

OBSERVATOIRE DE LA FONDATION
MALAKOFF MÉDÉRIC HANDICAP

Clubhouse France

**ÉTUDE PRÉALABLE À L'ÉVALUATION DE L'IMPACT
ÉCONOMIQUE D'UN MODÈLE INNOVANT D'ACCOMPAGNEMENT
À L'INSERTION DE PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE**



Initiée par Clubhouse France,
cette étude chiffrée n'a pas de visée scientifique.
Elle a pour vocation de réaliser un diagnostic et
une analyse de la situation du 1^{er} clubhouse français et de son apport
économique et social dans le paysage de la santé mentale en France.

Elle a été réalisée par
Élodie Mège,
Économiste de la Santé
en étroite collaboration avec
Céline Aimetti,
Déléguée générale du Clubhouse France
et
Sylvie Kaczmarek,
Directrice des projets de la Fondation Malakoff Médéric Handicap.

Cette étude a bénéficié d'un financement
de la **Fondation Malakoff Médéric Handicap,**
elle est en libre téléchargement sur le site
fondationhandicap-malakoffmederic.org

Octobre 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
GLOSSAIRE	11
I - CONTEXTUALISATION DE L'ÉTUDE	13
I - A - LES ENJEUX DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE	13
I - A - A - DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES MENTALES	13
I - A - B - PRISE EN CHARGE FRANÇAISE	15
I - A - C - LE POIDS ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ MENTALE	17
I - B - ANALYSE DES CLUBHOUSES ÉTRANGERS ET PREUVE DE CONCEPT	20
I - C - LE CLUBHOUSE FRANCE (CHF) : 1 ^{ER} CLUBHOUSE FRANÇAIS	21
I - C - A - UN MODÈLE INNOVANT DE PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE	22
I - C - B - STRUCTURE DES COÛTS ET MODES DE FINANCEMENT	29
I - C - C - LES SPÉCIFICITÉS DU CLUBHOUSE FRANCE (CHF)	30
II - PRÉ-ÉTUDE D'IMPACT ÉCONOMIQUE DU MODÈLE CLUBHOUSE	33
II - D - LE CHF EST COÛT-EFFICACE DANS LE CHAMP SANITAIRE	34
II - D - A - L'IMPACT DU CHF SUR L'HOSPITALISATION	34
II - D - B - L'IMPACT DU CHF SUR LES COMORBIDITÉS	38
II - D - C - L'IMPACT DU CHF SUR L'INOBSERVANCE	40
II - D - D - LES COÛTS ÉVITABLES POUR L'ASSURANCE MALADIE	42
II - E - LE CHF EST COÛT-EFFICACE DANS LE CHAMP SOCIO-PROFESSIONNEL	44
II - E - A - CHÔMAGE ET PERTE DE PRODUCTIVITÉ	44
II - E - B - L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE ET L'ACCÈS À L'EMPLOI	47
II - E - C - ABSENTÉISME ET MAINTIEN DANS L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	50
II - E - D - LA CHARGE SOCIALE DES PRESTATIONS COMPENSATOIRES	53
II - E - E - LES RÉPERCUSSIONS SUR LES AIDANTS	54
II - E - F - PAUPÉRISATION ET DÉPENDANCE	55
II - F - LES BÉNÉFICES DU CHF SUR LA QUALITÉ DE VIE	57
II - F - A - AMÉLIORATION DE L'OBSERVANCE ET DES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ	58
II - F - B - AMÉLIORATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES MEMBRES DU CHF	59
II - F - C - STATUT ET RÔLE SOCIAL DES MEMBRES DU CHF	61

III - PRÉSENTATION ET VALORISATION DES RÉSULTATS.....	65
III - G - CONCEPTS UTILISABLES ET ACCROISSEMENT DE L'EFFICIENCE DU MODÈLE CLUBHOUSE	65
III - G - A - LES CONCEPTS CLÉS POUR ASSEOIR LE MODÈLE CLUBHOUSE	65
III - G - B - COMMENT ACCROÎTRE L'EFFICIENCE DU MODÈLE CLUBHOUSE EN FRANCE ?	67
III - H - ADAPTER LES ARGUMENTS AUX INTERLOCUTEURS DE L'ASSOCIATION	71
III - H - A - BÉNÉFICES ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX DU MODÈLE CLUBHOUSE	71
III - H - B - PROSPECTIVE : ACTIONS FUTURES ET RECOMMANDATIONS	83
CONCLUSION.....	93
LE CONSTAT	94
PROSPECTIVE	94
DOCUMENTS UTILES.....	97
NOTE DE SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE	97
CONTEXTE DE L'ÉTUDE	97
LES ENJEUX DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE : PRESSION CROISSANTE DES MALADIES MENTALES SUR LES RESSOURCES PUBLIQUES	97
LE POSITIONNEMENT INNOVANT DU MODÈLE CLUBHOUSE	98
LES PREMIERS RÉSULTATS POSITIFS DU MODÈLE CLUBHOUSE (COÛTS ÉVITABLES, COÛTS RÉDUCTIBLES)	98
RECOMMANDATIONS, ACTIONS FUTURES ET PROSPECTIVE	99
FICHES PRATIQUES / POINTS CLÉS PAR THÉMATIQUE	100
ENJEUX ET COÛTS DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE	100
HANDICAP ET EMPLOI : CHIFFRES & CONSÉQUENCES	100
FOCUS MODÈLE CLUBHOUSE	100
LES COÛTS DE LA SANTÉ MENTALE / FRANCE / 2007	101
LES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE EN PSYCHIATRIE - 2011	102
MOBILISATION DE RESSOURCES IMPORTANTES	103
SANTÉ MENTALE EN FRANCE : UNE FORTE PRESSION SUR LES DÉPENSES PUBLIQUES	103
HANDICAP PSYCHIQUE ET EMPLOI	104
LES ENJEUX DE L'EMPLOI POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES	106
LES FORCES DU CLUBHOUSE FRANCE (CHF) 03/06/2016	108
LE CHF : DES IMPACTS POSITIFS SUR LES ASPECTS FONDAMENTAUX DE LA PSYCHIATRIE	109

ANNEXES.....	113
ANNEXE N° 1	114
DESCRIPTIF DES TROUBLES PSYCHIQUES PRINCIPAUX	114
ANNEXE N° 2	116
LES AFFECTIONS LONGUE DURÉE EN PSYCHIATRIE	116
DONNÉES GÉNÉRALES 2013	116
DONNÉES PSYCHIATRIE 2013	117
DONNÉES PSYCHIATRIE 2006 (BASE DE COMPARAISON)	118
ANNEXE N° 3	119
APVP : ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES (INSERM)	119
AVCI (ANNÉES DE VIE CORRIGÉES DE L'INCAPACITÉ)	119
ANNEXE N° 4	121
PROBLÉMATIQUE DU RECUEIL D'INFORMATIONS EN PSYCHIATRIE	121
NOMENCLATURE DU RECUEIL D'INFORMATIONS EN PSYCHIATRIE	122
ANNEXE N° 5	125
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF)	125
ANNEXE N° 6	126
LES ENJEUX DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN SANTÉ MENTALE	126
ANNEXE N° 7	127
LES INDICATEURS DE SUIVI DES MEMBRES DU CLUBHOUSE FRANCE EN 2015	127
INDICATEURS DE SUIVI D'UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE	127
DONNÉES ÉCONOMIQUES À VALORISER POUR LE MODÈLE CLUBHOUSE	128
BIBLIOGRAPHIE.....	129
NOTES.....	137

INTRODUCTION

La santé mentale constitue le terrain propice au décloisonnement entre les champs sanitaire, médicosocial et social. Le 1er Clubhouse français, par son positionnement innovant en termes de prise en charge du handicap psychique, se veut vecteur de l'articulation entre ces différents champs du parcours de vie d'un patient en santé mentale.

Cette structure non médicalisée, mais en relation avec les soignants, est cogérée par les salariés et les membres du Cluhouse et organisée en journées de travail, du lundi au vendredi. Le but visé est le rétablissement de la personne, dans son projet personnel au sein d'une communauté. Ce rétablissement s'appuie sur la notion de « pair-aidance » particulièrement mise en valeur dans cette structure de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. L'accent est mis sur le retour à l'activité professionnelle et le maintien dans cette activité, deux dimensions particulièrement touchées par ces troubles.

Après un rappel des données épidémiologiques et économiques clés de la santé mentale en France et à l'étranger, la présente étude fait un focus sur l'innovation organisationnelle que représente le concept du Clubhouse France, implanté en France depuis 2011. Il a vocation à se déployer, fort de l'expérience et de la preuve de concept déjà apportées par les 330 Clubhouses dans 30 pays étrangers qui existent parfois depuis plusieurs décennies.

L'objectif est d'étudier l'impact du modèle Clubhouse dans le parcours de vie des personnes vivant avec un trouble psychique et **les coûts économiques et sociaux qu'il permet d'éviter ou de réduire**. Comme dans les autres pays où il est implanté, le modèle Clubhouse permet-il de réaliser des économies sur les dépenses publiques ? Si oui, lesquelles et peut-on les chiffrer ?

En tant qu'innovation organisationnelle, le Clubhouse France est acteur du décloisonnement via un positionnement unique à 360°. Il a de nombreux atouts pour devenir coordonnateur du parcours de vie de ses bénéficiaires, dans le contexte actuel de transformation de notre système de santé, soutenu par les autorités⁽¹⁾. C'est un moyen de pérenniser sa structure coût-efficace dans le champ sanitaire et dans le champ social.

En 2004 une étude a reconnu la nécessité de l'équilibre entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière et l'amélioration de la qualité de vie des patients par les soins de proximité⁽²⁾, dans lesquels s'inscrit le modèle Clubhouse. La plupart des pays européens ont désinstitutionnalisé la prise en charge dans les 20 dernières années. Ils sont passés à un modèle prônant l'intégration sociale du patient dans son environnement et le rapprochement des soins vers son lieu de vie, qui rendent les traitements plus efficaces, moins stigmatisants et propices à l'autonomie. C'est la tendance dans laquelle s'inscrit le premier Clubhouse français.

Les conclusions du rapport de l'IGAS⁽³⁾, destiné à résorber les inégalités d'accès aux droits et aux ressources, stipulent que l'aide sociale est complémentaire des champs sanitaire et médico-social. Cette idée émerge dans les orientations de la puissance publique qui prône la logique de parcours et de cohérence de la prise en charge par la mise en place d'un parcours territorial organisé en santé mentale, présentée dans le projet de loi 2015 de modernisation du système de santé français. La prise en charge des troubles psychiques doit être implantée dans la communauté de vie du patient pour être efficace et efficiente. C'est l'enjeu de la transformation du parcours de soins en parcours de vie, qui prend en compte à la fois le patient et son entourage.

Le rapport du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe⁽⁴⁾ reconnaît le « *tournant majeur* » qu'ont constitué les lois de 1975 et de 2005, mais fait état de « *nombreux obstacles à l'autonomie et à l'inclusion sociale qui doivent encore être levés* ». En dépit des établissements et services médico-sociaux existant sur le sol français, « *un certain nombre de personnes handicapées se trouvent sans réponse adaptée à leur situation* », notamment via des placements en institution inadaptés. Le rapport est favorable à l'aménagement de solutions individualisées alternatives et à la co-construction de ces solutions par les personnes souffrant de handicap elles-mêmes.

Les derniers rapports de l'Irdes et de la Drees expliquent également que les difficultés d'accès aux soins, aux structures de santé, aux transports et à l'emploi⁽⁵⁾ constituent des éléments d'exclusion sociale qu'il faut combattre. Toutes ces problématiques doivent s'intégrer dans une logique de parcours global du citoyen. Il est capital de réinsérer ces personnes dans le monde du travail pour les sortir de la précarité qui péjorera l'efficacité des prises en charge médicalisées.

C'est la posture du premier Clubhouse français : donner des responsabilités aux membres et redonner de la lisibilité sociale pour les aider à diminuer leurs prises en charge médicalisées et accroître leurs niveaux de revenus par le retour à l'activité professionnelle. Cette étude présente la responsabilité sociale du modèle Clubhouse comme un levier de création de valeur et de transformation du système de prise en charge en santé mentale.

Cette étude fournit des données préliminaires afin de déterminer :

- un chiffrage des économies réalisées pour les membres du Clubhouse France (CHF), leur entourage et la collectivité, qui sera à affiner grâce à la professionnalisation nécessaire du recueil de données des membres au sein du CHF ;
- les axes de recherche médico et socio-économiques de promotion du modèle du Clubhouse ;
- vers quels acteurs du système sanitaire et social français l'association orientera son action pour faire évoluer son système de financement et sa place dans le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ;

- comment stabiliser son modèle économique de réhabilitation psychosociale, en collaboration avec les pouvoirs publics.

Enfin, pour optimiser le déploiement de ce modèle en France et outiller l'association Clubhouse France et toutes ses parties prenantes dans son développement, ce document propose :

- des modélisations et une synthèse de l'étude pour retenir les idées-forces ;
- des fiches pratiques thématiques ;
- des annexes qui détaillent l'ensemble des éléments contextuels de la santé mentale en France, certains concepts ou propositions d'argumentaire en fonction des publics ciblés.

GLOSSAIRE

ALD : Affections longue durée

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CHF : L'Association Clubhouse France

CHP : Clubhouse Paris (1^{er} lieu d'entraide « clubhouse » en France)

CMP : Centre médico-psychologique

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNSA : Centre national de solidarité et de l'autonomie

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

DAF : Dotation annuelle de financement

DGS : Direction générale de la santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins (ancienne DHOS)

DMS : Durée moyenne de séjour

DREES : Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques

ESAT : Établissement de service d'aide par le travail (ancien CAT)

ESPIC : Établissement de soins privés d'intérêt collectif (établissement privé à but non lucratif)

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FIR : Fonds d'intervention régional

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GHM : Groupe homogène de malades

GHS : Groupe homogène de séjour

HAS : Haute autorité de santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale

ONDAM : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie

PMSI : Programme médicalisé du système d'information (hospitalier)

PRISM : Plan régional d'investissement en santé mentale

PSRS : Plan stratégique régional de santé

RAPSY : Rapport d'activité de psychiatrie des établissements de santé

RIM-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UMD : Unité pour malades difficiles

VAP : Valorisation de l'activité psychiatrique

I - CONTEXTUALISATION DE L'ÉTUDE

La coordination du parcours de soins et de vie du patient améliore la continuité des soins, la prévention et la qualité de la prise en charge, donc son efficience globale. Pour une personne fragilisée par le handicap psychique, il est fondamental de gérer son environnement et de l'adapter pour optimiser les prises en charge. Le soutien social, la restauration du soi et du projet de vie, qui passent notamment par la création d'un projet professionnel, sont primordiaux.

C'est sur l'axe du soutien socio-professionnel que se situe aujourd'hui le 1^{er} Clubhouse français, fort d'une expérience internationale qui a démontré son utilité.

I - A - LES ENJEUX DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE

L'impact sanitaire, social et économique des troubles mentaux en France aujourd'hui ne peut plus être négligé car les répercussions sont profondes et les conséquences durables sur la santé de toute une population.

- **UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE** reconnue via la Stratégie Nationale de Santé et la loi de modernisation du système de santé français
- **UN SYSTÈME HOSPITALO-CENTRÉ** par manque de solutions d'aval aggravé par un problème de démographie médicale en psychiatrie
- **UNE CHARGE ÉCONOMIQUE** très importante pour les comptes de la santé et l'ensemble des dépenses publiques
- **UNE PRISE EN CHARGE** insuffisamment individualisée, non coordonnée et atomisée
- **DES QUESTIONS DE DROITS** non réglées pour les personnes en souffrance et les aidants
- **DE NOMBREUX CLIVAGES** à résoudre via une gouvernance à créer.

C'est sur ces notions fondamentales et innovantes (prévention, réduction des ruptures de soins et approche globale) que le 1^{er} Clubhouse français se positionne et se développe depuis sa création à Paris fin 2011.

I - A - a - DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES MENTALES LES TROUBLES PSYCHIQUES

Par opposition au handicap mental (conséquence principale d'une déficience intellectuelle d'origine génétique ou survenue pendant la grossesse ou la période périnatale) qui altère la compréhension, la mémoire, l'analyse de situations, la

conceptualisation et la communication, le handicap psychique est la conséquence de troubles psychiques corrélés à des pathologies psychiatriques ou des accidents neurologiques. Ce handicap n'affecte pas directement les capacités intellectuelles des personnes mais plutôt leur mise en œuvre.

Ces troubles sont considérés comme maladies chroniques. Les traitements sont lourds, souvent à vie et nécessitent des réajustements de molécules et des dosages sur la durée. Ces pathologies se caractérisent par une succession de périodes de crise et de rémission.

Un bref descriptif des principaux troubles psychiques est proposé en annexe de ce document⁽⁶⁾.

ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES MENTALES EN FRANCE

Situation française en 2009

22 % des personnes ayant le statut « **en situation de handicap** » l'ont pour cause de handicap psychique
dont **1/3** en région parisienne

1 personne sur 5 est touchée par la maladie psychique environ **19% de population**.
= environ **12 M** de patients/an

Les maladies mentales ont un fort impact épidémiologique qui pèse sur les dépenses de protection sociale :

- 1 personne sur 5 sera touchée au cours de sa vie⁽⁷⁾ et la prévalence estimée à 14 % de la population⁽⁸⁾ est en augmentation et en phase de complexification⁽⁹⁾.
- Le dispositif Affection Longue Durée en psychiatrie (1,2 M de bénéficiaires en 2013 avec une augmentation de près de 4 % versus 2012 selon l'assurance maladie) aide à cerner la prévalence qui reste sous-estimée par cet indicateur.
- Les congés maladie des personnes souffrant de troubles psychiques sont en augmentation, comme les retraites anticipées et le taux de prescription médicamenteux.
- Les troubles psychiques sont la 1^{re} cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle et une des 1^{res} causes d'absentéisme au travail⁽¹⁰⁾.
- Les personnes atteintes de ces troubles souffrent davantage de problèmes somatiques (physiques) et le risque de mort prématurée est élevé (> 10 300 décès en 2008 selon la Drees). L'espérance de vie est en moyenne raccourcie de 10 ans. Les troubles psychiques sont un facteur de risque majeur de suicide, 2^e cause de décès chez les 15-44 ans (8 % du total des années potentielles de vie perdues cette année-là). Le taux de suicides chez les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires⁽¹¹⁾ est de 15 à 20 %.

- Les troubles psychiques sont souvent associés à l'exclusion sociale (Sans Domicile Fixe).

Le Clubhouse Paris se positionne comme une structure de lutte contre l'exclusion sociale et contre l'invalidité professionnelle. Ces points seront détaillés plus loin pour identifier avec quels moyens et quels résultats.

I - A - b - PRISE EN CHARGE FRANÇAISE

TROIS MODES DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES :

L'ambulatoire

La prise en charge ambulatoire ne fait pas intervenir d'hospitalisation mais des consultations en Centre Médical Psychologique (CMP), unités d'accueil et de coordination des soins qui organisent les actions extrahospitalières articulées aux services d'hospitalisation sur les aspects prévention, diagnostic et soins. L'ambulatoire intègre la psychiatrie de liaison : les soins en services d'hospitalisation somatique. En 2011, 77 % des patients étaient suivis en psychiatrie exclusivement en ambulatoire⁽¹²⁾.

La prise en charge à temps partiel

Au sein des structures hospitalières plus ou moins médicalisées qui ne donnent pas lieu à un hébergement (à l'exception de l'hôpital de nuit) elle regroupe : l'hôpital de jour & l'hôpital de nuit pour les soins et la surveillance, les CATTP⁽¹³⁾ et les ateliers thérapeutiques pour les activités occupationnelles.

La prise en charge à temps complet

Elle se traduit majoritairement par l'hospitalisation à temps plein : surveillance 24 h/24 h, gestion des crises aiguës ou des cas graves et soins intensifs. Les autres modes du temps complet sont : les centres de postcure, l'HAD⁽¹⁴⁾, les appartements thérapeutiques et l'accueil familial thérapeutique. Les séjours de postcure, principalement en clinique, permettent une transition entre l'hospitalisation en phase aiguë de la maladie et le retour à domicile.

L'hospitalisation au long cours⁽¹⁵⁾ est supérieure ou égale à 292 jours/an, continus ou non, associés à une hospitalisation l'année précédente. Les hospitalisations inadéquates sont définies par les professionnels de la psychiatrie par le maintien en hospitalisation prolongé en l'absence d'indication thérapeutique⁽¹⁶⁾. C'est le symptôme du fonctionnement en silos et du manque de réponses médico-sociales adaptées. La France a le 2^e budget européen le plus important dédié à la santé mentale⁽¹⁷⁾ dont une grande partie est dédiée à l'hôpital. Certains patients sont durablement hospitalisés par défaut d'alternative. L'organisation de l'offre de soins et l'articulation des secteurs sanitaire et médico-social sont donc fortement concernées.

CONSTAT FRANÇAIS

Offre médico-sociale vécue comme parallèle et non complémentaire

- génère un effet concurrentiel et des tensions

Utilisation non optimale du dispositif disponible

- par ignorance de l'expertise d'autrui et manque de coordination du parcours

L'impact économique des hospitalisations de longue durée en psychiatrie est un enjeu fort en France (organisation des soins, coordination des acteurs de la prise en charge, qualité de vie des patients). En 2013, sur 248 Md€ de dépenses courantes de santé (DCS), la majeure partie des dépenses (187 Md€) représente la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont la majeure partie est elle-même représentée par les soins hospitaliers (87 Md€) et nous verrons que les maladies psychiatriques constituent le 1^{er} poste de dépenses d'hospitalisation. Par ailleurs l'Irdes a démontré que 20 à 40 % des lits à l'hôpital général sont utilisés chaque jour par la psychiatrie et parmi eux 60 à 70 % le sont sans motif thérapeutique, principalement par manque de solutions d'aval.

Les facteurs favorisant l'hospitalisation en psychiatrie représentent des leviers d'actions potentiels : retards de diagnostics, importance des troubles du comportement, manque d'autonomie du patient dans sa vie quotidienne⁽¹⁸⁾, défaut d'alternatives d'accueil de proximité et faible densité médicale territoriale en psychiatrie libérale.

Clubhouse France agit sur plusieurs de ces leviers d'amélioration de la prise en charge en santé mentale, sur lesquels nous reviendrons : la création d'un accueil de jour de proximité, la stabilisation du comportement et du traitement pour chaque membre CHF, le retour à l'autonomie du membre CHF, l'amélioration de la qualité de vie du membre CHF et de son entourage.

LA PROBLÉMATIQUE DES RÉ-HOSPITALISATIONS

Après sa sortie de l'hôpital, lorsque le patient n'intègre pas une structure médico-sociale favorisant le réinvestissement de sa propre vie dans toutes ses dimensions, le patient aura une forte probabilité de multiplier les ré-hospitalisations, plus fréquentes et plus longues. Les éléments de prévention ne pourront être mis en œuvre et la situation se dégradera jusqu'à la crise qui sera prise en charge à l'hôpital. Selon les données 2010⁽¹⁹⁾, l'Assurance maladie montre le fort taux de ré-hospitalisation en psychiatrie avec une forte majorité de patients ayant déjà été hospitalisés pour motif psychiatrique au cours des 2 années précédentes.

LES AUTRES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

La proportion de patients pris en charge uniquement en hospitalisation à temps plein n'est plus aujourd'hui que de 11 %. Le nombre de lits d'hospitalisation temps plein a été divisé par deux dans les 30 dernières années, passant de

120 000 à 55 000⁽²⁰⁾. Des structures de prise en charge à temps complet en dehors de l'hôpital se sont développées, auxquelles s'ajoutent des places en foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées pour personnes en situation de handicap psychique. La restructuration de l'offre de soins sans suppression des hôpitaux passe par le développement de structures et services sociaux et médico-sociaux.

trois grands ensembles de prise en charge

LES ACCUEILS PERMANENTS	LES ACCUEILS DE JOUR À VISÉE SOCIALISANTE	LES ACCUEILS DE JOUR À VISÉE PROFESSIONNALISANTE
SAVS, SAMSAH, CMP	CHF, GEMs, SAVS	CHF, CATTP, ESAT & SAMETH

Malgré ces avancées, le système reste hospitalo-centré et le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière à temps plein est insuffisant. Par ailleurs, d'importantes disparités régionales persistent en termes d'offre et d'organisation.

I - A - c - LE POIDS ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ MENTALE

Coût de la santé mentale dans les pays développés⁽²¹⁾

Ce coût est évalué entre 3 à 4 % du PNB⁽²²⁾ et plusieurs milliards de dollars lorsqu'on ajoute aux coûts médicaux les coûts liés à la perte de productivité. Le coût annuel moyen d'un employé souffrant de dépression⁽²³⁾ peut être 4 fois supérieur à celui d'un employé-type.

Quels sont les facteurs de coût d'une pathologie ?



CHARGES ET DÉPENSES DE SANTÉ MENTALE

CHARGES

- Part du budget consacrée à la santé mentale représente :
 - en moyenne moins de 6 % des dépenses totales de santé dans l'OCDE,
 - En France il était de 11 % en 2008 selon l'OMS.

- Les maladies psychiatriques constituent :
 - le 1^{er} poste de dépenses d'hospitalisation & la 1^{re} cause d'invalidité
 - le 2^e motif d'arrêt de travail,
 - la 1^{re} cause de mort par suicide chez les 25-34 ans

DÉPENSES ⁽²⁴⁾

- Dépenses de santé mentale estimées par l'assurance maladie à plus de 22,5 Md €/an en 2015.
- L'ensemble des coûts directs et indirects liés aux troubles mentaux est estimé par la Cour des Comptes ⁽²⁵⁾ à 107 milliards €/an ⁽²⁶⁾ : 20 Md€ de dépenses sanitaires et médico-sociales & 87 Md€ de dépenses liées aux arrêts de travail et à la perte de productivité.
- L'Organisation Internationale du Travail estime le coût des problèmes de santé mentale dans l'UE à 3 % ou 4 % du PIB.

Le coût de la dépense totale (incl. l'ensemble des coûts indirects) est 5 fois plus important que celui de la dépense sanitaire (assurance maladie). C'est pourquoi, développer un argumentaire social sur le retour à l'activité professionnelle, pour le Clubhouse France, est au moins aussi important que l'argumentaire portant sur la réduction des coûts sanitaires de la prise en charge des troubles psychiques.

UNE CHARGE ÉCONOMIQUE ET SOCIALE DÉMULTIPLIÉE AUX CONSÉQUENCES DURABLES

La charge économique des troubles mentaux détaillée par l'OMS

	Coût des soins	Coût de productivité	Autres coûts
PATIENTS	- honoraires - paiement des traitements - paiement des services	- incapacité - perte de revenu	- angoisse/souffrance - effets secondaires des traitements - suicide
FAMILLES & AMIS	- soins non professionnels	- congés de maladie	- angoisse - solitude - stigmatisation
EMPLOYEURS	- contributions aux traitements et aux soins	- diminution de productivité	- coûts RH, d'ajustement et de contrôle
SOCIÉTÉ	- prestations soins santé mentale - prestations soins médicaux (taxation/assurance)	- diminution de productivité	- perte de vies - retard diagnostic (besoins non satisfaits) - exclusion sociale

Les types de coûts mesurables distingués entre dépenses effectuées et ressources perdues

	Coûts principaux	Autres coûts non médicaux
Coûts directs (paiements effectués)	- honoraires - paiement des traitements - paiement des services	- activité des services sociaux - justice - transports
Coûts indirects (ressources perdues)	- coûts liés à la morbidité (pathologies associées => perte productivité) - Coûts liés à la mortalité	- valeur du temps consacré par la famille aux soins du patient

La part du coût des maladies mentales la plus importante (hors coûts de perte de qualité de vie) est celle des prestations d’indemnités journalières ou invalidité = 24 Md€ au total ⁽²⁷⁾.

FACTEURS DÉTERMINANTS DU POIDS ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ MENTALE

L'Irdes indique que la densité des lits en hospitalisation à temps plein reste le facteur le plus explicatif de la variabilité du recours à l’hospitalisation au long cours sur les territoires de santé. Moins la gestion des lits est sous contrainte au sein d’un établissement, moins les incitations à la sortie des patients existent ⁽²⁸⁾.

COÛTS LIÉS AUX MODES DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ⁽²⁹⁾

L’ambulatoire est le mode de prise en charge majoritaire et concerne près de 80 % des patients. L’hôpital occupe une part minoritaire dans l’arsenal des soins mais reste le facteur principal de coûts en santé mentale. Il concerne moins de 25 % des patients. Mais 63 % des coûts de la psychiatrie sont représentés par les hospitalisations versus 37 % des coûts représentés par l’ambulatoire.

DURÉE DE SÉJOUR ET DURÉE ANNUELLE D'HOSPITALISATION

Les troubles psychiatriques sont des pathologies chroniques supposant une prise en charge lourde et sur le long terme. Pour toutes ces raisons la DMAH paraît plus pertinente aux chercheurs que la DMS ⁽³⁰⁾ habituellement utilisée comme unité comparative de la consommation de biens et de services hospitaliers. La DMAH correspond au cumul des DMS car la récurrence des hospitalisations est fréquente sur ces pathologies et en particulier sur la schizophrénie (stratégie thérapeutique de prise en charge séquentielle ou non). Les facteurs d’augmentation de la DMAH sont : le caractère aigu et évolutif de la pathologie (urgence, gestion de crises), la fréquence des rechutes et le caractère spécialisé ou non de l’établissement en termes de durée et ré-hospitalisations.

Les maladies psychiatriques cumulent des critères qui favorisent une DMAH ⁽³¹⁾ élevée et accroissent le poids économique de l’hospitalisation dans les comptes de la santé.

La coordination entre acteurs sociaux et médico-sociaux est un facteur de réduction du recours aux hospitalisations longues et un vecteur de réduction des coûts hospitaliers et de la CSBM (IRDES). Cette coordination entraîne donc un effet positif réel sur les dépenses de santé.

I - B - ANALYSE DES CLUBHOUSES ÉTRANGERS ET PREUVE DE CONCEPT

Les trente pays étrangers où la structure est implantée ont démontré que le modèle Clubhouse est source d’économies sur les dépenses publiques et a un impact positif sur la qualité de vie de ses membres ⁽³²⁾.

Les troubles psychiques se caractérisant par une succession de crises et de rémissions, c’est sur les périodes de stabilisation que le modèle Clubhouse joue son rôle en termes de restauration du soi, de la citoyenneté et son rôle sur l’accès à la formation et à l’emploi, afin d’éviter au maximum le retour d’une crise et en particulier la ré-hospitalisation. Il participe ainsi à un rétablissement progressif et durable.

Philosophie des Clubhouses : s'appuyer sur les besoins et les souhaits de ses membres et non sur leurs faiblesses		
1 conviction : le potentiel inexploité de chacun peut être développé collectivement	1 exigence : un environnement non médicalisé	1 approche globale de l'accompagnement

Les termes « club » et « membres » favorisent le sentiment d’appartenance à un groupe social, à une communauté. Ce sentiment est souvent abîmé lors des années d’errance diagnostique et des séjours hospitaliers. L’appropriation progressive par chaque membre de l’institution et de ses programmes développe l’*empowerment* ⁽³³⁾, le retour à la gestion de projets et à la prise de responsabilités, indispensables à l’insertion professionnelle. Cette insertion se met en place via un programme de retour à l’activité et à l’emploi, pas à pas et au cas par cas (au départ du parcours de retour à l’emploi : emplois peu qualifiés, occupés à plein-temps ou à temps partiel pour une durée de 6 à 9 mois, un an au maximum).

Le modèle Clubhouse est fondé sur :

- La cogestion par les membres et les salariés, volontairement en sous-effectifs (1 salarié pour 20 à 25 membres)
- la notion de membre à vie

- la notion de tremplin vers la vie et l'insertion
- la reconstruction de l'estime de soi et la reprise de possession de ses propres capacités
- l'accès à la formation et à l'emploi
- un esprit d'entraide et de « pair-aidance » (soutien de personnes concernées)
- des valeurs de bienveillance et d'humanisme
- l'animation d'un réseau de partenaires (allant de l'hôpital à l'entreprise)

LE MODÈLE CLUBHOUSE À L'INTERNATIONAL

La philosophie et les objectifs des 330 Clubhouses déjà existants sur les 5 continents sont identiques mais leur mise en œuvre est adaptée au contexte local. Les résultats du modèle Clubhouse à l'étranger sont démontrés par des études ⁽³⁴⁾ réalisées de 1995 à 2012.

