

Markus Schweizer, Rudolf Buchmann, Mario Schlegel et Peter Schulthess

# Structure et prestation des soins en psychothérapie en Suisse

Enquête de la Charte suisse pour la psychothérapie

**Résumé** La Charte suisse pour la psychothérapie a mené une enquête empirique parmi un grand nombre de psychothérapeutes de Suisse. L'enquête traite des questions de la formation et de la manière de travailler des thérapeutes ainsi que de la population de leurs patient(e)s. Il ressort de l'enquête que les quelques 5'000 psychothérapeutes de Suisse, dont la moitié est de formation médicale, ont fourni 4.6 millions d'heures de thérapie durant l'année 2001. 2.5 millions de ces heures ont été financées par l'assurance obligatoire des caisses-maladie. Les méthodes les plus répandues en Suisse sont d'orientation analytique, elles sont appliquées dans près de la moitié des heures de traitement. Les méthodes humanistes et de thérapie corporelle sont ensuite les plus fréquentes. Quant aux modes de traitement systémiques et comportementaux, ils jouent un rôle négligeable en Suisse, entre autres du fait que les thérapeutes les appliquent rarement en tant que méthodes principales mais y font appel en supplément à leur méthode de base. Les résultats montrent un degré frappant de combinaison de différentes méthodes thérapeutiques, aussi bien dans la formation des thérapeutes que dans l'application effective dans les traitements. La grande majorité des thérapeutes a suivi des formations spécialisées ou supplémentaires dans différents modes de traitement et combine ceux-ci dans leur travail thérapeutique. Au vu de ce haut degré de combinaison des méthodes, une procédure d'homologation de méthodes particulières ne paraît pas un moyen approprié de sélection pour l'admission au catalogue des prestations des caisses-maladie.

**Mots-clés:**

Psychothérapie; Assurance sociale; Caisse-maladie; Formation; Méthodes

## Situation de départ

L'homologation de la psychothérapie non médicale occupe depuis un certain temps déjà une place prioritaire à l'ordre du jour de la politique suisse de la santé. On attendait la promulgation d'une nouvelle disposition légale sur "La psychothérapie dans les assurances maladies" portant sur la psychothérapie en général et en particulier sur la psychothérapie non médicale. Cette attente a été déçue par la déclaration du conseil fédéral de décembre 2001, selon laquelle il renonçait pour l'instant en raison des coûts à une réglementation nouvelle de la psychothérapie. La conseillère fédérale Ruth Dreifuss – responsable de cette décision en tant que ministre de la santé – reconnaissait en même temps l'importance de la psychothérapie non médicale en Suisse. Une nouvelle réglementation de la psychothérapie en Suisse reste une priorité à l'ordre du jour de la politique de la santé à venir.

Ainsi, la nouvelle procédure d'homologation conçue pour les méthodes de psychothérapie n'a rien perdu de son importance. L'Office Fédéral des Assurances Sociales a défini dans son manuel "Critères pour l'évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des méthodes de psychothérapie" (Mattanza 1998) une marche à suivre précise pour les représentant(e)s des différentes méthodes. Est demandée entre autres une recherche empirique sur l'ensemble des formations et des soins apportés par les thérapeutes formé(e)s aux différentes méthodes, afin d'apporter la preuve de la rentabilité de ces méthodes.

Afin de répondre à l'exigence de documentation complète des soins et pour en même temps poser des bases pour des analyses plus poussées dans le cadre des procédures d'homologation, la Charte suisse pour la psychothérapie a mené au début 2001 une large enquête intitulée "Documentation de base" parmi les membres des institutions affiliées. La conduite du projet par la Charte devait assurer l'unité du système de récolte des données ainsi que la comparabilité des résultats, et remplir ainsi les conditions posées par le manuel sur les procédures d'homologation.

En plus des institutions participant directement à l'enquête "Documentation de base", d'autres institutions relevant de la psychothérapie ont également procédé à une collecte de données sur la base de questions analogues. Il s'agit en particulier de l'enquête menée par l'Institut Jung (Mattanza, 1995) qui avait pour but de récolter des données socio-démographiques sur 213 psychologues-analystes en Suisse, de décrire leur clientèle et de connaître leurs opinions sur la recherche. En raison des objectifs différents de cette étude et de l'écart de temps entre les deux, les données fournies par cette dernière n'ont pu être mises à contribution que pour confirmer et compléter les résultats obtenus par la "Documentation de base".

Une autre enquête, menée parmi les 67 membres actifs de la SGBAT, a récolté des informations sur la formation et le domaine d'activité des thérapeutes, et la

**Adresse:** Mario Schlegel, Dr. sc. nat., Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, Suisse

Table 1. Institutions participantes à l'enquête

Ausbildungsinstitut für klientenzentrierte Gesprächs- und Körpertherapie, GFK
Institut für integrative Körperpsychotherapie, IBP
Institut für Psychoanalyse (Kreuzlingen), IFP
Internationales Institut für Biosynthese, IIBS
Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin, IIPB
Institut für selbstständige interdisziplinäre Studiengänge, ISIS
Psychoanalytisches Seminar Bern, PSB
Psychoanalytisches Seminar Zürich, PSZ
Schweizerische Gesellschaft für Daseinsanalyse, SGDA
Schweiz. Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung, SGGT
Schweiz. Gesellschaft für Individualpsychologie / A. Adler Institut, SGIPA
Schweiz. Gesellschaft für schicksalsanalytische Therapie, SGST
Association suisse d'analyse transactionnelle, ASAT
Schweiz. Institut für körperorientierte Psychotherapie, SIKOP
Société suisse des psychothérapeutes d'enfants et adolescents, SPE
Association suisse des psychothérapeutes, ASP
Schweiz. Verein für Gestalttherapie und integrative Therapie, SVG
Verband Ostschweizer Psychotherapeuten, VOPT

nature des patient(e)s traités. Là aussi, du fait des recoupements seulement partiels avec les données de la "Documentation de base" et de l'écart temporel de quatre ans entre les deux enquêtes, ces données n'ont été utilisées qu'à des fins de confirmation des résultats. Enfin, l'organisation Psychodrama Helvetia a mené une enquête (Ueberlacher, 2002) quelques mois plus tard sur la base du même questionnaire que la "Documentation de base". Dans ce cas, les données ont pu être entièrement intégrées dans les évaluations statistiques ci-contre.

Notre présentation se limitera à l'exposition des principaux résultats tirés du matériel statistique et à une vue d'ensemble des éléments essentiels de l'enquête.

L'enquête "Documentation de base" a été menée durant les mois de mai et juin 2001. Du fait de la remise de la conduite du projet et de l'organisation technique à une entreprise spécialisée, l'anonymat des réponses a été pleinement assuré par rapport aux institutions et aux associations participantes.

Les données concernant les thérapeutes ont été récoltées sur la base d'un questionnaire de trois pages portant sur des éléments démographiques, la formation, le setting de travail, les méthodes utilisées et les soins apportés. Des questionnaires de deux pages ont fourni les données concernant les patient(e)s traité(e)s durant une semaine donnée, prise

au hasard (données démographiques, diagnostic, type de thérapie, méthodes et durée du traitement). Les deux questionnaires sont publiés sur le site de la Charte: [www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch).

1'997 thérapeutes ont été contacté(e)s, 1'292 questionnaires valides ont été retournés. Ceci correspond à un taux de réponses de 69 pour-cent. S'y ajoutent 104 réponses venues de thérapeutes en psychodrame. De plus, 16'053 questionnaires sur les patient(e)s ont été retournés. Ce taux de réponses peut être estimé comme très haut au vu de l'ampleur des questionnaires et des interrogations écrites.

L'enquête "Documentation de base" avait pour objectif la saisie complète de la situation des membres des institutions et associations affiliées. Elle ne comprend bien sûr qu'une partie – importante il est vrai – de la totalité des effectifs des psychothérapeutes en Suisse. Bien qu'il ne soit pas possible d'appuyer nos dires sur une évaluation scientifique de la représentativité et de la marge d'erreur, l'ampleur de l'enquête permet de penser que les résultats concernant les caractéristiques démographiques des thérapeutes et des patient(e)s, les settings de travail, la nature des soins ainsi que les diagnostics posés et les modes de traitements pratiqués donnent un tableau passablement précis de la structure des soins en psychothérapie fournis en Suisse.

## 1ère partie des résultats: Les thérapeutes

La première partie donne un aperçu général de la structure démographique, de la formation et du setting de travail adopté par la pertion des effectifs des thérapeutes – estimée à un quart – comprise dans la "Documentation de base". L'enquête s'est adressée à la totalité des psychothérapeutes membres des institutions affiliées. En font partie les psychothérapeutes formé(e)s ainsi que ceux et celles en formation et pratiquant déjà avec des patient(e)s.

### Formation

La formation des psychothérapeutes comprend une formation de base, une spécialisation spécifique et la formation continue (Charte suisse pour la psychothérapie 1991/2002, [www.psychotherapiecharta.ch](http://www.psychotherapiecharta.ch)). On peut diviser la population des thérapeutes en 6 grandes catégories suivant la formation de base, la formation spécialisée en psychothérapie et la formation supplémentaire. La "formation spécialisée" consiste en une formation en psychothérapie d'au moins cinq ans, et la "formation supplémentaire" en une formation en psychothérapie d'au moins une année. La "formation de base" correspond à la formation, universitaire ou non, acquise avant la formation en psychothérapie.

Comme l'enquête se base dans sa majeure partie sur les adresses des membres fournies par les institutions et associations affiliées, la part des thérapeutes disposant d'une formation spécialisée ou d'une formation supplémentaire est particulièrement importante. Moins d'un pour-cent des répondant(e)s ont déclaré n'avoir suivi ni spécialisation ni formation supplémentaire. De plus, 11 pour-cent des thérapeutes n'avaient pas de diplôme mais étaient en cours de

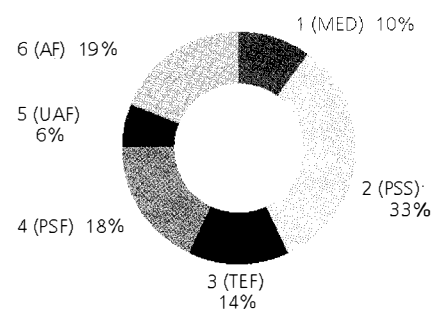


Tableau 1. Niveau de formation

Tabelle 2. Catégories par formation

1: Médecin	(MED)
Diplôme universitaire en médecine et formation spécialisée ou supplémentaire terminée en psychothérapie	
2: Psychologue spécialisé(e)	(PSS)
Diplôme universitaire en psychologie et formation spécialisée en psychothérapie terminée	
3: Thérapeute en formation	(TEF)
Diplôme universitaire en médecine ou psychologie et formation spécialisée en psychothérapie commencée	
4: Psychologue sans formation	(PSF)
Diplôme universitaire en psychologie sans formation spécialisée en psychothérapie	
5: Université avec formation	(UAF)
Autre diplôme universitaire et formation spécialisée en psychothérapie terminée	
6: Autres formations de base	(AF)

formation, spécialisée ou supplémentaire, en psychothérapie.

Concernant la formation de base, les thérapeutes ayant suivi une formation universitaire en psychologie, soit les deux tiers de notre population, sont en nette majorité. Les thérapeutes (psychiatres et fournisseur(se)s de prestations de base) formé(e)s en médecine sont par contre sous-représenté(e)s, si l'on sait qu'ils ou elles constituent près de la moitié des effectifs totaux des psychothérapeutes (Beeler, 2000) mais ne représentent ici qu'un dixième des participant(e)s.

### Distribution des sexes

Les thérapeutes féminines constituent les deux tiers, donc la grande majorité des effectifs de la "Documentation de base". La répartition des sexes diffère fortement entre la catégorie des thérapeutes formé(e)s en médecine et les

autres. Tandis que parmi les médecins, les thérapeutes masculins constituent une majorité de 60 pour-cent, la part des hommes est d'environ un tiers par rapport au reste des thérapeutes non médecins. Par rapport à la totalité des psychothérapeutes en Suisse, les thérapeutes féminines sont sur-représentées dans notre enquête – conséquence de la sous-représentation des thérapeutes médecins, en majorité masculins. Si l'on calcule la relation entre les sexes sur la base des résultats de l'enquête ainsi que des effectifs totaux des thérapeutes en Suisse selon Beeler (Beeler, 2000), les proportions devraient être à peu près égales. Les prestations des thérapeutes masculins sont toutefois en quantité légèrement supérieure par rapport au nombre total d'heures de traitement données par l'ensemble des thérapeutes, du fait que les thérapeutes masculins toutes catégories confondues déclarent un nombre supérieur d'heures hebdomadaires de traitement.

La distribution nettement inégale des sexes entre les thérapeutes médecins et les autres a pour conséquence que les psychothérapeutes masculins ont un revenu en moyenne plus élevé que leurs collègues féminines. En effet, les médecins-thérapeutes ont un tarif à l'heure plus élevé que leurs collègues non médecins (voir "Honoraires et porteurs des coûts"), de plus les thérapeutes féminines ont en moyenne un horaire hebdomadaire moins chargé. Vu cet état de faits, la question de la relation causale entre perspectives de revenu et répartition des sexes ne restera pas sans incidence sur l'évolution de la psychothérapie.

