de service » (100%), 92,3% (n=801) l'ont déclaré dans la « section diagnostic » (p<0,001). Cet écart s'explique en partie par le fait que le répondant ait pu prendre un médicament pour un autre problème psychologique ou psychiatrique dont le trouble n'a pas été proposé dans la section « diagnostic » (tels que les troubles liés aux consommations de substances, troubles de la personnalité, troubles des conduites alimentaires).

En conclusion comme l'étude de Sevilla-Dedieu, Kovess-Masfety, Angermeyer et al. (2011) l'a fait apparaître, les prévalences sont plus élevées dans la section « diagnostic » que dans la section « consommation de services ».

Nous avons choisi d'étudier les consommations de médicaments quelque soit la section à laquelle l'enquêté a répondu.

La consommation de médicaments et le recours aux psychothérapies sont étudiés sur la période des 12 mois précédant l'entretien.

b. Consommation de médicaments pour des troubles de santé mentale

Une analyse bivariée portant sur l'ensemble de la population (n=22.138) révèle que 16,5% (IC=15,9-17,1 ; n=3758) des répondants ont consommé un médicament pour un problème psychique, que cette personne soit ou non diagnostiquée comme souffrant de trouble de

santé mentale. Les prévalences s'élevaient à 11,1% chez les hommes et 21,5% chez les femmes ($p < 0,001$). On ne note pas de différences significatives entre les régions.

Comparaison avec la littérature

A titre de comparaison, l'étude de Gasquet, Negre-Pages, Fourrier et al. (2005) montre que 21 % des français interrogés ont pris au moins une fois un psychotrope dans l'année. La comparaison avec nos données reste toutefois approximative en raison du fait que sont comparées des prévalences de consommation de psychotropes très précisément (l'*Enquête ESEMeD* a la particularité d'avoir un questionnaire très détaillé sur le sujet) avec des prévalences de consommation de médicament, en général, pour un problème de santé mentale ou psychique.

Les résultats de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* sont proches de ceux de l'étude de Beck, Legleye, Spilka et al. (2006) issues des données du *Baromètre Santé INPES 2005*. Celle-ci fait apparaître que 19% des français de 18 à 75 ans (14% des hommes, 24% des femmes), ont pris un médicament psychotrope au cours de l'année passée. On note deux limites à la comparaison entre ces deux études : l'une en terme d'âge des enquêtés (la population du *Baromètre Santé INPES 2005* se limite aux personnes de 75 ans) ; l'autre en terme d'intitulé de la question posée. L'étude de Beck et al. a récolté les réponses issues de la question sur les consommations de traitements (et non suite à un diagnostic), elle était posée ainsi : « Avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ? ».

c. Consommation de médicaments pour des troubles de santé mentale diagnostiqués

Parmi les 3758 personnes ayant consommé un médicament pour un problème de santé mentale, seulement 55,9% (IC=54,1-57,7 ; $n=2095$; $p < 0,001$) ont été diagnostiquées comme souffrant d'un trouble de santé mentale.

Parmi les personnes souffrant de troubles de santé mentale, 41% (IC=39,5-42,6 ; $n=2095$; $p < 0,001$) a déclaré avoir consommé des médicaments pour des problèmes psychiques ; 43,5% sont des femmes, 36% sont des hommes ($p < 0,001$). On ne note pas de différences significatives entre les régions.

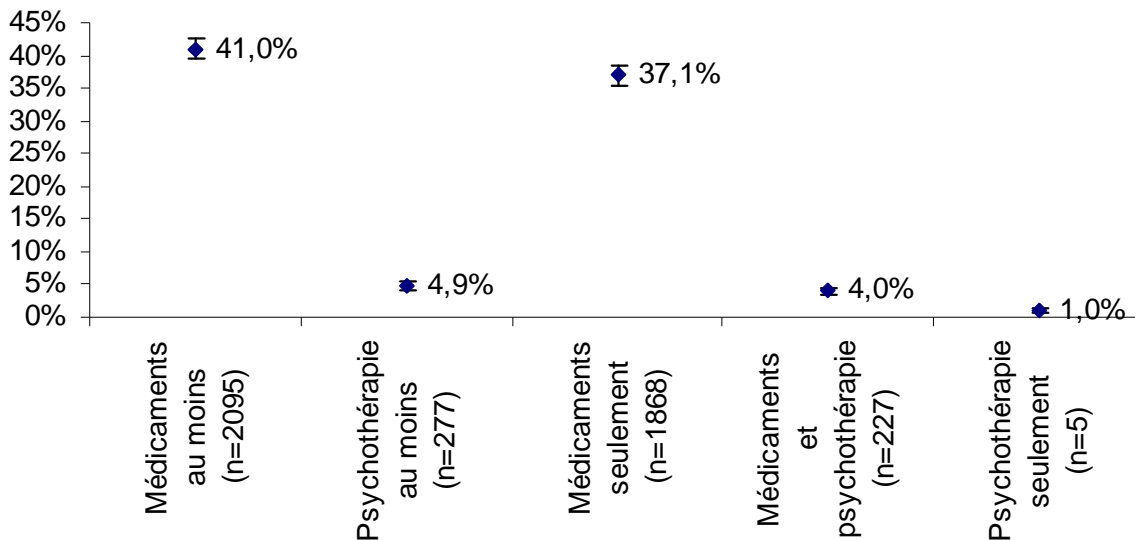
d. Balance consommation de médicaments et psychothérapie

La balance entre consommation de médicaments et psychothérapie est fortement déséquilibrée en s'inclinant fortement vers le traitement médicamenteux.

Parmi les personnes souffrant de troubles santé mentale courants ($n=4813$), 37,1% a consommé seulement des médicaments ($n=1868$), 41% ($n=2095$) a consommé des

médicaments au moins ; 1% (n=50) a suivi une psychothérapie seulement ; 4,9% (n=277) a suivi une psychothérapie au moins (p<0,001) ; enfin 4% (n=227) a utilisé les deux soins et traitement.

**Figure 14 Balance consommation de médicaments et recours aux psychothérapies
Chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants
Psychothérapie suivies en individuel avec un professionnel éligible au titre de psychothérapeute
N=4813 ; p<0,001**



Parmi les personnes souffrant de troubles de santé mentale et ayant consommé des médicaments pour ce problème (n=2095), seulement 9,7% (n=227) ont suivi une psychothérapie. Parmi ceux qui n'ont pas consommé des médicaments, 1,6% (n=50) ont suivi une psychothérapie (p<0,001) ; sans différence entre les genres.

Parmi les personnes ayant suivi une psychothérapie (n=277), 80,6% (n=227) ont consommé des médicaments pour un problème de santé mentale (p<0,001). Le taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 85% et 68,9%, p=0,018). On ne note pas de différences entre les régions.

L'étude révèle donc que seulement 19,4% (n=50) n'en ont donc pas consommé (p<0,001). Cette enquête transversale ne permet toutefois pas de savoir si le soin thérapeutique et le traitement médicamenteux sont associés.

Ces résultats sont proches de ceux présentés dans l'étude de (Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007) chez les adhérents de la MGEN, effectuée en 2000, qui indiquait qu'au cours de la vie, 71% des personnes ayant suivi une psychothérapie avaient aussi consommé des psychotropes.

13. Déterminants sociodémographiques et cliniques de la consommation de médicaments *versus* de psychothérapie

Les déterminants individuels des recours aux psychothérapies (vs. absence de recours) ont été présentés précédemment à partir des données de l'*Enquête MGEN 2005*. Dans ce chapitre, sera dressé le profil sociodémographique et clinique des répondants de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* qui ont eu recours aux psychothérapies *versus* qui ont consommé des médicaments pour un problème de santé mentale.

a. Méthode

Les variables dépendantes

Les profils sociodémographiques et cliniques seront dressés pour ces deux modes de recours : (1) le fait d'avoir suivi une psychothérapie (en individuel avec un professionnel éligible au titre de psychologue) « au moins » (en ayant pu consommer des médicaments aussi) *versus* (2) le fait d'avoir consommé des médicaments pour un problème de santé mentale « seulement » (sans avoir eu recours à une psychothérapie).

Le recours aux psychothérapies a été étudié avec ou sans consommation de médicaments (« au moins ») au vu du fait que ce qui importe principalement est de connaître les facteurs facilitant le recours aux psychothérapies et facteurs d'évitement de cette forme de traitement, pour laquelle sera préféré le traitement pharmacologique. Par ailleurs le recours associé à un traitement médicamenteux est recommandé par les guides de bonne pratique cliniques pour les troubles modérés et sévères (HAS 2001 ; HAS 2002).

Pour la seconde population, la consommation de médicaments a été sélectionnée dans les deux sections du questionnaire : la section « diagnostic » (après les sections diagnostiques de l'EDM, du TAG, du trouble panique, de la phobie sociale, de la phobie spécifique, du TOC et de l'ESPT) et dans la section « consommation de services ».

Population

Les effectifs de ces deux populations sont les suivants : 331 observés pour le recours aux psychothérapies « au moins » et 2056 observés pour la consommation de médicaments seulement. L'effectif total est de 2387 individus (effectifs donnés pour le modèle de régression logistique incluant la variable « souffrir d'un EDM »).

Les variables indépendantes

Les variables indépendantes dans les analyses univariées ont été sélectionnées à partir de la littérature (Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007 ; Briffault, Sapinho, Villamaux et al. 2008 ; Briffault et Lamboy 2008 ; Olfson et Pincus 1994 ; Olfson et Kleman 1992 ; Wang, Patten, Williams et al. 2005).

Les variables sociodémographiques analysées dans les analyses univariées sont : le genre, l'âge (en 3 classes), niveau d'étude (en 2 classes), le statut matrimonial (en 3 classes), le fait de vivre seul ou en couple, le niveau de salaire (en 3 classes), la situation professionnelle dont le statut d'activité (en 4 classes), la PCS (en 5 classes), la région d'habitation (en 4 classes), l'urbanicité (en 3 classes).

Les variables cliniques sont les suivantes : présence d'un trouble de santé mentale au cours des 12 derniers mois : souffrir d'EDM, souffrir de troubles anxieux et leurs niveaux de retentissement en 4 classes : aucun trouble psychique, retentissement léger, modéré ou sévère, tels que définis par l'échelle de Sheehan).

A l'issue des analyses bivariées croisant ces variables indépendantes avec les variables dépendantes : (a) avoir eu recours à une psychothérapie en individuel avec un professionnel éligible au titre de psychothérapeute ; (b) avoir consommé des médicaments pour un problème de santé mentale, les variables dont le seuil de significativité était $p < 0,2$ ont été retenues pour les analyses de régressions logistiques multivariées et à condition que n'apparaissent pas de colinéarité entre les variables sociodémographiques (ce qui a été le cas pour les variables « vivre en couple » et le statut marital, $p = 0,913$).

A ce stade, les variables « vivre ou non en couple » et l'urbanicité (non significative dans l'analyse univariée) ont été exclues.

Les variables significatives ont été intégrées pas à pas dans les modèles de régression logistique, puis ont été retirées celles qui n'étaient significatives dans le modèle (à l'exception du genre). Ces variables en question sont le niveau de salaire et la situation professionnelle.

Concernant les variables cliniques, comme attendu, les seuils de colinéarité sont élevés entre elles. Il a été décidé de créer un modèle de régression incluant l'une de ces 3 variables. Ainsi, 3 modèles de régression logistique multivariée ont été créés, avec (1) le fait de souffrir d'un EDM ; (2) de souffrir de troubles anxieux ; (3) le niveau de retentissement (sans trouble ou sans retentissement, retentissement sévère, modéré, léger).

Afin de faciliter la lecture du tableau, les données pour les deux populations (recours aux psychothérapies et consommation de médicaments) sont présentées en miroir.

Seule l'intégralité de la régression logistique multivariée est présentée pour le modèle incluant le fait de souffrir d'un EDM. Pour les trois autres modèles, nous ne présentons que les odd

ratio (OR) correspondant aux variables cliniques en question (troubles anxieux et retentissement). Les effectifs finaux de chaque modèle sont présentés au niveau de chacun des OR.

Pour les populations qui sont les variables de référence de leurs classes respectives dans le modèle présenté dans le Tableau 11, nous présentons dans les résultats, leur OR issus d'analyses prenant comme référence une autre sous-population (ils sont marqués par une * dans le texte).

b. Résultats

Les variables sociodémographiques associées aux recours aux psychothérapies « au moins » versus à la consommation de médicaments « seulement » sont de vivre en Île-de-France (OR=2,0)*, d'être âgé en 18 et 39 ans (OR=1,7), d'avoir un niveau d'étude supérieur au Bac (OR=1,6)*, d'être célibataire (OR=1,7), ou d'être séparé, divorcé ou veuf (OR=1,9), d'être un cadre supérieur (OR=2,9)*.

Concernant les facteurs cliniques, les personnes souffrant d'EDM (OR=1,9), de troubles anxieux (OR=1,4), souffrant d'un retentissement modéré (OR=1,7) ou sévère (OR=1,8) sont plus enclines à suivre une psychothérapie « au moins ».

Les personnes qui vivent en Haute-Normandie (OR=2) ou en Lorraine (1,9), qui sont les âges moyens de la vie (40-59 ans) (OR=1,7)*, qui ont un niveau d'étude de Bac ou inférieur (OR=1,6), qui sont mariées ou pacsées (OR=1,9)*, qui sont des employés (OR=2,5) ou ouvriers (OR=3), ainsi que celles qui ne sont pas diagnostiquées pour un problème de santé mentale sont plus enclines à consommer des médicaments sans avoir recours aux psychothérapies.

Tableau 11 Déterminants sociodémographiques et cliniques du recours aux psychothérapies versus consommation de médicaments pour un problème de santé mentale
Régression logistique multivariée (n=2397)

		Psychothérapie "au moins"				Consommation médicaments seulement		
		OR	IC	95%	p	OR	IC	95%
Régions	Île-de-France							
	Haute Normandie	0,49	0,32	0,74	0,001	2,04	1,36	3,08
	Lorraine	0,53	0,35	0,80	0,003	1,88	1,25	2,82
	Rhône-Alpes	0,86	0,60	1,23	0,413	1,16	0,81	1,66
Genre	Homme							
	Femme	1,09	0,78	1,52	0,617	0,92	0,66	1,28
Age	40/59 ans							
	18/39 ans	1,66	1,22	2,25	0,001	0,60	0,45	0,82
	60 ans et plus	0,98	0,37	2,57	0,969	1,02	0,39	2,67
Diplôme	Supérieur au Bac							
	Bac et inférieur	0,63	0,45	0,88	0,007	1,58	1,13	2,21
Statut marital	Marié, pacsé							
	Célibataire	1,68	1,18	2,41	0,004	0,59	0,42	0,85
	Divorcé, veuf, séparé	1,87	1,32	2,65	<0,001	0,54	0,38	0,76
PCS	Cadre supérieur							
	Agriculteur, artisan, chef entreprise	0,64	0,24	1,71	0,369	1,57	0,59	4,22
	Profession intermédiaire	0,92	0,64	1,33	0,671	1,08	0,75	1,56
	Employé	0,41	0,26	0,64	<0,001	2,44	1,57	3,80
	Ouvrier	0,34	0,19	0,62	<0,001	2,95	1,62	5,34
EDM	Non							
N=2387	Oui	1,90	1,42	2,55	<0,001	0,53	0,39	0,70

		Psychothérapie "au moins"				Consommation médicaments seulement		
		OR	IC	95%	p	OR	IC	95%
Troubles anxieux	Non							
n=2319	Oui	1,41	1,06	1,89	0,019	0,71	0,53	0,94

		Psychothérapie "au moins"				Consommation médicaments seulement		
		OR	IC	95%	p	OR	IC	95%
Retentissement	Sans troubles psy							
n=2395	Sévère	1,78	1,18	2,71	0,006	0,56	0,37	0,85
	Modéré	1,65	1,16	2,36	0,006	0,61	0,42	0,86
	Léger	0,77	0,51	1,17	0,225	1,29	0,85	1,96

c. Comparaison nationale et internationale des facteurs associés aux recours aux psychothérapies

Les résultats issus des deux enquêtes analysées (*Enquête Santé MGEN 2005* et *Enquête Indicateurs 4 régions 2005*) montrent des déterminants sociodémographiques et cliniques associés au recours aux psychothérapies similaires, que celui-ci soit comparé à une absence de recours aux psychothérapies ou à un traitement médicamenteux. Ces déterminants sont analogues à ceux présentés dans les études françaises : l'*Enquête Santé MGEN 1999*

(Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007 ; Briffault, Sapinho, Villamaux et al. 2008) et le *Baromètre Santé INPES 2005* (Briffault et Lamboy 2008) ainsi qu'à ceux des deux volets (1987 et 1997) de l'étude américaine *National Medical Expenditure Survey* (Olfson et Pincus 1994 ; Olfson, Marcus, Druss et al. 2002).

L'ensemble de ces études révèle ainsi que les psychothérapies sont plus souvent suivies par les femmes, les personnes célibataires ou divorcées, celles ayant une PCS ou un niveau d'études supérieures, par les plus jeunes ou dans les âges moyens de la vie et par celles résidant dans une grande ville ou une région où l'offre de professionnels de santé mentale est élevée. Elles sont aussi plus suivies par les personnes souffrant de troubles de santé mentale et plus spécifiquement par celles ayant un niveau élevé de sévérité ou de comorbidité des troubles psychiques, ainsi que par ceux consommant des psychotropes. Les études américaines précisent qu'elles sont aussi suivies par les personnes ayant une santé somatique dégradée (ce que les études françaises n'ont pas pu évaluer), ainsi que par les personnes sans emploi (ce que les données françaises n'ont pas révélé).

14. Les coûts des psychothérapies

a. Modèle conceptuel du coût des psychothérapies

Les coûts des séances et par conséquent des psychothérapies varient selon les modalités de suivi de celles-ci (Figure 15). Plus précisément, les différents coûts, pour le régime obligatoire (RO), le régime complémentaire (RC) de santé et le reste à charge de l'utilisateur, varient selon :

(1) Le professionnel consulté :

Dans le cas où la psychothérapie est effectuée avec un psychiatre, les coûts vont dépendre de son secteur de conventionnement (secteur 1 ou 2, et si le médecin n'est pas conventionné –moins de 1% des médecins libéraux ne sont pas conventionnés (IRDES 2010). Précisons que ces séances remboursées le sont en tant que consultations médicales et non sous la codification de "psychothérapie".

Dans la pratique privée, les professionnels non médecins : psychologues, psychanalystes et les autres praticiens « ninini » pratiquent des honoraires libres et ne sont pas remboursés par les régimes de santé (à l'exception de rares mutuelles ou assurances privées pour des séances avec un psychologue).

(2) Le lieu de consultation :

Les séances de psychothérapie, codifiées comme telles, sont seulement remboursées par le régime d'assurance maladie lorsqu'elles sont suivies en établissement public (hôpitaux, CMP).

(3) Le type de méthode suivie (TCC ou PI brèves ou longues) aura surtout une incidence sur le nombre de séances suivies et donc sur le coût de la psychothérapie.

(4) Le nombre et la fréquence des séances vont modifier l'intensité et ainsi le coût de la psychothérapie.

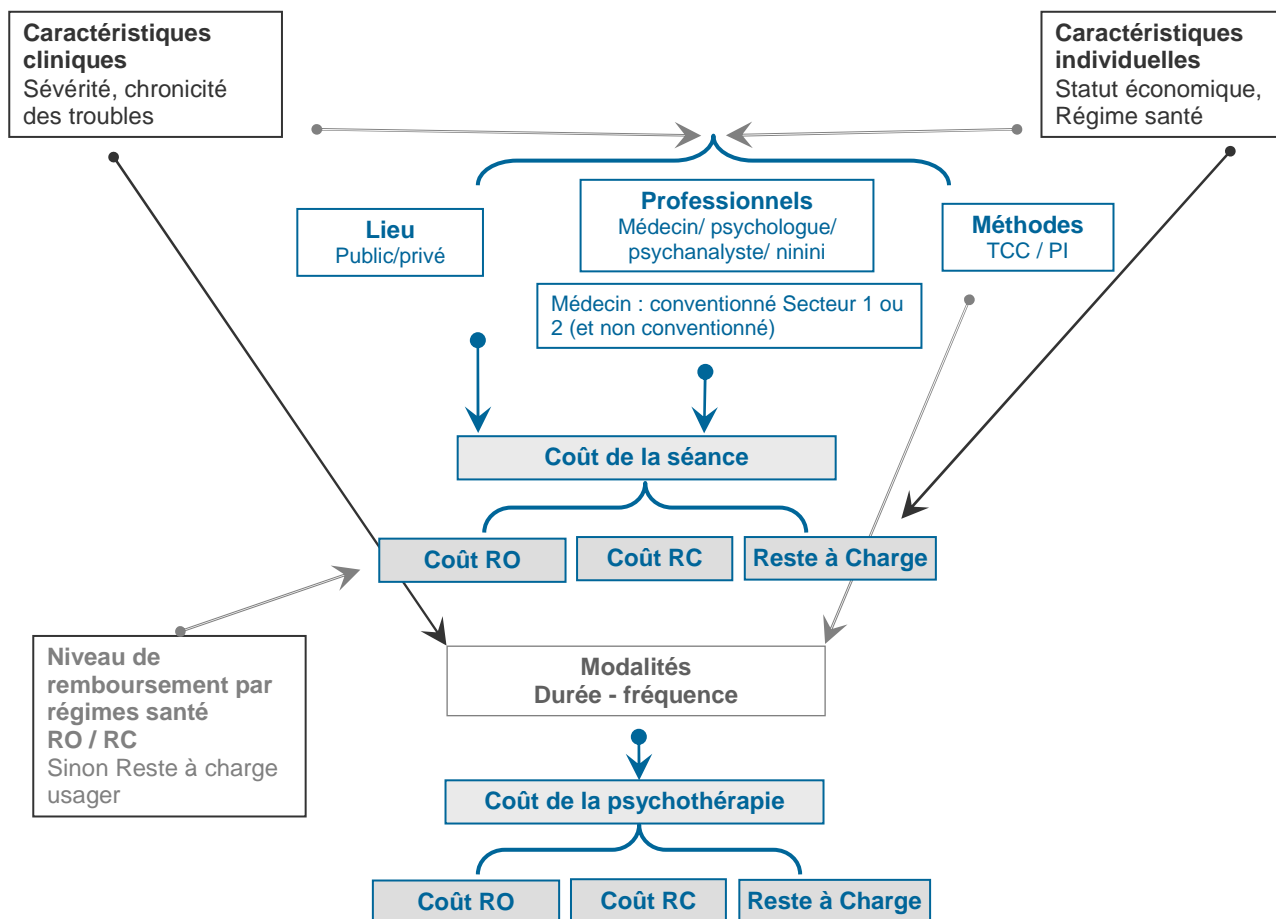
(5) Le choix de ces différentes modalités (professionnel, lieu, méthode, intensité de la psychothérapie) est lié aux caractéristiques individuelles du thérapeute (PCS, statut économique) et au fait qu'il bénéficie ou non d'une assurance complémentaire.

(6) Le choix quant à ces modalités est aussi lié aux caractéristiques cliniques de l'utilisateur. Le type de trouble, son niveau de chronicité et de sévérité influencera l'intensité de la psychothérapie, ainsi que le type de professionnel consulté (par ex. recours à un psychiatre pour le traitement pharmacologique associé au traitement psychothérapeutique), et de la méthode employée (par ex. selon les recommandations de bonne pratique clinique, un recours aux TCC est préconisé pour les TOC, et un recours aux PI pour les dépressions sévères).

L'ensemble de ces modalités de suivi aura au final une forte incidence sur le coût de la psychothérapie.

(7) Le coût final de la psychothérapie se décompose en deux à trois niveaux de coûts, à condition que le ou les régimes de santé prennent en charge les traitements psychothérapeutiques : (a) le coût pour le régime de santé obligatoire ; (b) le coût pour le régime complémentaire, si l'utilisateur est adhérent à une assurance ou mutuelle santé et (c) le coût qui restera à la charge de l'utilisateur.

Figure 15 Modèle conceptuel du coût des psychothérapies



b. Méthode : intensité et coût de la psychothérapie

Afin de pouvoir estimer le coût de la psychothérapie suivie par les répondants de l'*Enquête MGEN 2005*, il est nécessaire de calculer au préalable l'intensité de la psychothérapie.

Le questionnaire ne comprenant pas de question sur le nombre de séances suivies, nous avons construit une variable « intensité de la psychothérapie » en multipliant la fréquence des séances par la durée de la psychothérapie, en ayant transformé au préalable en variables numériques ces variables qui étaient en classe.

Par exemple, une fréquence déclarée d'une séance par mois durant entre 3 et 6 mois a été recodée comme une intensité de la psychothérapie de 4,5 séances. La catégorie « fréquence sur demande » n'a pas été prise en compte dans la construction de la variable d'intensité de la psychothérapie (n=125).

Les populations étudiées

Plusieurs filtres ont été appliqués afin d'analyser l'intensité de la psychothérapie, le coût de la séance et de la psychothérapie et afin de donner plus de robustesse à l'analyse de l'échantillon analysé. Restreindre la population présente l'inconvénient de prendre en effectif, mais a l'avantage de pouvoir mieux définir les pratiques et donc connaître la population étudiée. Les filtres sont les suivants :

- Psychothérapie suivie en individuel seulement
 - o Ce filtre permet d'écarter les psychothérapies suivies en groupe qui impliquent des coûts qui ne peuvent être comparés à ceux des thérapies effectuées en individuel.
- Première psychothérapie suivie après l'âge de 14 ans (25 personnes ont suivi leur psychothérapie pendant l'enfance)
 - o Ce filtre permet d'écarter les psychothérapies suivies seulement pendant l'enfance.
- Psychothérapie suivie avec un professionnel éligible au titre de psychologue, qui sont les psychiatres, les médecins non psychiatre, les psychologues ou les psychanalystes.
- Ne pas avoir suivi plusieurs psychothérapies simultanément (38 répondants ont déclaré avoir suivi au moins deux psychothérapies en même temps)
 - o Ce filtre permet d'éviter d'amalgamer plusieurs types de psychothérapie et de professionnels impliqués et donc de coûts potentiellement différents.
- Avoir terminé sa psychothérapie (370 enquêtés ont déclaré que leur psychothérapie était en cours)

- Ce filtre est seulement appliqué pour l'analyse de l'intensité et du coût de la psychothérapie. L'analyse des coûts de la séance intégrera aussi les psychothérapies qui sont en cours. On considère une 'psychothérapie' comme telle lorsque celle-ci est estimée comme terminée par le répondant, autrement celle-ci pourrait être tronquée, ce qui aurait une incidence sur l'intensité et donc sur le coût total de la psychothérapie.

- Avoir commencé sa première psychothérapie à partir de 1990 et jusqu'à 2006

Bien que nous disposions de données sur les psychothérapies sur plus d'un demi-siècle (la plus ancienne a été suivie en 1947), avec 59 enquêtés ayant déclaré un coût pour des psychothérapies suivies avant les années 1980 et 124 pour des psychothérapies faites pendant les années 1980, nous avons choisi d'effectuer une analyse sur des coûts plus récents, en analysant ceux des psychothérapies suivies entre 1990 et 2006.

Cinq raisons ont motivées le choix de débiter l'estimation des coûts à 1990 : (a) Tout d'abord en raison de l'inconsistance des données pour les psychothérapies effectuées avant cette période, pour lesquelles les modalités de suivi et les coûts se sont révélés très hétérogènes. (b) Par la question de la validité des prix déclarés pour des séances suivies au moins vingt ans auparavant (comment interpréter un coût pour l'année 1947 ?). L'inclusion des données a débuté pour l'année 1990, afin de limiter, autant que possible, (c) les biais de mémoire et (d) le problème des déclarations supposées en euro constant ou converties en euro courant. (e) Enfin, le niveau d'inflation ayant baissé au début des années 1990 (France Inflation 2011), l'écart entre les déclarations en euros courants et constants engendrerait une incidence moindre sur l'estimation des coûts.

Analyses des coûts pour les périodes 1990-2006 et 2000-2006

Méthodologiquement, il aurait été plus pertinent de s'approcher au plus près de l'année de recueil des données (janvier 2005 à décembre 2006), mais il s'est avéré que les effectifs étaient trop faibles pour pouvoir être analysés, en particulier pour les analyses par professionnel. Le faible effectif, pour la période 2000-2006 (n=168), est en partie du au fait que la plupart des psychothérapies étaient encore en cours.

La principale limite au fait d'intégrer les données de l'époque 1990-2000 à celle de 2000-2006 concerne l'intensité de la psychothérapie qui décroît au fil des années. Afin de réduire cet écart pouvant avoir un impact sur le coût total de la psychothérapie, une analyse intégrant les données sur les coûts et l'intensité de la psychothérapie, pour chaque période, sera effectuée aussi séparément.

Enfin, l'intégration des données 1990-1999 à celles de 2000-2006 présente l'avantage de bénéficier d'un effectif plus important, sans que l'intégration de la période moins récente ne se

répercute sur l'analyse du coût des séances. En effet, les analyses préliminaires ont montré, sinon une absence (pour les séances avec un psychiatre), un faible écart entre les coûts déclarés entre 1990-2000 et 2000-2006.

Au fil de l'étude de l'intensité, des coûts des séances et des psychothérapies, seront présentées, en fonction des limites sus-décrites, l'analyse pour la période 1990-2006 et/ou pour les deux périodes (1990-1999 ; 2000-2006).

Coûts en euros courants ou constants

Une analyse préliminaire a comparé les coûts des consultations auprès d'un psychiatre, donnés en euros courants et constants par (Mizrahi et Mizrahi 1994) avec les données de l'*Enquête MGEN 2005* sur le coût d'une séance de psychothérapie avec un psychiatre. La comparaison a été effectuée sur trois périodes.

**Tableau 12 Comparaison par période entre les coûts des séances suivies avec un psychiatre
Données issues de la littérature et les données MGEN 2005, en euro**

Données <i>Enquête Santé MGEN 2005</i>			D'après (Mizrahi et Mizrahi 1994)	
	M	Sd	N	
1965 à 1974	53,47	21,04	15	1970 7,47
1975 à 1984	41,35	3,61	36	1980 16,46
1985 à 1994	40,57	1,64	144	1991 36,89

Au regard de cette comparaison, il s'avère que les coûts déclarés par les répondants de l'*Enquête MGEN 2005* ne peuvent être donnés en euros courants (valeur qui prend en compte l'inflation). En effet, à titre d'exemple, en 1970, alors qu'une consultation avec un psychiatre (ou neuropsychiatre) s'élevait à 48,70 francs (l'équivalent de 7,50€), les répondants de l'*Enquête MGEN 2005* déclarent, pour la période 1965-1974, la somme de 53,50€ pour une séance de psychothérapie avec un psychiatre.

L'écart entre les données observées et la littérature est nettement plus faible pour la période des années 1990 (36,90€ dans la littérature vs. 40,60€ dans notre échantillon) et peut être attribué à la différence de traitement (consultation psychiatrique vs. séance de psychothérapie). Au vu de ces données, on peut émettre l'hypothèse que les répondants de l'*Enquête MGEN 2005* ont déclaré les coûts qu'ils pensaient être l'équivalent du coût actuel (en convertissant la valeur de l'époque à celle de 2005). Précisons que dans l'*Enquête MGEN 2005*, les questions sur le coût ont été posées en euro.

Le coût déclaré selon la PCS

La population de l'*Enquête MGEN 2005* étant spécifique, nous avons interrogé les niveaux d'intensité et de coûts selon la PCS (profession et catégorie socioprofessionnelle) des répondants, pour l'ensemble des professionnels consultés et par professionnel (comparaison des moyennes deux à deux) et pour chaque époque du suivi. Cette variable PCS a été créée en trois classes, en isolant les enseignants jusqu'au second degré et les professionnels de soutien dans l'éducation nationale : (a) profession libérale, cadre, professeur en université, chercheur, écrivain, journaliste, artiste (n=1945) ; (b) professeur de collège, lycée, primaire, enseignement spécifique, professionnel de soutien dans l'éducation (documentaliste, conseiller principal d'éducation, inspecteur) (n=8605) ; (c) profession intermédiaire, employé, ouvrier (n=772).

i. Intensité de la psychothérapie, selon le professionnel consulté

La population qui a débuté une psychothérapie pendant la période 1990 à 2006, a fait en moyenne 64 séances (n=462 ; sd=4,6). La population ayant entrepris sa psychothérapie à partir de 1995, a suivi 50 séances en moyenne (n=332; sd=4,2) (Tableau 13).

Les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les différentes PCS. Pour illustrer ce résultat : la catégorie professionnelle des employés (hors enseignement) et ouvriers font 56 séances en moyenne (sd=23 ; n=21), les professions intellectuelles supérieures font 77 séances sd=14 ; n=72) et les professions liées à l'enseignement (hors universitaire) font 62 séances (sd=5 ; n=324) ; (p=0,519).

Les personnes ayant commencé leur psychothérapie à partir de 2000 ont fait en moyenne 37 séances (n=166; sd=4,2).

Les psychothérapies (période 1990 à 2006) suivies avec un psychanalyste sont particulièrement intenses, avec le suivi de 166 séances en moyenne (n=26 ; sd=40). Les thérapies faites avec un médecin, qu'il soit psychiatre ou non, ont nécessité le suivi de 57 séances en moyenne (avec un psychiatre : n=343 ; sd=5 ; avec un médecin non psychiatre : n=17 ; sd=15). En moyenne, 64 séances ont été suivies avec un psychologue (n=76 ; sd=10) (Tableau 14).

On remarque que le nombre de séances suivies diminue au fur et à mesure des années. Pour la période 2000 à 2006, les répondants ont fait en moyenne 30 séances avec un psychiatre (n=120) et 45 séances avec un psychologue (n=36) (Tableau 15).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette diminution au cours des quinze dernières années, telle que la conjoncture économique, mais aussi l'évolution de la conception de la psychothérapie, qui semble moins se concevoir dans une approche analytique de longue durée et qui s'ouvre à celle des TCC, plus brèves basées sur des résolutions de problèmes ciblés.

Tableau 13 Intensité de la psychothérapie selon l'époque

	N	Moyenne	Sd	IC	95%
Entre 1990/2006	462	64,4	4,6	55,3	73,5
Entre 1995/2006	332	50,2	4,2	42,0	58,5
Entre 2000/2006	166	37,2	4,2	29,0	45,4

**Tableau 14 Intensité de la psychothérapie par professionnel pour la période 1990/2006
N=462 ; p<0,001**

	N	Moyenne	Sd	IC	95%
Ensemble des 4 professionnels	462	64,4	4,6	55,3	73,5
Psychiatre	343	57,3	4,8	47,8	66,7
Médecin non psychiatre	17	57,5	15,1	27,8	87,1
Psychologue	76	64,4	9,6	45,5	83,3
Psychanalyste	26	166,3	39,8	88,3	244,4

**Tableau 15 Intensité de la psychothérapie par professionnel pour la période 2000/2006
N=166 ; p<0,001**

	N	Moyenne	Sd	IC	95%
Ensemble des 4 professionnels	166	37,2	4,2	29,0	45,4
Psychiatre	120	30,4	3,0	24,5	36,2
Médecin non psychiatre	3	47,3	30,4	12,3	106,8
Psychologue	36	45,0	8,2	28,9	61,1
Psychanalyste	7	113,4	71,5	26,7	253,5

ii. Intensité des psychothérapies et troubles de santé mentale

Les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants, au cours des 12 mois précédant l'enquête, ont suivi des psychothérapies particulièrement intenses avec un psychiatre (63 séances, sd=18, n=33). Les psychothérapies effectuées avec un psychologue semblent moins intenses (16 séances ; sd=4, n=8), toutefois cet effectif est trop faible pour pouvoir tirer des conclusions.

iii. Intensité de la psychothérapie et évolution dans le temps, selon la méthode

Les données révèlent, d'une part que les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (ou psychanalyse) sont fortement plus intenses que les TCC.

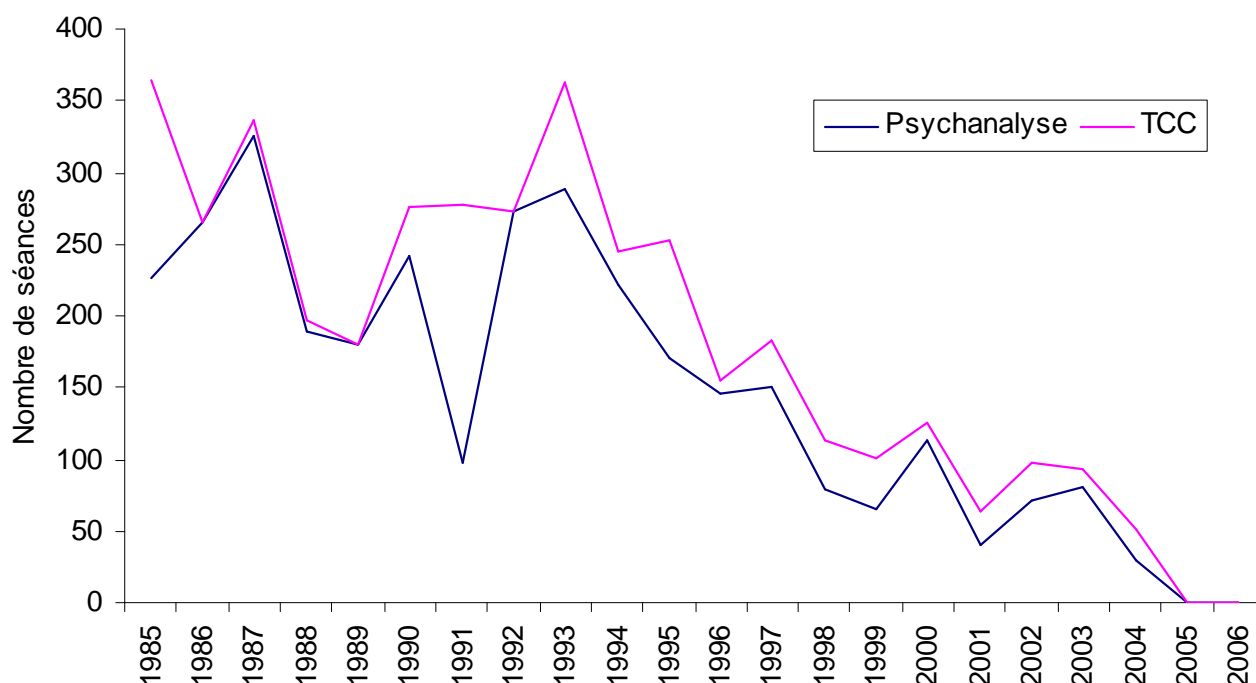
Pour la période 1990-2006, une psychanalyse compte en moyenne 151 séances (n=82), alors qu'une TCC s'effectue en 34 séances (n=29) (p<0,001) (Tableau 16).

Malgré des effectifs faibles, on remarque que l'intensité de la psychothérapie, quelque soit la méthode, a nettement décru à partir des années 1995. Passant de près de 200 séances de psychanalyse dans les années 1985-1990 à 71 séances dans les années 2000 (Figure 16).

**Tableau 16 Intensité de la psychothérapie selon la méthode suivie
Pour les périodes 1990/2006 et 2000/2006**

Période 1990 / 2006		N	Moyenne	Sd	IC	95%
Ensemble des 2 méthodes		111				
p<0,001						
Psychanalyse		82	151	19	114	188
TCC		29	34	8	19	49
Période 2000 / 2006		N	Moyenne	Sd	IC	95%
Ensemble des 2 méthodes		31				
P=0,159						
Psychanalyse		22	71	22	28	115
TCC		9	17	3	12	22

**Figure 16 Évolution de l'intensité de la psychothérapie selon la méthode
Entre 1985 et 2006, en nombre de séances
N=159 (psychanalyse n=123 ; TCC n=36)**



iv. Limites concernant le calcul de l'intensité de la psychothérapie

D'une part, l'intensité de la psychothérapie a été évaluée à partir d'une variable numérique qui a été construite avec, comme base, des variables catégorielles évaluant la fréquence des séances et la durée de la psychothérapie.

D'autre part, la période de congés du praticien ou du thérapeute, ainsi que les séances manquées n'ont pas été incluses dans le calcul de l'intensité du suivi psychothérapeutique. Une estimation similaire de de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. (2007) a été de 20% de séances théoriquement suivies, au calcul de l'intensité du suivi, correspondant aux séances manquées et aux vacances.

v. Comparaison avec les données issues de l'enquête en population générale

Méthode

La fréquence des séances et la durée de la psychothérapie ont aussi été questionnées dans l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*. Les variables étant aussi disposées en classe, nous avons procédé à la même méthode de transformation des valeurs catégorielles en valeurs continues, que pour l'analyse des données MGEN.

La principale limite concerne les psychothérapies qui ont durée au moins un an, et pour lesquelles nous ne pouvons pas connaître exactement le nombre de séances suivies.

Nous présentons également le recours aux psychothérapies en individuel, au cours de la vie, afin de limiter la proportion de psychothérapies qui seraient encore en cours.

Résultats

En comparaison avec les données de l'*Enquête MGEN 2005*, l'intensité du suivi psychothérapeutique, en population générale, se distribue différemment. Cette différence peut provenir du fait que nous ne disposons pas d'informations pour savoir si la psychothérapie est en cours ou bien terminée.

Parmi les répondants ayant suivi une psychothérapie en individuel au cours de la vie (n=1644), près de 7 répondants sur 10 (67,2%) ont suivi seulement quatre séances et 32,8% ont suivi 36 séances. Les enquêtés ont suivi, en moyenne **14,5 séances** (n=1644, sd=0,42).

Le nombre de séances suivi au cours de la vie, hors psychothérapies faites au cours des 12 derniers mois (dont le nombre peut être un proxy des psychothérapies terminées), s'élève à **13 séances** (n=1193, sd=0,47). L'intensité de la psychothérapie ne diffère significativement pas selon le professionnel consulté (p=0,451).

Parmi les personnes souffrant de troubles de santé mentale

L'analyse effectuée parmi les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants, révèle une intensité de suivi similaire, de **16 séances** en moyenne (sd=0,61, n=842). Cette moyenne ne diffère pas lorsque le suivi est analysé au cours de la vie ou au cours de l'année passée.

Dans cette analyse, l'intérêt doit aussi se porter sur la façon dont se distribue l'intensité du suivi. Près de 66% de cette population a suivi moins de 11 séances, 3% entre 11 et 35 séances et 31% a fait une psychothérapie intense (36 séances au moins), au cours de la vie (n=842) et respectivement 54%, 2% et 44% au cours de l'année passée (n=297).

Enfin, l'hypothèse selon laquelle les personnes souffrant des troubles les plus sévères suivraient les psychothérapies les plus intenses n'a pas été confirmée. En effet la répartition du suivi de thérapies très brèves ou très intenses chez les personnes atteints de troubles

modérés ou sévères se divise équitablement (+/- 8% selon la symptomatologie) et quelque soit le professionnel consulté.

c. Coût de la séance

i. Méthode

Population

La population étudiée dans l'analyse des coûts possède les critères suivants : avoir fait et terminée une psychothérapie qui aura été suivie en individuel seulement, auprès d'un professionnel éligible à la pratique de la psychothérapie, qui a été commencée après l'âge de 14 ans, sans avoir suivi plusieurs psychothérapies simultanément. Les analyses ont été réalisées pour les psychothérapies suivies pendant les périodes 1990-2006 et 2000-2006.

Gratuité de la séance

Le calcul du coût total de la séance n'intègre pas la gratuité déclarée de la séance qui a été signifiée par 23 répondants. Parmi eux, 22 personnes ont suivi cette psychothérapie dans un établissement public, dont 14 dans un CMP et une personne « dans un autre lieu ».

La moyenne des coûts de la séance restant à la charge du répondant sera présentée à la fois (a) en incluant l'absence de frais occasionnés et (b) sans inclure l'absence de reste à charge afin de calculer le coût de revient d'une psychothérapie parmi les personnes qui ont payé un reste à charge.

ii. Coût total de la séance

Selon le professionnel consulté

En moyenne, le coût total d'une séance avec un **psychiatre s'élève à 40,70€** (n=346 ; sd=1), avec un médecin non psychiatre : 35,30€ (n=11 ; sd=3,2), avec un **psychologue : 38,30€** (n=79 ; sd=1,4), avec un psychanalyste : 33,70€ (n=39 ; sd=1,8) (p=0,089) (période 1990-2006) (Tableau 17).

Les résultats montrent peu d'écart avec les coûts déclarés pour la période de suivi 2000 à 2006.

On remarque que le coût d'une séance avec un psychiatre équivaut au coût d'une séance avec un psychiatre conventionné de secteur 1. On note aussi que le coût d'une séance avec un psychiatre est très proche du coût d'une séance avec un psychologue.

Tableau 17 Coût total déclaré de la séance de psychothérapie, selon le professionnel consulté

	1990 à 2006					2000 à 2006				
	N	M	sd	IC	95%	N	M	sd	IC	95%
Psychiatre	346	40,68	1,02	38,69	42,68	150	40,67	1,07	38,57	42,76
Médecin non psychiatre	11	35,31	3,21	29,01	41,60	4	42,58	3,39	35,95	49,22
Psychologue	79	38,33	1,43	35,53	41,13	54	40,32	1,75	36,88	43,75
Psychanalyste	39	33,72	1,75	30,29	37,15	17	31,80	2,28	27,32	36,28
	475			p=0,089		225			p=0,043	

Selon la PCS

On ne note pas de différences significatives du coût total de la séance entre les PCS, quelque soit le professionnel consulté (à noter que les données sur le coût de la séance de psychothérapie faite avec un psychanalyste, comptent seulement un enquêté appartenant à la PCS « employé-ouvrier »).

Selon la méthode

Les données ne révèlent pas de différences significatives entre le coût d'une séance de psychanalyse et de TCC.

Tableau 18 Coût total déclaré de la séance de psychothérapie, selon la méthode

	1990 à 2006					2000 à 2006				
	N	M	sd	IC	95%	N	M	sd	IC	95%
Psychanalyse	108	38,7	1,5	35,8	41,7	44	38,8	2,5	33,8	43,8
TCC	27	47,6	9,0	30,1	65,2	12	43,4	4,5	34,4	52,3
				p=0,159					p=0,728	

Comparaison avec les données disponibles

Les résultats sont cohérents avec les rares données dont disposons pour la France, le sondage BVA (n=418) révélait que 26% des sondés en 2000 avaient payé moins de 30€ pour une séance de psychothérapie et 47% avaient payé entre 30€ et 45€ (BVA 2001).

iii. Coût reste à charge de la séance

Selon le professionnel consulté

Les coûts restant à la charge du répondant (période 1990-2006) s'élèvent en moyenne avec un **psychiatre à 10,80€** (dont absence de frais) (n=287 ; sd=1,4) et à **22,20€ parmi ceux qui payent un reste à charge** (n=136 ; sd=2,5).

Ces résultats sont cohérents avec le taux de psychiatres exerçant en secteur 1 sans dépassement d'honoraire, qui a été évalué, par l'ONDPS (2010) à 71% d'entre eux (contre 28% pour ceux exerçant en secteur 1 avec dépassement d'honoraires ou en secteur 2), cela

malgré le fait que les données de l'ONDPS ne puissent renseigner sur le fait que le psychiatre effectue ou non des psychothérapies.

Avec un **psychologue**, le montant s'élève à **28,50€** (n=81 ; sd=2,4) et à **36,90€** parmi ceux qui payent un reste à charge (n=663 ; sd=2). Les données sont cohérentes avec la politique d'absence de remboursement des consultations avec un psychologue, hors du secteur public.

Avec un psychanalyste, il s'élève à 31,60€ (n=33 ; sd=31,6), chacun des 33 répondants a payé l'intégralité du reste à charge.

Enfin, le reste à charge avec un médecin non psychiatre est de 16,20€ (n=10 ; sd=5,5) et de 15€ parmi ceux qui en payent un (n=23€) ($p < 0,001$) (Tableau 19).

Selon la période

Les coûts pour la période du suivi psychothérapeutique 2000/2006 (pour laquelle les effectifs sont deux fois moindres : n=191 pour l'ensemble des professionnels), sont proches de ceux donnés pour la période 1990-2006 (Tableau 20).

On note toutefois que le coût reste à charge pour une séance avec un psychologue est sensiblement plus élevé en faveur de la période la plus récente.

**Tableau 19 Coûts reste à charge de la séance selon le professionnel consulté
Période 1990-2006**

	N	M	Sd	IC	95%	F test
Dont gratuité	411					<0,001
Psychiatre	287	10,75	1,40	8,01	13,49	
Médecin non psychiatre	10	16,15	5,53	5,30	26,99	
Psychologue	81	28,52	2,43	23,76	33,27	
Psychanalyste	33	31,55	1,99	27,64	35,46	
Parmi ceux qui payent	239					0,002
Psychiatre	136	22,17	2,53	17,20	27,14	
Médecin non psychiatre	7	23,05	6,51	10,30	35,81	
Psychologue	63	36,92	1,99	33,01	40,83	
Psychanalyste	33	31,55	1,99	27,64	35,46	

**Tableau 20 Coûts reste à charge de la séance selon le professionnel consulté
Période 2000-2006**

	N	M	Sd	IC	95%	F test
Dont gratuité	191					<0,001
Psychiatre	123	8,66	1,55	5,63	11,70	
Médecin non psychiatre	4	15,02	7,55	0,22	29,82	
Psychologue	50	33,16	3,13	27,01	39,30	
Psychanalyste	14	28,18	2,57	23,14	33,22	
Parmi ceux qui payent	117					<0,001
Psychiatre	56	19,41	2,88	13,77	25,05	
Médecin non psychiatre	4	15,02	7,55	0,22	29,82	
Psychologue	43	39,44	2,55	34,45	44,43	
Psychanalyste	14	28,18	2,57	23,14	33,22	

Selon la PCS

La comparaison deux à deux de la moyenne selon la catégorie de PCS montre que la catégorie cadre-universitaire a, globalement, un reste à charge plus élevé que les professions de l'enseignement secondaire et primaire (23,70€ sd=2,7 vs. 17,30€ sd=1,4).

d. Coût de la psychothérapie

i. Méthode

Pour évaluer le coût des psychothérapies, les deux méthodes suivantes ont été envisagées :

(1) Les coûts déclarés sont analysés tels qu'observés

C'est à dire que chaque coût de la séance est lié à l'intensité de la psychothérapie faite par le même individu. Cette méthode a l'avantage de permettre d'effectuer des comparaisons statistiques entre différentes populations. Par contre, l'inconvénient réside dans une perte d'effectif, car il est nécessaire que l'enquêté ait répondu au coût de la séance, à leur fréquence ainsi qu'à la durée de la psychothérapie.