I - C - LE CLUBHOUSE FRANCE (CHF) : 1^{ER} CLUBHOUSE FRANÇAIS

Le 1^{er} Clubhouse français nommé Clubhouse France est porté par une association d'intérêt général loi 1901 (Clubhouse France) qui s'appuie sur le concept d'*Evidence Based Practice* soutenu par l'OMS. Il est adossé à la fédération internationale des Clubhouses internationales (C. I.), fédération d'intérêt général qui siège au Conseil d'Administration de l'association Clubhouse France.

Dispositif expérimental de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques en France, non médicalisé mais en relation avec les soignants, le modèle Clubhouse est fondé sur le concept d'empowerment, soit le rétablissement de la personne dans son autonomie et sa citoyenneté, qui passe par une démarche volontaire des membres de retour ou maintien dans l'activité professionnelle.

C'est un chaînon manquant entre le suivi médical et la vie active des personnes fragilisées par les troubles psychiques. Les missions du CHF sont : INFORMER, ACCOMPAGNER, MAINTENIR L'ESPOIR.

Il s'agit de combler un besoin vital insuffisamment couvert en France de retour à une vie en milieu ordinaire par l'insertion sociale et professionnelle, et de lutter contre la stigmatisation et l'isolement.

En se référant au besoin médical non couvert utilisé en médico-économie sur le secteur du médicament (« unmet medical need »), on peut introduire la notion du besoin non médical non couvert, dans le cadre de l'évaluation d'une innovation organisationnelle. Ce besoin non couvert est un enjeu de société et un enjeu de santé publique qui coûte cher en termes humains et économiques (2 millions de patients et 5 millions de personnes touchées par les troubles psychiques en incluant familles et aidants).

L'aspect actuel expérimental n'a pas vocation à durer plus de 5 ans pendant lesquels le CHF dépend majoritairement de la générosité privée. Dans sa démarche d'accès à une reconnaissance dans le parcours de vie des personnes atteintes de troubles psychiques, le CHF est soutenu par : un conseil scientifique de qualité⁽³⁵⁾, Clubhouse International (consultant des Nations Unies en matière de santé mentale) et de nombreux Clubhouses étrangers (dont l'Allemagne, L'Angleterre et l'Italie), l'Unafam, l'agence Entreprise & Handicap, la Mairie de Paris, l'ARS Île-de-France, l'Agefiph, la CNSA ainsi que des donateurs et partenaires privés.

En 5 ans, la part du soutien public est devenue de plus en plus importante, pour atteindre 30 % en 2015.

I - C - a - UN MODÈLE INNOVANT DE PRISE EN CHARGE EN SANTÉ MENTALE

QUELLE ORGANISATION ?

- Activités de jour, du lundi au vendredi, de 9 h 30 à 18 heures.
- Activités sociales et récréatives le soir et le week-end.
- Association cogérée par les salariés et les membres qui prennent en charge les tâches quotidiennes : (les salariés travaillent côte à côte avec les membres bénéficiaires et passent la main dès que possible) : courses alimentaires, repas, nettoyage, accueil, organisation des ateliers...
- Journée séquencée comme une journée de travail avec :
 - réunions de fonctionnement et tâches de gestion : standard téléphonique, réponse aux mails, comptabilité, entretien des locaux, etc.
 - tâches de communication (newsletter, sensibilisation) et d'accès à l'emploi (coaching, CV...).
- Le taux de fréquentation quotidien est d'une vingtaine de membres chaque jour pour 120 membres à décembre 2015. Les membres viennent en moyenne 1,5 fois par semaine.
- Les entreprises partenaires sont conviées plusieurs fois chaque semaine (rencontres, témoignages, partages d'expérience). Le reste de la semaine les activités sont centrées sur le CHF. Présence et intervention de bénévoles pour animer ou co-animer des ateliers avec les membres du CHF autour du rétablissement et de l'insertion.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MEMBRES ET DE SALARIÉS DU CHF

Période	Nombre de membres	Surface	Nombre de salariés	Progression
Nov 2011	10	165 m ²	2	NA
Fin 2012	40	165 m ²	1 Directeur + 2 Chargés de co-gestion	+ 30 pers = + 300 %
Fin 2013	69	165 m ²	1 Directeur + 3 Chargés de cogestion	+ 29 pers = + 72,5 %
Fin 2014	80	350 m ²	1 Directeur + 4 Chargés de cogestion	+ 11 pers = + 16 % (déménagement)
Fin 2015	121	350 m ²	1 Directeur + 4 Chargés de cogestion	+ 41 pers = + 51,3 %
2016	NA	350 m ²	1 Directeur + 5 Chargés de cogestion + 1 service civique	NA

QUI SONT LES MEMBRES DU CHF ?

Les critères et le processus d'intégration de la structure sont stricts et publiés sur le site web de l'association Clubhouse France : www.clubhousefrance.org

Les critères d'intégration :

- être majeur et avoir un domicile,
- reconnaître son trouble psychiatrique et ne pas être dans le déni,
- avoir un suivi psychiatrique régulier à l'extérieur du Clubhouse et être stabilisé en termes de traitement,
- être abstinent de toute addiction (drogue, alcool...) depuis plus de 3 mois,
- avoir une démarche volontaire d'insertion sociale & professionnelle, de prise de responsabilités (c'est au membre de faire personnellement la démarche d'entrer au Clubhouse) et vouloir participer activement à la vie quotidienne du Clubhouse,
- respecter le processus d'intégration ci-dessous,
- adhérer à l'association.

Le processus d'intégration* :

- il s'apparente à un processus d'intégration dans l'entreprise,
- le futur membre doit motiver son projet par écrit,
- le CHF prend contact avec le psychiatre après accord du futur membre pour apporter la preuve d'un suivi médical régulier et confirmer qu'il n'y a pas de contre-indication à l'intégration de la personne dans la structure,

* La reconnaissance du statut administratif du handicap n'est pas obligatoire.

- le futur membre est convié à une journée découverte du CHF,
- si la personne maintient son souhait d'entrer au Clubhouse, elle doit remplir un dossier d'admission,
- les nouveaux membres effectuent une période d'un mois d'accueil et orientation qui permet de s'assurer de part et d'autre que le modèle Clubhouse est pertinent et convient à la personne qui veut devenir membre. Cette période peut être renouvelée si un doute subsiste,
- chaque mois le CHF tient une commission des admissions afin de valider l'intégration de nouveaux membres à l'issue de leur période d'accueil et d'orientation,
- la porte du CHF n'est jamais fermée. Si l'intégration d'un membre ne peut se faire à l'instant T, il pourra réessayer à sa convenance plus tard, lorsque ce sera le bon moment, en reprenant le processus au stade où il l'a interrompu.

Comment les futurs membres du CHF sont-ils adressés ?

- par les psychiatres ou par l'hôpital,
- par les centres médico-psychologiques (CMP) ⁽³⁶⁾,
- par les structures médico-sociales comme les ESAT, les associations comme l'Unafam,
- par les médias et le bouche-à-oreille.

CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES DU CHF

L'ensemble des membres a déjà effectué un séjour en hospitalisation psychiatrique. 30 % d'entre eux vivent avec une bipolarité, 28 % souffrent de schizophrénie et plus de 30 % souffrent de dépression sévère (quelques cas de burn-out associé) ou d'hyperanxiété. Certains souffrent de TOC ou du trouble borderline.

	Nb mbres	Membres en activité pro à 1 moment dans l'année	Sortie anticipée hôpital	Réduction des hospitalisations (déclaratif)	Taux de réinsertion pro (contrats, formation, bénévolat)	Emplois trouvés par CHF & Entreprises partenaires	Emplois trouvés par membres appui CHF	Membres en bénévolat	Membres en formation	Maintien dans emploi
2013	69	25	3		30 %	4	9	2	2	4
2014	80	38	0 / na		30 %	6	12	3	3	2
2015	121	50	0 / na	1	31 %	9	16	2	4	6
2016 prév.	170	65	0 / na		30 %	15	20	3	5	8

Source Clubhouse France janvier 2016

QUEL MODE OPÉRATOIRE ?

Chaque membre choisit 1 salarié référent (1 salarié pour 25 membres) et 1 membre référent (mentorship). Le nombre de salariés permanents est volontairement faible afin que les membres soient indispensables au fonctionnement de la structure. Aucune tâche n'est dédiée à l'une ou l'autre des catégories et le mode projet est spontanément utilisé pour mener les différentes activités.

Le membre n'est pas un consommateur de services mais un individu qui participe activement et dont dépend le fonctionnement du CHF.

C'est la base de la réadaptation psychosociale. Chaque individu s'autonomise au sein d'une communauté via une volonté affichée de mixer 2 approches : individuelle (intellectualisation, réflexion personnelle, projet personnel) et collective (être dans le « faire », la mise en œuvre, le collectif).

Le processus de réhabilitation psychosociale est :

centré sur l'individu, son caractère unique et ses projets personnels, dans 1 dynamique communautaire	2 dimensions de l'insertion qui sont valorisées pour modifier les attitudes, valeurs, sentiments, compétences et les rôles et projets du membre du CHF altérés par les troubles psychiques	basé sur l'empowerment, augmenté via le CHF, par la dimension communautaire (pair-aidance omniprésente)
---	--	---

Les journées sont rythmées par 2 réunions de fonctionnement, matin et après-midi pour répartir les tâches, entre lesquelles s'insèrent des activités fondées sur 4 axes :



Leur coexistence fait le positionnement unique du Clubhouse dans la prise en charge des troubles psychiques en France.

LE CHF, UN POSITIONNEMENT UNIQUE EN SANTÉ MENTALE EN FRANCE :

Un accompagnement à 360° où savoir-faire et savoir-être s'auto-alimentent.

La cogestion induit un mode de fonctionnement participatif, collectif, solidaire, d'empowerment.

Un suivi individuel de chaque membre par un salarié du CHF dans un projet de réinsertion personnelle.

Une mise en réseau du membre, avec d'autres structures de prise en charge (logement, emploi, entreprise).

Un travail de sensibilisation aux troubles psychiques auprès des entreprises et du grand public, pour lutter contre la stigmatisation, former et informer.

La richesse et la singularité du modèle Clubhouse s'articulent sur la synergie dégagée de l'intégration et l'interaction de ces différentes expertises.

LES LIENS AVEC LES SOIGNANTS

- Lettre du psychiatre (confirmant la non-contre-indication à la démarche d'entraide collective proposée) obligatoire pour entrer au CHF.
- Entretien téléphonique avec le psychiatre qui suit le membre pour lui présenter la démarche du Clubhouse et faire le point sur le traitement et la stabilisation atteinte, avant l'entrée au CHF et avec le consentement du futur membre.
- Suivi avec le psychiatre, notamment si le comportement du membre est inapproprié. Le psychiatre doit accepter d'être joint en cas de crise ou de comportement inhabituel du membre, ou de mise en danger du membre ou d'autrui.
- Organisation régulière de soirées d'information et de rencontres avec les professionnels de santé (secteur sanitaire et médico-social) au sein de Clubhouse.
- Structure non médicalisée mais un psychiatre et une neurologue en exercice participent au conseil d'administration.
- Ils sont réunis en cellule de crise lorsqu'une crise importante se produit, aux côtés des membres volontaires et du salarié référent de l'association
- Tous les 2 mois, réunion « Retours d'Expériences » (REX) (2 professionnels de santé + salariés Clubhouse France + 2 membres qui souhaitent s'exprimer sur situations délicates des 2 derniers mois).

LES LIENS AVEC L'ENTREPRISE

- Intégration des membres et accompagnement ou maintien dans l'emploi du salarié.
- Modules de sensibilisation au handicap psychique avec témoignage des membres vers publics ciblés (RH, équipes, ensemble des salariés).

- Animation annuelle d'un workshop emploi au sein du CHF, regroupant les partenaires emploi du CHF : rencontres avec partenaires via petits-déjeuners, débats, conférences, tables rondes... Partage de bonnes & de mauvaises pratiques relatives au handicap psychique en entreprise.
- Implication des salariés de l'entreprise partenaire via actions de mécénat de compétences.
- Focus emploi : parrainage de membres par salariés d'entreprise, présentation métiers, accompagnement à l'insertion professionnelle.
- Réservation d'1 place/an en tant que membre du CHF pour salariés des entreprises sous convention (durée minimale : 3 ans).
- Visites et temps d'échanges dédiés au sein du CHF.
- Partage interentreprises.

Le modèle Clubhouse est créateur d'opportunités. Il agit comme tremplin vers une participation sociale et professionnelle en milieu ordinaire.

Le contact fréquent et continu avec le monde professionnel est l'un des meilleurs moyens pour modifier le regard porté en entreprise sur le handicap psychique afin de rapprocher les membres de futurs employeurs et pour solidifier l'ensemble de l'organisation.

36 entreprises ont été accueillies en 2013, à raison de 3 ou 4 par mois (hors mois d'août) et le CHF a également mobilisé l'association Hangagés⁽³⁷⁾ pour proposer à ses membres des stages et le parrainage par des professionnels. Le fonctionnement du CHF en journées de travail est extrêmement bénéfique pour les membres. Il donne un cadre et prépare à l'activité professionnelle.

Les initiatives emploi du Clubhouse France sont principalement orientées vers le milieu ordinaire.

CDI

- **Inspirience 2015** : entreprise adaptée dans l'univers de la communication événementielle. Visite chez eux pour présentation du Clubhouse, puis visite des 2 associés au CHF. Suite à ces 2 rencontres, cela a donné envie à un membre de postuler chez eux et il a été embauché en CDI comme chef de projet.

CDD

- **Allianz Real Estate (AREF)** : branche immobilière de la société d'assurance. Impulsion du Directeur général + forte adhésion équipes RH et opérationnelles-> partenariat 2013 : visite Clubhouse par collaborateurs AREF ; présentation des activités de l'entreprise par le DG ; intervention de membres au Comité de Direction d'AREF pour témoigner de leur expérience et embauche d'un membre pour un CDD de 3 mois en 2013, renouvelé sur 2014.

Puis un autre membre a été embauché en CDD le 1^{er} avril 2015 pour la réalisation de COOC (Communication online open courses). Ce CDD a été renouvelé une fois jusqu'à fin décembre 2015.

- **L'établissement public du Parc et de la Grande Halle de la Villette** : a proposé en 2013 plusieurs missions rémunérées de courte durée pour faire de la mise sous pli (journées de travail avec responsabilités et objectifs à tenir pour les membres volontaires). Le nombre de missions courtes proposées aux membres du CHF a constamment augmenté : 4 missions en 2013, 6 en 2014, 18 en 2015.

STAGES

- **Enia** : cabinet d'architectes désireux d'accompagner les membres vers l'insertion professionnelle. Après un temps de découverte mutuelle, un membre a pu commencer en janvier 2014 un premier stage EMT (Évaluation en Milieu du Travail) au sein de ce cabinet.
- **ERDF 2015** : un membre en formation comme électricien réseau a cherché un stage et a postulé chez ce partenaire du Clubhouse, venu visiter le lieu d'entraide plusieurs fois. Il a pu exécuter un stage de 4 semaines dans une de leurs agences de Paris.

FORMATION

- **Fondation Norsys** : DG en visite au CHF puis à nouveau avec RH -> organisation d'1 formation sous forme de jeu intitulé « Qui veut gagner 1 emploi ? » a permis aux membres d'améliorer leurs connaissances en termes de processus de recrutement et travail en entreprise.
- **Dassault Systèmes** : est venu plusieurs fois visiter et parler des métiers de 3DS au Clubhouse en 2014 et 2015. Cela a pu déboucher sur 2 sessions de formation pour 3 membres sur des logiciels 3D dans le courant de 2015.

AUTRES

- **Bosch** : entraînement à l'entretien d'embauche pour les membres dans le cadre de plusieurs formations au recrutement pour leurs managers.
- **Entretiens Métiers** : plusieurs membres ont bénéficié de RDV avec des salariés d'entreprises partenaires pour des entretiens métiers/réseau. Cela leur permet de discuter et approfondir leur projet professionnel avec des personnes en poste qui exercent le métier qu'ils souhaiteraient faire. (Exemples d'entreprises dans lesquelles ont eu lieu des entretiens métiers : IPSEN, L'OREAL, EY, BNP-Paribas...).

I - C - b - STRUCTURE DES COÛTS ET MODES DE FINANCEMENT

STRUCTURE DES FINANCEMENTS

En 2015 l'association compte 238 adhérents ce qui lui permet d'appuyer sa reconnaissance d'intérêt général (> 200 adhérents). Elle regroupe 2 entités distinctes mais complémentaires :

- le CHF, lieu d'entraide qui prend en charge les membres,
- l'association Clubhouse France, structure administrative responsable de la levée de fonds, des partenariats, de la stratégie de développement et de la déstigmatisation dans l'entreprise.

En trois ans, la part des fonds publics est passée de 5 % à 30 %, de 2012 à 2015, suite à la subvention du secrétariat d'État au Handicap de 150 000 € distribuée via l'ARS Île-de-France.

DÉTAIL DE LA RÉPARTITION 2015

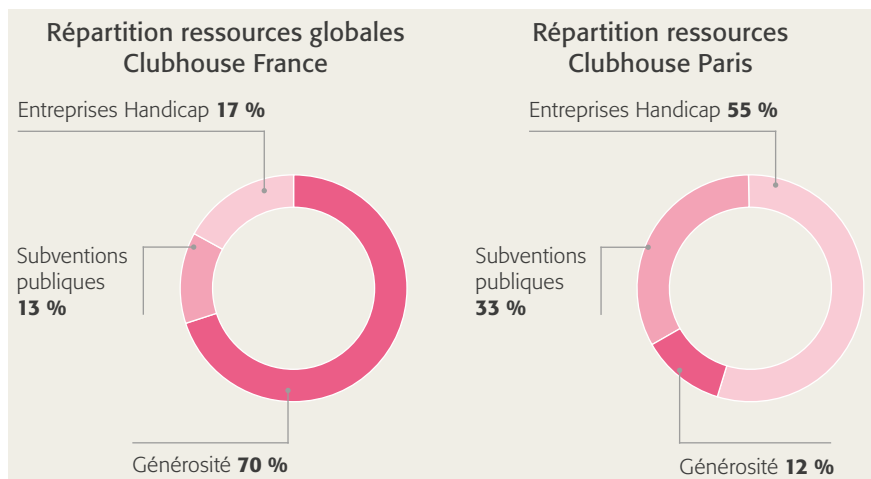
80 % de fonds privés répartis sur deux types de budget :

1. Mécénat : d'entreprises, de fondations caritatives, individuel (env. 300 donateurs individuels).
2. Handicap : concerne uniquement les partenaires de l'association et se traduit par des conventions ou une facturation. Il s'agit pour Clubhouse France de fournir une prestation de services en accompagnement et sensibilisation au handicap en entreprise. C'est principalement une convention de 3 ans et 20 000 € minimum et qui réserve une place au CHF pour un salarié de l'entreprise. Le Clubhouse peut également accompagner un salarié dans sa reprise de poste, même s'il n'est pas membre. En 2014 la part de ce financement a plus que doublé et atteint bientôt la part des financements publics.

Et 20 % de fonds publics, expérimentaux, non pérennes, reconductibles annuellement :

1. Nouveauté 2015 : ARS Île-de-France sur requête de Ségolène Neuville, Secrétaire d'État au Handicap et à l'Exclusion
2. Mairie de Paris et Conseil Régional IDF
3. CNSA : 210 000 € sur 3 ans, finançant la recherche participative et une partie de la masse salariale.
4. Agefiph.

CHIFFRES 2014 :



COÛTS DE FONCTIONNEMENT

- Fonctionnement administratif de la structure : loyer, salaires des permanents, remboursement prêt achat immobilier (équivalent loyer).
- Fonctionnement associatif de PEC⁽³⁸⁾ des membres = coût annuel de prise en charge/bénéficiaire :
 - 7 000 € en 2014 (soit 500 000 € pour 70 membres en 2014).
 - 5 000 € en mars 2015 avec 90 membres.
 - 3 500 € sur 2016-2017 (local Lunéville permet de doubler capacité d'accueil : 160 membres)

Hypothèse de double impact positif : au niveau micro-économique du membre et de son entourage et au niveau macro-économique pour l'ensemble de la collectivité (dépenses de santé & dépenses liées à la perte de productivité au travail).

I - C - c - LES SPÉCIFICITÉS DU CLUBHOUSE FRANCE (CHF)

Le modèle Clubhouse veut démontrer que l'insertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques est une valeur ajoutée, pour ses membres et pour la société toute entière. Les personnes en situation de handicap psychique ont des talents qui, bien utilisés, sont une source d'enrichissement humain, intellectuel, social et économique. La mission du Clubhouse a donc un intérêt général bénéfique à l'ensemble de notre société⁽³⁹⁾.

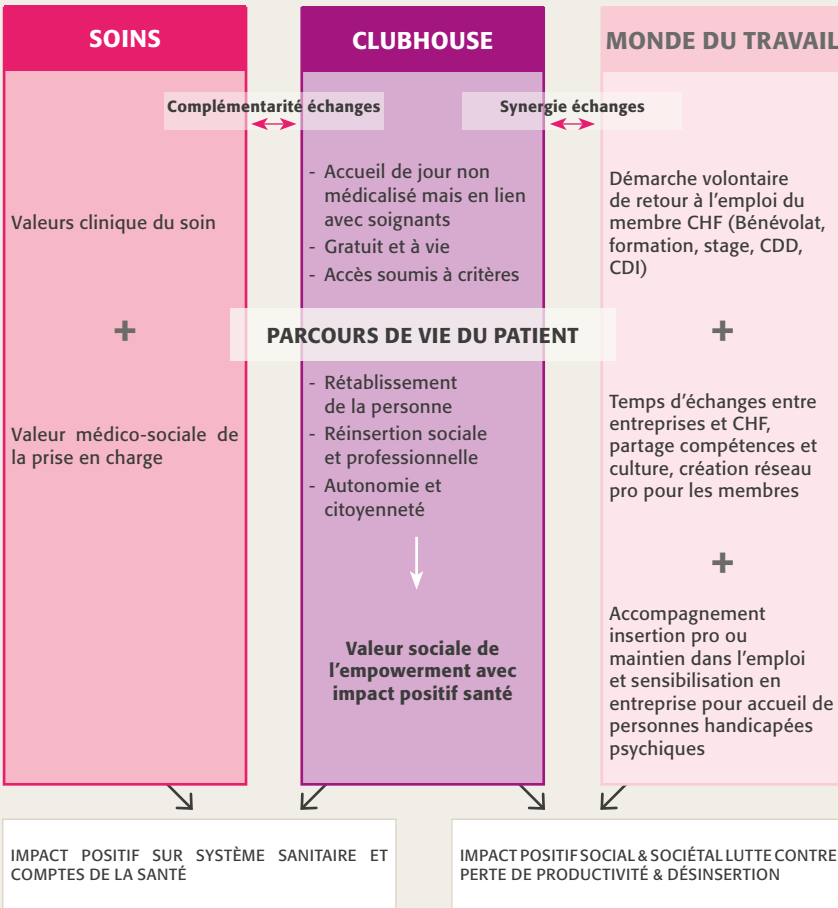
Les principales structures d'accompagnement à la réinsertion professionnelle de personnes fragilisées par des troubles psychiques ne sont accessibles qu'aux personnes administrativement reconnues « handicapées », ce qui peut avoir pour conséquence d'accroître leur exclusion. Le bénéfice de la RQTH⁽⁴⁰⁾ et la déclaration de son obtention ne sont pas des critères obligatoires lors de l'entrée au CHF.

Le modèle Clubhouse promeut chaque jour la notion de réseau social (amical, communautaire ou professionnel). Il se place dans une vision systémique du parcours de vie de la personne vivant avec un trouble psychique. L'association interagit avec l'ensemble des parties prenantes de la vie économique et sociale du membre du CHF. C'est une des traductions de son positionnement unique.

Le modèle Clubhouse : un positionnement à 360° parmi les acteurs sanitaires et sociaux

- Famille et proches des membres (peuvent se rendre au Clubhouse et discuter avec l'équipe et les membres lors de RDV dédiés)
- Prise en charge médicale (médecin joignable en cas de besoin)
- Bénévoles (coach, professeur de Qi Gong, professeur d'informatique...)
- Autres structures d'insertion (Gem, SAVS, MDPH, Pôle Emploi, Cap Emploi...)
- Autres associations (aide au travail, logement, accès aux droits...)
- Monde économique (entreprises, fondations, associations pour soutien financier, partenariat, opportunités d'emploi)
- Pouvoirs publics et collectivités (participation CLSM, lien avec les commerçants)
- La société civile et le grand public (sensibilisation & média)

La place du Clubhouse dans le parcours patient®



II - PRÉ-ÉTUDE D'IMPACT ÉCONOMIQUE DU MODÈLE CLUBHOUSE

L'évaluation médico-économique est nécessaire. Elle met en regard une évaluation des bénéfices cliniques d'une stratégie, d'une technologie ou d'un produit de santé et leurs coûts, pour une allocation optimale des ressources disponibles. Elle intervient, depuis 2012, dans la fixation du prix des produits de santé innovants et coûteux mais reste peu utilisée dans le cadre d'innovations organisationnelles. Malgré la promotion du parcours de santé par les autorités sanitaires et les politiques publiques, très peu de travaux d'évaluation portent sur les parcours et l'organisation des soins⁽⁴¹⁾.

Les méthodes d'évaluation médico-économiques récentes et évolutives s'inscrivent dans un processus dynamique. Ce processus permet de chercher le consentement collectif sur le financement des interventions en santé, via leur efficience comparative.

Dans le système français, l'hôpital représente la part la plus importante de la dépense de santé. L'évaluation médico-économique des prises en charge est une priorité de santé publique, particulièrement en santé mentale où la prise en charge ne se borne pas à l'hôpital et aux traitements.

Dans le cadre de l'étude économique du modèle Clubhouse, l'évaluation portera sur l'impact du modèle sur les dépenses de protection sociale supportées par la collectivité. Après une revue de littérature et l'identification des enjeux, il s'agit d'évaluer l'efficience de la structure et la chiffrer. L'impact social de la structure dans le dispositif global de prise en charge des troubles psychiques est par ailleurs analysé dans une étude dédiée.

Les rapports coût-efficacité sont incrémentaux

Il est difficile d'établir un bon rapport coût-efficacité au début d'une expérimentation à laquelle il faudra nécessairement laisser le temps de se déployer pour que les résultats soient significatifs. Dans le cadre de financements publics expérimentaux, il faut prévoir une durée d'expérimentation permettant d'étudier les effets positifs de l'intervention lorsqu'elle se déploie sur une population plus large et permet la diminution des coûts globaux de prise en charge.

L'association veut démontrer que parmi les options de prise en charge du handicap psychique, sa structure innovante présente un rapport coût-efficacité favorable, notamment face aux hospitalisations répétées et parfois prolongées faute d'alternative adaptée. Son bénéfice dépasse le cadre du bénéfice individuel du patient en mesurant le service rendu à la collectivité.

L'association veut établir la pertinence de sa stratégie de prise en charge alternative et promouvoir la maximisation des gains en santé mentale par une innovation structurelle non médicalisée en complément des traitements médicaux. Le positionnement innovant du 1er Clubhouse français place l'étude aux frontières de l'évaluation médico-économique et socio-économique car la structure cherche à démontrer sa pertinence et son utilité en termes d'optimisation de la dispensation des soins et de gains de capacité de production. Dans les deux cas il s'agit d'estimer des gains d'efficacité. Son postulat de départ consiste à dire qu'une personne restaurée dans son identité et sa citoyenneté et retournant à une activité professionnelle consommera moins de soins, moins souvent, développera moins de comorbidités qui alourdissent la charge pour la collectivité et sera en capacité de se réinsérer professionnellement avec un effet positif et durable sur les pertes de productivité et de revenu.

Cette étude initie l'évaluation d'une stratégie de prise en charge, avec un positionnement intermédiaire entre les champs social et professionnel, entre une stratégie de soins et une stratégie de prévention et de lutte contre l'exclusion. C'est une stratégie de réorganisation de la prise en charge globale du patient atteint de troubles psychiques, une stratégie de parcours de vie. Il est important pour la survie et le déploiement du modèle Clubhouse de déterminer si son intervention engendre non seulement des gains en santé mais induit des économies supérieures à la simple réduction des coûts de prise en charge médicale⁽⁴²⁾.

II - D - LE CHF EST COÛT-EFFICACE DANS LE CHAMP SANITAIRE

II - D - a - L'IMPACT DU CHF SUR L'HOSPITALISATION

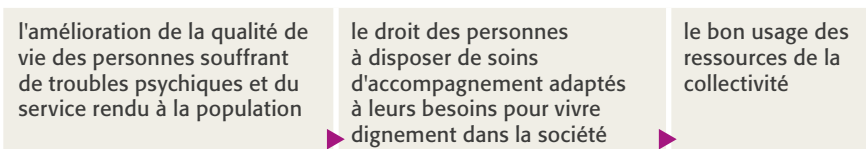
SUR-HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE EN FRANCE

13 000 personnes sont concernées par une hospitalisation de longue durée en psychiatrie⁽⁴³⁾.

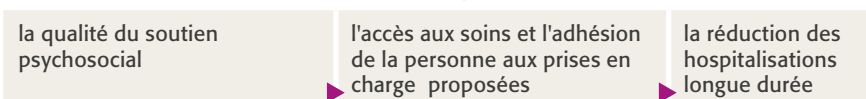
Pour un jour donné⁽⁴⁴⁾ : 20 % à 40 % des lits sont occupés par des patients en séjour prolongé dont 60 % à 70 % correspondent à des soins d'hospitalisation inadéquats. 3 régions (IDF, PACA et Basse Normandie) frôlent ou dépassent le seuil des 70 %.

L'expérience des soignants montre que si le projet de retour chez soi n'est pas travaillé dès le début du séjour hospitalier, plus celui-ci se prolonge, plus il devient un facteur aggravant de la pathologie avec un risque de fragilisation et rupture des liens sociaux. L'hospitalisation à temps plein ne doit prendre que sa place dans le projet de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ; pas toute la place.

La problématique de ces hospitalisations est triple



Selon l'IRDES, le pronostic des troubles psychiques dépend de :



Le Clubhouse France a vocation à agir sur ces 3 niveaux et une étude a démontré qu'une prise en charge adaptée permet d'obtenir une rémission durable dans 1/3 des cas⁽⁴⁵⁾.

Les troubles psychiques ont cette particularité de non-guérison et de succession de périodes de rémission et de rechutes, au cours desquelles les membres peuvent être ré-hospitalisés. Il y a un potentiel d'économies à réaliser entre ré-hospitalisation et sur-hospitalisation quand on sait que le coût moyen d'une hospitalisation ponctuelle⁽⁴⁶⁾ est de 3 200 €⁽⁴⁷⁾ et le tarif journalier s'élève à 1 000 €.

L'IMPACT DU MODÈLE CLUBHOUSE SUR LES HOSPITALISATIONS

Selon les données de Clubhouse International, l'intégration d'un membre au sein du CHF permet de réduire la fréquence et/ou la durée des hospitalisations. Lorsque les membres savent gérer leur maladie, ils peuvent demander eux-mêmes à être hospitalisés lorsqu'ils sentent que la situation dérape et évitent d'atteindre le niveau de crise qui prolongerait d'autant la durée du séjour hospitalier.

EXEMPLES D'HOSPITALISATION SUR DEMANDE DU MEMBRE

Le CHF donne 2 exemples illustrant ce type de situation :

1. Lorsqu'un membre a récemment développé un comportement inhabituel au Clubhouse (parler plus fort, être plus euphorique, multiplier les inscriptions aux tâches de cogestion...), l'ensemble du collectif CHF (membres et salariés) lui en fait la remarque et son salarié référent a provoqué un entretien. Le membre a alors pris conscience de son état et prévoyait d'aller consulter son médecin

le lendemain. Son référent l'a incité à consulter immédiatement et le membre a accepté. Il a pu demander lui-même à se faire hospitaliser, dans des conditions acceptables pour lui (sur sa propre demande). Lors de son retour au CHF, il a exprimé sa reconnaissance pour l'aide qui lui avait été apportée ce jour-là.