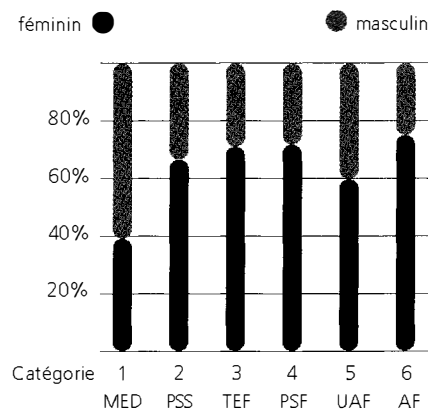


Tableau 2. Distribution des sexes des thérapeutes

### Distribution des âges

Contrairement aux sexes, la distribution des âges est passablement homogène entre les différentes catégories. On observe cependant que les thérapeutes en cours de formation sont généralement plus jeunes que leurs collègues.

La structure des âges entre les sexes est également passablement équilibrée. Les thérapeutes femmes formées en médecine sont en moyenne d'une année plus âgées que leurs confrères masculins. Au contraire, les thérapeutes femmes non médecins sont en moyenne légèrement plus jeunes que leurs collègues masculins.

### Spécialisation en psychothérapie

Les thérapeutes compris(es) dans la "Documentation de base" disposent d'une formation, spécialisée ou supplémentaire, supérieure à la moyenne: Près de la moitié des thérapeutes a suivi une ou plusieurs spécialisations en psychothérapie d'une durée de cinq ans au moins, et trois quarts ont suivi au moins une formation supplémentaire de plus d'une année. Ceci signifie que 99 pour-cent des thérapeutes compris(es) dans l'enquête ont suivi ou sont en train de suivre une formation, spécialisée ou supplémentaire, en psychothérapie. Ce haut niveau de formation s'explique par le fait que le matériel d'adresses à la base de l'enquête a été fourni principalement par les institutions et associations affiliées qui ont toutes de hautes exigences en matière de qualité.

Si l'on compare la durée moyenne des formations en psychothérapie – qu'il s'agisse de formations spécialisées ou supplémentaires et sans considération de la formation universitaire de base – les médecins et les psychologues

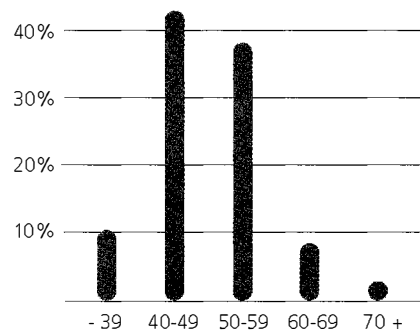


Tableau 3. Distribution des âges des thérapeutes

ont suivi une formation d'environ 10 ans, donc nettement plus longue que les autres thérapeutes, universitaires ou autres. Parmi ces dernier(e)s, il est probable que beaucoup, venu(e)s d'autres professions, se sont décidé(e)s sur le tard pour cette formation et ne disposent de ce fait que d'un début de formation supplémentaire. Il faut toutefois préciser, concernant les longues durées de formation, que la durée de formations différentes suivies en parallèle a été ajoutée, si bien que dans ces cas particuliers le temps passé à la formation a été en fait moins long.

La durée moyenne des formations est fortement dominée par la part des thérapeutes ayant suivi une formation spécialisée de cinq ans au moins. La durée totale de formation de cette portion de thérapeutes représente en effet plus du double de celle des thérapeutes ayant seulement suivi une ou plusieurs formations supplémentaires de moins de cinq ans. Près des deux tiers des thérapeutes de formation universitaire (médecine, psychologie et autre) ont suivi au moins une formation spécialisée, ce qui n'est le cas que d'à peu près la moitié des autres thérapeutes.

Les psychologues qui n'ont pas suivi de formation spécialisée en psychothérapie (catégorie 4) compensent ce manque par de nombreuses formations supplémentaires. La durée moyenne de leur formation, soit plus de 7 ans, reste cependant nettement inférieure à celle des psychologues spécialisé(e)s en psychothérapie.

Si l'on concentre l'analyse sur les formations supplémentaires, on observe

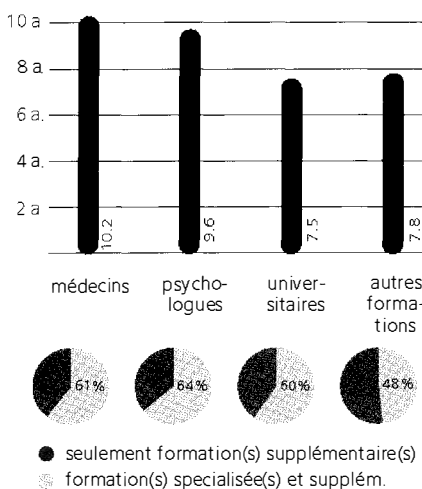


Tableau 4. Durée totale moyenne de la formation en psychothérapie en années

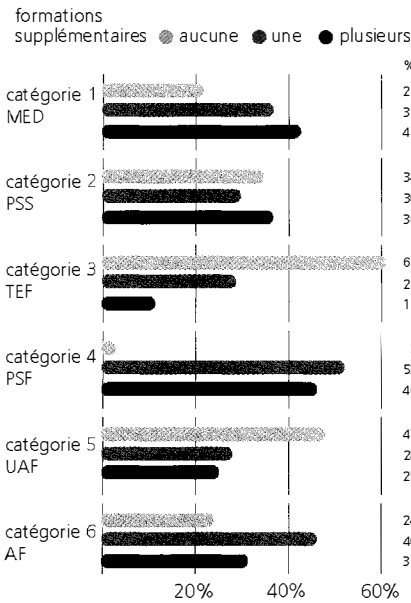


Tableau 5. Nombre de formation supplémentaires des thérapeutes

une différence marquée entre les psychologues spécialisé(e)s en psychothérapie (catégorie 2) et les tenant(e)s d'un autre diplôme universitaire, eux/elles aussi spécialisé(e)s en psychothérapie (catégorie 5). Parmi ces dernier(e)s, une proportion nettement supérieure n'a suivi ou bien aucune formation supplémentaire ou alors en quantité nettement inférieure aux psychologues.

### Formation spécialisée des médecins et des psychologues

La longue durée des programmes de formation actuellement en discussion dans le cadre de la procédure d'homologation des formations complètes en psychothérapie (études complètes de psychologie ou de médecine suivies d'une spécialisation en psychothérapie) a pour conséquence que l'entrée dans la profession des thérapeutes formé(e)s aura lieu relativement tard et que le nombre des années actives en sera réduit d'autant. En supposant une durée moyenne d'activité professionnelle de 34 ans pour les thérapeutes complètement formé(e)s, le maintien d'effectifs constants de thérapeutes demanderait un taux de renouvellement annuel de 3 pour-cent. En d'autres termes, si 3 pour-cent des thérapeutes cessent chaque année leur activité, autant de thérapeutes formé(e)s devraient les remplacer pour assurer la relève professionnelle. En raison de la durée de formation de cinq

ans, une proportion de 15 pour-cent de thérapeutes devrait donc être en permanence en cours de formation.

Parmi les thérapeutes formé(e)s en médecine ou en psychologie compris(es) dans l'enquête "Documentation de base", 20% ont commencé une spécialisation en psychothérapie. Il est cependant probable qu'une partie d'entre eux quittera la formation. Si bien que la part des thérapeutes actuellement en cours de formation ne pourra que difficilement assurer le maintien à long terme des effectifs des thérapeutes présentement actifs/ves.

### Expérience clinique

Des thérapeutes interrogé(e)s, environ 85 pour-cent ont une expérience clinique, donc ont exercé une activité non indépendante sous la conduite d'un(e) psychothérapeute ou d'un(e) psychiatre formé(e) dans le courant de leur formation. Les pratiques de la psychothérapie dans d'autres settings – par ex. les thérapies déléguées sous contrat d'un médecin généraliste, les thérapies exercées sous supervision durant le temps de formation, etc. – ne sont pas considérées comme partie d'une expérience clinique.

La proportion et la durée moyenne de l'expérience clinique varient fortement, suivant la formation de base des thérapeutes. Les médecins et psychologues spécialisé(e)s en psychothérapie disposent le plus fréquemment d'une expérience clinique d'une durée maximum, soit une moyenne de 6 à 7 ans. Parmi les thérapeutes spécialisé(e)s tenant(e)s d'une autre formation universitaire que la médecine ou la psychologie, les trois quarts seulement ont une expérience clinique d'une durée moyenne d'un peu plus de 3 ans, donc nettement inférieure

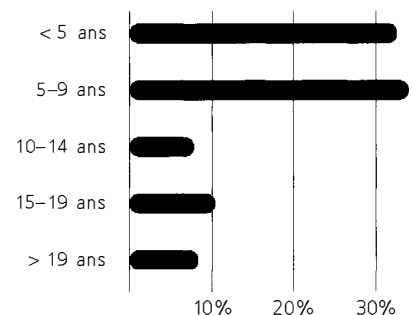


Tableau 6. Début de formation spécialisée en psychothérapie (seulement thérapeutes en cours de formation)

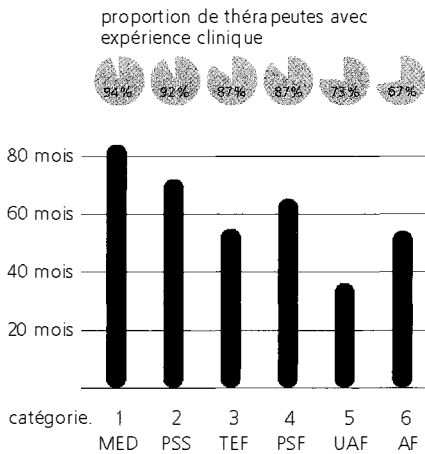


Tableau 7. Expérience clinique moyenne en mois (si expérience)

aux catégories mentionnées plus haut. Le marché du travail joue un rôle non négligeable dans ce domaine. Du fait des longues périodes de stages des médecins et des psychologues, les possibilités de stages pour les autres candidat(e)s en cours de formation spécialisée en psychothérapie sont restreintes. Une homologation par les caisses-maladie de la psychothérapie indépendante permettrait une plus grande mobilité des stagiaires et contribuerait à une meilleure distribution de l'expérience clinique parmi les thérapeutes.

### Distribution des traitements de patient(e)s

Les traitements de patient(e)s montrant des troubles considérés comme pathologiques sont le plus souvent menés par des psychothérapeutes de formation médicale. Ceux-ci y consacrent près de 21 heures par semaine. Contrairement à la pratique des autres thérapeutes, une part importante (environ 26%) des thérapeutes médecins donne plus de 30 heures de thérapies par semaine. Seule une minorité de 5 à 11% des autres thérapeutes a un horaire aussi chargé.

Les différentes catégories de thérapeutes diffèrent parfois fortement entre elles en ce qui concerne leurs settings de travail. Plus de 90% des thérapeutes médecins fournissent leurs prestations en psychothérapie dans le cadre d'un cabinet privé indépendant. Pour les autres thérapeutes, la proportion des indépendants en cabinet privé tombe à la moitié tout au plus.

La large proportion des prestations en psychothérapie fournies ailleurs que

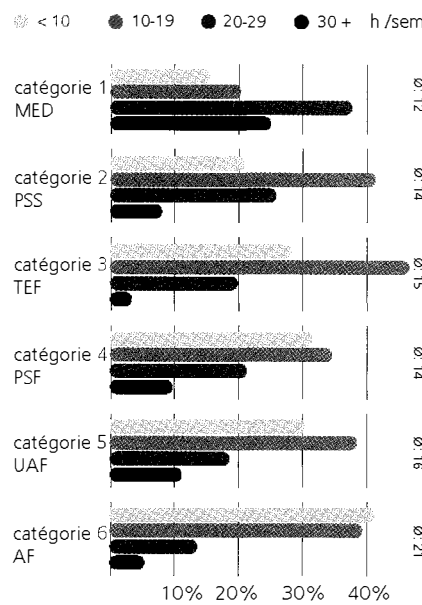


Tableau 8. Traitements de patient(e)s (distribution par heures hebdomadaires)

dans un cabinet privé s'explique par la fréquence des thérapies déléguées. En gros, un(e) psychologue sur trois et un(e) autre psychothérapeute sur quatre pratiquent des psychothérapies déléguées dans leur cabinet et ont un statut d'employé(e). Les thérapies déléguées menées par les thérapeutes non médecins constituent près du quart des prestations en psychothérapie. La proportion des délégations est un peu plus haute (31 pour-cent) chez les psychologues non spécialisé(e)s en psychothérapie.

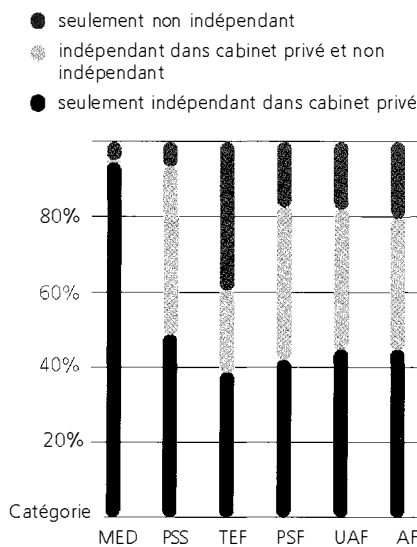


Tableau 9. Setting de travail thérapeutique

### Setting de thérapie

L'analyse des quelque 16'000 questionnaires montre que les thérapies de longue durée sont les settings les plus fréquents, la durée minimale d'une longue durée étant d'à peu près une année. Ce sont les thérapeutes médecins qui déclarent la plus grande part de thérapies de longue durée (53 pour-cent), tandis que les thérapeutes non tenant(e)s d'un diplôme universitaire les pratiquent à un degré nettement moindre (42 pour-cent).