A la fois l'intensité et le coût des séances seront donc sensiblement différents de ceux présentés indépendamment dans les analyses précédentes. Par ailleurs les personnes ayant répondu au coût total de la séance ont eu tendance à faire des psychothérapies plus intenses. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles ont été plus impliquées, on peut aussi émettre l'hypothèse qu'on se souvient mieux d'un coût lorsque celui est élevé.

(2) La seconde méthode est un calcul des coûts estimés-corrigés

Il s'agit d'appliquer une stratégie d'imputation de données manquantes sur base d'estimation corrigée du coût : en multipliant, pour le recours à chaque professionnel, l'intensité moyenne déclarée de la psychothérapie sur une période (1990-2006 et 1995-2006)

–donc que ces individus aient ou non répondu aussi au coût–, au coût moyen déclaré pour ce professionnel sur plusieurs périodes dont entre 2000 et 2006 –donc que ces individus aient ou non répondu à l'intensité de la psychothérapie.

Cette méthode utilise deux populations assez proches nous permettant de bénéficier des qualités de chacune, car elle permet de gagner en effectif par le fait de ne pas avoir un échantillon contraint aux taux de réponses sur l'intensité et sur le coût de la séance. Par contre, elle a l'inconvénient majeur de ne pas pouvoir mesurer significativement les effets intra et inter-groupes.

Nous avons effectué une première analyse pour la période 1990-2006 et une seconde pour la période la plus récente : entre 2000-2006. Pour cette dernière, nous avons donc multiplié le coût moyen de la séance faite entre 2000 et 2006 (parmi ceux ayant ou non répondu aux variables construisant l'intensité) par l'intensité moyenne de la séance (parmi ceux ayant ou non répondu au coût de la séance).

ii. Coût total de la psychothérapie, méthode d'analyse des coûts observés

Selon le professionnel consulté

Le coût total moyen d'une psychothérapie suivie par les répondants de l'enquête depuis 1990, s'élève à **2461€ avec un psychiatre** (sd=280), à **2521€ avec un psychologue** (sd=436), à 2433€ (sd=1151) avec un médecin non psychiatre, et à 7230€ avec un psychanalyste (sd=2163), $p < 0,001$ (Tableau 21).

**Tableau 21 Coût total de la psychothérapie, méthode « observée »
Selon le professionnel consulté, entre 1990 à 2006**

Époque 1990/2006	Coût de la psychothérapie						Parmi les répondants au coût de la séance				Parmi les répondants à l'intensité de la psychothérapie			
	N	F test	M	Sd	IC	95%	Nb séances				Coût de la séance			
	241	<0,001					M	Sd	IC	95%	M	Sd	IC	95%
Psychiatre	171		2461	280	1913	3010	66	7	52	81	39,29	1,8	35,7	42,9
Médecin non psychiatre	6		2433	1151	177	4690	76	38	2	150	33,97	5,4	23,4	44,5
Psychologue	48		2521	436	1667	3375	73	14	46	100	36,58	1,5	33,7	39,5
Psychanalyste	16		7230	2163	2991	11469	197	53	92	301	35,83	3,1	29,8	41,8

Selon la PCS

L'analyse par PCS du thérapeute ne révèle pas de différences significatives quant au montant total de la psychothérapie, quelque soit le professionnel impliqué.

Parmi les 16 personnes qui ont fait une psychanalyse et pour lesquelles nous disposons de données sur l'intensité et le coût, aucun d'entre eux n'est employé ou ouvrier.

iii. Coût total de la psychothérapie, méthode d'analyse des coûts estimés-corrigés

Selon le professionnel consulté

L'analyse estimée pour la période 1990-2006, évalue le coût moyen d'une psychothérapie avec un **psychiatre à 2330€**, avec un **psychologue à 2469€**, avec un autre médecin à 2030€, et avec un psychanalyste à 5609€ (Tableau 22).

A l'exception du coût avec un psychanalyste, les données sont proches de la méthode observée.

Selon la période

L'analyse estimée pour la période 2000-2006, révèle des coûts nettement plus bas : deux fois moindres pour les psychothérapies suivies avec un psychiatre, un quart moindre pour celles faites avec un psychologue et un tiers moindre avec un psychanalyste ($p < 0,001$).

Plus précisément, le coût moyen d'une psychothérapie avec un psychiatre s'élève à 1235€, avec un psychologue à 1813€, et avec un psychanalyste à 3605€ (l'effectif reste faible). Les effectifs sont trop faibles pour estimer le coût moyen d'une psychothérapie effectuée avec médecin non psychiatre.

Tableau 22 Coût total de la psychothérapie, méthode « estimée-corrigée »
Selon le professionnel consulté, entre 1990 à 2006 et entre 2000 et 2006

	Coût psychothérapie	Coût de la séance*					Nombre de séances**				
	M	M	Sd	IC	95%	N	M	Sd	IC	95%	N
Coût de la séance et intensité de la psychothérapie, période : 1990/2006											
		p=0,089					P<0,001				
Psychiatre	2330	40,68	1,0	38,7	42,7	346	57	5	48	67	343
Médecin non psychiatre	2030	35,31	3,2	29,0	41,6	11	57	15	28	87	17
Psychologue	2469	38,33	1,4	35,5	41,1	79	64	10	46	83	76
Psychanalyste	5609	33,72	1,7	30,3	37,1	39	166	40	88	244	26
Coût de la séance et intensité de la psychothérapie, période : 2000/2006											
		p=0,043					p=0,001				
Psychiatre	1235	40,67	1,07	38,6	42,8	150	31	3	25	36	120
Médecin non psychiatre	2013	42,58	3,39	36,0	49,2	4	47	30	12	107	3
Psychologue	1813	40,32	1,75	36,9	43,8	54	45	8	29	61	36
Psychanalyste	3605	31,80	2,28	27,3	36,3	17	113	71	27	253	7

*Coût total de la séance parmi les psychothérapies en cours ou terminées et que l'enquêté ait ou non répondu à la fréquence des séances ou à la durée de la psychothérapie

** Nombre de séances parmi les personnes ayant ou non répondu au coût de la séance

iv. Coût reste à charge de la psychothérapie, méthode d'analyse des coûts observés

Selon le professionnel consulté

Le coût moyen restant à la charge du répondant d'une psychothérapie suivie depuis 1990 (comprenant celles ne lui générant aucun frais) (n=227), s'élève à **813€ avec un psychiatre** (sd=237) (il est de 2041€ parmi ceux qui payent un reste à charge).

Les répondants, pour la période 1990-2006, qui ont eu un reste à charge ont en moyenne payé personnellement 35% de leur psychothérapie. Celui-ci semble être nettement moindre pour la période 2000-2006, puisqu'il a été évalué à 124€ pour un coût total de 1235€, les usagers auraient payé seulement 10% de leur psychothérapie. Ces résultats issus de cette période sont à considérer avec prudence en raison du faible effectif (n=59) et de l'amplitude des données.

Le coût reste à charge s'élève à **2055€ avec un psychologue** (sd=425) (2800€ parmi ceux qui payent). On remarque que les déclarations de reste à charge pour le psychologue présentent un montant supérieur au total moyen, ce qui est dû au fait que ce n'est pas exactement la même population qui a déclaré ces deux types de coût, on perd n=9 entre les données en coût total et en coût reste à charge.

Le montant s'élève à 815€ (sd=510) avec un médecin non psychiatre (1084€ parmi ceux qui payent).

Ce montant s'élève à 7089€ avec un psychanalyste (sd=2159), les 15 personnes ayant suivi une psychanalyse l'ont intégralement payé (p<0,001). (Tableau 23)

Selon la PCS

L'analyse par PCS ne révèle pas de différence significative pour le montant restant à la charge du thérapeute (pour l'ensemble des professionnels consultés ou par professionnel et quelque soit l'époque du suivi). Ce fait peut s'expliquer d'une part, en raison d'une faible hétérogénéité des PCS dans l'*Enquête Santé MGEN 2005* où les ouvriers sont très faiblement représentés, ce qui implique qu'ils sont en effectif très réduits dans les analyses sur des questions de recherches précises. D'autre part, on peut émettre l'hypothèse que les différentes PCS, y compris les employés, ayant la particularité d'être des adhérents MGEN, fréquentent un milieu socio-éducatif où l'aspect psychologique est sinon valorisé, n'est pas déprécié.

Tableau 23 Coûts restant à charge de la psychothérapie

(1) Comprenant l'absence de frais pour l'utilisateur et (2) coût parmi ceux qui payent un reste à charge, pour la période 1990-2006 et 2000-2006

Méthode des coûts observés

Période 1990-2006	Reste à charge dont absence de frais						Reste à charge parmi ceux qui payent					
	N	F test	M	Sd	IC	95%	N	F test	M	Sd	IC	95%
	227	<0,001					115	0,002				
Psychiatre	156		813	237	348	1278	58		2041	557	949	3132
Médecin non psychiatre	4		815	510	184	1814	3		1084	600	93	2260
Psychologue	52		2055	425	1222	2888	39		2800	529	1764	3837
Psychanalyste	15		7089	2159	2857	11321	15		7089	2159	2857	11321
Période 2000-2006	Reste à charge dont absence de frais						Reste à charge parmi ceux qui payent					
N	F test	M	Sd	IC	95%	N	F test	M	Sd	IC	95%	
	94	<0,001				48	0,039					
Psychiatre	59		124	47	33	216	17		430	140	155	705
Médecin non psychiatre	2		1439	778	85	2963	2		1439	778	85	2963
Psychologue	28		1894	463	986	2801	24		2317	520	1298	3336
Psychanalyste	5		4279	2782	1175	9732	5		4279	2782	1175	9732

3. Conclusion

Les données en population générale montrent qu'entre 5% et 9% des français (selon la région et le genre) ont eu recours aux psychothérapies au cours de leur vie et entre 1% et 3% au cours des 12 derniers mois.

Les psychothérapies sont le plus souvent pratiquées par des psychiatres (1 psychothérapie sur 2), suivis par les psychologues (2 sur 7), puis les psychanalystes (ni médecin, ni psychologue) (1 sur 9). Les médecins non psychiatre et les autres praticiens (« ninini ») ont un rôle mineur.

Les modalités de suivi psychothérapeutique se font principalement en individuel, dans un cabinet privé. Les méthodes les plus utilisées sont celles dites de soutien ou d'inspiration psychanalytique. La fréquence modale des psychothérapies est hebdomadaire et elles durent environ un an.

Les psychothérapies sont plus souvent suivies par les femmes, les personnes dans les âges moyens de la vie (ou par les plus jeunes qui la préfère à la prise de médicaments), les personnes célibataires, séparées ou divorcées, celles ayant un niveau d'études supérieures, et par celles habitant dans une grande agglomération ou dans une région où l'offre de professionnels de santé mentale est élevée.

Elles sont aussi plus suivies par les personnes souffrant de troubles anxieux ou de dépression et par les personnes présentant un retentissement élevé du à leur trouble de santé mentale.

L'étude confirme que la balance entre le suivi d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique est fortement déséquilibrée. En effet 41% de la population souffrant de troubles de santé mentale courants ont consommé un médicament pour ce problème au cours des 12 derniers mois, alors que seulement 5% ont suivi une psychothérapie. Parmi ces personnes ayant pris des médicaments pour un problème de santé mentale, 10% ont suivi une psychothérapie sur la même période. Par ailleurs, 81% des personnes ayant suivi une psychothérapie au cours des 12 derniers mois ont pris des médicaments sur la même période, toutefois ces deux événements ne sont pas liés statistiquement.

Le coût total moyen d'une séance de psychothérapie avec un psychiatre ou un psychologue est d'environ 41€. Le coût restant à la charge de l'utilisateur varie fortement selon le professionnel consulté, ce qui est cohérent avec la politique de non remboursement des consultations avec un psychologue. Ce reste à charge est compris entre 9 € et 11€ avec un psychiatre, le reste à charge avec un psychologue varie entre 9€ et 39€.

L'intensité de la psychothérapie varie selon l'époque du suivi, le nombre de séance diminuant au fil des années. Pour celles suivies le plus récemment (entre 2000 et 2006), une psychothérapie avec un psychiatre se fait sur en moyenne 31 séances (25 en ôtant le taux de séances manquées) et en 45 séances (36 en ôtant les séances manquées) avec un psychologue.

Le coût total estimé pour une psychothérapie, suivie depuis 1990, avec un psychiatre s'élève à 2330€ (1864€ en ôtant les séances manquées), avec un reste à charge de 813€ (650€ sans les séances manquées) -soit 35% du coût de la psychothérapie (et de 2041€ (1864€ en ôtant les séances manquées) parmi ceux qui payent un reste à charge). Le coût total d'une psychothérapie faite avec un psychologue a été estimé à 2470€ (1656€ sans les séances manquées) dont le coût est presque intégralement payé par l'utilisateur.

A l'exception du coût reste à charge de la séance, les analyses réalisées selon la PCS des répondants n'ont pas révélées de différences significatives en termes d'intensité, de coût total de la séance ou de coût de la psychothérapie. Toutefois les échantillons de l'analyse des coûts de la psychothérapie, pour les trois classes de PCS, étaient particulièrement faibles.

ESTIMATION DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTHÉRAPIES EN FRANCE

1. Objectif

Il s'agira d'estimer les coûts de prise en charge des psychothérapies, par les régimes santé obligatoire et complémentaire, chez les personnes éligibles à une prise en charge psychothérapeutique (souffrant de troubles de santé mentale courants (EDM et troubles anxieux, occasionnant une gêne importante dont le trouble n'est pas transitoire), en se basant sur les recommandations du *NICE* sur lesquelles s'est fondé le programme *IAPT* en Angleterre.

2. Introduction

Le programme anglais *IAPT* (*Improving Access for Psychological Therapies*) a été présenté en détail dans le chapitre introductif. Nous résumons ici l'intérêt que ce programme présente pour l'évaluation économique de la prise en charge des psychothérapies en France.

En 2006, le Plan Layard, rapport à l'origine du programme *IAPT*, a estimé, pour les deux premières années, le nombre de personnes à soigner à 800.000, population qui a été calculée à partir des 30% des 2,75 millions d'anglais, en âge de travailler (18-64 ans), souffrant d'un trouble de santé mentale courant (dépression et troubles anxieux, hors addiction) et qui consulte annuellement. Le coût annuel du programme *IAPT* s'élevant à £600 millions (682 millions d'€) (Layard, Clark, Knapp et al. 2006). Le programme *IAPT* s'est élargi, dès la troisième année aux populations plus jeunes, plus âgés et pour ceux souffrant de troubles bipolaires ou de schizophrénie. Afin de prendre en charge ces patients, le programme *IAPT* aura formé d'ici 2015, 6.000 thérapeutes.

Les composantes que nous retiendrons du programme *IAPT*, pour la méthode que nous utiliserons, sont (1) le suivi des recommandations du *NICE* et (2) pour l'un des modèles proposés : de baser les prévalences de recours et d'éligibilité sur la population de personnes souffrant d'un trouble de santé mentale courant (hors addiction) et consultant un professionnel de santé pour ce trouble.

Nous ne suivrons pas intégralement l'approche *IAPT*, qui s'intègre dans le contexte anglais, en proposant, dans notre étude : (a) le suivi pour les personnes qui ne sont plus en âge de travailler, (b) sans axer sur les méthodes thérapeutiques de type *self-help*, *counselling* ou des TCC (qui sont encore minoritairement développées à l'heure actuelle en France). (c) En proposant une prise en charge dans le libéral (vs. centre de soins en Angleterre), (d) avec

une contribution financière de l'utilisateur. (e) Enfin, la question de former plus de professionnels, dont des psychologues cliniciens ne semble pas être nécessaire en France. Nous développerons cette question ultérieurement.

3. Plan et méthodes

L'estimation de la prise en charge financière des psychothérapies implique d'effectuer au préalable une série en huit études. Ces huit étapes sont les suivantes : Il s'agira (1) d'évaluer l'intensité de la prise en charge psychothérapeutique ; (2) d'établir une hiérarchisation de cette prise en charge selon le trouble afin d'éviter de comptabiliser plusieurs fois les comorbidités ; (3) de sélectionner des niveaux diagnostiques afin de calculer la prise en charge pour les personnes souffrant de troubles chroniques ou sévères ; de caractériser la population en terme de (4) classe d'âge et (5) zone géographique ; à partir de ces données, (6) d'estimer le nombre de français à soigner ; (7) d'estimer le coût de la séance de psychothérapie ; (8) d'évaluer les niveaux de remboursement de cette séance.

Dans un deuxième temps, nous estimerons les coûts directs et indirects, induits par les troubles de santé mentale, et évitables par suivi du traitement psychothérapeutique.

Enfin, nous évaluerons l'effectif de professionnels de santé mentale nécessaires à la prise en charge psychothérapeutique des patients.

4. Intensité de la prise en charge psychothérapeutique

Le calcul du nombre de séances selon la symptomatologie et le degré de sévérité du trouble psychique est basé sur les guides de recommandation de pratique clinique du *NICE* anglais et non sur les guides de recommandations nationales de l'HAS. Ce choix provient du fait que les guides de recommandation français (HAS 2001 ; HAS 2002 ; HAS 2007a ; HAS 2009) ne donnent pas de précisions sur la prise en charge selon le degré de sévérité alors que celles du *NICE* sont très détaillées. Par exemple, les guides de la HAS préconisent pour le TAG, les phobies sociales ou spécifiques, les phobies, le suivi de 12 à 25 séances de TCC, pour l'ESPT le suivi de 15 à 20 séances, pour les TOC en échec de traitement médicamenteux de 20 à 40 séances de TCC (HAS 2007b), pour la dépression chronique, un traitement par antidépresseurs avec ou sans psychothérapie pendant 18 à 24 mois (HAS 2009). Les recommandations émises par le rapport de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies (INSERM 2004), préconisent le suivi d'au moins 8 séances dans le cas de troubles d'intensité modérée ou sévère. Il précise que le suivi de 16 séances et plus, « sont nécessaires pour le soulagement des symptômes et de plus longues thérapies sont requises

pour accomplir les derniers changements dans le fonctionnement social et personnel ». Concernant les thérapies brèves, le rapport précise aussi que « les phobies spécifiques et le trouble panique simple (sans symptômes d'agoraphobie) peuvent répondre aux interventions brèves ».

On peut en conclure que les recommandations de la HAS et du rapport INSERM (2004) préconisent une intensité de suivi de séances psychothérapeutiques cohérente à celle préconisée par le *NICE*.

Enfin, la prise en charge psychothérapeutique en Angleterre présente l'avantage d'avoir été expérimentée dans deux sites pilotes (Clark, Layard, Smithies et al. 2009) et d'autres résultats seront publiés au fil du programme *IAPT*, ce qui permettra d'appréhender les avantages et les limites du programme anglais.

Cette évaluation se basant sur les recommandations du *NICE*, la question de la transposition de recommandations anglaises à une situation française peut être discutée. Celle-ci paraît, pour autant, envisageable pour plusieurs raisons. D'une part, la consommation de psychotropes (MIND Statistics 2011) ainsi que les comportements de recours aux psychothérapies (Layard 2006) sont comparables entre ces deux pays. D'autre part, les recommandations du *NICE* et les propositions du programme *IAPT*, bien qu'axées sur une prise en charge par TCC, les psychothérapies interpersonnelles ont une place non négligeable (elles sont recommandées dans le cas d'EDM modérés ou sévères et chaque centre de santé doit disposer de psychothérapeutes formés à ce type de méthode) (Layard 2006).

Enfin, les recommandations du *NICE* qui ont l'avantage d'être précises et de porter sur un large panel de troubles et de maladies, ont largement contribué à des recommandations nationales françaises de la HAS pour les professionnels (tels que la prise en charge des affections de longues durées, dont psychiatriques, les vaccinations, les dosages médicamenteux –des antibiotiques aux antipsychotiques de deuxième génération) ainsi que les informations à donner par les professionnels à des populations ciblées (HAS 2006 ; HAS 2007a ; HAS 2003 ; HAS 2005b). Les rapports de la HAS s'appuient aussi sur les études d'évaluation médico-économiques du *NICE*, y compris pour celles concernant les troubles de santé mentale courants (HAS 2011 ; HAS 2007a).

Plusieurs guides de recommandations de bonnes pratiques du *NICE* ont été mobilisés : celui pour la prise en charge de la dépression (NICE 2009), du TAG et du trouble panique (avec ou sans agoraphobie) (NICE 2011), du TOC (NICE 2005a), de l'ESPT (NICE 2005b). Le rapport du programme *IAPT* de (Glover, Webb et Evison 2010) a résumé la prise en charge selon les recommandations des guides susnommés.

Nous présentons, dans le tableau ci-dessous, le nombre de séances recommandé par ces guides de bonnes pratiques cliniques du *NICE*, selon la symptomatologie et le degré de sévérité des troubles, ainsi que le nombre de séances que nous avons utilisé dans le calcul économique. Afin de ne pas complexifier les calculs, nous avons sélectionné la prise en charge en un seul nombre de séances, le plus plausible, sans l'intégrer dans une fourchette.

Tableau 24 Nombre de séances recommandées par le NICE selon la symptomatologie et le degré de sévérité des troubles

<p><u>Dépression</u></p> <p>Légère : 6 à 8 séances (avec le suivi de contrôle ("<i>follow-up</i>") de 2 à 4 séances)</p> <p>Modérée : 16 à 20 séances (avec le suivi de contrôle de 2 à 4 séances)</p> <p>Sévère : 16 à 20 séances, avec doublement du nombre de séances le premier mois pour les troubles très sévères (avec le suivi de contrôle de 2 à 4 séances)</p> <p><u>Trouble anxieux généralisé pur</u></p> <p>Léger : 6 séances de groupe de "psychoéducation", (<i>psychoeducational group</i>) de 2h, ainsi que 5 à 7 séances de self-help guidé (<i>individual guided self-help</i>) de 30 mn</p> <p>Modéré : 12 à 15 séances de TCC ainsi que 12 à 15 séances de relaxation (<i>applied relaxation</i>)</p> <p>Sévère : 15 séances de TCC et au delà de 15 séances si cliniquement TCC ainsi que 15 séances relaxation</p> <p><u>Trouble panique, avec ou sans agoraphobie</u></p> <p>Léger : self-help</p> <p>Modéré : 7 à 14 séances</p> <p>Sévère : 7 à 14 séances</p> <p><u>Trouble obsessionnel compulsif</u></p> <p>Léger : 10 séances</p> <p>Modéré : plus de 10 séances</p> <p>Sévère : plus de 10 séances</p> <p><u>État de stress post-traumatique</u></p> <p>De 8 à 12 séances (avec le suivi de contrôle en une séance)</p>
--

Le *NICE* n'a pas publié de recommandations pour les phobies sociales, spécifiques ni pour l'agoraphobie sans trouble panique.

Les séances de suivi de contrôle ne sont pas prises en compte puisqu'elles dépassent le cadre de la psychothérapie en pouvant être réalisé par le médecin généraliste.

Les séances de *self-help*, qui ne mobilisent pas de professionnels psychothérapeutes, ne sont pas comptabilisées dans le suivi psychothérapique.

Les séances de relaxation n'ont pas été intégrées à la prise en charge de la psychothérapie, pouvant l'être dans un cadre sanitaire, avec une prise en charge par un

kinésithérapeute, dont les séances sont remboursées à hauteur de 60% par le régime de santé obligatoire.

Pour le TAG pur, notre extrapolation ne proposant que les psychothérapies suivies en individuel, nous avons estimé le suivi de la psychothérapie de groupe de 6 séances à un équivalent de 2 séances en individuel.

Nous avons considéré la prise en charge de l'EDM, selon la sévérité croissante (légère, modérée, sévère) à 8, 20 et 24 séances. La prise en charge du TAG pur selon la sévérité croissante a été estimée à 2, 13 et 17 séances.

Dans le cas d'une comorbidité entre TAG et EDM, nous avons appliqué les recommandations du *NICE* (NICE 2009 ; NICE 2011) qui stipule que la prise en charge doit, en premier, suivre les recommandations préconisées pour celles de la dépression.

Les troubles anxieux autres que le TAG (phobie sociale ou spécifique, trouble panique, TOC, ESPT, agoraphobie sans trouble panique) ont été regroupés dans une même classe, avec une prise en charge estimée sur celles du TOC, de l'ESPT et du trouble panique, à 7, 10, 14 séances, selon le degré de sévérité croissant (Tableau 25).

Ces troubles anxieux ont été regroupés ensemble, d'une part à cause de la difficulté de hiérarchiser ces troubles, du fait qu'ils soient souvent comorbides entre eux (57% de ces troubles sont comorbides avec au moins un autre de ces troubles anxieux, hors TAG). La littérature a montré l'importance de la comorbidité entre ces troubles (Alonso et Lépine 2007; Magee, Eaton, Wittchen et al. 1996). D'autre part, parce que les prises en charge, en terme d'intensité de la psychothérapie sont relativement proches. Enfin parce que nous ne disposons pas de recommandations du *NICE*, pour trois pathologies.

Tableau 25 Intensité de la psychothérapie utilisée pour l'évaluation économique Selon les recommandations du NICE

	Nature du trouble psychique	Niveau de sévérité		
		Sévère	Modéré	Léger
Troubles intérieurs - détresse	EDM pur	24	20	8
	Comorbidité TAG et EDM	24	20	8
	TAG pur	17	13	2
Troubles intérieurs - peur	Autres troubles anxieux (phobie sociale ou spécifique, trouble panique, agoraphobie, TOC, ESPT)	14	10	7

La répartition de ces troubles en trois niveaux de prise en charge est cohérente avec la classification de (Krueger et Markon 2006) qui montre que les troubles peuvent être classés en 4 catégories : (1) les troubles extériorisés (dépendances à l'alcool, la drogue) –qui ne sont pas analysés dans notre étude. (2) Les troubles intérieurs (2a) liés à une peur : agoraphobie,

phobie sociale, phobie spécifique, trouble panique. Les troubles intériorisés (2b) liés à une détresse : l'EDM (et la dysthymie), le TAG.

A partir d'une enquête longitudinale examinant l'évolution clinique sur deux ans de 1209 patients souffrant de troubles anxieux et/ou dépressifs dans les secteurs primaires ou spécialisés, (Penninx, Nolen, Lamers et al. 2011) montre que les symptomatologies entre les trois catégories cliniques : troubles dépressifs purs, troubles anxieux purs et troubles comorbides (dépression et anxiété), évoluent différemment en termes de sévérité et de durée de l'épisode. Ces patientelles ont aussi un parcours de soin significativement différents. Les auteurs concluent que ces différences cliniques justifient de différencier ces trois catégories dans la pratique clinique comme dans la nosologie psychiatrique.

5. Hiérarchisation de la prise en charge selon le trouble pour éviter les comorbidités

Afin d'éviter de comptabiliser plusieurs fois les personnes souffrant de comorbidité, nous avons hiérarchisé la prise en charge des troubles ainsi : (1) souffrir d'un EDM pur, (2) souffrir d'une comorbidité entre EDM et TAG (comme les recommandations du *NICE* le préconise, ce cas clinique aura les caractéristiques de la prise en charge de l'EDM (NICE 2011)), (3) souffrir d'un TAG pur, (4) souffrir de l'un des autres troubles anxieux (hors TAG).

Toutefois, cette hiérarchisation possède la limite suivante : la prise en charge se ferait par rapport au type de trouble psychique qui est hiérarchiquement plus élevé et non sur la sévérité de l'un des troubles. Par exemple une personne souffrant d'un TOC sévère et d'un EDM léger serait comptabilisée dans une prise en charge pour la dépression légère.

a. Analyse préliminaire : Prévalences en population générale

Les données issues de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* montrent que 22,5% (n=4813 ; sd=21,8-23,1) de la population adulte (sans restriction d'âge) serait concernée par la prise en charge psychothérapeutique (de 15,4% chez les hommes à 29% chez les femmes, $p < 0,001$), sans différences significatives entre les régions.

Les prévalences de l'EDM pur concernent 7,3% de la population (n=1571), les troubles comorbides EDM et TAG représente 1% de la population (n=217), le TAG pur 2% (n=447) de la population et les autres troubles anxieux touchent 12,3% (n=2578) de la population.

b. Comparaison des prévalences avec l'Angleterre

A titre de comparaison, le plan Layard (Layard 2005) à l'origine du Programme *IAPT*, s'est basé sur les prévalences des troubles de santé mentale courants estimé par le *Psychiatric Morbidity Survey* (Singleton, Bumpstead, O'Brien et al. 2001). Ces prévalences, ont été

évaluées par la CIM-10 (ICD-10) qui utilise le CIS-R *revised Clinical Interview Schedule*), au cours de la semaine passée, en 2000, chez 8800 britanniques âgés entre 16-74 ans. La prévalence de l'ensemble des troubles de santé mentale courants atteint 15,3% de la population (homme : 13%, femme : 18,8%). La prévalence de l'EDM s'élève à 2,6%, le TAG à 4,4%, la comorbidité EDM et troubles anxieux à 8,8%, les phobies à 1,8%, les TOC à 1,1%, et les troubles panique à 0,7%.

A partir de la même étude, les prévalences générales chez les 16-64 ans s'élèvent à 17,5% (McManus, Meltzer, Brugha et al. 2009).

Rappelons que le Plan Layard a estimé les coûts de prise en charge, à partir de ces prévalences de santé mentale et à condition que ces personnes aient consulté un professionnel de santé pour ces problèmes.

c. Les français ont les prévalences parmi les plus élevés de troubles de santé mentale, en Europe, mais n'ont pas un niveau élevé de sévérité des troubles

Plusieurs études épidémiologiques comparent les prévalences des troubles de santé mentale courants dans les pays européens de l'*enquête ESEMeD* (France, Belgique, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne) (Dezetter, Briffault, Alonso et al. 2011) et de niveau de sévérité dans 17 pays développés (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso et al. 2007). Il s'avère que le pays européen (parmi les six comparés) qui est au premier rang en termes de prévalences des troubles courants est la France. Cependant les français n'ont pas le niveau de sévérité le plus élevé, avec l'Allemagne, les prévalences des troubles courants sévère sont les plus bas et celles troubles légers le plus élevé (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso et al. 2007).

6. Augmentation des niveaux diagnostiques de sévérité et de chronicité afin de calculer la prise en charge pour les personnes souffrant de troubles chroniques ou sévères

L'analyse préliminaire des prévalences en population générale, montre que près de 23% de la population adulte pourrait être concernée par la prise en charge des psychothérapies, en suivant le diagnostic du DSM. Toutefois parmi ces personnes diagnostiquées, une partie d'entre elles ne subissent pas de gêne importante due à leur trouble et/ou présentent un trouble passager. Par exemple, le DSM diagnostique un EDM dès que les symptômes (humeur dépressive, perte d'intérêt principalement, secondairement : perte d'énergie, trouble du sommeil, problème de concentration, sentiment de dévalorisation, pensée à la mort, perte/prise de poids) sont présents consécutivement 15 jours seulement. Les symptômes doivent induire une souffrance ou une altération du fonctionnement social.

L'objectif d'une prise en charge financière des psychothérapies serait de proposer un traitement, (et non une thérapie de confort) qui s'adresse aux personnes qui souffrent d'une gêne importante, due à leurs troubles de santé mentale. D'autre part, l'évaluation économique de cette prise en charge ne comptabilise pas les personnes qui souffrent de troubles passagers, qui sont diagnostiqués par le DSM mais dont les personnes n'engageront très probablement pas de psychothérapie du fait de la rémission naturelle en quelques semaines de leur trouble, avant de débiter la psychothérapie.

Plusieurs études ont montré l'importance de la rémission naturelle des troubles après quelques mois, c'est à dire sans consommation de soin ou traitement. Une revue de littérature de huit études prospectives, ECR et méta-analyses dont les taux de rémission naturelle chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants vont de 9% à 73% (Vos, Haby, Barendregt et al. 2004 ; Lambert et Ogles 2004 ; Roemer, Orsillo et Salters-Pedneault 2008 ; Churchill, Hunot, Corney et al. 2001 ; Casacalenda, Perry et Loooper 2002 ; Paykel, Scott, Teasdale et al. 1999 ; Spijker, de Graaf, Bijl et al. 2002), dont la moyenne pourrait avoisiner 30% (à +/- 15%) à un an (ces taux et ces études sont détaillés dans le chapitre « Estimation des coûts directs et indirects évitables après le suivi psychothérapeutique »). De plus, les rapports de (NHS, IAPT 2011) et (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008) estiment la disparition naturelle des symptômes en 4 mois chez 30% des personnes souffrant d'EDM chez 26% de ceux souffrant de troubles anxieux. Ces études ont l'avantage d'avoir estimé le taux de rechute à 7,2 mois de cette population qui a été évalué à 40%, ainsi, 18% de la population souffrant de troubles de santé mentale courants ont présenté une rémission naturelle à 7,2 mois.

Afin de prendre en charge les personnes présentant des troubles qui génèrent une gêne importante dans la vie sociale et/ou des troubles non transitoires, nous avons établi deux niveaux diagnostiques dont le niveau de sévérité (mesuré avec l'échelle de Sheehan) et la chronicité (duré du trouble) ont été augmenté par rapport aux critères diagnostiques du DSM.

a. Critères diagnostiques de chronicité et sévérité

Deux niveaux diagnostiques ont été créés. Pour le premier (que l'on nommera D1) la chronicité de l'EDM a été augmentée, durant plus de 6 mois consécutifs (au lieu de 15 jours consécutifs) au cours de l'année précédant l'entretien, le degré de gêne occasionnée par le trouble doit correspondre à au moins un score de 4 sur 10 sur l'échelle de Sheehan dans l'un des quatre domaines de l'activité quotidienne de la personne (tâches ménagères, capacité de travail, capacité à établir ou maintenir relations proches avec les autres, vie sociale). Pour les troubles anxieux, excepté pour le TAG, le degré de sévérité a été augmenté à un score d'au moins 7 dans l'un des domaines de l'échelle de Sheehan.

Le second niveau diagnostique est plus restrictif (que l'on nommera D2) : il ajoute aux critères précédents de (D1) la nécessité de présenter un score de l'échelle de Sheehan supérieur ou égal à 7.

Les prises en charge de la psychothérapie se répartissent, comme le *NICE* l'indique, en trois niveaux de sévérité, présentant l'intérêt de proposer une graduation des soins. Ces trois niveaux correspondent, dans cette étude à une répercussion du retentissement (mesuré par l'échelle de Sheehan) : (a) dans un domaine des quatre domaines de Sheehan pour un retentissement léger ; (b) dans deux domaines de Sheehan pour un retentissement modéré ; (c) dans trois ou quatre domaines de Sheehan pour un retentissement sévère.

b. Résumé des critères diagnostiques créés

Figure 17 Résumé des critères diagnostiques créés

D1 : EDM durant plus de 6 mois, retentissement avec un score ≥ 4 sur l'échelle de Sheehan ; pour troubles anxieux, hors TAG : retentissement avec un score ≥ 7 sur l'échelle de Sheehan

D2 : EDM durant plus de 6 mois ; pour l'ensemble des troubles : retentissement avec un score ≥ 7 sur l'échelle de Sheehan

Mesure de la sévérité selon le retentissement (Sheehan) :

- Léger: 1 domaine Sheehan
- Modéré: 2 domaines Sheehan
- Sévère: 3 ou 4 domaines Sheehan

7. Définition de la population à prendre en charge

La population âgée de 18 à 75 ans

L'évaluation économique de la prise en charge des psychothérapies se base sur les prévalences parmi les personnes âgées entre 18 et 75 ans inclus.

Les données de l'*Enquête MGEN 2005* révèlent que seulement une personne a fait sa première psychothérapie après 75 ans, qui a par ailleurs été suivie en groupe.

Les données de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* montrent aussi qu'une seule personne de plus de 75 ans et diagnostiquée selon les critères de D1 ou D2, a fait une psychothérapie au cours des 12 derniers mois.

Ne sont donc pas comptabilisées les personnes de plus de 75 ans, alors que cette population représente 22% de la population générale française, celle-ci recourt fort peu aux psychothérapies, du moins hors institution. Intégrer cette population augmenterait inutilement les coûts de prise en charge par les organismes de santé.

Contrairement aux deux premières années du programme *IAPT*, qui finançait les psychothérapies seulement pour les personnes en âge de travailler, la population de plus de 64 ans est comptabilisée dans l'évaluation économique que nous proposons.

Les retraités ne sont pas ceux qui recourent le plus à la psychothérapie (Briffault, Sapinho, Villamaux et al. 2008) par contre, il semble nécessaire, d'un point de vue de santé publique, de pouvoir proposer un traitement psychothérapeutique aux personnes qui sont enclines à souffrir de détresse psychologique, comme peuvent l'être les jeunes retraités (Jungmeen et Moen 2001).

Par ailleurs, les guides de recommandations de la HAS précise bien qu'il est possible de débiter une psychothérapie à un âge supérieur à 65 ans, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents ou persistants et sévères. (HAS 2009 ; HAS 2007b).

La population vivant dans les DOM

La population vivant dans les Départements d'Outre-mer représente 2,87% de la population totale française, soit 1,849 million d'habitants en 2009 (2,7% des personnes âgées entre 18 et 75 ans) (données INSEE 2009).

Précisons qu'une analyse préliminaire, issue des données de l'Enquête Santé MGEN 2005 n'a révélé aucune différence significative concernant les prévalences de troubles de santé mentale et aux recours aux psychothérapies, entre les habitants des DOM (n=231) et de métropole.

8. Prévalences selon les troubles et leurs niveaux de retentissement

a. Comparaison des prévalences avec l'Angleterre

Afin de pouvoir effectuer une comparaison avec l'Angleterre (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008), les prévalences sont présentées parmi la population de 18 ans et plus (Tableau 26).

Les prévalences en Angleterre, quelque soit le degré de sévérité, sont proches de celles créées pour les diagnostics D1 et D2 dont les niveaux de sévérité et de chronicité ont été augmentés.

Chez les personnes de 18 à 75 ans, les prévalences des troubles courants s'élèvent à 10,4% pour le diagnostic le moins restrictif (D1), et à 8,8% pour le diagnostic le plus restrictif (D2).

Tableau 26 Prévalences selon 2 niveaux diagnostiques augmentés en degré de sévérité et de chronicité Selon l'âge, comparaison avec les prévalences en Angleterre Enquête Indicateurs 4 régions 2005

	Prévalences - Données <i>Enquête Indicateurs de santé mentale dans 4 régions françaises 2005</i>	D2	D1	Selon les critères du DSM	Comparaison avec l'Angleterre (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008)
Parmi les 18-75 ans	Troubles de santé mentale courants (EDM ou troubles anxieux)	8,79% (n=1775 ; sd=8,3-9,3)	10,41% (n=2124 ; sd=9,9-10,9)	22,95% (n=4567 ; sd=22,3-23,6)	(non disponibles)
	EDM (dont comorbidité avec troubles anxieux)	1,63% (n=354)	3,16% (n=672)	8,26% (n=1790)	
	Troubles anxieux seuls	7,16% (n=1421)	7,25% (n=1452)	14,69% (n=2777)	
Parmi les 18 ans et +	Troubles de santé mentale courants (EDM ou troubles anxieux)	8,66% (n=1890 ; sd=8,2-9,1)	10,27% (n=2262 ; sd=9,8-10,8)	22,46% (n=4813 ; sd=21,8-23,1)	~9,2%
	EDM (dont comorbidité avec troubles anxieux)	1,62% (n=377)	3,12% (n=711)	8,49% (n=1717)	de 2,9% à 4,2%
	Troubles anxieux seuls	7,04% (n=1513)	7,15% (n=1551)	13,97% (n=3096)	de 1,7% à 9,5%

b. Prévalences selon le type de troubles et leurs niveaux de retentissement Critères diagnostiques augmentés en sévérité et chronicité, en population générale

Parmi les français âgés de 18 à 75 ans, au cours des 12 derniers mois, 8,8% (homme : 6% ; femme : 11,4% ; $p > 0,001$), selon les critères diagnostiques de D2 et 10,4% (homme : 7,1% ; femme : 13,6%, $p > 0,001$), selon les critères diagnostiques de D1 ont souffert de l'un des troubles de santé mentale courants.

Les prévalences des troubles et se répartissent de façon hétérogène.

Parmi la population âgée entre 18 et 75 ans, diagnostiquée selon les critères de D1 :

- 2,15% a souffert d'un EDM pur (1,13% pour D2)
- 1,01% a souffert d'une comorbidité TAG et EDM (0,5% pour D2)
- 1,95% a souffert d'un TAG pur (1,68% pour D2)
- 5,3% a souffert d'un autre trouble anxieux (5,48% pour D2)

Les niveaux de retentissement se répartissent sensiblement différemment selon les diagnostics D1 ou D2, résultant de leurs constructions. Les personnes dont les critères

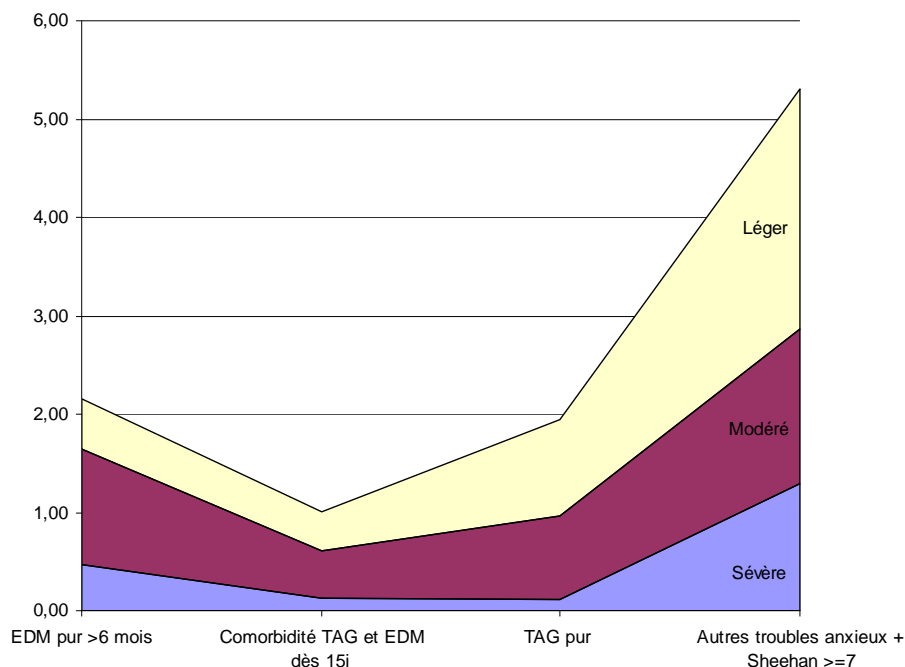
diagnostiques de l'EDM et du TAG intégrant le D1 et qui ne l'intègrent plus à D2 (Sheehan entre 4 et 7), en cas de comorbidité se décalent vers les autres troubles de façon hiérarchique (EDM pur, puis EDM et TAG puis TAG pur, puis autres troubles anxieux), en suivant l'ordre hiérarchique de la création de la catégorie diagnostique. Pour les deux échelles diagnostiques, les prévalences des troubles ayant un retentissement sévère sont les moins élevées. Pour D2, les troubles légers ont les prévalences les plus élevées. Pour D1, les prévalences des retentissements modérés et légers sont similaires.

Ces données sur les prévalences des troubles et la répartition de leur retentissement sont représentées par un tableau et graphiquement pour chaque échelle diagnostique D1 et D2, ci-dessous.

Tableau 27 Prévalences selon le type de troubles
Critères diagnostics D1, parmi les 18-75 ans, en population générale
Issus des données de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=2124

	Retentissement			Total
	Sévère	Modéré	Léger	
EDM pur >6 mois	0,47%	1,17%	0,51%	2,15%
Comorbidité TAG et EDM dès 15j	0,13%	0,48%	0,39%	1,01%
TAG pur	0,12%	0,85%	0,98%	1,95%
Autres troubles anxieux + Sheehan >=7	1,28%	1,57%	2,44%	5,3%
				10,41%

Figure 18 Prévalences selon le niveau de retentissement de chaque trouble
Critères diagnostics D1, parmi les 18-75 ans, en population générale (Enquête Indicateurs 4 régions 2005)

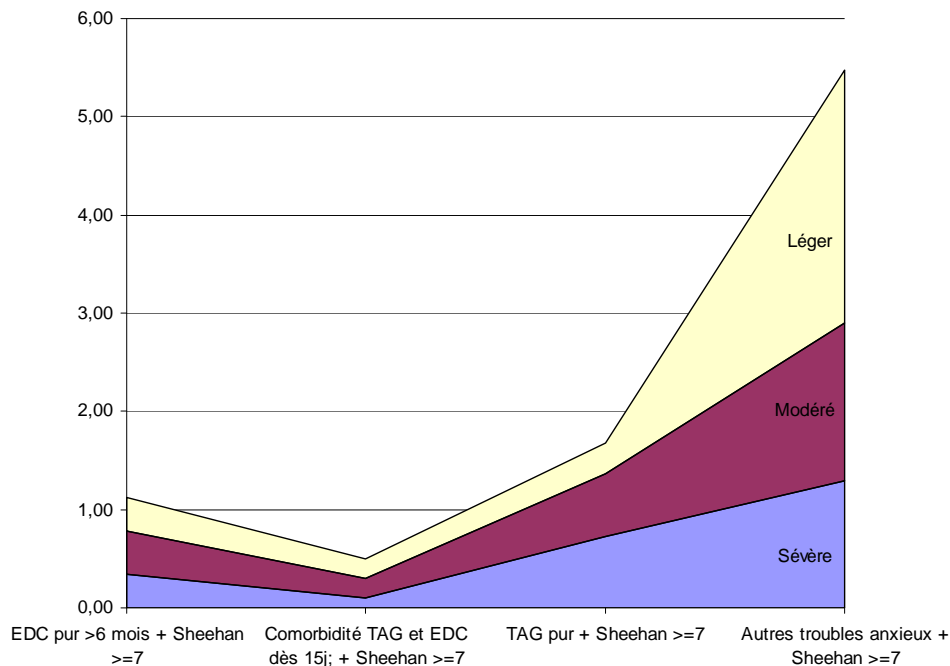


Lecture : Parmi la population âgée de 18-75 ans et diagnostiquée selon les critères de D1 : 2,15% des personnes souffrant d'EDM, 0,47% de la population souffre d'EDM avec un retentissement sévère, 1,17% d'un EDM avec un retentissement modéré et 0,51% des répondants souffrent d'un EDM avec un retentissement léger.

Tableau 28 Prévalences selon le type de troubles, critères diagnostics D2
Parmi les 18-75 ans, en population générale, issus des données de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=1775

	Retentissement			Total
	Sévère	Modéré	Léger	
EDM pur >6 mois + Sheehan >=7	0,34%	0,43%	0,35%	1,13%
Comorbidité TAG et EDM dès 15j; + Sheehan >=7	0,10%	0,19%	0,21%	0,5%
TAG pur + Sheehan >=7	0,73%	0,63%	0,32%	1,68%
Autres troubles anxieux + Sheehan >=7	1,29%	1,62%	2,57%	5,48%
				8,79%

Figure 19 Prévalences selon le niveau de retentissement de chaque trouble
Critères diagnostics D2 ; Parmi les 18-75 ans, en population générale



c. Plusieurs scénarii de prise en charge selon les sous-populations éligibles et favorables à la prise en charge psychothérapeutique

Proposer une évaluation d'une prise en charge psychothérapeutique implique de définir la ou les populations éligibles à cette prise en charge (le niveau diagnostic ainsi que l'âge –18 à 75 ans, qui ont été précédemment argumentés) et aussi d'estimer le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de celle-ci. Ce que le plan Layard a mesuré avant la mise en place du programme *IAPT*. Rappelons que le plan Layard (pour les deux premières années du programme) a basé son estimation sur les 30% des 2,75 millions d'anglais, en âge de travailler, souffrant d'un problème de santé mentale qui consultent annuellement un professionnel de santé pour ce motif et qui accepteraient le traitement. L'estimation de ces 30% de potentiels thérapeutants est nettement supérieure à la prévalence de recours chez ces consultants aux psychothérapies, qui est estimée, par le Plan Layard, à 4% et à laquelle s'ajoute 4% de recours aux *counselors*. Le plan Layard base son argumentation sur l'hypothèse selon laquelle une prise en charge financière de thérapie et une meilleure

disponibilité des professionnels développerait fortement le recours aux thérapies (Layard, Clark, Knapp et al. 2006).

A l'instar du programme anglais, nous savons que l'ensemble des personnes souffrant de troubles de santé mentale ne consultera pas pour ces problèmes. En effet, la littérature (Alonso, Codony, Kovess et al. 2007 ; Mackenzie, Gekoski et Knox 2006 ; Mojtabei, Olfson et Mechanic 2002 ; Ten Have, de Graaf, Ormel et al. 2010 ; Wells, Robins, Bushnell et al. 1994 ; Broadbent, Kydd, Sanders et al. 2008 ; Golberstein, Eisenberg et Gollust 2008) a montré que bien que des individus souffrent de troubles de santé mentale, certains ne consultent pas, même dans le secteur primaire (médecin généraliste) pour plusieurs raisons (qui ont été précédemment évoquées au cours de la présentation du modèle conceptuel du recours à la psychothérapie). Ces raisons s'enracinent dans différents domaines, telle que l'absence de perception du fait de souffrir d'un trouble psychique, de ne pas percevoir un besoin de soin. Elles peuvent aussi être liées à la difficulté d'accès aux soins, à la stigmatisation des troubles et des soins en santé mentale.