- L'hospitalisation déclenchée volontairement en amont de la crise permet de traiter avant la survenue de la phase aiguë. Cela permet d'éviter la crise et des traitements plus longs et plus lourds.
2. Un membre, en poste dans une entreprise partenaire en 2015, passe chaque année un moment difficile, à une date anniversaire redoutée, qui conduit quasiment systématiquement à une hospitalisation d'au moins 1 mois. Pendant cette année 2015, ce membre a été en mesure d'écouter les autres membres du CHF, son salarié référent et son entourage, lui révéler son sur-stress, son manque d'enthousiasme, sa fatigue apparente... Ce qui a déclenché une prise de RDV avec son médecin et a permis d'arriver d'un commun accord entre le médecin et le membre, à se faire hospitaliser, sur demande du membre, en préventif et pour seulement 4 jours, dont 2 jours seulement d'arrêt de travail. Ce membre a repris son poste au bout des 4 jours, dans de bonnes conditions.
- Dans ce cas précis, l'hospitalisation déclenchée volontairement en amont de la crise permet une réduction importante de la durée d'hospitalisation (- 26 jours). Le nombre de journées chômées est réduit au minimum (2 jours). Les soins sont moins longs et moins lourds et le membre du CHF est maintenu dans son activité professionnelle (avec 2 jours d'indemnités journalières d'arrêt de travail versus 1 mois).

EXEMPLES DE SORTIE ANTICIPÉE D'UMD

L'Unité Malades Difficiles (UMD) est le service le plus fermé de l'hôpital psychiatrique. Son protocole de sortie est déposé par le psychiatre à la préfecture de police. Pour autant le CHF a pu s'insérer dans ce protocole de sortie (sur demande du membre et de la famille) car lorsque les bonnes conditions sont réunies, il peut accompagner une sortie plus rapide de ce service. Le cas s'est déjà présenté une fois pour une personne en UMD, qui était préalablement membre du Clubhouse et qui n'était pas dans le déni de sa pathologie. Ce membre était hospitalisé, en hospitalisation complète en province. Sur la durée de son hospitalisation, les autres membres lui exprimaient régulièrement leur soutien. L'entourage du membre hospitalisé a demandé à ce qu'il revienne sur un hôpital parisien, afin de pouvoir le visiter plus souvent mais aussi pour qu'il puisse fréquenter de nouveau le CHF. Après la visite d'une équipe du CHF, un protocole de sortie a été rédigé par son psychiatre référent à l'hôpital, intégrant la fréquentation du CHF : d'abord sortie dans sa famille, puis 1 fois/semaine au CHF, puis 2 fois/semaine et progressivement il a pu sortir de l'hôpital. Le retour progressif à la vie sociale a été construit sur

l'envie du membre de revenir au CHF (qui a été inclus dans le dispositif). Depuis son retour, ce membre avance doucement mais sûrement sur son projet.

- Les notions de membre à vie et de fréquentation volontaire sont rassurantes pour les membres. De plus le soutien exprimé de la communauté créée par les membres et les salariés suscite l'envie via le sentiment d'appartenance à un groupe social et engendre une modification positive du parcours de soins donc de la vie du membre, même si le temps gagné est difficilement quantifiable.

EXEMPLES DE SORTIE ANTICIPÉE D'HOSPITALISATION, HORS UMD

Le CHF a permis à d'autres membres de bénéficier d'une sortie anticipée de l'hôpital psychiatrique. En 2014, un des membres a été hospitalisé tout en ayant l'autorisation de fréquenter le CHF, 1 à 2 fois/semaine, ce qui a amélioré la qualité de sa prise en charge. Cela a contribué à ce qu'il puisse passer ensuite en foyer thérapeutique, pour ne pas rester dormir à l'hôpital.

D'autres membres ont exprimé la perspective de retourner au CHF, où ils ont plaisir à venir, comme un fort élément de motivation à sortir de l'hôpital. Fréquenter l'association accélère leur désir de reprendre leur indépendance.

La fréquentation du CHF pendant l'hospitalisation permet un retour progressif à la vie sociale et une meilleure qualité de prise en charge globale, ce qui fait avancer les membres sur leur projet personnel d'insertion et permet d'optimiser le lien social à la sortie d'hospitalisation.

LES RÉSULTATS CHIFFRÉS

La recherche participative menée par C. Battin sur une trentaine de membres du CHF entre 2014 et 2015⁽⁴⁸⁾ a mis en valeur des premiers éléments intéressants concernant la réduction des hospitalisations.

20 membres avaient été hospitalisés à un moment donné au cours des deux années précédant leur entrée au CHF. Entre T1 et T3, 10 personnes ont été à nouveau hospitalisées :

- 1 personne à 3 reprises,
- 4 personnes à 2 reprises et,
- 5 personnes ont été hospitalisées 1 seule fois.

Les durées d'hospitalisation ont varié de 3 semaines à 1 mois et sont intervenues à la suite d'un événement de vie problématique ou d'une situation difficile à gérer pour les membres du CHF (préoccupations financières et/ou administratives, déménagement, problèmes relationnels) ou l'arrêt de la prise du traitement⁽⁴⁹⁾.

La question des hospitalisations est une question complexe au sein du CHF. Les membres peuvent être plus demandeurs d'une hospitalisation qui peut être qualifiée de « préventive », que sur la période antérieure à leur entrée au CHF où

ces hospitalisations étaient demandées par un tiers ou fortement conseillées par l'entourage⁽⁵⁰⁾. Mais si elles interviennent en amont de la phase aiguë de la pathologie, ces hospitalisations dureront moins longtemps, comme nous l'avons vu dans les cas étudiés ci-dessus.

Sur l'échantillon des membres du CHF étudié lors de la recherche participative de 2014-2015, on observe une réduction du nombre de membres hospitalisés de 50 % mais les deux périodes comparées ne sont pas totalement identiques (2 ans avant l'entrée au CHF et 18 mois de durée de la recherche). Une nouvelle recherche devra être menée sur ce point particulier ainsi que sur la réduction des durées et des fréquences de séjour.

Une estimation des économies réalisées sur les hospitalisations est proposée dans la partie III - H - a - *Les bénéfices économiques et sociaux du modèle Clubhouse.*

II - D - b - L'IMPACT DU CHF SUR LES COMORBIDITÉS

LA CHARGE PARTICULIÈRE DES COMORBIDITÉS

La surmortalité associée aux maladies psychiques s'explique par un nombre élevé de suicides, par le lien fréquent entre les troubles psychiques et des habitudes de vie néfastes pour la santé⁽⁵¹⁾, par les effets secondaires de la médication et par un risque plus grand de décéder de certaines autres maladies.

POLY-PATHOLOGIE : UN VRAI DÉFI EN SANTÉ MENTALE

Les personnes vivant avec des troubles psychiatriques sont majoritairement poly-pathologiques⁽⁵²⁾. Sur une population totale de 1 658 800 personnes : 56 % (930 000) souffrent d'au moins 2 pathologies et plus de 10% (180 000) souffrent d'au moins 4 pathologies.

Selon l'OMS : les troubles dépressifs représentent la 3^e charge de morbidité (en années vécues avec une invalidité). Le traitement de la dépression comorbide (associée à une autre pathologie) peut améliorer l'observance des interventions en santé pour les pathologies chroniques. Car une dépression associée entraîne un moins bon respect du traitement et un risque plus élevé d'incapacité et de mortalité.

Il existe un aspect mécanique économique sur les dépenses de santé car la dépression associée entraîne une surconsommation de soins de santé et génère des coûts plus élevés.

Ces comorbidités somatiques (pathologies physiques associées) entraînent un risque élevé de mortalité prématurée lorsqu'elles sont mal prises en charge⁽⁵³⁾. L'espérance de vie des patients psychiatriques est réduite de 10 à 20 ans par rapport à la population générale.

FOCUS COMORBIDITÉS DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

Les personnes souffrant de schizophrénie ont besoin d'une évaluation précise de leur état de santé physique pour améliorer leurs capacités fonctionnelles impactées grâce à une stratégie thérapeutique personnalisée qui prendra en charge la totalité des comorbidités.

Les personnes ayant un trouble bipolaire présentent des sur-risques importants d'épilepsie (3,5), de maladie de Parkinson (3,7) et d'embolie pulmonaire (3,5). Une appétence particulière pour la drogue et l'alcool génère des effets aggravants sur la pathologie et entraîne des comorbidités importantes. De plus, le traitement de référence au lithium peut poser un problème de tolérance au long cours sur le rein et la thyroïde. Enfin le risque de suicide est multiplié par 25 par rapport à la population générale.

ANNÉES DE VIE VÉCUES EN INCAPACITÉ

La charge pour les familles et la société s'apprécie en années de vie corrigées de l'incapacité. Lorsque le patient perd son autonomie de façon importante, il revient à la charge de sa famille et exerce une pression sur les ressources de la collectivité. Notion difficile à quantifier, cette charge n'est souvent pas prise en compte. Elle peut être apparentée à la perte de qualité de vie⁽⁵⁴⁾, alors évaluée à 65 Md€. Pour les personnes atteintes de troubles psychiques, cette perte est estimée à 30 % par rapport à la population générale (Insee). Le Haut Conseil en Santé Publique rappelle qu'en 2004, la dépression était la 1^{re} cause d'années vécues en incapacité et de perte d'années vécues en bonne santé, dans les pays à revenu élevé.

Le rapport entre la charge de morbidité des troubles mentaux et les dépenses de santé mentale est disproportionné⁽⁵⁵⁾ : 17 % des années de vie vécues avec une incapacité en France sur une année et 8 % des dépenses de l'assurance maladie. La convergence de troubles psychiques et d'une pathologie physique chronique associée (diabète, VIH, hépatite...) provient du nombre de facteurs de risques partagés⁽⁵⁶⁾.

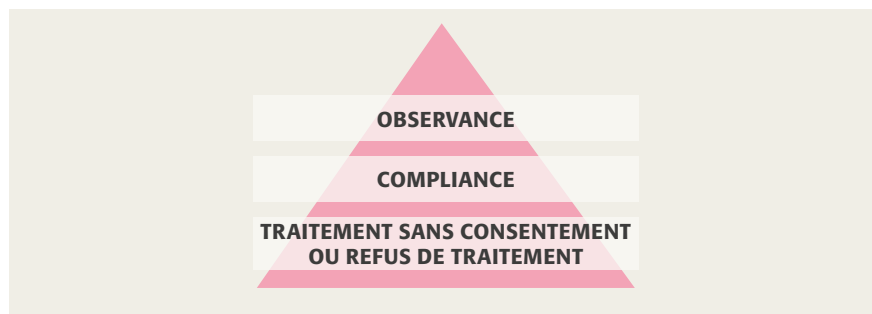
Le Clubhouse France agit sur les comportements à risque et les comportements favorables à la bonne santé (variation de la symptomatologie et des addictions). La recherche participative de C. Battin a révélé une diminution de la consommation de tabac et d'alcool chez certains membres faisant partie de l'échantillon étudié. Mais ce point n'a pas fait l'objet d'un approfondissement particulier (voir II - G - a - *Amélioration de l'observance et des comportements favorables à la santé*).

La comorbidité impacte négativement la qualité de vie des patients et l'utilisation même du système de soins. Elle peut être reliée, dans certains cas, à la non-observance des traitements.

II - D - c - L'IMPACT DU CHF SUR L'INOBSERVANCE

OBSERVANCE ET INOBSERVANCE

Les troubles psychotiques tels que la schizophrénie peuvent altérer la capacité des personnes à consentir aux soins qui leur sont proposés, ce qui engendre des retards de diagnostic et de prise en charge mais aussi des ruptures de soins préjudiciables. La compliance consiste à respecter la prescription et le mode d'administration de médicaments. L'observance va plus loin et implique une action volontaire du patient de participer à son traitement.



L'observance concerne le fait d'entreprendre un traitement et l'acceptation du dépistage, l'acceptation du diagnostic, venir aux RDV de consultation et la poursuite du traitement au long cours et des recommandations impliquant un changement de mode de vie. Chacun de ces aspects peut faire l'objet d'une inobservance et induire un échec de prise en charge thérapeutique de la personne souffrant de troubles psychiques. La nécessaire adéquation entre le comportement du patient et les recommandations du médecin demeure un problème alors même que les innovations galéniques et l'amélioration de la tolérance des psychotropes permettent aujourd'hui d'accéder à des rémissions durables et de qualité.

FOCUS NON-OBSERVANCE EN PSYCHIATRIE

Des études long terme montrent jusqu'à 1/3 des patients souffrant de schizophrénie inobservants au bout d'un an de traitement. Le Dr Christian Gay explique que dans les troubles bipolaires, ce sont 1 patient sur 2, voire 2 sur 3 qui ne prennent pas correctement leur traitement. La non-observance engendre⁽⁵⁷⁾ : exacerbation de la pathologie, souffrance, troubles de l'humeur, perte de confiance dans le traitement, ré-hospitalisations mal vécues, non-optimisation des possibilités de socialisation.

Les conséquences de la non-observance (économiques, d'efficacité et de tolérance) sont majeures puisqu'elles aggravent 2 facteurs de coûts importants : les hospitalisations et les comorbidités. Le traitement de la phase aiguë de la crise nécessitera une hospitalisation et un traitement plus lourd qu'un traitement au long

cours bien observé. Les médecins expliquent que les thymo-régulateurs doivent être faiblement dosés pour épargner le rein et la thyroïde et que les surdoses administrées en période aiguë pourront créer ou aggraver les comorbidités potentielles. L'observance est un concept complexe et évolutif ⁽⁵⁸⁾, difficile à modéliser. Sa non-optimisation est une donnée connue mais sa mesure varie en fonction de la population étudiée et des outils utilisés. Il est difficile d'avoir une idée de son périmètre et d'en donner une valeur économique (sous-estimée aujourd'hui).

Pour les chercheurs, la mauvaise qualité de l'observance médicamenteuse dans les troubles bipolaires est associée à une augmentation des taux de récurrence et entraîne une augmentation des taux d'hospitalisation donc des coûts de santé plus importants.

L'IMPACT DU MODÈLE CLUBHOUSE SUR LA NON-OBSERVANCE

Les facteurs environnementaux jouent un rôle capital dans l'adhésion du patient à son traitement.

La situation sociale du patient influe grandement sur son observance et l'autonomisation est un moyen pour amener les patients non observants à adhérer à leur traitement, à prévenir les attitudes de rejet ou de défiance par rapport au traitement⁽⁵⁹⁾. L'action du CHF en tant que vecteur du retour à l'autonomie prend tout son sens par rapport à cette problématique.

La restauration de l'autonomie de la personne souffrant de troubles psychiques, l'empowerment, le retour en milieu ordinaire, notamment via l'emploi, sur lesquels le CHF assoit son modèle, favorisent l'adhésion au traitement par la réduction des incertitudes liées à l'avenir.

Hypothèse :

Un membre du CHF en retour à l'activité professionnelle via un CDD de 6 mois dans une entreprise partenaire. Il est en réinsertion sociale et professionnelle et bénéficie d'une amélioration de ses revenus et de sa qualité de vie. 2 choix s'offrent à lui quant à l'observance de son traitement.

- 1. observance traitement => stabilisation état de santé => permet de travailler tous les jours et éviter arrêts maladie => maintien dans le temps d'une situation favorable au rétablissement (situation financière et qualité de vie améliorées, retour à l'autonomie et aux responsabilités)**
- 2. inobservance => cercle vertueux brisé => rechute, ré-hospitalisation, désinsertion sociale et professionnelle**

À savoir : au vu des données actuelles disponibles en psychiatrie et au sein du CHF il n'est pas possible de quantifier ni de donner une valeur économique à l'action de la prise en charge via le modèle Clubhouse sur les phénomènes d'inobservance et ses conséquences.

II - D - d - LES COÛTS ÉVITABLES POUR L'ASSURANCE MALADIE

UNE CHARGE EN AUGMENTATION : LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

TROUBLES PSYCHIQUES : UNE LOURDE CHARGE POUR LA COLLECTIVITÉ

L'assurance maladie étudie chaque année la progression des Affections Longue Durée (ALD), qui concernent les personnes du régime général bénéficiant du ticket modérateur souffrant de pathologies graves chroniques pour lesquelles les soins sont pris en charge à 100 %⁽⁶⁰⁾.

Étudier la répartition et la progression des ALD permet d'obtenir des données médico-économiques utiles sur les pathologies psychiatriques (largement représentées), mais non exhaustives. Près de 10 M de personnes sont prises en charge au titre de l'ALD en France en 2013, pratiquement 1 pers/6 ⁽⁶¹⁾.

Une liste créée en 1987 de 30 ALD, ouvrant ces droits, est régulièrement révisée. Elle intègre notamment les maladies psychiques de longue durée (ALD n° 23).

5 groupes d'affections représentent plus de 80 % des ALD, en 2013, avec de fortes fréquences⁽⁶²⁾ :

PATHOLOGIE	EFFECTIFS	%	RANG
Diabète 1 & 2	2 250 760	24,14	1
Tumeur maligne	1 992 280	21,37	2
Affections psychiatriques	1 190 690	12,77	3
Maladie coronaire	1 041 560	11,17	4
Hypertension artérielle sévère	1 000 310	10,73	5
TOTAL	7 475 600	80,18	NA

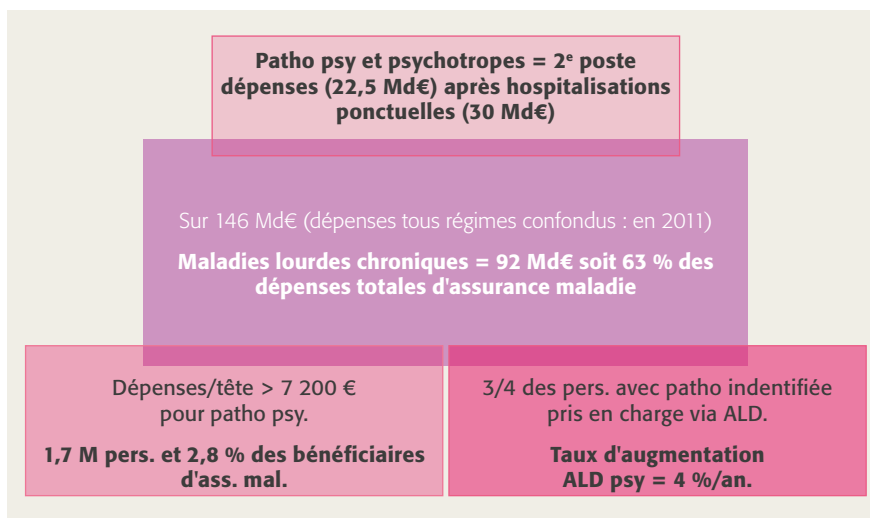
Point méthodologique : pour pouvoir comparer les données 2013 avec des données anciennes (2006), il faut étudier ce qui correspond aujourd'hui à l'ALD30 et qui comprend les 30 affections retenues à l'origine de la création du système. Des variations réglementaires ont conduit récemment à intégrer le groupe ALD31 et le groupe ALD32. En 2013 la population ALD30 regroupait 9323070 personnes prises en charge, chiffre utilisé pour le calcul des pourcentages réalisés dans le tableau ci-dessus. Si on cumule les groupes ALD30, 31 & 32 on atteint 9 660 160 personnes.

Si on compare les données 2013 avec celles de 2006⁽⁶³⁾, on remarque une augmentation des effectifs en ALD schizophrénie (+ 14,5%), une forte augmentation des effectifs en ALD trouble bipolaire (+ 77,4%) et le pourcentage global de décès toutes pathologies cumulées qui augmente de presque 2 points pour atteindre

plus de 14,5 %. À noter également le poids prépondérant de la région Île-de-France, en termes de prévalence de la maladie : au 31/12/2013 près de 200 000 personnes en ALD psy⁽⁶⁴⁾. Ce chiffre ne concerne que la part de personnes atteintes de troubles psychiques officiellement prises en charge financièrement à 100 %. Il est donc sous-estimé.

Les pathologies psychiatriques sont couvertes à juste titre par l'assurance maladie mais influent de façon non négligeable sur la maîtrise des dépenses de santé.

Poids et dépenses de psychiatrie pour l'assurance maladie en France en 2011⁽⁶⁵⁾ : des coûts importants pris en charge par la solidarité nationale ⁽⁶⁶⁾ :



L'IMPACT DU MODÈLE CLUBHOUSE SUR LE RESTE À CHARGE DES FAMILLES

FOCUS RESTE À CHARGE :

Enquête Ifop janvier 2015, bilan de la décennie post loi du 11 janvier 2005.

Près d'un quart des aidants déclarent que la situation des personnes atteintes de handicap s'est fortement dégradée en ce qui concerne l'accès aux ressources financières. Le chiffre tombe à 15 % pour le niveau de vie, voire 7 % s'il s'agit de la capacité des aides à compenser les surcoûts engagés par le handicap.

Hypothèses :

- L'organisation des journées en journées de travail, l'empowerment et l'autonomisation des membres sont des préalables au retour à une activité professionnelle.

- Quels types d'amélioration de la qualité de vie du membre observe-t-on après leur entrée au CHF ? (ex: restauration des rythmes circadiens : sommeil, alimentation, diminution des arrêts maladie et des périodes chômées, plus grande autonomie financière...).
- Quel est l'impact de la fréquentation du CHF sur la diminution du reste à charge pour la personne atteinte de troubles psychiques et pour l'entourage (ex: moins de jours non travaillés pour les aidants qui ont moins besoin de prendre en charge le membre, moins de prise en charge financière des soins que le membre peut assumer lui-même...).

À savoir : ce type de données actuellement manquantes au sein du CHF, doit étayer les démonstrations de l'utilité du modèle Clubhouse. Les types de données à collecter au sein du CHF, non seulement en questionnant les membres mais aussi en réalisant un recueil de données observationnelles (ce que les chercheurs appellent les données « en vie réelle », sont aujourd'hui très recherchées par les autorités pour prendre des décisions en matière sanitaire et sociale).

II - E - LE CHF EST COÛT-EFFICACE DANS LE CHAMP SOCIO-PROFESSIONNEL

II - E - a - CHÔMAGE ET PERTE DE PRODUCTIVITÉ

CHÔMAGE ET PERTE DE PRODUCTIVITÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES^(67, 68)

Les indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident du travail représentent en 2013 8,8 Md€ sur 180 Md€ de dépenses d'assurance maladie en France ⁽⁶⁹⁾.

Par ailleurs, la France compte 8 millions d'aidants dont la contribution est fondamentale et pour qui il n'existe pas réellement de statut d'aidant (dispositifs en entreprise comme le transfert de RTT d'un salarié à l'autre, ou congé de 3 mois sans rémunération). La création d'un statut spécifique permettrait de définir leurs droits sociaux et leur intégration dans le quota des 6 % d'emplois handicapés pourrait être examinée.

Chômage	Taux d'emploi	Entreprises
- 2 fois + important chez pers. handicapées (> 20 %) versus moyenne nationale	- des pers. handicapées dans secteur privé stagne à 3 % depuis 2010	- 50 % des E assujetties Agefiph n'atteignent pas l'obligation réglementaire - soit 6 % d'emploi de travailleurs handicapés

TROUBLES PSYCHIQUES, CHÔMAGE & PERTE DE PRODUCTIVITÉ

Trouver et garder un emploi est un challenge pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ces troubles représentent en France la 2e cause de limitation au travail due à l'incapacité ou l'invalidité qui en résultent. En 2011, 2 millions de personnes bénéficiaient de l'obligation d'emploi des personnes handicapées de 15 à 64 ans. 13 % environ des personnes handicapées ont un handicap psychique. Leur taux d'emploi est plus faible que la moyenne des personnes handicapées (25% des personnes souffrant d'un handicap psychique en activité versus 35 % pour les personnes souffrant d'un handicap moteur⁽⁷⁰⁾.

En 2014 comme en 2013 les personnes handicapées psychiques représentent⁽⁷¹⁾:

8 % des personnes nouvellement prises en charge par le réseau Cap emploi
7,2 % en 2012

5 % du nombre d'aides à l'insertion pro attribuées
6 % en 2012

2 % des personnes accompagnées par les Sameth

1,6 % des maintiens réussis (292 pers.)

Personnes ayant 1 handicap psychique (en millier)	2014	2013	2012
Prises en charge par réseau Cap Emploi	6 951	6 159	6 047
Ayant signé contrat avec appui Cap Emploi	2 867	2 695	2 616
Maintenues dans leur emploi	292	292	258

Chaque année, moins de 2 % des adaptations de situations de travail financées concernent les personnes handicapées psychiques (131 adaptations en 2014)⁽⁷²⁾. Des appuis spécifiques peuvent être demandés⁽⁷³⁾. 10 500 personnes sont concernées et ce chiffre a doublé entre 2012 et 2014.

L'IMPACT DU MODÈLE CLUBHOUSE SUR CHÔMAGE ET PERTE DE PRODUCTIVITÉ

Ce que le modèle Clubhouse offre est la possibilité de recevoir une aide à l'emploi parmi différents types d'aides, sur une même période, et de choisir l'aide à l'emploi la plus appropriée par rapport aux souhaits du moment pour chaque membre. Même ceux qui n'ont pas encore défini de but précis concernant leur retour à l'activité professionnelle peuvent bénéficier d'une variété de contrats et d'offres qui leur permettent de se rapprocher de l'emploi progressivement⁽⁷⁴⁾.

Pour les membres initialement désintéressés par recherche d'activité pro	Pour les membres d'emblée intéressés par le retour ou le maintien dans activité pro
- offre de services supplémentaires disponibles au sein de CHF	- certains services renforcent la confiance en tant que travailleur, contributeur social et producteur de richesses
- permet de revenir ultérieurement à une activité pro	- permet le maintien dans l'emploi et/ou l'augmentation du temps travaillé

La problématique particulière du maintien dans l'emploi

Pour maintenir en emploi des personnes en souffrance psychique, deux mondes doivent s'articuler : le monde médical et celui de l'entreprise. Chacun d'eux ayant ses objectifs, son organisation, ses modes opératoires, ce qui rend la communication difficile alors même qu'ils poursuivent le même but. Sur cet aspect d'harmonisation et de cohérence globale du projet de la personne concernée, le CHF a un effet compensatoire indispensable. Il permet à la personne de faire le lien entre les différentes composantes de son environnement : médical, social et professionnel (relations entre observance des traitements et capacités professionnelles, évacuation des tensions liées au travail...). Cette position de médiateur occupée par le CHF est un formidable atout dans un système sanitaire qui évolue vers une organisation fondée sur le parcours du patient et qui reste aujourd'hui en déficit de coordination.

IMPACT DU MODÈLE CH SUR LE CHÔMAGE ET LA PERTE DE PRODUCTIVITÉ

Les chiffres clés du CHF

Fréquentation & activité pro	Nb de membres	Âge moyen	Membres actifs**	Taux moyen fréquentat°/jour	Nb nouveaux membres /mois	Nb de membres en réinsertion	% à temps partiel	% à temps plein
Déc 2014	80	39*	51	13***	1	26****	81	19
Déc 2015	121	41	72	19	3.5	37	81	19

* 40 ans en moyenne ($20 < x < 62$ ans) avec une majorité entre 35 et 45 ans

** membres actifs = fréquentant CHF ≤ 1 fois/mois

*** maximum : 17 membres/jour et entre 33 et 35/semaine

**** versus 22 en septembre 2014 -> stagnation malgré 1/3 de membres en + (CHF en réflexion sur ce thème)

Que peut-on retenir de ces chiffres ?

- Forte augmentation du nombre de membres sur 1 an (+ 50 %).
- Taux de réinsertion maintenu à plus de 30 % malgré une augmentation du nombre de membres.
- Stagnation de la répartition entre les contrats à temps partiel (toujours majoritaires à 80 %) et les contrats à temps plein.

Le travail procure une stabilité économique, une structure quotidienne qui fait sens, des opportunités sociales et de la reconnaissance ⁽⁷⁵⁾.

L'ACTION DU CHF SUR LE RETOUR ET LE MAINTIEN DANS L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

50 membres du CHF ont travaillé à un moment donné de l'année 2015, soit près de la moitié du nombre total de membres ⁽⁷⁶⁾.

Sur ces 50 membres ayant travaillé à un moment donné de l'année 2015 (parfois CDD très courts, stages, formation, bénévolat) :

Membres en poste avant entrée au CHF	Dont à temps plein	À temps partiel
6	1	5
Type de contrat	Auto entrepreneur	CDI

Parmi ceux qui travaillent déjà lorsqu'ils intègrent le CHF, certains expriment un besoin d'aide sur cet aspect. Dans ce type de cas, les choses se passent mal sur leur lieu de travail, ils ne se sentent plus satisfaits par leur poste, ils travaillent dans l'entreprise familiale mais souhaitent mener un projet propre, ils souffrent d'autres problèmes sociaux dont l'isolement.

Membres insérés professionnellement entre 2012 et 2015	en CDI	ont transformé 1 CDD en CDI	Membres embauchés par entreprises partenaires (CDD ou CDI) toujours en poste
	10	3	6

II - E - b - L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE ET L'ACCÈS À L'EMPLOI

LES CHARGES LIÉES À L'ACCÈS À L'EMPLOI

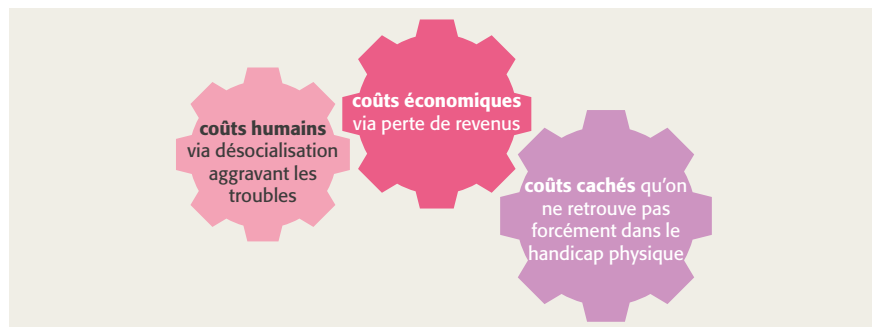
EMPLOI ET HANDICAP EN FRANCE

Le rapport du Défenseur des Droits sur le bilan de la loi Handicap, publié le 11 février 2015, révèle que la discrimination au handicap constitue le 2^e motif de saisine et les réclamations portent d'abord sur l'accès à l'emploi (37 %) ⁽⁷⁷⁾. 420 000 demandeurs d'emploi handicapés sont recensés en France en 2014 avec un taux de chômage 2 fois supérieur à celui des chômeurs valides.

EMPLOI ET TROUBLES PSYCHIQUES EN FRANCE

Les conséquences du handicap psychique sont évaluées selon 2 aspects, en littérature économique : la perte de productivité (absentéisme, congés maladie, réduction de productivité sur lieu de travail) et le faible taux de participation au marché

du travail. La manifestation la plus sévère est l'exclusion de la population active. 40 % des femmes de 20-59 ans suivies pour troubles psychiques exercent une activité professionnelle vs 75 % des 20-59 ans non suivies. Le taux de chômage chez les hommes est de 45 %⁽⁷⁸⁾.



Il existe une interdépendance entre la situation sur le marché du travail et l'état de santé mentale de l'individu. Pour les personnes souffrant de handicap psychique, les domaines à restaurer sont : l'autonomie, la liberté, et la responsabilisation. Le but recherché étant le remplacement d'une logique d'assistance par une logique d'insertion ⁽⁷⁹⁾.

L'IMPACT DU MODÈLE CLUBHOUSE SUR L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE

L'appui et l'accompagnement favorisant l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi font partie des interventions citées dans la loi de 2005, pour l'ensemble des services d'accompagnement en santé mentale. C'est un domaine peu investi car les SAMSAH ou SAVS se sentent plus légitimes sur le maintien dans l'emploi que pour aider les membres à construire un projet professionnel réaliste et à accompagner le parcours d'insertion dans la durée⁽⁸⁰⁾. Le positionnement du CHF est innovant et distinctif.