A part des thérapies de longue durée, le gros du reste des prestations est constitué par les suivis, les thérapies de soutien et les interventions de crise. Les settings restants ne constituent plus qu'un petit quart des thérapies. Ils montrent une distribution nettement plus égale entre les différentes catégories que les thérapies de longue durée, si bien qu'on ne peut guère parler de différence significative entre les catégories.

### Durée des thérapies de longue durée

Les questions aux thérapeutes concernaient non seulement le mode de traitement pour chaque patient, mais aussi – dans la mesure du possible – la durée prévue de la thérapie. La durée moyenne d'une thérapie de longue durée, calculée à partir des réponses, est de 38.2 mois, avec des variations minimales entre catégories de thérapeutes.

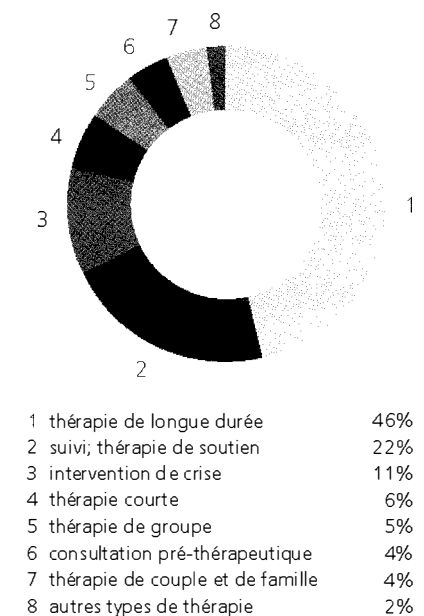


Tableau 10. Distribution des types de thérapie

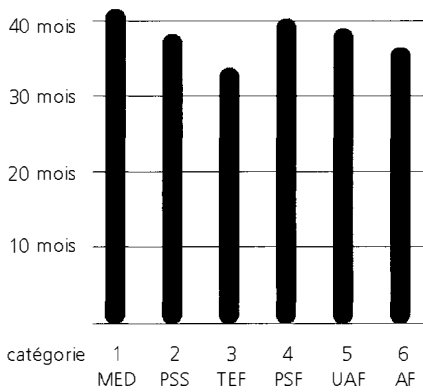


Tableau 11. Durée moyenne des thérapies de longue durée (en mois)

Ce sont les médecins qui déclarent les thérapies les plus longues, d'environ 41 mois. La moyenne inférieure est occupée par les thérapeutes en cours de formation spécialisée. Leur expérience inférieure à la moyenne pourrait toutefois jouer un rôle dans leurs estimations.

Le tableau relativement homogène des durées des thérapies longues subsiste si l'on prend en compte la durée et la fréquence des séances. Dans ce cas, ce ne sont toutefois plus les médecins mais les psychologues sans formation spécialisée qui déclarent les thérapies les plus longues, avec un surplus d'heures de 11 pour-cent sur la moyenne.

**Autres activités**

Les psychothérapeutes non médecins compensent le nombre moyen inférieur d'heures hebdomadaires de thérapie par d'autres activités, psychothérapeutiques ou non.

Les thérapies consacrées au développement personnel occupent une part du temps de travail nettement supérieure chez les thérapeutes non médecins que les chez les thérapeutes médecins. Alors que les médecins y consacrent tout au plus 1.5 heure par semaine, ces thérapies occupent les thérapeutes non médecins durant 3 à 4 heures par semaine. Les activités non thérapeutiques non indépendantes – telles que dans les centres de traitement des toxicomanies, services de psychologie, centres de consultation, institutions professionnelles, etc. – occupent 6 à 7 heures de la semaine, donc un temps de travail plus conséquent, chez les thérapeutes en cours de formation spécialisée (catégorie 3) et les psychologues non spécialisé(e)s (catégo-

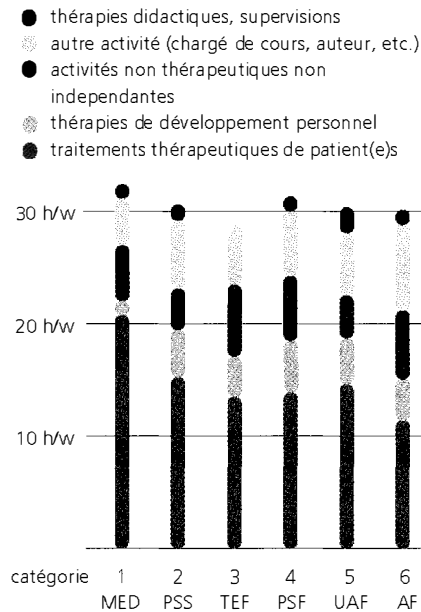


Tableau 12. Domaines d'activités selon nbre d'heures hebdomadaires

rie 4). Les thérapeutes spécialisé(e)s, psychologues et tenants d'autres diplômes universitaires confondus (catégories 2 et 5), y consacrent moins de temps, soit tout juste 4 heures par semaine.

Le reste des occupations, telles que auteur, expert(e) ou chargé(e) de cours, demandent aux thérapeutes en cours de formation spécialisée (catégorie 3) et aux tenant(e)s d'autres formations universitaires que la médecine ou la psychologie (catégorie 5) un temps moindre qu'aux thérapeutes médecins (catégorie 1). Ces dernier(e)s y consacrent 5.2 heures par semaine. Mais ce sont les psychologues non spécialisé(e)s (catégorie 4) et plus encore les thérapeutes non universitaires (catégorie 6) qui consacrent le plus de temps à ces autres occupations. Pour ces dernier(e)s, ce sont 7.3 heures par semaine, la moyenne la plus haute de l'ensemble de notre population.

**Honoraires et porteurs des coûts**

Les honoraires des psychothérapeutes se situent entre une moyenne de 105 francs par heure complète chez les thérapeutes sans diplôme universitaire (catégorie 6) et une moyenne de 153 francs chez les thérapeutes médecins (catégorie 1).

Les différences sont étonnamment minimes entre les catégories des non médecins. Leurs honoraires se situent dans l'ensemble entre 105 et 113 francs

par heure. La différence d'avec les honoraires des thérapeutes médecins représente par contre un saut considérable, soit une moyenne de 40 pour-cent de plus. Il faut toutefois préciser que la moyenne des honoraires à l'heure des thérapeutes non médecins a été calculée à partie de la somme hétérogène des honoraires pour les thérapies en délégation et les thérapies en cabinet privé. La distribution des porteurs de coûts donne une indication pour les honoraires des thérapeutes non médecins exerçant en cabinet privé. Du fait que les porteurs de coûts financent un bon tiers des prestations en thérapies déléguées à raison de Fr. 80.- l'heure, il en résulte des honoraires en cabinet privé d'environ Fr. 120.- à 130.- l'heure.

La réglementation actuelle des prestations des caisses-maladie entraîne d'énormes différences non seulement dans les honoraires mais aussi, pour les porteurs des coûts des traitements thérapeutiques, entre thérapeutes médecins et non médecins. Ainsi, seuls les médecins sont habilité(e)s à facturer leurs prestations directement auprès de l'assurance obligatoire des caisses-maladie. Ceci signifie que pour les médecins (catégorie 1), près de 90 pour-cent des prestations thérapeutiques sont remboursées par ces porteurs des coûts, et que les quelque 10 pour-cent de reste sont financés par les patient(e)s eux-mêmes ou par d'"autres" (assurances invalidité ou accidents, institutions d'aide sociale, etc.).

Les psychologues et médecins en cours de formation (catégorie 3) facturent également une grande partie de leurs heures auprès des caisses-maladie.

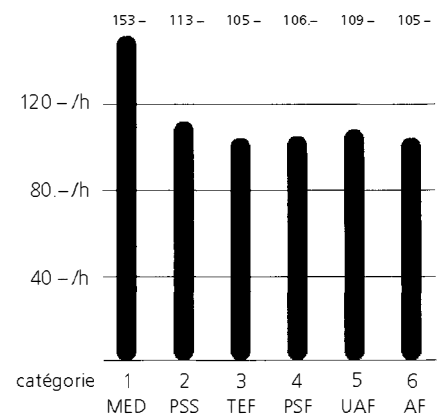


Tableau 13. Tarif moyen à l'heure (en francs par heure complète). Les thérapies des non médecins comprennent également les thérapies en délégation à Fr. 80.- l'heure

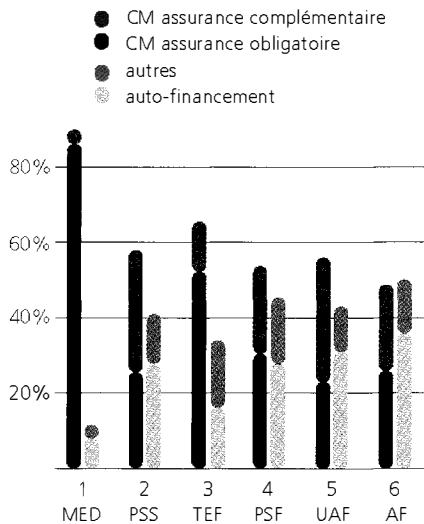


Tableau 14. Partage entre porteurs des coûts

Il s'agit pour une part des heures des médecins, facturées auprès des assurances obligatoires, et pour une autre part des thérapies déléguées des psychologues en cours de formation.

Les thérapies déléguées, également remboursées, bien qu'indirectement, par les assurances obligatoires des caisses-maladie, représentent près du quart des prestations thérapeutiques des autres catégories. Les thérapeutes universitaires spécialisé(e)s (catégories 2 et 5) sont ceux/celles qui facturent le plus fréquemment auprès des assurances complémentaires des caisses-maladie, tandis que les thérapeutes non universitaires ou non spécialisé(e)s sont payé(e)s plus fréquemment soit par les patient(e)s eux-mêmes soit par des porteurs des coûts autres que les caisses-maladie.

## 2ème partie des résultats: Les patient(e)s

### Démographie

L'enquête "Documentation de base" comprend des données sur 16'287 patient(e)s, traité(e)s par les thérapeutes interrogé(e)s au cours de la semaine donnée, prise au hasard. Les thérapeutes avaient pour instructions de ne mentionner que les traitements de troubles de nature pathologique, donc ni les thérapies de développement personnel, ni les thérapies didactiques. Près des deux tiers des patient(e)s sont de sexe féminin.

Plus des quatre cinquièmes des patient(e)s sont en âge actif. En compa-

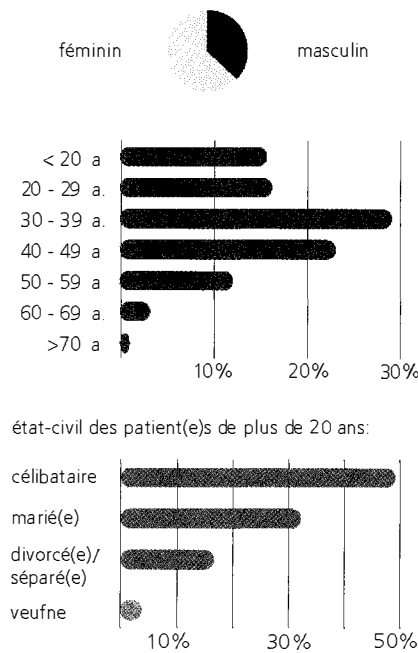


Tableau 15. Patient(e)s: sexe, âge et état-civil

raison de la structure démographique de la population suisse, les groupes d'âge entre 30 et 49 ans sont nettement sur-représentés. Alors qu'ils constituent actuellement environ 30 pour-cent de la population suisse, ils composent plus de la moitié des effectifs des patient(e)s compris dans l'enquête. Les enfants et

adolescents de moins de 20 ans ainsi que les personnes âgées de plus de 60 ans sont par contre nettement moins représentés parmi les patient(e)s que dans la population suisse. On peut avancer deux hypothèses. Soit les personnes concernées ont moins besoin de traitements thérapeutiques soit – ce qui semble plus probable – il existe un manque de soins dans ce secteur. Ceci peut provenir d'un manque d'offre ainsi que de difficultés de financement pour les thérapies dans ces groupes d'âge. En effet, seuls 7% des psychothérapeutes interrogé(e)s disposent d'une spécialisation d'au moins 5 ans en thérapie pour enfants, et 3% d'une formation supplémentaire spécifique d'au moins une année.

Les patient(e)s marié(e)s sont également sous-représenté(e)s. Ceci est d'autant plus frappant que les personnes non mariées sont tout naturellement plus nombreuses dans les secteurs de population des très jeunes et des plus âgé(e)s – ceux- et celles-là même qui fréquentent le moins les cabinets des thérapeutes – que parmi ceux et celles d'âge moyen. Les personnes mariées semblent rechercher donc nettement moins souvent que les non mariées les services d'un(e) psychothérapeute.