Dans un second temps, on peut faire l'hypothèse que bien que le médecin généraliste réfère le patient, présentant les critères diagnostiques requis, à un professionnel de santé mentale, celui-ci ne consultera pas nécessairement (Forrest 2003 ; Cunningham 2009), ce qui a été le cas pour seulement 5% des patients de l'étude des sites pilotes du plan *IAPT* (Glover, Webb et Evison 2010). Dans un deuxième temps, le patient peut aussi refuser le traitement proposé. L'analyse des données des deux sites pilotes du programme *IAPT* a révélé que 9% des patients, dans ce cas de figure, ont refusé le traitement (Glover, Webb et Evison 2010).

Pour l'un des trois scénarii d'estimation du nombre de psychothérisants, nous avons choisi de suivre la méthodologie du Plan Layard, en se basant sur 30% des consultants. Cela après avoir comparé la cohérence des recours français à ceux des anglais sur lesquels s'est appuyé le programme *IAPT*. Les prévalences de recours aux professionnels de santé pour et avec un problème de santé mentale courant sont comparables entre les deux pays : elles s'élèvent à 9% en Angleterre et en France à 11,5% (sans différence significative entre les régions) –sans élever les seuils diagnostics. Ce taux s'élève pour le critère diagnostic D1, entre 7,7% en Haute-Normandie et 14,3% en Île-de-France.

En Angleterre avant le Programme *IAPT*, 4% des patients avaient recours à une psychothérapie et un autre 4% à un *counselor*, après avoir consulté leur médecin généraliste pour un problème de santé mentale. En France, cette prévalence varie entre 4% et 12% selon la région, la classe d'âge, le type de professionnel consulté (qui s'élève entre 4% et 10% chez les médecins généralistes). En conclusion, les deux principales prévalences ayant permis d'estimer le nombre de patients à soigner en Angleterre, étant relativement proches des

prévalences françaises, nous avons alors considéré, que l'estimation de 30% de potentiels consultants, acceptant le traitement, était transposable à la France.

Enfin, proposer cette extrapolation devra permettre de s'approcher d'un nombre plus vraisemblable de personnes pouvant bénéficier un traitement psychothérapeutique. En effet cette population puisqu'étant entrée en contact avec un professionnel de santé, devrait être référée aux professionnels habilités à pratiquer une psychothérapie. Les résultats issus de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* estiment cette population à 31,61% (24,2% chez les hommes, 38,6% chez les femmes), sans différence significative entre les régions.

Les prévalences données dans les scénarii ci-dessous sont estimés sur une période de 12 mois, et pour la population âgée entre 18 et 75 ans.

d. Les trois scénarii projetés

Scenario 1

L'évaluation économique proposera, un scenario de coût de prise en charge thérapeutique, en extrapolant sur cette population (ayant consulté un professionnel de santé pour un problème de santé mentale), tout en répondant aux critères diagnostiques D1 ou D2.

Scenario 2

Un deuxième scenario de coûts de prise en charge thérapeutique sera présenté en reproduisant l'estimation du Plan Layard. C'est à dire en extrapolant les coûts sur 30% des personnes ayant consulté un professionnel de santé pour un problème de santé mentale courant. Nous conserveront les données anglaises basées sur 30% de cas. Ce scenario économique se basera donc sur l'estimation en France de 30% de 31,6% ayant consulté, en ajoutant le fait d'être diagnostiqué selon les critères de D1 ou D2.

Scenario 3

Enfin, un troisième scénario de coûts sera présenté, en extrapolant sur la population des psychothérisants. Ce modèle a pour vocation d'être un *proxy* du nombre de personnes qui pourront rapidement bénéficier d'une psychothérapie, et probablement la demander. Nous avons estimé cette prévalence à 3% de la population française, en raison du fait que les données des différentes enquêtes donnent des taux sensiblement différents. Les résultats de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005* révèlent des taux de recours aux psychothérapies, au cours des 12 derniers mois s'élevant à 3% en Île-de-France (qui représente 18,6% de la

population métropolitaine), 2,1% en Rhône-Alpes et 1,3% en Normandie et Lorraine. Les données de l'*Eurobaromètre 2006* l'estime à 5%. Les données du *Baromètre Santé INPES 2005*, pour le recours au cours de la vie sont supérieures à celles de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, correspondant à celles estimées en Île-de-France.

Résumé des scénarii qui seront projetés

1. **Parmi les 31,6% de consultants pour un problème de santé mentale**, âgés ente 18 et 75 ans, selon les critères D1 et D2
2. **Parmi les 30% des 31,6% de consultants** pour un problème de santé mentale, âgés ente 18 et 75 ans, selon les critères D1 et D2, dont le modèle d'estimation provient du plan Layard pour le programme *IAPT*
3. **Parmi les 3% de psychothérapeutes**, âgés ente 18 et 75 ans, selon les critères D1 et D2

9. Estimation du nombre de français à soigner

Prévalences des troubles selon D1 et D2 attribuées à chaque sous-population des scénarii envisagés

Pour chacune de ces populations, leurs seront attribuées leurs prévalences respectives quant à leurs niveaux de troubles de santé mentale courants, tels que définis par les critères diagnostiques D1 et D2. A la fois la population de consultant pour un problème de santé mentale, et celles ayant suivi une psychothérapie, présenteront des prévalences supérieures à celle de la population générale.

Effectifs de la population de référence

La population de référence pour les différents scénarii de l'évaluation économique concerne les français, métropolitains et ceux vivant dans un DOM, âgés entre 18 et 75 ans et se base sur les données INSEE pour 2010, soit 45.355.646 personnes (INSEE 2011).

Prévalence quelque soit le genre et la région

En population générale, les prévalences varient selon le genre. La littérature montre largement que les femmes sont plus enclines à consulter que les hommes pour des problèmes de santé mentale (tous types de soin en général, professionnel de santé mentale et psychothérapie en particulier) (Shapiro, Skinner, Kessler et al. 1984 ; Mackenzie, Gekoski et Knox 2006 ; Drapeau, Boyer et Lesage 2009 ; Kovess, Sapinho, Briffault et al. 2007 ;

Briffault, Sapinho, Villamaux et al. 2008 ; Olfson et Pincus 1994 ; Olfson, Marcus, Druss et al. 2002). Toutefois, le genre est généralement non significatif parmi la population des consultants, et des psychothérapeutes, lorsqu'on analyse par type de trouble et de sévérité (mais les effectifs sont faibles), dans l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*. Sachant que la démographie française se répartit équitablement entre les genres, nous n'avons pas distingué les prévalences selon le sexe, ce que par ailleurs le calcul de l'IAPT ne propose pas de distinguer non plus (Layard, Clark, Knapp et al. 2006).

Les prévalences ne sont pas présentées par région car les données ne montrent pas de différences significatives entre les quatre régions étudiées pour les populations souffrant de troubles selon les critères diagnostiques D1 ou D2 et ayant consulté ou suivi une psychothérapie.

a. Prévalences chez les consultants diagnostiqués à D1 et D2, scénario 1

A partir des données issues de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, on estime à 31,61% des personnes âgées entre 18 à 75 ans qui ont eu recours, au cours des 12 derniers mois, à un professionnel de santé pour des problèmes de santé mentale, soit 14,337 millions de français. Cette population sert de base à l'estimation des personnes à prendre en charge selon les critères diagnostiques D1 et D2.

Selon les critères diagnostiques de D1, parmi les 31,61% de personnes qui consultent pour des problèmes de santé mentale, 7,59% ont été diagnostiqués selon D1 (24% diagnostiqués parmi les 31,61% de consultants), soit 3,442 millions d'individus éligibles (calcul : 24% de 31,61% de 45.356 millions de français de 18-75 ans). Ils se répartissent selon le type de trouble (parmi les 24%) : EDM pur : 5,7%, Comorbidité EDM et TAG : 2,6%, TAG pur : 4,82% et autres troubles anxieux : 10,88%.

Selon les critères diagnostiques de D2, parmi les 31,61% de personnes qui consultent pour des problèmes de santé mentale, 6,34% ont été diagnostiqués selon D2 (20,05% diagnostiqués parmi les 31,61% de consultants), soit 2,875 millions d'individus éligibles (calcul : 20,05% de 31,61% de 45.356 millions de français de 18-75 ans). Ils se répartissent selon le type de trouble (parmi les 20,05%) : EDM pur : 2,98%, Comorbidité EDM et TAG : 1,24%, TAG pur : 4,54% et autres troubles anxieux : 11,29%.

b. Prévalences chez les 30% de consultants diagnostiqués à D1 et D2, scénario 2

Ces prévalences correspondent à 30% des prévalences des 31,61% de consultants à D1 et D2. Brièvement : 2,28% (30% des 7,59% des consultants) ont été diagnostiqués selon les

critères de D1 (soit 1,033 million de français). 1,9% (30% de 6,34% des consultants ont été diagnostiqués selon les critères de D2.

c. Prévalences chez les 3% de psychothérapeutes diagnostiqués à D1 et D2, scenario 3

On estime à 3% des personnes, âgées entre 18 et 75 ans, qui ont suivi, au cours de l'année passée une psychothérapie (soit 1,361 million de français) (Tableau 29).

Selon les critères diagnostiques de D1, sur 3% de psychothérapeutes, presque la moitié d'entre eux (40,4%) soit 1,21% seraient éligibles à la prise en charge psychothérapeutique, c'est à dire 40,4% diagnostiqués selon D1 (calcul : 40,4% de 3%), soit près de 550.000 personnes. Ces psychothérapeutes se répartissent selon le type de trouble (parmi les 40,4%) : EDM pur : 12,08%, Comorbidité EDM et TAG : 5,45%, TAG pur : 4,77% et autres troubles anxieux : 18,1%.

La différence du nombre de personnes à traiter selon les critères diagnostiques est relativement faible, étant donné que la population des psychothérapeutes apparaît comme souffrant de troubles de santé mentale sévères.

En effet, selon les critères diagnostiques de D2, toujours basés sur 3% de psychothérapeutes : 1,1% serait éligible à la prise en charge psychothérapeutique, sachant que 36,66% sont diagnostiqués selon les critères de D2 (calcul : 36,66% de 3%), ce qui représente environ 499.000 personnes. Ces psychothérapeutes se répartissent selon le type de trouble (parmi les 36,66%) : EDM pur : 6,59%, Comorbidité EDM et TAG : 3,2%, TAG pur : 8,28% et autres troubles anxieux : 18,59%.

Tableau 29 Prévalences et nombre de personnes à soigner (en million (M) selon la population à prendre en charge (scenario 1, 2 et 3) et le niveau diagnostique (D1 et D2)
Données issues de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005

Scénario	Prévalences des troubles de santé mentale courants	% de l'échantillon	Diagnostiqué selon les critères D2	Diagnostiqué selon les critères D1
	Les 18-75 ans (donné à titre indicatif)	94,4% (87,7% de la pop française)	8,79% 3.987 M	10,41% 4.722 M
1	Les consultants de 18-75 ans	31,61% 14.337 M	6,34% (20,05% de 31,61%) 2.875 M	7,59% (24% de 31,61%) 3.442 M
2	30% des consultants de 18-75 ans	9,48% (30% de 31,61%) 4.300 M	1,9% (30% de 6,34%) 0.862 M	2,28% (30% de 7,59%) 1.033 M
3	Les psychothérapeutes de 18-75 ans	3% 1.361 M	1,1% (36,66% de 3%) 0.499 M	1,21% (40,4% de 3%) 0.550 M

Le niveau de sévérité des troubles est plus élevé chez les personnes consultant et chez les psychothérapeutes

Les données précédemment présentées ont montré que les personnes qui ont consulté pour un problème de santé mentale et, de façon plus importante encore, celles qui ont suivi une psychothérapie présentaient des prévalences de troubles de santé mentale chroniques ou sévères (estimés selon D1 et D2) nettement supérieurs à la population nationale. Le niveau de retentissement des troubles est aussi plus élevé chez ces deux populations d'utilisateurs de services et aussi croissant selon le type de recours aux soins (plus élevé chez les psychothérapeutes).

Rappelons les résultats présentés : en population générale 10,41% selon les critères diagnostiques de D1 (8,79% selon D2) ; chez les consultants : 24% selon D1 (20,05% selon D2) et chez psychothérapeutes : 40,4% selon D1 (36,66% selon D2).

A la fois le nombre de séances et par delà le coût de la psychothérapie dépendent du niveau de prévalence et de sévérité de ces sous-populations. Les prévalences, selon le niveau de sévérité estimé par les critères diagnostiques de D1 et D2 en population générale ont été précédemment illustrées (Tableau 26 ; Tableau 27 ; Tableau 28). Nous présentons ci-dessous, en plus des prévalences de santé mentale selon D1 et D2, le niveau de retentissement des populations consultant et des psychothérapeutes.

d. Répartition des niveaux sévérité selon le trouble (D1 et D2), chez les consultants et les psychothérapeutes

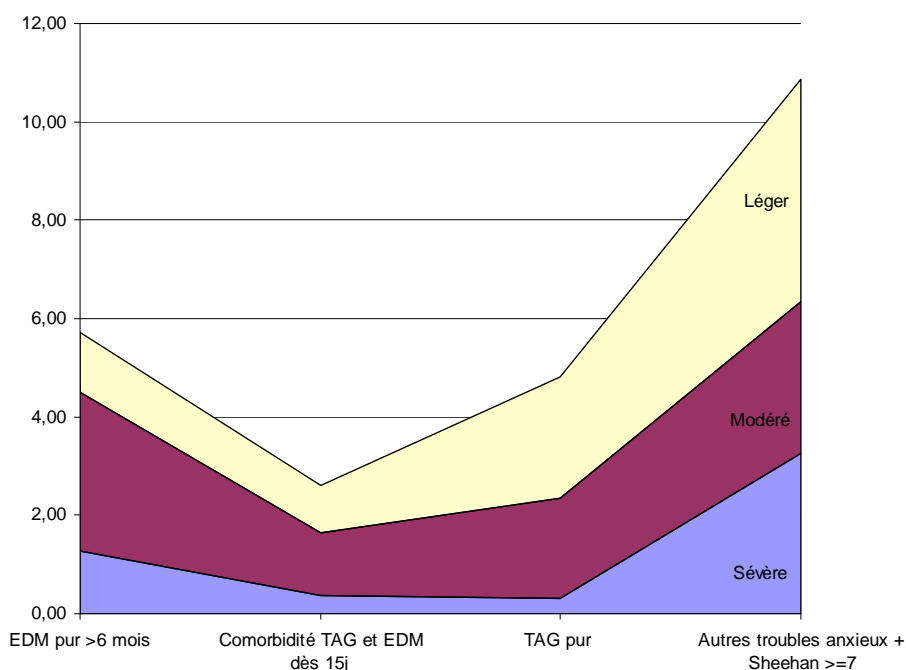
Les tableaux et graphiques présentés ci-dessous montrent à la fois que les prévalences et les niveaux de sévérité, en comparaison à ceux de la population générale, sont nettement plus élevés chez les consultants (Tableau 30 ; Tableau 31) et le sont d'autant plus chez psychothérapeutes (Tableau 32 ; Tableau 33). Au regard de ces résultats, on prévoit des niveaux d'intensité de suivi psychothérapeutique plus élevés pour la population des thérapeutes, puisque les guides de bonne pratique clinique du *NICE* recommandent d'intensifier les psychothérapies en fonction du degré de sévérité du trouble psychique du patient. Les coûts de prise en charge seront donc plus élevée pour cette population.

Représentation graphique, chez les consultants, selon les critères D1

Tableau 30 Prévalences selon le type de troubles, chez les consultants (D1)
Critères diagnostiques D1, parmi les 18-75 ans ; Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=1604

	Retentissement			Total
	Sévère	Modéré	Léger	
EDM pur >6 mois	1,26%	3,23%	1,22%	5,7%
Comorbidité TAG et EDM dès 15j	0,35%	1,29%	0,96%	2,6%
TAG pur	0,32%	2,03%	2,47%	4,82%
Autres troubles anxieux + Sheehan >=7	3,25%	3,10%	4,53%	10,88%
				24%

Figure 20 Prévalences, chez les consultants, selon le niveau de retentissement de chaque trouble (D1)
Prévalence de l'ensemble des troubles estimée à 24%, soit 7,59% de la population française
Données Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=1604



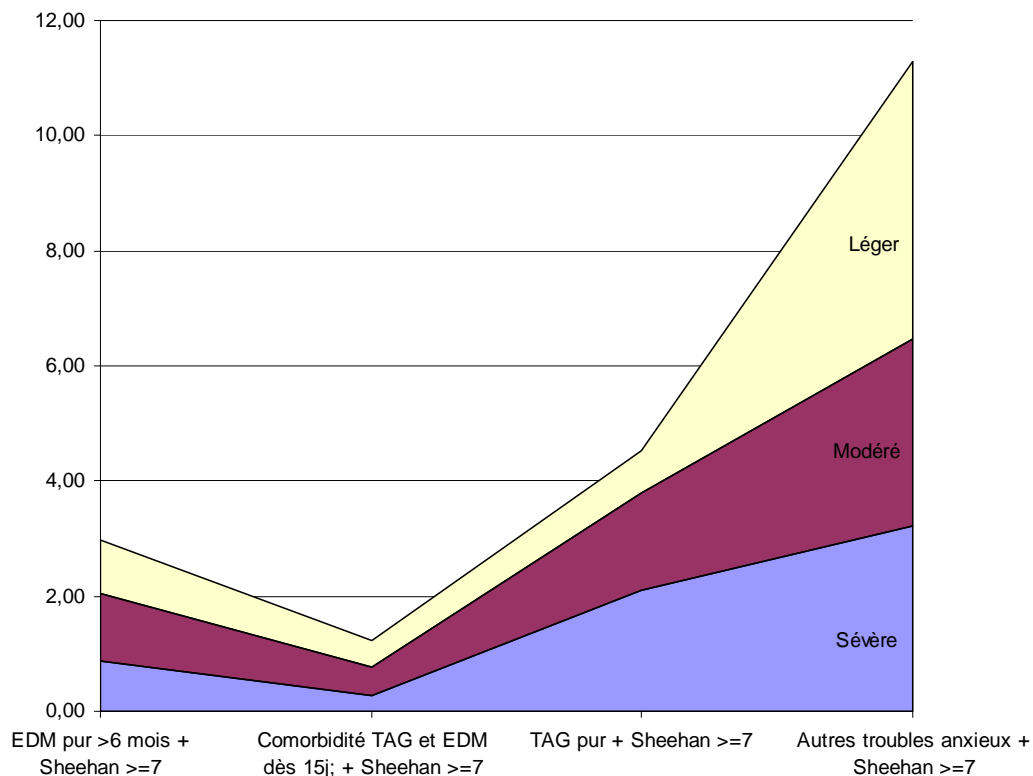
Lecture : Parmi les consultants de 18 à 75 ans, 24% sont diagnostiqués selon les critères de D1 : 5,7% des répondants souffrent d'EDM pur ; 1,26% d'un EDM pur avec un niveau de retentissement sévère, 3,23% d'un EDM pur modéré, et 1,22% d'un EDM pur léger.

Représentation graphique, chez les consultants, selon les critères D2

Tableau 31 Prévalences selon le type de troubles, chez les consultants (D2)
Critères diagnostique D2, parmi les 18-75 ans ; Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=1329

	Retentissement			Total
	Sévère	Modéré	Léger	
EDM pur >6 mois + Sheehan >=7	0,87%	1,17%	0,94%	2,98%
Comorbidité TAG et EDM dès 15j; + Sheehan >=7	0,26%	0,51%	0,47%	1,24%
TAG pur + Sheehan >=7	2,11%	1,68%	0,75%	4,54%
Autres troubles anxieux + Sheehan >=7	3,22%	3,25%	4,82%	11,29%
				20,05%

Figure 21 Prévalences, chez les consultants, selon le niveau de retentissement de chaque trouble (D2)
Prévalence de l'ensemble des troubles estimée à 20,05%, soit 6,34% de la population française
Données Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=1329



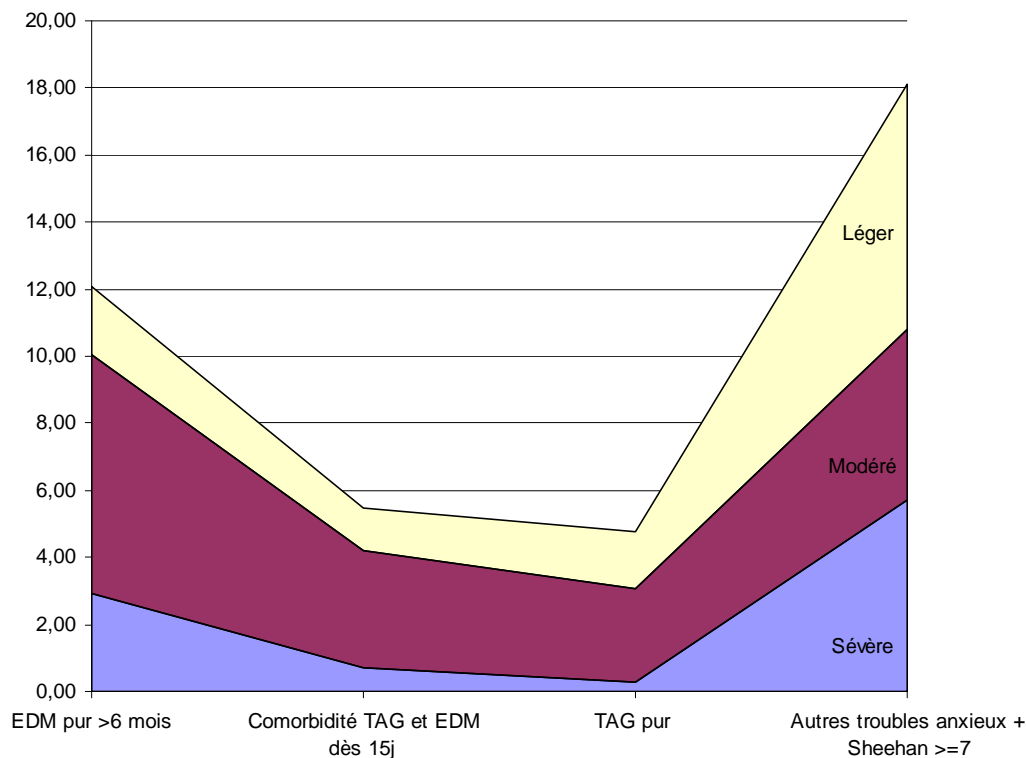
Lecture : Parmi les consultants de 18 à 75 ans, 24% sont diagnostiqués selon les critères de D2 : 2,98% des répondants souffrent d'EDM pur ; 0,87% d'un EDM pur avec un niveau de retentissement sévère, 1,17% d'un EDM pur modéré, et 0,94% d'un EDM pur léger.

Représentation graphique, chez les psychothérapeutes, selon les critères D1

Tableau 32 Prévalences, chez les psychothérapeutes, selon le type de troubles (D1)
Critères diagnostique D1, parmi les 18-75 ans ; Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=189

	Retentissement			Total
	Sévère	Modéré	Léger	
EDM pur >6 mois	2,93%	7,13%	2,02%	12,08%
Comorbidité TAG et EDM dès 15j	0,72%	3,46%	1,27%	5,45%
TAG pur	0,27%	2,80%	1,70%	4,77%
Autres troubles anxieux + Sheehan >=7	5,71%	5,11%	7,28%	18,1%
				40,4%

Figure 22 Prévalences, chez les psychothérapeutes, selon le retentissement (D1)
 Prévalence de l'ensemble des troubles estimée à 40,4%, soit 1,21% de la population française
 Données de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=189



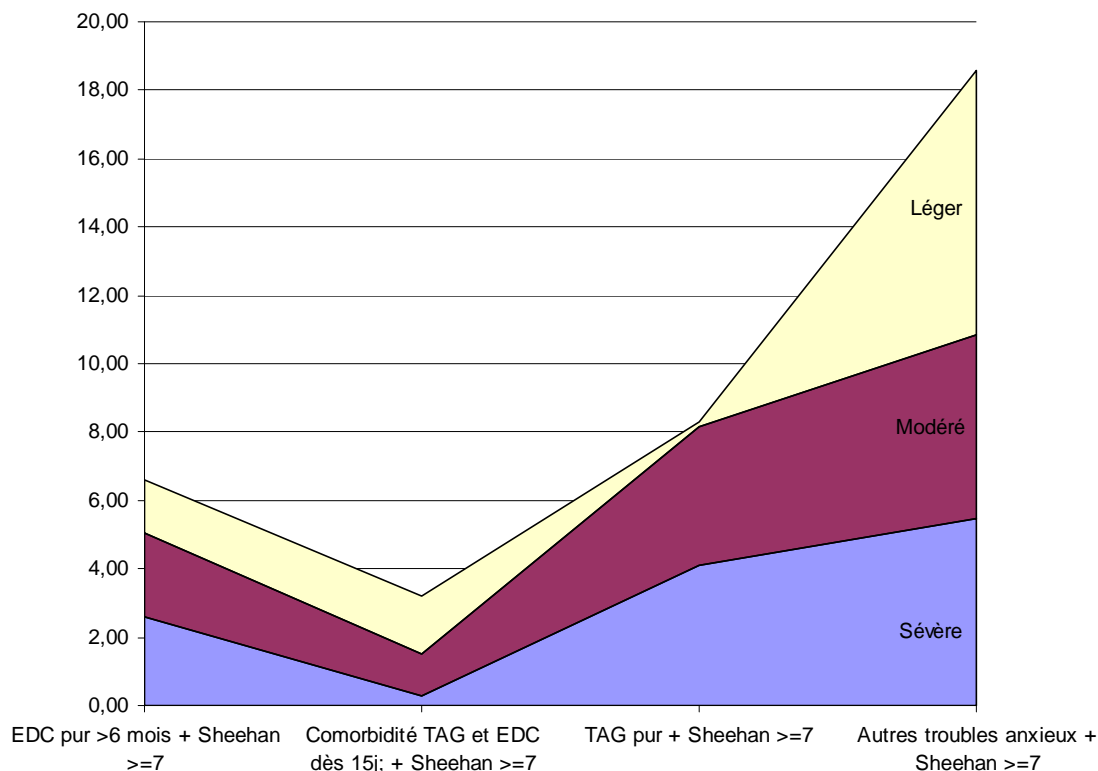
Lecture : Parmi les psychothérapeutes de 18-75 ans, 40,4% est diagnostiqué selon les critères de D1 : 12,08% des répondants souffrent d'EDM pur ; 2,93% d'un EDM pur avec un niveau de retentissement sévère, 7,13% d'un EDM pur modéré, et 2,02% d'un EDM pur léger.

Représentation graphique, chez les psychothérapeutes, selon les critères D2

Tableau 33 Prévalences, chez les psychothérapeutes, selon le type de troubles (D2)
 Critères diagnostique D2, parmi les 18-75 ans ; Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=168

	Retentissement			Total
	Sévère	Modéré	Léger	
EDM pur >6 mois + Sheehan >=7	2,59%	2,46%	1,54%	6,59%
Comorbidité TAG et EDM dès 15j; + Sheehan >=7	0,28%	1,25%	1,67%	3,2%
TAG pur + Sheehan >=7	4,11%	4,04%	0,13%	8,28%
Autres troubles anxieux + Sheehan >=7	5,47%	5,40%	7,72%	18,59%
				36,66%

Figure 23 Prévalences, chez les psychothérapeutes, selon le retentissement (D2)
Prévalence de l'ensemble des troubles estimée à 36,66%, soit 1,1% de la population française
Données Enquête Indicateurs 4 régions 2005, n=168



Lecture : Parmi les psychothérapeutes de 18-75 ans, 40,4% est diagnostiqué selon les critères de D2 : 6,59% des répondants souffrent d'EDM pur ; 2,59% d'un EDM pur avec un niveau de retentissement sévère, 2,46% d'un EDM pur modéré, et 1,54% d'un EDM pur léger.

10. Estimation du coût de la séance de psychothérapie

Les coûts de la séance de psychothérapie, pour les régimes obligatoires (RO) et complémentaires (RC) de santé, après l'analyse des données sur le coût de la séance selon le professionnel consulté (*Enquête MGEN 2005*) ont été estimés en se basant sur le coût d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1 adressé par le médecin traitant (pour les personnes de 25 ans et plus), dans le parcours de soin coordonné, pour des soins réguliers, en métropole, qui est de 41€ (CNAM-TS 2011a).

Rappelons que les résultats issus de l'*Enquête MGEN 2005* ont évalué pour la période 2000 à 2006, le coût d'une séance de psychothérapie en individuel avec un psychiatre à 40,70€ et avec un psychologue à 40,30€. Ces résultats sont cohérents avec le coût d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1 (41€).

11. Niveaux de remboursement de la séance de psychothérapie

La prise en charge financière des psychothérapies peut s'effectuer en plusieurs niveaux de remboursement par les régimes de santé obligatoires et complémentaires.

Deux niveaux de remboursement seront estimés dans cette étude, pour chacun des régimes de santé (RO et RC) ainsi que le reste à charge de l'utilisateur.

L'un est estimé à un niveau de remboursement avec un psychiatre (à hauteur de 70% comprenant une participation forfaitaire de 1€ par séance). Le second est estimé à un niveau de remboursement avec un auxiliaire médical, statut que pourrait recevoir un psychologue, si les séances avec ce type de professionnel, étaient remboursées.

Enfin, les coûts totaux de la prise en charge seront présentés. Cette estimation serait assimilable à un remboursement complet du suivi psychothérapeutique.

a. Taux de remboursement à hauteur de 70%

Une première estimation économique se basera sur le taux de remboursement d'une consultation avec un psychiatre de secteur 1 adressé par le médecin traitant, dans le parcours de soin coordonné, pour des soins réguliers, en métropole (CNAM-TS 2011a) (Figure 24).

Le coût de cette consultation se décompose ainsi :

- Pour le régime obligatoire : le taux de remboursement est de **70% de 41€ la séance - 1€ de participation forfaitaire**, soit un coût pour le RO de **27,30€**
- Pour le régime complémentaire, lorsque l'utilisateur est adhérent à une mutuelle ou assurance santé, sinon ce coût reste à la charge de l'utilisateur : taux de remboursement est de **30%, soit 12,30€**
- L'utilisateur paye une **participation forfaitaire de 1€** par consultation.

**Figure 24 Tarifs, base et taux de remboursement des consultations auprès d'un psychiatre
Par le régime obligatoire, en métropole
Source : (CNAM-TS 2011a)**

Tarifs des consultations des médecins correspondants (applicables au 1 ^{er} janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	41 €	41 €	70 %	27,70 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

Pour les cinq départements d'outre-mer, le taux de remboursement d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1 est le même qu'en métropole (70% + 1€ de participation forfaitaire), par contre les tarifs de base et de remboursement sont différents. Alors qu'il est de 41€ en métropole, il est de 44,43€ en Martinique et Guadeloupe, 45,86€ à Mayotte et de 47,86€ en Guyane et à la Réunion. Les montants remboursés par le régime obligatoire sont respectivement de 30,10€, 31,10€ et 32,50€ (CNAM-TS 2011b ; CNAM-TS 2011c ; CNAM-TS 2011d).

L'évaluation des coûts de la prise en charge de la séance de psychothérapie se basera sur le taux de remboursement en métropole. Appliquer des coûts différents pour les 2,87% de personnes (âgées entre 18 et 75 ans) habitant en DOM serait peu pertinent du fait que les prévalences pour l'ensemble des personnes à soigner ont été estimées sur celles de quatre régions métropolitaines.

L'exonération de frais de participation forfaitaire (1€ la séance) prévue pour les personnes bénéficiant de la CMU ou d'aide médicale de l'État, aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD), aux titulaires d'une pension d'invalidité et pour les femmes ayant atteint le sixième mois de grossesse, n'a pas été prise en compte dans le modèle économique, puisque nous ne disposons pas, dans l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, de données en termes de statuts et de prévalences pour ces sous-populations.

b. Taux de remboursement à hauteur de 60%

Le régime de santé obligatoire rembourse les séances avec certains auxiliaires médicaux : les masseur-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, infirmiers et

podologues, à hauteur de 60%. Les régimes complémentaires remboursent l'intégralité du reste à charge (40%). L'utilisateur n'a pas de participation forfaitaire à payer (CNAM-TS 2011e).

A titre de comparaison, les séances avec un masseur-kinésithérapeute, pour la prise en charge de la lombalgie aiguë disposent de guides de recommandations publiés par la HAS (HAS 2005a), définies avec un nombre de séances (jusqu'à 30 séances sur 12 mois, reconductible), une durée des séances (30 mn). Le coût total de la séance est de 20,75€.

Cette étude émet l'hypothèse que dans le cas où les séances avec un psychologue seraient remboursées, le niveau de remboursement pourrait être basé sur celui des auxiliaires médicaux. L'évaluation économique qui sera construite conservera le taux de remboursement des auxiliaires médicaux (60% / 40%) mais sans le coût total de la séance fixé (20,75€) pour ces professionnels. En effet, ce coût total est d'une part presque deux fois inférieur aux données déclarées par les psychothérapeutes et d'autre part, le travail psychothérapeutique du psychologue semble plus s'approcher de celui du psychiatre, que du cadre de travail des autres auxiliaires médicaux actuellement remboursés. Le coût fixé d'une séance devrait s'approcher de celui d'un psychiatre conventionné de secteur 1. Pour une séance à 41€, avec un taux de remboursement de 60% pour le RO, le coût de la séance est de 24,60€. Le reste à charge ou le montant pour le RC est de 16,40€.

12. Récapitulatif des facteurs sélectionnés dont va dépendre l'estimation du coût de prise en charge des psychothérapies

Comme nous l'avons présenté dans le modèle conceptuel du coût des psychothérapies, plusieurs facteurs (variables et populations) influencent le coût des séances de psychothérapie et de l'ensemble de la psychothérapie.

Au fil des analyses nous avons présenté et argumenté ces facteurs que les différents modèles de l'analyse économique prendra en considération pour le calcul de la prise en charge des psychothérapies. De ces facteurs sélectionnés, seront construits 12 modèles d'analyse économique.

Population de référence :

- Chez les personnes âgées entre 18 et 75 ans, vivant en métropole ou dans les DOM
- Pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale communs (hors addiction)
- Les prévalences sont estimées pour 12 mois.

Estimation de la prise en charge des patients :

- L'intensité de la prise en charge psychothérapeutique a été définie à partir des recommandations des guides de bonne pratique clinique du *NICE* (variant entre 2 et 24 séances par an)

Selon les sous-populations suivantes :

- Selon les prévalences estimées chez (a) les personnes consultant pour un problème de santé mentale, (b) parmi 30% d'entre elles (selon le modèle d'estimation du plan Layard à l'origine du programme *IAPT*), (c) et chez les psychothérapeutes.
- Selon le niveau de sévérité et de retentissement des troubles selon les critères diagnostiques de (a) D1 ou (b) D2
- Selon les niveaux de remboursement de la séance estimés à (a) 70% et (b) 60%

Selon trois catégories de coûts :

- Pour le régime obligatoire, le régime complémentaire ainsi que le reste à charge de l'utilisateur

L'estimation des coûts de la prise en charge psychothérapeutique sera réalisée, en macro-économie, à partir de la méthode dite "bottom-up", qui consiste à prendre un échantillon d'utilisateurs présentant les caractéristiques sélectionnées en amont, et d'extrapoler les coûts de prise en charge de cette population, à partir des données de leurs prévalences.

13. Résultats : estimation des coûts de prise en charge des psychothérapies

a. Évaluation économique selon les critères diagnostiques de D1

i. *Évaluation basée sur la population des consultants pour un problème de santé mentale*

En se basant sur la population des **consultants** (dont 24% ont été diagnostiqués selon D1 sur les 31,61% de consultants), 7,59% de la population, soit 3,442 millions de personnes âgées entre 18 et 75 ans, seraient éligibles à une prise en charge financière annuelle de la psychothérapie.

Selon les recommandations du *NICE*, cette population devrait suivre en moyenne 12 séances.

Le coût moyen d'une psychothérapie par personne, basé sur un montant de 41€ la séance, s'élève à 498€.

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation psychiatrique** (70% pour le RO + participation forfaitaire pour l'utilisateur), le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 336€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 149€, auquel s'ajoute la participation forfaitaire de 12€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 1,158 milliard d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 514 millions d'euros.

Le montant total annuel de la prise en charge est estimé à 1,713 milliard d'euros (en comptant la participation forfaitaire). (Modèle 1)

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation avec un auxiliaire médical** (60% pour le RO), le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 299€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 199€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 1,028 milliard d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 685 millions d'euros. (Modèle 2)

ii. *Évaluation basée sur 30% de la population consultant pour un problème de santé mentale*

Cette évaluation économique, qui s'inspire de la méthode du Programme *IAPT*, se base sur les prévalences, par delà le nombre de séances nécessaires et le coût moyen d'une psychothérapie par personne, de la population des consultants. Au total, 1,033 million de français seraient pris en charge (soit 2,28% de la population).

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation psychiatrique**, le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 347 millions d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 154 millions d'euros.

Le montant total annuel de la prise en charge est estimé à 514 millions d'euros (en comptant la participation forfaitaire). (Modèle 3)

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation avec un auxiliaire médical**, le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 308 millions d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 206 millions d'euros. (Modèle 4)

iii. Évaluation basée sur la population des psychothérapeutes

En se basant sur la population des **psychothérapeutes** (dont 40,4% ont été diagnostiqués selon D1 sur les 3% psychothérapeutes estimés), 1,21% de la population, soit 550.000 personnes âgées entre 18 et 75 ans, seraient éligibles à une prise en charge financière annuelle de la psychothérapie.

Cette population suit en moyenne 13,7 séances.

Le coût moyen d'une psychothérapie par personne, basé sur un montant de 41€ la séance, s'élève à 560€.

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation psychiatrique**, le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 379€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 168€, auquel s'ajoute la participation forfaitaire de 14€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 208 millions d'euros par an et pour le RC à 92 millions d'euros.

Le montant total annuel de la prise en charge est estimé à 308 millions d'euros (en comptant la participation forfaitaire). (Modèle 5)

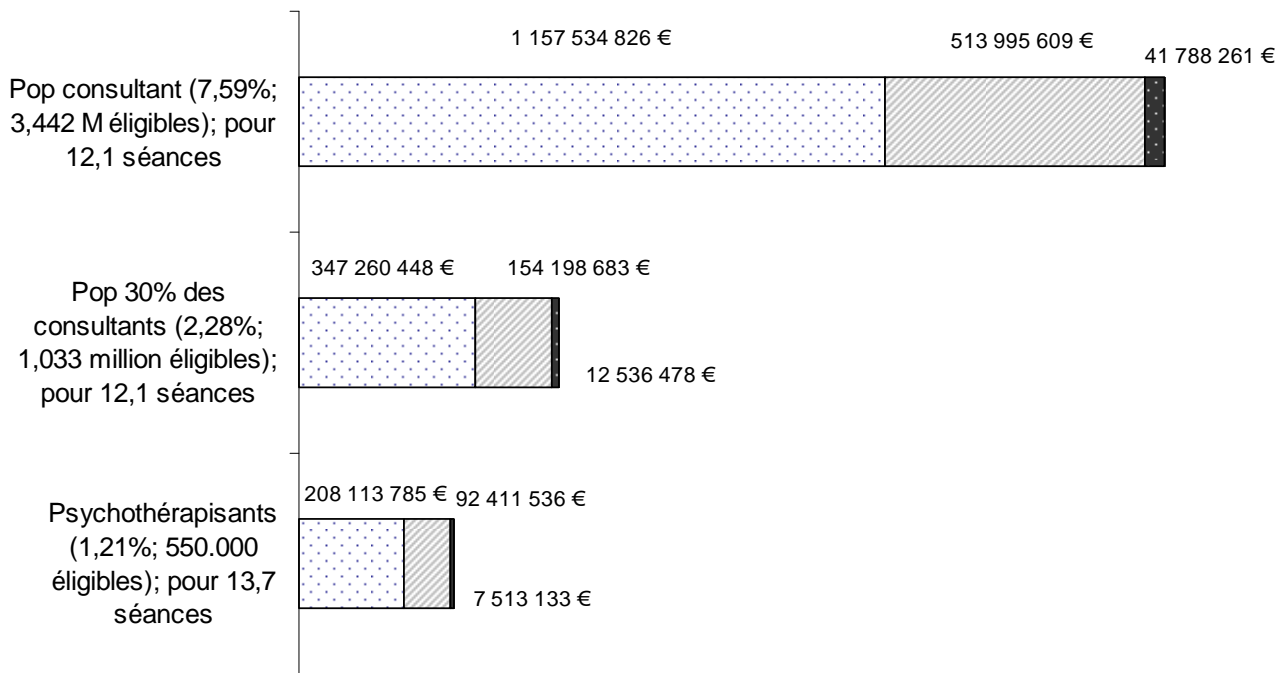
Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation avec un auxiliaire médical**, le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 336€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 224€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 185 millions d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 123 millions d'euros. (Modèle 6)

Les résultats sont présentés en détails dans le Tableau 34, Figure 25 et Figure 26.

Tableau 34 Évaluation économique de la prise en charge des psychothérapies (D1)
Selon les cirières diagnostiques de D1 - Modèles 1 à 6

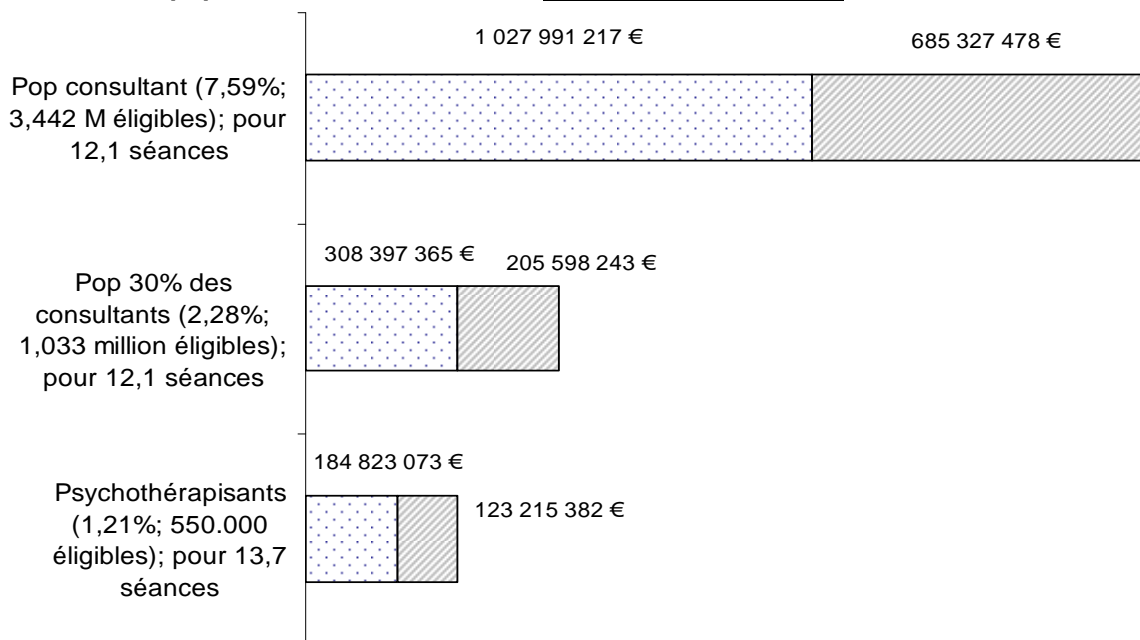
	Population consultant un professionnel pour un problème de santé mentale	30 % de la population consultant un professionnel pour un problème de santé mentale	Psychothérapeutes
Prévalences	7,59% de la pop (24% diagnostiqué à D1 de 31,61% des consultants)	2,28% de la pop (30% de 7,59% diagnostiqué à D1 chez les consultants)	1,21% de la pop (40,4% diagnostiqué à D1 de 3% des psychothérapeutes)
Nombre d'individus éligibles	3 442 257	1 032 677	549 710
Nombre moyen de séances	12,14	12,14	13,67
70% de remboursement pour RO + participation forfaitaire			
Coût moyen d'une psychothérapie par personne			
Coût RO (27,70€)	336,27€	336,27€	378,59€
Coût RC ou reste à charge (12,30€)	149,32€	149,32€	168,11€
Participation forfaitaire de 1€	12,14€	12,14€	13,67€
Coût total (sur 40€)	485,59€	485,59€	546,70€
Coût total (sur 41€)	497,73€	497,73€	560,36€
	Modèle 1	Modèle 3	Modèle 5
Coût de la prise en charge pour la population			
Coût RO (27,70€)	1 157 534 826€	347 260 448€	208 113 785€
Coût RC ou Reste à Charge (12,30€)	513 995 609€	154 198 683€	92 411 536€
Participation forfaitaire de 1€	41 788 261€	12 536 478€	7 513 133€
Coût total (hors participation forfaitaire)	1 671 530 434€	501 459 130€	300 525 321€
Coût total (dont participation forfaitaire)	1 713 318 695€	513 995 609€	308 038 454€
60% de remboursement pour RO			
Coût moyen d'une psychothérapie par personne			
Coût RO (24,60€)	298,64€	298,64€	336,22€
Coût RC ou reste à charge (16,40€)	199,09€	199,09€	224,15€
Coût total (sur 41€)	497,73€	497,73€	560,36€
	Modèle 2	Modèle 4	Modèle 6
Coût de la prise en charge pour la population			
Coût RO (24,60€)	1 027 991 217€	308 397 365€	184 823 073€
Coût RC ou reste à charge (16,40€)	685 327 478€	205 598 243€	123 215 382€
Coût total	1 713 318 695€	513 995 609€	308 038 454€

**Figure 25 Coûts de prise en charge des psychothérapies (D1 – à 70%)
Selon les critères diagnostiques de D1
Pour 3 sous-populations, avec un taux de remboursement de 70% + participation forfaitaire**



□ Coût RO (27,70€) □ Coût RC ou Reste à Charge (12,30€) ■ Participation forfaitaire de 1€

**Figure 26 Coûts de prise en charge des psychothérapies (D1 – à 60%)
Selon les critères diagnostiques de D1
Pour 3 sous-populations, avec un taux de remboursement de 60%**



□ Coût RO (24,60€) □ Coût RC ou reste à charge (16,40€)

b. Évaluation économique selon les critères diagnostiques de D2

i. Évaluation basée sur la population des consultants pour un problème de santé mentale

Selon l'estimation basée sur la population des **consultants** (dont 20,05% ont été diagnostiqués selon D2 sur les 31,61% de consultants), 6,43% de la population, soit 2,875 millions de personnes âgées entre 18 et 75 ans, seraient éligibles à une prise en charge annuelle de la psychothérapie.

Selon les recommandations du *NICE*, le nombre de séances que cette population devrait suivre a été estimé à en moyenne 12 séances.

Le coût moyen d'une psychothérapie par personne, basé sur un montant de 41€ la séance, s'élève à 496€.

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation psychiatrique**, le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 335€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 148€, auquel s'ajoute la participation forfaitaire de 12€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 963 millions d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 428 millions d'euros.

Le montant total annuel de la prise en charge est estimé à 1,426 milliard d'euros (en comptant la participation forfaitaire). (Modèle 7)

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation avec un auxiliaire médical**, le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 298€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 198€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 856 millions d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 570 millions d'euros. (Modèle 8)

ii. Évaluation basée sur 30% de la population consultant pour un problème de santé mentale

Selon cette estimation (issue de l'évaluation anglaise du programme *IAPT*), près de 862.000 français bénéficieraient d'une prise en charge psychothérapeutique, soit 1,9% de la population.

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation psychiatrique**, le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 289 millions d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 128 millions d'euros.

Le montant total annuel de la prise en charge est estimé à 428 millions d'euros (en comptant la participation forfaitaire). (Modèle 9)

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation avec un auxiliaire médical**, le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait,

pour le RO à 257 millions d'euros par an et pour le RC (ou reste à charge) à 171 millions d'euros. (Modèle 10)

iii. **Évaluation basée sur la population des psychothérapeutes**

En se basant sur la population des **psychothérapeutes** (dont 36,66% ont été diagnostiqués selon D2 sur les 3% psychothérapeutes estimés), 1,1% de la population, soit 499.000 personnes âgées entre 18 et 75 ans, seraient éligibles à une prise en charge financière annuelle de la psychothérapie.

Cette population suit en moyenne 13 séances.

Le coût moyen d'une psychothérapie par personne, basé sur un montant de 41€ la séance, s'élève à 532€.

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation psychiatrique**, le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 360€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 160€, auquel s'ajoute la participation forfaitaire de 13€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO à 179 millions d'euros par an et pour le RC à 80 millions d'euros.