Fin décembre 2015, le taux de membres du CHF en activité professionnelle est resté supérieur à 30 % malgré une augmentation du nombre de membres de 50 % par rapport à décembre 2014. Le nombre de CDD et CDI est en augmentation constante sur les 3 dernières années car certains membres se maintiennent dans leur activité professionnelle de façon durable.

La recherche participative menée au CHF sur une trentaine de membres en 2014-2015 a mis en évidence des résultats très encourageants sur l'intégration professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques bénéficiant d'un accompagnement approprié. Seulement 3 personnes avaient une activité professionnelle avant leur entrée au CHF c'est-à-dire avant T1 (bénévolat, formation et CDI mi-temps) alors qu'en T3, elles sont 14⁽⁸¹⁾.

Par la construction d'un projet professionnel, l'acquisition ou la ré-acquisition et d'aptitudes professionnelles, les membres du CHF présentent, selon C. Battin, de meilleures aptitudes professionnelles à T3.

Sur l'échantillon étudié d'une trentaine de membres⁽⁸²⁾, le taux d'insertion professionnelle a bondi de plus de 400 % en 18 mois (entre T1 et T3).

IMPACT DU MODÈLE CH SUR LE RETOUR ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Les tableaux ci-dessous permettent d'argumenter l'aspect coût-efficace du modèle Clubhouse dans le champ socio-professionnel et de valoriser le modèle lorsqu'il est comparé à un GEM (dont la vocation n'est pas le retour à l'activité professionnelle). Chaque contrat signé est source de valeur ajoutée et plus il y a de contrats signés au sein du CHF, plus le modèle est valorisable économiquement et socialement.

La progression du nombre de contrats est un avantage compétitif fort pour le CHF.

Nombre de contrats signés par membres CHF	2013	2014	2015	ÉVOLUTION
Tous contrats confondus	11	17	23	>
Nombre de CDD signés	6	6	10	>
Nombre de CDI signés	2	6	3*	<
Nombre de missions courtes (CDD 1 ou 2 jours)	3	5	10	>

NB : les contrats sont comptabilisés l'année de leur signature même s'ils couvrent plusieurs années.

- Le nombre de nouveaux CDI signés diminue entre 2014 et 2015, mais les CDI signés les années précédentes sont maintenus => nombre total de CDI en constante augmentation, tout comme pour les autres formes de contrat.

Nombre de contrats signés par membres CHF	2013	2014 (nouveaux + contrats 2013 maintenus)	2015
(nouveaux+ contrats 2013 et 2014 maintenus)	11	17	23
Tous contrats confondus	11	21	31
Nombre de CDD signés	6	8	11
Nombre de CDI signés	2	8	10
Nombre de missions courtes (CDD 1 ou 2 jours)	3	5	10

Problématique des emplois de transition et des contrats très courts :

Discussion entamée avec Randstad et APVS (spécialisé sur réinsertion au sens large) pour créer un package clé en main à proposer aux entreprises partenaires du CHF. L'entreprise partenaire propose un contrat à CHF (ex : CDD 6 mois), le contrat est passé à Randstad qui subdivise le contrat en sous-contrats courts (ex : 3 contrats de 2 mois), permettant à x membres CHF d'y souscrire. Pas de possibilité pour les salariés d'effectuer un remplacement contrairement aux emplois de transition US car la législation du travail en France relie le contrat à une personne désignée plutôt qu'à un poste ou une mission.

Ce projet de Missions Emplois Temporaires est une réflexion sur un dispositif d'insertion et d'accompagnement qui permet de :

- Réduire les contraintes administratives pour les entreprises, sur les contrats très courts. Ces contraintes sont prises en charge par Randstad.
- Augmenter la flexibilité des bénéficiaires via une période d'essai également très courte.
- Créer une relation entre Randstad, l'entreprise, le membre du CHF et le CHF.

Ce type de dispositif prend tout son sens dans le cadre de l'AAH, dont les contraintes administratives (délai d'obtention, absence d'AAH différentielle pour les contrats courts et faiblement rémunérés) sont un frein au retour à l'activité professionnelle. L'objectif du CHF est de faire entrer ce dispositif chez 3 entreprises partenaires du CHF en 2016 et de produire un retour d'expérience début 2017.

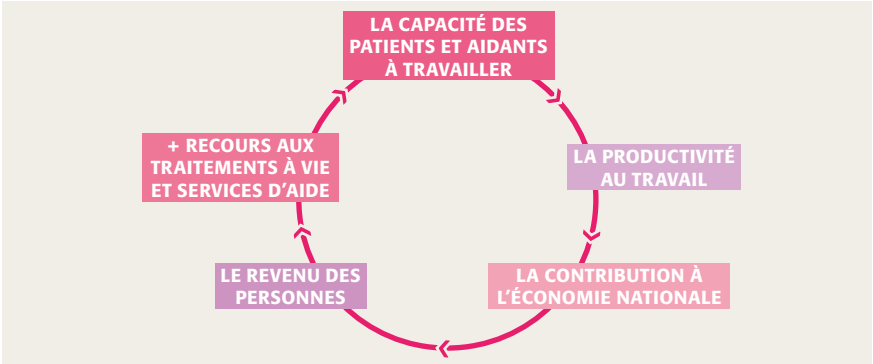
II - E - c - ABSENTÉISME ET MAINTIEN DANS L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

LES CHARGES LIÉES À L'ABSENTÉISME (TRAVAILLEURS, AIDANTS, ENTREPRISES)

IMPACT DE L'ABSENTÉISME : DONNÉES GLOBALES

L'OMS a relevé en 2006 que les troubles psychiques étaient responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail, en Europe. Les personnes handicapées mais aussi leurs aidants sont concernés⁽⁸³⁾. C'est ce qui alourdit considérablement les coûts de santé et de productivité au travail en santé mentale.

Les incidences économiques de la diminution de la capacité à travailler due à la santé mentale



FOCUS ARRÊT MALADIE :

Indicateur de mesure concret et visible de l'incapacité temporaire de travail. C'est le signal visible de l'état de santé supposé des travailleurs qui évalue (par expertise médicale) l'incompatibilité entre l'état de santé d'un individu et l'exercice de son travail. Les effets sur les trajectoires professionnelles sont estimés par des valeurs-seuil de < ou > 30 jours ou 60 jours d'arrêt maladie qui établissent la distance de l'individu avec le marché du travail et les facteurs de risque des durées cumulées.

**IMPACT DE L'ABSENTÉISME SUR LES TRAVAILLEURS :
DONNÉES FRANÇAISES⁽⁸⁴⁾**

Taux d'emploi en France	Personnes avec incapacités	Personnes sans incapacités
= taux moyen de l'OCDE ⁽⁸⁵⁾	46 %	72 %

Le coût d'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail pour maladie par l'assurance maladie est de 6,7 Mds€ soit 3,7 % des dépenses de santé en 2012. La part de richesses dédiée à l'indemnisation de l'invalidité et de l'incapacité correspond à 0,7 % du PIB pour chacune (inférieur à la moyenne de l'OCDE).

Conséquences d'épisode dépressif sur l'activité professionnelle ⁽⁸⁶⁾	Gêne évoquée par les hommes	Gêne évoquée par les femmes
	53,8 %	49,1 %

L'augmentation du taux d'arrêts maladie correspond à la diminution de la probabilité d'être en emploi 2 ans plus tard, car le risque de transition vers le non-emploi suite aux arrêts longs est multiplié par 8 versus le risque de non-emploi des individus sans arrêt maladie.

L'IMPACT DU MODÈLE CLUBHOUSE SUR L'ABSENTÉISME ET LES ARRÊTS DE TRAVAIL

Le besoin de lutter contre l'absentéisme au travail des personnes souffrant de troubles psychiques est peu couvert en France. Ce type de besoin, quand il reste non satisfait, a des répercussions majeures sur tout le processus de réinsertion sociale de ces personnes.

Sur l'année 2015, environ 30 % des 50 membres en activité auraient eu un arrêt maladie au cours de leur expérience professionnelle dans l'année⁽⁸⁷⁾.

Lorsque les membres du 1^{er} Clubhouse français sont interrogés sur l'utilité de ce lieu d'entraide face à cette problématique d'arrêt de travail, ils répondent :

- que la fréquentation de l'association permet de changer d'attitude, par la prise de conscience de l'arrivée de la crise qui déclenche un RDV médical qui n'évite pas l'arrêt maladie mais permet de le gérer de façon proactive et non subie ;
- que le statut de membre crée un réflexe communautaire salutaire. Le CHF est un lieu où parler de son arrêt maladie avec le salarié et les autres membres. Le 1^{er} réflexe devient de venir ou appeler tout de suite une personne du CHF pour mieux gérer son arrêt maladie ;
- enfin le CHF est un lieu qui favorise un retour à l'activité plus rapide, en remplaçant le temps non travaillé par du temps de fréquentation du CHF (parfois jusqu'à 3 fois/semaine), pour rester actif et garder le rythme de travail.

La fréquentation du Clubhouse France permet de réduire l'impact et la durée des arrêts de travail des membres par l'accélération du désir de reprendre son indépendance⁽⁸⁸⁾. La connaissance de sa pathologie par le membre, le bénéfice de la « pair-aidance » et le soutien des salariés du CHF permettent d'anticiper la crise et d'avoir une action volontaire sur l'hospitalisation. Sa durée est donc réduite au minimum utile, tout comme la durée des arrêts maladie.

L'action positive du CHF sur l'absentéisme des membres est un élément fondamental du discours que l'association doit acquérir. C'est un argument valorisable auprès des autorités économiques et sociales car les arrêts de travail longs préjorent une réinsertion sociale rapide et stable.

IMPACT DE L'ABSENTÉISME SUR LES EMPLOYEURS : DONNÉES GLOBALES

Côté employeur, les jours d'absence représentent un coût direct qui se ventile entre :

- baisse de productivité & désorganisation de la production
- aménagement de poste ou recrutement éventuel de remplacement
- coût de contrôle des arrêts injustifiés

Même si l'employé ne prend pas de congés maladie, les problèmes de santé mentale peuvent entraîner une importante réduction du niveau d'activité et de performance habituel. C'est ce qui est appelé : présentéisme. Le critère perte de productivité partielle est plus fin que le critère du nombre de jours d'absence, pour évaluer l'impact des troubles psychiques sur l'emploi. Il est plus complexe à établir.

L'absentéisme, la perte de productivité et la désorganisation engendrent des coûts d'ajustement et de contrôle pour l'employeur.

IMPACT DE L'ABSENTÉISME SUR LES EMPLOYEURS : DONNÉES FRANÇAISES⁽⁸⁹⁾

L'ACTION DU CHF AUPRÈS DES EMPLOYEURS

Pour les entreprises partenaires de l'association Clubhouse :

- Le Clubhouse est un lieu de dialogue pour l'employeur du membre en arrêt de travail.
- L'employeur peut discuter la manière de repenser, aménager le poste pour améliorer les conditions du retour du membre à l'activité.
- Sur ce point l'action du CHF rejoint la problématique particulière du maintien dans l'emploi, 2^e sujet fondamental pour l'association après le retour à une activité professionnelle.

Le CHF offre la possibilité aux entreprises partenaires de le joindre à tout moment pour co-construire des solutions sur mesure.

II - E - d - LA CHARGE SOCIALE DES PRESTATIONS COMPENSATOIRES

En 2008, les dépenses publiques consacrées au handicap représentent presque 2 % du PIB et les prestations de handicap sont assumées⁽⁹⁰⁾ pour plus de 40 % par les régimes d'assurance sociale et plus de 30 % par les pouvoirs publics, 20 % par les établissements spécialisés au travers des prestations médico-sociales, 6 % par les mutuelles et les employeurs.

La Drees et l'INSEE estiment le montant de l'Allocation Adulte Handicapé⁽⁹¹⁾ pour 2012 à 7,7 Md€, soit près de 22 % des 35,6 Md€ dédiés à l'invalidité (l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées⁽⁹²⁾ représentent 37 % ; les pensions et rentes (remplacements de revenu) comptent pour 24,5 %).

Les actions favorisant le maintien ou le retour à l'emploi des personnes vivant avec un trouble psychique permettent aux travailleurs de retrouver une autonomie financière qui diminue ou remplace les prestations compensatoires et minima sociaux.

FOCUS CLUBHOUSE FRANCE (CHF)

Hypothèses de travail : Quelles sont les répercussions sur le pouvoir d'achat, l'autonomie financière et la qualité de vie des membres du CHF ?

IMPACT DU MODÈLE CH SUR LES REVENUS

(Échantillon : 30 membres du CHF suivis sur 18 mois⁽⁹³⁾)

Situation / revenus	Nombre de membres	% de l'échantillon ⁽⁹⁴⁾
Progression	9	27 %
Stagnation	22	67 %
Régression	2	6 %

Quasiment 30 % de l'échantillon est en situation d'amélioration de ses revenus grâce à la perception ou à l'augmentation du salaire. Dans 1/3 des cas (3 membres sur 9) cette amélioration des revenus est issue du salaire seul (sans allocation, ni pension ni indemnité).

II - E - e - LES RÉPERCUSSIONS SUR LES AIDANTS

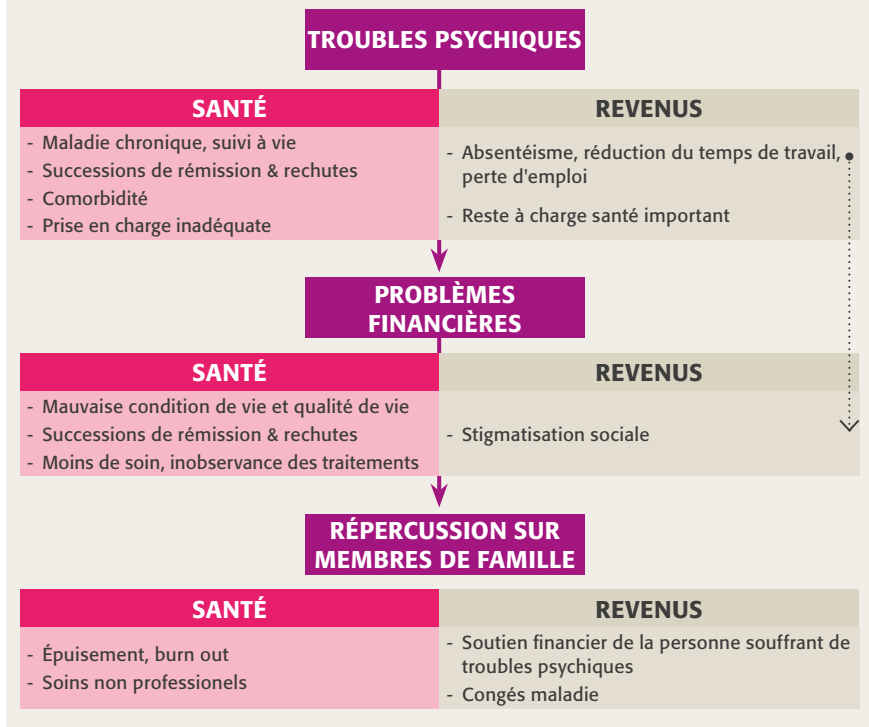
Les membres de la famille sont souvent les principaux aidants des personnes atteintes de troubles psychiques. L'OMS considère qu'il est difficile d'évaluer et de quantifier la charge que font peser ces troubles psychiques sur les familles. Elle n'est donc bien souvent pas prise en compte alors qu'elle est réelle. Cette charge influe sur la qualité de vie de la famille et sur la productivité au travail des aidants.

L'entourage de la personne vivant avec un trouble psychique subit un coût d'opportunité important car la prise en charge du trouble prend du temps et de l'énergie et induit un manque à gagner :

- Coût d'opportunité direct : l'aidant renonce à une promotion dans une autre ville pour pouvoir continuer à s'occuper de son parent en situation de handicap.
- Coût d'opportunité indirect : l'aidant renonce à transformer l'argent en bien-être par manque de temps ou d'énergie. La fréquentation d'un mode de prise en charge tel que le modèle Clubhouse par le membre peut permettre à minima une restauration de ces aspects pour les aidants.

Le schéma ci-après modélise la charge des troubles psychiques pour les aidants, par répercussion de la tension qui s'exerce sur les personnes souffrant de ces troubles.

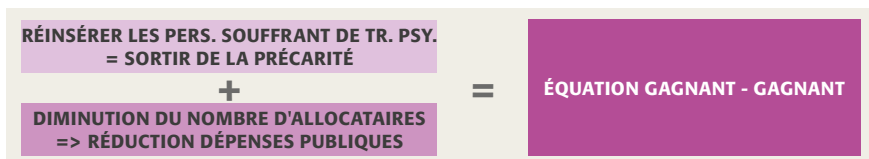
La charge des troubles psychique®



II - E - f - PAUPÉRISATION ET DÉPENDANCE

PAUPÉRISATION, DÉPENDANCE & HANDICAP

Données Insee fin 2012 : 38 % des bénéficiaires de l'AAH sont considérés comme pauvres (le montant de l'AAH : 807 € bruts mensuels est inférieur au montant qui définit la catégorie bas revenus de l'Insee, qui est de 845 € bruts mensuels). C'est 3 fois plus que la population générale et 5 points de plus que la catégorie de population à bas revenus⁽⁹⁵⁾.



Pour autant, une allocation partielle ou minimale paraît utile pour des personnes qui, en raison de nombreux allers-retours entre les soins et l'activité, travaillent le plus souvent à temps partiel. Il s'agirait d'une AAH différentielle, complétant les revenus du travail partiel.

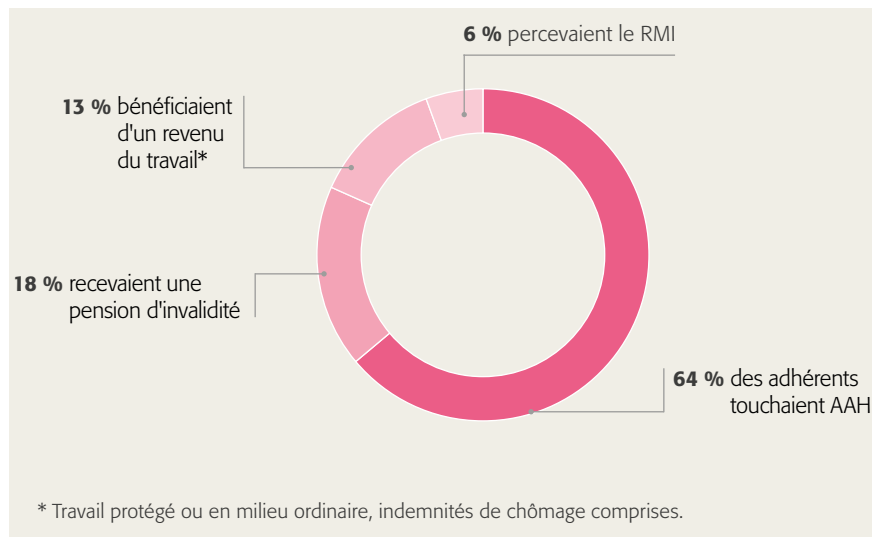
À savoir : en cas d'échec dans l'emploi, une nouvelle demande d'AAH exige un délai important qui peut freiner la volonté d'avoir une activité professionnelle et donc nuire à l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques.

PAUPÉRISATION, DÉPENDANCE & TROUBLES PSYCHIQUES

Le manque de données socio-économiques disponibles dans les bases de données existantes ne permet pas actuellement le suivi de la précarisation des personnes atteintes de troubles psychiques mais cette dernière a pu être mise en évidence à partir d'enquêtes ponctuelles chez des groupes spécifiques⁽⁹⁶⁾.

Un article de 2014⁽⁹⁷⁾ révèle que sur environ 700 000 personnes en situation de handicap psychique, seulement 9 000 à 30 000 personnes, selon les enquêtes, sont demandeurs d'emploi ou assimilés. Cap Emploi affiche un taux de remise en activité des personnes de 65 % qui s'effondre lorsqu'il s'agit des personnes souffrant de handicap psychique. Ce réseau accueille 100 000 bénéficiaires de la RQTH mais seulement 8 % au titre du handicap psychique.

Une enquête Unafam de 2004 sur les modes d'accompagnement des proches, montrait l'étendue des besoins en termes de réinsertion et d'accès à l'emploi. Sur 5 000 familles adhérentes interrogées :



L'IMPACT DU MODÈLE CLUBHOUSE SUR LA PAUPÉRISATION ET LA DÉPENDANCE

Le modèle Clubhouse a choisi de répondre à un besoin non couvert de manière originale : il agit sur le maintien de la personne dans son logement et sur une amélioration du niveau de ressources par le retour à une activité professionnelle, en favorisant le travail en milieu ordinaire.

Pour entrer au CHF, certains éléments de revenu sont demandés : le membre doit préciser s'il bénéficie de l'AAH, du RSA, des APL, d'un complément de mutuelle d'entreprise suite à arrêt maladie, ou d'indemnités chômage. S'il bénéficie de la RQTH, il est libre d'en faire mention au CHF.

IMPACT DU MODÈLE CH SUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

30 membres du CHF suivis sur 18 mois⁽⁹⁸⁾

Situation / activité pro	Nombre de membres	% de l'échantillon ⁽⁹⁹⁾
progression	8 ⁽¹⁰⁰⁾	24 %
amélioration entre T0 et T2	4	12 % ⁽¹⁰¹⁾
stagnation	19	58 % ⁽¹⁰²⁾
régression	2	6 %

Le handicap psychique se traduit par une diminution de la lisibilité sociale. Le modèle Clubhouse redonne de la lisibilité sociale à ses membres. L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans le monde du travail permet de sortir de la précarité et favorise l'amélioration globale de la qualité de vie.

II - F - LES BÉNÉFICES DU CHF SUR LA QUALITÉ DE VIE

Les innovations du système sanitaire aujourd'hui challengent fortement la valorisation de l'innovation. Il s'agit d'évoluer vers une conception systémique et dynamique de la valeur.

L'impact du modèle Clubhouse se répercute à différents niveaux du système sanitaire & social. Les membres du CHF en tirent des bénéfices aussi bien sociaux et économiques que médicaux. La pertinence du modèle se mesure par l'augmentation régulière du nombre de membres (106 en octobre 2015 ; 121 en décembre 2015) et l'existence d'une liste d'attente pour entrer au CHF. Son positionnement en fait un acteur du case management à la française.

À l'issue de la recherche participative, 84 % des membres interrogés (30 membres interrogés) se sentent responsables et aux commandes de leur propre vie et 64 % ont le sentiment d'avoir évolué positivement et associent ce bénéfice à une diminution des symptômes et une plus grande stabilité générale.

II - F - a - AMÉLIORATION DE L'OBSERVANCE ET DES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

L'étude montre que la surmortalité associée aux maladies psychiques s'explique par un nombre élevé de suicides et un risque plus grand de décéder de certaines autres maladies, par les effets secondaires de la médication et par le lien fréquent entre les troubles mentaux et des habitudes de vie néfastes pour la santé ⁽¹⁰³⁾. Au-delà des stratégies thérapeutiques de stabilisation des symptômes des troubles psychiques, la prise en charge doit viser la rémission comme amélioration durable chez la personne en souffrance. Cette amélioration passe par l'observance des traitements et des comportements favorables à la santé.

Le modèle Clubhouse travaille à l'acquisition de comportements favorables à la santé, tels que la restauration des rythmes circadiens ⁽¹⁰⁴⁾ (via des horaires d'ouverture calés sur les jours ouvrés et une organisation des journées en journées de travail) et un bon équilibre alimentaire (via la prise de repas communautaires avec un focus nutritionnel). Le membre du CHF acquiert des habitudes de vie positives qui œuvrent à l'amélioration de l'observance. La situation sociale de la personne influe sur l'observance, et l'autonomisation du membre du CHF est un moyen d'amener les personnes non observantes à adhérer au traitement. Le membre CHF qui voit sa qualité de vie et ses revenus améliorés par le retour à l'activité professionnelle aura tendance à vouloir maintenir cet état d'autonomie et d'indépendance, ce qui favorisera une meilleure observance. L'inobservance le conduira à la rechute et à la désinsertion.

La recherche de C. Battin a mis en évidence une évolution positive sur l'item de la santé physique, via une échelle de mesure de la qualité de vie approfondissant plusieurs items (sommeil, alimentation, qualité de l'environnement...). Les scores correspondant à la qualité de vie relative à la santé physique ont augmenté au cours des 18 mois de suivi des membres.

La recherche a fait apparaître une diminution de la consommation d'alcool entre T2 et T3 et une diminution de la consommation de tabac sur les 18 mois de suivi des membres du CHF. Cette réduction des comportements néfastes à la santé influe positivement sur une des variables clés du rétablissement : la qualité de vie.

Selon les psychiatres, 1/3 des patients souffrant de schizophrénie sont inobservants et la proportion peut atteindre 2/3 des patients chez les personnes souffrant de trouble bipolaire. Or le pronostic des troubles psychiques dépend notamment de l'adhésion de la personne aux prises en charge proposées (Irdes). L'inobservance aggrave les troubles de l'humeur, la pathologie et donc les hospitalisations et péjore les possibilités de socialisation.

La non-observance impacte négativement deux facteurs de coût importants en santé mentale : les hospitalisations et les comorbidités.

Pathologies psychiques et physiques sont souvent associées car les facteurs de risque sont partagés : modes de vie non favorables à une bonne santé, comportements à risque et effets secondaires médicamenteux. Sur la trentaine de membres suivis pendant 18 mois dans le cadre de la recherche participative menée par C. Battin, entre 2013 et 2015, une stabilisation de l'état général des membres a été observée entre T1 et T3 ⁽¹⁰⁵⁾ et seuls 10 membres ont été hospitalisés depuis leur entrée au CHF (durée de fréquentation du CHF variable en fonction des membres).

Le Professeur Marion Leboyer ⁽¹⁰⁶⁾, de l'université Paris Est Créteil, chercheur à l'Inserm et membre d'un centre expert de la fondation FondaMental, présentait des chiffres impressionnants (pour le syndrome métabolique et l'hypertension artérielle) aux assises FondaMental Île de France en juin 2015. Le syndrome métabolique est caractérisé par une obésité abdominale, une HTA et des anomalies lipidiques et glucidiques. La prévalence de ce syndrome est 2 fois supérieure parmi les patients souffrant de troubles bipolaires versus la population générale. La prévalence est près de 3 fois supérieure chez les patients souffrant de troubles schizophréniques versus la population générale.

De plus, 70 % à 90 % des patients souffrant de bipolarité ayant un syndrome métabolique ne sont ni diagnostiqués ni traités. 10 % seulement des patients souffrant de schizophrénie ayant 1 HTA sont traités par hypertenseur. Pour ceux qui souffrent d'hyperglycémie : seulement 18 % sont traités et pour ceux qui souffrent d'hypercholestérolémie : seulement 8 % sont traités.

Le modèle Clubhouse, en redonnant de la lisibilité sociale à ses membres et en réduisant de fait les angoisses liées à l'avenir, par la restauration de la capacité à se projeter dans un projet personnel et à fonctionner en société, favorise l'observance des traitements et les comportements favorables à la bonne santé, même s'il n'est pas possible de le quantifier en l'état des données actuelles.

II - F - b - AMÉLIORATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES MEMBRES DU CHF

L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans le monde du travail leur permet de sortir de la précarité (AAH, RSA, pensions) et peut améliorer leur prise en charge globale (incluant la prise en charge médicalisée). L'insertion professionnelle favorise une amélioration globale de la qualité de vie. C'est le positionnement du 1^{er} Clubhouse français.

38 % des bénéficiaires de l'AAH sont considérés comme pauvres ⁽¹⁰⁷⁾ (3 fois plus que la population générale) car le montant de l'allocation est inférieur au montant qui définit la catégorie des bas revenus (845 € bruts mensuels). Nous avons vu que l'enquête Unafam de 2004 révélait que 64 % des adhérents touchaient l'AAH quand seulement 13 % des adhérents bénéficiaient d'un revenu du travail.

En 2006, l'OMS relevait que les troubles psychiques étaient responsables de 35 %

à 45 % de l'absentéisme au travail en Europe. Ces troubles altèrent la capacité des patients et de leurs aidants à travailler. À ces coûts économiques s'ajoutent des coûts humains de désocialisation et de perte de structuration qui aggravent les troubles. La collectivité subit aussi une lourde charge économique puisque la part la plus importante des coûts liés aux maladies mentales, après les coûts de perte de qualité de vie ⁽¹⁰⁸⁾, est celle des prestations compensatoires de revenu (indemnités journalières ou d'invalidité) pour un montant total de 24 Md€.

Les actions favorisant le maintien ou le retour à l'activité professionnelle des personnes vivant avec un trouble psychique (telles que celles menées par le CHF) permettent aux travailleurs de retrouver une autonomie financière et d'améliorer leurs revenus. Ce qui a également un effet sur la qualité de vie.

Sur la trentaine de membres du CHF suivis dans le cadre de sa recherche, C. Battin a observé une amélioration significative des aptitudes socioprofessionnelles, des capacités de travail des membres (capacité à se projeter dans le travail et à se sentir capable de travailler) et une augmentation du nombre de personnes insérées dans l'emploi. Le CHF a une action réelle et positive sur l'insertion socioprofessionnelle de ses membres.

Le nombre de membres en CDD-CDI sur la période étudiée est passé de 7 à 10 membres ⁽¹⁰⁹⁾. Près de 30% de l'échantillon sont en situation d'amélioration de leurs revenus par la seule perception d'un salaire ou par une augmentation de salaire.

Le CHF a donc une action positive, en termes de qualité de vie, via l'acquisition d'un revenu du travail. Cette recherche a révélé une augmentation du revenu moyen entre T1 = 985 € et T3 = 1160 €, sur les 18 mois de suivi de l'échantillon. Elle a également soulevé un point important concernant la relation entre la dépendance financière et la perception de la qualité de vie par les membres. Pour eux le sentiment d'empowerment est limité lorsque la symptomatologie est trop importante mais également lorsque le membre a le sentiment d'être dépendant sur le plan financier.

Pour ceux qui n'ont pas encore de projet défini, la fréquentation du CHF permet de susciter l'envie et le désir puisque 13 % des membres suivis au cours de cette recherche expriment leur volonté de construire un projet de retour à l'activité professionnelle.

Le CHF a également une action positive indirecte sur les aidants qui subissent des coûts d'opportunité lorsqu'ils accordent du temps et de l'énergie à la prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiques (renoncement à une promotion ou à transformer l'argent en bien-être). Lorsque le membre fréquente le CHF, l'aidant peut améliorer sa propre qualité de vie (moins de journées non travaillées ou des journées non travaillées qu'il peut se consacrer à lui-même).

II - F - c - STATUT ET RÔLE SOCIAL DES MEMBRES DU CHF

Dispositif expérimental de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques en France, non médicalisé mais en relation avec les soignants, le modèle Clubhouse est fondé sur le concept de rétablissement de la personne dans son autonomie et sa citoyenneté, qui passe par une démarche volontaire des membres de retour ou maintien dans l'emploi. Il s'agit de combler un besoin vital et insuffisamment couvert en France de retour à une vie en milieu ordinaire par l'insertion sociale et professionnelle, et de lutter contre la stigmatisation et l'isolement.

Le modèle Clubhouse prône la mise en action d'une dynamique de réseau qui centre le dispositif de prise en charge autour du membre CHF via une co-évaluation de ses besoins et de sa disponibilité au principe d'aide. Sur cette base le CHF promeut le développement du patient-expert et du pair-aidant.

La « pair-aidance » constitue un élément distinctif du Clubhouse France, une part de son ADN. Deux membres en ont fait leur spécialité : l'un suit une formation à la Sorbonne et l'autre est devenu salarié dans un système pilote de « pair-aidance ».