Près de la moitié des patient(e)s est en possession d'un diplôme professionnel qualifié ou d'une maturité, un autre tiers

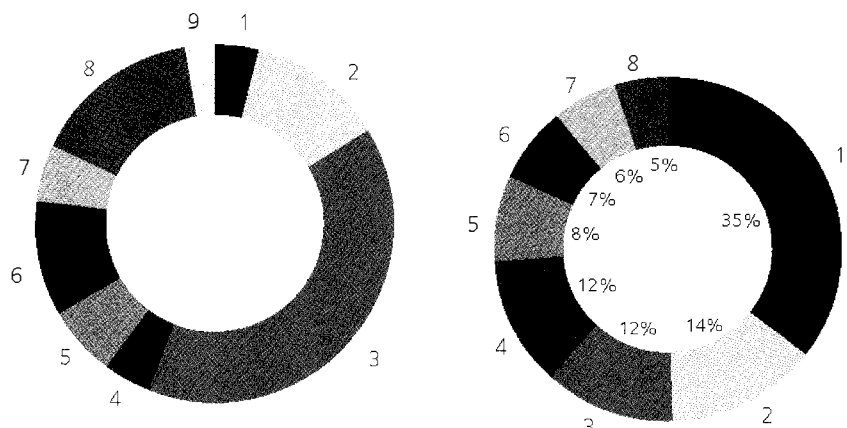


Tableau 16. Niveau d'instruction des patient(e)s selon formation terminée

Tableau 17. Activité professionnelle des patient(e)s

Tableau 17. Activité professionnelle des patient(e)s

a un diplôme universitaire. Les autres ont suivi l'instruction obligatoire, terminée ou non. Les patient(e)s en cours de formation sont pour la moitié dans leur scolarité obligatoire, l'autre moitié suit une formation supplémentaire.

Parmi les actifs, ce sont pour une bonne part, près d'un tiers, des employé(e)s en fonction subalterne. 14 pour-cent sont femmes ou hommes d'intérieur.

## Diagnostic

On a demandé aux thérapeutes de donner pour chaque patient(e) un diagnostic selon la codification de l'ICD-10. Ils/Elles avaient la possibilité de cumuler plusieurs diagnostics pour un même cas.

Le diagnostic de "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4)" est le plus fréquent, avec un tiers des mentions. Vient ensuite celui de "Troubles de l'humeur (affectifs) (F3)". Ces deux diagnostics regroupent près de la moitié des cas. De plus, deux diagnostics souvent mentionnés sont "Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F6)", dans 14 pour-cent des cas, et "Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9)" dans 13 pour-cent des cas.

Tabelle 3. Catégories de diagnostics selon l'ICD-10

F0	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
F1	Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
F2	Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants
F3	Troubles de l'humeur (affectifs)
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatiques
F5	Syndromes de comportement associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiologiques
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F7	Retard mental
F8	Troubles du développement psychologique
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
F99	Trouble mental, sans autre indication

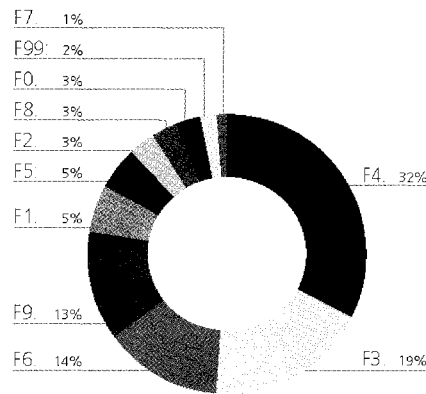
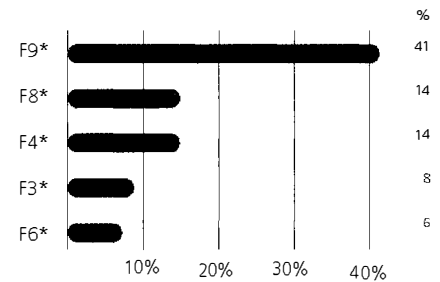


Tableau 18. Distribution des diagnostics ICD-10

Comme l'on peut s'y attendre, on observe de grandes différences de diagnostics entre les enfants et adolescents d'une part et les adultes d'autre part, si bien que l'examen de la distribution de l'ensemble n'offre pas grand intérêt.

Parmi les cas d'enfants et de jeunes adultes, le diagnostic le plus fréquemment posé (40 pour-cent) est celui de "Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9)". Des diagnostics passablement fréquents sont "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4)" et "Troubles du développement psychologique (F8)". Ils sont nommés chacun dans 14 pour-cent des autres cas. Enfin, le diagnostic de "Troubles de l'humeur (affectifs) (F3)" recueille 8 pour-cent des mentions. Les diagnostics restants sont sans grande importance puisqu'ils sont indiqués chacun dans moins de 5 pour-cent des cas seulement.

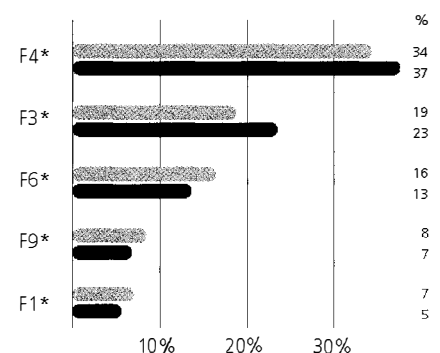
Parmi les patient(e)s adultes, on ne note pas de différence dans l'ordre de fréquence des diagnostics entre les différents groupes d'âge. Le diagnostic le plus fréquent partout est "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4)", qui regroupe plus d'un tiers des cas. On note toutefois une augmentation des mentions avec l'âge des patient(e)s. On observe le même phénomène avec un diagnostic également fréquemment posé, soit "Troubles de l'humeur (affectifs) (F3)", mentionné dans environ un cinquième des cas d'adultes. Les diagnostics suivants sont au contraire posés de moins en moins souvent chez les adultes avancés en âge, ce sont, en ordre décroissant, "Troubles de la personnalité



\* catégories: voir table 3  
«catégories de diagnostics selon l'ICD-10»

Tableau 19. Diagnostics fréquents chez enfants et adolescent(e)s

● âgé(e)s de 20 à 39 ans ● de plus de 39 ans



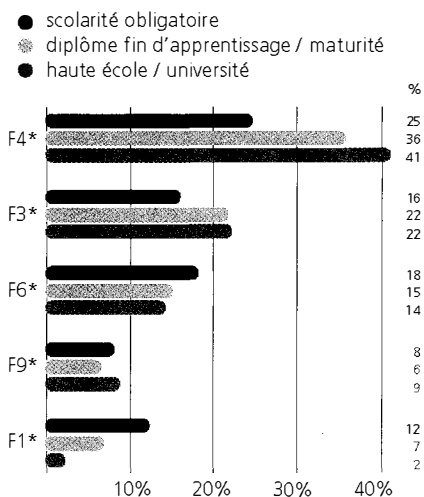
\* catégories: voir table 3  
«catégories de diagnostics selon l'ICD-10»

Tableau 20. Diagnostics fréquents chez adultes

et du comportement chez l'adulte (F6)", "Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9)" et "Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F1)". Le reste des diagnostics regroupe moins de 5 pour-cent des cas chacun.

La fréquence des diagnostics varie non seulement avec l'âge des patient(e)s mais également avec leur niveau d'éducation. Ainsi, les cas de "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4)" sont observés beaucoup plus fréquemment – 40 pour-cent de l'ensemble des diagnostics – chez les patient(e)s d'un niveau d'instruction supérieur que chez ceux et celles ne disposant que de la scolarité obligatoire. Même phénomène pour le second diagnostic dans l'ordre de fréquence, "Troubles de l'humeur (affectifs) (F3)". Au contraire, le diagnostic "Troubles mentaux et troubles du com-





\* catégories voir table 3  
«catégories de diagnostics selon l'ICD-10»

Tableau 21. Diagnostics les plus fréquents d'après le niveau d'instruction (N = 15'941)

portement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F1) est posé presque cinq fois plus fréquemment dans les cas de patient(e)s d'un niveau d'instruction minimale que chez les patient(e)s ayant une instruction plus poussée.

### Durée des thérapies

Les estimations de la durée des thérapies par les thérapeutes ne varient pas seulement, conformément aux attentes, avec le type de thérapie. Elles ont également une distribution très large au sein de chaque catégorie. Comparée à la durée moyenne, qui peut être fortement influencée par quelques longues durées, la durée médiane offre nettement plus d'intérêt – la médiane étant le point central autour duquel se regroupent d'un côté 50 pour-cent des durées plus courtes et de l'autre 50 pour-cent des durées plus longues.

Les thérapies courtes durent pour la plupart entre 4 et 12 mois, avec une moyenne de 8 mois et une médiane de 7 mois. Si la médiane est plus basse, cela signifie que les durées des thérapies courtes se concentrent dans le secteur entre 4 et 6 mois. Les interventions de crise ont une médiane encore plus basse, donc un grand nombre a une durée très courte de 2 à 4 mois. Les thérapies longues durent en moyenne 40 mois – la moitié de ces thérapies durent toutefois moins de 33 mois (médiane). La durée minimale d'une thérapie longue a été fixée par les thérapeutes à plus d'une

année, des thérapies de plus courte durée n'ont été classées parmi les thérapies longues que dans des cas d'exception.

Les autres types de thérapies regroupent aussi bien des thérapies très courtes de quelques mois que des thérapies très longues, de plusieurs années.

Si l'on classe les durées selon le diagnostic ICD-10 posé, il en résulte une durée de thérapie moyenne maximale – de près de 3 ans – pour les cas de "Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F6)", 3ème diagnostic dans l'ordre de fréquence. La longue durée moyenne de ces thérapies est due au fait que les trois quart de ces cas aboutissent à une thérapie longue. Ce diagnostic est celui qui regroupe le plus grand nombre de thérapies longues.

La durée médiane de 10 mois pour les cas de "Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F1)" représente une durée moyenne courte. Comparées aux autres diagnostics, les thérapies de groupe ont ici une importance particulière, puisque c'est dans ces cas que l'on observe l'application la plus fréquente (un cinquième) des thérapies de groupe.

La durée des traitements des cas de "Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F2)" doit être considérée comme non significative, car la médiane de 10 mois représente un chiffre improbableement bas. Ceci est dû d'une part à la sous-représentation des psychiatres dans l'enquête, en particulier de ceux qui travaillent en clinique, qui sont en même temps ceux qui traitent le gros des patient(e)s souffrant de troubles de ce type nécessitant un traite-

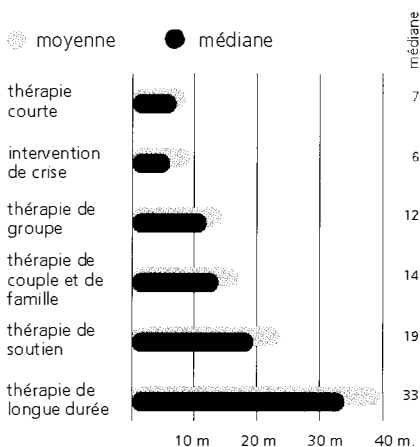
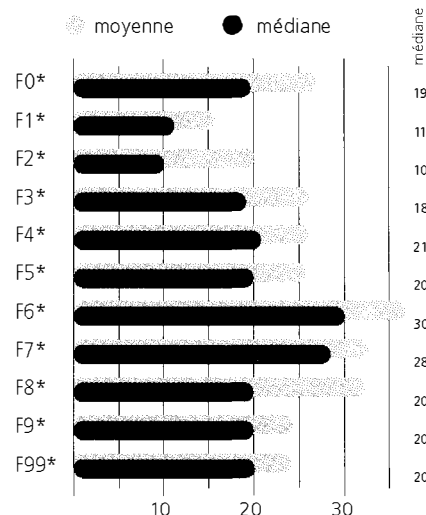


Tableau 22. Durée des thérapies (en mois)



\* catégories voir table 3  
«catégories de diagnostics selon l'ICD-10»

Tableau 23. Durée des thérapies selon le diagnostic (ICD-10) (en mois)

ment de longue durée. D'autre part la limitation de l'enquête à une semaine prise au hasard a également joué un rôle. La question de la durée estimée de la thérapie a reçu une réponse au vu de la situation du moment. Les interventions de crise répétées n'ont été enregistrées dans ces cas qu'une seule fois, comme des thérapies courtes, sans tenir compte de la perspective d'ensemble de la thérapie et de l'évolution à long terme. Le fait que l'on observe fréquemment la combinaison du diagnostic F2 avec la thérapie de type "Intervention de crise" semble confirmer cette interprétation. Dans les cas nécessitant des thérapies courtes répétées, la durée moyenne donnée dans l'estimation est inférieure au traitement thérapeutique à long terme.

### Fréquence et durée des séances

La durée des séances au moment de l'enquête ne dépassait pas une heure par semaine pour trois quart des patient(e)s. Un tiers des thérapies consistait en une séance hebdomadaire de 50 minutes, un autre tiers en une séance de 60 minutes. Les thérapies intensives de plus de 2 heures de séances hebdomadaires représentent une proportion de 7 pour-cent, tandis que les 5 pour-cent de thérapies de moins de 45 minutes sont relativement rares.

Près des deux tiers des thérapies ont un rythme de une ou plusieurs séances

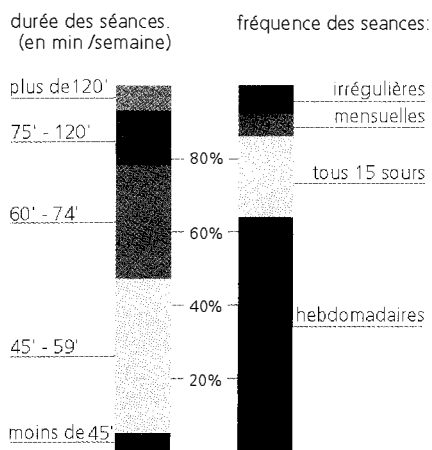


Tableau 24. Durée et fréquence des séances

par semaine. Le cinquième des thérapies adoptant un rythme d'une séance tous les quinze jours est également passablement important.