Le montant total annuel de la prise en charge est estimé à 266 millions d'euros (en comptant la participation forfaitaire). (Modèle 11)

Avec un **taux de remboursement basé sur une consultation avec un auxiliaire médical**, le montant d'une psychothérapie par personne pour le RO s'élève à 319€, celui du RC, ou reste à charge s'élève à 213€. Le coût total de la prise en charge pour l'ensemble de cette population s'élèverait, pour le RO (ou reste à charge) à 159 millions d'euros par an et pour le RC à 106 millions d'euros. (Modèle 12)

Une partie des coûts de prise en charge psychothérapeutique est déjà financée par les régimes de santé

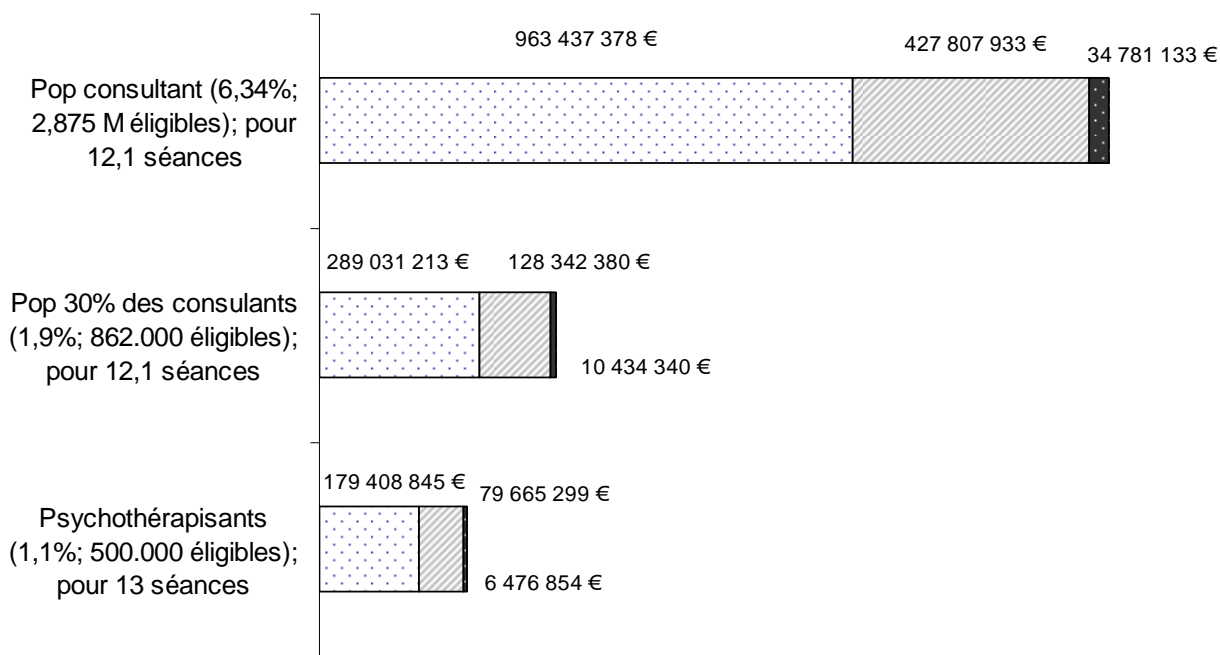
L'ensemble des coûts de prise en charge psychothérapeutique n'est pas à considérer comme des coûts supplémentaires pour les régimes de santé. En effet, comme l'ont révélé les résultats des enquêtes *Santé MGEN 2005* et *indicateurs 4 régions 2005*, une psychothérapie sur deux est faite par un psychiatre, dont la plupart des séances sont remboursées dans le cadre d'une consultation psychiatrique. Enfin, une partie des psychothérapies sont effectuées dans le secteur public (établissement hospitalier, CMP) où elles sont remboursées par les régimes de santé.

Les résultats sont présentés en détails dans le Tableau 35, Figure 27 et Figure 28.

Tableau 35 Évaluation économique de la prise en charge des psychothérapies (D2)
Selon les cirières diagnostiques de D2 - Modèles 7 à 12

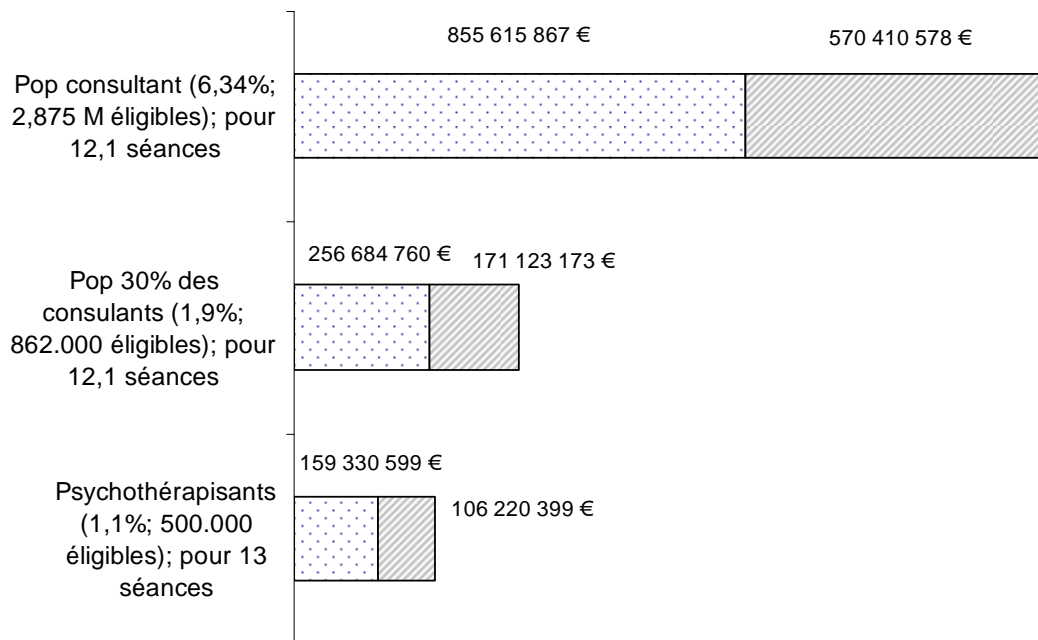
	Population consultant un professionnel pour un problème de santé mentale	30 % de la population consultant un professionnel pour un problème de santé mentale	Psychothérapeutes
Prévalences	6,34% de la pop (20,05% diagnostiqué à D2 de 31,61% des consultants)	1,9% de la pop (30% de 6,34% diagnostiqué à D2 chez les consultants)	1,1% de la pop (36,66% diagnostiqué à D2 de 3% des psychothérapeutes)
Nombre d'individus éligibles	2 874 714	862 414	498 830
Nombre moyen de séances	12,10	12,10	12,98
70% de remboursement pour RO + participation forfaitaire			
Coût moyen d'une psychothérapie par personne			
Coût RO (27,70€)	335,14€	335,14€	359,66€
Coût RC ou reste à charge (12,30€)	148,82€	148,82€	159,70€
Participation forfaitaire de 1€	12,10€	12,10€	12,98€
Coût total (sur 40€)	483,96€	483,96€	519,36€
Coût total (sur 41€)	496,06€	496,06€	532,35€
	Modèle 7	Modèle 9	Modèle 11
Coût de la prise en charge pour la population			
Coût RO (27,70€)	963 437 378€	289 031 213€	179 408 845€
Coût RC ou Reste à Charge (12,30€)	427 807 933€	128 342 380€	79 665 299€
Participation forfaitaire de 1€	34 781 133€	10 434 340€	6 476 854€
Coût total (hors participation forfaitaire)	1 391 245 311€	417 373 593€	259 074 145€
Coût total (dont participation forfaitaire)	1 426 026 444€	427 807 933€	265 550 998€
60% de remboursement pour RO			
Coût moyen d'une psychothérapie par personne			
Coût RO (24,60€)	297,64€	297,64€	319,41€
Coût RC ou reste à charge (16,40€)	198,42€	198,42€	212,94€
Coût total (sur 41€)	496,06€	496,06€	532,35€
	Modèle 8	Modèle 10	Modèle 12
Coût de la prise en charge pour la population			
Coût RO (24,60€)	855 615 867€	256 684 760€	159 330 599€
Coût RC ou reste à charge (16,40€)	570 410 578€	171 123 173€	106 220 399€
Coût total	1 426 026 444€	427 807 933€	265 550 998€

Figure 27 Coûts de prise en charge des psychothérapies (D2 – à 70%)
Selon les critères diagnostiques de D2
Pour 3 sous-populations, avec un taux de remboursement de 70% + participation forfaitaire



□ Coût RO (27,70€) □ Coût RC ou Reste à Charge (12,30€) ■ Participation forfaitaire de 1€

Figure 28 Coûts de prise en charge des psychothérapies (D2 – à 60%)
Selon les critères diagnostiques de D2
Pour 3 sous-populations, avec un taux de remboursement de 60%



□ Coût RO (24,60€) □ Coût RC ou reste à charge (16,40€)

c. Comparaison du nombre de séances estimé avec les données déclarées

Le nombre de séances de psychothérapies évalué dans notre simulation de prise en charge est cohérent avec les données en population générale : selon l'estimation du modèle D1, les patients souffrant d'EDM devraient suivre 17,6 séances et ceux souffrant de troubles anxieux, 9,6 séances. Toujours selon les données de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*, les répondants souffrant de troubles de santé mentale courants suivent en moyenne 16 séances et il faut noter que 66% d'entre eux ont fait une psychothérapie brève de moins de 11 séances (31% ont suivi des psychothérapies intenses d'au moins 36 séances).

d. Durée de la séance

Les enquêtes *Santé MGEN 2005* et *Indicateurs 4 régions 2005* ne permettent pas de connaître la durée d'une séance. En se référant aux données issues de l'enquête *ESEMeD* pour la France, où la durée d'une séance avec un psychologue ou un psychothérapeute est estimée à 42 mn en moyenne (sd : 27-57 ; médiane : 30 mn) (Dezetter 2009) et aux résultats de l'enquête menée chez les Gestalt-thérapeutes, pratiquant une méthode de type interpersonnelle, dont la séance durait entre 45 mn et 60 mn (Dezetter 2007), on peut estimer que la séance de psychothérapie devrait durer environ 45 mn. Durée qui est cohérente avec la durée d'une séance de psychothérapie de type TCC définie par les guides de recommandations de la HAS (HAS 2007a ; HAS 2007b).

e. Un coût reste à charge supportable pour les patients

Les données des enquêtes *Santé MGEN 2005* et *Indicateurs 4 régions 2005* n'ont pas permis d'évaluer la « disposition à payer » par le patient, pour une psychothérapie. Toutefois, d'un point de vue micro-économique, il semble raisonnable de penser qu'un patient ne disposant pas de régime complémentaire de santé (dont la CMU pour les patients les plus nécessiteux), puisse être disposé à payer entre 158€ et 289€ (selon sa symptomatologie nécessitant un certain nombre de séances et le niveau de remboursement par le RO). Ces coûts de reste à charge restent par ailleurs plus faibles que ceux dépensés par les psychothérisants, de l'*Enquête Santé MGEN 2005*, y compris de ceux ayant une PCS de type ouvrier ou employé. Enfin, une offre de psychothérapies, totalement prise en charge financièrement, reste disponible dans les CMP.

f. Chiffres clés de l'évaluation économique

Avec les réserves méthodologiques qui s'imposent, relatives aux enquêtes disponibles (quant à leurs outils psychométriques et à leurs échantillons d'étude) et aux choix méthodologiques que nous avons effectués, on peut proposer le résumé suivant :

En se basant sur la méthode d'évaluation économique du Programme *IAPT* (basé sur les prévalences de 30% des consultants pour un problème de santé mentale courant), âgés entre 18 et 75 ans, selon le critère diagnostique le moins restrictif (D1), pour le suivi de 12 séances de psychothérapie, dont le coût de la séance est estimée à 41€, le coût de la prise en charge psychothérapeutique annuelle totale s'élèverait à 514 millions d'euros pour traiter 1,033 million de français (soit 2,3% de la population). Selon le niveau de remboursement, le régime obligatoire, en investissant à hauteur de 60% (sur le modèle de prise en charge des auxiliaires médicaux) ou à hauteur de 70% (sur le modèle d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1), aurait à rembourser annuellement entre 308 et 347 millions d'euros. Les montants restant à la charge des régimes complémentaires, sinon des usagers s'élèveraient entre 154 millions d'euros (sans comptabiliser la participation forfaitaire) et 206 millions d'euros.

g. Reproductibilité de la prise en charge psychothérapeutique du contexte anglais au contexte français

Nous avons développé au fil des chapitres les éléments méthodologiques qui ont été inspirés du programme *IAPT*. Par ce fait, la portabilité du contexte anglais à celui français est alors à questionner.

Rappelons tout d'abord qu'une partie, seulement, de la méthodologie s'est basée sur le programme anglais, éléments méthodologiques pour lesquels plusieurs critères ont été présentés en plusieurs scénarii. A titre d'exemple, une des trois simulations pour évaluer la proportion de patients qui serait à soigner a été estimée à 30% des consultants (estimation anglaise, incluant le taux de refus de traitement auquel s'ajoute l'hypothèse d'un recours plus accru aux psychothérapies dans le cadre du programme de santé publique), cela chez les personnes âgées entre 18 et 75 ans pour le contexte français (alors que le Plan Layard a procédé à une estimation chez les personnes en âge de travailler). Enfin, rappelons que nous avons considéré ce taux de personnes « pouvant accepter et bénéficier du traitement psychothérapeutique » comme transposable à la France puisque les prévalences utilisées pour construire cette mesure ((a) prévalences des recours pour/avec des troubles santé

mentale à professionnel de santé ; (b) prévalences des recours aux psychothérapies parmi cette population) se sont révélées similaires entre les données anglaises (Plan Layard 2005) et les données françaises en population générale.

Il semble important de rappeler que les objectifs des programmes anglais et français naissent dans la même problématique, celle de réduire la consommation de psychotropes seule, de réduire les coûts imputables aux troubles de santé mentale, d'accroître le recours aux psychothérapies structurées, en proposant une offre plus accessible (en terme d'offre de professionnels et en terme financier).

Par contre, l'organisation des systèmes de soins est sensiblement différente entre les deux pays, dont les systèmes de santé (telle que la protection sociale) restent comparables. Le rôle des trois professionnels impliqués dans l'offre de psychothérapie divergent actuellement : en Angleterre, les médecins généralistes ont un rôle de référent aux psychiatres, qui eux prescrivent des traitements mais ne proposent pas de psychothérapie (contrairement à la France). Toujours en Angleterre, les psychothérapies sont effectuées par des psychologues ou des psychothérapeutes non médecin. Les deux différences capitales quant prise en charge psychothérapeutique entre les deux pays, concernent un recours en étape (*step by step*) en Angleterre et une prise en charge financière totale Outre-Manche, alors qu'elle a été estimée, pour la France, avec un niveau de remboursement par le RO à 60% et 70%.

La question de la reproductibilité du contexte anglais semble porter essentiellement sur la question du nombre de séances, selon la symptomatologie (et la sévérité), par conséquent sur l'estimation des prévalences et des coûts estimés de la prise en charge psychothérapeutique en France. Pour cette estimation du nombre de séances, nous avons précédemment détaillé les raisons de nos choix méthodologiques quant à l'utilisation des recommandations de prise en charge thérapeutique du *NICE* anglais (étant largement plus détaillés que ceux de la HAS, tout en prenant en considération que de nombreuses recommandations de la HAS reposent sur celles du *NICE*). Nous avons aussi précédemment relaté que le programme anglais, bien que basé sur les résultats d'ECR (essais contrôlés randomisés), dont la méthode thérapeutique analysée est généralement une TCC, laisse une place non négligeable à la prise en charge avec une méthode interpersonnelle. Cette méthode psychothérapeutique est majoritairement brève, dans le cadre du programme IAPT, pouvant aussi être sensiblement plus longue dans les cas de prise en charge de souffrants d'EDM sévères. Parallèlement, les données observées en population générale françaises ont révélé que les psychothérapies s'effectuaient avec une faible intensité (16 séances en moyenne, dont 66% ont été suivies en moins de 11 séances), s'apparentant ainsi aux psychothérapies brèves.

Au final, la reproductibilité du nombre de séances (et par delà les coûts de prise en charge) entre les deux pays paraît robuste d'un point de vue épidémiologique, étant donné que les données observées, recueillies auprès de la population générale française, ont révélé

une intensité de suivi très poche de celles recommandées par le NICE. Nous restons toutefois conscients que les enquêtes basées sur des instruments psychométriques, utilisés couramment en épidémiologie (le CIDI-SF et l'échelle de retentissement SDS) peuvent diverger de la réalité clinique. A titre de comparaison épidémiologique et clinique, les premiers résultats issus des deux sites pilotes du programme IAPT (Clark, Layard, Smithies et al. 2009; Glover, Webb et Evison 2010) ont révélé des résultats cliniques très proches des prédictions épidémiologiques, estimés cinq ans plus tôt par le plan Layard (2005).

h. Comparaison des résultats avec le programme *IAPT* en Angleterre

Les prévalences annuelles de la population diagnostiquée, selon les critères diagnostiques augmentés en chronicité et sévérité (D1 et D2), sont proches de celles estimées en Angleterre (9,2% en Angleterre selon (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008) et entre 8,7% et 10,3% dans notre étude – prévalences rapportées aux personnes âgées de 18 ans et plus).

Selon le programme *IAPT*, en prenant en charge les personnes susceptibles de consulter (30% des consultants pour des problèmes de santé mentale courants), soit 800.000 personnes en âge de travailler au cours des deux premières années du programme, puis 900.000 personnes à partir de 2011 (NHS, APT 2011) bénéficieraient de la prise en charge thérapeutique.

Afin de comparer les prises en charge des deux pays, il est nécessaire de rapporter leurs différences démographiques (+21% en faveur de la France (dont DOM), pour la population âgée entre 18 et 75 ans). Ainsi, à démographie égale, l'Angleterre aurait à traiter 1,089 million d'anglais. Ce résultat est très proche de celui estimé pour la France. En effet, l'évaluation que nous avons présentée, selon la méthodologie du plan Layard, basée sur les 30% de consultants, estime à 1,033 millions de français à soigner, selon les critères diagnostics le moins restrictif (D1 – Modèles 3 et 4).

Par contre le coût de la psychothérapie, pour le régime de santé anglais, et le ou les régimes de santé français sont difficilement comparables. En effet, en Angleterre, où la psychothérapie est entièrement couverte financièrement par l'État, les coûts estimés des thérapies intègrent les frais organisationnels (salaire du thérapeute, charges incluses, les frais d'administration et de structure). Les résultats issus des deux sites pilotes distinguent les coûts des thérapies de basse intensité et celle de haute intensité dont le professionnel impliqué et la méthode sont distincts.

Cette distinction a l'avantage de pouvoir comparer les coûts des séances, en Angleterre, dont la pratique correspond à celles que nous proposons dans notre étude. En effet, selon les

critères du *NICE*, les patients à qui serait proposée une psychothérapie dans notre évaluation économique, bénéficieraient majoritairement de psychothérapie de haute intensité puisque nous avons augmenté le niveau de chronicité et de sévérité. Aussi, les thérapies de basse intensité, en Angleterre, ne peuvent être directement comparées aux séances de psychothérapie prévues dans notre estimation, puisque les premières proposent principalement des séances de self-help.

Le plan Layard a estimé le coût moyen d'une thérapie par personne à 853€ (auquel s'ajoute 23€ de frais de formation des professionnels) pour le suivi de 11 séances (Layard, Clark, Knapp et al. 2006 ; Layard 2006).

Les résultats des sites pilotes ont évalués le coût d'une psychothérapie, de haute intensité par personne à 858€ pour en moyenne 13 séances suivies). A titre de comparaison, une psychothérapie de basse intensité, qui dure en moyenne de 4 à 5 séances coûte 155€.

Pour la France, le coût total (RO et reste à charge) d'une psychothérapie que nous avons estimé, selon le niveau diagnostique et la population ciblée, s'élève entre 496€ et 560€ pour en moyenne 12 à 13 séances. Ces coûts ne comprennent pas les frais de structures, que les coûts du programme anglais intègre dans ses calculs.

Pour ces mêmes raisons, le coût pour l'ensemble de la population à traiter, serait nettement inférieur en France qu'il n'est en Angleterre.

Le budget annuel du Programme *IAPT* est de 682 millions d'euros. A démographie égale, il serait de 826 millions d'euros. Le budget annuel total (pour le RO et reste à charge) que nous avons estimé pour la France (pour 30% des consultants), selon les critères diagnostiques les moins restrictifs, s'élèverait à 514 millions d'euros. Ces coûts restent difficilement comparables puisqu'ils n'intègrent aucun frais de structure, le coût des psychothérapies étant basé sur une prise en charge dans le secteur libéral.

14. Limites de l'évaluation économique et éléments de discussion

Prise en charge psychothérapeutique basée sur les recommandations du NICE

Un nombre de séances précis a été proposé, selon le trouble et la sévérité, dans notre estimation économique. Ce nombre de séance a été extrapolé sur celui recommandé par le NICE, sur lequel s'est basé le programme IAPT. Toutefois, à un chiffre précis le NICE préfère recommander une fourchette de séances à suivre. Aussi, nous avons regroupé les troubles anxieux, hors TAG, avec le même nombre de séances, croissant selon la sévérité, en raison d'une forte comorbidité entre ces troubles, nous l'avons évoqué, mais aussi parce que pour une partie des symptômes anxieux (phobies sociales ou spécifiques, l'agoraphobie sans trouble panique) le NICE ne donne pas de préconisation en terme de séances.

Augmentation des seuils diagnostiques par rapport à la prise en charge du Programme IAPT

L'évaluation économique de la prise en charge psychothérapeutique, en France, a été extrapolée sur le nombre de séances, selon la symptomatologie et la sévérité des troubles psychiques, recommandé par les guides de bonne pratique clinique du NICE.

Toutefois, les niveaux de prévalences et de sévérité dans notre étude ont été nettement augmentés en comparaison aux critères du NICE. Pour l'estimation en France, les seuils de sévérité et de chronicité des troubles ont été élevés et les degrés de sévérité ont été estimés en fonction du nombre de domaines de la vie quotidienne dans lequel le trouble a un retentissement.

Des seuils de sévérité et chronicité discutables

Les niveaux de chronicité et de sévérité des troubles ont été augmentés afin de proposer une prise en charge financière des traitements psychothérapeutiques seulement aux personnes souffrant de troubles de longue durée ou dont les troubles ont un retentissement important sur la vie quotidienne, c'est à dire sans intégrer une partie de la population, diagnostiquée par le DSM mais dont une majorité d'entre eux recouvreraient naturellement leur santé psychique. Les personnes répondant aux critères diagnostiques, de D2 particulièrement, souffrent d'un retentissement très sévère de leurs troubles. Ces niveaux de sévérité et de chronicité pourraient être abaissés, afin de prendre en charge des personnes dont le retentissement sur la vie quotidienne est moins important, ou que la durée de l'épisode dépressif soit inférieur à six mois. On peut émettre l'hypothèse, qu'*in situ*, l'indication de psychothérapie puisse être proposée à des patients souffrant de chronicité ou de retentissement inférieurs à ceux estimés dans cette étude, avec l'accord du médecin conseil du régime obligatoire de santé.

Le nombre et la modalité de suivi des séances

La modalité de suivi de la psychothérapie en groupe est peu pratiquée en France, contrairement à l'Angleterre, que le programme *IAPT* prévoit pour les TAG légers.

L'option de proposer une psychothérapie de groupe, selon le type de trouble pour lesquels cette modalité conviendrait cliniquement, pourrait être envisagée en France, ainsi que l'estimation de ces coûts.

Contrairement au programme *IAPT*, le suivi de séances de *self-help* (dirigées ou non) n'a pas été intégré dans notre estimation économique, car, seuls, ils ne concernent que les troubles anxieux les plus légers. Ni les séances de relaxation associées aux séances de psychothérapie pour les TAG purs, car celles-ci relèvent du cadre sanitaire, pouvant être prises en charge par un masseur-kinésithérapeute dont les séances sont remboursées par les régimes de santé.

L'évaluation économique n'a pas estimé la possibilité de reconduction des séances en cas d'absence de rémission des symptômes.

Diminution des prévalences des troubles récurrents induits par la psychothérapie

Seule la prévalence annuelle des troubles de santé mentale courants a été estimée, sans estimation de l'incidence, qui devrait baisser du fait d'une baisse de la prévalence des troubles récurrents permise par la rémission d'une partie de la population présentant ces troubles récurrents, après le suivi thérapeutique.

Évolution démographique

Le nombre de personnes pouvant bénéficier d'une prise en charge thérapeutique a été estimée sur la population française (âgée entre 18 et 75 ans) de 2010. Nous n'avons pas présenté d'estimation prenant en compte l'évolution démographique de la population.

Coût de la séance et niveau de remboursement du régime obligatoire

Le coût de la séance (41€) a été estimé à partir du coût d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1, en 2011, qui correspond au coût moyen d'une séance de psychothérapie déclaré par les répondants de l'*Enquête MGEN 2005*. Ce coût de 41€ a été subdivisé en trois niveaux (pour RO, RC ou reste à charge de l'utilisateur) et une participation forfaitaire de 1€ (pour les personnes qui y sont assujetties). Cette participation concerne les consultations avec un psychiatre mais non celles effectuées avec un auxiliaire médical.

Ce coût de la séance pourrait être réévalué par les autorités de santé et selon l'estimation envisagée par les syndicats de psychologues.

Le coût envisagé dans l'évaluation française est le même quelque soit le type de traitement (TCC, PI), de durée de la séance ou de professionnel impliqué. Aussi, il pourrait être envisagé deux types de suivis psychothérapeutiques, adaptés aux symptomatologies de la patientelle, ayant des coûts différents, à l'instar du programme *IAPT*. Le programme anglais distingue deux niveaux de psychothérapie, avec des professionnels différents : des thérapies de basse intensité avec un "counselor" (psychologue non clinicien) dont la séance coûte à l'organisme de sécurité sociale 55€ (frais de structure inclus) et des thérapies de haute intensité avec un psychothérapeute dont le montant s'élève à 75€.

Le coût a été estimé pour l'année 2011, sans prise en compte d'une évolution de l'inflation ou de l'élévation du niveau de remboursement avec un psychiatre de secteur pour les années à venir.

Niveau de prise en charge par les régimes complémentaires de santé

Alors que le niveau de prise en charge par les régimes obligatoires de santé a été estimé à hauteur de 70% et 60%, les taux restant, donc les coûts reste à charge, pour les régimes complémentaires santé ou pour les usagers n'ont pas été détaillés, du fait des nombreux modèles économiques qui pouvaient être envisagés.

D'une part, il faut noter, que selon les données de l'OCDE, en 2000, 92% des français étaient couverts par une mutuelle ou assurance santé complémentaire (OCDE 2004). Ces 8% de personnes, non couvertes par un régime complémentaire, peuvent bénéficier d'une couverture totale pour un traitement psychothérapeutique, effectué dans un établissement public (CMP). Toutefois nous ne disposons ni de données épidémiologiques en santé mentale chez ces personnes non couverte par un RC, ni sur leur accès aux soins en santé mentale, dont les psychothérapies.

D'autre part, concernant les régimes complémentaires de santé, les taux de remboursement varient à la fois entre les mutuelles ou assurances santé et surtout entre les forfaits proposés (de 100% à 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale, selon le coût de la formule complémentaire).

Taux de refus du traitement

Alors que l'étude de (Glover, Webb et Evison 2010) issue des résultats des psychothérapies effectuées dans le cadre du programme *IAPT* dans les deux sites pilotes a montré que 9% des patients ont refusé le traitement psychothérapeutique, notre estimation n'a pas intégré un taux de refus de la part des patients.

Prévalences issues des données de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005

Les prévalences des troubles de santé mentale courants et de leurs niveaux de chronicité et de sévérité sont issues des données de l'Enquête Indicateurs 4 régions 2005. Ces prévalences, estimées chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale et ayant consulté un professionnel pour un problème de santé mentale ou ayant suivie une psychothérapie au cours de l'année précédant l'entretien, ne montraient pas de différences significatives entre les quatre régions. Toutefois, une analyse complémentaire serait à effectuer, en population nationale, pour l'ensemble des régions françaises. Ce que le *Baromètre Santé INPES 2005* permettrait de réaliser, en ayant l'avantage d'analyser les différences régionales quant au recours aux soins en santé mentale (psychothérapie en particulier). Cette analyse, comparée aux données sur l'offre de professionnels de santé mentale, psychologues en particulier, (présenté dans cette étude) permettrait de planifier les besoins de soins par bassin géographique.

Comparaison avec le nombre de séances suivies parmi la population MGEN et la population générale

Les répondants de l'Enquête MGEN 2005 ont fait en moyenne entre 30 et 55 séances (entre 24 et 44 si on considère les séances manquées) selon le professionnel consulté (psychiatre ou psychologue) et l'époque du suivi (sans différence significative quant à la PCS). Les effectifs des personnes ayant à la fois suivi et terminé une psychothérapie en individuel (et dont on dispose d'information sur l'intensité de la psychothérapie) et ayant souffert de troubles de santé mentale au cours de cette dernière année sont trop faibles pour évaluer avec exactitude le nombre de séances suivies chez les personnes souffrant de troubles psychiques. Les données dont nous disposons ont tendance à montrer des intensités de psychothérapie plus élevée que la moyenne. On peut émettre l'hypothèse selon laquelle la population de l'Enquête MGEN 2005 se distingue de la population générale, en termes de recours psychothérapeutique. En effet, cette population possède des caractéristiques sociologiques propres aux psychothérisants, en termes de genre, d'âge, de milieu socioculturel.

Les données en population générale ont révélé que chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants au cours des 12 derniers mois, qui suivent en moyenne 16 séances (sans différence significative entre celles suivies au cours de la vie et de l'année passée), deux types de suivi se distinguaient nettement : soit le suivi de psychothérapie très brève (moins de 11 séances), soit de psychothérapie très intense (au moins un an avec un rythme soutenu, qui a été estimé à une trentaine de séances). L'intensité de la psychothérapie ne diffère pas selon le professionnel consulté. Les personnes souffrant de troubles les plus

sévères (estimés selon le modèle diagnostique D2) suivent presque autant (entre environ 50% et 60%, selon la symptomatologie psychique) une psychothérapie très brève ou très intense.

15. Estimation des coûts évitables après le suivi du traitement psychothérapeutique

Nous avons précédemment relaté que le fait de suivre une psychothérapie a un impact positif prouvé sur la rémission des troubles, et par effet d'entraînement sur les consommations de soins et services ainsi que sur le fonctionnement social (Roth et Fonagy 2005; Mumford, Schlesinger, Glass et al. 1984; Gabbard, Lazar, Hornberger et al. 1997 ; de Maat, Philipszoon, Schoevers et al. 2007; Chiles et Lambert 1999). Le traitement psychothérapeutique permet ainsi d'épargner une partie des coûts directs et indirects induits par les troubles de santé mentale courants et de présenter un bénéfice économique avéré (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen et al. 2005; Sobocki, Jonsson, Angst, et al. 2006; Milon 2009).

a. Objectifs et méthodes

i. Objectifs et plan d'analyse

Cette étude préliminaire a pour objectif d'évaluer les coûts évitables et les coûts-bénéfices du traitement psychothérapeutique, chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants diagnostiquées selon les critères D1. Pour ce faire 6 étapes seront nécessaires, il s'agira de :

1. Se baser sur les données nationales pour l'évaluation des coûts induits par les troubles de santé mentale selon l'étude de (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen et al. 2005) et subdivisés en coûts directs et indirects, par poste de dépense, estimés, en France, par l'étude de (Sobocki, Jonsson, Angst et al. 2006). Ces coûts sont divisés en deux catégories symptomatologiques : EDM au moins et troubles anxieux sans comorbidité avec un EDM.
2. Se baser sur l'évaluation des coûts de prise en charge par le traitement psychothérapeutique estimée par notre étude, selon le modèle D1.
3. Évaluer les taux de rémission attribuables au traitement psychothérapeutique estimés par la littérature, avec une analyse de sensibilité.
4. Évaluer les coûts évitables par le traitement psychothérapeutique pour la population des consultants diagnostiquée selon les critères de D1.
5. Estimer le bénéfice médico-économique, pour une psychothérapie par personne, par an
6. Estimer le ratio coût-bénéfice du traitement psychothérapeutique.

ii. Évaluation du taux de rémission attribuable au traitement psychothérapeutique : méthodes et limites

Le bénéfice du traitement psychothérapeutique, autrement dit du taux de rémission attribuable à la psychothérapie, lorsqu'il n'est pas directement présenté dans la littérature, peut être calculé à partir des quatre indicateurs suivants :

- a) taux de rémission des troubles chez les psychothérapisants ;
- b) taux de rechute chez les psychothérapeutes ;
- c) taux de rémission naturelle ;
- d) taux de rechute chez les personnes ayant présenté une rémission naturelle.

iii. Sélection et critères d'inclusion des études pour la revue de littérature

Afin d'évaluer le bénéfice attribuable aux psychothérapies, une revue de la littérature a été effectuée. Pour laquelle nous avons privilégié les méta-analyses regroupant plusieurs essais contrôlés randomisés (ECR) et sélectionné les études présentant en détail les résultats des ECR, citées comme référence dans le rapport d'expertise de l'INSERM « Psychothérapies : trois approches évaluées » (INSERM 2004), la revue systématique du rapport d'expertise anglais (Churchill, Hunot, Corney et al. 2001) (l'homologue du rapport de l'INSERM 2004). Nous avons aussi sélectionné six autres études de références publiées après le rapport de l'Inserm (2004), dont deux revues de littérature de méta-analyses, ainsi que l'étude à partir de laquelle le Programme *IAPT* a estimé le bénéfice du traitement psychothérapeutique.

Notre sélection a été effectuée en fonction des informations sur : (a) le bénéfice du traitement psychothérapeutique ou (b) sur les données permettant d'effectuer son calcul. Les autres critères de sélection avaient pour objectif que le traitement et la population soient comparables à ceux proposés dans notre étude.

Ces critères d'inclusion étaient les suivants : ECR, méta-analyse d'ECR ou revue de littérature sur :

- (a) l'efficacité du suivi de psychothérapies structurées,
- (b) comprenant des données post-traitement à 24 mois,
- (c) chez les patientelles souffrant de troubles de santé mentale courants,
- (d) le groupe contrôle devait être une absence de traitement (liste d'attente, sinon suivi clinique, ou en combinaison avec un antidépresseur en sevrage progressif),
- (e) le groupe traité devait avoir reçu un traitement psychothérapeutique de type TCC ou PI.

Plusieurs sources utilisées

En raison du fait que la plupart des études ne présentent pas l'ensemble des données nécessaires au calcul du bénéfice de la psychothérapie, ou ce taux lui-même, nous nous retrouvons à devoir comparer des données issues de plusieurs sources aux méthodes sensiblement différentes : en termes d'études (différents ECR, méta-analyses), ayant différentes méthodologies (symptomatologie, méthode thérapeutique, groupe contrôle, rémission complète vs. diagnostic à partir d'une sévérité modérée, échelle diagnostique utilisée, moment de l'évaluation, caractéristique de la population). Toutefois, utiliser plusieurs sources de données présente l'avantage de pouvoir comparer les différents taux de rémission et de pouvoir effectuer une analyse de sensibilité.

iv. Limites de la méthodologie employée pour évaluer le bénéfice des psychothérapies

Nous détaillons ci-après les différentes limites méthodologiques relatives à l'évaluation du bénéfice attribuable aux psychothérapies et les solutions envisagées pour réduire ces limites.

La classe d'âge des patients des ECR

Les ECR inclus dans notre revue de littérature ont généralement étudié les bénéfices du traitement chez les moins de 65 ans, alors que notre estimation intègre aussi les personnes âgées de 65 à 75 ans.

Rémission complète vs. absence de diagnostic aux troubles de sévérité modérée ou sévère

Les taux de rémission, attribuables au traitement psychothérapeutique, sont évalués différemment, selon les ECR et méta-analyses. Soit la rémission est considérée comme une complète disparition des symptômes, soit comme une absence de diagnostic aux troubles de sévérité modérée ou sévère, c'est à dire que les troubles d'intensité légère ne sont pas inclus dans les taux de rémission, soit comme une diminution de 50% de la symptomatologie sur une échelle de mesure. Afin de palier ce problème méthodologique, nous avons distingué dans notre revue de littérature, pour chaque source, ces différents niveaux de rémission (rémission complète ou rémission chez les troubles modérés et sévères), et nous avons intégrés ces écarts dans une analyse de sensibilité.

Différentes échelles pour évaluer les taux de rémission

Différentes échelles diagnostiques sont utilisées pour évaluer, selon la symptomatologie, les taux de rémission du groupe contrôle et groupe traité par le suivi psychothérapeutique

dans les différents ECR (ceux étudiés et ceux inclus dans les méta-analyses étudiées). Les deux principales échelles utilisées sont :

a) l'échelle de la dépression de Beck (BDI : *Beck Depression Inventory*) sur laquelle : un score inférieur à 10 correspond à une absence de dépression ; un score compris entre 10-18 : à une dépression de niveau de sévérité légère ; de 19-29 : à un niveau modéré et un score supérieur ou égal à 30 : à une dépression sévère (Gloaguen, Cottraux, Cucherat et al. 1998) ; (Beck, Steer, Ball et al. 1996).

b) l'échelle de la dépression d'Hamilton (HDRS : *Hamilton Depression Rating Scale*) dont l'interprétation du score varie selon les études (Kriston et von Wolff 2011). Nous présentons celle du NICE (2009). Un score au HDRS inférieur à 8 correspond à une absence de dépression ; un score compris entre 8 et 13 à la présence d'un trouble subsyndromique ; un score entre 14 et 18 à une dépression de sévérité légère ; un score entre 19 et 22 à une dépression de sévérité modérée et un score supérieur ou égal à 23 à une dépression sévère.

D'autres échelles sont aussi utilisées, que Churchill, Hunot, Corney et al. (2001) considèrent comme comparables : les échelles de : *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) ; *Raskin Global Scale for Depression* (RGSD) ; *Symptom Checklist* (SCL)-90-revised), ainsi que le CID (*Paykel Clinical Interview for Depression*) ; CSR (*Clinical Severity Rating*) ; PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) ; et pour le TAG : le GAD-7 (*Generalised Anxiety Disorder Assessment*).

Les échelles utilisées par les différents ECR ou le fait que plusieurs d'entre elles soient utilisées par les ECR intégrés dans les méta-analyses, sont indiquées dans notre revue de littérature (Tableau 36).

Évaluation des rémissions selon la symptomatologie

Notre analyse avait comme objectif d'évaluer les bénéfices cliniques du traitement psychothérapeutique selon les différentes symptomatologies : EDM et troubles anxieux. Au final, l'extrapolation des taux de rémission, quelque soit le type de troubles de santé mentale courants, a été préférée. Deux raisons ont motivé ce choix : 1) D'une part, parce que plusieurs méta-analyses portant sur les troubles de santé mentale courants, ne distinguent par ces différentes symptomatologies (EDM et troubles anxieux). 2) D'autre part, parce qu'il n'a pas été possible de recueillir les données nécessaires portant sur chacune des différentes symptomatologies anxieuses (TAG, TOC, ESPT, phobie sociale, phobie spécifique, troubles paniques avec ou sans agoraphobie). En effet, les méta-analyses portant sur les troubles anxieux sont relativement peu représentées dans la littérature (comparées aux données sur les EDM), et les données sur les différentes symptomatologies anxieuses d'autant plus rares.

Différents moments d'évaluation post-traitement

Le moment auquel a été évalué les rémissions ou les rechutes diffère entre les ECR. Celui-ci varie entre le post-traitement et jusqu'à deux ans ; la majorité se situant entre 4 mois et 1 an. Une analyse de sensibilité permettra de considérer ces écarts.

Peu de données sur les psychothérapies interpersonnelles

Nous disposons de peu de données sur le bénéfice du suivi des psychothérapies interpersonnelles, en raison du fait que de rares ECR ou méta-analyses sont disponibles. A ce propos, le rapport de l'INSERM (2004) et les nombreux articles polémiques qui en ont découlé ont largement donné les raisons de très faibles représentations des psychothérapies interpersonnelles (psychanalyse, psychodynamique) (Thurin 2005a).

Limites intrinsèques aux ECR et aux méta-analyses

Les résultats sur le bénéfice du traitement psychothérapeutique que nous présentons possèdent les limites intrinsèques aux ECR et aux méta-analyses. En effet, comme toutes les méta-analyses, les résultats varient selon la sélection des ECR, dont la méthodologie peut être discutée (taille de l'échantillon, échelle diagnostique utilisée, lieux de consultation (hôpital, ambulatoire, soin primaire, soin spécialisé), spécificité sociodémographique des patients. La méthodologie employée dans la méta-analyse peut être aussi discutée (inclusion d'études dont la méthodologie serait discutable, étendue de la période des études, groupe de patients hétérogènes dans leurs symptomatologies, rareté des patients souffrant de cas complexes (chronicité, comorbidité psychique et/ou somatique), méthodes thérapeutiques sélectionnées ou différemment classées, sélection des psychothérapies brèves avec un suivi à court terme des patients, pondérations variables et discutables selon la taille de l'échantillon) (Cuijpers, Andersson, Donker et al. 2011).

Les effets des traitements psychothérapeutiques seuls ou associés aux traitements pharmacologiques non évalués

Une évaluation rigoureuse du bénéfice des psychothérapies (sur les rémissions et les coûts) devrait intégrer (a) leur bénéfice seul comparé au traitement pharmacologique et (b) leur apport au traitement lorsque celui-ci est associé au traitement pharmacologique. Et ce, tels qu'ils sont préconisés par les guides de bonne pratique clinique de la HAS, par symptomatologie et niveau de sévérité.

En raison de la complexité de leur évaluation, ces analyses n'ont pas pu être intégrées aux estimations préliminaires des bénéfices des psychothérapies. Ces estimations n'ont, par ailleurs, pas été évaluées dans les Plan Layard et Programme *IAPT*.

Nous présentons ici, à la fois le plan d'analyse qui pourrait être suivi dans le cadre d'une étude approfondie, ainsi que les motifs liés aux difficultés à n'avoir pu procéder à ces estimations.

Tout d'abord, l'efficacité des trois types de prise en charge (traitement psychothérapeutique seul, traitement pharmacologique seul, traitements associés) et les recommandations cliniques varient selon les degrés de sévérité des troubles. Nous illustrons ce sujet par le cas des EDM, qui est la symptomatologie pour laquelle les effets des traitements ont été largement évalués.

De nombreux ECR et méta-analyses font apparaître, pour la prise en charge à court ou long terme des troubles légers et modérés, sinon un effet égal, la supériorité des traitements psychothérapeutiques seuls sur les traitements pharmacologiques (Zimmermann, de Rotena et Despland 2008; Blackburn et Moore 1997; Cuijpers, Andersson, Donker et al. 2011; Cuijpers, Clignet, van Meijel et al. 2011; Cuijpers, Geraedts, van Oppen et al. 2011 ; Cuijpers, van Straten, Andersson et al. 2008; Gloaguen, Cottraux, Cucherat et al. 1998; De Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk et al. 2005; Churchill, Hunot, Corney et al. 2001 ; Wolf et Hopko 2008) ou des traitements psychothérapeutiques associés aux traitements pharmacologiques en comparaison au traitement pharmacologique seul, (INSERM 2004; Cuijpers, Geraedts, van Oppen et al. 2011; Pampallona, Bollini, Tibaldi et al. 2004; De Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk et al. 2005)

Pour les dépressions sévères (Zimmermann, de Rotena et Despland 2008; Elkin, Shea, Watkins et al. 1989 ; Burnand, Andreoli, Kolatte et al. 2002), ou chroniques (Cuijpers, Andersson, Donker et al. 2011) les traitements pharmacologiques montrent au moins une légère supériorité sur les psychothérapies.

Pour les dépressions sévères, les traitements combinés se montrent plus efficaces que les traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques seuls (Elkin, Shea, Watkins et al. 1989 ; Burnand, Andreoli, Kolatte et al. 2002).

L'efficacité du traitement pharmacologique, seul (au moins) ne semble avérée que pour les troubles sévères, comme le révèle les récentes études sur les traitements antidépresseurs (Kirsch, Deacon, Huedo-Medina et al. 2008 ; Fournier, DeRubeis, Hollon et al. 2010).

Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec les recommandations de bonne pratique clinique de l'HAS. Pour la prise en charge des EDM, la HAS (HAS 2002) préconise la psychothérapie seule pour les troubles légers, les antidépresseurs pour les troubles sévères. Le guide recommande, par contre, pour les troubles modérés, la prise d'antidépresseurs en

première intention, et en combinaison avec un traitement psychothérapeutique dans le cas de fonctionnement altéré ou de problème psychosocial.

Afin d'être comparables avec les données issues de la littérature, l'analyse des coûts présentée dans notre modèle (dont D1, en particulier, qui intègre des niveaux de sévérité modéré et sévère) devrait être décomposée par symptomatologie selon leur sévérité définie par les échelles de Beck ou d'Hamilton, puis être mis en relation à la fois avec les résultats de la littérature et les recommandations de l'HAS.

De plus des options méthodologiques seraient à prendre, car les recommandations de la HAS et les conclusions des méta-analyses révèlent des différences en terme d'efficacité de la prise en charge selon le niveau de sévérité. Celles-ci concernent en premier lieu les EDM modérés, pour lesquels le traitement pharmacologique est donné en première intention, alors que la littérature montre une meilleure efficacité de la psychothérapie (seule puis combinée). Concernant les EDM sévères, les recommandations préconisent le traitement par antidépresseurs seuls, alors que la littérature montre l'effet positif à la fois de ce traitement seul et aussi en association avec le traitement psychothérapeutique. Aussi, bien que la littérature manque de données sur les effets des traitements à long terme (Thurin 2005a), le traitement psychothérapeutique (et la PI en particulier) montre, en comparaison au traitement médicamenteux, des effets bénéfiques à plus long terme, avec un impact positif sur le taux de rechute (Ioannidis 2008 ; De Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk et al. 2005 ; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, et al.1998).

Enfin, à la fois la littérature et les guides cliniques nationaux, tels que ceux de la HAS (HAS 2001) ou du *NICE* (NICE 2005a ; NICE 2005b ; NICE 2011) ne disposent pas sinon peu (à l'exception du TAG, de d'autres symptomatologies sans précision sur le niveau de sévérité) de conclusions sur l'efficacité et la prise en charge des différentes symptomatologies anxieuses.

Enfin, une analyse approfondie évaluant les rémissions et coûts apparentés devraient, dans un premier temps, (a) considérer les incidences des niveaux d'adéquation des traitements prescrits, selon la symptomatologie et le professionnel prescripteur, pour lesquels la littérature montre un écart significatif (Briffault, Morvan, Rouillon et al. 2008a ; Fernandez, Haro, Martinez-Alonso et al. 2007). Dans un deuxième temps, (b) un nouvel indicateur pourrait être créé, suite aux recommandations issues de notre étude, qui préconisent un suivi interprofessionnel (médecin généraliste, psychiatre et psychologue), du patient qui permettrait, au final, de proposer un traitement plus adéquat selon la symptomatologie et le degré de sévérité du trouble.

v. Description des études pour l'estimation du bénéfice du traitement psychothérapeutique

Nous décrivons, dans le tableau ci-dessous, les études qui ont permis d'estimer les bénéfices des traitements psychothérapeutiques.

Tableau 36 Description des études pour l'estimation du bénéfice du traitement psychothérapeutique

Références	Méthodologie	Effectifs	Symptomatologie	Groupe contrôle	Groupe traité	Seuil de rémission	Évaluation et suivi	Rémision thérapeutisant			
								Rechute thérapeutisant	Rémision naturelle	Bénéfice traitement	
(NHS-IAPT 2011), à partir des données de (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008)	Rapport médico-économique basé sur des données de (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008)	-	Troubles de santé mentale courants	-	Prise en charge psychologique (principalement TCC et PI, <i>counselling</i>)	Rémision quand non diagnostiqué à modéré ou sévère. Basé sur (McCrone, Dhanasiri, Patel et al. 2008)	Rémision à 4 mois, rechute à 7,2 mois	x	x	x	x
(Clark, Layard, Smithies et al. 2009)	Études observationnelles prospectives effectuées dans 2 sites pilotes du programme <i>IAPT</i>	1868	Troubles de santé mentale courants	-	En moyenne 11 séances sur 4 mois de TCC par professionnel pour thérapie de haute intensité	Rémision si le score : pour la dépression, au PHQ-9 inférieur à 10 (soit absence d'EDM) ou un score pour le TAG au GAD-7 inférieur à 8 (soit absence de trouble modéré ou sévère)	Post-traitement	x			
(Churchill, Hunot, Corvey et al. 2001)	Méta-analyse de 30 études sur 63	886	Dépression majeure	Traitement habituel	Psychothérapies brèves	Rémision quand non diagnostiqué à dépression modérée ou sévère (plusieurs échelles utilisées)	Post-traitement	x	x	x	
(Vos, Haby, Barendregt et al. 2004)	Étude longitudinale de la cohorte (<i>National Survey of Mental Health and Wellbeing</i>) n=753	-	Dépression majeure	Traitement habituel	(1) TCC ou (2) antidépresseur : (a) traitement épisodique ou (b) maintenu	Echelle SF-12 (12-item <i>Short-Form Health Survey</i>), rémission considérée dans l'analyse si absence diagnostic à sévérité modérée ou sévère	1 an et 5 ans pour rémission et rechute	x	x	x	x

(Casacalenda, Perry et Looper 2002)	Méta-analyse de 6 ECR	883	Dépression majeure	Absence de traitement (sur liste d'attente)	Thérapie cognitive, TCC, PI	Rémission quand non diagnostiqué à dépression y compris de sévérité légère (échelle de Raskin, BDI)	Post-traitement (de 10 à 34 séances, médiane = 16 séances) soit de 2 à 4 mois	x	x	x	x
(Gloaguen, Cottraux, Cucherat et al. 1998)	Méta-analyse de 48 études	2765	Dépression unipolaire	Absence de traitement (liste d'attente) ou traitement placebo (20 études)	Nombreuses méthodes de thérapies structurées	Rémission complète quand BDI<=16 : soit inférieure à sévérité légère	1 à 2 ans		x		
(Lambert et Ogles 2004)	Revue littérature de 28 méta-analyses	-	Troubles santé mentale courants, dépression pour la majorité	Différent selon les ECR des 28 méta-analyses	Psychothérapies	Différent selon les ECR des 28 méta-analyses	Différent selon les ECR des 28 méta-analyses	x	x	x	
(Hoyer et Gloster 2009)	Revue de littérature de méta-analyses	-	Troubles anxieux généralisés	Absence de traitement (liste d'attente) ou traitement habituel	TCC principalement	Différent selon les ECR des méta-analyses	6 et 12 mois	x	x		
(Fava, Rafanelli, Grandi et al. 1998)	ECR (cité par INSERM 2004)	40	Dépression majeure récurrente (succession ≥ 3 épisodes), dont comorbidité avec troubles anxieux, en sevrage antidépresseurs	Suivi clinique (en sevrage progressif antidépresseurs)	TCC sur 20 semaines	Rémission complète lorsque non diagnostiqué à l'EDM (échelle CID)	Évaluation finale à 24 mois	x	x	x	x
(Paykel, Scott, Teasdale et al. 1999)	ECR (cité par INSERM 2004)	158	Dépression récente en rémission partielle sous antidépresseurs	Maintenance antidépresseurs	TCC sur 20 semaines	Rémission complète si score inférieur à 8 sur le BDI ou score inférieur à 9 sur le HDRS	5, 11 et 17 mois	x	x	x	x

(Roemer, Orsillo et Salters-Pedneault 2008)	ECR	31	Troubles anxieux généralisés	Sur liste d'attente	TCC sur 16 séances	Rémission des troubles modérés ou sévères par l'échelle BDI et le CSR, avec un score de 4 sur une échelle de 0 à 8	3 et 9 mois	x	x	x	x
(Spijker, de Graaf, Bijl et al. 2002)	Étude prospective	7076	Dépression majeure	-	-	CIDI	3, 6, 12 mois			x	

vi. Calcul et comparaison des taux de rémission attribuables aux psychothérapies

La Figure 29 présentée ci-après, compare les données nécessaires au calcul du bénéfice attribuable au suivi psychothérapeutique avec une analyse de sensibilité, issues de notre revue de littérature.