La mobilisation des membres au sein du CHF passe par leur participation régulière à l'évaluation de leur situation. Leur adhésion se construit sur les notions d'amélioration de la qualité de vie (sociale, professionnelle, financière, juridique, médicale...) et la reconnaissance de leurs compétences que la perte d'autonomie ne doit pas éclipser. Le modèle Clubhouse crée des opportunités socioprofessionnelles pour ses membres. Il veut démontrer que l'insertion sociale et professionnelle est une valeur ajoutée, pour ses membres et pour la collectivité, dans la prise en charge des troubles psychiques en France. Cette valeur est créée par le retour sur investissement social que génère le CHF (sans qu'il soit quantifiable avec les données actuelles du CHF). Les personnes en situation de handicap psychique ont des talents qui, bien utilisés, sont une source d'enrichissement humain, intellectuel, social et économique.

Les arrêts de travail longs péjorent une réinsertion sociale stable. Le modèle Clubhouse travaille à réduire les impacts négatifs des arrêts maladie qui concernent notamment l'éloignement progressif du marché du travail. En 2013 une étude a montré que les personnes souffrant de maladie chronique en France avaient un risque élevé de transition de l'emploi vers le non-emploi et que le risque de chômage était 2 fois supérieur pour les travailleurs de 30 à 54 ans en mauvaise santé par rapport à ceux en bonne santé (moindre promotion, non-renouvellement du contrat, licenciement).

La prise en charge spécifique fondée sur la « pair-aidance » et la notion de patient-expert permet de ne pas subir l'arrêt maladie mais de le gérer de façon proactive pour le membre qui demande une hospitalisation courte lorsqu'il sent la crise arriver. La fréquentation du CHF favorise un retour rapide à l'activité professionnelle

car le membre du CHF remplace le temps non travaillé par du temps de fréquentation du CHF, organisé en journées de travail, qui permet de rester actif et de garder le rythme du milieu professionnel.

Les sciences sociales ont reconnu l'interdépendance qui existe entre la situation sur le marché du travail et l'état de santé mentale d'un individu. Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, l'autonomie et la responsabilisation sont à restaurer. Le but recherché est la transformation d'une logique d'assistance par une logique d'insertion. Le membre du CHF devient acteur et contributeur, social et économique, pour lui-même et pour la communauté. Le modèle Clubhouse recherche ce but dès l'hospitalisation. La fréquentation du CHF pendant l'hospitalisation permet un retour progressif à la vie sociale, un maintien des liens sociaux et une meilleure qualité de prise en charge globale qui permettent au membre CHF de ne pas abandonner son projet personnel d'insertion, notamment professionnel. Le travail procure une stabilité économique et favorise le retour à l'autonomie. Il procure une structure quotidienne qui fait sens, des opportunités sociales et de la reconnaissance sociale.

Sur l'aspect social de la prise en charge, beaucoup d'éléments positifs ressortent de cette étude. L'amélioration de la place du membre du CHF dans la société et de ses compétences sociales, c'est-à-dire sa capacité à décrire sa place et son rôle social et d'en avoir une vision réaliste. L'amélioration des échanges relationnels par la capacité à prendre plus de recul dans les échanges avec l'autre et un renforcement du sentiment d'efficacité personnelle. Ils ont une meilleure confiance en eux et en leurs capacités à établir des relations avec l'autre. Trouver sa place au sein du CHF donne une légitimité sociale. Ceci peut être résumé par un développement important des compétences sociales et professionnelles des membres du CHF.

Sur la trentaine de membres du CHF suivis sur 18 mois, 36 % de l'échantillon est en situation favorable par rapport à l'activité professionnelle (retour ou maintien dans l'activité professionnelle). 12 % sont en amélioration de leur situation professionnelle (ex : maintien d'une situation avec des caractéristiques identiques d'une année sur l'autre) et 24 % sont en progression significative (ex : passage d'1 stage vers CDD ou CDD vers CDI).

La « pair-aidance » a un grand rôle à jouer dans ce développement de compétences, par l'émulation et la stimulation qui existent entre les membres du CHF. La « pair-aidance », couplée à la cogestion du lieu d'entraide et à l'accessibilité permanente et entière des salariés du CHF, créent un avantage compétitif important par rapport à d'autres lieux d'accueil comme les SAVS où les membres ressentent l'existence d'une barrière entre les travailleurs sociaux ou les psychologues et eux.

Au cours de la recherche menée sur 18 mois au sein du CHF, les types d'aides apportées par le CHF les plus souvent citées sont la création du lien social (pour 90 % des membres interrogés), l'aide au projet professionnel (près de 60 %), le cadre structurant (plus de 50 %), le lieu d'entraide social (30 %).

Et la qualité de l'accompagnement est mentionnée comme ouvrant des perspectives réalisables, c'est-à-dire que la réalisation de certains projets devient envisageable pour les membres du CHF.

Lorsque les personnes souffrant de troubles psychiques sont traitées, stabilisées et observantes et lorsqu'elles sont soutenues en cela par les bénéfices psychiques et financiers d'une réinsertion sociale, citoyenne et professionnelle, les impacts positifs sont nombreux :

- Le poids des soins dispensés par les proches est allégé donc la charge pour les aidants est allégée.
- Le nombre de journées de travail perdues baisse donc la perte de revenu est moins importante pour les membres du CHF et leurs aidants et la perte de production est moins importante pour l'entreprise.
- La pauvreté et l'assistanat se réduisent. Les transferts de coûts sont positifs pour les pouvoirs publics.

Différents types de gains sont observables pour les membres du CHF, leur entourage et la collectivité.

Ce modèle innovant de prise en charge des troubles psychiques agit sur une série de facteurs listés par l'OMS comme source de coûts autres que les coûts de soins et de productivité :

- pour les patients : l'anxiété et la souffrance liées à l'incertitude et à l'absence de projet d'avenir, la problématique particulière du suicide.
- pour la famille, les aidants : l'anxiété, la solitude et la stigmatisation.
- pour l'entreprise : les coûts d'ajustement et de contrôle en termes de Ressources Humaines.
- pour la collectivité : la problématique des besoins non satisfaits (retards diagnostics et pertes de vies) et de l'exclusion sociale.

La responsabilité sociale du CHF est un levier de transformation de la prise en charge des troubles psychiques en France et de création de valeur.

III - PRÉSENTATION ET VALORISATION DES RÉSULTATS

Le Haut Conseil de Santé Publique explicite la santé mentale comme l'un des 5 objectifs prioritaires de la loi de modernisation du système de santé français, à partir de plusieurs critères :

- Le « burden of disease » ⁽¹¹⁰⁾, le poids de la morbidité ⁽¹¹¹⁾, les motifs de recours aux soins hospitaliers et ambulatoires, la charge des comorbidités et de l'espérance de vie sans incapacité pour la collectivité ;
- la possibilité d'actions de prise en charge ou prévention existantes ou potentielles et la perception d'une demande sociale en termes d'inégalités de santé ;
- le poids des enjeux économiques et la place de la recherche.

Quels sont les axes possibles de positionnement du Clubhouse France (CHF) pour faire valoir, auprès des autorités et financeurs, l'utilité de sa structure de prise en charge innovante des troubles psychiques ? Les champs d'action et de recherche en santé mentale sont les capacités cognitives et la dynamique personnelle, les compétences professionnelles et les habiletés sociales, et les éléments psychopathologiques résiduels. Le CHF se situe au carrefour de tous ces éléments mais devra choisir sur quels aspects appuyer la démonstration de son efficacité dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiques en France. Le 1er choix à faire s'effectuera entre la sphère sanitaire (ex : efficacité sur la réduction des hospitalisations) et la sphère sociale (ex : taux de maintien ou de retour à une activité professionnelle).

Les deux premières parties du rapport montrent la valeur ajoutée du modèle innovant Clubhouse. Dans cette dernière partie est proposée une série d'indicateurs de suivi des membres en fonction de la dimension qui fera l'objet des prochaines études : médicale et sanitaire ou sociale et professionnelle. Enfin la légitimité du modèle Clubhouse dans le paysage de la santé mentale aujourd'hui en France sera mise en valeur : ses atouts pour bénéficier de l'évolution actuelle du système sanitaire français vers une organisation fondée sur le parcours du patient et la manière de promouvoir ces atouts auprès des interlocuteurs de l'association et de les étayer par de futures recherches.

III - G - CONCEPTS UTILISABLES ET ACCROISSEMENT DE L'EFFICIENCE DU MODÈLE CLUBHOUSE

III - G - a - LES CONCEPTS CLÉS POUR ASSEOIR LE MODÈLE CLUBHOUSE

- « Unmet NON medical needs » ou besoins non médicaux non couverts (en référence aux « unmet medical needs », besoins médicaux non couverts em-

ployés dans les études médico-économiques en santé). C'est une formulation plus large que les besoins sociaux qui induiraient des représentations limitées et tronqueraient le positionnement à 360° du modèle Clubhouse. Le Clubhouse France répond à des besoins non satisfaits de personnes par ailleurs suivies par le secteur psychiatrique ou médico-social, dans un souci d'amélioration de leur qualité de vie.

- Éducation Sociale et Professionnelle (ESP, en référence au concept d'ETP ⁽¹¹²⁾, promue mais sous-employée aujourd'hui). Les personnes souffrant de troubles psychiques doivent réapprendre à fonctionner en société et dans leur quotidien. L'idée-force pour le Clubhouse France : utiliser l'ESP comme pilier d'une mission de coordination de parcours en santé mentale.
- Capitaliser sur la logique et la cohérence du parcours, particulièrement mises en valeur dans les textes officiels ⁽¹¹³⁾. Le modèle Clubhouse a une importante carte à jouer sur les ruptures de parcours de soins des personnes atteintes de troubles psychiques (réinsertion sociale et professionnelle, lutte contre l'inobservance des traitements, réduction des comorbidités et des ré-hospitalisations).
- Revisiter la notion de QALY anglaise ⁽¹¹⁴⁾ sous la forme d'années de vie gagnées sans incapacité professionnelle (ce qui accroît considérablement la qualité de vie des patients atteints de troubles psychiques). Ou utiliser la notion de DALY ⁽¹¹⁵⁾ qui permet de mesurer le poids d'une pathologie pour l'individu et la société ⁽¹¹⁶⁾. Le défaut de santé d'une population est mesuré en DALYs qui représentent la somme des années de vie perdues pour cause de mort prématurée et d'années vécues avec une incapacité.
- Le « Burden of disease » ou poids de la pathologie, mesure l'écart qui existe entre l'état de santé actuel d'une population et l'état de santé optimal de cette population dans laquelle tous les individus atteindraient une espérance de vie maximale sans souffrir des principales pathologies ^(117, 118). Cette notion permet aux décideurs d'identifier les problèmes de santé les plus sérieux auxquels une population doit faire face et de prioriser les réponses.
- Les « Real World Data » ou données en vie réelle, qui sont donc collectées en dehors des essais cliniques et qui constituent la « Real World Evidence » à laquelle les parties prenantes du système sanitaire accordent de plus en plus de valeur. Les données en vie réelle sont plus accessibles aux décideurs et pertinentes pour déterminer l'efficacité d'une prise en charge, voire une forme de paiement à la performance (« performance based payment »).
- Enfin, pour rester sur des notions économiques, on peut utiliser la notion de retour sur investissement social, particulièrement pertinente pour le modèle socio-économique du Clubhouse.

Toutes ces notions sont recevables au premier chef par l'ensemble des autorités sanitaires et de la protection sociale. Elles sont également utiles pour argumenter sur la pertinence du modèle Clubhouse auprès des autorités sociales, par les conséquences qu'elles engendrent sur les sphères sociale et sociétale.

III - G - b - COMMENT ACCROÎTRE L'EFFICIENCE DU MODÈLE CLUBHOUSE EN FRANCE ?

LA LÉGITIMITÉ DU MODÈLE CLUBHOUSE

L'un des premiers arguments valorisables, quel que soit l'interlocuteur concerné, c'est que la loi de modernisation du système de santé français (2015) se fonde sur 3 axes : la prévention, la facilité de santé au quotidien et l'innovation en santé pour consolider l'excellence de notre système.

Sur ces 3 axes, le modèle Clubhouse est légitime :

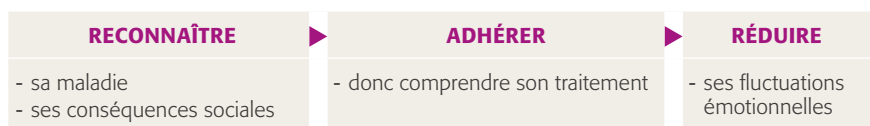
PRÉVENTION : La relation avec les soignants et l'entourage permet 1 réaction rapide en situation de crise et le retour à l'activité professionnelle. Le processus de restauration du soi permet 1 réduction des hospitalisations.

FACILITÉ : le CHF est 1 structure de prise en charge de proximité qui permet d'éviter les ruptures dans le parcours de soins.

INNOVATION organisationnelle dans le parcours de vie en santé mentale, le CHF prône la prise en charge globale versus centrée sur le soin et tend vers l'excellence et la qualité du système sanitaire français.

En ce qui concerne les troubles psychiques, au-delà des stratégies thérapeutiques de stabilisation des symptômes, il faut viser la rémission comme amélioration durable chez la personne.

Ce concept de rémission engage la capacité du patient à



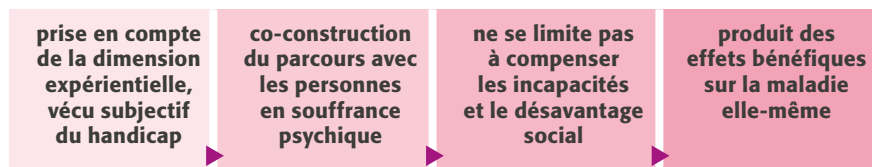
En l'absence de stabilisation du traitement et de la maladie, il est difficile de pronostiquer l'aptitude à l'emploi. Ce sont des postulats de départ pour entrer au Clubhouse France et en devenir membre⁽¹¹⁸⁾.

Le changement de modèle de prise en charge via la réhabilitation psychosociale et le modèle Clubhouse imposent un focus sur les déterminants de l'insertion professionnelle : le sentiment d'efficacité personnelle (considération du vécu de la personne et de son savoir sur elle-même) et la qualité du soutien social. Le modèle Clubhouse prône la mise en action d'une dynamique réseau qui passe par le recentrage du dispositif de prise en charge autour de la personne, une co-évaluation de ses besoins et sa disponibilité au principe d'aide. À partir de ces éléments le CHF promeut le développement du patient-expert & du pair-aidant, la première notion étant au service de la seconde.

Le CHF légitime son modèle en opérant un déplacement positif du patient assisté vers le membre acteur et contributeur, pour lui-même et pour la communauté.

Un membre du CHF n'est plus seulement utilisateur de services mais acteur participatif de la qualité des services qui doivent répondre aux besoins exprimés. C'est le principe de codécision et d'évaluation des possibles du moment présent pour la mise en œuvre de dispositifs de transition vers des états présentant moins d'incertitude.

APPROCHE PSYCHOSOCIALE



L'approche psychosociale est un processus facilitant l'optimisation du fonctionnement autonome en communauté. Cette compétence peut être acquise ou augmentée par l'apprentissage. C'est le positionnement du modèle Clubhouse : accorder priorité aux capacités de l'individu et optimiser l'apprentissage des habiletés élémentaires et de l'autodétermination.

En mettant son vécu (expérience intime) au service de son rétablissement (expérience partagée au sein de l'association), le membre du CHF acquiert davantage d'expérience et de connaissance de lui-même. Ce processus se rapproche de celui de la « réalité augmentée ». Le membre devient expert, co-constructeur de sa réhabilitation sociale. Le vécu et la co-construction du rétablissement se nourrissent d'une expérience mutuelle qui « augmente » le membre du CHF (cf graphique suivant).

La réalité augmentée du patient expert, membre CHF®

Co-construction d'un processus de restauration de soi, de rétablissement



Après un rappel des coûts de prise en charge en psychiatrie selon le type d'établissement de jour fréquenté, il sera démontré que le modèle Clubhouse permet

de réduire les coûts de prise en charge hospitalière. Ensuite son impact social et socio-professionnel sera étudié, avant de proposer des pistes d'amélioration de l'efficacité du modèle Clubhouse de prise en charge en santé mentale.

LE MODÈLE EFFICIENT DU 1^{er} CLUBHOUSE FRANÇAIS

La vision de la problématique en santé mentale doit être collective et les institutions doivent apporter des réponses partagées qui tiennent compte des impacts budgétaires. Le raisonnement ne doit pas se fonder sur des notions de perte de ressources ou de transfert de charge mais plutôt sur le redéploiement des ressources pour une meilleure adéquation aux besoins mis en évidence collectivement : évolution de l'hospitalisation vers l'ambulatoire et du sanitaire vers le médico-social.

Efficience = adéquation des ressources et des besoins

DES ARGUMENTS À LA FRONTIÈRE DES DIMENSIONS SOCIO-PROFESSIONNELLE ET MÉDICO-SOCIALE

L'intégration des soins et des services doit être renforcée au sein du système sanitaire français, ce qui nécessite de mettre en place des pratiques de réseau et de s'appuyer sur des personnels compétents en termes de suivi et de coordination des parcours et des réseaux. Le CHF a cette position particulière de médiateur entre l'insertion et le soin. C'est l'une des forces principales du modèle Clubhouse aujourd'hui car la mise en réseau, social et professionnel, permet une approche qualitative des situations individuelles sous un angle global, contextuel et dynamique. Ce faisant le CHF s'intéresse à l'évolution de la personne dans son parcours de vie et surtout aux leviers possibles d'amélioration de sa situation personnelle (au sein d'une communauté). L'association promeut des actions de réseau qui dynamisent les partenaires qui s'emparent concrètement de la question de la restauration de la citoyenneté des personnes atteintes de troubles psychiques, dans ses dimensions sociale et professionnelle.

Sur le plan de la prise en charge thérapeutique, la capacité du patient à prendre conscience de la réalité du trouble psychique dont il souffre, peut influencer de façon positive sur l'amélioration de sa qualité de vie via l'alliance thérapeutique qu'il sera capable de nouer avec ses soignants. À ce titre l'éducation thérapeutique (ETP), encore insuffisante aujourd'hui, trouve parfaitement sa place. C'est sur ce type de notion que se situe le CHF, via une forme d'éducation sociale et professionnelle (ESP), assise sur une capacité du patient déjà élevée, en ce sens qu'il a intégré sa pathologie, sa gravité, sa chronicité, une démarche volontaire d'accès aux droits du citoyen, notamment son autonomie et le retour à l'emploi. L'ETP et l'ESP sont synergiques.

Les GEM sont un outil d'amélioration de la qualité de vie des malades et un outil de prévention des rechutes, contribuant ainsi à la réduction de la durée globale

d'hospitalisation. La Cour des comptes rappelle qu'en 2011, les 345 GEM, ayant signé des CPOM⁽¹¹⁹⁾, reçoivent 23,5 M€/an de la CNSA pour pérenniser leur action. Le modèle Clubhouse ajoute aux dimensions de qualité de vie et de réduction des hospitalisations celle du retour à une activité professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques, qui favorise et pérennise le maintien en milieu ordinaire (logement et travail) et l'amélioration des conditions de vie via une plus large autonomie. Des arguments de poids à faire valoir auprès des autorités et à renforcer par la notion de membre à vie du CHF.

Le modèle Clubhouse est un outil pour lutter contre deux conséquences de la maladie :

- le taux de dépréciation du capital santé (interdépendance de la maladie avec l'état de santé général et la qualité de vie globale) ;
- la réduction des investissements futurs en capital humain (via la restauration du soi, le retour à l'activité professionnelle et la citoyenneté).

LES INDICATEURS DE SUIVI DE L'ACTIVITÉ DU CHF

Les indicateurs de suivi des membres du CHF en 2015 sont consultables en annexe⁽¹²⁰⁾.

L'identification des facteurs de risque des pathologies psychiatriques passe par des études de suivi des membres du CHF. Ces études sont essentielles en termes de santé publique et permettent au modèle Clubhouse de démontrer son action positive sur les facteurs psychologiques et sociaux.

Pour faire valoir son modèle, le CHF doit nécessairement professionnaliser et systématiser son recueil de données. Les tableaux de bord existants au CHF sont une base de travail utile. Mais il est nécessaire de les compléter par des données aujourd'hui manquantes, utiles à l'analyse de différents aspects du parcours de vie des membres, pour mesurer les bénéfices apportés par la structure. Pour pouvoir cartographier un parcours par membre (médical, social et professionnel), il faut organiser un recueil d'informations observationnel, réalisé par l'équipe du CHF, complémentaire aux données déclaratives des membres.

Dans la troisième partie de ce rapport, après avoir présenté les résultats du CHF et proposé une typologie d'argumentaires en fonction des interlocuteurs potentiels de l'association, un panorama non exhaustif des futures études qui peuvent être conduites pour étayer cette démonstration scientifique est établi ainsi qu'une série de recommandations.

III - H - ADAPTER LES ARGUMENTS AUX INTERLOCUTEURS DE L'ASSOCIATION

LES ÉLÉMENTS D'APPUI DU DISCOURS PUBLIC DES AUTORITÉS

Le CHF peut appuyer son argumentation sur certains points du discours public des autorités (DGS, DGOS, HAS, Europe)⁽¹²¹⁾. Différents éléments d'argumentaires ciblés en fonction des interlocuteurs de l'association sont à construire par le CHF.

III - H - a - BÉNÉFICES ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX DU MODÈLE CLUBHOUSE

L'IRDES observe un effet concurrentiel et frictionnel entre les secteurs sanitaire et médico-social, ressenti par les acteurs de terrain qui perçoivent les professionnels de santé dans les centres médico-sociaux comme une offre de soins parallèle mais non complémentaire. Au titre de la réduction de l'effet frictionnel entre les secteurs sanitaire et médico-social, le positionnement du modèle Clubhouse est particulièrement innovant. Il n'entre en concurrence ni avec le secteur sanitaire ni avec le secteur médico-social.

Le CHF s'insère parfaitement dans le dispositif global de prise en charge lors de la sortie des patients des séjours de post-cure (après hospitalisation). Il complète efficacement cet accompagnement multidimensionnel pour la réhabilitation psychologique et sociale, en se focalisant sur la dimension sociale après stabilisation du traitement. L'articulation avec les centres de postcure se fait sur un axe de continuité de l'accompagnement du retour à la citoyenneté et de la réinsertion sociale et professionnelle.

Ce positionnement unique et nouveau, renforcé par les preuves de concept de cette structure déjà très développée à l'étranger, en fait une expérimentation organisationnelle de prise en charge psychiatrique qui doit être soutenue et déployée sur l'ensemble des territoires de santé.

Une meilleure coordination du parcours de soins d'un individu, favorisée par une utilisation pertinente des données individuelles, permet de générer des gains d'efficacité du système de santé dans son ensemble, à qualité de soins égale.

La compréhension transversale du système de prise en charge en santé mentale en France se traduit nécessairement par le développement d'un processus de coordination du parcours patient. Le positionnement à 360° du CHF représente un net avantage compétitif par rapport au rôle de coordonnateur du parcours qui constitue un levier de pérennisation et de déploiement de son modèle de prise en charge.

DES BÉNÉFICES SUR LES DÉPENSES SANITAIRES

Coûts de prise en charge/personne/an, selon type de prise en charge de jour, en psychiatrie

CHAMP SOCIAL	
Clubhouse	en 2015 : 5 000 €/pers/an (3 500 €/pers/an fin 2016 avec 160 pers) Comparé au SAVS ou SAMSAH, CHF n'induit pas de coût de résidence d'accueil car le membre possède son logement indépendant.
CHAMP MÉDICO-SOCIAL	
GEM	1 300 €/pers/an (Pas de vocation à aider au retour à 1 activité professionnelle vs CHF)
SAVS	prix de journée varie en fonction des Conseils Généraux Ex : 54 €/pers/jour = 1 620 €/mois = 19 440 €/an, autre ex : 30 €/pers/jour = 900 €/mois = 10 800 €/an D'env. 10 000 à 20 000 €/membre/an, idem SAMSAH
SAMSAH	prix de journée + forfait annuel de soins D'env. 10 000 à 20 000 €/pers/an, idem SAVS
CMP	coût séance psychiatre de 30 € à 100 € (30 min à 1 heure) = 65 € en moyenne. Ex : membres CHF en séance entre 1 fois/semaine et 1 fois/mois => en moyenne 1 fois/15 jours = 24 séances/an x 65 = 1 560 €/an en moyenne.
CHAMP SANITAIRE	
HDJ	prix de journée + forfait hospitalier (arrêts préfectoraux s et ministériels) 450 €/jour* = 13 500 €/mois = 162 000 €/an + forfait hospitalier « psy » : 13,50 €/jour = 405 €/mois = 4 860 €/an TOTAL : 166 860 €/an (arrondi à > 150 000 € / an)
HC	prix de journée + forfait hospitalier (arrêts préfectoraux et ministériels) 1 000 €/jour** = 30 000 €/mois = 360 000 €/an + forfait hospitalier « psy » : 4 860 €/an TOTAL : 364 860 €/an (arrondi à > 350 000 €/an)

* Tarif médian car variable selon les établissements d'env. 320 € à 570 € / jour

** Tarif moyen repris dans les rapports officiels (ex : Cour des comptes)

CH : Activités de jour, organisation en journées de travail, focus sur retour à activité professionnelle

GEM : Groupes d'entraide mutuelle, activités occupationnelles de jour

SAVS* : Services d'accompagnement à la vie sociale

SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

CMP : Centre médico-psychologique

HDJ : Hospitalisation de jour. Journée débute par PEC soignante puis alternance d'activités artistiques collectives et de courts temps libres + repas thérapeutique

HC : Hospitalisation complète en psychiatrie

* Mission Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) : contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Besoins usager définis par équipe pluridisciplinaire avec lui, dans cadre d'élaboration de son projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement (logement, vie sociale et familiale, citoyenneté), de ses capacités d'autonomie et vie sociale et préconisations de Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Création et financement SAVS autorisés par Conseil Général, à la charge du département, au titre de l'accompagnement à la vie sociale.

** SAMSAH : mêmes missions que SAVS avec champ de compétences étendu à accompagnement médico-social adapté incluant prestations de soins. Public concerné : adultes + lourdement dépendants pour qui intervention soignante est nécessaire. Peuvent être complémentaires aux SAVS. Fonction de coordination des interventions soignantes + aide aux aidants + accompagnement à insertion professionnelle.

Les services d'accompagnement sont financés par le Conseil général via le prix de journée (env. 20 % des cas), majoritairement globalisés en dotation globale de financement (pour 80 % des cas) et l'ARS via des dotations globales annualisées. Les coûts sanitaires et médico-sociaux sont difficilement comparables car les types de comptabilité budgétaire sont hétérogènes.

À savoir : Une étude des coûts liés aux différentes modalités de PEC des troubles psychiatriques est complexe sur un plan scientifique, car les trajectoires sont complexes : alternance de phases aiguës et de rémissions, de séjours hospitaliers et de PEC(122) (médico) sociales (pour lesquelles le recueil de données est faible), concomitance et interactions de plusieurs modes de PEC sur une même période). Une comparaison budgétaire entre CMP et SAVS par exemple serait réductrice car le suivi psychiatrique préexiste à l'accompagnement médico-social et se poursuit après. Ces services d'accompagnement médico-social modifient les PEC en CMP de façon difficilement quantifiable (diminution ou augmentation des interventions en psychiatrie selon les cas). Ces services n'existant pas auparavant, ils constituent nécessairement un surcoût => les différents modes de PEC ne sont pas substitutifs mais complémentaires => il faut démontrer la réduction d'un service plus coûteux en faveur de l'augmentation d'un autre + efficace.

MODÈLE CLUBHOUSE - COÛTS COMPARÉS

Valeur de référence = coût annuel de prise en charge d'un membre au CHF :
5 000 € (2015)

- Tarif journalier hospitalier = 1 000 € => Si le CHF démontre qu'il permet de réduire le temps d'hospitalisation/an de plus de 5 jours, alors le CHF est coût efficace, dans le champ sanitaire.
- La DMAH⁽¹²³⁾ des personnes atteintes de schizophrénie = 83 jours soit env. 3 mois (IRDES). Les Clubhouses américains et européens affichent une réduction d'hospitalisation d'1/3, donc pour les personnes souffrant de schizophrénie = 1 mois d'hospitalisation en moins = 30 000 € de moins/an de coût de prise en charge. (Durée moyenne hospitalisation = 3 mois/an = 90 000 €/an -> action du Clubhouse, réduction durée d'1/3 -> durée hospitalisation = 2 mois/an = 60 000 €).
- Si le patient sort de l'hôpital pendant 1 mois (sur les 3 mois habituels/an), l'économie réalisée est de 30 000 € - 5 000 € = 25 000 €/an/patient souffrant de schizophrénie. Il existe un rapport de 1 et 5 entre la dépense représentée par les coûts de PEC⁽¹²⁴⁾ annuels via le CHF et les économies réalisées.

La démonstration de coût-efficacité du modèle Clubhouse repose sur des données comportant des biais au niveau de leur recueil, de leur analyse et des limites à leur utilisation. Mais elles permettent d'établir un pré-diagnostic positif de l'utilité du modèle Clubhouse et de sa valeur ajoutée économique dans l'offre de soins en santé mentale qu'il faudra à l'avenir compléter.

Constat français

25 % des séjours hospitaliers ont une durée supérieure à 1 an⁽¹²⁵⁾. Les séjours longs de psychiatrie représentent une des plus importantes parts des dépenses d'hospitalisation⁽¹²⁶⁾. Les dépenses d'hospitalisation (87 Md€) constituent la majeure partie de la Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM = 187 Md€)⁽¹²⁷⁾ et donc de la dépense publique de santé en France.

Le poids dans la file active des patients hospitalisés est faible : 0,8 % (près de 13 000 patients en 2011) mais représente 1/4 des journées d'hospitalisation et 1/4 des lits occupés. Les patients hospitalisés en psychiatrie représentent donc un poids majeur dans les ressources, l'activité et l'organisation des soins en établissements de santé.

La réduction des durées et fréquences des séjours en psychiatrie a un impact positif réel sur les dépenses de santé en France.

La problématique du CHF est celle de la valorisation économique de son impact positif sur la durée d'hospitalisation. Plusieurs éléments de l'argumentation sont à considérer :

- Le positionnement et la culture du 1^{er} Clubhouse français ne favorisent pas cette valorisation puisque les données médicales des membres sont déclaratives et non obligatoires pour entrer au CHF. Les données médicales ne sont donc ni recueillies de manière systématique, ni standardisables.
- Seule une estimation des gains pourra être faite, afin de donner des ordres de grandeur.
- Le Clubhouse France ne pourra utiliser cette valorisation que pour susciter auprès de la puissance publique la volonté de financer une évaluation médico-économique scientifiquement robuste.
- Les valeurs utilisées sont reprises de la section III – H – b - Comment accroître l'efficacité du modèle Clubhouse en France ? qui sont elles-mêmes des valeurs médianes étant donné la grande disparité de certains tarifs fixés par les autorités locales.

Le modèle de prise en charge du CHF est coût-efficace lorsque la réduction de la durée d'hospitalisation est supérieure à 5 jours. 5 x 1 000 € (tarif hospitalier jour) = 5 000 € = frais de prise en charge annuels d'un membre du Clubhouse Paris.

Pour illustrer la valorisation économique du modèle Clubhouse, 3 cas de membres du CHF sont détaillés ci-après, identifiés parmi les 100 premiers membres du CHF.

1^{er} cas : un membre entré au CHF en 2014 est hospitalisé volontairement pendant 4 jours seulement en 2015, alors que son séjour hospitalier durerait 1 mois/an sur la période précédant son entrée au CHF. Sur l'année 2015, l'économie réalisée sur les frais d'hospitalisation de ce membre s'élève à 21 000 € :

Tarif jour hôpital = 1000 €	2015 : 4 jours d'hospitalisation	réduction de durée de séjour (-26 jours)
=> 1 mois d'hospitalisation = 30 000 €	=> économie réalisée = 26 000 € - 5 000 € de PEC au CHF	= 21 000 € d'économies pour le système sanitaire français sur 1 an.

Sur le type de profil qui correspond au membre hospitalisé 4 jours au lieu de 30 jours, le modèle de prise en charge du CHF a un impact positif sur les coûts de la santé. Le modèle est coût-efficace.