### 3ème partie des résultats: Les méthodes de thérapie

Il faut préciser, au début de ce troisième chapitre qui interprète les résultats de l'enquête du point de vue des méthodes de thérapie, que toutes les méthodes de thérapie appliquées en Suisse ne sont pas représentées dans l'enquête. Les résultats ne sont représentatifs que d'une partie - importante il est vrai - de l'ensemble des thérapeutes pratiquant en Suisse. Des calculs pondérés proposent en 4ème partie une approximation de la situation de l'ensemble des thérapeutes en Suisse.

#### Formation en psychothérapie

705 des 1'396 thérapeutes impliqué(e)s dans l'enquête ont suivi une ou plusieurs formations spécialisées en psychothérapie de cinq ans au moins, et 971 thérapeutes ont suivi une formation supplémentaire d'au moins une année. Des 163 thérapeutes qui ne disposaient d'aucune formation terminée, ni spécialisée ni supplémentaire, la plupart étaient en cours de formation au moment de l'enquête.

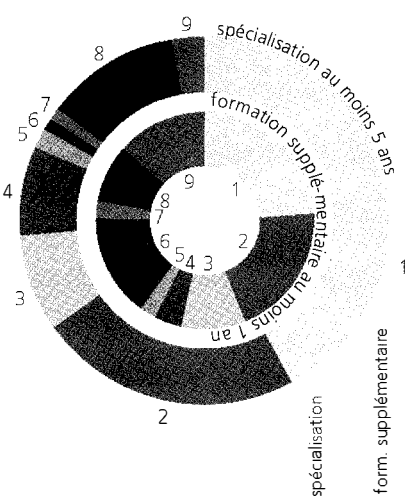
Parmi les formations terminées, ce sont les méthodes analytiques qui dominent, avec une proportion de 42 pour-cent. Considérant le nombre de thérapeutes ayant terminé leur formation, cela signifie que ce type de méthode

représente les 55 pour-cent, donc plus de la moitié des thérapeutes spécialisé(e)s sont formé(e)s dans une méthode analytique. Les 2èmes méthodes les plus fréquentes sont les méthodes d'orientation humaniste et les thérapies de groupe faisant appel à différentes méthodes.

On observe des différences marquées dans la distribution des formations supplémentaires d'au moins une année, par rapport aux formations spécialisées. Les méthodes analytiques et humanistes constituent toujours le gros, soit 23 et 20 pour-cent, des formations supplémentaires. Suivent au troisième rang les méthodes systémiques, dans une proportion de 15 pour-cent, et au quatrième rang les "autres" méthodes, non spécifiées, soit 14 pour-cent. Ces deux types de méthodes sont d'une importance négligeable dans les formations spécialisées.

#### Déclaration de la méthode principale

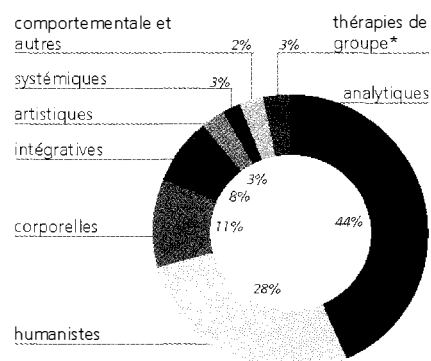
Des 1'396 thérapeutes interrogé(e)s dans l'enquête "Documentation de base" (thérapeutes en psychodrame compris), 113 d'entre eux/elles ne pouvaient ou



spécialisation	form. supplémentaire	
1 méthodes analytiques	43%	24%
2 méthodes humanistes	23%	20%
3 méthodes corporelles	9%	9%
4 méthodes intégratives	8%	4%
5 méthodes artistiques	2%	2%
6 méthodes systémiques	1%	16%
7 méthodes comportementales	1%	3%
8 thérapies de groupe*	11%	8%
9 autres méthodes	3%	14%

\* selon différentes méthodes

Tableau 25. formation en psychothérapie: distribution par méthode



\* selon différentes méthodes

Tableau 26. Méthodes principales des thérapeutes

ne voulaient s'affilier à aucune méthode principale. Des 1'283 restants, près de la moitié - 44 pour-cent - a nommé une méthode de thérapie d'orientation analytique comme méthode principale. 28 pour-cent ont nommé une méthode humaniste, et 11 pour-cent une méthode de psychothérapie corporelle. A peine représentées sont les méthodes comportementales - moins d'un pour-cent. Ces dernières, ainsi que d'autres méthodes non spécifiées, constituant un deux pour-cent, ont été regroupées dans une catégorie propre.

Les thérapeutes médecins indiquent généralement comme principale méthode une méthode analytique ou de thérapie corporelle. Les méthodes humanistes et systémiques dominent parmi les mentions des psychologues, tandis que les thérapeutes d'autres formations nomment surtout des méthodes intégratives et de thérapie artistique. La déclaration d'une méthode principale ne constitue cependant pas une indication fiable sur l'importance effective des méthodes, d'autant qu'une grande majorité des thérapeutes applique plus d'une méthode de traitement. La question de l'ampleur et de la structure des combinaisons avec d'autres modes de traitement, ainsi que de l'application des méthodes auxiliaires durant toute la durée des traitements demanderait une analyse plus poussée.

#### Méthodes appliquées en plus de la méthode principale

Suivant la méthode principale indiquée, une proportion qui varie des trois quart à plus du nonante pour-cent des thérapeutes déclare appliquer d'autres mé-

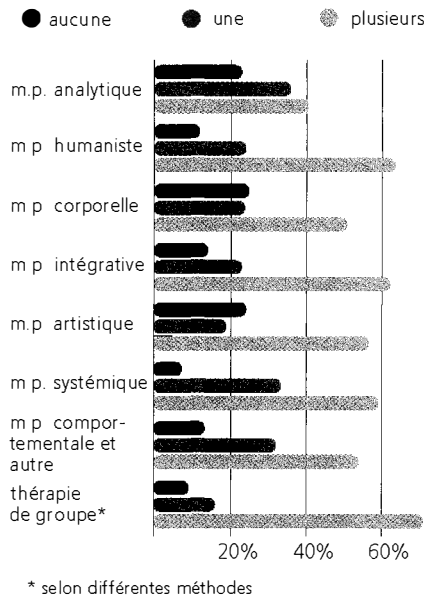


Tableau 27. Méthodes supplémentaires à méthode principale (d'après méthode principale des thérapeutes)

thodes en plus de la méthode principale. La fréquence de l'application de méthodes supplémentaires est non seulement très haute mais aussi très variée, puisque de 40 à 75 pour-cent des thérapeutes combinent non pas une mais plusieurs autres méthodes avec la principale.

Malgré la grande proportion des combinaisons de méthodes, il faut noter que parmi le gros des thérapeutes – les tenant(e)s d'une méthode analytique – près d'un quart indique n'appliquer aucune autre méthode à côté de leur méthode principale. De plus, les thérapeutes pratiquant la combinaison des méthodes sont sous-représentés au sein de cette catégorie de thérapeutes.

Il faut également noter que l'importance accordée à la méthode principale est bien supérieure à celle des méthodes supplémentaires. Le traitement thérapeutique se base durant la moitié et même les trois quart du temps sur la seule méthode principale. Cette tendance est particulièrement marquée parmi les thérapeutes d'art et très peu présente par contre parmi les thérapeutes systémiques. Ceci montre qu'il n'existe pas de relation entre le nombre de méthodes combinées et la quantité de temps accordée à leur application dans une thérapie. Ainsi, les thérapeutes analytiques consacrent environ un tiers du temps de traitement à d'autres méthodes, donc une quantité de temps notable, alors qu'ils indiquent un nombre particulière-

ment restreint de méthodes supplémentaires. La fréquence des combinaisons entre méthodes est donc plus haute au sein de cette catégorie que chez les thérapeutes humanistes qui mentionnent par contre une quantité nettement plus élevée de méthodes auxiliaires.

Les différents modes de combinaisons entre méthodes contribuent il est vrai à expliquer les différences d'application des méthodes. La matrice des combinaisons ci-dessous donne des indications sur les modes de combinaisons des différentes méthodes. Elle indique, pour chaque méthode principale, les méthodes appliquées en supplément, regroupées selon leur orientation de base. La matrice se base sur les déclarations des thérapeutes concernant les méthodes de thérapie utilisées. On observe une forte variation dans la part des méthodes auxiliaires de même orientation que la méthode principale. Chez les thérapeutes qui travaillent d'après une méthode principale d'orientation analytique, plus du tiers des méthodes appliquées en plus sont également de type analytique. Chez les thérapeutes usant d'une méthode thérapeutique corporelle par contre, seuls 9 pour-cent des méthodes supplémentaires sont également de type corporel.

De plus, on note l'importance différente que revêtent les modes de traitement, selon qu'ils sont déclarés méthodes principales ou auxiliaires. Le cas des modes de traitement comportementaux et d'autres non spécifiés est frappant, qui ne sont mentionnés que dans tout

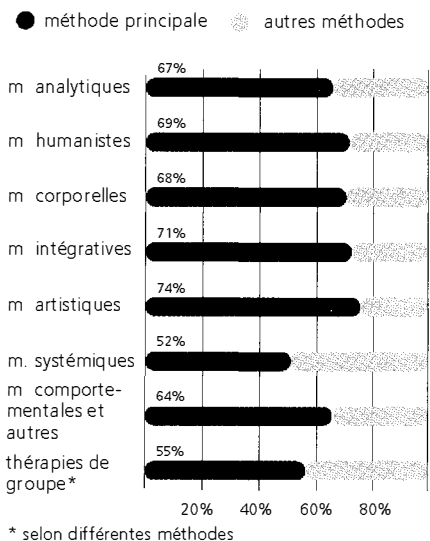


Tableau 28. Répartition du temps de traitement (en cas de combinaison de méthodes)

Méthodes appliquées en supplément	Méthodes principales							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	35%	5%	9%	6%	11%	17%	13%	14%
2	11%	30%	27%	24%	29%	23%	30%	19%
3	3%	5%	9%	3%	6%	12%	10%	3%
4	2%	3%	5%	21%	5%	4%	0%	3%
5	1%	3%	3%	3%	0%	2%	0%	2%
6	18%	18%	17%	14%	18%	12%	19%	16%
7	21%	26%	24%	21%	23%	17%	14%	13%
8	10%	9%	6%	8%	8%	13%	13%	28%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- 1 méthodes analytiques
- 2 méthodes humanistes
- 3 méthodes corporelles
- 4 méthodes intégratives
- 5 méthodes artistiques
- 6 méthodes systémiques
- 7 méthodes comportementales et autres
- 8 thérapies de groupe (selon différentes méthodes)

Tableau 29. matrice des combinaisons de méthodes (I) (indications des thérapeutes)

juste trois pour-cent des cas comme méthodes principales, mais sont les plus fréquemment appliqués en supplément. Plus de 20 pour-cent des traitements basés sur une méthode principale analytique, humaniste ou corporelle combinent celle-ci avec une méthode des orientations mentionnées. De même, les méthodes systémiques sont beaucoup plus fréquemment appliquées en supplément d'autres modes de traitement que comme méthodes principales. Enfin, les modes de traitement analytiques qui constituent le gros des méthodes principales, sont bien moins souvent appliqués en supplément d'autres méthodes. Les modes de traitement humanistes, qui viennent en 2ème rang des méthodes principales, sont par contre très fréquemment appliqués auxiliairement. On note enfin que parmi les modes de traitement supplémentaires mentionnés par les thérapeutes analytiques, les méthodes humanistes ne représentent que les 11 pour-cent.

### Application des méthodes durant la semaine prise au hasard

Les déclarations des thérapeutes concernant la combinaison de différentes méthodes de thérapie donnent une indication sur l'extension des différentes mé-

thodes mais ne dit pas grand'chose sur leur importance effective. Les questionnaires aux 16'000 patient(e)s sont bien plus informatifs dans ce domaine. L'importance effective des méthodes dépend grandement de la durée des thérapies menées par les thérapeutes des différentes catégories ainsi que de l'intensité de l'application des méthodes auxiliaires, elle aussi très variable suivant le type de méthode principale et de méthodes supplémentaires.

Les réponses concernant la méthode principale diffèrent peu entre les indications des thérapeutes et les données sur les traitements effectifs durant la semaine donnée. Les méthodes analytiques, humanistes et corporelles sont à peine moins souvent appliquées durant les traitements effectifs qu'indiqué par les thérapeutes. Dans les deux volets de données, la part des méthodes analytiques est de plus de 40 pour-cent, celle des méthodes humanistes d'environ un quart et celle des méthodes corporelles de près de 10 pour-cent. Les autres méthodes sont comprises dans le petit cinquième de reste. On note toutefois que les "autres" méthodes non spécifiées sont mises nettement plus souvent à contribution dans les traitements effectifs que les indications des thérapeutes ne l'auraient fait supposer.