Les calculs effectués pour chacun des indicateurs se décomposent ainsi :

1. Chez les psychothérisants, les taux de rémission complets ou de rémission pour les troubles modérés ou sévères ont été évalués, par la littérature, entre 46% et 77%. Nous avons évalué ce taux à ~62%, à +/-15%.

2. Chez les psychothérisants, les taux de rechute ont été évalués à ~20% +/-5%.

Les taux de rémission chez les psychothérisants, hors rechute ont été évalués à ~42% (+/-5%)

3. Les taux de rémission naturelle chez les souffrants de troubles de santé mentale courants ont été évalués par la littérature entre 9% et 73%. Ils ont été estimés à ~30%, +/-10%.

Le taux de rémission naturelle chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants, hors rechute a été évalué entre 18% et 20%.

4. Le taux de rechute chez les souffrants de troubles de santé mentale courants, ayant présenté une rémission naturelle s'élève, selon les données de la littérature, entre 40% et 47%. Ce taux a été estimé par notre étude à ~44%.

5. Le bénéfice final du traitement psychothérapeutique a été estimé par deux méthodes :

a) Le bénéfice de la psychothérapie, estimé directement par les six sources issues de la revue de la littérature, varie entre 18% et 55% et a été évalué à **~31%**.

b) Le bénéfice a été calculé à partir des données issues des douze études, disposant de données sur au moins l'un des 4 indicateurs nécessaires à ce calcul, présentés précédemment. Le résultat de ce calcul se décompose ainsi : **62%** +/-15% (rémission post-traitement) - **20%** +/-5% (rechute) - (**30%** +/-15% rémission naturelle - **44%** rechute) = **29% +/- 10%**

Les deux méthodes d'estimation du bénéfice des psychothérapies donnent des résultats analogues (**~31% vs. ~29% (+/-10%)**). Notons que ces taux sont cohérents avec les résultats du Programme *IAPT* (évalué à 30%).

Au final, le bénéfice attribuable au traitement psychothérapeutique sur lequel se basera l'évaluation économique est estimé à **30% à +/- 10%**.

Figure 29 Bénéfice du traitement psychothérapeutique, revue de la littérature

Taux de rémission complète ou non diagnostiquée aux troubles modérés ou sévères, post-traitement, entre 46% et 77%, évalué à ~62% (+/- 15%)

Rémission complète EDM : **46,3%** (Casacalenda, Perry et Looper 2002) ; **71%** (Paykel, Scott, Teasdale et al. 1999) ; **75%** (Fava, Rafanelli, Grandi et al. 1998)

Rémission troubles modérés, sévères (ou différents seuils selon ECR) : **50%** (Churchill, Hunot, Corney et al. 2001); troubles santé mentale courants : **51%** (NHS IAPT 2011) ; **55%** (Clark, Layard, Smithies et al. 2009) ; **60%** (Roemer, Orsillo et Salters-Pedneault 2008) ; **70%** (Lambert et Ogles 2004) ; entre **70** et **80%** chez **troubles anxieux** (Hoyer et Gloster 2009) ; **77%** chez **troubles anxieux** (Roemer, Orsillo et Salters-Pedneault 2008)

Taux de rechute des thérapeutes, évalué à ~20% (+/- 5%)

Rémission complète EDM : de **12% à 24%** (selon les ECR entre 1 et 2 ans) (Gloaguen, Cottraux, Cucherat et al. 1998) ; **25%** (Fava, Rafanelli, Grandi et al. 1998) ; **29%** (Paykel, Scott, Teasdale et al. 1999)

Rémission troubles modérés, sévères (ou différents seuils selon ECR) : **5%** (troubles santé mentale courants à 7 mois) (NHS IAPT 2011) ; entre **20% et 30%** chez **troubles anxieux** (Hoyer et Gloster 2009)

Taux de rémission chez les thérapeutes, hors rechute, évalué à ~42% (+/- 5%)

Rémission troubles modérés, sévères (ou différents seuils selon ECR) : entre **28%** (à 1 an) et **52%** à 5 ans (Vos, Haby, Barendregt et al. 2004) ; **48%** à 7 mois (NHS IAPT 2011)

Taux de rémission naturelle chez les souffrants de troubles de santé mentale courants, évalué : entre 9% et 73%, évalué à ~30% (+/- 15%)

Entre **9%** et **13%** (à 5 ans) (Vos, Haby, Barendregt et al. 2004) ; **15%** (Lambert et Ogles 2004) ; **17%** (Roemer, Orsillo et Salters-Pedneault 2008) ; **20%** (Churchill, Hunot, Corney et al. 2001) ; **24,4%** (Casacalenda, Perry, et Looper 2002) ; **30%** pour EDM, **26%** pour les troubles anxieux, estimé au plus bas à **30%**, à 4 mois (NHS IAPT 2011) ; **53%** (Paykel, Scott, Teasdale et al. 1999) ; **50%** à 3 mois, **63%** à 6 mois, **73%** à un an (Spijker, de Graaf, Bijl et al. 2002)

Rémission naturelle chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants hors rechute, évalué : entre 18% et 20%, évalué à ~19%

18% à 7 mois (NHS IAPT 2011) ; **20%** à 2 ans (Fava, Rafanelli, Grandi et al. 1998)

Taux de rechute des souffrants de troubles de santé mentale courants, ayant présentés une rémission naturelle, évalué : entre 40% et 47%, évalué à ~44%

40% à 7,2 mois (basé sur les taux de rechute des traitements pharmacologique seulement) (NHS IAPT 2011) ; **47%** (Paykel, Scott, Teasdale et al. 1999)

Bénéfice du traitement : taux de rémission attribuable à la psychothérapie (rémission, hors rechute des thérapeutes, hors rémission naturelle moins rechute)

Bénéfice estimé par la littérature : entre 18% et 55%, évalué à ~31%

Rémission complète EDM : **18%** (Paykel, Scott, Teasdale et al. 1999) ; **22%** (Casacalenda, Perry, Looper 2002) ; **55%** à 2 ans (Fava, Rafanelli, Grandi et al. 1998)

Rémission troubles modérés, sévères (ou différents seuils selon ECR) : entre **19%** (à 1 an) et **39%** (à 5 ans) (Vos, Haby, Barendregt et al. 2004) ; **30%** (à 7 mois) (NHS IAPT 2011)

Calculer selon les données de la littérature : 62% (rémission post-traitement) - 20% (rechute) - (30% rémission naturelle - 44% rechute) = 29% (+/- 10% en moyenne des quatre écarts estimés soit de 20% à 40%)

b. Méthodes et limites de l'évaluation économique des coûts évitables et du bénéfice économique du traitement psychothérapeutique

i. Méthodes

L'évaluation des coûts évitables et du ratio coût-bénéfice de la prise en charge psychothérapeutique, selon la symptomatologie, est basée sur quatre séries d'études (détaillées dans le Tableau 37 présenté ci-après). Cette évaluation est effectuée à partir des données suivantes (estimées par traitement, par personne, par an) :

a) Le coût du traitement psychothérapeutique annuel estimé par notre étude, est évalué à hauteur de 723€ chez les patients souffrant d'EDM et à hauteur de 395€ chez les patients souffrant de troubles anxieux.

b) L'estimation des coûts induits par les troubles de santé mentale a été évaluée par l'étude médico-économique de référence de Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen et al. (2005) – la plus détaillée sur le sujet et reprise par le rapport de (Milon 2009). Le fardeau économique pour la France a été évalué à hauteur de 4702€ par personne, pour les troubles dépressifs et à hauteur de 1500€ pour l'ensemble des troubles anxieux.

c) Le taux de rémission attribuable au traitement psychothérapeutique est estimé à 30% variant, selon l'analyse de sensibilité, de +/-10% (soit entre 20% et 40%). Ces résultats sont issus de l'analyse d'une revue de littérature de 12 études (ECR et méta-analyses présentées dans le chapitre précédent).

d) Le ratio coût-bénéfice de la prise en charge psychothérapeutique s'estime en unité monétaire (par traitement, par personne, par an). Ce ratio est calculé à partir des coûts évitables permis par le traitement psychothérapeutique comparé aux coûts investis pour ce même traitement.

ii. Limites

En plus des limites ayant trait à l'évaluation des bénéfices attribuables aux psychothérapies (présentées dans le chapitre précédent -en particulier le problème lié à la taille des différents échantillons), dont la plupart ont une incidence sur cette analyse médico-économique, d'autres limites liées plus strictement à la méthodologie de l'analyse économique sont les suivantes :

Classe d'âge des populations

Alors que les données issues de notre évaluation économique portent sur la population âgée entre 18 et 75 ans, les résultats de l'étude médico-économique de Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen et al. (2005) et de Sobocki, Jonsson, Angst et al. (2006) –à l'instar des

ECR évaluant les taux de rémission, portent sur la population des personnes en âge de travailler, les 18-65 ans.

Les troubles anxieux sont présentés en une seule catégorie symptomatologique

L'estimation des coûts-bénéfice des troubles anxieux a été évaluée pour l'ensemble de cette catégorie clinique, sans avoir pu être finement évaluée par symptomatologie, alors que ces différents troubles présentent des prises en charge différentes (NICE 2005a ; NICE 2005b ; NICE 2011) et des coûts induits –donc évitables– différents (Milon 2009). L'argumentation porte sur deux principales raisons : d'une part, les prévalences des différentes symptomatologies anxieuses que notre étude a pu évaluer (TAG, TOC, ESPT, phobie sociale, phobie spécifique, troubles paniques avec ou sans agoraphobie), ont été regroupées en une seule catégorie clinique, principalement parce que les prévalences, (à l'exception des TAG), sont faibles et présentent souvent des comorbidités avec les troubles dépressifs). Ce sont pour ces mêmes raisons qu'à la fois les ECR (estimant les bénéfices des traitements thérapeutiques sur ces troubles) et les analyses médico-économiques (coûts induits par poste économique) sur les différentes symptomatologies anxieuses sont à la fois rares et qu'elles sont aussi généralement regroupées en une seule catégorie.

Les ratios coût-bénéfice sont estimés globalement

Les ratios coût-bénéfice du traitement psychothérapeutique ont été estimés globalement, sans distinction quant au régime de santé (ou reste à charge du patient). Les raisons sont les suivantes :

Concernant le RO, autant le coût investi dans le traitement peut être calculé (à hauteur de 60% ou 70%), autant les coûts évitables par le traitement nécessitent une étude approfondie par type de coût et de poste de dépenses. Concernant les coûts directs, il serait par exemple, nécessaire de connaître les montants de remboursement des médicaments consommés pour des troubles de santé mentale, par pathologie (qui, lorsqu'ils sont remboursés, le sont entre 15% et 100%).

De plus le RO ne bénéficierait pas de l'ensemble des bénéfices sur les coûts indirects, tels que le gain de productivité (lié à la baisse de l'absentéisme dont les arrêts de travail, et des retraites anticipées). Prenons un autre exemple : alors que les gains, pour le RO, sur la baisse des maladies de longue durée peuvent être estimés, il est difficile d'estimer les bénéfices économiques liés à l'impact de l'amélioration de la qualité de vie, sans situation d'handicap.

Les coûts et bénéfices n'ont pas été estimés pour le RC et/ou reste à charge de l'utilisateur, pour les motifs suivants :

D'une part, les coûts investis dans le traitement psychothérapeutique sont difficilement estimables. Et effet, selon l'offre de mutuelles ou d'assurances santé et selon les différents contrats, les séances de psychothérapie seraient –ou non– remboursées et à différents taux.

D'autre part, parce que les bénéfices de la prise en charge psychothérapeutique sur les différents soins et traitements devraient être estimés pour chaque RC et selon le contrat d'assurance santé du bénéficiaire.

D'autre part, l'impact du suivi thérapeutique sur le fonctionnement social, qui est évalué en termes d'arrêts maladie, de courte ou de longue durée ne dépend pas du RC, ou peu (car rares sont les personnes cotisant aux rares contrats de RC proposant une indemnité faisant suite à arrêt maladie du aux troubles de santé mentale, à plus ou moins long terme).

Enfin, il paraît difficile d'estimer et projeter, chez les 7% de personnes ne bénéficiant pas de RC (données OCDE), à la fois les coûts investis dans les psychothérapies et leur restant à charge, et leurs bénéfices, apportés à titre individuel.

Les coûts évitables n'ont pas été extrapolés à l'ensemble de la population

Les coûts épargnés ont seulement été calculés par traitement psychothérapeutique, par personne à un an, et n'a pas été extrapolé à l'ensemble de la population française. Ces raisons sont corrélées aux limites précédemment présentées. Précisons que le principal motif concerne les différentes catégories d'âges. Celle des moins de 66 ans est généralement étudiée par les ECR et les études médico-économiques, alors que notre évaluation économique s'est basée sur la classe d'âge des 18-75 ans.

c. Coûts investis et évitables par symptomatologie et ratio coût-bénéfice de la psychothérapie

i. Pour la population souffrant d'EDM

Les coûts investis, épargnés, ainsi que les coûts-bénéfice se décomposent ainsi :

- En considérant que le fardeau économique des EDM s'élève à **4702€** (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen et al. 2005) ;
- En se basant sur les critères diagnostiques de D1, la population souffrant d'EDM –au moins, nécessite le suivi moyen de 17,6 séances ;
- Pour cette population, le coût total du traitement psychothérapeutique est évalué à **723€** par personne par an ;
- En estimant à **30%** et à **+/-10%** selon l'analyse de sensibilité, le taux de rémission attribuable au suivi psychothérapeutique ;

Il peut être, au final, estimé que les **coûts (directs et indirects) évitables**, permis par le suivi psychothérapeutique, s'élèveraient, par personne par an à **1411€** (selon les analyses de sensibilité entre 640€ et 1881€).

Ces coûts évitables se décomposeraient par poste ainsi (Sobocki, Jonsson, Angst et al. 2006) :

- coûts des soins médicaux (estimés à 26% des coûts totaux) : 367€ ;
- coûts des médicaments (estimés à 9%) : 127€ ;
- coûts indirects (estimé à 65%) : 917€.

Le ratio coût-bénéfice du traitement psychothérapeutique, basé sur les coûts investis dans une prise en charge totale du traitement (723€) et sur la totalité des coûts directs et indirects évitables (1411€), est estimé à 1,95. Soit pour 1€ dépensé, **1,95€** serait épargné. Selon l'analyse de sensibilité, ce ratio varie entre 1,30€ et 2,60€.

Un investissement financier rentable dès l'année du traitement

Les résultats montrent que l'investissement financier serait rentable dès la première année. Plus précisément, dès la fin du traitement qui, selon l'intensité du suivi et la symptomatologie du patient, durerait entre 3 et 5 mois, et jusqu'à un ou deux ans après ce traitement (le bénéfice imputable aux psychothérapies ayant été estimé de post-traitement à 24 mois).

ii. Pour la population souffrant de troubles anxieux

- Le fardeau économique de l'ensemble des troubles anxieux est estimé à **1500€** selon (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen et al. 2005).
- La population souffrant de troubles anxieux (hors comorbidité avec un EDM), nécessite le suivi moyen de 9,6 séances.
- Pour cette population, le coût total du traitement psychothérapeutique, est évalué à **395€** par personne par an.
- En estimant à 30% (+/-10%) le taux de rémission attribuable au suivi psychothérapeutique, les coûts épargnés par personne et par an s'élèveraient à **450€** (évalués, selon les analyses de sensibilité, entre 300€ et 600€).

En se basant sur la **répartition des postes** pour le TAG :

- les coûts directs médicaux évitables (67%) s'élèveraient à 302€
- et les coûts indirects évitables (33%) s'élèveraient à 149€ par personne.

Toutefois, les coûts par poste se répartiraient différemment selon la pathologie anxieuse, en particulier pour l'agoraphobie dont les coûts indirects sont les plus élevés (environ 75% des coûts).

Le ratio coût-bénéfice du traitement psychothérapeutique, basé sur les coûts investis dans une prise en charge totale du traitement (395€) et sur la totalité des coûts directs et indirects évitables (450€), est estimé à 1,14. Soit pour 1€ dépensé, **1,14€** serait épargné.

L'analyse de sensibilité montre que si le bénéfice sur l'état de santé attribuable à la psychothérapie était moindre (20% au lieu de 30%), le ratio coût-bénéfice serait négatif (0,76). Autrement dit, l'investissement dans le traitement serait supérieur au coût épargné, à un ou deux ans, par ce traitement.

L'analyse de sensibilité montre aussi qu'avec un taux de bénéfice attribuable à la psychothérapie supérieur (40%), le ratio coût-bénéfice s'élèverait à 1,52€.

Comparaison avec le Programme IAPT

A titre de comparaison, le programme *IAPT* (Layard, Clark, Knapp et al. 2006; NHS-IAPT 2011) a estimé le ratio coût-bénéfice de la prise en charge financière du traitement psychothérapeutique, pour les troubles de santé mentale courants, entre 1,75 et 3,6 variant selon la population et la symptomatologie des patients.

Tableau 37 Coûts investis dans le traitement psychothérapeutique face aux coûts épargnés par ce traitement, avec analyse de sensibilité, et ratio coût-bénéfice

Par personne, par an, par symptomatologie

Estimation de la prise en charge selon les critères diagnostiques de D1, chez les 18 à 75 ans.

Les coûts directs et indirects sont issus de l'étude de (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen et al. 2005) ; l'estimation par poste est issue de (Sobocki, Jonsson, Angst et al. 2006), chacune pour la France, estimés pour la population âgée entre 18 et 65 ans

	EDM dont comorbidité EDM et troubles anxieux dont TAG	Troubles anxieux hors EDM	Total ou moyenne
Nombre d'individus à traiter (basé sur 30% des consultants)	357 408	675 269	1032677
Proportion des personnes à traiter	35%	65%	100%
Nombre de séances en moyenne	17,6	9,6	12,1
Coût total	723€	395€	498€
Coût RO (taux remboursement de 70%; 27,70€ la séance)	488€	267€	336€
Coût RC ou reste à charge, 30%, hors participation forfaitaire (12,30€)	217€	118€	149€
Participation forfaitaire de 1€ (reste à charge de l'utilisateur)	18€	10€	12€
Coût RO (taux remboursement de 60%; 24,60€ la séance)	434€	237€	299€
Coût reste à charge ou RC (taux remboursement 40%; 16,40€/ séance)	289€	158€	199€

Fardeau économique évalué par an, en France		
Coûts directs et indirects associés au trouble, par personne	4 702€	1 500€
Coûts des soins médicaux (consultation et hospitalisation) : 26% des coûts (basés sur ceux de l'EDM)	1 223€	390€
Coûts des médicaments : 9% des coûts (basés sur ceux de l'EDM)	423€	135€
Coûts indirects (arrêts de travail, retraite prématurée, perte de productivité, mortalité prématurée) : 65% des coûts (basé sur ceux de l'EDM)	3 056 €	975€

Coûts évitables selon le niveau de rémission attribuable à la psychothérapie, par personne

Estimation avec une moyenne de 30% de rémission	1 411 €	450€
Coûts des soins médicaux (consultation et hospitalisation) : 26% des coûts	367€	
Coûts des médicaments : 9% des coûts	127€	
Coûts indirects (arrêts de travail, retraite prématurée, perte de productivité, mortalité prématurée) : 65% des coûts	917€	
Coûts directs médicaux basés sur le TAG (67%)		302€
Coûts indirects basés sur le TAG (33%)		149€

Analyse de sensibilité estimée à +/- 10% du taux de rémission attribuable à la psychothérapie

Estimé à 20% (soit -10%)	940€	300€
Coûts des soins médicaux (consultation et hospitalisation) : 26% des coûts	245€	
Coûts des médicaments : 9% des coûts	85€	
Coûts indirects (arrêts de travail, retraite prématurée, perte de productivité, mortalité prématurée) : 65% des coûts	611€	
Coûts directs médicaux basés sur le TAG (67%)		201€
Coûts indirects basés sur le TAG (33%)		99€

Estimé à 40% (soit +10%)	1 881€	600€
Coûts des soins médicaux (consultation et hospitalisation) : 26% des coûts	489€	
Coûts des médicaments : 9% des coûts	169€	
Coûts indirects (arrêts de travail, retraite prématurée, perte de productivité, mortalité prématurée) : 65% des coûts	1 223€	
Coûts directs médicaux basés sur le TAG (67%)		402€
Coûts indirects basés sur le TAG (33%)		198€

Ratio coût-bénéfice

Pour 1€ investi dans la prise en charge psychothérapeutique

Prise en charge totale (par pers : 723€ EDM ; 395€ troubles anxieux)	1,95	1,14
Analyse de sensibilité (+/- 10%)	(1,30 ; 2,60)	(0,76 ; 1,52)

16.Évaluation de l'effectif des professionnels de santé mentale pouvant prendre en charge les patients

a. Définition des traitements et qualifications des professionnels légitimes à effectuer le suivi thérapeutique

Suites aux préconisations du Plan Layard, le Programme *IAPT* a formé depuis 2008 et continuera de former jusqu'en 2015, 6.000 thérapeutes dont 3.600 thérapeutes pour le suivi des psychothérapies de haute intensité (NHS-IAPT 2011). A l'exception des psychothérapeutes préalablement formés aux psychothérapies interpersonnelles ou thérapies de couple (devant représenter entre 8% et 16% des praticiens par centre), les thérapeutes déjà disponibles en Angleterre n'ont pas été intégrés dans l'effectif des professionnels de santé mentale nécessaires à la prise en charge des patients du programme *IAPT*. Les nouveaux thérapeutes ont été formés dans le contexte du modèle « stepped care », principalement aux TCC, dont le type de traitement est compatible avec le modèle de l'*Evidence-based Medecine* (médecine fondée sur les preuves) (NHS-IAPT 2011).

Dans cette étude, l'évaluation de l'effectif de psychothérapeutes nécessaires pour suivre l'ensemble des patients éligibles à la prise en charge financière proposé dans nos modèles, ne sera pas extrapolée sur le modèle anglais. D'une part parce qu'il ne s'agit pas d'axer strictement le traitement psychothérapeutique sur les TCC (qui sont, en comparaison aux PI, nettement moins développées, encore actuellement, en France contrairement aux pays anglo-saxons) ; D'autre part, en nous appuyant sur les conclusions de nombreuses revues de littératures et méta-analyses (Cuijpers, Andersson, Donker et al. 2011 ; Crits-Cristoph 1992 ; Wampold, Minami, Baskin et al. 2002 ; Wolf et Hopko 2008 ; Wampold, Mondin, Moody et al. 1997), nous considérons que l'efficacité de la psychothérapie, lorsque celle-ci est structurée, ne dépend pas significativement du type d'approche ou de la technique utilisée, chez les patients souffrants de troubles de santé mentale courants. Ainsi, les facteurs d'efficacité des psychothérapies définies comme "sérieuses" (dites *bona fide*), issus des travaux de référence de Wampold et al. (Wampold, Minami, Baskin et al. 2002 ; Wampold 1997 ; Wampold, Mondin, Moody et al. 1997 ; Thurin 2008) paraissent pouvoir servir de modèle de référence pour la définition du type de traitements psychothérapeutiques, et par conséquent des psychothérapeutes aptes et légitimes à proposer ces traitements pour la prise en charge des patients éligibles à la prise en charge financière de leur psychothérapies, dans le contexte français.

Les qualités d'un traitement psychothérapeutique "sérieux" et de la formation du psychothérapeute selon Wampold et al. sont les suivantes :

(1) le psychothérapeute a reçu une formation approfondie (de niveau master) en psychologie comprenant un cursus en psychologie clinique. (2a) Le traitement est individualisé selon les spécificités symptomatologiques et individuelles de chaque patient, (2b) les séances de thérapies s'opèrent par des entretiens en face-à-face entre patient et thérapeute, (2c) une relation thérapeutique a été instaurée.

(3) Les traitements doivent être des méthodes thérapeutiques, (3a) ces traitements apparaissent aux patients comme thérapeutiques ; (3b) les thérapeutes ont confiance dans le traitement et dans sa légitimité, (3c) le traitement est donné de façon cohérente avec ses principes, (3d) les patients perçoivent la logique du traitement (3e) qui est délivré dans un contexte de soin.

(4) la thérapie comporte au moins deux des quatre éléments suivants : (4a) Les références thérapeutiques mobilisées par le thérapeute se fondent sur une approche psychothérapeutique (4b) ou à partir de mécanismes psychologiques établis ; (4c) L'élaboration et le suivi du traitement sont guidés par un manuel de suivi thérapeutique ; (4d) Les facteurs bénéfiques du traitement ont été avérés comme opérationnels sur la base d'études reconnues.

Au regard de la définition de Wampold et al., il semble que les psychologues cliniciens et les psychanalystes pouvant utiliser le titre de psychothérapeute (tel que le définit l'article de Loi 2010-534), formés actuellement en France, puissent offrir des psychothérapies structurées et efficaces pour les patients souffrant de troubles de santé mentale courants.

b. Effectif des psychothérapeutes nécessaires à la prise en charge thérapeutique

En se basant sur le nombre de patients qu'un thérapeute peut traiter par an, selon le plan Layard, estimé pour 11 séances de psychothérapie par patients, 80 patients peuvent être traités par thérapeute (Layard 2005).

En prenant comme population de référence (modèle 3 et 4), les 30% de personnes consultant pour un problème de santé mentale, selon le niveau diagnostique le moins restrictif (D1), pour soigner 1.032.677 français par an (2,28% de la population), le nombre moyen de séances de psychothérapie, pour cette population, a été estimée à 12,14 séances.

72,5 patients (pour une psychothérapie de 12,14 séances) pourraient être traités par psychothérapeutes par an.

Ainsi, pour prendre en charge près de 1,033 million de personnes, **14.244 professionnels** de santé mentale, habilités à effectuer des psychothérapies, devraient être disponibles, en équivalent temps plein, par an.

c. Effectif des professionnels disponibles en France

Les psychologues cliniciens

Actuellement en France (Samacher 2005 ; Sarnin 2011), on compte 35.000 psychologues cliniciens, dont 28.370 sont en exercice. Parmi eux, 5000 exercent en libéral, 5800 dans la fonction publique hospitalière (dont 3300 en hôpital psychiatrique –pour 26 heures de présence effective). Les 17.570 autres psychologues cliniciens en exercice se répartissent dans les secteurs suivants : 8950 travaillent dans l'Éducation Nationale ou la recherche. 5000 travaillent dans le secteur de la psychologie sociale du travail (entreprise ou association). 3000 travaillent dans la fonction publique territoriale. 620 travaillent pour le ministère de la justice.

Plus de 6000 psychologues cliniciens n'exercent pas leur métier de formation.

Les études de (Pichon 2005) et (CEREQ 2008) menées auprès des jeunes diplômés révèlent que trois ans après le diplôme (Master 2 de psychologie clinique), 8% sont demandeurs d'emploi et 60% de ces jeunes diplômés occupent un temps partiel.

3700 nouveaux psychologues arrivent sur le marché du travail chaque année. Le taux de demandeur d'emploi est estimé entre 4,3% et 12% selon l'âge du praticien.

On peut estimer à environ 2800 le nombre de demandeurs d'emploi. On note aussi un taux d'emploi à temps partiel particulièrement élevé chez les psychologues cliniciens. Sans avoir les données précises pour l'ensemble des psychologues cliniciens, on peut toutefois affirmer que, dans le cadre d'un programme de prise en charge psychothérapeutique, le taux de disponibilité de ces professionnels, serait élevé.

En se basant sur les données présentées, on peut estimer le nombre de psychologues cliniciens qui seraient disponibles, en équivalent temps-plein, selon le domaine :

5000 en libéral ; 3000 en hôpital psychiatrique ; 2800 en demande d'emploi ; 2000 en équivalent temps plein dont le métier de psychologue est à temps partiel ; et parmi les 3870 psychologues cliniciens qui exercent un autre métier, on fait l'hypothèse que 20% d'entre eux pourraient accepter un emploi adapté à leur formation, soit 770 professionnels. Selon ces estimations, au total **13.570 psychologues cliniciens seraient disponibles**.

Les psychanalystes

Sur les 2.000 psychanalystes pouvant légalement user du titre de psychothérapeute, on estime à au moins un tiers de professionnels qui seraient disponibles, soit environ **700 psychanalystes**.

Psychologues cliniciens et psychanalystes

Selon notre estimation, au total, en équivalent temps plein, 14.270 psychologues cliniciens ou psychanalystes seraient disponibles pour une prise en charge psychothérapeutique, qui a estimé le nombre de professionnels nécessaires à 14.244 par an.

d. Une offre de professionnels de santé mentale suffisante en France

En faisant l'hypothèse que davantage de personnes suivraient une psychothérapie, que le nombre de séance soit plus élevé ou bien que plus de professionnels seraient nécessaires, le nombre de professionnels habilités à être psychothérapeutes, en France, semble rester suffisant pour prendre en charge un nombre plus élevé de personnes.

De plus, parmi les patients éligibles au traitement psychothérapeutique, une partie d'entre eux, souffrant des troubles les plus sévères ou complexes, et nécessitant un traitement médical associé à la thérapie, pourraient être pris en charge par l'un des 11.600 psychiatres dont 5.400 travaillent dans le libéral (CNOM 2009).

En conclusion, l'offre de professionnels de santé mentale en France, en particulier celles des psychologues, se révèle suffisante pour prendre en charge les patients pouvant bénéficier d'un traitement psychothérapeutique. Donc, contrairement au programme *IAPT*, qui formera 6.000 thérapeutes d'ici 2015 (dont 60% aux thérapies de haute intensité), il n'est pas nécessaire de former plus de psychologues cliniciens en France. Exception faite de la spécialisation demandée pour l'exercice du titre de psychothérapeute, dans le cadre du Décret de Loi n°2010-534 sur la réglementation du titre de psychothérapeute.

Une estimation de l'offre de psychologues qui seraient disponibles devra être plus approfondie, en intégrant les psychologues qui quittent et ceux qui arrivent sur le marché de l'emploi (estimés à 3.700 par Sarnin (2011)).

17. Conclusion

Un programme de participation financière à la prise en charge des psychothérapies, par les régimes de santé, permettrait aux personnes souffrant de troubles de santé mentale, d'accéder à ce type de traitement avéré comme bénéfique en termes d'impact positif sur la santé et la qualité de vie des patients, en particulier chez ceux qui présentaient des besoins de soins en santé mentale non comblés. Rappelons que la littérature montre que la psychothérapie est le type de besoin de soin non comblés le plus souvent mentionné, pour des raisons d'acceptabilité, de disponibilité des professionnels et d'accessibilité financière (Lesage, Bernèche et Bordeleau 2010 ; Lesage, Rhéaume et Vasiliadis 2008). Les études d'intention ont aussi montré que la psychothérapie serait d'une part un traitement accepté dans la cadre d'une proposition médicale et d'autre part qu'elle est un traitement nettement préféré en comparaison aux traitements pharmacologiques (Van Schaik, Klijn, van Hout et al. 2004 ; Bosmans, van Schaik, de Bruijne et al. 2008 ; Kovess-Masfety, Saragoussi, Sevilla-Dedieu et al. 2007 ; Davis, Thomson, Oxman et al. 1992).

Cette participation financière permettrait ainsi de faciliter l'accès aux psychothérapies chez ceux, pour qui la barrière économique les auraient empêchées de bénéficier de ce traitement (Thurin 2005b ; Simon, Grothaus, Durham et al. 1996). Notre estimation a évalué que le reste à charge pour un usager, ne bénéficiant pas de complémentaire santé, s'élèverait pour le suivi d'une psychothérapie, entre 160€ et 290€. Au regard des données sur le reste à charge payé par les PCS 'non favorisées' de l'*Enquête Santé MGEN 2005*, nous émettons l'hypothèse, que ce montant à payer serait supportable. Enfin, une offre de psychothérapies, totalement prise en charge financièrement, reste disponible dans les CMP.

Comme la littérature le démontre, notre analyse a montré qu'une prise en charge de la psychothérapie permettrait, aux régimes de santé et à la société, d'épargner, suite au traitement psychothérapeutique, des coûts directs et indirects induits par les troubles de santé mentale.

Ceci, d'autant plus que notre évaluation médico-économique a estimé les bénéfices économiques des psychothérapies 'au plus bas'. C'est à dire, (1) en évaluant seulement leurs impacts sur les coûts immédiatement imputables aux troubles de santé mentale, cela sans intégrer les bénéfices collatéraux que ce traitement aurait sur les troubles somatiques. En effet une abondante littérature montre que les troubles de santé mentale courants interagissent avec les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques (qui sont des fardeaux économiques majeurs), ainsi que sur l'obésité et sur la consommation d'alcool et de tabac qui engendre des pathologies cancéreuses (Prince, Patel, Saxena et al. 2007). Autant de nombreuses études ont montré l'interaction entre ces troubles somatiques et

psychiques, autant nous ne connaissons actuellement pas d'études économiques solides évaluant les bénéfices (en termes de rémissions ou en terme médico-économique) que les traitements psychothérapeutiques présenteraient sur ces troubles somatiques.

De plus, (2) les coûts induits par les troubles de santé mentale courants sur lesquels s'est basée notre étude –à partir des estimations de (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen, et al. 2005) – ont été évalués sans distinction des degrés de sévérité (incluant un niveau léger). Alors que notre estimation s'est basée sur le traitement des troubles de sévérité modérée 'au moins'. A partir des données de la même équipe de recherches (Sobocki, Ekman, Agren et al. 2006), on peut estimer que les coûts globaux induits par les EDM chez la population ciblée par notre étude, devraient être augmentés de 12,6%. Il serait aussi nécessaire d'isoler les TAG comorbides des autres troubles anxieux, dont les coûts induisent des dépenses de santé nettement plus élevées (estimées à 60% de plus qu'un TAG non comorbide, selon l'étude française de (Souetre, Lozet, Cimarosti et al. 1994)). Au final, le bénéfice économique de la psychothérapie serait donc plus élevé.

Une étude plus approfondie en cours

Au regard des limites que la rédaction de ce manuscrit a permis de soulever et des commentaires des relecteurs, une nouvelle estimation du coût-bénéfice des psychothérapies est en cours de rédaction. (1) Celle-ci détaillera les coûts et bénéfices par poste de dépenses, selon les différentes symptomatologies anxieuses, le degré de sévérité des troubles et la présence d'une comorbidité psychique. (2) La population âgée entre 65 et 75 ans sera écartée pour le calcul du poste des coûts indirects associés aux arrêts de travail et aux retraites anticipées. (3) Concernant l'estimation de la proportion de la population à traiter, une nouvelle simulation sera effectuée avec deux niveaux de taux d'acceptation du traitement. (4) Les coûts et bénéfices économiques seront évalués, selon le poste de dépenses concerné, en trois catégories : pour l'ensemble de la société, pour les régimes obligatoires et pour les régimes complémentaires de santé. (5) Ainsi, les bénéfices des psychothérapies sur les coûts induits par les troubles de santé mentale, qui ont été estimés jusque là par traitement, le seront pour l'ensemble de la population à traiter. Ces travaux donneront lieu à la publication de deux articles conjoints (Cf. « Liste des publications et communications / Articles en préparation »).

18. Propositions et axes de réflexion

Nous avons présenté au fil de ces pages des travaux épidémiologiques de la situation des psychothérapies, telles qu'elles sont pratiquées par les enquêtés français des deux enquêtes dont nous avons pu disposer à un niveau d'études secondaires, impliquant les réserves méthodologiques quant à la pertinence des données recueillies sur ces échantillons et aux outils psychométriques employés. Les estimations économiques d'une prise en charge financière des psychothérapies en France, présentées en douze modèles, se sont fondées en partie sur la méthodologie du programme anglais IAPT, tout en contextualisant les critères économiques à la situation française. Toutefois, seul le cadre d'exercice en libéral a été envisagé, d'autres possibilités de prises en charge et d'autres structures seraient à considérer. Le seul cadre que nous avons présenté ne serait donc pas à considérer comme une alternative aux autres systèmes de soins en santé mentale existants. De plus, plusieurs formes de prise en charge pourraient parfaitement co-exister et être déclinés selon la région et le cadre de soin (réseaux territoriaux de soins, maisons médicalisées) pour ne donner que ces exemples.

Les deux grands sujets d'analyses que nous avons présentés s'intègrent ainsi dans un cadre médico-économique, sans prétendre à se positionner sur l'organisation du système de soins français. Même si nous restons conscients que la mise en place d'un programme de prise en charge financière des psychothérapies structurerait l'offre de soins. La question de l'organisation du système de soins est un sujet à part entière qui devrait faire l'objet d'une nouvelle étude.

Enfin, la faisabilité d'une prise en charge financière des psychothérapies, selon les différents modèles que nous avons proposés, nécessiterait d'être confrontée avec l'expérience et les avis des cliniciens, que ce soit pour les modalités de suivi psychothérapeutique, en particulier le nombre de séances selon la pathologie psychique (théorique vs. *in situ*), et le coût de la séance. Ce coût qui aura été discuté en amont avec les représentants des régimes obligatoires et complémentaires de santé.

Toujours sans prétendre se prononcer sur l'organisation des services de santé mentale qui pourrait évoluer dans le cadre de la mise en place d'un programme remboursement des psychothérapies, ou même énoncer à ce stade des recommandations –qui nécessiteraient des études approfondies dans un cadre de santé publique interventionnelle– il semble qu'il peut être intéressant de présenter quelques axes de réflexion pouvant être utiles et discutées par les experts et les décideurs. Ceci, avec comme objectif principal de mettre en place une politique de prise en charge efficiente des psychothérapies, et avec comme objectifs

concomitants : l'amélioration de l'adéquation des soins chez les souffrants de troubles de santé mentale courants et une allocation satisfaisante des ressources en santé mentale.

Ces axes de réflexion que nous proposons découlent à la fois :

(1) de l'analyse de la littérature scientifique française qui a relevé des limites ayant trait au système de santé quant à la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques ;

(2) de l'analyse des recommandations des rapports d'expertise et plans d'action en santé mentale publiés récemment (Couty 2009 ; Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003 ; Briot 2006 ; HAS 2007a ; Briot 2006 ; Hardy-Baylé et Schmitt 2005 ; HAS-CNQSP 2011) ;

(3) de l'analyse des programmes de santé publique sur la prise en charge des psychothérapies dans différents pays européens, qui ont pu depuis présenter leurs limites : tels que l'Angleterre –dont on bénéficie des résultats des deux sites pilotes du programme IAPT (Clark, Layard, Smithies et al. 2009 ; Glover, Webb et Evison 2010), de l'Allemagne, l'Espagne et les Pays-Bas (Brusse et Riesberg 2004 ; Van der Feltz-Cornelis, Knispel et Elfedali 2008 ; Van Broeck et Lietaer 2008 ; Dezetter, Briffault, Alonso et al. 2011) et à laquelle s'ajoutent les récentes démarches (l'une comme site pilote pour la prise en charge psychothérapeutique des patients souffrant de troubles anxieux en Colombie-Britannique (PSACAD et BCCMH 2002) et les politiques de santé publique canadiennes sur la question de l'accès et de l'intérêt du remboursement des psychothérapies au Québec (Vasiliadis 2011).

Repenser la formation des médecins généralistes en santé mentale

Afin que les médecins généralistes, qui sont consultés en première intention, puissent référer adéquatement les patients éligibles à une prise en charge psychothérapeutique, aux professionnels de santé mentale, ces médecins devraient pouvoir être mieux formés à la reconnaissance des troubles de santé mentale. Ce que recommande le « Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes » (Briot 2006), ainsi que le rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » (Couty 2009) (recommandation n°15) qui préconise de rendre obligatoire un semestre de stage en psychiatrie au cours de l'internat de médecine générale. Même si l'intégration de ce type de formation paraît encore difficile à envisager, dans le cursus déjà très chargé des médecins et pour des raisons liées au nombre de places disponibles (Briot 2006), cette question mériterait d'être à nouveau considérée, au regard d'une amélioration de l'adéquation des soins et traitement en santé mentale, qui s'avère être encore trop faible chez les médecins généralistes en France (Briffault, Morvan, Rouillon et al. 2008).

Précisons enfin que le Programme anglais « *The Defeat Depression Campaign* » (Priest et Paykel 1992) établi entre 1992 et 1997, qui avait pour principal but d'améliorer l'adéquation des traitements et des soins pour les patients souffrant de troubles de santé mentale, consultés principalement en première ligne par les médecins généralistes, a développé des

outils pour ces professionnels de santé. Ces derniers ont pu bénéficier d'outils diagnostiques leur permettant d'avoir une meilleure reconnaissance des troubles de santé mentale, ainsi que de recommandations à la fois sur l'adressage du patient à un professionnel spécialisé et de préconisations sur les traitements disponibles. Les résultats de ce programme se sont révélés concluants (Rix, Paykel, Lelliott P et al. 1999).

Questionner la possibilité d'une coopération interdisciplinaire pour la prise en charge des patients

Le rapport (Couty 2009) (recommandation n°12), ainsi que le guide de recommandations de bonne pratique de la HAS sur la prise en charge des patients souffrant d'EDM (HAS 2007a) préconisent une collaboration effective entre les professionnels de soins primaires et spécialisés en santé mentale, ainsi qu'une coopération interdisciplinaire entre les différents intervenants en santé mentale.

Plus précisément, le rapport (Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003 ; I-07) recommande qu'à la fois l'évaluation et l'indication du traitement psychothérapeutique soient effectuées conjointement avec le psychiatre et le psychothérapeute.

Une prise en charge coopérative du patient entre ces différents partenaires présenterait l'avantage, d'une part (a) d'orienter le patient de façon adéquate après évaluation de son besoin de traitement (Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003 I-05). D'autre part, (b) dans le cas d'un traitement pharmacologique et psychologique associé, le patient pourrait bénéficier d'un suivi de qualité en bénéficiant aussi d'aide à l'observance du traitement médicamenteux. Ce type de suivi a fait ses preuves sur l'amélioration de la santé du patient (Kavanagh, Beaucage, Cardinal et al. 2006). Le patient pourrait aussi bénéficier de conseils hygiénico-éducatifs (alimentation, activité physique) qui ont aussi fait leurs preuves (Davis, Thomson, Oxman et al. 1992).

Plusieurs rapports de santé publique français (Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003 ; Couty 2009 ; Hardy-Baylé et Schmitt 2005 ; HAS-CNQSP 2011) qui ont récemment promu l'intérêt des échanges interdisciplinaires pour la prise en charge des patients souffrant de troubles de santé mentale -en particulier sur les modalités d'adressage du médecin traitant au psychiatre (Hardy-Baylé et Schmitt 2005)- ont proposé des recommandations détaillées pour leur mise en place, adaptée au contexte psychiatrique français actuel.

Enfin, il pourrait être intéressant d'étudier le modèle appliqué par le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud, qui a mis en place un partenariat interprofessionnel dans le cadre de prestations spécifiques de psychothérapie (RPSM78 2011).

Questionner le perfectionnement de la formation des psychologues

Rappelons que le Décret de Loi (juillet 2010-534) statuant sur le titre de psychothérapeute prévoit que les professionnels de santé mentale soient formés à la pratique psychothérapeutique. Cette condition de formation ne concerne pas les psychiatres mais s'applique aux psychologues cliniciens ; en plus des 150 heures théoriques, un stage de 2 mois est requis pour ces professionnels. Une formation pratique en situation clinique, est aussi demandée par les psychologues eux-mêmes et les étudiants en psychologie (Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003, I-06 ; VI-06).

Tout en considérant que la formation complémentaire prévue par le Décret de Loi puisse être difficilement conciliable avec l'activité des psychologues cliniciens déjà en exercice, on pourrait questionner la possibilité que ces stages cliniques soient inclus dans le cursus initial du psychologue et requis pour l'obtention du diplôme. Par ailleurs, ce type de formation poussée et pratique est déjà proposé depuis plusieurs années par les instituts privés de formation des psychologues cliniciens (comme la formation de l'École de Psychologues Praticiens, pour donner un seul exemple).

Envisager un suivi de supervision aux psychothérapeutes

Les psychothérapeutes pourraient bénéficier, tout au long de l'exercice, de séances de supervision axées sur la méthode qu'ils pratiquent (TCC, PI). La supervision, bénéficiant au professionnel et par delà au suivi des patients, paraît d'autant plus indiquée chez les thérapeutes débutants. Elle semble aussi souhaitée par les thérapeutes isolés en pratique libérale, qui n'ont pas l'avantage de bénéficier de structure pouvant au moins proposer des conseils interprofessionnels (Dezetter 2007). Le programme *IAPT* a d'ailleurs mis en place des plans de supervision pour les psychothérapeutes du programme (NHS 2010a).

Évaluer et réduire les disparités régionales de l'offre de psychothérapeutes

Face à la problématique des disparités régionales en terme d'offre de professionnels de santé mentale (Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003, 2.1 à 2.13), il semblerait nécessaire de procéder à une évaluation de cette offre sur le territoire français, en identifiant les bassins géographiques déficitaires. Le rapport (Clery-Melin, Kovess et Pascal 2003) livre plusieurs recommandations dans le but de réduire les disparités régionales (en terme d'offre de psychiatres essentiellement) et détaille des mesures incitatives permettant d'encourager les praticiens à exercer dans les régions les plus désertifiées. Ces recommandations pourraient servir de base de réflexion pour diminuer les disparités d'offre de psychothérapeutes sur le territoire, étant donné que les bassins déficitaires comme les problématiques d'installations sont similaires.

Une évaluation de ce type permettrait, aussi, de procéder à une vérification de contrôle des prévalences estimées pour l'évaluation du nombre de français à traiter de notre étude (basée sur les données de l'*Enquête Indicateurs 4 régions 2005*). Celle-ci pourrait ainsi être effectuée sur l'ensemble du territoire, en répliquant les analyses et en éprouvant les résultats à ceux issus du *Baromètre Santé INPES 2005*, par exemple.

Porter une attention particulière aux populations moins enclines à recourir aux psychothérapies

Une attention particulière (par les professionnels de santé ou dans le cadre d'une campagne ciblée) pourrait être portée sur la population, souffrant de troubles de santé mentale, la moins disposée à recourir aux psychothérapies et ayant tendance à consommer seulement des médicaments, pour ce type de troubles. Comme dans le cas des troubles non traités, ou seulement traités dans le secteur primaire -plutôt que dans le spécialisé (Alonso, Codony, Kovess et al. 2007 ; Bijl et Ravelli 2000), cette population est plus âgée, avec une PCS non favorisée ou un niveau d'études inférieurs à la moyenne.

Envisager la publication de recommandations nationales pour la prise en charge psychothérapeutique

Un guide national de recommandations de bonne pratique clinique pour la prise en charge psychothérapeutique des personnes souffrant de troubles de santé mentale courants pourrait être édité sous l'égide de l'HAS. Ces préconisations (en termes de traitements disponibles, modalités de suivi –méthodes, nombre de séances–, professionnels impliqués) seraient établies, par des cliniciens et des experts en santé mentale, en amont de la mise en place de la politique de remboursement des psychothérapies. Ces préconisations permettraient aussi d'éprouver l'estimation du nombre de séances selon la symptomatologie et la sévérité des troubles évaluée par cette étude.

Après entente avec les professionnels de santé mentale et les représentants des régimes obligatoires et complémentaires de santé, sur les coûts et les niveaux de remboursement, une étude pourrait être répliquée, ce qui permettrait de réévaluer les coûts de la prise en charge des psychothérapies en France.