Si on extrapole ce type de calcul sur 10 cas, on obtient sur 1 an une économie de (20 000 € x 10 cas =) 200 000 € en frais d'hospitalisation évités.

2^e cas : un membre est entré au CHF après une période de 7 ans en hôpital de jour (HDJ). Cette personne étant membre depuis 2 ans, nous retiendrons cette durée pour comparaison. Depuis son entrée au CHF, il n'a plus été admis en HDJ :

Tarif annuel PEC en HDJ = 150 000 €	Depuis entrée membre au CHF : plus du tout de séjour en HDJ	Suppression du recours à l'HDJ:
=> sur 2 ans avant entrée au CHF : membre = charge de 300 000 € pour le système sanitaire	frais de PEC au CHF sur 2 ans = 2 x 5 000 € = 10 000 €	= 290 000 € (300 000 € - 10 000 €) d'économies réalisés sur 2 ans pour le système de santé français.

Sur le type de profil qui correspond à la suppression du recours à l'hospitalisation de jour (HDJ) pour un membre depuis son entrée au CHF, le modèle de prise en charge du CHF est coût-efficace. Il représente une économie de 145 000 € sur 1 an en frais d'hospitalisation.

Si on extrapole ce type de calcul sur 10 cas, on obtient sur 2 ans une économie de (290 000 € x 10 cas =) 2 900 000 € en frais d'hospitalisation évités, soit près d'1,5 M€ sur 1 an.

3^e cas : avant son entrée au CHF, un membre a été hospitalisé à temps plein pendant 1 an puis en HDJ pendant 1 an et demi sur une base de quelques jours par semaine. À dater de début 2016, cette personne est membre du CHF depuis 2 ans et demi, sans aucune hospitalisation (par ailleurs cette personne est actuellement en CDI à temps partiel) :

1 an d'HTP	frais de PEC au CHF sur 2,5 ans à déduire :	Suppression recours HTP et HDJ:
= 350 000 € + 1,5 an d'HDJ (2 j/semaine) = 70 200 € = 420 200 € sur 2,5 ans.	12 500 € (5 000 x 2 + 2 500 €)	= > 400 000 € d'économie pour le système sanitaire français sur 2 ans et demi.

1 an et demi d'HDJ (par ex 2 j/semaine) avec un tarif journalier médian d'HDJ : 450 € x 2 j/semaine = 900 €/semaine x 52 semaines = 46 800 €/an donc pour un an et demi : 46 800 + 23 400 = 70 200 €.

Ce membre a donc fait potentiellement économiser au système : 420 200 € (350 000 € d'HTP + 70 200 € d'HDJ) – 12 500 € de PEC au CHF = 407 700 € que l'on peut arrondir à 400 000 € sur 2 ans et demi, soit 160 000 € sur 1 an.

Sur le type de profil qui correspond à la suppression totale du recours à l'hospitalisation (HTP et HDJ) pour un membre depuis son entrée au CHF, le modèle de prise en charge du CHF est coût-efficace.

Si on extrapole ce type de calcul sur 10 cas, on obtient sur 2 ans et demi une économie de (400 000 € x 10 cas =) 4 000 000 € en frais d'hospitalisation évités, soit plus d'1,6 M€ sur 1 an.

Les durées de membership de ces 3 exemples sont variables. Pour le 1^{er} cas : période étudiée = 1 an, pour le 2^e cas, période étudiée = 2 ans et pour le 3^e cas, période étudiée = 2,5 ans.

Si on ramène les chiffres à leur équivalence sur une année, les économies réalisées sont les suivantes : 20 000 € pour le 1^{er} cas + (290 000/2 =) 145 000 € pour le 2^e cas + (400 000/2,5=) 160 000 € pour le 3^e cas, soit un total de : 325 000 €

Pour 3 membres, le CHF a fait économiser 325 000 € au système de santé français sur une année. Le CHF compte, début 2016, plus de 120 membres. Les économies dégagées sur les frais d'hospitalisation grâce à la prise en charge du modèle Clubhouse représentent un gain potentiel de plusieurs millions d'Euros pour le système de santé français.

Rappel : il s'agit d'ordres de grandeur puisque de nombreux facteurs sont à prendre en compte dans la prise en charge médicalisée des personnes souffrant de troubles psychiques.

DES RÉSULTATS SUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE⁽¹²⁸⁾ ET SUR LES DÉPENSES SOCIALES

Le handicap psychique comprend 3 dimensions⁽¹²⁹⁾ : les symptômes cliniques (altèrent pensée, jugement et adaptation du comportement) produisent un retentissement sur la vie psychique de la personne (altération de son image et de celle des autres) et un retentissement sur les rapports entre le sujet et son milieu (agressivité, lassitude, rejet de l'entourage) qui peuvent se traduire en différents modes de mise à l'écart du monde du travail⁽¹³⁰⁾ :

ARRÊT MALADIE	- longue durée - lien fragilisé entre le salarié et l'entreprise
INVALIDITÉ	- maintien dans l'emploi difficile
LICENCIEMENT	- fort risque de désinsertion - l'entreprise subit le salarié

Quel est l'impact du modèle Clubhouse sur ces aspects du membre au travail ? Ce type de données est important pour valoriser le modèle de prise en charge unique du CHF auprès des autorités sociales (quels aménagements de poste, dans quelle proportion, quels effets sur la concentration, la rigueur au travail ou sur la qualité relationnelle en équipe de travail...). Ces données ne sont pas collectées aujourd'hui alors même que l'observation en vie réelle légitime le modèle Clubhouse. C'est un élément de valorisation du modèle qui reste à créer. L'insertion d'une personne souffrant de handicap psychique ne passe pas que par une étude ergonomique du poste mais par une réflexion sur l'organisation du travail et sa valorisation. Sur cet aspect le modèle Clubhouse peut faire valoir un atout via les formules d'accompagnement de poste (CHF) ou des modules de sensibilisation en entreprise (CHF).

En maintenant ou en remettant les membres du CHF en activité, en conscience de leur handicap et en sensibilisant les entreprises, le modèle Clubhouse a une double action positive sur ce phénomène en augmentation que représente la souffrance psychique liée au travail.

UTILITÉ DU MODÈLE SUR LA PRISE EN CHARGE

- La DMAH⁽¹³¹⁾ pour les personnes souffrant de schizophrénie = 3 mois⁽¹³²⁾. Pour une réduction d'1 mois sur 3 il s'agit de 30 000 € économisés par la collectivité.
- Le modèle CH propose une autre utilisation de ces 30 000 € qui correspond à la prise en charge de 6 membres pendant 1 an (voir schéma suivant).

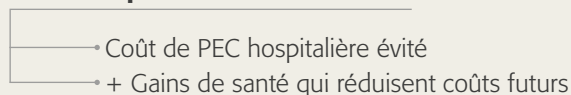
UTILITÉ DU MODÈLE SUR LA QUALITÉ DE VIE

- La valeur d'une Année de Vie Corrigée de l'Incapacité en santé mentale⁽¹³³⁾ est estimée à environ 30 000 € qui correspondent à la valeur économique de la qualité de vie perdue.
- Le modèle CH, via son programme individualisé de réhabilitation psychosociale, permet de réduire ce montant (proportions non quantifiables aujourd'hui en l'état des données disponibles). Mais remettre une personne en souffrance psychique en activité professionnelle et restaurer sa citoyenneté dégagent des gains de participation sociale qui diminuent la perte de qualité de vie pour cette personne.

UTILITÉ DU MODÈLE SUR LE RETOUR À L'EMPLOI

- 1 membre du CHF qui signe un contrat à temps plein payé au SMIC, passe à la fois du statut d'allocataire AAH à un statut de salarié, de 807 € bruts/mois à 1 457 € bruts/mois et d'un statut d'assisté à celui de contributeur économique et social.

Économie positive du modèle CHF®



**1 mois d'hospitalisation
complète pour 1 patient
= 30 000 €**

**PEC de 6 membres par CHF
pendant 1 an**



Valeur d'un AVCI* = 30 000 €
Coût de **qualité de vie perdue**

**Via un programme personnalisé
d'accompagnement visant la
restauration de la personne
et sa participation sociale et
professionnelle***

MODÈLE CLUBHOUSE - COÛTS COMPARÉS

Valeur de référence = coût annuel de prise en charge d'un membre au CHF :
5 000 € (2015)

Le coût annuel de prise en charge d'un membre au sein d'un GEM⁽¹³⁴⁾ = 1 300 € mais aucun contrat de travail n'est signé via les GEM. Le modèle Clubhouse est valorisable dans le champ social dès le 1^{er} contrat signé et en 2015, 23 contrats ont été signés au sein du CHF. De plus le taux de retour à l'activité professionnelle est supérieur à 30 % et le nombre de contrats signés/an est en augmentation

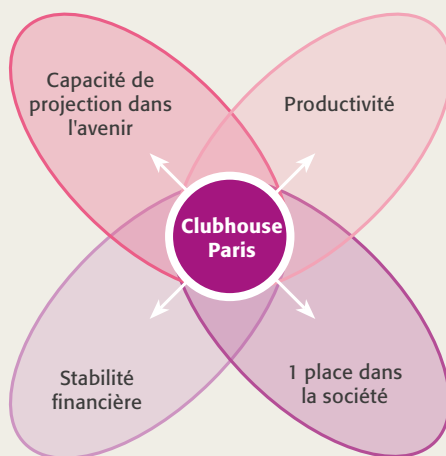
constante depuis 2013, pour atteindre 31 contrats rémunérés (CDD et CDI) cumulés entre 2012 et 2015⁽¹³⁵⁾. Le modèle CH est donc coût-efficace dans le champ social.

Le CHF peut choisir de privilégier davantage ses résultats sur le versant social de son activité et notamment de son expertise sur le retour à une activité professionnelle où il exhibe déjà de belles réussites. Ceci permet d'éviter la question des biais des études médicales et constitue un élément de valorisation important dans un contexte national de réduction des dépenses sociales via des transferts de charges de la sphère publique vers la sphère privée et de difficulté à réduire les chiffres du chômage.

Nous venons de voir dans les exemples précédents qu'un membre du CHF qui n'est retourné ni en hospitalisation complète ni en hospitalisation de jour depuis son entrée au CHF a de surcroît signé un CDI à temps partiel. L'équipe du CHF évoque également l'histoire d'un autre membre qui a su tirer bénéfice de la structure dans sa sphère professionnelle. Il est entré au CHF sur le motif d'un accident du travail, après avoir subi un traumatisme. La fréquentation de ce lieu d'entraide à vocation socioprofessionnelle lui a permis de reprendre contact avec son ancien employeur, de négocier son départ et de reconstruire un projet professionnel au sein du CHF. Aujourd'hui ce membre est en activité professionnelle au sein d'un parcours de formation et de stages en alternance.

Susciter l'envie de se projeter dans l'avenir, de faire des projets, et remettre au travail une personne souffrant de troubles psychiques après une période chômeuse prolongée représentent une valeur ajoutée sociale incontestable.

Les bénéfices économique & sociaux du modèle CHF®



Dans le champ social, les bénéfices apportés par le modèle Clubhouse sont nombreux :

- Les membres du CHF retrouvent un statut et un rôle social.
- Ils retrouvent un statut et un rôle professionnel.
- Le CHF redonne de la lisibilité sociale aux membres et réduit leurs incertitudes face à l'avenir en reconstruisant une capacité à se projeter dans l'avenir et dans un projet socioprofessionnel.
- Le CHF est un acteur privilégié de l'Éducation Socioprofessionnelle (ESP).
- Le modèle Clubhouse favorise la réinsertion dans toutes ses dimensions et ses membres redeviennent des acteurs économiques et sociaux participant à la vie de la communauté.
- La fréquentation du CHF recrée le désir d'appartenance sociale, de participation active à la collectivité.
- Le CHF développe pour ses membres une compétence en optimisation du fonctionnement autonome en société. Selon les cas, elle peut être acquise ou augmentée au sein du CHF.
- Le modèle Clubhouse participe au processus global d'amélioration et de modernisation du système social français, prôné par les autorités, en menant des réflexions avec les acteurs de l'emploi pour développer de nouvelles formules d'insertion pour ses membres, comme l'intérim adapté.
- Le CHF remet en activité professionnelle plus de 30 % de ses membres et affiche un taux de CDD et CDI en augmentation constante malgré l'augmentation du nombre de membres, ce qui témoigne du maintien de certains dans leur activité dans la durée et donc d'une stabilité de la réinsertion sociale.

Sur le plan de l'insertion professionnelle, Le CHF affiche déjà de beaux résultats⁽¹³⁶⁾

Membres en activité professionnelle en 2015 (toutes catégories d'activités confondues)	Membres en réinsertion professionnelle en 2015 (signature d'un contrat)
41 %	31 %

Sur 50 membres du CHF en activité en 2015

Nbre de CDI/50 mbres en activité en 2015	Nbre de CDD/50 mbres en activité en 2015	Nbre d'indépendants	Nbre de mbres en stage	Nbre de mbres en formation	Nbre de CDD transformés en CDI en 2015
18	17	3	2	8	2

Sur 50 membres du CHF en activité en 2015, 25 ont un contrat > 6 mois

Nbre de CDI	Nbre de CDD	Nbre d'indépendants
18	5	2

Sur 50 membres du CHF en activité en 2015 : la grande majorité est allée au bout de son contrat ou participation, sans rupture anticipée. Seuls 7 membres ont connu des difficultés dont 2 ont été en rupture anticipée et définitive.

Type d'activité	1 membre en CDD	1 membre en formation	5 membres sous contrat
Motif de l'interruption	Arrêt maladie et rupture anticipée du contrat de travail	Arrêt maladie et abandon de formation	Arrêts maladie courts et reprise

Valorisation de la situation financière des membres du CHF à partir des données de la recherche participative

(Situation vis-à-vis de l'emploi et des revenus à T0, T1 & T2 sur une durée de 18 mois. Entre T0 et T1 : 9 mois et entre T1 et T2 : 9 mois. L'échantillon étudié représente 30 membres du CHF)

LES MEMBRES DONT LA SITUATION FINANCIÈRE PROGRESSE

8 membres du CHF sont en progression significative sur leur situation financière, soit près d'1/4 de l'échantillon (24 %).

63 % des membres en progression perçoivent nouvellement un salaire (5 membres sur 8) et parmi eux 60 % bénéficient de cette situation grâce au soutien du CHF (3 membres sur 5) qui les a aidés à trouver leur nouveau poste grâce à son réseau d'entreprises partenaires.

Parmi les 8 membres qui sont en situation de progression significative sur leur situation financière, l'augmentation cumulée des revenus des membres est de 5 059 €.

La progression moyenne du revenu mensuel par membre est > 630 € (632,37 €).

Pour 50 % des membres qui sont en situation de progression significative de leurs revenus (4 membres sur 8), l'augmentation cumulée des revenus s'élève à 2 609 € au total et est > 650 € en moyenne par membre (652,25 €).

Pour l'autre moitié des membres pour qui la progression des revenus n'est pas corrélée à une aide du CHF, l'augmentation cumulée des revenus atteint 2 450 € au total et représente un peu plus de 610 € en moyenne par membre (612,25 €).

L'augmentation des revenus cumulés des membres ayant bénéficié d'une aide du CHF est supérieure à celle des autres membres dont la situation financière s'est améliorée mais sans aide du CHF.

La progression du revenu moyen par membre est également supérieure (+ 6,5%) lorsque le membre a bénéficié de l'aide du CHF pour trouver son nouveau poste.

LES MEMBRES EN SITUATION D'AMÉLIORATION

(Faible progression ou stagnation positive = maintien de situation)

- 4 membres de l'échantillon bénéficient d'une amélioration sur leur situation face à l'activité professionnelle (12 % de l'échantillon).
- 2 membres se maintiennent en poste avec les mêmes caractéristiques (l'un se maintient dans son CDI à temps partiel, l'autre dans son CDI à temps plein).
- Pour les 2 membres en amélioration de leur situation : l'un est passé d'un mi-temps à un 4/5e et s'est maintenu dans ce 4/5e et l'autre suit un stage.

Si on additionne les membres en progression et les membres en amélioration : 36 % de l'échantillon est en situation favorable par rapport à l'activité professionnelle (24 % + 12 %).

C'est plus du 1/3 des membres interrogés au cours de la recherche participative qui sont dans une situation positive face à l'emploi depuis leur entrée au CHF.

Sur ces 36 %, quasiment 30 % connaissent une amélioration des revenus due à la perception d'un salaire ou à l'augmentation du salaire (9 membres) et dans 1/3 des cas de progression des revenus, elle est issue du salaire seul, sans allocation, ni pension ni indemnité (3/9 membres).

LES MEMBRES EN SITUATION DE STAGNATION OU NON-DÉGRADATION

Pour 58 % des membres étudiés (19 membres), la stagnation de leur situation professionnelle et/ou de leur situation financière est la preuve d'une non-dégradation qui traduit déjà un progrès, dans le cadre des troubles psychiques qui génèrent de l'incapacité au travail.

LES MEMBRES EN SITUATION DE RÉGRESSION

2 membres en situation de régression soit 6 % de l'échantillon. Ce chiffre est corrélié avec les résultats sur les revenus (2 cas de régression en termes de revenus soit 6 % de l'échantillon).

LE POIDS SUR LES COMPTES PUBLICS

Le retour à activité professionnelle et/ou le maintien dans l'activité professionnelle sont un argument majeur pour le CHF car les membres passent de l'assistanat total ou partiel au statut de travailleurs et contributeurs économiques.

Sur l'échantillon étudié des membres du CHF :

- 19 personnes touchent l'AAH sur toute la durée de la recherche, sans modification de leur statut d'allocataire => $19 \times 800 \text{ €} = 15\,200 \text{ €/an}$ de charges pour les comptes publics.

- 6 personnes touchent une pension d'invalidité. 1 seul changement de statut pour un membre qui perçoit un salaire en T2 => - 800 € de pension d'invalidité pour les comptes publics.
- 3 membres touchent le RSA. 1 seul connaît un changement de statut et passe du RSA à l'AAH, de 500 € à 800 € => + 300 € (différentiel entre RSA et AAH) pour les comptes publics.
- **À noter :** 1 cas de régression (salaire vers allocation chômage) soit 1 100 € de charge pour les comptes publics.
- 2 cas de passage de l'allocation chômage à un salaire => $2 \times 1\,000\,€ = 2\,000\,€$ de charges en moins pour les comptes publics.

SOIT AU TOTAL : $15\,200 - 800\,€ + 300\,€ + 1\,100\,€ - 2\,000\,€ = 13\,800\,€$ de charges annuelles pour la collectivité, avec une évolution positive : 2 800 € de moins entre T0 et T2 grâce à l'action du CHF.

L'action ciblée et positive du CHF sur ses membres a entraîné une réduction de charges pour la collectivité de 20 %, en l'espace de 18 mois.

III - H - b - PROSPECTIVE : ACTIONS FUTURES ET RECOMMANDATIONS

LES ÉTUDES SCIENTIFIQUES

Pour rendre ce document le plus utile possible à l'association Clubhouse France, voici un panorama des futures études qui peuvent être menées en fonction des décisions stratégiques qui seront prises. Pour chaque type d'étude, il est proposé :

- une liste des variables à étudier :
 - Pathologies déclarées (psychiatriques et somatiques comorbides)
 - ALD, RQTH, AAH...
 - Hospitalisations
 - Absences au travail
 - Qualité de vie (handicap, invalidité, limitations résiduelles...)⁽¹³⁷⁾
 - Comportements de santé (tabac, alcool, cannabis et autres substances psychoactives, alimentation, cycles de sommeil, activité physique...) et décès (causes). Les comportements de santé sont difficiles à mesurer simplement (nombreuses interactions)
 - Compliance aux traitements
 - Poids et Body Mass Index
 - Sexualité

- Index cognitif simple
- Questionnaire de stigmatisation, Estime de soi
- Relations à l'entourage
- et les mesures d'impact envisagées :
 - fréquence et durée des ré-hospitalisations, post-hospitalisation initiale
 - diminution fréquence et durée des absences au travail
 - acquisition d'un CDI
 - évolution de la qualité de vie perçue
 - évolution des comportements de santé (modification des rythmes circadiens (cycles de sommeil, alimentation équilibrée...) et des comportements additifs (alcool, tabac...).

À partir de cette question, une étude de l'influence du modèle Clubhouse sur les rythmes circadiens peut être envisagée à travers l'étude des troubles du sommeil et de l'alimentation. L'organisation du CHF en journées de travail 5j/7 (qui restaure un rythme jour/nuit + un rythme temps chômé/temps d'activité) et la prise du repas de midi au sein de cette communauté (avec un focus sur l'équilibre alimentaire) permettent-ils de modifier les cycles de sommeil et les comportements alimentaires des membres ? Le Professeur Frank Bellivier⁽¹³⁹⁾ et son service peuvent aider le CHF à sélectionner les outils de mesure des rythmes circadiens et du sommeil, si l'association souhaite obtenir des données scientifiques de cette nature.

Les études permettent de définir **quelles interventions de prévention** (organisationnelles, diététiques, de coaching professionnel...) le **CHF doit renforcer, abandonner ou initier afin d'accroître l'efficacité de son modèle** innovant de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques.

Le modèle Clubhouse a démontré à l'international sa performance coût-efficacité pour ce qui concerne le phénomène des hospitalisations répétées dans les troubles psychiatriques. Mais **la démonstration reste à faire en termes de gains de santé au long cours. Actuellement non mesurables** ils sont à évaluer dans le futur et le recueil de données doit être initié sur ces questions cruciales :

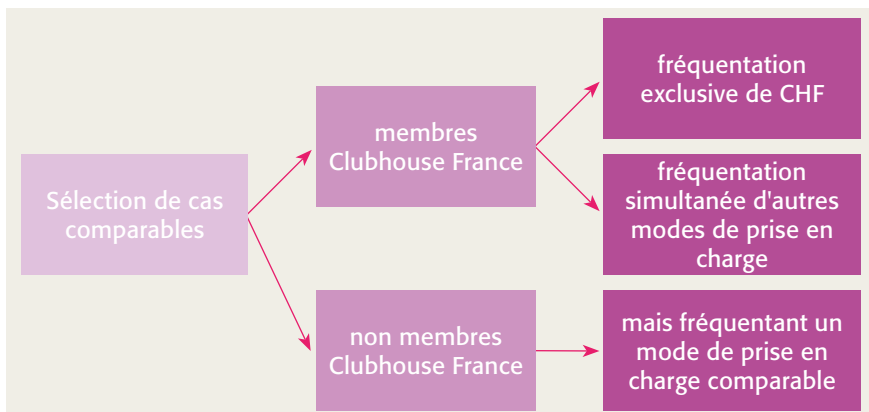
À quel point le modèle Clubhouse agit sur :

- la restauration des rythmes circadiens, de l'équilibre alimentaire et des facultés mémorielles et cognitives des personnes souffrant de troubles psychiques,
- la réadaptation au monde du travail (maintien ou réintégration dans l'activité professionnelle),
- une meilleure observance du traitement,
- un meilleur repérage des signes d'alerte.

LES TYPES D'ÉTUDES POSSIBLES

Étude comparative

- Comparaison de 2 bras avec un objectif de non-infériorité ou de supériorité.
- 1 bras comprenant les membres du CHF et 1 bras comprenant des cas similaires mais non membres.
- Les non-membres doivent bénéficier d'une prise en charge la plus proche possible du modèle Clubhouse pour une comparaison la plus valorisable possible : GEM ?
- Cette étude ne sera pas randomisée car selon le Pr Bellivier il est difficile de tirer au sort les participants.
- Difficultés de mise en œuvre : sélection initiale des personnes participant à l'étude -> sur quels critères baser la sélection ? Quel type de recueil d'informations utiliser ? Risque de biais non contrôlable si sélection sur données déclaratives des personnes impliquées. Pathologies différentes et peu comparables => focus sur une pathologie particulière ? Les profils des personnes, leur environnement et leur parcours de soins sont quasiment uniques => secret médical empêche recueil de données autres que déclaratives. Il n'y a pas de consensus de pratiques en psychiatrie => parcours patient non standardisable => rend toute comparaison difficile.



Étude longitudinale de la population des membres du CHF

- Suivi des membres sur la durée et étude de l'évolution des critères retenus sur 3 périodes : avant entrée au CHF, pendant la durée de fréquentation du CHF et après sortie du système de prise en charge du modèle Clubhouse.
- Objectif primaire : évaluer la réduction de la DMAH (durée moyenne annuelle d'hospitalisation) des membres. D'autres objectifs sont possibles (cf. liste des variables citées plus haut) car ce type d'étude est particulièrement adapté à des approches exploratoires qui peuvent tester différents objectifs.

- But recherché : démontrer que modèle Clubhouse influe positivement sur les dépenses de santé en réduisant le taux d'hospitalisation, sachant que l'hospitalisation représente la majeure partie des dépenses en santé mentale, bien que 70 % des personnes souffrant de troubles psychiques soient prises en charge en ambulatoire.
- Objectif secondaire : déterminer s'il s'agit d'une réduction de la fréquence des séjours qui restent longs, d'une diminution de durée de chaque séjour avec un nombre de séjours qui reste similaire ou cumul réduction de fréquence et durée moyenne de séjour ?
- Autre objectif primaire possible : évaluer le taux de retour à activité professionnelle ou de maintien dans activité professionnelle. Difficultés de mise en œuvre : recueil des données avant entrée au CHF et après sortie du CHF : sous quelle forme et avec quel degré de fiabilité ? => données parfois peu comparables. Durée de fréquentation du CHF variable selon les membres donc valeur seuil à déterminer pour que les données soient comparables. CHF veut-il positionner la recherche de son impact positif sur le champ de la maîtrise des dépenses de santé ou sur celui de l'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap ?



Ce design d'étude est plus adapté au modèle Clubhouse car⁽¹³⁹⁾ :

- Il présente un avantage important : le sujet de l'étude est son propre témoin, ce qui permet d'éviter de nombreux biais ou facteurs de confusion, lors de l'analyse de l'effet de l'intervention (ici : celle du modèle de prise en charge du CHF).
- C'est un design d'étude statistiquement puissant.
- Ce type d'étude permet l'analyse a posteriori des caractéristiques associées à la réponse (certains sujets peuvent ne pas tirer bénéfice du modèle CH).
- Il permet également le recueil de données en vie réelle. Les résultats sont donc extrapolables.

Prospective études

Il existe d'autres méthodes qualitatives de type focus group, avec une comparaison avant-après, qui se rapprochent de la recherche participative menée au CHF par Clémence Battin entre 2012 et 2015. Ce type d'étude peut être reconduit sur une ou plusieurs variables listées plus haut.

Le choix du design de l'étude et de son contenu dépend de plusieurs facteurs :

- Le nombre de participants anticipé dans le temps de l'étude (2 éléments à définir).
- Le rôle et le statut des personnes qui conduisent cette étude : soignants formés à la recherche (médecins, infirmiers, psychologues) ou du personnel non soignant (travailleurs sociaux, éducateurs) car les outils ne sont pas les mêmes.

Le Pr Bellivier recommande de lancer une première étude pilote sur une dizaine de membres du CHF pour préciser la faisabilité et les critères de l'étude à mener par le CHF.

RECOMMANDATIONS ACTIONS FUTURES

- Organiser un brainstorming – débriefing pluridisciplinaire entre le cabinet CO, Clémence Battin (recherche participative du CHF) et Élodie Mège (étude d'impact économique du CHF) pour croiser les idées-forces de chaque étude et déterminer les actions futures à mettre en place à partir de ces conclusions => prédéterminer un plan d'action et de développement pour CHF – CHF.
- Prévoir des rencontres préalables avec les autorités (Ministère Emploi, Secrétariat d'État au Handicap, DGS, DGOS, HAS, ARS) sur la base de ces idées-forces et amorces d'actions pour :
 - percevoir plus finement leurs attentes en termes de données à fournir (pour l'évaluation médico-économique du médicament, la HAS publie chaque année un chiffre croissant de rencontres préalables, qui permettent aux industriels de construire leurs dossiers dans le sens souhaité par l'autorité sanitaire) ;
 - savoir comment orienter les argumentaires futurs de l'association CHF (volet sanitaire, réduction dépenses santé via réduction hospitalisations ou volet emploi et expertise du CHF pour maintenir les personnes souffrant de troubles psychiques dans l'emploi et de façon la plus durable possible).

Le schéma régional de l'Île-de-France⁽¹⁴⁰⁾ prône la favorisation « des activités, de l'accès à la vie professionnelle et le maintien dans l'emploi pour réduire les ruptures de parcours » et soutient les formes de « coordination sanitaire-médico-sociale-entreprise ». L'ARS propose d'évaluer le CHF (cité p 336) et de « soutenir sa diffusion si elle s'avère positive ». Le CHF a donc tout intérêt à rencontrer le responsable Santé Mentale de l'ARS IDF pour initier cette évaluation.

Par ailleurs la Ville de Paris⁽¹⁴¹⁾ affiche un «taux d'emploi direct des bénéficiaires de l'obligation d'emploi au sein de la collectivité parisienne de 6,70 % en 2012» et la volonté d'accentuer cette « politique de recrutement des personnes en situation de handicap ». Elle propose, dans ses fiches actions, de développer des partenariats avec le secteur associatif pour faciliter le « sourcing » et le recrutement.

- La HAS évoque publiquement en 2015 l'évolution de la tarification au séjour vers la tarification au parcours et l'inclusion dans les calculs de cette nouvelle tarification d'indicateurs non financiers tels que la satisfaction du patient, l'idée d'une valorisation différenciée en fonction des acteurs partie prenante du parcours et la valorisation du résultat en fin de parcours.

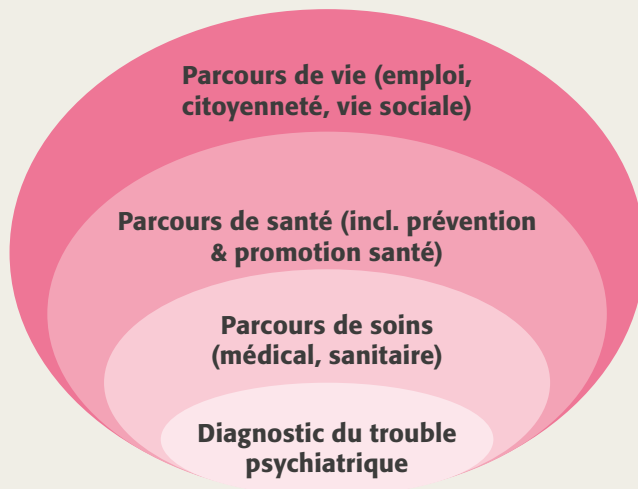
Le projet SERAFIN⁽¹⁴²⁾ de réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées a été lancé en janvier 2015 par la Secrétaire d'État aux Personnes Handicapées et à la Lutte contre l'Exclusion. Il concerne les ESMS⁽¹⁴³⁾ et démarre par la nécessité de se doter d'un référentiel tarifaire⁽¹⁴⁴⁾ d'ici 3 ans. Ce projet travaille à l'adéquation des besoins et des réponses apportées, dans un souci d'objectivation de l'allocation des ressources. C'est un processus de recherche d'efficience dont les outils et certains indicateurs de suivi pourraient être adaptables au secteur social. Ce projet intègre le processus de professionnalisation du recueil de données sur le secteur médico-social et social. C'est le travail préalable à l'objectivation des coûts. L'association CHF a tout intérêt à suivre le développement de ce projet et de ces outils. Il y aura nécessairement de nouveaux modes de rémunération de la coordination du parcours patient à créer et donc des places à prendre en la matière qui sont un moyen efficace de pérenniser une structure.

- L'association CHF a toute légitimité à revendiquer cette expertise de coordonnateur du parcours en santé mentale, puisqu'il se situe à la croisée des chemins entre les sphères médicale, médico-sociale, sociale et professionnelle. Sur le modèle du positionnement central de la MDPH sur le handicap en général, elle a vocation à devenir un passage incontournable du parcours de vie du patient en santé mentale. C'est l'idée du guichet unique en santé mentale à promouvoir pour pérenniser la structure dans le système de prise en charge en santé mentale. Le CHF peut se positionner comme référent de parcours ou centre ressources pour usagers, pour l'évaluation des situations de handicap psychique et la mise en œuvre de la stratégie globale d'intervention pour ses membres (notion de parcours de vie, de plan personnalisé d'accompagnement vers l'autonomie pour chaque membre du CHF). Il serait le tiers qui crée du lien entre les acteurs et permet à chacun d'éviter d'intervenir dans des domaines hors compétence. Cette fonction reste à construire.