Les différences d'utilisation entre méthodes principales et auxiliaires sont

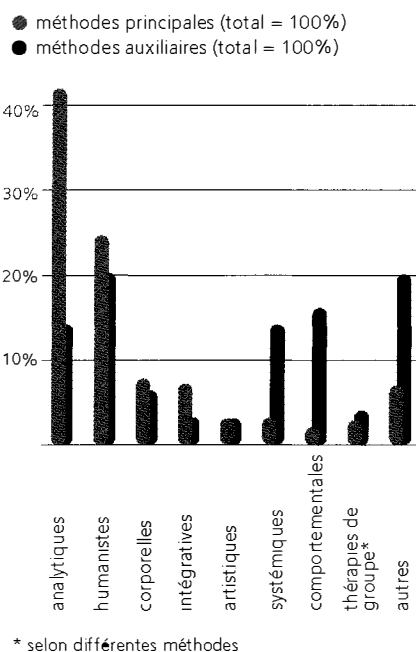


Tableau 30. Répartition des méthodes dans traitements effectifs (dans semaine prise au hasard)

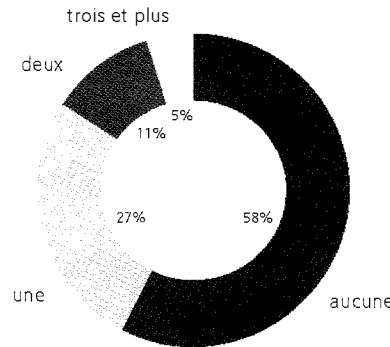


Tableau 31. Combinaison avec méthodes auxiliaires (dans semaine prise au hasard)

encore plus marquées dans les données portant sur les traitements effectifs. N'est fait effectivement appel aux méthodes analytiques – la catégorie la plus nombreuse parmi les méthodes principales – en supplément à d'autres modes de traitement que dans une proportion de 14 pour-cent. Au contraire, les modes de traitement comportementaux, d'une importance négligeable en tant que méthodes principales, sont nommés dans 16 pour-cent des cas et occupent ainsi le 3ème rang comme méthodes auxiliaires.

### Combinaison des méthodes durant la semaine prise au hasard (traitements effectifs)

Les données sur les traitements durant la semaine prise au hasard fournit des renseignements sur les diverses combinaisons de méthodes telles qu'elles sont effectivement pratiquées, en plus des indications générales données par les thérapeutes sur leurs combinaisons.

Les réponses aux questions différentes concernant les thérapeutes et les patient(e)s, une fois recoupées entre elles, donnent un tableau très différencié des mixages de méthodes pratiqués par les thérapeutes. Bien que près des trois quart des thérapeutes déclarent appliquer plus d'une méthode, les réponses concernant les traitements effectifs durant la semaine donnée révèlent que la majorité d'entre eux/elles ne travaille que sur la base de leur méthode principale.

Ainsi, la combinaison des méthodes, telle qu'elle paraît pratiquée à première vue, est finalement très relative. En fait, les thérapeutes semblent choisir dans certains cas seulement de combiner les méthodes, mais considérer leur méthode principale comme suffisante dans la

majorité des traitements. La proportion de traitements où est fait appel à plus d'une méthode supplémentaire est de 16 pour-cent, donc plutôt faible. Ceci est d'autant plus intéressant que 40 pour-cent des thérapeutes ont indiqué pratiquer des combinaisons multiples.

On note des différences marquées en ce qui concerne la combinaison des méthodes entre les indications des thérapeutes et les données sur les traitements effectifs durant la semaine donnée.

Les informations récoltées sur les traitements effectifs montrent un taux élevé d'application supplémentaire de méthodes systémiques et comportementales ainsi que d'"autres" méthodes non spécifiées. Pour presque toutes les catégories de thérapeutes, l'utilisation de ces modes de traitements supplémentaires est plus fréquente que les indications des thérapeutes ne l'auraient fait penser.

On observe l'effet contraire pour les méthodes analytiques et humanistes. La combinaison de méthodes de même orientation est bien moins fréquente dans les traitements effectifs que ne l'avaient indiqué les thérapeutes.

La raison principale de ces différences est à chercher dans la nature de la méthode auxiliaire. Suivant le type de méthode auxiliaire, le ou la thérapeute

		méthodes principales							
		1	2	3	4	5	6	7	8
méthodes appliquées en supplément	1	22%	8%	16%	7%	20%	15%	17%	13%
	2	14%	14%	19%	13%	24%	26%	25%	25%
	3	5%	7%	8%	3%	2%	9%	9%	1%
	4	1%	3%	5%	2%	4%	6%	2%	4%
	5	1%	3%	2%	4%	1%	1%	1%	5%
	6	13%	17%	14%	12%	5%	1%	15%	20%
	7	13%	17%	14%	12%	5%	1%	15%	20%
	8	5%	3%	2%	5%	10%	4%	6%	3%
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1 méthodes analytiques  
 2 méthodes humanistes  
 3 méthodes corporelles  
 4 méthodes intégratives  
 5 méthodes artistiques  
 6 méthodes systémiques  
 7 méthodes comportementales et autres  
 8 thérapies de groupe (selon différentes méthodes)

Tableau 32. Matrice des combinaisons de méthodes (base: traitements effectifs)

en fera usage plus ou moins souvent. Les thérapeutes qui font appel en supplément à des modes de traitement systémiques ou comportementaux le feront dans un nombre de cas bien supérieur que leurs collègues avec d'autres modes de traitement auxiliaires. S'il est vrai qu'un grand nombre de thérapeutes opère des combinaisons entre leur méthode analytique ou humaniste et d'autres méthodes de même orientation, ils ne les pratiquent que dans un nombre relativement restreint de cas, si bien que l'importance de ce genre de combinaison est moindre par rapport à la somme des traitements effectifs.

Ceci montre que la fréquence de combinaison de différentes méthodes par les thérapeutes dépend tout autant sinon plus du type des méthodes auxiliaires que du type de leur méthode principale. En outre, une certaine imprécision de la perception n'est pas à exclure. En effet, les thérapeutes semblent être moins conscient(e)s de l'application de méthodes auxiliaires lorsque celles-ci sont de même orientation que leur méthode principale – et l'indiqueront donc moins souvent – que lorsqu'elles sont d'orientation différente.

### Diagnostics et thérapies suivant les méthodes principales

Les diagnostics posés ne varient que très peu suivant les méthodes principales dont se réclament les thérapeutes. Les diagnostics à l'intérieur des groupes formés selon la méthode principale montrent une distribution analogue à la distribution d'ensemble. Parmi deux groupes de thérapeutes pourtant, la distribution varie de plus de 5 pour-cent par rapport à l'ensemble. Les cas de "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F4)" sont traités un peu plus fréquemment (+ 9 pour-cent) par les thérapeutes appliquant principalement une méthode de thérapie corporelle que par les thérapeutes formé(e)s principalement à une thérapie de groupe inspirée de différentes méthodes (- 9 pour-cent).

Contrairement aux diagnostics, les types de thérapies varient en revanche fortement selon la méthode principale. Les thérapeutes d'orientation analytique ont une proportion de thérapies de longue durée nettement supérieure au reste des thérapeutes. Les groupes des

	thérapie de couple et de famille	thérapie de longue durée	thérapie de groupe
analytique		+ 11 %	
artistique		- 11 %	+ 10 %
systémique	+ 33 %	- 29 %	
comportementale et autre		- 12 %	
thérapie de groupe*		- 21 %	+ 27 %

\* selon différentes méthodes

Tableau 33. Différences marquées (> 10%) d'après la distribution moyennes des types de thérapie (d'après méthode principale)

thérapeutes d'orientation humaniste, corporelle ou intégrative n'ont pas de type de thérapies privilégiées, les différents types de thérapies se répartissent en proportions presque égales à la totalité des groupes. Le restant des groupes par méthode principale indique une proportion nettement inférieure de thérapies de longue durée. Chez les thérapeutes d'orientation systémique, les thérapies de couple et de famille sont les plus fréquentes, et les thérapeutes d'orientation artistique mènent de préférence des thérapies de groupe.

Les thérapies pour enfants et adolescents, qui représentent un mode de traitement important, n'ont pas été examinées séparément du fait que la séparation d'avec les autres méthodes est passablement fluide et que les indications explicites des thérapeutes ne permettent pas d'évaluer correctement leur importance. On tentera ci-dessous de combler cette lacune.

### Thérapies pour enfants et adolescents

Les thérapies pour enfants et adolescents de moins de 18 ans constituent près des 14 pour-cent des traitements effectifs mentionnés durant la semaine donnée. Parmi eux, ce sont les enfants âgés de 10 à 13 ans qui sont les plus nombreux, soit plus de 40 pour-cent de l'ensemble. Contrairement aux adultes, ici ce sont les garçons qui sont en majorité.

Les deux tiers des thérapeutes ayant traité des patient(e)s en-dessous de 18 ans durant la semaine donnée ont suivi une formation spécialisée ou supplémentaire pour ce mode de traitement.

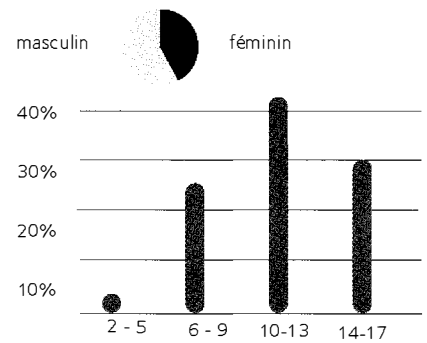
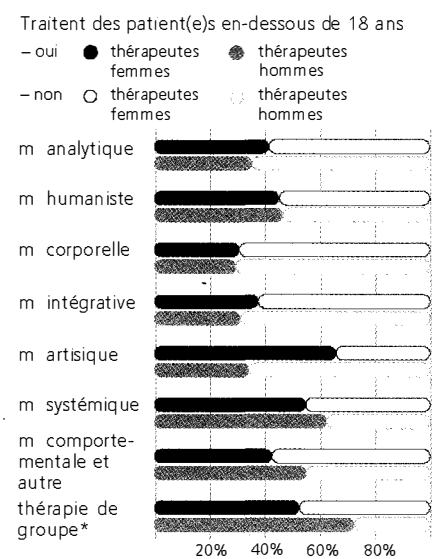


Tableau 34. Données démographiques sur les patient(e)s enfant(s) et adolescent(e)s

Toutefois, une portion infime des thérapeutes interrogé(e)s, 4 pour-cent seulement, indique la thérapie pour enfants et adolescents comme méthode principale. Le gros d'entre eux, 59 pour-cent, se réclame d'une méthode analytique. Les autres méthodes indiquées sont pour 29 pour-cent d'orientation humaniste et pour le restant d'orientation intégrative.

37 pour-cent des thérapeutes interrogé(e)s ont indiqué traiter également des patient(e)s en-dessous de 18 ans, sans pour autant mentionner une méthode principale spécifique pour enfants et adolescents. Ils se répartissent de manière très variable dans les différents groupes de méthodes principales. Ainsi, ils ne représentent que 30 pour-



\* selon différentes méthodes

Tableau 35. Thérapeutes de patient(e)s en-dessous de 18 ans (Proportion suivant méthode principale)

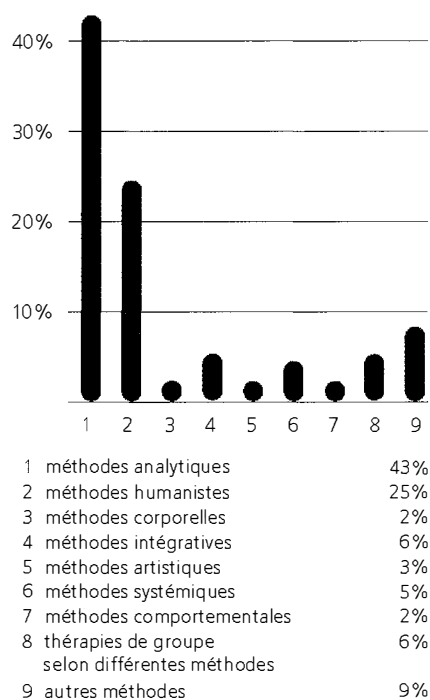


Tableau 36. Méthodes appliquées pour patient(e)s endessous de 18 ans (base: Nbre d'heures hebdomadaires)

cent des thérapeutes d'orientation corporelle ou intégrative, mais sont présents dans une proportion double parmi les thérapeutes d'orientation systémique ou artistique.

Bien que les thérapeutes pratiquant des thérapies pour enfants et adolescents en plus des thérapies pour adultes sont en proportions très variables suivant les méthodes principales, les méthodes appliquées dans les traitements de patient(e)s jusqu'à 18 ans ne diffèrent pas notablement de celles utilisées pour les adultes. Les méthodes analytiques et corporelles sont un peu moins fréquentes, dans une proportion d'environ 7 pour-cent inférieure à leur utilisation dans les traitements d'adultes (voir tableau 40). Les méthodes d'orientation humaniste et les "autres" non spécifiées sont par contre plus présentes dans les traitements d'enfants et d'adolescents.

## 4ème partie: Calculs d'estimation

Le domaine de la psychothérapie échappe encore aux analyses statistiques précises, ceci pour des raisons diverses. Il manque pour des enquêtes quantitatives un registre professionnel détaillé qui pourrait servir de base à des récoltes de données à partir d'échantillons pris au

hasard. La seule démarche possible reste donc une approche progressive de la réalité au moyen de l'assemblage, tel une mosaïque, de résultats obtenus par des moyens et venus de sources divers en une vue d'ensemble de plus en plus différenciée.