Envisager la mise en place d'un suivi épidémiologique et médico-économique des patients du programme

Il pourrait être envisagé de mettre en place, dès le début du programme, une étude longitudinale d'un échantillon représentatif (face à un groupe contrôle) de patients bénéficiant de la prise en charge psychothérapeutique. Cette étude de cohorte, dont les données épidémiologiques seraient appariées aux données médico-économiques de la banque de

liquidation de l'un des organismes de sécurité sociale (CNAM-TS, RSI par exemple), permettrait d'évaluer l'évolution de l'état de santé des patients, leur consommation de soins et traitements, et d'en connaître les coûts associés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Adult Mental Health Division, British Columbia Ministry of Health (PSACAD - BCCMH). The Provincial Strategy Advisory Committee for Anxiety Disorders. A Provincial Anxiety Disorders Strategy, 2002
2. Alegria M, Bijl RV, Lin E, et al.: Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands. *Arch Gen Psychiatry* 57:383-91, 2000
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al.: Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*:8-20, 2004
4. Alonso J, Codony M, Kovess V, et al.: Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry* 190:299-306, 2007
5. Alonso J, Lepine JP: Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 68 Suppl 2:3-9, 2007
6. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM IV-R. 2000
7. American Psychiatric Association (APA): MINI DSM-IV-R. Critères diagnostiques, American Psychiatric Association. Washington DC (2000). Traduction française. Masson, Paris, 2004
8. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 157:1-45, 2000
9. Aminot I, Damon M: Régression logistique : intérêt dans l'analyse de données relatives aux pratiques médicales. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 33, 2002
10. Ancelle T: Statistique - épidémiologie. Paris, Maloigne, 2006
11. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, et al.: Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 12 Suppl 1:1-27, 2005
12. Andrews G, Peters L: The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2:80-88, 1998
13. Andrews G, Peters L, Guzman A, et al.: A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 29:124-132, 1995
14. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW): Mental health services in Australia 2007-08, 2010
15. Beck AT, Steer RA, Ball R, et al.: Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 67:588-97, 1996
16. Beck F, Guilbert P, Gautier A: Baromètre santé 2005. Saint-Denis, INPES, coll, 2006
17. Beck F, Legleye S, Spilka S, et al.: Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances. OFDT, INPES, 2006
18. Beutel M, Raskin M: Long-term treatments from the perspectives of the former patients. in *Outcomes of psychoanalytic treatment: perspectives for therapists and researchers*. Edited by Leuzinger-Bohleber M, Target M. London, Philadelphia, Whurr, 2002
19. Busse R, Riesberg A: Health Care Systems in Transition: Germany. Report by the WHO Regional Office for Europe for the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen, Busse, 2004
20. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, et al.: The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)* 22:122-33, 2003
21. Bijl RV, Ravelli A: Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health* 90:602-7, 2000

22. Blackburn IM, Moore RG: Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry* 171:328-34, 1997
23. Bosmans JE, van Schaik DJ, de Buijne MC, et al.: Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *J Ment Health Policy Econ* 11:3-15, 2008
24. Bostwick JM, Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 157:1925-32, 2000
25. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J: Practice, role and position of nurses in primary care in six European countries, in Ontario and in Quebec. *Rech Soins Infirm*:94-105, 2008
26. Bouvard M: Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Paris: Elsevier Masson, 2009
27. Bressoux P: Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales, De Boeck, 2008
28. Briffault X, Lamboy B: Les psychothérapies en France. Données quantitatives in *Psychothérapie et société*. Edited by Colin A. Paris, 2008
29. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, et al.: Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France : Résultats du Baromètre Santé 2005. *Encephale*, 2008
30. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, et al.: Recours au soin et adéquation des traitements des personnes présentant un épisode dépressif majeur en France en fonction des professionnels consultés : Résultats du Baromètre Santé 2005. *Encephale*, 2008
31. Briffault X, Sapinho D, Villamaux M, et al.: Factors associated with use of psychotherapy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43:165-171, 2008
32. Briffault X: Économie de la Santé en psychiatrie en 2005 : modèles et applications (1). Évaluation d'efficacité et de coût-efficacité des thérapies brèves de la dépression. *Pour la Recherche* 45:10-12, 2005
33. Briot M: Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris, Assemblée Nationale, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006
34. Broadbent E, Kydd R, Sanders D, et al.: Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Aust N Z J Psychiatry* 42:147-53, 2008
35. Brugha TS, Jenkins R, Taub N, et al.: A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med* 31:1001-1013, 2001
36. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, et al.: Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 53:585-90, 2002
37. Busse R, Riesberg A: Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
38. BVA: Enquête BVA/Psychologies Magazine sur les usages des psychothérapies en France. *Psychologies Magazine* 197, 2001
39. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS): La participation forfaitaire de 1 euro, 2011
40. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS): Tarifs des consultations, à Mayotte, des médecins correspondants (applicables au 1er janvier 2011), 2011
41. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS): Tarifs des consultations, en Guadeloupe et Martinique, des médecins correspondants (applicables au 1er janvier 2011), 2011
42. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS): Tarifs des consultations, en Guyane et à la Réunion, des médecins correspondants (applicables au 1er janvier 2011), 2011
43. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS): Tarifs des consultations, en métropole, des médecins correspondants (applicables au 1er janvier 2011), 2011

44. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) : Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Introduction. *J Affect Disord* 117, 2009
45. Casacalenda N, Perry JC, Looper K: Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *Am J Psychiatry* 159:1354-60, 2002
46. Centraal BegeleidingsOrgaan CBO, van der Velde V: Multidisciplinaire richtlijn depressie: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie 2005. Utrecht, Trimbos-instituut Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. Dutch Institute for Healthcare Improvement, Central Accompaniment Organization, 2005
47. Centre d'études de recherches sur les qualifications (CEREQ): Niveau de diplôme des jeunes issus de l'enseignement supérieur en 2004. Net.doc, 2008
48. Champion F: Les psychothérapeutes en recherche de reconnaissance professionnelle. La difficile construction d'une légitimité. Edited by MiRE-DREES. Paris, 2005
49. Chiles JA, Lambert MJ: The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology Science and Practice* 6:204-220, 1999
50. Churchill R, Hunot V, Corney R, et al.: A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 5:1-173, 2001
51. Clark DM, Layard R, Smithies R, et al.: Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*, 2009
52. Clery-Melin P, Kovess V, Pascal JC: Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003
53. Cohu S, Lequet-Slama D: Les systèmes de santé dans le sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation. *Etudes et résultats*, 2001
54. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM): Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2008. Paris, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2008
55. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM): Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2009. Paris, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2009
56. Couty E: Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Paris, Ministère de la santé et des sports, 2009
57. Crits-Christoph P: The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149:151-8, 1992
58. Crits-Christoph P: The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149:151-8, 1992
59. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, et al.: Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*, 2011
60. Cuijpers P, Clignet F, van Meijel B, et al.: Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 31:353-60, 2011
61. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al.: Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 168:581-92, 2011
62. Cuijpers P, Smit F: Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord* 72:227-36, 2002
63. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, et al.: Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 76:909-22, 2008
64. Cunningham PJ: Beyond parity: primary care physicians' perspectives on access to mental health care. *Health Aff (Millwood)* 28:w490-501, 2009

65. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, et al.: Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *Jama* 268:1111-7, 1992
66. de Maat S, Philipszoon F, Schoevers R, et al.: Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harv Rev Psychiatry* 15:289-300, 2007
67. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, et al.: A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255:75-82, 2005
68. Delefosse M, Duruz N: Enseigner les psychothérapies à l'Université ? Intérêts et limites. 2002
69. Den Exter A, Hermans H, Dosljak M, et al.: Health Care Systems in Transition: Netherlands in WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Edited by R. Busse, EvG, J. Schreyögg, and W. Wisbaum. Copenhagen, 2004
70. Dezetter A, Briffault X, Alonso J, et al.: Factors Associated With Use of Psychiatrists and Nonpsychiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries. *Psychiatr Serv* 62:143-51, 2011
71. Dezetter A, Kovess V: Determinants of use of Medical versus Non medical mental health professionals in Europe, International Federation of Psychiatric Epidemiology, Vienna, 18 April 2009.
72. Dezetter A: Pratiques et approches psychothérapeutiques des Gestalt-thérapeutes au regard de l'article 52 de la Loi de santé publique statuant sur l'usage du titre de psychothérapeute, Mémoire de Master 2 Sociologie des sociétés contemporaines. Paris, Université Paris 5, 2007
73. Donatini A, Rico A, D'Ambrosio M, et al.: Health Care Systems in Transition: Italy in WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems;. Edited by A Rico and T Cetani. Copenhagen, 2001
74. Donohue JM, Pincus HA: Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics* 25:7-24, 2007
75. Drapeau A, Boyer R, Lesage A: The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *J Behav Health Serv Res* 36:372-84, 2009
76. Duhoux A, Fournier L, Nguyen CT, et al.: Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2008
77. Duhoux A, Fournier L, Roberge P: Qualité du traitement de la dépression au Québec in 14èmes journées annuelles de santé publique. Québec, 2010
78. Dührssen A: Dynamische Psychotherapie, Psychoanalyse und analytische Gruppenpsychotherapie im Vergleich. *Z Psychosom Med* 32:161-80, 1986
79. Duran A, Lara J-L, van Waveren M: Health Systems in Transition : Spain in 8: 1-208, 2006
80. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al.: National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 46:971-82; discussion 983, 1989
81. European Opinion Research Group: Special Eurobarometer (EORG): Eurobaromètre 248, vague 64.4, La santé psychique et psychologique, Bruxelles, Belgique, 2006
82. Fansten M: La demande d'extraterritorialité de la psychanalyse française : fondements, problèmes, enjeux (avec annexes), Doctorat Sciences Sociales, Université René Descartes Paris 5, 2004
83. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al.: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 55:816-20, 1998
84. Fenina A, Geffroy Y, Minc C, et al.: Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. Etudes et résultats, DREES, 2006
85. Fernandez A, Haro JM, Martinez-Alonso M, et al.: Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry* 190:172-3, 2007

86. Fernandez L, Aulagnier M, Bonnet A, et al.: Outils psychométriques, Vol. 6, INVS, 2005
87. Fisher PL, Durham RC: Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 29:1425-34, 1999
88. Forrest CB: Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *Bmj* 326:692-5, 2003
89. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al.: Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama* 303:47-53, 2010
90. Fournier L, Aubé D, Roberge P, et al.: Vers une première ligne forte en santé mentale: Messages clés de la littérature scientifique, Institut national de santé publique du Québec, 2007
91. Fournier L, Lemoyne O, Poulin C, et al.: Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes. Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2002
92. France inflation: Tableau de l'inflation en France avec inflateur cumulé depuis 1901, 2011. Disponible à <http://www.france-inflation.com/inflation-depuis-1901.php> consulté le 1er novembre 2011
93. Freud S: Le début du traitement, in *La Technique psychanalytique*. Edited by PUF. Paris, 1913
94. Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, et al.: The economic impact of psychotherapy: a review. *Am J Psychiatry* 154:147-55, 1997
95. Gallagher SK, Mechanic D: Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Soc Sci Med* 42:1691-701, 1996
96. Gasquet I, Negre-Pages L, Fourrier A, et al.: Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. *Encephale* 31:195-206, 2005
97. Gasser J: Evaluation des psychothérapies, La situation en Suisse, 2006
98. Gibeault A: Symbolique de l'argent et psychanalyse, Vol. 51-79: Communication, 1989
99. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, et al.: A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 49:59-72, 1998
100. Glover G, Webb M, Evison F: Improving Access to Psychological Therapies. A review of the progress made by sites in the first rollout year. Edited by North East Public Health Observatory, 2010
101. Golberstein E, Eisenberg D, Gollust SE: Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatr Serv* 59:392-9, 2008
102. Gouvernement du Canada, Ministère de la santé: Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa, Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006
103. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al.: The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 64:1465-75, 2003
104. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, et al.: The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* 60:427-35, 1999
105. Guidelines Advisory Committee: Psychological Therapy and Counseling. Ontario, GAC, 2007
106. Hardy-Bayle MC, Schmitt L: Rapport sur la proposition d'avenant à la convention nationale pour la psychiatrie, CNAM, 2005
107. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, et al.: Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 15:167-180, 2006

108. Haute Autorité de Santé (HAS), Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP): Recommandation pour la pratique clinique. La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres : Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique, HAS, CNQSP, 2011
109. Haute Autorité de Santé (HAS): Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte in Recommandations Pour La Pratique Clinique. Haute autorité de Santé, Service des recommandations et références professionnelles. Paris, 2001a
110. Haute Autorité de Santé (HAS) : Guide méthodologique : Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. Haute Autorité de Santé, 2011
111. Haute Autorité de Santé (HAS): Guide ALD n°23 - Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves, Haute Autorité de Santé, 2007
112. Haute Autorité de Santé (HAS) : Guide - Affection de longue durée : Sclérose en plaques. Haute Autorité de Santé, 2006
113. Haute Autorité de Santé (HAS): Guide ALD n°23 - Affections psychiatriques de longue durée. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte, Haute Autorité de Santé, 2009
114. Haute Autorité de Santé (HAS): Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire in Recommandations Pour La Pratique Clinique. Haute autorité de Santé, Service des recommandations et références professionnelles. Paris, 2002
115. Haute Autorité de Santé (HAS) : Les recommandations du jury de la réunion de consensus sur la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB). Haute Autorité de Santé, 2003
116. Haute Autorité de Santé (HAS): Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte in Recommandations Pour La Pratique Clinique. Haute autorité de Santé, Service des recommandations et références professionnelles, Service évaluation médico-économique et santé publique. Paris, 2007
117. Haute Autorité de Santé (HAS): Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalité de prescription, Haute autorité de Santé, 2005a
118. Haute Autorité de Santé (HAS) : Recommandations professionnelles : Comment mieux informer les femmes enceintes ? Haute Autorité de Santé, 2005b
119. Heinzl R, Breyer F, Klein T: Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnestischen Evaluationsstudie. Gruppenpsychoth Gruppensystem 34:135-52, 1998
120. Howland RH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al.: Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: clinical features and effect on treatment outcome. Drug Alcohol Depend 99:248-60, 2009
121. Hoyer J, Gloster AT: Psychotherapy for generalized anxiety disorder: don't worry, it works! Psychiatr Clin North Am 32:629-40, 2009
122. Hunsley J: Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. Canadian Psychology 1:61-73, 2003
123. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), 2011. Disponible à <http://www.iapt.nhs.uk/> consulté le 1er novembre 2011
124. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES): Conventions nationales et honoraires des médecins libéraux. Eco-Santé Juillet, 2010
125. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Direction Générale de la Santé (DGS): Le suicide. Expertise collective Inserm, Inserm, 2004

126. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM): Psychothérapies : trois approches évaluées. Une Expertise Collective de l'Inserm. Paris, INSERM, 2004
127. Institut national de la Statistique et des Études Économiques (INSEE): Pyramide des âges au 1er janvier 2011. Données du graphique complémentaire 2, INSEE, 2011
128. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) : La dépression. En savoir plus pour en sortir, 2007
129. Ioannidis JP: Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials? *Philos Ethics Humanit Med* 3:14, 2008
130. Jungmeen E, Moen P: Moving into retirement: Preparation and transition in late midlife in *Handbook of Midlife Development*. Edited by Lachman ME. New York, John Wiley and Sons, 2001
131. Kavanagh M, Beaucage C, Cardinal L, et al.: La dépression majeure en première ligne. Impacts cliniques des stratégies d'intervention. Une revue de littérature, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Direction régionale de santé publique, Institut national de Santé Publique du Québec, 2006
132. Kessler R, Andrews G, Mroczek D, et al.: The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res*:171-185, 1998
133. Keller W, Westhoff G, Dilg R, et al.: Study and the study group on empirical psychotherapy research in analytical psychology. Berlin, Department of Psychosomatics and Psychotherapy, University of Berlin, 1998
134. Kerr E, Siebrand V: Health Care Systems in Transition: Belgium in WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems. Edited by R. Busse AD, J. Healy, E. Kerr, S. Lessof, and A. Rico,. Copenhagen, 2000
135. Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al.: Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 352:2515-23, 2005
136. Kessler RC, Merikangas KR: The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res* 13:60-68, 2004
137. Kessler RC, Frank RG, Edlund M, et al.: Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *N Engl J Med* 336:551-7, 1997
138. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, et al.: Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 29:85-96, 1993
139. Khan A, Leventhal RM, Khan S, et al.: Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 68:183-90, 2002
140. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al.: Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5:e45, 2008
141. Kovess V, Lesage A, Boisguerin B, et al.: Planification et évaluation des besoins en santé mentale. Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2001
142. Kovess V, Sapinho D, Briffault X, et al.: Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN. *Encephale* 33:65-74, 2007
143. Kovess V, Sylla O, Fournier L, et al.: Why discrepancies exist between structured diagnostic interviews and clinicians' diagnoses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 27:185-191, 1992
144. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, et al.: Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 58:213-20, 2007
145. Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, et al.: What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health* 7, 2007

146. Kovess V, Buras-Eisenberg A: [Effect of payment mode on the demand for psychotherapy. Comparison of clients of psychoanalysts, of conventional psychiatry and of a free center in the Paris region]. *Soc Psychiatry* 18:13-24, 1983
147. Kovess-Masfety V, Sevilla-Dedieu C, Rios-Seidel C, et al.: Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. *BMC Public Health* 6:101, 2006
148. Kriston L, von Wolff A: Not as golden as standards should be: interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Affect Disord* 128:175-7, 2011
149. Krueger RF, Markon KE: Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2:111-33, 2006
150. Lambert M, Ogles B: The efficacy and effectiveness of psychotherapy in Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Edited by Lambert MJ. New-York, Wiley, 2004
151. Landerman LR, Burns BJ, Swartz MS, et al.: The relationship between insurance coverage and psychiatric disorder in predicting use of mental health services. *Am J Psychiatry* 151:1785-90, 1994
152. Layard R, Clark D, Knapp M, et al.: Implementing the NICE guidelines for depression and anxiety. A cost-benefit analysis, 2006
153. Layard R: Mental health: Britain's biggest social problem?, 2005
154. Layard R: The case for psychological treatment centres. *Bmj* 332:1030-2, 2006
155. Le Breton-Lerouillois G, Gilbert F, Kovess-Masféty V: Les indicateurs nécessaires à la planification en santé mentale et en psychiatrie : Résultats d'une enquête épidémiologique. En Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes. Paris, Fondation MGEN pour la Santé Publique, 2007
156. Lecadet J, Vidal P, Baris B, et al.: Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales 2000. *Rev Med Ass Maladie* 34:75-84, 2003
157. Leon AC, Olsson M, Portera L, et al.: Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 27:93-105, 1997
158. Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, et al.: [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *Encephale* 31:182-94, 2005
159. Lesage A, Bernèche F, Bordeleau M: Etude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) in Santé et bien être. Québec, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010
160. Lesage A, Rhéaume J, Vasiliadis HM: Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) in Santé et bien être. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2008
161. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al.: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48:1060-4, 1991
162. Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ: Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health* 10:574-82, 2006
163. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, et al.: Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 53:159-68, 1996
164. Maljanen T, Paltta P, Kaipainen M, et al.: The Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Helsinki, Finland, Social Insurance Institution, R&D Centre, 2000
165. Masson A: En Belgique : liberté de prescription? *L'information psychiatrique* 81, 2005
166. Mathers CD, Loncar D: Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3:e442, 2006

167. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, et al.: Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026. Edited by Fund Ks. London, King's Fund, 2008
168. McManus S, Meltzer H, Brugha T, et al.: Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey, NHS, 2009
169. Milon A: Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2009
170. MIND: Statistics 1: How common is mental distress? Prevalence of mental health problems in Great Britain, 2011
171. Mizrahi A, Mizrahi A: Les séances de médecin : spécialité, contenu et prix Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992, CREDES, 1994
172. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D: Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 59:77-84, 2002
173. Monsen J, Odland T, Faugli A, et al.: Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 36:256-68, 1995
174. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, et al.: La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins in Baromètre santé 2005. Saint-Denis, INPES, coll, 2005
175. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV, et al.: A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry* 141:1145-58, 1984
176. Myhr G, Payne K: Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. *Can J Psychiatry* 51:662-70, 2006
177. National Health Service (NHS) Department of Health, Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): Impact Assessment of the expansion of Talking Therapies, 2011
178. National Health Service (NHS) Department of Health: Talking therapies: A four-year plan of action. A supporting document to No health without mental health: A crossgovernment mental health outcomes strategy for people of all ages 2010
179. National Health Service (NHS), Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): Psychological Wellbeing Practitioners, Best Practice Guide, NHS, National IAPT Programme, 2010
180. National Health Service (NHS): Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), Guidance for Commissioning IAPT Training 2011/12 – 2014/15. London, IAPT Programme, 2011
181. National Institute for health and Clinical Excellence (NICE): Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. NICE clinical guideline 113, NICE, 2011
182. National Institute for health and Clinical Excellence (NICE): Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. NICE clinical guideline 31, 2005
183. National Institute for health and Clinical Excellence (NICE): Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. NICE clinical guideline 26, 2005
184. National Institute for health and Clinical Excellence (NICE): The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90, NICE, 2009
185. Nerriere E, Vercambre MN, Gilbert F, et al.: Voice disorders and mental health in teachers: a cross-sectional nationwide study. *BMC Public Health* 9:370, 2009
186. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT): La consommation de médicaments psychotropes en France. Synthèse, OFDT, 2009

187. Olfson M, Klerman GL: Depressive symptoms and mental health service utilization in a community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 27:161-7, 1992
188. Olfson M, Marcus SC, Druss B, et al.: National trends in the use of outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 159:1914-20, 2002
189. Olfson M, Pincus HA: Outpatient psychotherapy in the United States, II: Patterns of utilization. *Am J Psychiatry* 151:1289-94, 1994
190. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Ministère de la santé et des Sports: Compte-rendu de l'Audition des Psychiatres du 19 mai 2010, ONDPS, 2010
191. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE): L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE, OCDE, 2004. Disponible à <http://www.oecd.org/dataoecd/15/41/33915167.pdf> consulté le 1er novembre 2011
192. Organisation Mondiale de la Santé (OMS): Classification Internationale des Maladies, CIM-10, 1994
193. Organisation Mondiale de la Santé (OMS): Rapport sur la santé dans le monde. Chapitre 2: Impact des troubles mentaux et du comportement, 2000
194. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, et al.: Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 61:714-9, 2004
195. Parikh SV, Lam RW: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, I. Definitions, prevalence, and health burden. *Can J Psychiatry* 46 Suppl 1:13S-20S, 2001
196. Patten SB, Brandon-Christie J, Devli J, et al.: Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for Major Depression in a community sample. *Chronic Diseases in Canada* 21:68-72, 2000
197. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, et al.: Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 56:829-35, 1999
198. Pez O: Nouvelle modalité d'analyse des études épidémiologiques des troubles anxieux et dépressifs. Université Pierre Mendès-France. Université de Grenoble 2, Grenoble, 2008
199. Penninx BW, Nolen WA, Lamers F, et al.: Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 133:76-85, 2011
200. Pichon L-A: L'insertion professionnelle des étudiants en psychologie de la région Rhône-Alpes. Lyon, Observatoire Universitaire Régional de l'Insertion Professionnelle du GRS, 2005
201. Plateforme Psy: Psychothérapie, Situation en Europe et en Belgique en particulier, 2009. Disponible à <http://www.plateforme-psysm.be/prpsiteneu.htm> consulté le 1er novembre 2011
202. Priebe S, Wright D: The provision of psychotherapy: an international comparison. *Journal of Public Mental Health*, 5:12-22, 2006
203. Priest RG, Paykel ES: The Defeat Depression Campaign London, Royal College of Psychiatrists, The Royal College of General Practitioners, 1992
204. Prince M, Patel V, Saxena S, et al.: No health without mental health. *Lancet* 370:859-77, 2007
205. Rachman S, Wilson GT: Expansion in the provision of psychological treatment in the United Kingdom. *Behav Res Ther* 46:293-5, 2008
206. Reesal RT, Lam RW: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. II. Principles of management. *Can J Psychiatry* 46 Suppl 1:21S-28S, 2001
207. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al.: Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry Suppl*:24-8, 1998
208. Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud: Prestations spécifiques de psychothérapie, 2011

209. Retzer A, Simon FB, Weber G, et al.: A followup study of manic-depressive and schizoaffective psychoses after systemic family therapy. *Fam Process* 30:139-53, 1991
210. Rix S, Paykel ES, Lelliott P, et al.: Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign. *Br J Gen Pract* 49:99-102, 1999
211. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, et al.: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 45:1069-77, 1988
212. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K: Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 76:1083-9, 2008
213. Roemer L, Orsillo SM: Expanding our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches with Existing Cognitive-Behavioral Models. American Psychological Association, 2002
214. Roth A, Fonagy P: What works for whom: a critical review of psychotherapy research. New York, Guilford, 2005
215. Rudolf G, Dilg R, Grande T: [Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie] in Gerlach A, Schlösser A-M, Psychoanalyse des Glaubens. Edited by Springer, 2004
216. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, et al.: Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 190:326-32, 2007
217. Samacher R: Démographie psychologue en France in *Psychologie clinique et psychopathologie*, 2005
218. Sandier S, Paris V, Polton D: Health Care Systems in Transition: France in WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Edited by S Thomson and E Mossialos. Copenhagen, 2004
219. Santé Canada: Le fardeau économique de la maladie au Canada. Ottawa, Santé Canada, 2002
220. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al.: Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 62:1249-57, 2005
221. Sareen J, Houlahan T, Cox BJ, et al.: Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 193:450-4, 2005
222. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, et al.: Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv* 58:357-64, 2007
223. Sarnin P: Profession: Psychologue in Journée inter-masters. Institut de psychologie de l'Université Lumière Lyon 2, 2011
224. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, et al.: Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl*:38-43, 1996
225. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al.: Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* 103:113-20, 2007
226. Sevilla-Dedieu C, Kovess-Masfety V, Angermeyer M, et al.: Measuring use of services for mental health problems in epidemiological surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2011
227. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al.: Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 41:971-8, 1984
228. Siksou M: La formation et le titre de psychothérapeute. *Le journal des psychologues* Juillet-Août, 2002
229. Simon GE, Grothaus L, Durham ML, et al.: Impact of visit copayments on outpatient mental health utilization by members of a health maintenance organization. *Am J Psychiatry* 153:331-8, 1996

230. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, et al.: Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. London, Office for National Statistics, 2001
231. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, et al.: Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ* 9:193-200, 2006
232. Sobocki P, Jonsson B, Angst J, et al.: Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 9:87-98, 2006
233. Sobocki P, Ekman M, Agren H, et al.: The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract* 60:791-798, 2006.
234. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, et al.: Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 181:208-13, 2002
235. Sroujian C: Mental health is the number one cause of disability in Canada. *Insurance Journal* 8, 2003
236. Stevenson J, Meares R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 149:358-62, 1992
237. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, et al.: Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Jama* 289:3135-44, 2003
238. Sturm R, Klap R: Use of psychiatrists, psychologists, and master's-level therapists in managed behavioral health care carve-out plans. *Psychiatr Serv* 50:504-8, 1999
239. Taffé P: Cours de régression logistique appliquée. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) et Centre d'épidémiologie Clinique (CepiC). Lausanne, 2004
240. ten Have M, de Graaf R, Ormel J, et al.: Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45:153-63, 2010
241. Thurin JM: A propos de la psychothérapie interpersonnelle. *Techniques psychothérapeutiques*, 2004
242. Thurin JM: Arrêt sur image n° 4 - Découverte des références bibliographiques du chapitre 11 (2). Réanalyse des résultats d'une méta-analyse en considérant les "thérapies" impliquées pour la comparaison (étaient-ce de véritables thérapies ?), 2008
243. Thurin JM: Économie de la Santé en psychiatrie en 2005 : modèles et applications (2). Coût efficacité de la psychothérapie : le projet finlandais. *Pour la Recherche* 46, 2005
244. Thurin JM: Économie de la Santé en psychiatrie en 2005 : modèles et applications (2). Efficacité et coût-efficacité de la psychothérapie. *Pour la Recherche* 46, 2005
245. Thurin JM: Expertise collective INSERM sur les psychothérapies, contexte, déroulement, enseignements et perspectives Cliniques Méditerranéennes 71, 2005
246. Urbanoski KA, Rush BR, Wild TC, et al.: Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders. *Psychiatr Serv* 58:962-9, 2007
247. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, et al.: Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 184:386-92, 2004
248. Van Broeck N, Lietaer G: Psychology and psychotherapy in health care: A review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist* 13:53-63, 2008
249. van der Feltz-Cornelis CM, Knispel A, Elfeddali I: Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new reimbursement system: a challenge? *Int J Integr Care* 8:e56, 2008
250. van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, et al.: Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 26:184-9, 2004

251. Vasiliadis HM. Accessibilité à la psychothérapie. Réseau QUALAXIA, INSPQ, Montréal, Québec, 2011 <http://www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie/index.php?lg=fr> (consulté le 10 janvier 2012)
252. Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP: The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry* 54:177-81, 1993
253. Vercambre MN, Brosselin P, Gilbert F, et al.: Individual and contextual covariates of burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health* 9:333, 2009
254. Vos T, Haby MM, Barendregt JJ, et al.: The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Arch Gen Psychiatry* 61:1097-103, 2004
255. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, et al.: A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 68:159-65, 2002
256. Wampold BE, Mondin GW, Moody M, et al.: A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, « All must have prizes ». *Psychological Bulletin* 122:203-215, 1997
257. Wampold BE: Methodological Problems in Identifying Efficacious Psychotherapies. *Psychotherapy Research* 7:21-43, 1997
258. Wang J, Patten SB, Williams JV, et al.: Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders. *Can J Psychiatry* 50:652-9, 2005
259. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al.: Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370:841-50, 2007
260. Wang PS, Demler O, Olfson M, et al.: Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *Am J Psychiatry* 163:1187-98, 2006
261. Wang PS, Simon G, Kessler RC: The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res* 12:22-33, 2003
262. Wells JE, Robins LN, Bushnell JA, et al.: Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29:155-64, 1994
263. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, et al.: Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol* 15:319-28, 2000
264. Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15:357-76, 2005
265. Wittchen HU: Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 28:57-84, 1994
266. Wolf NJ, Hopko DR: Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clin Psychol Rev* 28:131-61, 2008
267. World Health Organization (WHO) : Health systems : improving performance, WHO, Genova, 2000
268. World Health Organization (WHO): Human Resources & Training in Mental Health, WHO, Genova, 2005
269. Zimmermann G, de Rotena Y, Despland JN: Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie: état de la question. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr Clin North Am*:119-26, 2008

ANNEXES

Annexe 1 Section « recours à la psychothérapie » du questionnaire de l'Enquête Santé MGEN 2005

T5 Avez-vous déjà suivi une ou plusieurs psychothérapies ?

Oui

Non

Ne sait pas

Si OUI, continuez :

Si NON ou si vous ne le savez pas, passez à la question T16 page 47

Si vous avez suivi plusieurs psychothérapies, les questions suivantes portent sur la plus récente (y compris si elle est en cours)

T6 S'il s'agissait d'une psychothérapie individuelle quel était le genre de cette psychothérapie et avec qui l'avez-vous suivie (ou la suivez-vous)?

Pour chaque ligne, vous pouvez cocher plusieurs cases si le professionnel avec lequel vous avez suivi cette psychothérapie appartient à plusieurs catégories

	Psychiatre	Médecin psychiatre	Psychologue	Psychanalyste	Psychothérapeute n'appartenant à aucune de ces catégories	Autres	Ne sait pas
• Psychothérapie de soutien -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychothérapie d'inspiration psychanalytique-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychothérapie cognitivo-comportementale-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychothérapie de couple ou familiale -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Affirmation de soi ou épanouissement personnel -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychothérapie n'appartenant à aucune de ces catégories	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T7 S'il s'agissait d'une psychothérapie de groupe quel était le genre de cette psychothérapie et avec qui l'avez-vous suivie (ou suivez-vous)?

Pour chaque ligne, vous pouvez cocher plusieurs cases si le professionnel avec lequel vous avez suivi cette psychothérapie appartient à plusieurs catégories

	Psychiatre	Médecin psychiatre	Psychologue	Psychanalyste	Psychothérapeute n'appartenant à aucune de ces catégories	Autres	Ne sait pas
• Psychothérapie de soutien -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychothérapie d'inspiration psychanalytique-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Groupe d'affirmation de soi ou d'épanouissement personnel ---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Groupe d'anciens buveurs -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Groupe weight watchers -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychothérapie n'appartenant à aucune de ces catégories -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T8 Toujours pour la psychothérapie la plus récente ou la plus significative, quelle était la fréquence des séances ?

• Sur demande -----

• Une fois par mois -----

- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

T9 Où avait-elle lieu ?

- Dans un cabinet privé
- Dans un établissement public
- Dans un centre médico-psychologique
- Autres

T10 Combien de temps a-t-elle duré ?

- Moins de 3 mois
- Entre 3 mois et 6 mois
- Entre 6 mois à 1 an
- Entre 1 an et 4 ans
- Plus de 4 ans

T11 Quel était le coût de la séance ?

- Coût total de la séance |_|_|_| €
- Coût vous restant à charge |_|_|_| €

T12 Quand avez-vous commencé cette psychothérapie ?

- Il y a moins de 3 mois
- Entre 3 mois et 6 mois
- Entre 6 mois à 1 an
- Entre 1 an et 4 ans
- Plus de 4 ans

T13 Quand avez-vous terminé cette psychothérapie ?

- Il y a moins de 3 mois
- Entre 3 mois et 6 mois
- Entre 6 mois à 1 an
- Plus d'1 an
- En cours actuellement

T14 Suivez-vous (ou en avez-vous suivi) une ou plusieurs autres psychothérapies en même temps?

Oui Non

T14a Si oui, combien d'autres psychothérapies suivez-vous (ou avez-vous suivi)

en même temps? |_|_|

T15 Quel âge aviez-vous lorsque vous avez suivi une psychothérapie pour la première fois ?

|_|_| Ans

Annexe 2 Section « recours à la psychothérapie » du questionnaire de l'Enquête Indicateurs de santé mentale dans quatre régions françaises 2005

Au cours de votre vie, avez-vous déjà suivi une psychothérapie pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques ou des problèmes de drogues ou d'alcool?

1. Oui, une fois
2. Oui, plusieurs fois
3. Non
4. (Nsp)

Etait-ce une psychothérapie individuelle ou de groupe ?

1. Individuelle
2. De groupe
3. (Nsp)

Le psychothérapeute était-il....?

1. Un psychiatre
2. Un psychanalyste
3. Un psychologue
4. Un médecin autre qu'un psychiatre
5. Une personne qui n'appartient à aucune de ces catégories
6. (nsp)

Quelle était la fréquence de ce traitement ?

1. Plus d'une fois par semaine
2. Une fois par semaine
3. 2 à 3 fois par mois
4. Une fois par mois
5. Moins d'une fois par mois
6. (nsp)

Combien de temps ce traitement a-t-il duré?

1. Moins d'un mois
2. De 1 mois à moins de 6 mois
3. De 6 mois à moins d'1 an
4. Plus d'un an
5. (nsp)

Avez-vous suivi une séance de psychothérapie au cours des 12 derniers mois ?

1. Oui,
2. non
3. (nsp)

Annexe 3 Décret n°2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute

CHAPITRE IER : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1

L'inscription sur le registre national des psychothérapeutes mentionné à l'article 52 de la loi du 9 août 2004 susvisée est subordonnée à la validation d'une formation en psychopathologie clinique de 400 heures minimum et d'un stage pratique d'une durée minimale correspondant à cinq mois effectué dans les conditions prévues à l'article 4. L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

Article 52

Modifié par Ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010 - art. 41

L'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes.

L'inscription est enregistrée sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle ou à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte ou à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle est tenue à jour, mise à la disposition du public et publiée régulièrement. Cette liste mentionne les formations suivies par le professionnel. En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département ou à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte ou à Saint-Pierre-et-Miquelon, une nouvelle inscription est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent à nouveau faire usage du titre de psychothérapeute.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article et les conditions de formation théorique et pratique en psychopathologie clinique que doivent remplir les professionnels souhaitant s'inscrire au registre national des psychothérapeutes. Il définit les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur agréent les établissements autorisés à délivrer cette formation.

L'accès à cette formation est réservé aux titulaires d'un diplôme de niveau doctorat donnant le droit d'exercer la médecine en France ou d'un diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.

Le décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine, les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue dans les conditions définies par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et les psychanalystes régulièrement enregistrés dans les annuaires de leurs associations peuvent bénéficier d'une dispense totale ou partielle pour la formation en psychopathologie clinique.

Le décret en Conseil d'Etat précise également les dispositions transitoires dont peuvent bénéficier les professionnels justifiant d'au moins cinq ans de pratique de la psychothérapie à la date de publication du décret.

A N N E X E
NOMBRES D'HEURES DE FORMATION EN PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE
EXIGÉES DES CANDIDATS AU TITRE DE PSYCHOTHERAPEUTE

THÈME de formation	PSYCHIATRES Dispense totale	MÉDECINS non psychiatres	PSYCHOLOGUES cliniciens	PSYCHOLOGUES non cliniciens	PSYCHANALYSTES régulièrement enregistrés dans leur annuaires	PROFESSIONNELS n'appartenant à aucune des catégories précédentes
Développement, fonctionnement et processus psychiques	0 h	0 h	0 h	0 h	0 h	100 h
Critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques	0 h	0 h	50 h	100 h	100 h	100 h
Théories se rapportant à la psychopathologie	0 h	100 h	50 h	100 h	50 h	100 h
Principale approches utilisées en psychothérapie	0 h	100 h	50 h	100 h	50 h	100 h
Stage	0 mois	2 mois	2 mois	5 mois	2 mois	5 mois

PUBLICATIONS

Publication 1 Kovess-Masfety V., Dezetter A. de Graaf R. et al. 2010

V. Kovess-Masfety, A. Dezetter, R. de Graaf, J.M. Haro, R. Bruffaerts, X. Briffault, F. Gilbert, M. Codony, J. Alonso, and the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. "Religious advisors' role in mental health care in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders survey". Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 45:989, 2010.

Religious advisors' role in mental health care in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders survey

Viviane Kovess-Masfety · Anne Dezetter · Ron de Graaf · Joseph Maria Haro · Ronny Bruffaerts · Xavier Briffault · Fabien Gilbert · Miquel Codony · Jordi Alonso · the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators

Received: 19 May 2009 / Accepted: 18 September 2009 / Published online: 2 October 2009
© Springer-Verlag 2009

Abstract

Objective To study the role of religious advisors in mental health problems in six European countries and to compare it to data from the USA.

Methods Data were derived from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) study, a cross-sectional study, conducted in Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands and Spain. 21,425 individuals, 18 and older, were interviewed with the Composite International Diagnostic Interview 3.0. Findings were compared to the National Comorbidity Survey (NCS) and replication of the NCS (NCS-R) in the US.

Results In ESEMeD, 0.6% of individuals (0.3% exclusively) sought help from religious advisors concerning mental health problems during the previous year, compared to 2.6% in NCS and 3.4% (for human services) in NCS-R in the US. Among those using any form of service, 6.9% consulted religious advisors (12.2% in Germany to 2.1% in Spain) compared to 18.8% in the US. Being younger (less than 25 years old), being older (more than 64) and religiosity are associated with the use of religious advisors, whereas being a student is associated with a lower probability.

Conclusions Seeking help from religious advisors for mental health problems varies dramatically among ESEMeD countries. Except for Germany, organised religion in the ESEMeD countries could not be considered as an alternative.

V. Kovess-Masfety (✉) · A. Dezetter · X. Briffault · F. Gilbert
EA 4069, Université Paris Descartes,
12, rue de l'École de médecine, 75 006 Paris, France
e-mail: viviane.kovess-masfety@ext.parisdescartes.fr

R. de Graaf
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction,
Utrecht, The Netherlands

J. M. Haro
Serveis de Salut Mental, Sant Joan de Déu,
Sant Boi de Llobregat, Spain

R. Bruffaerts
Department of Neurosciences and Psychiatry,
University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium

A. Dezetter · X. Briffault
Centre de Recherche Psychotropes, Santé mentale,
Société (CESAMES), Paris Descartes University,
Paris, France
e-mail: anne.dezetter@gmail.com

M. Codony · J. Alonso
Health Services Research Unit, Municipal Institute of Medical
Research (IMIM), Barcelona, Spain

Keywords Service delivery system · Religion · Research service delivery · Epidemiology · Cross-cultural issue

Introduction

Religion has traditionally been considered as a moral support for dealing with life difficulties and potentially as a protective factor for good mental health [4, 14, 18, 19, 21, 34]. Religious advisors, such as ministers of organised religions, may provide advice, support and comfort for mental health problems in their parishioners, and thus could be considered as an informal component of the mental health care system. Traditionally, ministers of religion have been given responsibility for visiting prisons, hospitals and mental institutions as well as for the welfare of homeless [20]. In most organised religions, ministers

receive specific training on how to recognise and deal with persons suffering from mental disorders or psychological problems [23] including referral to the mental health system. As a matter of fact in the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), Harris [16] found in the US that among the most severe disorders those who are practising a religion have higher rate of contact with the mental health care system than those do not.

Unlike the situation in the USA, where as few as 16% of individuals declared having no religion [10], religion is less frequently professed in Europe except in the traditionally Southern countries: according to the Religion Atlas [2, 9] individuals who declared having no religion are less than 10% in Italy, 12% in Spain, but 27–29% in France, Belgium and Germany, and 40% in the Netherlands [5–7, 11, 12]. In these countries as well in the US, Christianity is the most frequently professed religion (95%). In Italy, Spain, Belgium, the Netherlands and France, Roman Catholic is predominant and in Germany, Catholicism and Protestantism are equally represented. In the USA, Protestants represent 53.4% of the total population and Catholics were 25.2%.

Given such differences in religion affiliation between US and within Europe, we propose to consider the role of religious advisors in dealing with mental health problems in different countries. Indeed, little information is available on the extent to which religions are involved in dealing with mental health problems in Europe.

To date, the only published data come from a survey performed in the Netherlands, where 1.6% of adults aged 65 years or under who presented a mental disorder in the previous 12 months declared having sought guidance from a religious advisor during this period [8].

In contrast, several epidemiological studies in the USA have evaluated the role of religious advisors in mental health. In the National Comorbidity Survey (NCS), conducted between 1990 and 1992 in a large general population sample (8,098 adults aged 15–54), 2.6% declared seeking help from a religious provider during the previous 12 months, and as many as 25% of those who declared having sought help for a mental health problem during the past year had consulted a religious adviser [31].

A replication of the NCS (NCS-R) was implemented in 2002 and 2003. Over this 10-year period, service use remained relatively stable. 3.4% of interviewees made contact during the previous year with non-medical services (religious or spiritual advisor, social worker, or counsellor in any setting other than a specialty mental health setting), compared to 3.6% (including 2.6% consulting religious advisors) in the first NCS [31]. Respectively, 1.5 and 1.8% in the two surveys made use of non-medical resources exclusively [32].

In the context of the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey initiative, the NCS-R survey has been extended to 16 countries, allowing for detailed comparisons of the use of mental health services between these European countries [33]. In this context, the use of religion for mental health problems in Europe was evaluated in the six participating European countries (Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands and Spain) in the same way as it had been in the NCS-R.

The objectives of the present study are to describe patterns of consultation of religious advisors for mental health problems within Europe in the six participating European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) countries, to evaluate differences in use between countries, to identify potential determinants of consultation, and to compare patterns of use between Europe and the US.

Methods

Study sample

The ESEMED project is a cross-sectional face-to-face household interview survey based on probability samples representative of the adult population, aged 18 years or older, of six European countries. A stratified multistage random sample without replacement was drawn in each country. The sampling frame was either a register of residents, postal registries or telephone numbers. The selection procedures and sampling frame have been described previously [1]. After receiving a complete description of the study, all participants provided written informed consent. Questions were administered at home by trained interviewers who used a computer-assisted personal interview that included the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0) [27]. Data were obtained from 21,425 respondents, between January 2001 and July 2003. The overall response rate was 61.2%, with the highest rates obtained in Spain (78.6%) and Italy (71.3%), followed by Germany (57.8%), the Netherlands (56.4%), Belgium (50.6%) and France (45.9%). The sample was weighted to take into account different selection probabilities between countries, the specific age and gender distributions of the general populations of each country and the relative population sizes of each country. In this study, we report data from the second phase of the interview only, corresponding to 8,796 individuals. This group is referred to as “the overall sample” in the text. In order to test potential country effects, effect coding was chosen over the more popular dummy coding. This method allows testing of the deviation of single countries from an average European effect, the so-called grand mean.

Mental disorders

In order to optimise the length of the interview, the interview was conducted in two phases with the CIDI. In the first phase, all participants were screened for the most common mood and anxiety disorders. Only those who presented symptoms of specific mood and anxiety disorders and a random 25% of those who did not entered the second phase of the interview that included in-depth questions about additional mental disorders as well as demographic and lifestyle features, including religious affiliations [1]. The presence of mood, anxiety and alcohol disorders was determined by diagnostic criteria defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) [3]. Organic exclusion rules were imposed in making all diagnoses. The WHO CIDI 3.0 Field Trials and later clinical calibration studies have shown that all these disorders could be assessed with acceptable reliability and validity using the CIDI [35]. More recent reappraisals carried out in four WMH countries (in the US, Italy, Spain and France, with total $n = 468$) have demonstrated good agreement between CIDI 3.0 diagnoses and diagnoses based on blinded re-interviews, with the area under the receiver operator characteristics curve ranging between 0.73 and 0.93 for lifetime mood/anxiety disorders, between 0.83 and 0.88 for 12-month mood/anxiety disorders [15].

WMH CIDI mental disorders were also classified as severe or moderate: severe disorders were defined either alcohol dependence with a physiological dependence syndrome, making a suicide attempt in conjunction with any other disorder, reporting severe role impairment due to a mental disorder in at least two areas of functioning measured by disorder-specific Sheehan Disability Scales (SDS) [24] with a score of 8 or more or having overall functional impairment from any disorder consistent with a Global Assessment of Functioning (GAF) [13] score of 50 or less.

Moderate disorders were defined either alcohol dependence or at least moderate interference in any SDS domain (a score between 4 and 7) in conjunction with any other disorder.

Religious affiliation

Subjects were asked five questions on religion which are presented in Fig. 1 of Appendix 1. These covered the presence or absence of religious affiliation and, for subjects reporting religious affiliation, nature of the religion extent of religious practice and intrinsic religiosity [26]. Three variables were computed: a weekly practice, seek comfort (problem solving) through religious means and importance of religion in the daily life.

Service use

All participants were asked to identify lifetime use of any services as a result of their “emotions or mental health problems”. Individuals reporting any use of services were then asked to select whom they had consulted from a list of formal health care providers: psychiatrists, psychologists, psychotherapists, social workers, counsellors, nurses, general practitioners, other medical doctors and of informal providers. Two categories of informal care providers were defined [33]: human resources which include religious advisors, social workers or counsellors not exercising in a mental health setting and complementary alternative medicine: healers and self-help groups. However, in ESEMeD, unlike what was done in the NCS-R, religious advisors were the only resource to be included in the human resources in Europe, since no questions were asked about the setting of social workers or counsellors. For each type of use, questions were asked on the last 12 months, which is the reference period in this paper.

Statistical analysis

The proportion of people declaring religious belief and practice in each country were expressed in absolute numbers and percentages with 95% confidence intervals (95% CI). Multiple logistic regression analysis was used to assess variables associated with religious belief and practice with respect to socio-demographic characteristics (gender, age, marital status, employment status, income and population size of place of residence) and diagnoses of mental disorders (any mood, anxiety) which were entered into the model as independent variables. Alcohol use and abuse could not be analysed because of an insufficient number of cases. Associations were expressed as odds ratios with their 95% CI and tested for statistical significance using the Wald Chi-square test. When comparing countries, an overall mean for all participating countries was calculated to allow comparison of data from individual countries to an ESEMeD country average. Analyses were done on 12 months to ensure that religious beliefs and practice and use of care were concomitant. All data were analysed using Stata SE9 software [28], which is specifically designed for analysing complex sample surveys and weighted data. When comparing with the NCS data, the ESEMeD sample was restricted to subjects aged 18–54 years only, in order to ensure comparability.

Results

Of the 8,796 individuals, representative of the general population, in the ESEMeD database, 8,769 replied to the question concerning religion. 2,965 subjects [22] had

reported any lifetime contacts for a mental health problem, 1,360 were reported for use of services in the previous 12 months, among those 1,068 individuals declaring a religion and providing full data on potential determinants of service use.

Religious affiliations across the ESEMeD countries

The religious affiliations declared by study participants in the six ESEMeD countries are presented in Table 1. As expected, few subjects professed non-Christian religions, namely 250 subjects, including 11 Jewish and 73 Muslim participants corresponding to a rate ranging from 6.6 to 2% so these religion affiliations could not been studied.

Roman Catholicism is the most frequently professed religion overall, and in all individual countries with the exception of Germany. Protestantism is declared by a significant number of subjects in two out of the six countries: Germany and the Netherlands. The proportion of participants who declared that they had no religion ranged from 2.3% in Italy to 39.5% in the Netherlands.

The percentage of subjects attending religious services at least weekly was highest amongst Catholics (17.85%) and Protestants (10.37%). Similarly, 16.93% of Catholics declared seeking help from religion, compared to 13.12% of Protestants; 17.58% of Catholics attribute great importance to religion compared to 12.6% of Protestants. All these differences are highly significant ($P < 0.001$ or below). Inter-country differences on these dimensions were significant and consistent. For example, in Italy, the Netherlands and Spain, religion was considered to be important (23–24%) and to contribute to dealing with difficulties in daily life (18–25%), and a significant minority of interviewees declared that they took part in some form of religious practice at least weekly (20–30%). In the remaining three countries, namely Germany, Belgium and France, 13–11.5% of the people declared their religion to be very important to them, 11–13% to look to religion to resolve difficulties of daily life, and 7–10% to practice weekly. All these differences are highly significant ($P < 0.001$). There are some differences in attitudes between countries concerning the same religion. For example, Catholics in Spain and Italy are more involved in their religion than they are in the other three countries, whilst Protestants are more involved than Catholics in all countries except Germany, where Protestantism is the most frequently declared religion (data not shown).