PARCOURS DE SOINS, DE SANTÉ, DE VIE

Non-observance + absence de projet d'avenir => fragilisation du parcours de vie des personnes vivant avec un trouble psychique

Expertise du Clubhouse France : coordination du parcours de vie des membres et restauration des dimensions de la vie sociale.



- Prouver et communiquer sur la participation de l'association CHF au processus global d'évaluation et de régulation par la qualité, prôné par la HAS, la DGS et la DGOS. Si l'association est perçue par les autorités comme intégrée dans ce processus dès sa création elle se rend particulièrement audible par ces mêmes autorités, dans le contexte d'arbitrage permanent d'un budget toujours plus contraint. D'où l'importance des données médico-économiques, voire purement économiques, à fournir aux autorités et financeurs, l'importance de la qualité et de la robustesse des données collectées par le CHF malgré un petit échantillon de population étudié, l'importance du degré de finesse des indicateurs de suivi et donc de la professionnalisation à acquérir en matière de recueil et traitement de ces indicateurs.
- Formaliser un processus d'amélioration continue. Mettre en évidence systématiquement et continuellement les forces et faiblesses de la structure et assurer méthodiquement les révisions du processus qui s'imposent. Mettre en place et maintenir les actions dédiées à l'amélioration de la qualité des services proposés et de l'adéquation aux besoins réels exprimés. L'association doit être capable de démontrer sur la base de quels indicateurs elle a modifié son offre de services quand cela s'est avéré nécessaire.

- Pour développer son rôle de coordination du parcours en santé mentale et parce que ce sont des sujets qui renvoient à l'expertise de l'association Clubhouse France, un axe de développement consiste à devenir un centre ressources pour usagers offrant une diversité de prestations visant à réduire les symptômes résiduels et favoriser la transférabilité des actions et acquis sur diverses préoccupations (ex : acquis sur la sphère professionnelle transférables en partie sur une problématique logement).

Les pliers du développement du modèle CHF en France®



* Qui renforce & crédibilise l'engagement, la motivation & l'énergie attendus par vos interlocuteurs. Environnement contraint > arbitrage > arguments économiques pertinents auprès des autorités.

** De la recherche d'efficace, d'amélioration constante de la qualité. Communiquer sur cet aspect qui est la base du discours des autorités et qui impose le besoin de données économiques.

*** Métamorphose système sanitaire français repose sur développement nouveaux savoir-faire dans ce domaine et nouvelles rémunérations correspondantes.

- Choisir un axe de financement pour le CHF : une voie majoritairement privée, avec des subventions publiques, pour développer réseau privé de Clubhouses en France ou une voie majoritairement publique, dans laquelle le modèle Clubhouse intégrerait l'offre de soins territoriale gérée par les ARS, avec maintien de donations privées.

Différentes possibilités sont envisageables.

- L'association veut-elle contracter avec l'hôpital et intégrer le secteur de psychiatrie qui doit désormais intégrer des compétences médico-sociales en matière de vie quotidienne et d'insertion sociale, en tant que service extra-hospitalier de coordination du parcours de vie des patients en santé mentale ?
- Quelle est sa place dans le Conseil Local de Santé Mentale qui permet un partenariat avec les collectivités territoriales (logement, emploi, insertion, lutte contre la stigmatisation) ?
- Cette place serait-elle renforcée si le CHF contractait avec l'hôpital et entrerait dans une CHT (Communauté hospitalière de territoire) ou un GCS (groupement de coopération sanitaire) ? La taille de ces groupements ne permet pas toujours de réaliser des missions de proximité et d'interfaçage que prendrait en charge le CHF.
- Le CHF peut-il s'adosser à Cap Emploi, partager des locaux pour développer la cohérence du parcours professionnel de retour à l'activité et renforcer l'aspect non médicalisé de sa structure ?

■ Identifier les risques potentiels

1. L'intégration à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

Elle tirera nécessairement la structure vers l'hôpital et l'institutionnalisation. Il existe une autre forme de groupement : les COMU ou Communautés Universitaires, par lesquelles les universités sont en convention avec des structures de la société civile (lien conventionnel et non institutionnel). C'est l'hôpital qui viendrait alors sur le territoire social du CHF (par la présence d'infirmières par exemple et non des psychiatres), ce qui réduit le phénomène d'hospitalo-centrisme.

2. La notion de patient expert

En cette qualité, la personne doit être sortie du système de soins et participer en tant que personne rétablie. Le patient expert est un élément fondamental à prendre en compte dans les travaux de recherche, mais dans la vie quotidienne d'un dispositif de prise en charge il y a un risque qu'il adopte le système de pensée hospitalier et utilise un savoir médical non contrôlé. La valeur ajoutée du CHF sur cette question réside dans la mixité voulue entre les staffs et les membres, au sein d'un espace organisé sur le mode de la coopération, qui évite les dérapages.

- Initier une réflexion conjointe avec les autorités sociales sur une formule d'AAH différentielle, adaptée à la problématique particulière du retour et du maintien dans l'activité professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques. Le positionnement unique du CHF sur les questions de l'emploi lui donne toute légitimité en tant qu'interlocuteur privilégié sur ces aspects.

La réflexion menée en 2015 avec Randstad sur une formule d'intérim adapté via des contrats courts et un package clé en mains pour l'entreprise, participe du même processus de recherche pour lever les freins à l'emploi en santé mentale. La problématique est celle du retour progressif à l'emploi, étape par étape. Le contrat court est une des étapes possibles pour la personne atteinte de troubles psychiques, parfois couronnée d'insuccès suite aux lourdeurs administratives qui caractérisent l'AAH. L'allocation est supprimée (et non suspendue) quand la personne retrouve un emploi mais si la personne interrompt ce processus de retour à l'emploi, elle devra attendre plusieurs mois avant de pouvoir à nouveau bénéficier de l'AAH pour laquelle il aura fallu refaire une demande. L'AAH différentielle agirait comme un complément de revenu ou une formule relais qui favoriserait le processus de retour à l'emploi progressif, en permettant à la personne d'échouer et de recommencer cette démarche.

CONCLUSION

Le plan d'action en santé mentale du Québec fin 2015 intitulé « Faire ensemble et autrement » résume le mouvement qui doit s'impulser en France :

- les logiques actuelles de prise en charge correspondent mal à l'ampleur des maladies mentales,
- il faut promouvoir la culture de l'évaluation de la qualité des services proposés pour générer de l'efficience,
- il faut impliquer tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux, pour créer un parcours de santé mentale coordonné, centré sur la personne versus un protocole de soins décorrélé des aspects sociaux de la maladie.

Le modèle Clubhouse prône le parcours de vie qui restaure les membres dans les aspects fondamentaux de l'existence : social, citoyen et professionnel. Le Clubhouse France(CHF) est au cœur d'une matrice qui crée du lien entre les secteurs du soin, de la vie quotidienne et du monde professionnel. Il a une action à 360°, centrée sur la personne (source de son rétablissement) dans une démarche dynamique (individuelle et communautaire) basée sur l'écoute des besoins de chacun.

Pour les membres du CHF, il est un outil de reconquête de la capacité à décider et à agir, par le développement d'habiletés sociales (incluant la dimension professionnelle) indispensables à la vie autonome en société. S'inscrire ou se réinscrire dans un rôle social permet de créer durablement du lien avec son environnement et d'éviter l'isolement et la stigmatisation.

La responsabilité sociale du 1^{er} Clubhouse français est un levier de transformation et de création de valeur dans le système de prise en charge en santé mentale. L'offre proposée consiste à recevoir, au même endroit et de façon continue, des services qui répondent à l'ensemble des besoins des personnes atteintes de troubles psychiques. Clubhouse France agit (faire), selon un plan d'action personnalisé (autrement) mais dans une logique de réseau (ensemble).

L'association a donc de nombreux atouts pour devenir un élément incontournable de la prise en charge en santé mentale demain. Pour résumer cette étude revenons synthétiquement sur le positionnement efficient de ce modèle de prise en charge innovant en France, face aux enjeux actuels de la santé mentale. Puis résumons les principaux éléments de perspective qui permettent dès aujourd'hui à CHF et CHP de mettre en place des actions proactives pour assurer la pérennité du modèle.

LE CONSTAT

- Le CHF = innovation organisationnelle pertinente en tant que réponse à des besoins non médicaux non couverts en santé mentale en France aujourd'hui. Structure capable de s'adapter à la variété des besoins de ses membres et à leur variabilité dans le temps.
- La structure répond au problème de cloisonnement des secteurs sanitaires et médico-social et de prise en charge morcelée, centrée sur les soins, par le développement de l'ensemble des aspects de la vie de ses membres, grâce à son positionnement à 360° (en relation avec tous les acteurs de la vie des membres : sphère familiale et entourage, sphère professionnelle, sphère médicale).
- Elle répond au manque de données en santé mentale par une culture de l'évaluation de la qualité de son modèle et des services proposés aux membres.
- Elle répond à la contrainte de réduction des dépenses de santé et des dépenses sociales (indemnités compensatrices du handicap et de revenu) par une logique de transformation du statut du membre initialement assisté qui devient un contributeur social et économique. Le CHF opère un transfert de charges positif pour la collectivité.
- Modèle coût-efficace via une réduction des dépenses d'hospitalisation (réduction de la durée et de la fréquence) et via des gains de participation sociale qui induisent un retour sur investissement social (retour ou maintien dans l'activité professionnelle et restauration de la citoyenneté) même si ces gains sont difficilement quantifiables à l'heure actuelle, par manque de données.

PROSPECTIVE

- Le CHF doit professionnaliser son recueil de données car les données en vie réelle sont particulièrement prisées par les autorités chargées de l'évaluation médico-économique des interventions en santé. La création d'une base de données informatisée est désormais indispensable.
- Dans cette optique de recueil de données, le CHF peut initier des études cliniques pour évaluer le niveau de réponse de son modèle en termes de réduction des dépenses de santé.
- Le CHF s'inscrit dans un processus permanent d'évaluation et de régulation par la qualité, prôné par les autorités => il doit le faire savoir pour légitimer et pérenniser son modèle. Les données, transformées en informations, sont ensuite analysées et interprétées pour se transformer en avantages compétitifs à faire valoir. Les données intelligemment médiatisées sont une force.

- Le CHF doit décider d'endosser ou non le rôle de coordinateur du parcours de vie en santé mentale dans un contexte d'évolution du système de santé français de la tarification au séjour hospitalier vers une tarification au parcours patient et d'émergence de nouveaux modes de rémunération de coordination de parcours.
- Le CHF doit également pouvoir à terme mesurer et quantifier le retour sur investissement social qu'il génère. Une méthodologie d'étude sociologique doit être envisagée avec des professionnels du secteur.
- Le CHF est actuellement en négociation avec le gouvernement sur 3 modalités de statut possibles avant l'essaimage de la structure sur le territoire : centre ressources pour usagers, GEM Emploi (modification décret GEM) ou nouveau statut à créer.

DOCUMENTS UTILES

NOTE DE SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

Contexte de l'étude

- Il ne s'agit pas d'une étude à visée scientifique mais du diagnostic et de l'analyse de la situation réelle de CHF et de son impact économique et social dans le paysage de la santé mentale en France.
- La problématique du manque de données en général en psychiatrie et en particulier au sein du CHF ne permet pas actuellement de réaliser une étude scientifique. Les données existantes sont toutefois utiles pour enclencher une démarche de preuve par l'expérience (Evidence Based Practice), étape préliminaire indispensable.
- La santé mentale est une priorité de santé publique : 2 M de personnes souffrent de troubles psychiques en France, 5 M de personnes lorsque l'on inclut l'entourage touché par les conséquences de la maladie. Phénomène en augmentation et complexification.
- Manque d'efficacité du système actuel : prise en charge en partie inadaptée : problématique particulière des hospitalisations longue durée inadéquates.

Les enjeux de la psychiatrie en France : pression croissante des maladies mentales sur les ressources publiques

- Les pathologies psychiatriques sont des maladies chroniques, en forte augmentation en France.
- Les pathologies psychiatriques cumulent tous les facteurs de coût d'une pathologie : apparition précoce et chronicité, fréquence hospitalisations et intensité des soins, taux élevé d'incapacité et difficulté du maintien dans l'emploi.
- Augmentation prévalence troubles psychiques : perceptible par le filtre des Affections Longue Durée (ALD psychiatrique), en augmentation de près de 4%/an (Cnamts), sous-évaluée car les ALD ne représentent que les patients officiellement déclarés et pris en charge.
- Fort taux d'incapacité : 17 % des DALYs totales en France/an (K. Chevreul, 2012) = près de 20 % des années vécues avec une qualité de vie dégradée.
- Coûts élevés pour assurance maladie (2011) : 22,5 Md€ pour les pathologies psychiatriques et consommation de psychotropes = 15 % des dépenses d'assurance maladie = 2^e poste de dépenses après les hospitalisations ponctuelles toutes causes confondues (incl. hospitalisations psychiatriques).

- Total des coûts directs et indirects en santé mentale estimé à 107 Md€/an (Cour des Comptes) => coût totaux 5 fois supérieurs à ceux de l'assurance maladie => importance des coûts indirects dont la perte de qualité de vie représente la majeure partie (65 Md€).

Le positionnement innovant du modèle Clubhouse

- Traduit l'évolution du modèle de prise en charge en santé mentale en France : pas médico-social mais social en lien avec les soignants + forte dimension de réinsertion professionnelle. Modèle fondé sur la notion de preuve par l'expérience.
- Le CHF : AGIT en développant 1 réponse à un besoin non médical non couvert (défaut de solution d'aval de l'hospitalisation en psychiatrie + gestion de la problématique d'emploi des personnes ayant 1 handicap psychiatrique) AUTREMENT via 1 programme d'actions personnalisé, au sein d'1 communauté et ENSEMBLE : logique de réseau, avec 1 positionnement à 360° (vers tous les acteurs de la sphère de vie du membre).
- Objectif et mission du CHF : autonomisation progressive du membre au sein d'une communauté, restauration de l'estime de soi et déstigmatisation, restauration de l'indépendance du membre pour intégrer la vie en milieu ordinaire dans tous ses aspects (amicaux, sociaux, professionnels et citoyens).
- Problématique de dépendance majoritaire de l'association aux fonds privés => exploration des pistes d'augmentation des subventions publiques et de leur pérennisation versus caractère expérimental actuel.
- Recherche de statut pour valoriser aspect innovant & efficace : GEM emploi, Centre ressources pour usagers en psychiatrie, statut particulier à créer ?

Les premiers résultats positifs du modèle Clubhouse (coûts évitables, coûts réductibles)

- Impact positif réel sur les dépenses de santé : réduction DMS et DMAH dans un contexte où les hospitalisations constituent le 1er poste de dépenses d'assurance maladie + certaines hospitalisations de longue durée sans motif thérapeutique. Amélioration prise en charge et qualité de vie des patients chroniques en forte augmentation.
- Le CHF est coût-efficace dans le champ sanitaire dès lors que la réduction de la DMS est supérieure à 5 jours. Schizophrénie : DMAH env. 3 mois (Irdes) & modèle CH permet réduction d'1/3 (CI) = 30 000 €/an économisés sur hospitalisation – 5 000 € de PEC/membre du CHF/an => 25 000 €/membre schizophrène/an économisés grâce au CHF.
- Le CHF est coût-efficace dans le champ social : gains de participation sociale du membre restauré dans sa citoyenneté et son employabilité => retour sur investissement social +++.

de contrats de travail signés (taux annuel : 23 en 2015 et taux cumulé : 31 en 2015). Taux de retour à l'activité professionnelle des membres > 30 %, avec augmentation du nombre total des membres de > 50 % entre décembre 2014 et décembre 2015.

- Le CHF est coût-efficace dans le champ économique : membre du CHF passe du statut d'assisté (AAH) soit une charge pour la collectivité, au statut de travailleur (salaire), productif, contributeur à l'économie nationale => diminution nombre allocataires AAH = diminution dépenses publiques et transfert de charge positif pour la collectivité.
- Aspect incrémental de l'innovation : début 2016, pour 100 membres : PEC/membre/an = 5 000 € mais fin 2016, sur une prévision de 160 membres intégrés à la structure, ce coût tombe à 3 500 €.
- Sur 3 cas étudiés (membres du CHF) pour lesquels les données sont disponibles, les économies réalisées sur les frais d'hospitalisation dépassent les 300 000 €.
- Sur une trentaine de membres du CHF suivis sur 18 mois dans le cadre d'une recherche participative menée par la doctorante Clémence Battin, les résultats démontrent une réduction de 20 % de la charge économique pour la collectivité (membres du CHF sortent du chômage, accèdent au marché du travail => moins d'indemnités chômage pour l'État).
- De plus cette étude longitudinale a démontré que si seulement 3 membres avaient une activité professionnelle avant leur entrée au CHF (T1), ils sont 14 à avoir une activité professionnelle en fin de période (T3). Le taux de progression est donc supérieur à 400 % sur l'échantillon. Cette étude a également démontré une amélioration des aptitudes professionnelles au sein de l'échantillon entre T1 et T3.

Recommandations, actions futures et prospective

- Problématique de professionnalisation du recueil de données au sein du CHF à traiter par création d'une base de données informatisée permettant des analyses systématiques ou ponctuelles en fonction des besoins.
- Recommandations pour une future étude longitudinale de la population des membres du CHF.
- Adaptation des arguments valorisables auprès des différents publics de l'association. Recommandation d'axer l'argumentaire du CHF sur le volet socioprofessionnel en phase 1 pour pouvoir mener une étude clinique scientifiquement robuste, à valoriser auprès des autorités sanitaires en phase 2.
- Choix de statut et partenariats futurs crucial selon l'orientation choisie (médico-sociale ou socioprofessionnelle).

- Problématique de coordination du parcours de vie en santé mentale : opportunité pour pérenniser modèle Clubhouse car coordination = besoin non couvert. Aujourd'hui MDPH en charge d'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques : évaluation d'employabilité en vue d'orientation vers structures spécialisées et obtention AAH (réforme 2009), mais :
 - missions locales avec grande disparité de l'offre : peu d'équipes spécialisées handicap psychique => seul 1/3 des MDPH jouent rôle de coordination du parcours d'insertion, pas d'action des MDPH sur la formation ou l'accès aux dispositifs ;
 - Pôle Emploi seul décisionnaire final sur orientation vers milieu ordinaire, Cap Emploi ou entreprise adaptée ;
 - Traitement industriel des demandes faute de ressources humaines => logique d'action remise en cause.
- Recommandation d'initiation d'une réflexion avec les autorités sociales sur la création d'une AAH différentielle, adaptée aux problématiques particulières de retour et maintien dans l'activité professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques. Cette réflexion peut s'articuler avec le projet d'intérim adapté développé avec Randstad (CDD de courte durée comme dispositif d'insertion « clés en main » pour l'entreprise à qui Randstad simplifie la gestion administrative).

FICHES PRATIQUES / POINTS CLÉS PAR THÉMATIQUE

ENJEUX ET COÛTS DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE

- Les coûts de la santé mentale en France en 2007
- Les dépenses de l'assurance maladie en psychiatrie en 2011
- Santé mentale : une forte pression sur les dépenses publiques

HANDICAP ET EMPLOI : CHIFFRES & CONSÉQUENCES

- Handicap psychique et emploi
- Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques

FOCUS MODÈLE CLUBHOUSE

- Les forces du modèle Clubhouse
- Le Clubhouse France : des impacts positifs sur les aspects fondamentaux de la psychiatrie

LES COÛTS DE LA SANTÉ MENTALE / France / 2007 Source www.psycom.org

LE COÛT SANITAIRE

- Coût global pathologie mentale : env. 110 Md€ = 1/3 dépenses d'État français, dont :
 - 65 Md€ de coût de perte de qualité de vie
 - 24 Md€ de coût de perte de productivité
 - 13 Md€ de coût pour le secteur sanitaire
 - 6 Md€ de coût pour le secteur médico-social
- Dépenses sanitaires = 8 % de CSBM (consommation de soins et biens médicaux)
= 13 Md€ soit 4,8 Md€ soins ambulatoire + 8,2 Md€ soins hospitaliers.
- Soins ambulatoires : 37 % des coûts de la psychiatrie
Hospitalisations : 63 % des coûts de la psychiatrie

Alors que 75 % des patients sont suivis en ambulatoire => part minoritaire de l'hôpital dans l'arsenal des soins mais part majoritaire dans les facteurs de coût de la psychiatrie.

- Dépenses hospitalières :
 - 7,4 Md€ de dotation annuelle de financement en psychiatrie (Daf-psy)
 - 1,3 Md€ en établissements MCO et SSR (prenant en charge les pathologies mentales)
 - 1 Md€ de consultations (MG, psychiatres, autres spécialistes)
 - 2,2 Md€ en consommation de médicaments
 - 0,4 Md€ en consultation de psychologues libéraux
 - 0,5 Md€ de dépenses de transports médicaux, analyse de biologie et auxiliaires médicaux
 - 0,6 Md€ de dépenses de cliniques privées de psychiatrie (dotation annuelle + hôtellerie financée par les ménages)

LE COÛT MÉDICO-SOCIAL

- 6 Md€ de dépenses en secteur médico-social dont :
 - 1,3 Md€ soins informels et
 - 3 Md€ accueil en établissement.
- Part des financements de la prise en charge des pathologies psychiatriques :
 - 41 % État
 - 38 % assurance maladie
 - 18 % Conseils Généraux
 - 2 % ménages = reste à charge pour la personne ou les aidants
 - 1 % CNSA

LE COÛT DE LA PERTE DE PRODUCTIVITÉ

- Estimé à 24 Md€ :
 - 20 Md€ de coût d'absence au travail :
 - * perte de productivité pour la société et l'entreprise d'une part
 - * pour la personne et les proches aidants d'autre part.

LE COÛT DE LA PERTE DE QUALITÉ DE VIE

- Estimé à 65 Md€
- Qualité de vie estimée 30 % inférieure à celle de la population générale (INSEE)

LES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE EN PSYCHIATRIE - 2011

Source Cnamts, Rapport Charges & Produits 2013

DÉPENSES REMBOURSÉES PAR PATHOLOGIE

- Tous régimes confondus & toutes pathologies confondues les dépenses globales de l'assurance maladie pour 2011 s'élèvent à 146 Md€.
- Les maladies lourdes et chroniques représentent 92 Md€ soit 63 %.
- La psychiatrie représente le 2^e poste de dépenses de l'assurance maladie :
 - 1 - hospitalisations ponctuelles (incluant la psychiatrie) :
29,9 Milliards € soit 21 %
 - 2 - pathologies psychiatriques & psychotropes :
22,6 Milliards € soit 15 %
 - 3 - diabète & autres facteurs de risques cardiovasculaires :
15,7 Milliards € soit 11 %
 - 4 - pathologies cardiovasculaires :
14,7 Milliards € soit 10 %
 - 5 - cancers :
14,5 Milliards € soit 9,9 %
- 47 % de ces dépenses concernent les établissements de soins et 43 % l'ambulatoire.
- Pour les personnes dont la pathologie est identifiée les soins hospitaliers représentent 77 % et les soins de ville 23 %.
- Près des $\frac{3}{4}$ sont couverts par l'ALD (à 100 %). Les effectifs de l'ALD psychiatrie (n° 23) augmentent de 3,9 % par an (augmentation de la prévalence & taux de couverture).
- Les 4 postes de dépenses les + importants sont : les hospitalisations en psychiatrie, la pharmacie, les indemnités journalières maladie et les prestations d'invalidité.

MOBILISATION DE RESSOURCES IMPORTANTES

- La catégorie Pathologies psychiatriques & psychotropes (22,6 Milliards €) inclut :
 - a - les pathologies pour lesquelles le diagnostic peut être établi et dont la sévérité motive une hospitalisation et une ALD :
14,1 Milliards € soit 60 % de la catégorie
soit 10 % des dépenses totales d'assurance maladie
 - b - les troubles ne conduisant pas à une hospitalisation mais entraînant une consommation régulière de psychotropes :
8,5 Milliards € soit 40 % de la catégorie
soit 6 % des dépenses totales d'assurance maladie
- «Burden of Disease» important même si les dépenses médico-sociales sont non incluses.
- Répartition des dépenses par tête :
Pathologies psychiatriques & psychotropes
2 590 € (>19 M€ de dépenses Régime Général)
dont pathologies psychiatriques
7 210 € (12 M€ de dépenses RG)
dont psychotropes sans pathologie identifiée
1 260 € (>7 M€ de dépenses RG)

UNE DES CINQ GRANDES PATHOLOGIES CHRONIQUES PRISES EN CHARGE

- En 2011 les pathologies psychiatriques représentent 1,7 Million de personnes et 2,8 % des bénéficiaires de l'assurance maladie.
- Si on englobe la prise des psychotropes sans maladie identifiée, la population concernée est de 7,4 Millions et représente 13 % des bénéficiaires de l'assurance maladie.
- Si on ajoute aux ALD, aux hospitalisations pour troubles psychiatriques et aux traitements par psychotropes, d'autres critères tels que : les motifs d'arrêt de travail de >6 mois, les motifs d'invalidité et les diagnostics associés posés lors d'hospitalisations pour d'autres motifs que la psychiatrie (ex : une dépression associée à un cancer) : on atteint 8,2 Millions de personnes de > 18 ans.

SANTÉ MENTALE EN FRANCE : UNE FORTE PRESSION SUR LES DÉPENSES PUBLIQUES

PRESSIION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SANITAIRE

- Estimation OMS : en 2020 les maladies mentales seront la 1^{re} cause mondiale de handicap => priorité de santé publique. Aujourd'hui : 3^e rang des maladies les + fréquentes en Europe, 2^e + grande cause de morbidité, les maladies psychiques représentent 4 des 6 principales maladies à l'origine des années de vie vécues avec une incapacité donc une qualité de vie dégradée.

- France, 2009 : 22 % des personnes « en situation de handicap » le sont pour cause de handicap psychique, dont 1/3 en IDF⁽¹⁴⁵⁾. 19 % de la population touchée par les maladies psychiques soit 12 M de patients/an⁽¹⁴⁶⁾.
- Les ALD⁽¹⁴⁷⁾ psychiatriques sont en augmentation de presque 4%/an et représentent en 2013 : 1,2 M de bénéficiaires (Cnamts).
- Les maladies psychiatriques cumulent des risques élevés de : comorbidités, inobservance du traitement et mort prématurée.
- France 2011 : 77 % des patients suivis en ambulatoire (Drees) mais les séjours longs de psychiatrie représentent 1 des + importantes parts des dépenses d'hospitalisation⁽¹⁴⁸⁾, elle-même = à la majeure partie des dépenses de CSBM⁽¹⁴⁹⁾.
- 25 % des séjours hospitaliers en psychiatrie sont > 1 an. Chaque jour à l'hôpital général 20 à 40 % des lits sont occupés par la psychiatrie, dont 60 à 70 % sans motif thérapeutique (Irdes). La réduction de la DMS⁽¹⁵⁰⁾ en psychiatrie a un impact réel sur les dépenses de santé.
- France 2011⁽¹⁵¹⁾ : la schizophrénie représente 35 % des journées d'hospitalisation, la dépression : 14,5 % et les troubles bipolaires : 6,7 %.
- Les maladies mentales représentent 17 % du nombre total des années de vie perdues chaque année en France, alors qu'elles ne représentent que 8 % des dépenses de l'assurance maladie, soit 2 fois moins⁽¹⁵²⁾.
- Entre 1990 & 2010 les années de vie vécues avec une incapacité, pour la catégorie maladies mentales, ont augmenté de 37 %. Ce qui signifie que plus d'1/3 de l'augmentation des années de vie vécues avec une incapacité en France est dû aux maladies mentales.

HANDICAP PSYCHIQUE ET EMPLOI

Sources : revue de littérature Fondation Malakoff Médéric pour le Handicap

HANDICAP PSYCHIQUE ET HANDICAP SOCIAL

- Les troubles psychiques génèrent du handicap social et professionnel. Divers structures et dispositifs travaillent à réduire ce handicap, à lever les freins pour que la personne existe socialement, surtout si elle exprime sa volonté de continuer à travailler.
- Les troubles psychiques diminuent la lisibilité sociale et produisent du handicap dans tous les aspects de la vie. Les personnes doivent réapprendre à fonctionner en société, se réadapter, se réinsérer : enjeu de la réhabilitation psychosociale (nouveau modèle de prise en charge).
- Handicap psychique ≠ déficience intellectuelle (handicap mental). Handicap psychique = détérioration des capacités cognitives => effets sur qualité de concentration, compréhension, mémoire (troubles de la pensée & de la perception, troubles de la communication & du langage, du comportement & de l'humeur, de la conscience & de la vigilance, du sommeil & somatisation, troubles cognitifs, émotionnels & affectifs).

- Épidémiologie : Maladies mentales = 1^{re} cause de handicap d'ici 2020 (OMS 2010), 30 % des Français concernés par un problème de santé mentale (IGAS 2011), Taux d'emploi < de 15 pts vs population en bonne santé, Baisse de productivité pour 3/4 travailleurs présentant un trouble psychique (OCDE 2012)

LES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX

- Constat : intensification du travail et réduction des liens sociaux. Souffrance psychique croissante en lien avec le travail touche 17 % de la population salariée en France⁽¹⁵³⁾.
- 3 types de coûts dans le handicap psychique : coût des soins et d'utilisation des services sanitaires et médico-sociaux, coût humain de qualité de vie et coût lié au marché du travail (perte de productivité patients et aidants).
- Augmentation absentéisme (cause : problèmes de santé) : chômage, arrêts maladie, invalidité ou incapacité (parfois permanente). Coût absentéisme calculé sur la base du salaire moyen de la personne.
- Coûts liés au présentéisme : défini comme présence physique sur lieu de travail avec niveau de performance altéré. Manifestation la plus symptomatique du handicap psychique difficilement quantifiable. Pas de données françaises d'évaluation mais études étrangères révèlent 1 coût 2 fois supérieur à absentéisme. UK 2002-2003 : 21,3 Mds€ pour absentéisme + 42 Mds€ pour présentéisme = 64 Mds€ de perte de productivité = 55 % des coûts de la maladie mentale.
- Coûts liés aux difficultés de réinsertion professionnelle et éloignement progressif du marché du travail (précarisation).

QUELLES RÉPONSES ?

- Intensification des rythmes de travail génère des problèmes de santé mentale. Réponse doit être systémique plus qu'individuelle et porter sur 3 niveaux : le national, le régional et l'entreprise.
- Problématique de l'alternative de la mise en place de l'emploi dans le projet de vie : privilégier statut social, revenus et stress ou santé mentale, qualité de vie et stigmatisation ? Inversement de la logique de pensée de l'insertion entre la France (former d'abord) et l'étranger (insérer d'abord, former ensuite). Méthode US du «place & train».
- Pas de formalisation du système de maintien dans l'emploi en France (vs US ou Allemagne)
=> décision discrétionnaire d'acteurs non définis, parfois hors RH.
- Paysage des outils disponibles peu lisible + frein sur reconnaissance du statut de travailleur handicapé permettant de bénéficier des aides au retour à l'emploi.

HANDICAP PSYCHIQUE ET ENTREPRISE

- Une personne handicapée psychique stabilisée est + performante qu'1 personne souffrant d'1 handicap moteur ou cognitif. Constat non reconnu par les entreprises. Besoin de pédagogie et sensibilisation.
- Influence de la structure organisationnelle de l'entreprise sur l'insertion des personnes atteintes de troubles psychiques.
- Poids social et économique important de la santé mentale dans l'entreprise, encore mal évalué par défaut d'outils adaptés.