En raison du très large échantillon représenté dans la "Documentation de base" – près d'un quart des effectifs des psychothérapeutes de Suisse y a pris part – l'enquête ici présente peut apporter une contribution précieuse à cette vue d'ensemble. L'objectif premier de l'enquête était de parvenir à des résultats représentatifs non pas de la totalité de la psychothérapie en Suisse mais des différentes méthodes impliquées dans la recherche. Aussi, l'interprétation des résultats devra prendre en considération leur manque de représentativité statistique. Les analyses ci-dessous ont pour but, en remplaçant les résultats obtenus dans le contexte des enquêtes quantitatives déjà connues, de parvenir à une vue d'ensemble des prestations en psychothérapie fournies en Suisse, ainsi que des méthodes thérapeutiques utilisées à cette fin. Nous insistons cependant sur le caractère approximatif des résultats. Du fait qu'il ne s'agit pas ici d'estimations assurées statistiquement mais d'approximations sur la base de suppositions plausibles, la précision des données ne peut être qu'estimée. En outre, leur précision dépend aussi de l'exactitude des résultats obtenus dans les études précédentes.

### Effectifs des thérapeutes

Au cours des travaux préparatoires à la nouvelle réglementation de la psychothérapie, les questions des ordres de grandeur se sont posées avec insistance, concernant les effectifs des thérapeutes, les prestations en psychothérapie et la

structure de ces prestations. L'étude menée par I. Beeler dans ce contexte (Beeler, 2000) donne un aperçu des principaux éléments de la situation actuelle et se concentre en particulier sur la question des coûts et de leur évolution à venir. La mise en commun des résultats de cette étude avec ceux de l'enquête "Documentation de base" offre des possibilités diverses et intéressantes de parvenir à une vue différenciée et approfondie de la situation.

Une quantification approximative des effectifs des psychothérapeutes sur la base de l'étude de Beeler est illustrée dans la table 4. Il faut noter toutefois la grande marge d'insécurité des chiffres concernant la part des psychothérapeutes prestataires de l'assurance obligatoire.

Sur la base de ces données, l'enquête "Documentation de base" comprend près de 27 pour-cent des effectifs totaux des thérapeutes en Suisse. Ces 27 pour-cent se répartissent de manière très variable parmi les différentes catégories. Parmi les thérapeutes de formation médicale et psychothérapeutique, spécialisée ou supplémentaire, une distinction claire s'est avérée impossible entre psychiatres et prestataires de l'assurance obligatoire. En partant de l'hypothèse que les thérapeutes médecins avec moins de 10 heures hebdomadaires de traitements thérapeutiques sont des prestataires de l'assurance obligatoire, et que ceux et celles avec plus de 10 heures hebdomadaires sont des psychiatres, on calcule que l'enquête a impliqué près des 3 pour-cent des prestataires des assurances obligatoires et 9 pour-cent des psychiatres. Les thérapeutes médecins sont donc nettement sous-représenté(e)s dans l'enquête. 40 pour-cent de l'ensemble des thérapeutes formé(e)s en psychologie ont pris part à l'enquête et sont donc sur-représenté(e)s. Il en est

Table 4. Effectifs des thérapeutes en Suisse (Source: I. Beeler, 2000)

Psychiatres	~ 1'650
Médecins (prestataires obligatoires) avec formation spécialisée ou supplémentaire terminée	~ 850
Thérapeutes avec diplôme universitaire en psychologie et formation spécialisée ou supplémentaire terminée	~ 2'200
Thérapeutes avec d'autres formations et formation spécialisée ou supplémentaire terminée	~ 400
Total	~ 5'100

de même des thérapeutes non formé(e)s en psychologie mais tenant(e)s d'une formation spécialisée ou supplémentaire en psychothérapie, dont 80 pour-cent ont participé à l'enquête.

Dans les estimations ci-dessous, les résultats ont été pondérés selon la sur- ou sous-représentation des différentes catégories de thérapeutes.

### Volume total des thérapies

Les indications des thérapeutes sur la répartition de leurs activités professionnelles peuvent être extrapolées sur le volume total des thérapies en Suisse, ceci sur la base des effectifs totaux des thérapeutes. On a distingué thérapies de cas pathologiques, thérapies de développement personnel sans troubles pathologiques, et autres activités telles que chargé(e) de cours, expert(e), auteur, etc.

Selon les extrapolations effectuées sur la base des données de l'enquête "Documentation de base", les prestations fournies par les psychothérapeutes en Suisse sont de l'ordre de grandeur de près de 7 millions d'heures, dont un peu plus de la moitié pour des cas de troubles pathologiques et près de 11 pour-cent pour des thérapies de développement personnel sans troubles pathologiques, des thérapies didactiques et des supervisions. Ceci donne un total de 4.6 millions d'heures de psychothérapie par année. Ceci correspond assez exactement au chiffre de 4.5 millions d'heures obtenu par Beeler (Beeler, 2000). Les thérapeutes consacrent de plus un total de 2.3 millions d'heures à des occupations non thérapeutiques de chargé(e) de cours, d'expert(e), d'auteur, etc. ou alors à des activités non thérapeutiques non indépendantes dans des cliniques, des centres de consultation, des institutions professionnelles, etc.

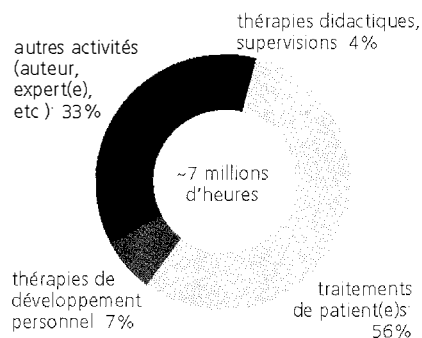


Tableau 37. Activités des thérapeutes par année

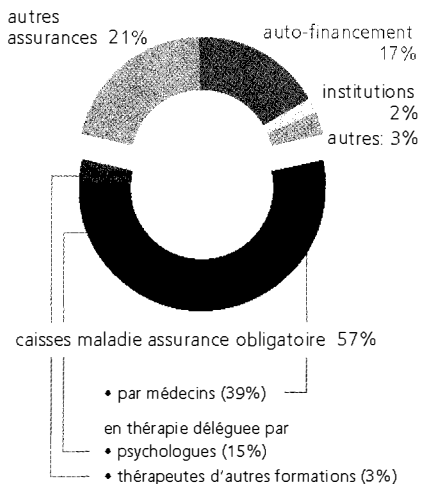


Tableau 38. Porteurs des Coûts des prestations en psychothérapie (base: heures de thérapie remboursées)

Les thérapeutes médecins fournissent 2.2 millions d'heures par année, soit plus de la moitié du volume total des thérapies des troubles pathologiques. Ils/Elles ne s'occupent par contre qu'en infime proportion, avec 0.25 million d'heures, de thérapies de développement personnel, de thérapies didactiques ou de supervisions. Si les psychologues universitaires se consacrent un peu moins aux thérapies de troubles pathologiques – à raison de 1.4 million d'heures, soit 38% du total des heures –, ils/elles pratiquent par contre, avec un total de 0.4 million d'heures, la majorité des thérapies de développement personnel, des thérapies didactiques et des supervisions.

### Partage entre porteurs des coûts

Des extrapolations portant sur les thérapeutes, on peut déduire le partage des coûts des prestations totales entre les différents porteurs des coûts. Les calculs ne se basent toutefois que sur le nombre d'heures fournies, étant donné qu'une partie des thérapeutes ont déclaré travailler à des tarifs différents mais n'ont pas indiqué la distribution des différents tarifs.

57 pour-cent des heures de thérapie fournies – ce qui représente 2.5 millions d'heures – sont financées par les assurances obligatoires des caisses maladie. Les deux tiers de ces prestations sont fournis par des thérapeutes médecins, et sont donc facturés directement auprès des caisses. Un tiers des prestations fi-

nancées par les assurances obligatoires sont fournies par des thérapeutes non médecins travaillant en délégation et tenants d'une formation universitaire en psychologie. 0.9 million d'heures de thérapie sont financées par d'autres assurances, pour la plus grande part des assurances complémentaires, puis par l'assurance-invalidité et les assurances accidents. Presque autant d'heures de thérapie sont financées par les patient(e)s eux-mêmes.

### Méthodes de thérapie

Tandis que les données récoltées par l'enquête "Documentation de base" concernant les prestations en thérapie permettent – en raison de l'ampleur de l'échantillon – de tracer un tableau relativement précis de la situation, les résultats concernant les méthodes thérapeutiques utilisées doivent être accueillis avec beaucoup de réserve. En effet, l'échantillon n'a pas été pris au hasard et il n'était pas question non plus de tenir compte dans la même mesure de la totalité des méthodes pratiquées. L'échantillon est en fait le résultat de la décision prise par les différentes institutions de formation et les associations professionnelles de participer ou non à l'enquête commune. Même si une gran-

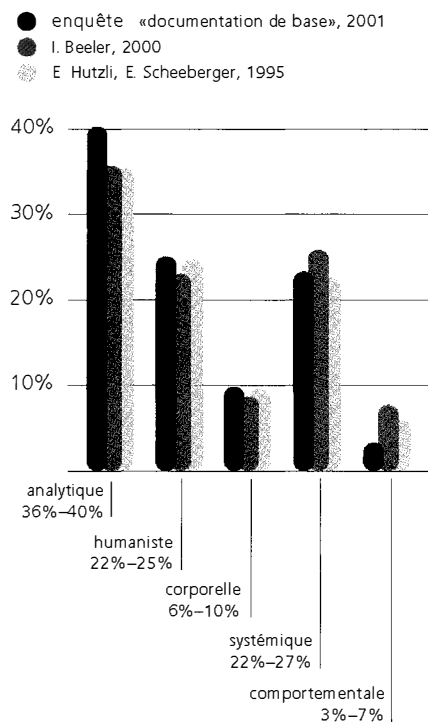


Tableau 39. Formations en psychothérapie selon l'orientation de la méthode

de part des institutions représentantes des différentes méthodes y ont participé, on ne peut exclure le risque d'un échantillon déséquilibré (bias).

Le seul moyen à notre disposition pour contrôler la représentativité des résultats est de les comparer avec les résultats d'autres études conçues dans le but explicite de la représentativité. Il existe aujourd'hui deux études comparables, celle de E. Hutzli et E. Schneeberger datant de 1995 (Hutzli, 1995) et celle de I. Beeler datant de 2000 (Beeler, 2000). Dans toutes les deux, on trouve des indications concernant la distribution des formations en psychothérapie parmi les thérapeutes de leur échantillon. Les méthodes ont été groupées en cinq catégories d'orientations différentes et concordent avec les résultats de l'enquête "Documentation de base".

La comparaison montre que les résultats de l'enquête "Documentation de base", pondérés suivant la formation de base et concernant la formation en psychothérapie des thérapeutes, n'accusent que des variations minimales par rapport aux deux autres échantillons. Pour la comparaison, toutes les formations, spécialisées ou supplémentaires, d'au moins une année ont été comprises comme formations en psychothérapie, du fait que les deux études comparables n'ont pas opéré de distinction entre les deux types de formations sur la base d'une durée minimale. Comparée aux deux études, l'enquête "Documentation de base" comprend une proportion supérieure de formations analytiques ("en psychologie des profondeurs" dans les deux études) et d'autre part un pourcentage nettement inférieur de formations en thérapies comportementales. Il faut toutefois noter que le niveau moyen de formation des thérapeutes interrogé(e)s dans l'enquête "Documentation de base" est supérieur à celui des études en question. Ceci provient probablement du fait que le matériel d'adresses a été en grande partie fourni par les institutions de formation, ce qui veut dire que les thérapeutes interrogé(e)s sont pour la plupart des diplômé(e)s des institutions en question.

On observe aussi bien dans l'enquête "Documentation de base" que dans l'étude comparable de Hutzli et Schneeberger (Hutzli 1995) une contradiction entre la grande proportion de thérapeutes formé(e)s en traitements systémiques et le setting de travail des thérapeutes,

où les thérapies systémiques typiques, telles que thérapies de couple ou de famille, ne représentent qu'une proportion inférieure à 5 pour-cent (voir tableau 10). Cette contradiction montre que la formation des thérapeutes ne constitue pas un indice adéquat de l'utilisation effective des différentes méthodes.

La discrédance entre formation en psychothérapie et mise en application des différents modes de traitement provient de la manière de travailler des thérapeutes. En effet, ces dernier(s) appliquent dans près de la moitié de leurs traitements plus d'une méthode – ce qui est en accord avec leur formation –, mais concentrent cependant la plus grande partie de leur travail thérapeutique sur l'application de leur méthode principale. Les matrices des combinaisons entre méthodes (voir tableaux 29 et 32) montrent en outre qu'est fait très fréquent usage – donc dans une grande part du temps de traitement – de certains modes de traitement comme méthodes principales, alors que d'autres ne servent généralement qu'en plus d'une méthode principale donc occupent une part bien moindre du temps de traitement total. Les modes de traitement fréquemment mentionnés comme principaux sont surtout d'orientation analy-

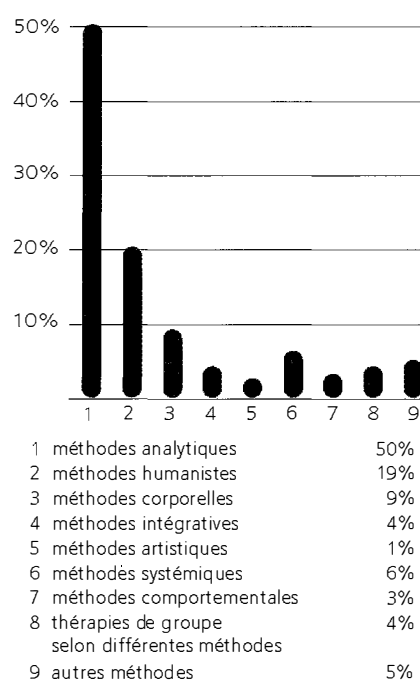


Tableau 40. Méthodes appliquées dans les traitements (base: nbre d'heures hebdomadaires)

tique ou humaniste, ceux fréquemment mentionnés comme auxiliaires sont souvent d'orientation systémique et comportementale.