Apart from country differences, women declared a religion more frequently than men (85.2 vs. 80.7%, respectively; $P < 0.001$). Moreover, the proportion of subjects declaring a religious affiliation was higher for older persons (90.7% in subjects aged 65 years and older compared to 77.6% in the 18–24 years old group; $P < 0.001$),

Table 1 Religious affiliation in the six ESEMeD countries (% with 95% confidence intervals)

	% with 95% CI						Average (N = 8,769)	P
	Belgium (N = 1,022)	France (N = 1,436)	Germany (N = 1,321)	Italy (N = 1,779)	The Netherlands (N = 1,092)	Spain (N = 2,119)		
No religion	18.5, 201 [14.7–22.9]	19.2, 306 [16.4–22.5]	21.7, 318 [19.3–24.3]	2.3, 51 [1.7–3.2]	39.5, 432 [34.9–44.4]	12.5, 241 [10.2–15.1]	16.4, 1,549 [15.2–17.6]	<0.001
Protestant	0.9, 17 [0.5–1.6]	2.6, 37 [1.6–4.1]	37.4, 480 [34.1–40.8]	1.9, 37 [1.3–2.9]	19.9, 220 [16.4–24.0]	1.7, 48 [1.1–2.6]	14.3, 839 [13.1–15.6]	<0.001
Catholic	76.5, 749 [71.4–80.9]	73.7, 1,035 [70.0–77.0]	37.4, 476 [34.3–40.5]	93.7, 1,654 [92.2–94.9]	34.0, 365 [29.8–38.4]	82.9, 1,768 [80.1–85.4]	65.8, 6,047 [64.3–67.3]	<0.001
Other	4.2, 55 [2.5–6.8]	4.5, 58 [3.0–6.7]	3.5, 47 [2.4–5.1]	2.1, 37 [1.4–3.0]	6.6, 75 [4.5–9.4]	2.9, 62 [2.0–4.3]	3.5, 334 [2.9–4.2]	<0.001
Jewish	0.02, 1	0.05, 1	0.17, 2	0.1, 2	0.11, 5	–, 0	0.1, 11	0.106
Muslim	1.56, 15	2.01, 25	1.12, 19	–, 0	–, 0	0.63, 14	0.9, 73	<0.001
No one of them	2.59, 39	2.44, 32	2.19, 26	1.97, 35	6.46, 70	2.28, 48	2.5, 250	0.023
Total	100	100	100	100	100	100	100	

housewives and retired persons (91.7 and 89.3%, respectively; $P < 0.001$), individuals in the highest income category (84.5 vs. 78.3% in those in the lowest; $P = 0.005$), and those living in towns with less than 10,000 inhabitants (89.1 vs. 76.9% of those living in cities with more than 100,000 inhabitants; $P < 0.001$).

When these variables were entered into a multiple logistic regression model (Table 2), age ≥ 60 years, being a homemaker and living in Italy or Spain were associated with a higher probability of declaring a religion whereas living in big cities, unmarried status, and living in Belgium, France, Germany or the Netherlands were associated with a lower probability. To a lesser extent, belonging to a low income group was associated with a marginally higher

Table 2 Multiple logistic regression analysis of variables associated with declaring a religion ($N = 8,769$)

	OR	P	95% CI	
Country				
Average countries	1.00			
Belgium	0.76	0.02	0.61	0.95
France	0.69	<0.01	0.56	0.84
Germany	0.66	<0.01	0.56	0.78
Italy	7.52	<0.01	5.57	10.15
The Netherlands	0.28	<0.01	0.22	0.34
Spain	1.40	<0.01	1.14	1.71
Gender				
Male	1.00			
Female	1.16	0.15	0.95	1.41
Age group				
18–34 years	1.08	0.54	0.84	1.39
35–59 years	1.00			
60 years or more	2.61	<0.01	1.86	3.67
Population of place of residence				
Less than 10,000 hab.	1.24	0.11	0.96	1.61
Between 10,000 and 100,000 hab.	1.00			
More than 100,000 hab.	0.61	<0.01	0.48	0.76
Employment				
Working	1.00			
Student	0.61	0.06	0.36	1.01
Homemaker	2.31	<0.01	1.56	3.40
Retired	0.84	0.33	0.58	1.20
Other	1.17	0.40	0.81	1.69
Income				
Average income	1.00			
Income low	1.29	0.06	0.99	1.70
Income high	0.87	0.30	0.67	1.13
Marital status				
Married	1.00			
Separated	0.77	0.10	0.56	1.05
Never married	0.75	0.04	0.57	0.98

probability with declaring a religion ($P = 0.06$) and being a student with a decreased probability ($P = 0.06$).

Religion and use of care for a mental health problem

In the previous year, 0.6% of respondents had turned to religious advisors for help with mental health problems at least once. This proportion ranged from 0.1% in Spain, 0.4% in Belgium, France and Italy, 0.6% in the Netherlands to 1% in Germany ($P = 0.02$). Among those using any services for mental disorders or emotional problems ($n = 1,360$), 6.9% consulted religious advisors, for 4.1%, these were the only professionals consulted; 90% turned to a formal providers only and 2.8% turned to both of them. This proportion was higher in Germany and Italy (12.2 and 9.1%, respectively) than in the Netherlands, Belgium, France and Spain, where much lower rates were reported (5.4–2.1%; $P < 0.03$) (Table 3).

Multivariate logistic regression analysis of the use of religious advisors in relation to mental health problems versus use of other services during the previous 12 months ($n = 1,068$) identifies “finding religion very important in daily life” (OR = 11.32; $P < 0.001$) and “weekly religious practice” (OR = 2.46; $P = 0.05$) as being the most important determinants. In addition, being younger (18–24 years old; OR = 6.85; $P < 0.001$) and older (65 and more; OR = 4.04; $P = 0.02$) was associated with a higher probability of consulting religious advisors, whereas being a student (OR = 0.03; $P = 0.04$) or living in Spain (OR = 0.22; $P < 0.01$) were associated with a lower probability. The type of religion, gender, place of living, income, marital status and type of mental disorder did not predict consultation of a religious adviser versus consultation of a formal health care provider only (Table 4).

Religion appears to play a much less important role in the care of mental health problems in European countries participating in ESEMeD than it does in the US. For comparison, 2.6% of Americans interviewed in the NCS survey reported having turned to a religious advisor in the previous 12 months (plus 1% to other human services) [31], compared to an average of 0.5% (18–54 years) in ESEMeD countries. In the NCS-R survey, 3.4% had turned to human services, of whom approximately three quarters corresponded to religious providers [33], compared to 0.6% in ESEMeD countries. Among ESEMeD people declaring a religion, 7.7% of individuals suffering from severe mental disorder turned to religious advisors as against 2.4% of those with moderate disorder ($P = 0.002$). In ESEMeD, 6.9% of individuals who declared consulting a formal health care service for a mental health problem in the previous year reported that they had also consulted a religious advisor whereas, in NCS-R, 18.8% reported contact with human services such as religious providers [33]. This

Table 3 Access to religious advisors and formal care for mental health problems, over previous 12 months, across ESEMeD countries

All respondents	Belgium	France	Germany	Italy	The Netherlands	Spain	Total	95% CI		P
	(N = 1,043)	(N = 1,436)	(N = 1,323)	(N = 1,779)	(N = 1,094)	(N = 2,121)	(N = 8,796)	%	%	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Neither	89.1	88.7	91.9	95.7	89.1	93.2	92.0	91.3	92.7	<0.001
Religious only	0.1	0.2	0.7	0.2	0.1	0.0	0.3	0.1	0.6	0.046
Religious and formal	0.3	0.2	0.3	0.2	0.5	0.1	0.2	0.1	0.3	0.360
Formal only	10.2	10.5	6.8	3.9	9.7	6.6	7.2	6.5	7.9	<0.001
Others	0.3	0.4	0.3	0.0	0.6	0.1	0.3	0.1	0.4	0.008
Total	100	100	100	100	100	100	100			
Religious total	0.4	0.4	1.0	0.4	0.6	0.1	0.6	0.3	0.8	0.020
Mental health providers	5.2	4.5	4.0	2.0	5.5	3.6	3.7	3.2	4.2	<0.001
Religious total among 18–54 years old	0.50	0.30	0.90	0.50	0.70	0.20	0.50	0.20	0.90	0.18

Services users only	Belgium	France	Germany	Italy	The Netherlands	Spain	Total	95% CI		P
	(N = 187)	(N = 272)	(N = 183)	(N = 141)	(N = 202)	(N = 375)	(N = 1,360)	%	%	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Religious only	1.1	2.1	9.1	3.6	1.0	0.3	4.1	1.2	7.1	0.043
Religious and formal	2.6	1.4	3.1	5.5	4.4	1.8	2.8	1.6	4.0	0.282
Formal only	93.9	93.0	83.9	90.5	89.0	96.5	90.0	86.5	93.4	0.006
Others	2.4	3.6	3.9	0.4	5.7	1.4	3.1	1.5	4.8	0.058
Total	100	100	100	100	100	100	100			
Religious total	3.7	3.4	12.2	9.1	5.4	2.1	6.9	3.8	10.0	0.028
Mental health providers	47.9	39.4	48.5	47.1	51.0	52.2	46.4	41.8	51.0	0.330

difference is more striking for Spain (2.1%), France (3.4%), Belgium (3.7%) or the Netherlands (5.4%) compared to Italy (9.1%), Germany (12.2%). Among individuals with a 12-month disorder who used any services for mental health problems, 3.1% turned to religious providers in ESEMeD compared to 23.5% in NCS [31].

Limits

Survey participation rates were low in France and Belgium; however, it did not seem to affect the results concerning religions since the proportion of religions declared in our sample corresponded to those of the Religion Atlas for each of the participating country [2, 9]. Our results could be applied only to Christians because the relatively low rate of other religions in Europe results in too small numbers in our survey. Finally, substance abuse and dependence could not be studied due to a low number of cases; consequently, Europe versus US comparisons could not be done for this disorder.

Comparisons with the NCS and NCS-R in the 12-month use of religious advisors have limitations. Firstly, the NCS [31] evaluated the 15–54-year age group, whereas we could only study adults aged between 18 and 54 years. Secondly,

the study periods for the NCS and ESEMeD surveys were not the same, namely 1990–1992 for the NCS and 2001–2003 for ESEMeD. However, Wang et al. [32] reported only minor differences in 12-month use of human services between the NCS and NCS-R. Consultation rates in the two surveys were 1.5–1.8%, respectively, for all respondents and 12.6–9.1%, respectively, for respondents seeking some form of treatment. Thirdly, in the NCS-R [33], religious providers are pooled together with counsellors and social workers working outside a mental health context in a unique human service category whereas, in ESEMeD, religious advisors were the only human services considered. Despite these limitations, the questions used in the survey pertaining to religion, mental disorders and health care utilisation are very similar to those used in the two American NCS studies. For this reason, differences in the use of religious advisors between the USA and Europe identified in the ESEMeD study are likely to genuine.

Discussion

Religious practice at least once a week and attaching much importance to religion were the predictors of turning to

Table 4 Multiple logistic regression analysis of variables associated with 12-month use of religious provider versus other services only, for mental health problems among respondents declaring a religion ($n = 1,068$)

	OR	P	95% CI	
Religion				
Protestant	1.65	0.37	0.55	4.91
Catholic	1.00			
Other	2.38	0.30	0.47	12.14
Religion variables				
Weekly practice				
Yes	2.46	0.05	1.00	6.04
No	1.00			
Problem solving				
Yes	2.04	0.18	0.71	5.82
No	1.00			
Very important				
Yes	11.32	<0.001	3.79	33.81
No	1.00			
Country				
Average countries	1.00			
Belgium	1.39	0.63	0.37	5.23
France	0.99	0.98	0.43	2.25
Germany	2.04	0.10	0.88	4.71
Italy	1.58	0.25	0.72	3.44
The Netherlands	1.02	0.97	0.33	3.14
Spain	0.22	0.02	0.09	0.57
Gender				
Male	1.00			
Female	0.97	0.94	0.41	2.27
Age group				
18–24 years	6.85	<0.001	2.10	22.35
25–64 years	1.00			
65 years or more	4.04	0.02	1.28	12.71
Population of place of residence				
Less than 10,000 hab.	0.71	0.47	0.29	1.78
Between 10,000 and 100,000 hab.	1.00			
More than 100,000 hab.	0.58	0.30	0.20	1.64
Employment				
Working	1.00			
Student	0.03	0.04	0.00	0.80
Homemaker	0.56	0.41	0.14	2.22
Retired	0.78	0.67	0.24	2.51
Other	1.74	0.23	0.70	4.31
Income				
Average income	1.00			
Income low	1.06	0.89	0.44	2.59
Income high	0.50	0.31	0.13	1.91
Marital status				
Married	1.00			
Separated	1.23	0.70	0.42	3.60

Table 4 continued

	OR	P	95% CI	
Never married	1.80	0.20	0.73	4.45
Mental disorder during previous 12 months				
Mood				
Yes	0.75	0.51	0.31	1.79
No	1.00			
Anxiety				
Yes	0.73	0.43	0.33	1.60
No	1.00			

Data are presented as odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI). All values were obtained after weighting

religious providers for mental health problems rather than using an other mental health care service in Europe. Individuals with a severe disorder turned more often to mental health professional than those with a moderate disorder. Since attitudes towards religion are quite diverse in the six different countries of the survey, this largely explains differences in consulting religious providers between countries, except for Spain, where religious advisors are much less frequently availed of than expected. When data from the different ESEMeD countries were pooled together, consistent relationships between use of religious advisors for mental health problems and degree of religious involvement were highlighted in Europe and the USA. For example, American people regularly attend a place of worship more frequently than European people (39 vs. 16.6% declared attending a religious service at least once a week), and think that religion is very important in their lives (56 vs. 17.4%) [25]. On the other hand, such a relationship is not observed systematically when ESEMeD countries are compared between each other. The relationship certainly applies to Italy, which is the most religious country and the one where religious advisors are most involved in help-seeking behaviour for mental health problems, and to France and Belgium where both religious adherence and recourse to religious advisors are both low. In contrast, in Spain, religious adherence is high but consultation of religious advisors the lowest, whereas in Germany high consultation rates are associated with a low overall level of professed religious belief.

Among those declaring a religion, young people (18–24 years old) seemed to consult religious advisors in case of mental health problems, whereas we observed lower consultations for students. A similar apparently paradoxical finding has been reported in the US studies, and seems to indicate the presence of two categories of young people, a better-educated student population who are less inclined towards consultation of religious advisors and a less well-educated group who are as likely to consult religious advisors as the oldest age group evaluated in the study.

In the US, money donated to religious organisations is totally tax deductible, including for companies [17] whereas, in Europe, possibilities for tax deduction are more limited. For this reason, the church in Europe will never have as high an income as in the US. This difference in wealth may be an explanation for the difference between Europe and the US in the involvement of religious organisations in areas such as mental health.

Indeed in US, the availability of religious advisers is higher than in Europe: according to US religious websites [29, 30] we obtained an average at 14.5 per 10,000 Christians a much higher rate than the average 7.4 religious advisors per 10,000 Christians for ESEMeD countries; 9.4 for Belgium, 8.7 for Italy, 8 for Germany, 6.8 for Spain and the Netherlands and 4.9 for France. These rates are relatively coherent with the use of religious advisors which are more frequent in Italy and Germany where the density is the highest and less frequent in France where the density is the lowest.

Another unexpected finding relates to the low level of use of religion for mental health problems in Spain. Like Italy, this country is mainly Roman Catholic and has a high proportion of inhabitants who practice religion regularly and who attach importance to religion. However, when adjusted for these factors, the probability of using religion for mental health problems in Spain is three times lower than in the other ESEMeD countries. Spain differs very much from Italy where religious beliefs are similar, but where the church seems more personalised and integrated into the daily life. Another possibility is that formal mental health care is more accessible in Spain than in Italy, where out-of-pocket costs are very high (Sevilla-Dedieu, 2008 Sept. 10, personal communication). Spanish people may also be more receptive to psychiatry and psychology for resolving personal problems compared to their Italian counterparts.

Conclusions

Recourse to religious advisors for mental health problems seems much less common in the six ESEMeD countries than in the US. However, large differences persist between European countries: the proportion of respondents who declared themselves to have a religion and who reported turning to religion for help for mental health care was high in Germany and Italy and low in Spain, France and Belgium. In Spain, the proportion of those who declared a religion was high but use of religion for mental health problems was very low. The nature of the religion did not seem to influence turning to religion for help, but regularity of practice and intensity of beliefs appear to be important determinants. Unlike the situation in the US, organised religion in the ESEMeD European countries, except for Germany, could not be considered as complement to formal mental health care.

Acknowledgments We thank the WMH staff for assistance with instrumentation fieldwork, and data analysis. A complete list of WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>. This project was funded by the European Commission (Contract QLG5-1999-01042); the Piedmont Region (Italy), Fondo de Investigacion Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Spain (FIS 00/0028), Ministerio de Ciencia Y Tecnologia, Spain (SAF 2000-158-CE), Department de Sanitat, Generalitat de Catalunya, Spain, other local agencies and by an unrestricted educational grant from Glaxo-SmithKline. ESEMeD is carried out in conjunction with the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey initiative. These WMH activities were supported by the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), the Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), the Pan American Health Organization, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, Inc., GlaxoSmithKline, and Bristol-Myers Squibb.

Conflict of interest statement The authors have no conflicts of interest to declare.

Appendix 1

Fig. 1 Questions on religion and use of care

1. Questions about religion

- *What is your religion?* (An extensive list of religion is proposed to be coded by the interviewer, including "agnostic or atheist" and "no religion").

- *How often do you usually attend religious services?:* weekly practice versus lesser than that is the variable representing this dimension.

- *In general, how important are religious or spiritual beliefs in your daily life:* Very important, somewhat, not very, or not at all important? Very important versus other answers is the variable representing this dimension.

- *When you have problems or difficulties in your family, work, or personal life, how often do you seek comfort through religious or spiritual means, such as praying, meditating, attending a religious service:* Often/sometimes, rarely, or never?

- *When you have decisions to make in your daily life, how often do you think about what your religious or spiritual beliefs suggest you should do:* Often/sometimes, rarely, or never? A variable named "Problem solving" represents this dimension through the combination of the two last questions: positive if "often" for either of the last two questions and negative for the remaining combinations.

2. Speaking with professionals about problems with emotions or mental health

The next question is about talking to professionals about problems with emotions or mental health. By "professionals" we mean medical doctors, nurses, psychologists, social workers, spiritual advisors, herbalists, and any other healing professionals. With this definition in mind, did you ever in your life talk to a medical doctor or other professional about any problem with your emotions or mental health?

Did you ever in your life talk to any of the following types of professionals about problems with your emotions or mental health?

- a psychiatrist?
- any other mental health professional, such as a psychologist, psychotherapist, social worker, or counsellor?
- a general family doctor?
- any other doctor, such as a cardiologist or (Women: a gynaecologist / Men: a urologist)?
- any other health professional, such as a nurse or nutritionist?
- a religious or spiritual advisor, such as a minister, priest, or rabbi?
- any other healer, such as a herbalist, chiropractor, or spiritualist?

Question to individuals with fulfilling diagnostic criteria for depression, dysthymia, panic disorder, specific phobia, social phobia, agoraphobia, general anxiety disorder, post traumatic stress disorder, substance use, obsessive compulsive disorder, eating disorders, or premenstrual dysphoric disorder.

Which of the following types of professionals did you talk to about your (sadness /or/ discouragement /or/ lack of interest):

- a psychiatrist
- any other medical doctor
- a psychologist
- any other type of psychotherapist or mental health counsellor

References

1. Alonso J et al (2004) Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109(Suppl 420):8–20
2. American Jewish Committee (2006) *American Jewish Year Book*. American Jewish Committee, New York
3. American Psychiatric Association (1995) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)*, 1994, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC
4. Baetz M et al (2004) The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population. *J Nerv Ment Dis* 192(12):818–822
5. Bertrand JR (2007) Espagne, Portugal. In: *L'Atlas des religions. La vie, Le Monde*, p 134
6. Bertrand JR (2007) Italie. In: *L'Atlas des religions. La vie, Le Monde*, p 135
7. Bertrand JR (2007) La France catholique. In: *L'Atlas des religions. La vie, Le Monde*, pp 122–123
8. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33(12):587–595
9. Collective (2007) *L'Atlas des religions. La vie, Le Monde*, Paris
10. De Buor C (2007) Etats-Unis d'Amérique. In: *L'Atlas des religions. La vie, Le Monde*, p 190

11. De saint Blanquat E (2007) Allemagne, Autriche. In: L'Atlas des religions. La vie, Le Monde, pp 130–131
12. De saint Blanquat E (2007) Benelux. In: L'Atlas des religions. La vie, Le Monde, p 138
13. Endicott J et al (1976) The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33(6):766–771
14. Gillum R (2007) Religiousness, health, and health behavior in public-use data of the National Center for Health Statistics. *J Religion Health* 46(1):155–165
15. Haro JM et al (2006) Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 15(4):167–180
16. Harris KM, Edlund MJ, Larson SL (2007) Religious involvement and the use of mental health care. *Health Serv Res* 41(2):395–410
17. IRS (2007) Charitable contributions. Department of the Treasury/Internal Revenue Service, Cat No. 15050A publication 526
18. Kendler KS et al (2003) Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 160(3):496–503
19. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA (2007) Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *Am J Psychiatry* 154(3):322–329
20. Koenig HG (2000) Religion and medicine. I Historical background and reasons for separation. *Int J Psychiatry Med* 30(4):385–398
21. Koenig HG (2001) Religion and medicine. II Religion, mental health, and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 31(1):97–109
22. Kovess-Masfety V et al (2007) Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 58(2):213–220
23. Leavey G, Loewenthal K, King M (2007) Challenges to sanctuary: the clergy as a resource for mental health care in the community. *Social Sci Med* 65(3):548–559
24. Leon AC et al (1997) Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 27(2):93–105
25. Pew Research Center (2008) Religion in America: non-dogmatic, diverse relevant in Religious Beliefs & Practices/Social & Political views: Report 2. Pew Research Center
26. Pickard JG (2006) The relationship of religiosity to older adults' mental health service use. *Aging Ment Health* 10(3):290–297
27. Robins LN et al (1988) The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 45(12):1069–1077
28. Stata Corporation (2005) STATA/SE in 9.2. C.S.S. Corporation, Editor
29. The Hierarchy of the Catholic Church. Statistics by country by Catholic population [cited 2009 Feb 24]. Available from: <http://www.catholic-hierarchy.org/country/sc1.html>
30. The National Council of Churches' Member Communions USA. Membership statistics [cited 2009 Feb 24]. Available from: <http://www.nccusa.org/news/061102updatedstats.htm>
31. Wang PS, Berglund PA, Kessler RC (2003) Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv Res* 38(2):647–673
32. Wang PS et al (2006) Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *Am J Psychiatry* 163(7):1187–1198
33. Wang PS et al (2007) Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370(9590):841–850
34. Williams DR et al (1991) Religion and psychological distress in a community sample. *Social Sci Med* 32(11):1257–1262
35. Wittchen HU (1994) Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 28(1):57–58

Publication 2 Dezetter A., Briffault X. Alonso J. et al. 2011

A. Dezetter, X. Briffault, J. Alonso, MC. Angermeyer, R. Bruffaerts, G. De Girolamo, R. De Graaf, JM. Haro, HH. König, V. Kovess-Masfety. "Factors Associated With Use of Psychiatrists and Nonpsychiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries" *Psychiatric Services* 62:143-51, 2011.

Factors Associated With Use of Psychiatrists and Nonpsychiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries

Anne Dezetter, M.Sc.
Xavier Briffault, Ph.D.
Jordi Alonso, M.D., Ph.D.
Mathias C. Angermeyer, M.D.
Ronny Bruffaerts, Ph.D.

Giovanni de Girolamo, M.D.
Ron De Graaf, Ph.D.
Josep M. Haro, M.D., Ph.D.
Hans Helmut König, M.D., M.P.H.
Viviane Kovess-Masfety, M.D., Ph.D.

Objective: This study analyzed use of services from psychiatrists and other mental health professionals (psychologists, psychotherapists, and social workers) in six European countries. **Methods:** Data were from respondents (N=8,796) to the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), a cross-sectional survey (2001–2003) of a representative sample of noninstitutionalized adults in Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands, and Spain that was conducted via computer-assisted interviews with the Composite International Diagnostic Interview, version 3.0. **Results:** Twenty-three percent of respondents reported lifetime use of any professional for mental health problems, and 60% consulted a mental health provider. Among these, 56% used a psychiatrist and 68% used a nonpsychiatrist provider. Factors associated with use of psychiatrists only were being retired or unemployed, having 12 or fewer years of education, living in France or Spain, having a severe disorder, and using psychotropic medication. Factors associated with use of nonpsychiatrist providers only were living in the Netherlands or Germany, never being married, and having an anxiety disorder. **Conclusions:** The findings suggest that there is no simple model of associations between mental health care system and patterns of service use. System characteristics, such as practitioner-population ratios, levels of practitioner availability, and gatekeeping and reimbursement policies, affect patterns of use of mental health providers. Recent British and Australian plans could be used as models for better allocation of services in some ESEMeD countries. (*Psychiatric Services* 62:XXXXXX, 2011)

Access to care from mental health providers has been judged unsatisfactory in many countries where adequacy of treatment, in particular for depression and anxiety disorders, has been reported as inadequate (1–4). Changes in public mental health services that target unmet needs for treatment and seek to provide more appropriate and more effective treatments and services have been under way in the United Kingdom since 2007 and in Australia since 2006 (5–7). These measures aim to improve access to psychological treatment by training more psychologists to provide psychotherapy and by ensuring financial coverage for psychological treatment of patients referred by general practitioners and psychiatrists. Such measures are expected to change the roles of psychiatrists and nonpsychiatrist mental health providers.

Data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) indicated that in all the countries participating in the survey, general practitioners were the most frequently consulted professionals by persons with mental health problems (8). The study found considerable differences in use of mental health services provided by nonpsychiatrist mental health professionals (psychologists, psychotherapists, counselors, and social workers) and by psychiatrists. These differences were attributable to the respective roles and training of the two groups and to re-

Ms. Dezetter and Dr. Kovess-Masfety are affiliated with EA4069, Paris Descartes University, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Paris, France. Ms. Dezetter is also with the Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CERMES3), Paris Descartes University, where Dr. Briffault is affiliated. Dr. Alonso is with the Health Services Research Unit, Municipal Institute of Medical Research, Barcelona, Spain. Dr. Angermeyer is with the Department of Psychiatry, University of Leipzig, Leipzig, Germany. Dr. Bruffaerts is with the Department of Neurosciences and Psychiatry, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium. Dr. de Girolamo is with the Department of Mental Health, Azienda Unita, Sanitaria Locale di Bologna, Bologna, Italy. Dr. De Graaf is with the Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht. Dr. Haro is with the Servis de Salut Mental, Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. Dr. König is with the Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany. Send correspondence to Dr. Kovess-Masfety at EHESP, Hôtel Dieu, 1 Place du Parvis de Notre-Dame, 75004 Paris, France (e-mail: viviane.kovess-masfety@ext.parisdescartes.fr).

imbursement policies and gatekeeping arrangements (8).

Use of mental health services provided by a psychiatrist or by a nonpsychiatrist professional depends on many factors. National policies affect the population density of professionals per capita, the availability of practitioners, and the level of out-of-pocket costs. In addition, the presence or absence of gatekeeping arrangements has an effect on the type of provider consulted (1,4,8–13). For example, in Germany, the Netherlands, and Spain, sessions with psychiatrists and psychologists are fully or largely reimbursed by public and private health insurance. In France and Belgium, patients pay moderate out-of-pocket costs for consultations with psychiatrists. In Italy, consultations with psychiatrists are expensive and generally not reimbursed. In Italy, France, and Belgium, sessions with psychologists are not reimbursed. At the time of the ESEMeD survey (2001–2003), only France and Belgium did not have gatekeepers in their mental health system (14–17). Table 1 summarizes information about the organization of mental health care systems in ESEMeD countries.

The type of provider consulted also depends on sociodemographic, clinical, and cultural factors; the degree of stigmatization; and mental health literacy (1,18–23). For example, some studies have indicated that males are more likely to use services provided by psychiatrists than by nonpsychiatrists (18,19). Individuals with mood disorders and those with the most severe disorders more often consult psychiatrists than nonpsychiatrist professionals (21,23).

In Europe little is known about use of mental health providers, particularly nonpsychiatrist mental health professionals, especially in regard to reimbursement rates and frequency and duration of sessions. Moreover, the mental health provider category is generally studied without distinction between psychiatrists and nonpsychiatrist professionals (1,24,25). In addition, little information is available about the relationship between psychotropic drug consumption and use of mental health providers in Europe (3,26).

From the perspective of mental health system planning, the roles assigned to these professionals are of utmost importance, because psychiatrists are less numerous than nonpsychiatrist mental health providers and their longer medical training is more costly. Because psychiatrists are physicians able to prescribe, they generally treat individuals with the most severe disorders or those requiring psychotropic medication, and nonpsychiatrist providers are expected to deal with the remaining patients. In addition, in systems that provide better reimbursement for visits to psychiatrists than to nonpsychiatrist providers, the characteristics of patients who use the respective providers may differ from what would be expected on the basis of clinical criteria.

In a context of increased demand on mental health systems and restricted resources, a comparison of patterns of use of service provided by psychiatrists and nonpsychiatrist professionals seems worthwhile, as does the exploration of general practitioners' role in referral. ESEMeD data enabled such an investigation because the survey collected information on clinical and social factors and on service use in participating countries, where certain features of mental health systems vary.

The purpose of this study was to describe patterns of use of mental health providers—psychiatrists and nonpsychiatrist mental health professionals—in six European countries. First, sociodemographic and clinical factors and psychotropic drug consumption associated with use of each type of provider were identified. Second, the study analyzed the influence of national mental health policies (practitioner availability, practice characteristics, gatekeeping arrangements, and reimbursement systems) on use of provider type.

Methods

Samples and data collected

Data were from ESEMeD, which is a part of the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative (27). ESEMeD was a cross-sectional survey of the noninstitutionalized, general adult population of Belgium,

France, Germany, Italy, the Netherlands, and Spain. Face-to-face, computer-assisted interviews were conducted between 2001 and 2003 with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 3 (28). A stratified, multistage, clustered-area, probability sample design was used. A total of 21,425 individuals were interviewed. The overall response rate in the six countries was 61.2% (from 45.9% in France to 75.6% in Spain). A two-phase interview procedure was used. In the first phase, all respondents were screened for the most common mood and anxiety disorders. Those who reported symptoms of specific mood and anxiety disorders and a random sample of 25% of those who did not underwent the second phase of the interview. In the study reported here, data from the second phase were used, which included 8,796 individuals. A detailed description of methods is provided elsewhere (29,30).

Mental disorders

The CIDI was used to assess the presence of mental disorders according to DSM-IV definitions and criteria (31). Moderate to good agreement between the CIDI, version 3, and clinical diagnoses based on the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) has been demonstrated (32). The disorders considered in this study were mood disorders (major depressive episode and dysthymia), anxiety disorders (social phobia, specific phobia, generalized anxiety disorder, agoraphobia with or without panic disorder, panic disorder, and posttraumatic stress disorder) and alcohol abuse or dependence.

Severity

Mental disorders identified by the CIDI were classified into three severity groups—severe, moderate, and mild. Disorders with highest severity level were alcohol dependence with a physiological dependence syndrome; suicide attempt in conjunction with any other disorder; and severe role impairment as the result of a mental disorder in at least two areas of functioning, as measured by a score of 8 or higher on disorder-specific Sheehan Disability Scales (SDS) (33). Disorders were classified as moderate if the

Organization of mental health care systems in countries participating in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

Variable	Belgium ^a	France ^a	Germany ^{a,b}	Italy ^{a,c}	Netherlands ^{a,d}	Spain ^{a,e}
Providers per 100,000 population ^f						
Psychiatrists	18.0	22.0	11.8	9.8	9.0	3.6
Clinical psychologists	32.0	24.7	51.5	3.2	28.0	1.9
Reimbursement of sessions						
Psychiatrist	Copayment; public health insurance reimburses 75% of 53€ per session	Copayment; public health insurance reimburses 70% of 41€ (-1€) per session; minimum out-of-pocket cost is 13.30€; no out-of-pocket cost in public mental health system CMPs (medicopsychological centers), but availability is limited	Fully reimbursed; patients insured by state health insurance (SHI) are referred to a psychiatrist by their general practitioner; sessions with the psychiatrist are completely covered by SHI with no out-of-pocket payment	Not reimbursed except in the public system with out-of-pocket costs, but the offer is insufficient; most people turn to the private system, where there is no reimbursement and mental health treatment is expensive (100€ to 250€ per session)	Fully reimbursed; no out-of-pocket cost in specialized care; maximum of 10€ out-of-pocket payment per mental health consultation in primary care	Mostly reimbursed; no out-of-pocket cost in the public mental health system, but availability is limited; out-of-pocket cost in the private system can range from 60€ to 100€ per session, except for patients who belong to a health maintenance organization (about 30% of the population), where a session is usually free
Psychologist	Not reimbursed except in the public mental health system, but availability is limited, with 9€ in out-of-pocket cost	Not reimbursed except in the public mental health system, but the offer is insufficient		Not reimbursed; treatment for mental and substance use disorders is usually not covered	Fully reimbursed if the provider is registered as a mental health provider or works in a registered institution; in primary care the maximum out-of-pocket cost is 10€ per consultation; in specialized care reimbursement of fees is not per consultation but per treatment	Fully reimbursed
Psychotherapist	Not reimbursed	Not reimbursed	Fully reimbursed for sessions by an accredited psychotherapist	Not reimbursed	Not reimbursed except if the provider is under contract to the public mental health system	Not reimbursed
Gatekeeping for mental health care	No	Not at the time of the interview	Yes	Yes	Yes	Yes

^a Data source: Van Broeck and Lietaer (13)

^b Data source: Busse and Riesberg (14)

^c Data source: Cohn and Lesquet-Slama (16)

^d Data source: Van der Feltz-Cornelis et al. (15)

^e Data source: Kovess-Masfety et al. (8) and WHO atlas for 2005 data (17). The data do not include social workers and counselors.

respondent had alcohol dependence or at least moderate interference in conjunction with any other disorder in any SDS domain (a score between 4 and 7 out of a possible score of 10). All other disorders were classified as mild (1).

Service use

In the interview sections on use of services and for each mental disorder diagnosis, all participants were asked about their use of services for mental health problems during their lifetime and in the past year. The lists of providers include psychiatrists and "other mental health professionals," such as psychologists, psychotherapists, social workers, and counselors. Self-reported information on the frequency and duration of sessions with mental health providers was collected for the previous 12 months. Respondents who reported use were asked whether their physician referred them to these providers.

Psychotropic drug use

ESEMeD methods used to document psychotropic drug use have been described previously (24,34). All respondents were asked about use of any psychotropic medication in the previous 12 months. To minimize possible recall bias and help respondents recall their drug use, a standard booklet with high-quality illustrations of psychotropic medications was provided. We report use of the main psychotropic drug classes.

Statistical analysis

The proportion of individuals who used the services of mental health providers was expressed in absolute numbers and percentages with 95% confidence intervals (CIs). Individual data were weighted to account for the different probabilities of selection and to restore age and gender distribution of the population within each country and the relative size of the population across countries (34). Multiple logistic regression analysis identified factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist professionals; factors included sociodemographic characteristics (gender, age, country of residence, marital status, employment status, in-

come, urbanicity, and level of education) and clinical characteristics (mood disorder, anxiety disorder, and alcohol abuse). Associations were expressed as odds ratios (ORs) with their CIs and tested for statistical significance with the chi square test. Use of providers was studied for a 12-month period to ensure that use and sociodemographic and clinical factors, psychotropic medication consumption, and levels of practitioner availability during the same time period. Because it provided better statistical power, lifetime use was analyzed to study the evolution of use of mental health providers and to determine the impact of clinical factors. All analyses were performed with Stata SE11 software.

Results

As shown in Table 2, 23% of the 8,796 respondents used some type of service for a mental health problem during their lifetime (weighted percentages are reported). Among these users of any services, 60% consulted mental health care providers. Among these, 56% reported use of services from psychiatrists and 68% reported use of services from nonpsychiatrist mental health professionals, and 23% reported use of services from both provider types. Use of mental health providers in the previous 12 months was reported by 47%. Of these, 63% visited psychiatrists, and 53% visited nonpsychiatrist providers; 17% reported use of services from both provider types. It is noteworthy that lifetime and 12-month use differed by the type of provider; use of psychiatrists was more frequently reported in the more recent period. No differences in sociodemographic or clinical characteristics were found between those who used both types of professionals in the previous 12 months and those who used only one.

Distribution by country

As shown in Table 2, use of mental health providers varied considerably between countries. Higher rates of use of psychiatrists were found in France (lifetime, 68%; 12-month, 80%) and Spain (64% and 80%, respectively), whereas lower rates were found in the Netherlands (35% and

21%). Higher rates of use of nonpsychiatrist providers were found in the Netherlands (88% and 90%) and to a lesser extent in Germany (73% and 73%). Rates of use of nonpsychiatrist providers were much lower in France (53% and 24%).

Sociodemographic and clinical factors

Table 3 presents the results of multiple logistic regression analyses, adjusted for sociodemographic and clinical factors. The analyses showed that respondents who were retired (OR=4.6) or unemployed (OR=2.6), who lived in France (OR=3.1) or Spain (OR=2.1), and who had 12 years or less of education (OR=2.0) were more likely to have sought help from a psychiatrist than from a nonpsychiatrist provider only, whereas those living in the Netherlands (OR=.2) and those who had never married (OR=.5) were less likely to have used a psychiatrist only.

A similar analysis of variables associated with lifetime use of psychiatrists or with nonpsychiatrist providers only showed that respondents with a lifetime mood disorder were more likely to have consulted psychiatrists (OR=2.5, CI=1.9-3.4; $p<.001$) than nonpsychiatrist providers only (OR=.7, CI=.5-1.0; $p=.05$), whereas participants with a lifetime anxiety disorder were more likely to use nonpsychiatrist providers than psychiatrists only (OR=1.8, CI=1.3-2.5; $p<.001$).

Regression analyses that adjusted for country, gender, and age indicated that patients who had 12-month disorders with the highest level of severity were more than three times as likely to have consulted psychiatrists than nonpsychiatrist providers only (OR=2.8, CI=1.4-5.8, $p<.001$).

Another analysis that adjusted for country, gender, and age, revealed that respondents who used psychotropic medication were more than five times more likely to have consulted psychiatrists only than nonpsychiatrist providers only (OR=5.5, CI=3.0-10.0 $p<.001$).

Finally, multiple logistic regression stratified by country and adjusted for gender and age showed that respondents who consulted psychiatrists

Table 2

Use of services from psychiatrists and nonpsychiatrist mental health providers among respondents to the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders who reported seeing any professionals for mental health problems, in lifetime and in past 12 months^a

Variable	Total (N=8,796)		Belgium (N=1,043)		France (N=1,436)		Germany (N=1,323)		Italy (N=1,779)		Netherlands (N=1,094)		Spain (N=2,121)		95% CI ^b
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Lifetime use															
Any professional	3,307	23	426	26	698	34	493	25	384	12	563	32	743	17	22–24*
Mental health professional (among those who used any professional)	2,172	60	267	59	377	49	318	61	262	70	432	72	516	66	57–63*
Among those who used a mental health professional															
Psychiatrist	1,364	56	176	58	278	68	180	51	153	52	186	35	391	64	52–59*
Psychiatrist only	738	33	99	34	198	47	75	27	85	31	54	12	227	37	29–35*
Nonpsychiatrist provider	1,434	68	168	66	179	53	243	73	177	69	378	88	289	63	64–70*
Nonpsychiatrist provider only	808	44	91	42	99	32	138	49	109	48	246	65	125	36	40–48*
Both	626	23	77	23	80	21	105	24	68	21	132	24	164	28	20–26
12-month use															
Any mental health services	1,373	8	191	11	275	11	186	8	144	4	203	11	374	7	7–9*
Mental health professional (among those who used any professional)	689	47	99	47	114	40	99	48	63	50	113	54	201	53	42–52*
Among those who used a mental health professional															
Psychiatrist	450	63	58	55	89	80	57	55	46	68	35	21	165	80	57–70*
Psychiatrist only	333	47	43	42	80	76	31	27	35	55	18	10	126	58	40–53*
Nonpsychiatrist provider	356	53	56	58	34	24	68	73	28	45	95	90	75	42	47–60*
Nonpsychiatrist provider only	239	37	41	45	25	20	42	45	17	33	78	79	36	21	30–44*
Both	117	17	15	13	9	4	26	28	11	12	17	11	39	21	13–22*

^a Nonpsychiatrist providers include psychologists, psychotherapists, counselors, and social workers. Percentages are weighted.

^b Significance reported for the differences between countries

* $p < .001$

only were more likely to use psychotropic drugs in Spain (OR=2.8, CI=1.1–7.2, $p=.03$) than in Germany (OR=.37, CI=.2–.7, $p<.01$). Among respondents who consulted nonpsychiatrist providers only, people living in France were the most likely to use psychotropic drugs (OR=2.6, CI=1.1–6.6, $p<.05$).

Practitioner-population ratios and system characteristics

As shown in Table 4, among respondents who reported use of services from psychiatrists or from nonpsychiatrist providers in the past 12 months, the overall median frequency of sessions with psychiatrists was four per year, with a median duration of 30 minutes, and the overall median frequency of sessions with nonpsychiatrist providers was four per year, with a median duration of 45 minutes.

However, large differences were found between countries (Table 4). These differences, combined with the differences in practitioner-population ratios (Table 1), indicate different levels of availability of psychiatrists and clinical psychologists. For example, France has a high practitioner-population ratio (22 psychiatrists per 100,000 inhabitants [Table 1]), but because the pattern of practice is based on numerous sessions per patient, practitioner availability is reduced. In contrast, in Spain, where the ratio is low (3.6 psychiatrists per 100,000 inhabitants [Table 1]) but where the pattern of practice involves fewer sessions, availability is increased. This means that the density of mental health providers as measured by population ratios is not a straightforward indication of availability and should be adjusted on the basis of practice patterns.

Physician referral to mental health providers

Respondents who were referred to a mental health provider by a physician were about twice as likely to consult only psychiatrists compared with only nonpsychiatrist providers (OR=1.8, CI=1.2–2.3, $p<.001$, $N=1,501$), especially in France (OR=6.7, CI=2.7–17.1, $p<.001$), Belgium (OR=3.8, CI=1.4–10.3, $p<.01$), and Spain (OR=2.2, CI=1.1–4.7, $p<.05$), as indicated by a multiple logistic regression analysis stratified by country and adjusted for gender and age.

Discussion

The results of this study should be interpreted within the context of certain limitations. First, self-report of past events, particularly lifetime events, is particularly prone to recall bias. Second, use of psychologists

Table 3

Multiple regression analysis of predictors of 12-month use of two types of providers among respondents to the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders who reported 12-month use of mental health providers (N=689)^a

Variable	Psychiatrist only versus nonpsychiatrist provider only		Nonpsychiatrist provider only versus psychiatrist only	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Country (reference: overall mean)				
Belgium	.71	.37–1.36	1.05	.60–1.82
France	3.12	1.80–5.41***	.19	.12–.32***
Germany	.74	.42–1.31	2.22	1.27–3.88**
Italy	1.70	.87–3.35	.51	.27–.93*
Netherlands	.17	.09–.30***	7.53	3.91–14.53***
Spain	2.14	1.29–3.57**	.58	.38–.88**
Female (reference: male)	.84	.42–1.68	1.41	.77–2.58
Age (reference: 40–59 years)				
18–39	1.24	.66–2.35	.80	.43–1.48
≥60	1.24	.49–3.12	1.17	.52–2.63
Marital status (reference: married)				
Separated, widow, or divorced	.81	.36–1.84	1.08	.49–2.37
Never married	.47	.24–.92*	2.12	1.06–4.26**
Education ≤12 years (reference: >12 years)	2.03	1.03–3.98**	.58	.32–1.05
Urbanicity (reference: 10,000–100,000 inhabitants)				
<10,000	.83	.40–1.76	1.37	.71–2.63
>100,000	1.03	.55–1.94	.93	.51–1.70
Employment (reference: worker)				
Student	.39	.06–2.74	1.41	.15–13.12
Homemaker	1.02	.45–2.32	.60	.27–1.31
Retired	4.64	1.40–15.31**	.47	.17–1.26
Unemployed ^b	2.60	1.23–5.50**	.57	.29–1.14
Income (reference: average)				
Low	.74	.38–1.40	1.16	.63–2.13
High	1.40	.65–2.99	.74	.36–1.53
Diagnosis (reference: absence of indicated disorder)				
Mood disorder	1.56	.91–2.67	1.18	.72–1.92
Anxiety disorder	1.15	.64–2.05	1.13	.68–1.88
Alcohol use disorder	.57	.12–2.65	1.79	.43–7.48

^a Nonpsychiatrist providers include psychologists, psychotherapists, counselors, and social workers.

^b Unemployed, disabled, or on maternity or illness leave

**p*<.05

***p*<.01

****p*<.001

could not be distinguished from use of other nonpsychiatrist mental health providers because the questionnaire grouped psychologists in a single category with psychotherapists, counselors, and social workers. Third, our analyses did not control for reimbursement and intracountry availability of the providers studied. Fourth, frequency and duration of sessions were self-reported by a small subsample of respondents, with large variations between countries. Therefore, measures of the effects of availability and mental health policy on

use of mental health providers require refinement.

Despite these limitations, our results confirm that rates of consultation of psychiatrists and nonpsychiatrist mental health providers varied significantly across ESEMeD countries and that patterns of use were influenced by sociodemographic and clinical factors and health care system characteristics.

Age was not found to influence use of either type of practitioner. However, retired people were more likely than other groups to use psychiatrists,

as reported in previous studies of elderly persons (35), and students tended to use only nonpsychiatrist providers, as noted in previous studies of young people (36).

Access to specialized mental health care has been found to increase with economic and educational status (1,18,36–38). However, it should be noted that level of income does not play the main role in Europe (37).

Our study showed that among ESEMeD respondents who used mental health providers, those with mood disorders were more often treated by psychiatrists, which has been found in studies in North America (9,21,38). Our findings suggest that patients with anxiety were more likely to consult nonpsychiatrist mental health providers. Studies have found that in both Europe and the United States, patients with severe disorders are more likely to use psychiatrists (1,23). Our multiple logistic regressions did not find an association between having an alcohol use disorder and using mental health services. Similarly, other studies have shown that individuals with alcohol- and drug-related disorders were the least likely to use mental health services (8,26,37).

The literature shows a constant rise over the past three decades in the use of mental health providers, especially psychiatrists. In some countries, such as the United Kingdom, the increase might be attributable to the role of general practitioners as gatekeepers for specialty care; they are more likely to refer patients to psychiatrists than to other mental health professionals (39). Health care professionals are increasingly aware of mental disorders, and consumer demand for specialty care has been stimulated by their awareness of programs for screening and access to care (12,19,38).

Moreover, as studies in the United States have shown (23,40,41), our study seems to show a relative increase across ESEMeD countries in treatment by psychiatrists and a relative decrease in treatment by nonpsychiatrist mental health professionals, especially in France, Spain, and Italy, as indicated by comparisons of lifetime and 12-month reports. However, these results should be interpreted

Table 4

Frequency and duration of sessions with two types of mental health provider among respondents to the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders who reported past-12-month use of mental health providers^a

Variable	All respondents			Belgium			France			Germany			Italy			Netherlands			Spain			
	N	Mdn	M	N	Mdn	M	N	Mdn	M	N	Mdn	M	N	Mdn	M	N	Mdn	M	N	Mdn	M	
Psychiatrist																						
Sessions per year	394	4***	10.3**	45	5		15.6	81	10	15.5	52	4	8.7	36	2	8.3	33	6	10.2	147	2	4.3
Session duration (minutes)	385	30***	29.0***	44	30		36.3	82	30	28.3	52	30	30.3	36	30	32.9	33	45	36.2	138	15	22.5
Nonpsychiatrist provider																						
Sessions per year	304	4*	10.0	44	5		9.7	27	10	14.5	57	5	11.8	24	3	7.1	84	4	7.2	68	3	6.6
Session duration (minutes)	305	45***	49.4**	44	60		54.0	27	30	42.1	57	60	53.5	24	60	51.3	84	45	50.9	69	30	34.5

^a Respondents who reported use of a particular provider type in the past 12 months were then asked, "How many visits did you make to [this provider type] in the past 12 months?" and "How many minutes did these visits last on average?" N is the number of respondents, among those reporting use of the provider type during the past year, who also reported frequency and duration of sessions. Nonpsychiatrist providers include psychologists, psychotherapists, counselors, and social workers. [A table that includes SDs for the means is available as an online supplement to this article at ps.psychiatryonline.org.]

*p<.05

**p<.01

***p<.001

with caution because a recent French study (42) revealed that in the Paris area, where the density of psychiatrists is highest, seeing psychologists for depression increased over the past two decades while seeing psychiatrists has remained stable.

Use of various mental health providers is influenced by mental health policies (density of professionals, effective availability of those professionals, reimbursement policies, and referral practices) (1,4,8,18). Our results support the notion that effective availability may be a more important factor than density of professionals. The countries where the mental health providers were the most accessed, the Netherlands and Italy, did not have the highest density of mental health providers. On the contrary, in France, where mental health providers were the least accessed, the density is highest. Our results also suggest that fully reimbursing sessions with psychiatrists (as in Germany and the Netherlands), compared with requiring a moderate out-of-pocket outlay from patients (as in France, Belgium, and Spain) or a high out-of-pocket outlay as in Italy, does not necessarily increase rates of use. In contrast, in countries that do

not reimburse for sessions with nonpsychiatrist mental health providers (France, Belgium, and Italy), use of those providers was lower than average, especially in France.

In addition, in some countries, such as France and Belgium, consultations with nonpsychiatrist mental health providers involved higher out-of-pocket costs than treatment by psychiatrists, and our results highlighted the effectiveness of this incentive.

Use of psychiatrists was higher in ESEMeD countries without gatekeeping systems (France and Belgium) and also when respondents were referred by a physician to a psychiatrist (France, Belgium, and Spain). However, a high level of reimbursement combined with gatekeeping (Germany and Spain) did not seem to lead to much more use, especially in Spain. Persons who were referred by a physician to a nonpsychiatrist provider were more likely to consult this type of professional (as in the Netherlands) than those who were not referred to this type of professional (as in France and Spain).

Conclusions

Our study suggests that there is no simple model of associations between

characteristics of mental health care systems and patterns of service use and, ultimately, to best-practice access to care for most of the population. Cultural and socioclinical factors, such as interest in various types of therapy, as well as some aspects of national mental health policies, such as the practitioner-population ratio, effective practitioner availability of psychiatrists and nonpsychiatrists, a gatekeeping system, and reimbursement policies, affected patterns of use of each mental health provider. These comparisons highlighted the role of the organization of the care system in providing optimal access to adequate care for common mental disorders by giving a distinct role to each type of mental health provider and by coordinating access to them in terms of workforce availability and financial support.