L'importance des différentes méthodes ne peut donc être estimée valablement que sur la base des heures des traitements effectués sur la base de telle ou telle méthode. Une première estimation peut se faire sur la base des données de l'enquête "Documentation de base", par le moyen d'une pondération des réponses des thérapeutes concernant leurs méthodes de traitement – méthode principale, combinaison de méthodes ou méthode auxiliaire appliquée durant tout le traitement en plus de la méthode principale – et de leur extrapolation pour l'ensemble des thérapeutes. Le facteur de pondération est donné par la formation de base des thérapeutes regroupé(e)s dans les quatre catégories mentionnées plus haut (psychiatres, prestataires des assurances obligatoires, psychologues et thérapeutes d'autres formations).

L'analyse de l'application effective des méthodes sur la base des heures de traitements révèle l'importance prépondérante des méthodes analytiques, puisqu'elles occupent près de la moitié du temps total des traitements effectifs. Les méthodes humanistes occupent également une large portion, près d'un cinquième du temps total des thérapies. Les fortes discrédances déjà observées se trouvent confirmées pour les formations en psychothérapie d'orientation systémique, puisque les méthodes systémiques, souvent mentionnées dans la formation, sont finalement peu appliquées. Enfin, les méthodes d'orientation artistique et comportementale sont d'importance mineure, il en est fait usage au total dans 5 pour-cent du temps des traitements.

Ces résultats sont confirmés par l'analyse des réponses aux 16'000 questionnaires aux patient(e)s. En partant de l'hypothèse que le temps consacré à une combinaison de méthodes représente cumulativement un quart du temps de traitement selon la méthode principale (il en résulte, dans le cas de la combinaison avec 1 autre méthode, une proportion de 25% contre 75% pour la méthode principale, et en cas de combinaison avec 2 autres méthodes un rapport de 50% contre 50%, etc.), les résultats sont pratiquement identiques à ceux des indications données par les thérapeutes.



Les principales discrédances sont à noter pour les méthodes systémiques, effectivement utilisées moins fréquemment (- 2 pour-cent) durant la semaine de traitements qu'indiqué par les thérapeutes, ainsi que, en sens inverse, pour les "autres" méthodes non spécifiées, utilisées plus fréquemment (+ 4 pour-cent) qu'indiqué par les thérapeutes.

### Autres enquêtes

Ainsi que nous l'avons mentionné au chapitre "Situation de départ", deux autres enquêtes importantes – menées par l'Institut Jung et la SGBAT – ont récolté des données analogues à l'enquête "Documentation de base", mais n'ont pas été prises en compte jusqu'à ce point de notre analyse en raison de l'écart de temps qui les séparent de nos résultats ainsi que des différences de questionnaires. Nous procéderons donc, en guise de conclusion, à un examen critique des deux études en question, de leurs résultats et de leur influence possible sur les résultats de la "Documentation de base".

La principale différence entre l'enquête de l'Institut Jung (Mattanza, 1995) et la "Documentation de base" est la formation de base des thérapeutes interrogé(e)s. Les thérapeutes "jungien(ne)s" interrogé(e)s par Mattanza ont pour 80 pour-cent d'entre eux/elles une formation universitaire, mais près de la moitié d'entre eux/elles ne sont ni psychologues ni médecins. Une intégration de ces données dans les nôtres aurait eu pour effet un gonflement de la proportion des thérapeutes non médecins et non psychologues formé(e)s à une méthode analytique à plus des 39 pour-cent obtenus. Du fait que cette catégorie de thérapeutes ne représente d'après Beeler (Beeler, 2000) que 8 pour-cent de l'ensemble des psychothérapeutes en Suisse, l'intégration de ces données dans la "Documentation de base" n'aurait finalement entraîné que des déplacements négligeables dans les résultats. Une intégration des résultats de l'enquête de la société suisse d'analyse et de thérapie en bio-énergie SGBAT auraient eu des conséquences inverses. Du fait de leur proportion de près de 30 pour-cent de thérapeutes médecins – la catégorie la plus sous-représentée de notre enquête – leurs résultats auraient pesé d'un poids excessif dans les extrapolations pour la totalité des thérapeu-

tes en Suisse. De plus, leur étude n'ayant pas posé la question de l'application de la méthode ni des formations en plus de la bio-énergie, la comparaison des résultats n'est guère possible et une intégration des résultats serait problématique. Il faut enfin y ajouter l'échantillon relativement restreint de la SGBAT, soit 63 questionnaires valides, qui représente un 5% de l'échantillon de la "Documentation de base". Dans l'ensemble, on notera que les méthodes d'orientation corporelle, les données de la SGBAT non comptées, sont plutôt sous-représentées dans la "Documentation de base", un manque tolérable dans le cadre d'une enquête généralement imprécise telle que la "Documentation de base".

### Résumé

Dans le cadre de la nouvelle réglementation des assurances sociales prévue pour la psychothérapie en Suisse, une procédure a été élaborée en vue de l'homologation des différentes méthodes de traitement psychothérapeutique, procédure qui s'inspire des règles déjà en vigueur dans les domaines médical et pharmaceutique. Elle demande la preuve de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des différentes méthodes. Avant de pouvoir juger de leur rentabilité, l'Office Fédéral des Assurances Sociales a besoin de données détaillées sur l'ensemble des thérapeutes formé(e)s aux méthodes en question. Au vu de cette nécessité, la Charte suisse pour la psychothérapie a mené en 2001 une large enquête empirique auprès des quelques 2'000 psychothérapeutes rattaché(e)s aux institutions membres, dans le but de récolter les données de base sur les praticien(ne)s des différentes méthodes de traitement thérapeutique.<sup>1</sup>

La représentativité visée par la collecte des données ne concernait donc pas l'ensemble des traitements psychothérapeutiques pratiqués en Suisse mais seulement l'ensemble des méthodes pra-

tiquées par les participants à l'enquête. La comparaison avec les enquêtes antérieures montre cependant que, en raison principalement de l'ampleur de l'échantillon, les résultats livrent un tableau passablement précis de la structure de l'ensemble de la psychothérapie en Suisse, à condition qu'une pondération adéquate corrige les données des groupes sur- ou sous-représentés. Il en est résulté d'une part une large palette de données démographiques de base au sujet des 1'396 thérapeutes qui ont participé activement à l'enquête ainsi que des quelques 16'000 patients et patients traités par eux dans le courant d'une semaine prise au hasard. Des éléments importants en sont également ressortis concernant les settings de travail et de thérapie des thérapeutes, les soins fournis, la pratique détaillée des différentes méthodes de thérapie, ainsi que la distribution des diagnostics selon l'ICD-10.

La combinaison fréquente de méthodes thérapeutiques de différentes orientations, déjà constatée au cours d'études précédentes, se trouve à nouveau confirmée. Une majorité de thérapeutes dispose d'une formation dans plusieurs méthodes de thérapie et combine ces différents modes de traitement dans leur setting de travail. Cet emploi de méthodes combinées par les thérapeutes peut être démontrée en détail à l'aide de matrices complètes des combinaisons entre méthode principale et modes de traitement supplémentaires. Une analyse approfondie montre toutefois que l'appui de base reste la méthode principale. Bien que la grande majorité des thérapeutes déclare s'aider de plus d'une méthode dans leur travail thérapeutique, près de la moitié de toutes les thérapies examinées sont pratiquées uniquement selon la méthode principale. Il faut cependant noter que, dans les cas de combinaison effective avec d'autres modes de traitement, ceux-ci sont appliqués presque d'égal à égal avec la méthode principale.

On peut dire que les méthodes auxiliaires ont dans l'ensemble une importance nettement mineure par rapport aux méthodes principales. Le temps d'application total des méthodes supplémentaires se monte à un peu plus du quart de la durée de toutes les thérapies. Ceci signifie que le nombre des thérapeutes formé(e)s à une méthode ne donne pas encore d'indication précise sur l'application effective de cette méthode.

<sup>1</sup> Cette enquête est un premier projet de recherche mené par la Charte suisse pour la psychothérapie indépendamment des orientations thérapeutiques. Un objectif important de la Charte, en plus du dialogue entre institutions et du développement de la qualité, est l'instauration d'une culture scientifique indépendante des orientations (Buchmann, Schlegel, Vetter, 1996).

Ceci d'autant plus que certains modes de traitement sont plus fréquemment pratiqués comme méthode principale alors que d'autres sont plutôt appliqués en auxiliaires de la méthode principale. Les modes de traitement d'orientation analytique et humaniste sont de loin les méthodes principales les plus fréquentes, alors que les méthodes systémiques et comportementales constituent une part importante des modes de traitement appliqués en supplément de la méthode principale. Contrairement à ce que pourrait faire attendre le haut degré de pluralité des méthodes dans les formations en psychothérapie, l'application effective des méthodes, calculée sur la base du nombre d'heures des traitements thérapeutiques, montre une distribution inégale. Les méthodes d'orientation analytique sont pratiquées dans la moitié des cas, puis viennent les méthodes humanistes dans près d'un cinquième des cas. Les modes de traitement restants représentent chacun nettement moins de 10 pour-cent.

Au vu de cette structure et de la combinaison observée entre différents modes de traitement au cours des traitements thérapeutiques, une réglementation de la psychothérapie qui s'appuierait principalement sur l'homologation de méthodes particulières paraît discutable. Dans le cas d'une réglementation de ce genre, il faudra très probablement s'attendre à ce que des méthodes (principales) reconnues soient appliquées en combinaison avec des modes de traitement (supplémentaires) non reconnus – conformément au haut degré de combinaison observé entre les différentes méthodes. La fréquence des combinaisons entre méthodes qui a été observée est à interpréter comme un indice de qualité. En choisissant et en combinant leurs modes de traitement selon les besoins des patient(e)s, les thérapeutes tiennent

compte de l'individualité de leurs patient(e)s et de leurs troubles spécifiques. Un calcul séparé des prestations thérapeutiques entre méthode principale reconnue et méthodes supplémentaires non reconnues paraît difficilement réalisable pour les assurances sociales. Enfin, ceci correspondrait mal à l'objectif d'un traitement optimal des patient(e)s.

Les constellations observées ne devraient cependant pas amener à ce que les modes de traitement rarement appliqués comme méthodes principales soient dispensés de la laborieuse procédure d'homologation, en raison de leur manque d'importance. La fréquence des combinaisons de différents modes de traitement montre qu'au contraire des efforts particuliers devraient être portés sur le maintien de la diversité des méthodes et sur la valorisation des méthodes moins répandues. Il s'agirait donc de veiller à ce que les règles adoptées n'entravent pas l'évolution et l'innovation au sein de la psychothérapie.

### Concernant les auteurs

**Markus Schweizer** est un économiste indépendant, spécialisé en statistique et en journalisme. Il a mené à bien le projet de l'enquête "Documentation de base" et a signé les analyses statistiques ci-contre. Adresse: 26, rue J. de Hochberg, CH-2000 Neuchâtel.

**Rudolf Buchmann** a un doctorat phil. I (psychologie, lettres et pédagogie), est psychothérapeute, analyste et thérapeute corporel. Il traite en cabinet privé adultes, adolescents et enfants. Il est co-responsable du comité scientifique de la Charte. Adresse: Apfelbergweg 3, CH-9000 St. Gallen.

**Mario Schlegel** a un doctorat en sciences naturelles (anthropologie et sciences des comportements), a un cabinet privé de

psychothérapeute-analyste. Il a collaboré à la première étude de documentation de base de l'école jungienne en 1995 et est co-responsable du comité scientifique de la Charte.

**Peter Schulthess** est licencié phil. I (pédagogie, psychologie et philosophie) et a un cabinet privé de psychothérapeute (Gestalt). Il a collaboré à la documentation de base de la SVG et est vice-président de la Charte. Adresse: Bergstraße 92, CH-8712 Stäfa.

M. Buchmann, Schlegel et Schulthess ont constitué le groupe de travail chargé par la Charte d'accompagner l'enquête de documentation de base.

### Bibliographie

- Beeler I (2000) Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Abteilung Medizinische Ökonomie des Universitäts-spiitals Zürich und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (unveröffentlicht)
- Buchmann R, Schlegel M, Vetter J (1996) Die Eigenständigkeit der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis. In: Pritz A (Hrsg) Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien New York
- Hutzli E et al (1995) Die Psychotherapeutische Versorgung in der deutschen Schweiz, Eine Umfrage bei psychotherapeutisch tätigen Personen. Band I, Lizenziatsarbeit Universität Bern
- Mattanza G (1998) Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden; Bundesamt für Sozialversicherung; 5. Entwurf, Bern
- Mattanza G et al (1995) Jungianer und Psychotherapieforschung (unveröffentlicht)
- Ueberlacher S et al (2002) Versorgungsdocumentation Psychodrama Helvetia, (unveröffentlicht)
- Ventling C (1998) Die PsychotherapeutInnen der Schweizerischen Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT) (unveröffentlicht)