Recent measures related to recommendations developed by the United Kingdom and Australia to improve adequacy of treatment and access to care for persons with anxiety and depressive disorders (5-7) could be taken as a model in some of the ESEMeD countries, especially in France and Belgium, which do not reimburse sessions with psychologists, as well in

Spain, where, as in France, general practitioners' scores are low for adequacy of treatment of depression and anxiety disorders (3,4). To follow international practice guidelines (43, 44), several measures should be implemented in the ESEMeD countries as required: use primary care physicians as gatekeepers; as suggested in a recent French report (45), provide better training of general practitioners in the treatment of anxiety and depression; reimburse visits to psychologists up to eight sessions per year, in line with recommendations of professional organizations (43,44); and restrict psychiatrist consultation to the most severe and complex cases, using psychiatrists as consultants and a background resource for general practitioners and nonpsychiatrist mental health providers.

Implementing this set of recommendations would facilitate general practitioners' collaboration with psychiatrists and qualified nonpsychiatrists as providers of psychotherapy to improve the adequacy of mental health treatment and services by increasing the availability of mental health providers. These measures will require strong commitment from health authorities and active participation of professional organizations, as well as widespread public information campaigns, such as the recent campaign on depression by the French Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (46), which was partly inspired by the "Defeat Depression" campaign in the United Kingdom.

Acknowledgments and disclosures

The ESEMeD project is funded by the European Commission (contracts QL.C5-1999-01042 and SANCO 2004123); the Piedmont Region (Italy); Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Spain (FIS 00/0025); Ministerio de Ciencia y Tecnología, Spain (SAF 2000-158-CE); Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Spain; Instituto de Salud Carlos III (GIBER CB06/02/0046, RETICS RD06/0011 REM-TAP), and other local agencies and by an unrestricted educational grant from GlaxoSmithKline. The World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative is supported by the National Institute of Mental Health (R01-MH070884), the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the U.S. Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01-

DA016358), the Fogarty International Center (FIRCA R03-TW006481), the Pan American Health Organization, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, GlaxoSmithKline, and Bristol-Myers Squibb. This report was prepared under the auspices of the World Health Organization ICD-11, Chapter 5 ("Mental and Behavioural Disorders"), Epidemiology Working Group, which is co-chaired by Somnath Chatterji, M.D., and Ronald Kessler, M.D. A complete list of WMH publications is available at www.hcp.med.harvard.edu/wmh. Financial support was also received from French CNAM-TS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, des Travailleurs Salariés [French National Public Health Insurance for Employees]). None of the funders had any role in the design, analysis, interpretation of results, or preparation of this article. The views and opinions expressed are those of the authors and should not be construed to represent the views of the sponsoring organizations, agencies, or governments. The authors thank the staff of the WMH Data Collection Centre and Data Analysis Coordination Centre for assistance with instrumentation, fieldwork, and consultation on data analysis.

The authors report no competing interests.

References

1. Wang PS, Aguilar-Caxiola S, Alonso J, et al: Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 370:841-850, 2007
2. Alonso J, Codony M, Kovess V, et al: Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry* 190:299-306, 2007
3. Fernandez A, Haro JM, Codony M, et al: Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders* 96:4-20, 2006
4. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, et al: Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France [in French]. *Encephale* 36(suppl 2):D48-D58, 2010
5. Buck JA: Medicaid, health care financing trends, and the future of state-based public mental health services. *Psychiatric Services* 54:969-975, 2003
6. Layard R: The case for psychological treatment centres. *BMJ Clinical Research* 332:1030-1032, 2006
7. Bachman S, Wilson CT: Expansion in the provision of psychological treatment in the United Kingdom. *Behaviour Research and Therapy* 46:293-295, 2008
8. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, et al: Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services* 58: 213-220, 2007
9. Alegria M, Bijl RV, Lin E, et al: Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and

the Netherlands. *Archives of General Psychiatry* 57:383-391, 2000

10. Landerman LR, Burns BJ, Swartz MS, et al: The relationship between insurance coverage and psychiatric disorder in predicting use of mental health services. *American Journal of Psychiatry* 151:1785-1790, 1994
11. Fernandez A, Haro JM, Martinez-Alonso M, et al: Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry* 190:172-173, 2007
12. Forrest CB: Primary care in the United States: primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ Clinical Research* 326:692-695, 2003
13. Van Broeck N, Lietaer C: Psychology and psychotherapy in health care: a review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist* 13:53-63, 2008
14. Busse R, Riesberg A: Health Care Systems in Transition: Germany. Report by the WHO Regional Office for Europe for the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen, Busse, 2004
15. Van der Feltz-Cornelis CM, Knispel A, Elfedjali I: Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new reimbursement system: a challenge? *International Journal of Integrated Care* 8:e56, 2008
16. Cochu S, Lequet-Slama D: Health Systems of South Europe [in French]. DREES, Etudes et Résultats, no 475. Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, March 2006. Available at www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er475.pdf
17. WHO Mental Health Atlas. Geneva, World Health Organization, 2005. Available at www.who.int/globalatlas
18. Drapeau A, Boyer R, Lesage A: The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *Behaviour Research and Therapy* 36: 372-384, 2009
19. Kessler RC, Demler O, Frank RG, et al: Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine* 352:2515-2523, 2005
20. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, et al: Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services* 58:357-364, 2007
21. Sturm R, Klap R: Use of psychiatrists, psychologists, and master's-level therapists in managed behavioral health care carve-out plans. *Psychiatric Services* 50:504-508, 1999
22. Wang J, Patten SB, Williams JV, et al: Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 50:652-659, 2005
23. Wang PS, Demler O, Olfson M, et al: Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *American Journal of Psychiatry* 163:1187-1198, 2006

24. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al: Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Supplementum* 420:55-64, 2004
25. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, et al: The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs* 22(3):122-133, 2003
26. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, et al: Patterns of service use for mental health disorders in Belgium: results of the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) [in French]. *Revue Medicale de Liège* 59:136-144, 2004
27. Kessler RC, Ustun TB: The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 13:93-121, 2004
28. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, et al: The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 45:1069-1077, 1995
29. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al: Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Supplementum* 420:47-54, 2004
30. Alonso J, Ferrer M, Romera B, et al: The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 11:55-67, 2002
31. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
32. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, et al: Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 15:167-180, 2006
33. Leon AC, Olsson M, Portera L, et al: Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 27:93-105, 1997
34. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al: Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Supplementum* 420: 8-20, 2004
35. Mackenzie CS, Cekoski WL, Knox VJ: Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health* 10:574-582, 2006
36. Mojtabai R: Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatric Services* 58:642-651, 2007
37. Bijl RV, Ravelli A: Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health* 90:602-607, 2000
38. Wang PS, Lane M, Olsson M, et al: Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:629-640, 2005
39. Verhaak PF: Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *British Journal of General Practice* 43: 203-206, 1993
40. Olsson M, Marcus SC, Druss B, et al: National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 287:203-209, 2002
41. Olsson M, Marcus SC, Druss B, et al: National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 159:1914-1920, 2002
42. Kovess-Masfety V, Briffault X, Sapinho D: Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: a survey in a large region of France between 1991 and 2005. *Canadian Journal of Psychiatry* 54:701-709, 2009
43. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry* 157(Apr suppl):1-45, 2000
44. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline. London, National Institute for Clinical Excellence, 2004
45. Couty E: Missions and Organization of Mental Health and Psychiatry [in French]. Paris, Ministère de la Santé et des Sports, 2009
46. Depression [in French]. Paris, Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé, 2007. Available at www.info-depression.fr

Publication 3 Dezetter A., Briffault X., Bruffaerts R. et al. (2012)

A. Dezetter, X. Briffault, R. Bruffaerts, R. De Graaf, J. Alonso, HH. König, JM. Haro, G. De Girolamo, G Vilagut, V. Kovess-Masfety. "Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health care systems (accepté sous réserve de modifications mineures par SPPE)

Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health care systems

Dezetter A.(1,2), Briffault X.(2), Bruffaerts R. (3), De Graaf R. (4), Alonso J. (5), König HH. (6), Haro JM. (7), De Girolamo J. (8), Vilagut G. (5), Kovess-Masfety V (1).

(1) EA4069 Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) - Paris Descartes University, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

(2) CERMES3 - CESAMES, Paris Descartes University, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

(3) Universitair Psychiatrisch Centrum – Katholieke Universiteit Leuven (campus Leuven), Belgium

(4) Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, the Netherlands

(5) Health Services Research Unit, Municipal Institute of Medical Research (IMIM), Barcelona, Spain

(6) Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

(7) Servies de Salut Mental, Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain

(8) Department of Mental Health, Azienda Unita, Sanitaria Locale di Bologna, Bologna, Italy

Abstract

Objective: To investigate (a) patterns of use of general practitioners (GPs) and/or mental health providers (MHPs) for mental health reasons, across six European countries; and (b) the extent to which these patterns of use are associated with differences in mental healthcare delivering systems.

Methods: Data are based on the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED): a cross-sectional survey of a representative sample of 8,796 non-institutionalised adults from six European countries, conducted between 2001 and 2003 using computer-assisted interviews with the CIDI-3.0.

Countries were classified into: MHP- for countries where access to medical professionals tends to predominate (Belgium, France and Italy), and MHP+ where access to MHP predominates (Germany, Spain and the Netherlands).

Results: Among respondents consulting GPs and/or MHPs in the past year (n=1,019), respondents from MHP- group more often consulted GPs (68% versus 55% in MHP+ group), GPs

and psychiatrists (23% versus 14%). People from MHP+ group more often used MHPs only (45% versus 32%), GPs and non-medical MHPs (16% versus 8%). GPs from MHP+ group were more inclined to refer patients to MHPs. Factors associated with use of GPs versus MHPs were: being over 49, not highly educated, in lowest level income category, suffering from mood or severe mental disorders.

Conclusions: Differences in the use of GPs and MHPs are markedly linked to the mental healthcare system organisation. Interventions are needed, in countries fostering medical access, to improve referral and improve cooperation between GPs, medical and non-medical MHPs in order to obtain more adequate care.

Introduction

In developed countries, general practitioners (GPs) are the entry into the healthcare system and the most frequently consulted professionals for mental health reasons, followed by mental health professionals (MHPs) (1,2). However, GPs have the lowest rate of adequacy of treatment for common mental health disorders (1,3-5). Depending on the type of the health care system, GPs may or may not collaborate closely with MHPs. The type of professional consulted influences the type of treatment received. Most practice guidelines recommend gatekeeping arrangements between GPs and MHPs, or at least facilitating collaboration among professionals in order to offer adequate care to as many patients as possible (6-9).

Several European studies have shown that organizational factors can influence access to mental health services and its adequacy. For example, the density of mental healthcare professionals (2,10,11), how mental health care costs are covered (12), the existence of national guidelines (11), and relationships between primary care and specialized care (10) were all found to be strongly implicated in use of services and receipt of treatment.

Three of the six countries presented in this paper (France, Belgium, and Italy) seem to favor access to medical MHPs: they have a high density of medical MHPs and GPs and relative low density of non-medical MHPs. Sessions with non-medical MHPs are not reimbursed in private system (11). In addition, guidelines in France (13), Belgium (14), and Italy (15,16) do not recommend cooperation between GPs and MHPs, despite World Health Organization recommendations (17).

The three remaining countries (i.e. Germany, the Netherlands, and Spain) seem to favour non-medical MHP access via at least partial reimbursement of sessions. Germany and the Netherlands are well provided with psychologists. In addition, German guidelines (16,18) recommend a gatekeeping policy, although without recommending close collaboration between providers. In most Spanish regions there are mental health outpatient services with multidisciplinary teams, where MHP services are integrated into primary care (19,4). More recently, the Netherlands

published a “Multidisciplinary Guideline for Depressive Disorder” which recommends collaboration between GPs and MHPs and between psychiatrist and non-medical MHPs (20-21).

Objective

This paper aims (1) to analyze the patterns of use of GPs or MHPs for mental health reasons, across the six European countries studied; (2) to investigate the extent to which these patterns of use are associated with system differences in mental health care.

Methods

Sample and data collected

Data are derived from ESEMeD, which is a part of the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative (22). The methods have been described in greater detail elsewhere (10,23-26). Briefly, ESEMeD is a cross-sectional, computer-assisted personal interview study of the non-institutionalized adult population of Belgium, France, Germany, Italy, the Netherlands, and Spain. Interviews were conducted between January 2001 and July 2003 with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) version 3.0 (22). A stratified, multistage, clustered-area, probability sample design was used. The overall response rate was 61.2% (from 45.9% in France to 78.6% in Spain). A two-stage interview procedure was used. The first part was administered to all 21,425 respondents and included assessment of most common mood and anxiety disorders, as well as sociodemographic characteristics, questions on use of services for emotional problems and health-related quality-of-life, among other information. Those who reported symptoms of specific mood and anxiety disorders plus a random sample of 25% of those without these symptoms underwent the second phase of the interview, which consisted on the assessment of additional mental disorders and risk factors. Data presented in this study are from respondents who completed the second part (i.e. part 2 sample, n=8,796). This paper includes those 1,019 subjects that reported having contacted a GP or MHP for mental health problems in the 12 months preceding the interview.

Sociodemographic characteristics

The sociodemographic variables were: gender, age (four categories), level of education (two categories), marital status, working status, level of income (defined with respect to the median income for each country), urbanicity (three categories) and country of residence. (**Table 1**)

Classification of countries according to trends of their mental healthcare systems

In order to study the role of mental healthcare systems in use of GPs versus MHPs, we opted for grouping countries into only two categories, according to trends in their respective systems. (**Table 2**)

The classification criteria for these trends were: First, presence (group 2) or absence of reimbursement (group 1) of sessions with non-medical MHPs. Second, presence (group 2) or absence (group 1) of guideline recommendations for multidisciplinary teamwork (between GPs and/or medical and non-medical MHPs) for treatment of patients with mental disorders. Third, a small (group 1) or large (group 2) relative offer of psychologists compared to medical providers. Countries were to meet at least two of the three criteria to be allocated to one of the two groups. This led to Belgium, France and Italy being classified in the first group, and Germany, the Netherlands and Spain in the second. Obviously, grouping countries involves rather arbitrary

selection criteria that may not hold true in actual practice. These limitations are discussed below. In order to offset these limitations, analyses were also performed across the 6 countries.

Mental disorders

The CIDI 3.0 was used to collect information on mental disorders according to DSM-IV (27). Research has demonstrated moderate to good concordance between the CIDI and clinical diagnoses based on the Structured Clinical Interview for DSM-IV (28). In this paper, the following lifetime and 12-month disorders were included: mood disorders (major depressive episode, dysthymia) and anxiety disorders (social phobia, specific phobia, generalized anxiety disorder, agoraphobia with or without panic disorder, panic disorder, posttraumatic stress disorder).

Severity

As Wang et al. 2007 (1), mental disorders were classified as severe, moderate, or mild. Disorders were defined as "severe" when respondents had substance dependence with physiological symptoms, twelve-month mania, suicide attempt with any other disorder, and severe role impairment due to a mental disorder in at least two areas of functioning, as assessed by a score of 8 or more on the disorder-specific Sheehan Disability Scales (SDS) (29). Disorders were classified as "moderate" if respondents had substance dependence without physiological symptoms, or at least moderate interference in any SDS domain (a score between 4 and 7 out of 10). The remaining respondents with any 12-month disorder were categorized as having a "mild" disorder.

Use of professionals

All participants were asked to report use of any professional for mental health reasons, lifetime and in the past year, including GPs, psychiatrists and other mental health professionals (e.g. psychologists, psychotherapists, social workers, and counsellors). Respondents reporting the use of GPs were asked whether they were referred to MHPs by their GP. Information on the frequency and duration of sessions with professionals was also collected. (Appendix 1)

Statistical analysis

The proportions of individuals using GPs and MHPs were expressed in absolute numbers and weighted percentages with 95% confidence intervals (CIs). All individual data were weighted to account for the different probabilities of selection, restoring gender and age distribution of respondents within each country, and the relative dimension across countries (30). Multiple logistic regression analyses were used to analyze factors associated with 12-month use of GPs vs. MHPs, with socio-demographic and clinical characteristics (mood disorders, anxiety disorders, severity) as independent variables. Associations were expressed as odds ratios (ORs) with their CI. Statistical significance was tested using the Chi-square test; critical p-values were set at .05. Lifetime data was analysed to study the influence of being referred by GPs on use of MHPs, because it provided better statistical power than the 12-month data from a very small number of respondents. Analyses

were performed with Stata/IC 11.1 software. Standard errors were estimated using the Taylor series linearization method implemented in Stata to take into account the complex sample design (31).

Significance tests were made with Wald χ^2 tests, using Taylor series design-based coefficient variance-covariance matrices, critical p-values were set at .05.

Results

The tables 3 and 4 showed that 7% (n = 1,128) of the 8,796 respondents reported having contacted some type of provider for mental health problems during the past twelve months; among these, 85% (n = 1,019) consulted GPs or MHPs.

Comparison between the two groups of countries

55% of those who consulted, did so with GPs in the MHP+ group versus 68% in the MHP- group (P = 0.014); 32% consulted MHPs only in the MHP- group of countries versus 45% in the MHP+ group (P = 0.014). Almost 18% consulted both GPs and psychiatrists, 14% in the MHP+ group versus 23% in the MHP- group (P = 0.021). Lastly, 12% consulted both GPs and non-medical MHPs, 8% in the MHP- group versus 16% in the MHP+ group (P = 0.009). **(Table 3)**

Comparison across the 6 ESEMeD countries

Use of professional subtypes varied markedly between two countries: Belgium (MHP-) versus Germany (MHP+): Among respondents who consulted GPs or MHPs, the rates varied from 75% in Germany to 95% in Belgium (P = 0.018); among them, from 49% turned to GPs in Germany to 73% in Belgium (P = 0.011); and 27% consulted MHPs only in Belgium versus 51% in Germany (P = 0.011).

However, it should be noted that unlike other MHP+ group of countries, in the Netherlands use of GPs is high (70% among GPs or MHPs users, versus 61% on average). And, in Italy, unlike other MHP- group of countries, use of GPs is not high (59% among GPs or MHPs users) (P = 0.011).

(Table 4)

Sociodemographic and clinical factors

A multiple logistic regression analysis adjusted for sociodemographic and clinical factors showed that people living in the MHP- group of countries (OR = 1.9; P = 0.007) (in Belgium particularly, OR = 2.0; P = 0.004), people aged 50 or over (50-64: OR = 2.8; P < 0.001; 65 and over: OR = 5.5; P = 0.002), people not highly educated (OR = 2.0; P = 0.007), those with the lowest incomes (OR = 2,3; P = 0.013) –particularly in the Netherlands (OR = 13.1; P < 0.001), Belgium (OR = 6.9; P = 0.045), and Italy (OR = 2.7; P = 0.003) (logistic regression stratified by country - *Table not shown*)

and those suffering from mood disorders (OR = 1.7; P = 0.032) or severe mental disorders (OR = 1.9; P = 0.042) more often sought help from GPs than from MHPs only (logistic regression performed separately to prevent collinearity between disorders and severity).

In contrast, living in the MHP+ group of countries (OR = 1.9; P = 0.007), in Germany particularly (OR = 2.1; P = 0.001), not working (OR = 2.2; P = 0.007), and belonging to higher income categories (OR = 2.7; P = 0.004) were factors favouring use of MHPs only. **(Table 5)**

Patients referred by GPs to MHPs

Among individuals with lifetime mental disorders, GP referral of patients to MHPs varied: 7.4% in the MHP- group of countries versus 11.6% in the MHP+ group (P < 0.001), with the highest rate in the Netherlands (20.5%) and the lowest in Belgium (6.1%); (P < 0.001) **(Figure 1)**.

Multiple logistic regression analysis adjusted for variables suited to study lifetime figures showed that patients referred by GPs were about 7 times (OR = 6.7; P < 0.001) more likely to consult MHPs than any other provider. **(Table 6)**

Respondents living in the MHP- group of countries were 5.6 times (P < 0.001) more likely to be referred by their GP to a psychiatrist, in France (OR = 14.2; P < 0.001) and Belgium (OR = 9.2; P < 0.001) particularly; while those living in the other countries were 2.3 times (P < 0.001) more likely to be referred to this professional. Conversely, patients in the MHP+ group were 3.5 times (P < 0.001) more likely to be referred to a non-medical MHPs, in Germany particularly (OR = 4.5; P < 0.001). In the other countries, being referred by GPs is not a significant determinant of use of non-medical MHPs. (*Table not shown*)

Limits

These results should be interpreted allowing for several methodological considerations.

First, data provided from a cross-sectional study, do not indicate whether 12-month use and prevalence of mental health disorders coincide, nor whether use of two or more professionals occurred within an interdisciplinary care system.

Second, prevalence and characteristics of patients referred by GPs to MHPs were studied for lifetime, because of the small number of respondents reporting 12-month use.

Third, a causal relationship between being referred by GP and consulting MHPs could not be assessed.

Fourth, ESEMeD respondents were interviewed between January 2001 and August 2003. Information on mental healthcare policies was that found in the literature for the period. It is difficult in practice to obtain historical indicators concerning health policies, guidelines particularly.

Fifth, the classification into two groups according to mental healthcare delivering systems involves several limitations. For one thing, two countries –Spain and Germany, only fulfil two of the three criteria. Next the presence of national guidelines does not necessarily mean that recommendations are implemented, possibly the case in Spain, where guidelines are recent. Thus the Spanish mental health system could be much closer to Italian system. In addition, provider offer is an imperfect indicator since offer does not correspond to actual availability (11); providers may be under-used, with a large proportion of non-medical MHPs working part-time. Lastly, health policies may vary depending on the region. Thus, the six countries could have been classified differently, in three groups, grouping Italy and Spain, for example.

Discussion

Influences of mental healthcare systems on pattern of use of provider type

In the ESEMeD countries, GPs play an important role as first contact for people with mental health problems, as in most industrialized countries (1,32-35). The use of GPs is certainly quite high in the MHP+ group of countries and considerably higher in the MHP- group (in Belgium particularly). The fact that GPs play an important role in the MHP+ group of countries may be a consequence of the requirement of referral by a GP for access to psychological treatment provided by a MHP, in these countries.

Differences in patterns of use seem arise from the organisation of mental healthcare - reimbursement policies, availability of the diverse professions involved, existence or absence of guidelines recommending collaboration between primary and specialized services, and of different professionals.

In countries in the MHP- group, French and Belgian patients are consulting medical providers, whether GPs or psychiatrists, more widely than non-medical MHPs. This is coherent with the non-reimbursement of non-medical MHPs, and the lack of formal recommendations for collaboration between these professionals. Moreover, as non-medical MHPs, psychiatrists propose long-term psychotherapy (36). Similarly French and Belgian patients are less likely to be referred to non-medical MHPs. From a public health perspective, the lack of recommendation for multidisciplinary teamwork and lack of financial cover for psychological treatment for people suffering from severe or chronic mental disorders, might make primary care the choice resort for mental health-related problems (37), which could overload public medical centres.

In Italy, certain organizational aspects can explain why MHP use is low, particularly non-medical MHPs (11). Indeed, treatments with MHPs are not reimbursed and are quite expensive (11); while

the offer of medical providers is medium, and the offer of psychologists is very small. There is no recommendation for collaboration between providers and our results show that rates of referral by GPs to MHPs are particularly low, with no influence on use, which seems consistent with Italian mental health policies.

Among countries in the MHP+ group, German patients prefer to consult MHPs only, and among these non-medical MHPs (11). In addition the German health system favours direct access to specialists. Germany is also the developed country reimbursing the largest number of sessions of psychotherapy (38) and they are often delivered by non-medical MHPs.

In Spain, the cost of visits is reimbursed for the larger part, along with recommendations for collaboration between professionals. Yet, unexpectedly, their use of MHPs and GPs together is not widespread. This could reflect, in practice, poor compliance with recommendations. Spanish people are more inclined to consult MHPs only than GPs, and among people suffering from any disorder, psychiatrists only are more widely used than GPs only (4). This is coherent with the Spanish system, where psychiatrists hold expertise in the diagnosis and refer patients to GPs (39). In the Netherlands, use is distributed almost equally among professional subtypes, and use of GPs and MHPs together is quite frequent. This is coherent with the fact that the Netherlands have promoted mental health programs since the end of 1990s (40), however our data cannot be directly related to the establishment of multidisciplinary Guidelines (21) because they were formally introduced 3 years after the ESEMeD interviews. At the time of the interviews, the Netherlands also reimbursed sessions with MHPs (11). As expected, Dutch GPs widely referred to MHPs, while both types of MHP can offer psychological treatment in a stepped care model (20).

Sociodemographic and clinical factors

Gender was not found to influence use of different professionals. As literature showed (41,42), socio-economical characteristics and organizational factors or psychological conditions have more influence.

We can hypothesize that Italian, Belgian and Dutch respondents in the lowest income category were more reluctant to use MHPs than the other income categories, because of financial, organisational or attitudinal barriers about psychological treatment (43,44); these factors are also linked to education (43). In Italy, the waiting-list for free treatment in the public system is long and places are scarce; treatment in private practice with psychiatrists is very expensive (11). Furthermore, Italians with mental health disorders are inclined to feel stigma, and embarrassment (43).

The Belgian population has good health insurance cover (45); nevertheless, in private practice, sessions with psychiatrist are reimbursed up to 75% and in the public mental health system, the out-of-pockets cost with a psychologist is 9€ (11). These system characteristics, alongside feelings of embarrassment in Belgium (43), could prevent the lowest-income Belgians from consulting MHPs.

In the Netherlands, neither a financial barrier (40,44) nor stigmatization (43) plays the main role. The Dutch have good health insurance cover (45) with free access to MHPs (11). Barriers seem to be attitudinal (thinking that the problem will get better on its own) (44) and organisational (dissatisfaction with mental health services available) (44).

It is surprising that, as Bebbington et al. 2003 (41) showed, working people are reluctant to consult MHPs in comparison with non-working people. We can suggest that unemployed persons, who are more likely to suffer from more severe mental health disorders (46), proportionally more often consulted mental health services because, as practice manuals recommend (17), they receive priority psychological treatment.

According to the literature, older or less educated people (31,41,47) and people suffering from mood disorders (48) or the most severe disorders (33,49) frequently consult GPs.

Conclusions

The study suggests that the use of GPs and/or MHPs, and hence the type of treatment received, beyond sociodemographic and clinical factors, is largely influenced by mental healthcare delivering systems: reimbursement of the diverse professionals and their respective availability, as well as existence of national recommendations on collaboration between GPs and both types of MHP.

From a public health perspective, in compliance with international practise guidelines, our findings suggest that interventions are needed in countries fostering access to medical professionals, France and Belgium particularly, where there is a need to improve referral of persons with mental disorders from GPs to MHPs, especially to psychiatrists, and then to improve cooperation between psychiatrists and non-medical MHPs. Lastly, the development of national guidelines with inter-professional recommendations appears to be necessary (37). Prior to this psychological treatment with non-medical MHPs should be covered by health insurance schemes. The Dutch, British, or Australian programs (8,21,50) could serve as models. Secondly, the availability of MHPs in the public system requires improvement, in Italy particularly but also in countries with policies of reimbursement of non-medical MHPs, the Netherlands and Spain.

In addition, special attention should be given to treating people with little education and lower economic status in most of the countries.

Acknowledgments and disclosures

The ESEMeD project is funded by the European Commission (Contracts QLG5-1999-01042; SANCO 2004123), the Piedmont Region (Italy), Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Spain (FIS 00/0028), Ministerio de Ciencia y Tecnología, Spain (SAF 2000-158-CE), Departament de Salut,

Generalitat de Catalunya, Spain, Instituto de Salud Carlos III (CIBER CB06/02/0046, RETICS RD06/0011 REM-TAP), and other local agencies and by an unrestricted educational grant from GlaxoSmithKline.

The World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative is supported by the National Institute of Mental Health (NIMH; R01 MH070884), the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), the Fogarty International Center (FIRCA R03-TW006481), the Pan American Health Organization, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, GlaxoSmithKline, and Bristol-Myers Squibb. We thank the staff of the WMH Data Collection and Data Analysis Coordination Centres for assistance with instrumentation, fieldwork, and consultation on data analysis. The work of the MSU-based authors (LD, HC, JCA) in preparing this report was additionally supported by the National Institute on Drug Abuse (K05DA015799; R01DA016558), while the work of LD was funded by an Australian NHMRC Senior Research Fellowship.

Financial support was also received from French CNAM-TS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (French National Public Health Insurance for Employees)).

None of the funders had any role in the design, analysis, interpretation of results, or preparation of this paper. The views and opinions expressed in this report are those of the authors and should not be construed to represent the views of the sponsoring organizations, agencies, or governments.

A complete list of all within-country and cross-national WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>.

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

1. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Petukhova M, Posada-Villa J, Seedat S, Wells JE (2007) Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370:841-850
2. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C (2007) Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 58:213-220
3. Wang PS, Demler O, Kessler RC (2002) Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health* 92:92-98
4. Fernandez A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martinez-Alonso M, Autonell J, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos JL, Fullana MA, Alonso J (2006) Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord* 96:9-20
5. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B (2008) Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France (in French). *L'Encephale* 36 Suppl 2:D48-58
6. American Psychiatric Association (2010) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition, APA.
7. Guidelines Advisory Committee (2002) Psychological Therapy and Counseling. Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Medical Association
8. Australian Institute of Health and Welfare (2010) Mental health services in Australia 2007-08
9. NICE (2004) Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline. London, National Institute for Clinical Excellence
10. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004) Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*:47-54
11. Dezzetter A, Briffault X, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, De Graaf R, Haro JM, Konig HH, Kovess-Masfety V (2011) Factors Associated With Use of Psychiatrists and Nonpsychiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries. *Psychiatr Serv* 62:143-151

12. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WA, Walters EE, Wittchen HU (2003) The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)* 22:122-133
13. Haute Autorité de Santé (HAS) (2002) Practice Guideline for the treatment of depression in adults (in French). *Pour La Pratique Clinique*. In *Service des recommandations et références professionnelles*, Paris
14. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R (2008) Practice Guideline for the treatment of depression in adults (in Dutch). *Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts*. *Huisarts Nu* 37:284-317
15. Ruggeri M (2008) Guidelines for treating mental illness: love them, hate them. Can the SIEP-DIRECT'S Project serve in the search for a happy medium? *Epidemiol Psychiatr Soc* 17:270-277
16. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J (2008) Practice, role and position of nurses in primary care in six European countries, in Ontario and in Quebec (in French). *Recherche en soins infirmiers*:94-105
17. World Health Organization (2000) *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva
18. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2000): *Practice Guideline for the Treatment of Affective Disorders* (in German). Darmstadt: Steinkopff
19. Ferre Navarete F, Palanca I (2005) Mental health care in Madrid. *Eur Psychiatry* 20 Suppl 2:S279-284
20. Franx G, Meeuwissen JA, Sinnema H, Spijker J, Huyser J, Wensing M, de Lange J (2009) Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. *International journal of integrated care* 9:e84
21. Centraal BegeleidingsOrgaan CBO, van der Velde V (2005) (Multidisciplinary Guideline for Depression: Guideline for diagnosis and treatment of depressive disorder in adult patients 2005 (in Dutch). Trimbos-instituut Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Dutch Institute for Healthcare Improvement, Central Accompaniment Organization, Utrecht
22. Kessler RC, Ustun TB (2004) The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 13:93-121
23. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Arbabzadeh-Bouchez

- S, Ormel J, Bruffaerts R (2002) The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 11:55-67
24. Heeringa S, Wells JE, Hubbard F (2008) Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge University Press 14-32, New-York
25. Pennell BE, Mneimneh ZN, Bowers A (2008) Implementation of the World Mental Health Surveys. In: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge University Press 33-57, New York
26. Harkness J, Pennell BE, Villar A, Gebler N, Aguilar-Gaxiola S, Bilgen I (2008). Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative. In: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge University Press 91-113, New York
27. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, Washington, DC
28. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, Lepine JP, Mazzi F, Reneses B, Vilagut G, Sampson NA, Kessler RC (2006) Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 15:167-180
29. Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV (1997) Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 27:93-105
30. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004) Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*:8-20
31. Wolter KM (1985) *Introduction to variance estimation*. Springer, New York
32. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005) Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 62:629-640
33. Wang PS, Demler O, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2006) Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *Am J Psychiatry* 163:1187-1198

34. Andrews G, Henderson S, Hall W (2001) Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 178:145-153
35. Parikh SV, Lin E, Lesage AD (1997) Mental health treatment in Ontario: selected comparisons between the primary care and specialty sectors. *Can J Psychiatry* 42:929-934
36. Sandier S, Paris V, Polton D (2004) Health Care Systems in Transition: France. In: S Thomson and E Mossialos ed. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
37. Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal JC (2003) Action plan for the development of the psychiatry and the promotion of the mental health (in French). Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris
38. Priebe S, Wright D (2006) The provision of psychotherapy: an international comparison. *Journal of Public Mental Health*, 5:12-22
39. Fernandez A, Haro JM, Martinez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autoneil J, de Girolamo G, Bernert S, Lepine JP, Alonso J (2007) Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry* 190:172-173
40. Alegria M, Bijl RV, Lin E, Walters EE, Kessler RC (2000) Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands. *Archives of general psychiatry* 57:383-391
41. Bebbington P, Meltzer H, Brugha T, Farrell M, Jenkins R, Ceresa C, Lewis G (2003) Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Int Rev Psychiatry* 15:115-122
42. Drapeau A, Boyer R, Lesage A (2009) The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *J Behav Health Serv Res* 36:372-384
43. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, Bruffaerts R, Kovess V, Matschinger H, Vilagut G (2009) Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord* 118:180-186
44. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik SL, de Graaf R, Stein MB (2007) Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv* 58:357-364

45. Organisation for Economic Co-operation and Development (2001) Private health insurance in OECD countries: compilation of national reports, Vol. Insurance and private pensions compendium for emerging economies, Book 1, Part 2:4
46. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*:21-27
47. Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ (2006) Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging & mental health* 10:574-582
48. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA (2002) National trends in the outpatient treatment of depression. *Jama* 287:203-209
49. Bebbington P, Brugha T, Meltzer H, Farrell M, Ceresa C, Jenkins R, Lewis G (2000) Psychiatric disorder and dysfunction in the UK National Survey of Psychiatric Morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35:191-197
50. National Health Service - Department of Health (2010) Talking therapies: A four-year plan of action. A supporting document to No health without mental health: A crossgovernment mental health outcomes strategy for people of all ages

Table 1

Sociodemographic and clinical characteristics of respondents consulting GPs or MHPs, for mental health problems, in the previous 12-months (n = 1,019)

	N	%	95% CI	
Country				
<i>Group 1</i>	439	45.2	39.8	50.7
Belgium	157	17.5	14.0	21.7
France	195	20.7	16.9	25.0
Italy	87	9.6	7.5	12.3
<i>Group 2</i>	580	54.8	49.3	60.2
Germany	139	14.0	10.9	17.8
Netherlands	161	18.1	13.9	23.2
Spain	280	20.2	17.2	23.5
Gender				
Male	283	34.0	29.4	39.1
Female	736	66.0	60.9	70.6
Age				
18-34 years	234	26.9	22.4	32.0
35-49 years	383	37.1	32.2	42.2
50-64 years	271	24.2	20.1	28.8
65 years and over	131	11.9	8.8	15.8
Marital status				
Married or cohabiting	597	64.4	59.3	69.2
Separated, widow, divorced	217	13.6	11.0	16.8
Never married	205	22.0	18.3	26.2
Education				
> 12 years	409	39.5	34.7	44.6
<= 12 years	610	60.5	55.4	65.3
Working status				
Not working	478	40.0	35.5	44.6
Working	541	60.0	55.4	64.5
Urbanicity				
< 10,000 inhabitants	246	30.9	25.8	36.6
10,000-100,000 inhabitants	435	38.2	32.7	44.0
> 100,000 inhabitants	338	30.9	26.3	35.9
Income				
Low	202	18.7	15.3	22.5
Low average	309	31.5	26.7	36.8
High average	334	34.5	29.7	39.6
High	174	15.4	12.2	19.2
Mood disorders				
No	610	71.2	67.2	74.9
Yes	409	28.8	25.1	32.8
Anxiety disorders				
No	676	71.0	66.1	75.5
Yes	343	29.0	24.5	33.9
Level of severity of disorders				
None	444	55.9	50.8	60.9
High	237	17.3	14.6	20.4
Moderate	228	17.9	14.8	21.6
Mild	110	8.9	7.1	11.0

Table 2

Organization of mental healthcare systems in the six ESEMeD countries, at the time of the survey

		Guidelines Recommendation for Multidisciplinary teamwork for treatment of patients with mental health disorders (a)	Number of GPs per 100,000 population (b)	Number of psychiatrists per 100,000 population (c)	Number of clinical psychologists per 100,000 population (c)	Level of reimbursement of session with psychiatrists (c)	Level of reimbursement of session with psychologists or psychotherapists (c)	Gatekeeping policy (c)
Countries from group 1	Belgium	No	137.5	18.0	32.0	Copayment	Not reimbursed	No
	France	No	160.9	22.0	24.7	Copayment	Not reimbursed	No
	Italy	No	94.4	9.8	3.2	Not reimbursed	Not reimbursed	Yes
Countries from group 2	Germany	No	106.7	11.8	51.5	Fully reimbursed	Fully reimbursed	Yes
	Netherlands	Yes*	48.8	9.0	28.0	Fully reimbursed	Psychologist: fully reimbursed; Psychotherapist: not reimbursed	Yes
	Spain	Yes	60.0	3.6**	1.9	Mostly reimbursed	Psychologist: fully reimbursed; Psychotherapist: not reimbursed	Yes

Data source (a) (13-16,18-21)

(b) (2)

(c) (11)

*Since 2005

**In Spain, where the ratio is low (3.6 psychiatrists per 100,000) availability is nonetheless increased by a pattern of practice involving fewer sessions (11)

Table 3

Use of GPs or MHPs among respondents who reported seeking help from any professionals for mental health problems in the previous 12 months, across two categories of countries (a)

	Total				Group of countries 1 Belgium, France, Italy				Group of countries 2 Germany, Netherlands, Spain				p*
	(N=8,796)				(N=4,258)				(N=4,538)				
	N	%	95% CI		N	%	95% CI		N	%	95% CI		
12-month use of any professional	1128	6.7	6.0	7.4	475	6.1	5.3	7.1	653	7.2	6.2	8.3	0.125
<i>Among any professionals 12-month users:</i>													
GPs or MHPs	1019	84.5	79.0	89.1	439	89.0	79.8	94.3	580	81.2	72.6	94.3	0.149
<i>Among GPs or MHPs 12-month users:</i>													
GPs	666	60.8	55.8	65.6	314	68.0	60.4	74.7	352	54.9	47.8	61.7	0.014
GPs only	372	35.8	31.5	40.4	181	39.5	32.9	46.5	191	32.8	26.9	39.3	0.174
MHPs	647	64.2	59.6	68.5	258	60.5	53.5	67.2	389	67.2	59.6	68.5	0.174
MHPs only	353	39.2	34.4	44.2	125	32.0	25.3	39.6	228	45.2	38.3	52.2	0.014
GPs and (one of) MHPs	294	25.0	21.0	29.5	133	28.5	22.2	35.9	161	22.0	17.3	27.6	0.123
GPs and psychiatrist	202	18.0	14.4	22.2	100	23.1	16.9	30.8	102	13.7	9.8	18.8	0.021
GPs and psychiatrist only	146	12.7	9.7	16.5	80	20.5	14.7	27.8	66	6.3	4.5	8.6	<0.001
GPs and non-medical MHPs	148	12.3	9.2	16.2	53	8.0	5.1	15.8	95	15.8	11.4	21.5	0.009
GPs and non-medical MHPs only	92	7.0	5.0	9.7	33	5.4	3.0	9.6	59	8.3	5.7	12.1	0.206
The 3 subtypes of provider together	56	5.3	3.1	8.7	20	2.6	1.4	4.8	36	7.4	4.0	13.3	0.008

(a) Percentages are weighted

* Significance reported for the differences between two categories of countries

Table 4

Use of GPs or MHPs among respondents who reported seeking help from any professionals for mental health problems in the previous 12 months, across the 6 ESEMeD countries (a)

	Total (N = 8,796)					Belgium (N = 1,043)				France (N = 1,436)				Germany (N = 1,323)			
	N	%	95%	CI	p	N	%	95%	CI	N	%	95%	CI	N	%	95%	CI
12-month use of any professional	1128	6.7	6.0	7.4	<0.001	164	9.4	7.3	11.9	212	8.9	7.2	10.9	165	7.5	6.0	9.3
<i>Among any professionals 12-month users:</i>																	
GPs or MHPs	1019	84.5	79.0	89.1	0.018	157	95.2	89.3	97.9	195	86.4	71.9	94.1	139	75.1	62.3	84.7
<i>Among GPs or MHPs 12-month users:</i>																	
GPs	666	60.8	55.8	65.6	0.011	118	72.8	64.1	80.0	136	70.5	59.6	79.4	73	49.2	38.7	59.8
GPs only	372	35.8	31.5	40.4	0.237	62	43.5	35.4	51.9	86	42.4	32.8	52.6	41	30.7	22.3	40.7
MHPs	647	64.2	59.6	68.5	0.237	95	56.5	48.1	64.6	109	57.6	47.4	67.2	98	69.3	59.4	77.7
MHPs only	353	39.2	34.4	44.2	0.011	39	27.2	20.0	35.9	59	29.5	20.6	40.4	66	50.8	40.2	61.3
GPs and (one of) MHPs	294	25.0	21.0	29.5	0.17	56	29.3	21.1	39.1	50	28.1	19.7	38.3	32	18.5	11.8	27.9

Table 4 continued

	Italy (N = 1,779)				Netherlands (N = 1,094)				Spain (N = 2,121)			
	N	%	95%	CI	N	%	95%	CI	N	%	95%	CI
	99	3.1	2.4	4.0	184	9.9	8.1	12.1	304	5.5	4.6	6.4
	87	92.4	85.4	96.2	161	88.5	76.9	94.7	280	92.7	87.2	95.9
	60	59.4	45.4	72.0	111	70.4	53.4	83.2	168	56.9	47.7	65.6
	33	30.2	21.2	41.1	56	36.8	26.0	49.2	94	34.9	26.4	44.5
	54	69.8	58.9	78.8	105	63.2	50.8	74.1	186	65.1	55.5	73.6
	27	40.6	28.0	54.6	50	29.6	16.8	46.6	112	43.1	34.4	52.3
	27	29.2	17.7	44.2	55	33.6	23.7	45.2	74	22.0	17.2	27.6

(a) Percentages are weighted

* Significance reported for the differences between the 6 countries studied

Table 5

Multiple logistic regression analysis of variables associated with 12-month use of GPs vs. MHPs only (n = 1,019)

	OR	95% CI	P
A. Group 1 or Group 2 of countries			
<i>Group 1</i>			
Group 2	0.54	0.34 - 0.84	0.007
B. Across the 6 ESEMeD countries (compared to the overall mean)			
Countries from Group 1			
Belgium	2.01	1.26 - 3.22	0.004
France	1.22	0.77 - 1.93	0.401
Italy	0.87	0.52 - 1.46	0.598
Countries from Group 2			
Germany	0.47	0.31 - 0.72	0.001
Netherlands	1.60	0.69 - 3.69	0.268
Spain	0.62	0.42 - 0.92	0.020
Gender			
<i>Male</i>			
Female	1.03	0.65 - 1.63	0.915
Age			
18-34 years	1.02	0.57 - 1.84	0.942
35-49 years			
50-64 years	2.78	1.64 - 4.71	<0.001
65-more years	5.45	1.90 - 15.64	0.002
Marital status			
<i>Married or cohabiting</i>			
Separated, widow, divorced	0.72	0.39 - 1.33	0.295
Never married	0.79	0.45 - 1.39	0.405
Education			
> 12 years			
<= 12 years	2.02	1.22 - 3.36	0.007
Working status			
<i>Working</i>			
Not working	0.46	0.28 - 0.76	0.003
Urbanicity			
Less than 10.000 inhabitants	1.59	0.87 - 2.88	0.128
<i>Between 10.000 and 100.000 inhabitants</i>			
More than 100.000 inhabitants	1.12	0.70 - 1.79	0.629
Income			
<i>Low</i>			
Low average	0.43	0.23 - 0.81	0.010
High average	0.49	0.27 - 0.91	0.025
High	0.37	0.19 - 0.72	0.004
Mood disorder			
Yes	1.73	1.05 - 2.86	0.032
No			
Anxiety disorder			
Yes	0.95	0.65 - 1.39	0.797
No			

C. Level of severity

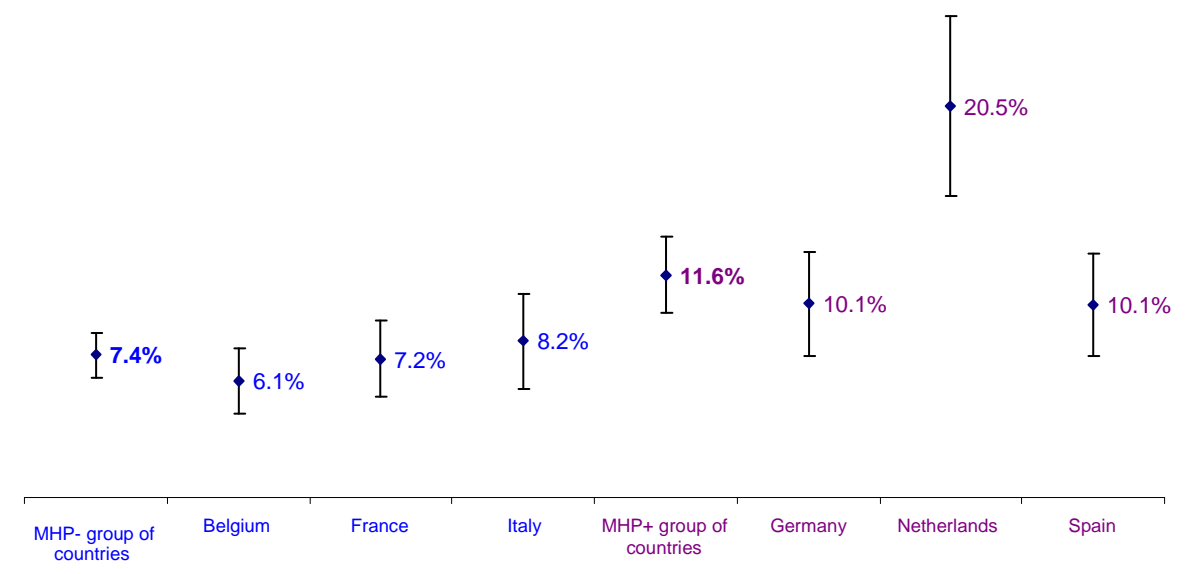
<i>None</i>				
High	1.93	1.02	3.63	0.042
Moderate	1.52	0.93	2.50	0.097
Mild	1.45	0.65	3.24	0.361

Reference group in italic

Three logistic regressions were performed separately: (A) with each group of countries; (B) with each of the six countries (reference: overall mean); (C) with mood and anxiety disorders or with the level of severity of mental health disorders.

Figure 1

Lifetime prevalence of respondents suffering from lifetime disorders, referred by their GP to a MHP (n = 533)



* Significance for the differences between the 6 countries studied and between the two groups of countries: P < 0.001

Table 6

Multiple logistic regression analysis of factors, among which being referred by a GP, associated with lifetime MHP consultation (n = 2,928)

	OR	95% CI	P
A. Group 1 or Group 2 of countries			
<i>Group 1</i>			
<i>Group 2</i>	1.86	1.47 - 2.34	<0.001
B. Across the 6 ESEMeD countries (compared to the overall mean)			
Countries from Group 1			
Belgium	0.82	0.57 - 1.20	0.311
France	0.55	0.45 - 0.66	<0.001
Italy	1.09	0.79 - 1.52	0.593
Countries from Group 2			
Germany	1.21	0.96 - 1.51	0.108
Netherlands	1.29	0.97 - 1.70	0.075
Spain	1.31	1.02 - 1.68	0.032
Referred by GPs to MHPs			
Yes	6.70	3.80 - 11.79	<0.001
No			
Gender			
<i>Male</i>			
Female	0.81	0.60 - 1.10	0.178
Education			
> 12 years			
<= 12 years	0.42	0.33 - 0.55	<0.001
Mood disorder			
Yes	1.42	1.14 - 1.78	0.002
No			
Anxiety disorder			
Yes	1.43	1.03 - 2.00	0.035
No			

Reference group in italic

Two logistic regressions were performed separately: (A) with each group of countries; (B) with each of the six countries (reference: overall mean)

Appendix 1

Questions about use of GPs and MHPs

Lifetime use of professionals

The next question is about speaking with professionals about problems with emotions or mental health. By “professionals” we mean medical doctors, nurses, psychologists, social workers, spiritual advisors, herbalists, and any other healing professionals. With this definition in mind, did you ever in your life talk to a medical doctor or other professional about any problem with your emotions or mental health?

Did you ever in your life talk to any of the following types of professionals about problems with your emotions or mental health:

- a psychiatrist?
- any other mental health professional, such as a psychologist, psychotherapist, social worker, or counselor?
- a general family doctor?
- any other doctor, like a cardiologist or (Women: gynecologist / Men: urologist)?
- any other health professional, like a nurse or nutritionist?
- a religious or spiritual advisor like a minister, priest, or rabbi?
- any other healer, like an herbalist, chiropractor, or spiritualist?

Use during the 12-month period

Each professional section gets this question:

When was the last time – in the past month, 2-6 months ago, 7-12 months ago, or more than 12 months ago?

Number and duration of sessions with GPs

How many visits did you make to a family doctor in the past 12 months where you talked about problems with your emotions or mental health?

How many minutes did (this visit last/ these visits last) on average?

Being referred by a GP

Did a family doctor ever refer you to a mental health specialist, clinic or program?