PROBLÉMATIQUE PARTICULIÈRE DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE

- Outils disponibles pour établir 1 politique d'intégration des travailleurs handicapés (TH) dans l'entreprise : peu nombreux et encore largement à construire. Problèmes pratiques et éthiques de recueil de données. Politique d'intégration dans l'entreprise reste peu lisible et visible.
- Question de la réinsertion intrinsèquement pluridisciplinaire => clinicien (approche psychopathologique) pas le mieux qualifié pour apprécier différentes variables relativement indépendantes (symptômes, troubles cognitifs, retentissement fonctionnel, niveau de formation et emploi antérieur à la maladie & expérience acquise). Rôle prépondérant des paramètres motivationnels liés au travail et des aptitudes relationnelles dans les facteurs prédictifs de retour à l'emploi.
- Travail comme champ de réadaptation, de réalisation(s) et de rétablissement lorsqu'il est accompagné de manière individualisée. Réussite d'insertion professionnelle souvent garantie par un suivi médico-social soutenu.
- Maintien et intégration du salarié => efforts d'aménagement du travail pour assurer sa participation professionnelle (besoins spécifiques) : aménagement horaires ou temps de travail, organisation du travail, accompagnement encadrement, gestion autonomisation et apprentissages, mise en situation pour tester limites, possibilité du télétravail.
- Ex : 80% des patients schizophrènes inactifs et seulement 8% travaillent en milieu ordinaire => précarité et exclusion. Autonomisation passe par restitution de la dimension travail dans la construction identitaire de la personne. Prendre en compte les compétences repérées chez la personne concernée comme mobilisables, inventorier obstacles et facilitateurs. Vie associative sert de tremplin vers le travail grâce aux repères mis en œuvre.

LES ENJEUX DE L'EMPLOI POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES⁽¹⁵⁴⁾

ASSISE DE L'IDENTITÉ PAR LE TRAVAIL

Sur un terrain qui ne dépend pas des aléas de vie, des ascendants, de la couleur de peau ou de l'infirmité.

Fortes attentes des personnes souffrant de troubles psychiques : travailler pour être comme les autres.

Leurs plus grandes difficultés sont dans le travail (efficacité, adaptabilité, relations sociales, continuité...) ou dans le non-travail (niveau de revenu bas, honte, stigmatisation...).

FONCTIONS MENTALES DU TRAVAIL

Le travail est nécessaire à la construction du psychisme (Freud).

Les fonctions du travail : régulation psychoaffective par déplacement des pulsions narcissiques, agressives, sexuelles... => dimension thérapeutique du travail qui représente une forme de guérison.

FONCTIONS SOCIALES DU TRAVAIL

Moteur d'une meilleure intégration sociale, donne un statut social, structure l'emploi du temps et l'accès au non-travail (gestion du temps libre). Permet l'accès à l'autonomie financière et la consommation. Le travail joue un rôle de support social, sensation de maintien de cohérence, canalisation du trouble psychique.

EMPÊCHEMENTS LIÉS À LA PSYCHOSE

Effets de la maladie : troubles de la pensée, de la cognition, difficultés dans les relations aux autres, manque de contrôle et de confiance. Ces difficultés se traduisent par un vécu douloureux, des échecs et blessures.

Trajectoire professionnelle ponctuée d'arrêts de travail, reprises, reclassements, renoncement et finalement reconnaissance de l'incapacité professionnelle et une vie sans travail.

Abandon d'idée de travail résulte le plus souvent d'une sanction de l'extérieur, éviction, incapacité du monde du travail à accepter une personne insuffisamment productive et trop souvent absente.

FACTEURS PRÉDICTIFS DU RETOUR À L'EMPLOI⁽¹⁵⁵⁾

Psychopathologie et performances cognitives ne sont pas prioritaires.

Diagnostic pas prédictif du retour à emploi. Ex : schizophrènes = pas les plus difficiles à réinsérer (malgré réputation maladie très invalidante) vs TOCs non intégrables au collectif de travail.

Inadaptation au travail ≠ inadaptation sociale => handicap contextuel (ex : Tocs mieux intégrés socialement via réseau familial, amical vs schizophrènes mieux intégrés professionnellement que socialement).

Catégories de facteurs à prendre en compte :

Rapport qu'entretient la personne au travail, dépend de l'expérience acquise, son histoire, ses succès ou échecs, la valeur accordée au travail et les attentes, la durée de l'interruption d'activité.

Facteurs motivationnels : sentiment d'efficacité à trouver un emploi et s'y adapter.

Enjeux de reconnaissance sociale ou d'identité : facteurs de motivation ou d'inhibition et incidence sur choix d'orientation.

Capacités relationnelles : compétence sociale comme paramètre clé de l'employabilité.

FOCUS : SCHIZOPHRÉNIE ET TRAVAIL⁽¹⁵⁶⁾

10 à 20 % seulement des personnes souffrant de schizophrénie ont un emploi. Faible proportion de personnes insérées en milieu ordinaire. 1/3 seulement des personnes insérées travaille un nombre d'heures significatif => durée de l'emploi souvent de quelques mois, pas plus. Ceux qui avaient un emploi avant la maladie le perdent fréquemment. Absence d'emploi = absence d'autonomie financière et difficulté d'insertion sociale => alourdissement du coût financier et social de la maladie.

LES FORCES DU Clubhouse France (CHF) 03/06/2016

LE POSITIONNEMENT INNOVANT

- Innovation organisationnelle dans le parcours de soins et de vie des personnes atteintes de troubles psychiques.
- Approche globale de la personne (médicale, sociale et professionnelle), sur les plans individuel et collectif.
- Promotion de la « pair-aidance ».
- Méthode originale (organisation en journées de travail + cogestion par membres et salariés). Travail participatif et collaboratif des membres pour reconstruire l'appartenance à un groupe social.
- Développement de partenariats entreprise pour sensibilisation et embauche des membres.
- Restauration de l'employabilité comme vecteur du retour à la citoyenneté.

LA PREUVE DU CONCEPT À L'ÉTRANGER

- Concept d'empowerment, de réhabilitation psycho-sociale.
- Le CHF est adossé à la Fédération internationale regroupant 330 CH dans le monde.
- Le CHF est en cours d'accréditation par la Fédération internationale (prévue fin 2016).
- Modèle fondé sur l'Evidence Based Practice prôné par l'OMS.

LA PREUVE DU CONCEPT EN FRANCE

- Le CHF, entre 2012 et 2015, a lancé 3 grandes études d'évaluation de son positionnement et de son efficacité : une recherche participative longitudinale sur un échantillon d'une trentaine de membres⁽¹⁵⁷⁾ suivis pendant 18 mois, une pré-étude d'impact économique et une étude stratégique de déploiement.
- La recherche participative dont les résultats ont été publiés en mars 2016 a démontré une amélioration significative des variables clés du rétablissement psychosocial (insertion sociale et professionnelle, confiance en soi et qualité de vie).
- Exemples de résultats dégagés : évolution positive de la situation professionnelle des membres entre T1 et T3, réduction des hospitalisations⁽¹⁵⁸⁾. 64 % des membres interrogés ont le sentiment d'avoir évolué positivement depuis leur fréquentation du CHF (stabilité de leur situation et diminution des symptômes).

LES PREMIERS RÉSULTATS

- Soutien des autorités locales. Auditions lors des missions ministérielles Laforcade et Saout. Association CHF lauréate 2015 du prix « La France s'engage ».
- Le CHF favorise une vision transversale de la santé mentale via une prise en charge globale (parcours de vie vs parcours de soins).
- Le CHF favorise un changement de culture vis-à-vis du handicap (retours partenaires entreprises).
- En 4 ans d'existence : plus de 30 % des membres sont en situation de retour à une activité professionnelle malgré une augmentation du nombre de membres de plus de 50 % sur 1 an (entre décembre 2014 et décembre 2015). Le nombre de CDD et CDI en constante augmentation démontre une action positive sur le maintien dans l'emploi dans la durée.
- 35 membres à l'ouverture -> mars 2015 : 90 membres -> décembre 2015 : 120 membres -> 170 prévus pour fin 2016 (liste d'attente pour entrer au CHF).

LE CHF : DES IMPACTS POSITIFS SUR LES ASPECTS FONDAMENTAUX DE LA PSYCHIATRIE

ORGANISATION DES SOINS

- Réduction de la durée des hospitalisations et diminution des séjours sans motif thérapeutique. La fréquentation du CHF est un fort élément de motivation à sortir de l'hôpital, un accélérateur du désir de retour à l'indépendance.
- Action positive sur l'observance du traitement. Sur les troubles bipolaires, la recherche fait un lien entre mauvaise observance et augmentation du taux de récurrence de la pathologie, donc augmentation de l'hospitalisation et augmentation des coûts de santé. Les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans l'adhésion du patient à son traitement et le CHF travaille à réguler les facteurs environnementaux actifs sur la pathologie : l'amélioration de la situation sociale et l'autonomie favorisent l'observance.

- Le CHF promeut une conception dynamique et systémique de la valeur car le modèle génère des économies à moyen et long terme sur l'organisation des soins : un membre stabilisé dans son traitement et dans sa vie socioprofessionnelle diminue le nombre et la durée des ré-hospitalisations.
- Le CHF se fonde sur les notions de patients-experts, pair-aidants et de codécision des membres aux projets individuels et communautaires, cogestion du lieu avec un nombre de staff volontairement bas et co-construction du rétablissement psycho-social.
- Le CHF joue un rôle d'effet compensatoire au manque de communication qui existe entre le monde de l'entreprise et le monde médical. Son positionnement à 360° crée du lien entre les différentes composantes de la vie du membre. C'est un atout dans la gestion du parcours de vie (incluant le parcours de soins) du membre du CHF.

DÉPENSES PUBLIQUES

- Les membres du CHF qui reviennent à l'activité professionnelle passent du statut d'allocataire de l'AAH à celui de salarié gagnant le SMIC. La charge sociale des prestations compensatoires diminue et le transfert de charges est également positif pour le membre du CHF car le montant du SMIC = env. 2 fois celui de l'AAH.

Le CHF propose des services d'accompagnement de poste, chez les entreprises partenaires, qui ont une action positive sur les phénomènes de présentisme (réduction de la performance au travail) et d'absentéisme.

- L'hospitalisation représente le + gros poste de dépenses sanitaires en santé mentale. Le modèle Clubhouse d'accompagnement à la vie sociale et au retour à l'activité professionnelle permet de réduire l'incertitude liée à l'avenir, favorise la capacité à se projeter dans une activité et un rôle social de contributeur économique. L'organisation du CHF permet une stabilisation du rythme de vie, une anticipation des crises et une diminution des hospitalisations. Elles sont parfois anticipées, demandées volontairement par les membres et durent moins longtemps que lors de la gestion de la phase aiguë (ex : un membre : 4 jours versus 1 mois = 26 000 € d'hospitalisation économisés).
- La meilleure gestion des hospitalisations traduit un meilleur usage des ressources de la collectivité.

QUALITÉ DE VIE DES MEMBRES

- > 30 % des membres en réinsertion professionnelle.
- Parmi l'échantillon suivi pendant 3 ans sur une étude sociologique, 1/3 des membres ont augmenté leurs revenus par leur seul salaire.
- La variété des services proposés par le CHF permet aux membres, même en cas d'absence d'un projet précis, de se rapprocher progressivement de l'emploi (stages, formations, contrats très courts).

- La gestion améliorée des hospitalisations est possible via la « pair-aidance » et l'anticipation des rechutes. Selon l'Irdes, le pronostic des troubles psychiques dépend de la réduction des hospitalisations longue durée.
- Le projet de retour à la vie ordinaire qui préexiste à l'entrée au CHF et qui est soutenu par le modèle permet la non-aggravation de la pathologie et la non-fragilisation des liens sociaux.
- Le CHF est un outil de lutte contre 2 conséquences de la maladie psychique : le taux de dépréciation du capital santé et la réduction des investissements en capital humain. Le CHF génère un retour sur investissement social.

ANNEXES

ANNEXE n° 1 : Descriptif des troubles psychiques principaux

ANNEXE n° 2 : Les Affections Longue Durée en psychiatrie

ANNEXE n° 3 : Années Potentielles de Vie Perdues & Disability Adjusted Life Years

ANNEXE n° 4 : La problématique du recueil d'informations médicales en psychiatrie

ANNEXE n° 5 : Classification Internationale du Fonctionnement

ANNEXE n° 6 : Les enjeux de l'activité professionnelle en santé mentale

ANNEXE n° 7 : Les indicateurs de suivi des membres du CHF en 2015

ANNEXE N° 1

DESCRIPTIF DES TROUBLES PSYCHIQUES PRINCIPAUX

- **Troubles bipolaires** : psychose maniaco-dépressive, maladie entraînant des dérèglements de l'humeur, via une succession d'épisodes maniaques (exaltation) & d'épisodes dépressifs. Maladie chronique à manifestations cycliques. Ces épisodes se traduisent par des troubles du comportement comme la levée des inhibitions, des dépenses inconsidérées ou des idées suicidaires. Un événement de vie traumatique est souvent déclencheur de la maladie⁽¹⁵⁹⁾. En France : prévalence estimée autour de 1 % à 2,5 % dans les études en population générale, soit 650 000 personnes⁽¹⁶⁰⁾. Elle est certainement sous-évaluée. Le retard diagnostic est d'environ 10 ans. 25 à 60 % des patients bipolaires feront au moins une tentative de suicide dans leur vie ; parmi ces tentatives de suicide, 4 % à 19 % conduiront au décès du patient⁽¹⁶¹⁾.
- **Troubles schizophréniques** : maladie fréquente, la plus répandue des psychoses de l'adulte. Elle touche 1 % à 2 % de la population en France, soit 635 000 personnes⁽¹⁶²⁾. Incidence annuelle : 1,5 pour 10 000 en 2006. Souvent sévère, elle se déclare majoritairement à l'adolescence ou entre 20 & 30 ans. Elle s'exprime par des troubles de la pensée qui génèrent la sensation d'être incompris. Les personnes souffrant de schizophrénie développent des idées étranges ou délirantes⁽¹⁶³⁾, des hallucinations visuelles ou auditives. Il s'agit d'une perte de contact avec la réalité, un retrait du monde, une altération des processus de pensée & de l'affectivité. L'évolution souvent chronique entraîne le risque d'un handicap psychique majeur avec un impact fonctionnel fort et le retard diagnostic moyen de 5 ans accroît le risque de chronicité ⁽¹⁶⁴⁾.
- **Troubles anxieux sévères** : ces sensations de peur, inquiétudes et angoisse prédominantes et excessives par rapport au danger réel ou supposé, perturbent durablement la vie quotidienne (anxiété sociale ou généralisée (4 % de la population adulte selon le site du Psycom), stress post-traumatique ou TOCs⁽¹⁶⁵⁾).
- **Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOCs)** : ils font partie des troubles anxieux graves et touchent environ 2 % de la population adulte et représentent la 4e pathologie psychiatrique la plus fréquente après les troubles phobiques, les troubles liés aux toxiques et les dépressions. Les TOCs provoquent 2 types de symptômes isolés ou simultanés : les obsessions (pensées dérangeantes, envahissantes, récurrentes : saleté, oubli, erreur, ordre...) et les compulsions (comportements ou actes mentaux répétitifs visant à réduire la souffrance et l'anxiété). Les personnes atteintes de TOCs sont conscientes que leurs idées obsessionnelles sont produites par eux-mêmes et non imposées de l'extérieur.

- **Trouble dépressif sévère** : ce dérèglement de l'humeur se traduit par la tristesse de l'humeur, la perte d'intérêt pour toute activité et la fatigue et peut s'accompagner de troubles de l'appétit, du sommeil, de la concentration, de sentiment de culpabilité voire d'idées de mort. Les troubles dépressifs apparaissent sans raison apparente ou à la suite d'un événement traumatisant. L'épisode dépressif caractérisé dure entre 6 mois et 1 an. Il peut être récurrent ou persistant⁽¹⁶⁶⁾. D'après la Drees, la dépression concernerait > 3 millions de personnes. Prévalence estimée entre 5 % et 12 % selon les sources et outils de mesure utilisés. Près de 8 millions de Français ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie.
- **Trouble borderline ou trouble de la personne limite (TPL)** : trouble de la personnalité induisant des relations interpersonnelles instables et intenses, alternant des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation, une perturbation de l'identité, une impulsivité dommageable pour le sujet (dépenses, alimentation, conduite automobile, toxicomanie...) et une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur. Ces personnes éprouvent des sentiments chroniques de vide et font des efforts importants pour éviter un abandon réel ou imaginé⁽¹⁶⁷⁾.

ANNEXE N° 2

Les Affections Longue Durée en psychiatrie

Source : Ameli.fr – assurance maladie – Direction de la stratégie et des études statistiques - statistiques et publications-

DONNÉES GÉNÉRALES 2013

France, Données Assurance maladie Étude Cnamts

Année	Nbre de pers en ALD au régime général	Proportion de la population étudiée	Nbre d'ALD par patient
2004	6,5 millions	> 1 pers sur 8	1,14
2010	9 millions	< 1 pers sur 6	
2011	9,2 millions	< 1 pers sur 6	
2012	9,5 millions	< 1 pers sur 6	
2013	9,7 millions	< 1 pers sur 6	

En 2013 l'ALD n° 23 (Affections psychiatriques de longue durée) est au 3^e rang en importance des effectifs concernés parmi les 9 323 070 personnes répertoriées en ALD30. Le classement est le suivant :

1. Diabète type 1 & type 2	2 250 760 personnes	24,14 %
2. Tumeur maligne	1 992 280	21,37 %
3. Affections psychiatriques longue durée	1 190 690	12,77 %
4. Maladie coronaire	1 041 56	11,17 %
5. Hypertension artérielle sévère	1 000 310	10,73 %
TOTAL	7 475 600	80,18 %

Point méthodologique : pour pouvoir comparer les données récentes (2013) avec des données plus anciennes de l'ALD (2006), il faut rester sur les chiffres de ce qui est aujourd'hui appelé ALD30 et qui comprend les 30 affections retenues à l'origine de la création du système. Les variations réglementaires ont conduit récemment à intégrer le groupe ALD31 et le groupe ALD32. En 2013 la population ALD30 regroupait 9 323 070 personnes prises en charge, chiffre utilisé pour le calcul des pourcentages réalisés dans le tableau ci-dessus. Si on cumule les groupes ALD30, 31 & 32 on atteint 9 660 160 personnes, ce qui correspond à l'arrondi du 1^{er} tableau (9,7 millions pour 2013).

DONNÉES PSYCHIATRIE 2013

Cnamts, direct° stratégie & études statistiques, 31/12/2013

Pathologie	Effectif en ALD	Rang d'ALD	Taux pour 100 000	% hommes	% femmes	Âge moyen	% décès
Schizophrénie	132 500	19	219	64,4	35,6	47	1,49
Troubles délirants persistants	40 750	50	67	46	54	55	2,4
Autres troubles psychotiques non organiques	24 190	72	40	42,5	57,5	55	2,55
Psychose non organique sans précision	77 020	35	127	51,4	48,6	50	1,87
Trouble affectif bipolaire	128 430	20	212	33,8	66,2	56	1,86
Épisodes dépressifs	279 150	8	462	28,6	71,4	58	2,04
Autres troubles anxieux	32 680	60	54	27,7	72,3	61	2,44
TOTAL	714 720						14,65

Nouvelle catégorie vs 2006

Trouble dépressif récurrent	18 990	88	31	26,4	73,6	58	1,79
-----------------------------	--------	----	----	------	------	----	------

Répartition de la population de l'ALD n° 23 au 31/12/2013, en fonction de l'ancienneté de l'ALD :

ancienneté ALD	< 1 an	1 à 2 ans	3 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	> ou = 15 ans
%	7,9	16,9	13,3	19,1	14,6	28,3
rang	6	3	5	2	4	1

Répartition de la population de l'ALD n° 23 au 31/12/2013, par région administrative :

RÉGION	Île-de-France	PACA	Rhône-Alpes	Bretagne	Aquitaine	Languedoc-Roussillon
EFFECTIF	198 500	121 340	118 770	72 120	69 250	61 780
RANG	1	2	3	4	5	6

DONNÉES PSYCHIATRIE 2006 (base de comparaison)

Cnamts, direct° stratégie & études statistiques, 5/04/2006

Pathologie	Effectif en ALD	Rang d'ALD	Taux pour 100 000	% hommes	% femmes	Âge moyen	% décès
Schizophrénie	115 745	14	210,5	62,1	37,9	43,2	1,3
Troubles délirants persistants	40 071	35	72,9	45	55	51,3	1,9
Autres troubles psychotiques non organiques	23 006	57	41,8	37	63	54,4	2,3
Psychose non organique sans précision	33 540	43	61	49,5	50,5	46,4	1,8
Trouble affectif bipolaire	72 409	18	131,7	32,8	67,2	55,7	1,9
Épisodes dépressifs	125 940	11	229,1	28,7	71,3	53,7	1,8
Autres troubles anxieux	47 220	27	85,9	26,8	73,2	57,2	1,9
TOTAL	457 931						12,9

Si on compare les données de 2013 avec celles de 2006 on remarque que sur la période :

- une augmentation des effectifs en ALD schizophrénie de 16 755 personnes (+14,5 %),
- le taux de pers. schizophrènes pour 100 000 pers. en ALD a augmenté de 9 personnes pour atteindre 219,
- une augmentation des effectifs en ALD trouble bipolaire de 56 021 personnes (+77,4 %),
- le taux de personnes bipolaires pour 100 000 personnes en ALD a augmenté de plus de 80 pour atteindre 212,
- l'écart (de 1,6 en 2006) entre le taux des pers. schizophrènes et celui des pers. bipolaires s'est considérablement réduit et tend vers 0. Le taux des schizophrènes en ALD a stagné alors que celui des bipolaires a presque doublé,
- L'âge moyen recule, sur chaque pathologie,
- Et le pourcentage global de décès de toutes ces pathologies cumulées a augmenté de presque 2 points pour atteindre > 14,5 %.

ANNEXE N° 3

APVP : Années potentielles de vie perdues (INSERM)

DÉFINITION

Les APVP représentent le nombre d'années qu'un sujet mort prématurément n'a pas vécues. Le sujet est mort avant un âge limite déterminé : le plus souvent en France : 75 ans (65 ans lorsque les comparaisons sont faites au niveau européen avec les indicateurs de l'OMS). Sont exclus du calcul tous les décès survenus après l'âge limite retenu ainsi que les décès infantiles de la première année de vie (causes spécifiques)

UTILITÉ

Les APVP permettent de faire des comparaisons en termes de poids des pathologies et de leur sévérité. Le plus souvent l'indicateur utilisé rapporte APVP d'une pathologie précise au total des APVP toutes causes de mortalité confondues (en %). On peut aussi ramener APVP à effectif de population cible et obtenir des taux par âge (ex : APVP pour les personnes souffrant d'un trouble schizophrénique, par tranche d'âge : x % pour les 15-25 ans et y % pour les 25-50 ans).

Indicateurs de plus en plus utilisés pour déterminer les priorités de santé publique, basé sur la hiérarchisation des poids et la sévérité des pathologies.

MODE DE CALCUL

Le calcul consiste schématiquement à multiplier les années restantes d'une classe d'âge par rapport à l'âge limite déterminé par le nombre de décès. Exemple de calcul des APVP pour la catégorie « décès par traumatisme » en France, pour la classe d'âge des 1-4 ans -> années restantes jusqu'à 75 ans : 72 et nombre de décès par traumatisme sur une année donnée : 19 => $72 \times 19 = 1\,368$ APVP. Pour l'ensemble des classes âge de 1 à 74 ans : 65 597,5 APVP (pour la catégorie décès par traumatisme) sur 209 929 APVP toutes causes de mortalité confondues => analyse : le traumatisme constitue 1/3 des APVP avant 75 ans /an, en France.

AVCI (Années de Vie Corrigées de l'Incapacité)

DÉFINITION

- **AVCI** (voir ci-dessous) = DALY (Disability Adjusted Life Years)
= somme des années potentielles de vie perdues à cause d'une mortalité prématurée (**AVP** = YLL years of life lost) ET des années de vie productive perdues à cause de l'incapacité (**API** = YLD years lived with disability).

- AVCI (Années de Vie Corrigées de l'Incapacité) = années de vie en bonne santé perdues. L'individu n'est pas décédé mais sa qualité de vie est altérée jusqu'à son décès. La pondération de cette altération est également calculée (voir ci-dessous).
- AVCI pour une pathologie permet de calculer la somme des années de vie perdues (AVP) par mortalité prématurée dans la population générale ET des années perdues pour cause d'incapacité (API) pour les personnes vivant avec la pathologie étudiée.
- **AVCI = AVP + API** ou **DALY = YLL + YLD**

UTILITÉ

- permet de quantifier la charge de morbi-mortalité (morbidité et mortalité)

MODE DE CALCUL

AVCI = AVP + API, détail de chaque élément :

- $AVP = YLL = \text{nombre de décès (N)} \times \text{espérance de vie normale à l'âge auquel le décès survient (L)}$
 $\Rightarrow \mathbf{AVP = N \times L}$ ou $YLL = N \times L$
- $API = YLD = \text{nombre de cas incidents ou nouveaux cas (I)} \times \text{poids de l'invalidité (DW : de 0 = santé parfaite à 1 = mort)} \times \text{durée moyenne de la maladie (L)}$
 $\Rightarrow \mathbf{API = I \times DW \times L}$ ou $YLD = I \times DW \times L$

EXEMPLES D'APPLICATION À L'ÉPIDÉMIOLOGIE (pour quantifier l'altération de la qualité de vie des malades) :

- Sur les 6 principales maladies à l'origine des années vécues dans l'incapacité, déterminées par l'OMS, 4 sont des troubles psychiques : dépression, troubles liés à la consommation d'alcool, schizophrénie et troubles bipolaires.
- En 2006, l'OMS a établi les troubles psychiques comme 1^{re} cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle. Ces troubles sont parmi les 1^{res} causes d'absentéisme au travail, de congé maladie, de retraite anticipée et de prescription médicale (avec de forts effets secondaires qui altèrent la qualité de vie).
- En France, l'assurance maladie dénombre : plus de 2 millions de personnes avec une pathologie psychiatrique identifiée et plus de 5 millions de personnes dont la qualité de vie est altérée, sont inclus la famille et les aidants (source Rapport charges et produits de l'assurance maladie 2014).

ANNEXE N° 4

PROBLÉMATIQUE DU RECUEIL D'INFORMATIONS EN PSYCHIATRIE

Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) a été créé en 2007 par l'Atih. Il permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice des patients par les établissements de santé, en hospitalisation complète ou partielle et en ambulatoire, et les caractéristiques des patients et l'ensemble de leur prise en charge au sein des établissements. Un identifiant national permet de chaîner les patients suivis dans plusieurs établissements afin de permettre d'étudier le suivi et les modalités de prise en charge des personnes atteintes de pathologies psychiatriques graves et de décrire l'activité hospitalière des établissements de santé d'un point de vue médico-économique. Il est pensé pour reconstituer les trajectoires des patients et décrit : les prises en charge, la patientèle, les séjours et les venues, les actes ambulatoires réalisés dans les services psychiatriques des établissements de santé.

Mais la qualité du codage de ces informations reste encore à évaluer et à améliorer pour une exploitation efficace, selon la Drees.

- L'ATIH (agence technique d'information hospitalière) collecte des données médico-administratives : journées de PEC, fréquentation, « venues » pour hospitalisation : accueil à temps partiel ou actes ambulatoires.

L'agence est en cours de réflexion et de refonte des indicateurs de suivi et du mode de recueil des données en psychiatrie pour en augmenter la quantité et la pertinence nécessaires aux extrapolations statistiques indispensables pour développer une vision réaliste de la PEC des troubles psychiques en France.

- Le Rim-P peut être complété par la Statistique Annuelle des Établissements (SAE), qui comprend un volet dédié à la psychiatrie, depuis 2006. La SAE collecte depuis 1994 : les capacités, personnels, activités de tous les établissements et pour toutes les disciplines.
- Les rapports d'activité en psychiatrie (RAPSY) constituent également une approche complémentaire à l'étude du Rim-P. Ils datent de 2008 et collectent des données depuis 2009. Mais les premiers résultats n'ont été publiés qu'en 2011 et ce type d'enquête ne sera pas reconduit avant plusieurs années.
- L'Assurance Maladie dispose du Système National d'Informations Inter-Régimes (SNIIR-AM) qui renseigne sur les remboursements de soins de ville et les données médicales des affections de longue durée (ALD), depuis 2002, mais dont elle facilite peu l'accès. La recherche doit être officiellement faite par un universitaire et l'assurance maladie se réserve le droit de l'accepter ou non.

- Le SNIIR-AM peut être complété par l'Échantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB), également géré par l'assurance maladie et réalisé au 1/97e de la population, à partir de données d'âge, sexe, résidence, date de décès, protection par la couverture maladie universelle complémentaire, ALD et soins remboursés. Il permet de consulter les taux de remboursement des anxiolytiques et des hypnotiques par exemple.
- Le PMSI, (programme de médicalisation des systèmes d'information) mis en place par la DHOS (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) est un outil médico-économique d'analyse de l'activité de court séjour des établissements de soins. Il a été expérimenté en 2002 sur les activités de psychiatrie dans 4 régions et dans une centaine d'établissements volontaires. Cette expérimentation avait 2 objectifs : obtenir un recueil d'activité médicalisé spécifique à la psychiatrie et chercher un modèle de financement à partir des données recueillies, ce qui s'avéra impossible en vertu de la difficulté à constituer des groupes homogènes de journées. Le PMSI psy fut abandonné en 2005 et fut remplacé par le Rim-Psy. Depuis, la VAP (valorisation de l'activité en psychiatrie) a également été abandonnée.
- On peut également citer la base ADELI collectant des données de psychologues libéraux, mais seulement pour ceux qui acceptent de se déclarer sur cette base qui n'inclut pas non plus les psychothérapeutes et psychanalystes pour lesquels une formation universitaire n'est pas requise.
- Enfin la base HOPSY, pilotée par une ARS, ne regroupe que les données relatives aux hospitalisations sans consentement.

NOMENCLATURE DU RECUEIL D'INFORMATIONS EN PSYCHIATRIE

*** Recueils d'information médicale et sources de financement des pathologies psychiatriques.

*** Chaînage parcours patient à l'hôpital décomposé en types d'actes et éléments associés pour classification en type de séjours.

*** Repérage et comparaison des prises en charge psychiques : complexe et hétérogène.

- Situations diagnostiques médicales décrites par le CIM-10 (10e version de la classification internationale des maladies).
- Chapitre V de CIM-10 (troubles mentaux et du comportement) répertorie 3 types de complications ou morbidités (CMAS voir ci-après) :
 1. Troubles mentaux organiques & troubles symptomatiques
 2. Schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants
 3. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

- Prises en charge des hospitalisations classées en GHM (Groupes Homogènes de Malades). Cela correspond au recueil et traitement des données de l'activité médicale et des données de facturation corrélées.
- Patient hospitalisé en MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), à l'hôpital général : 1 ou plusieurs RUM (Résumé d'Unité Médicale) sont produits et constituent le RSS (Résumé de Sortie Standardisé ou résumé de séjour).
- Résumés de séjour (RSS) classés en fonction du diagnostic principal du séjour : les CMD (Catégories Majeures de Diagnostic) ou le 1er niveau de classement. Sur 27 CMD, 2 concernent la psychiatrie : CMD 19 (maladies et troubles mentaux) et CMD 20 (troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci).
- Aux CMD sont associés des niveaux de sévérité par l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalière) : les CMAS (Complications ou Morbidités Associées Sévères), qui confèrent au GHM un niveau de sévérité élevé classé de 2 à 4, modulé par l'âge, la durée de séjour ou le décès du patient. La compensation financière ou facturation du séjour est également pondérée par ces éléments de codage.
- Les actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) décrivent les actes réalisés au cours du séjour.
- La Nomenclature Générale des Actes des Professionnels (NGAP) contient des actes utilisables en psychiatrie : actes de consultation, de psychothérapies de groupe, de délivrance de certificat d'internement...
- L'ATIH produit le Recueil d'Information Médicale en psychiatrie (RIM-P) qui définit des actes d'entretien, de démarche, de groupe, d'accompagnement ou de réunion (EDGAR), réalisés par des intervenants (para)médicaux sur 11 types de lieux (MCO, SSR, USLD...). Elle ne code pas la psychiatrie de liaison.
- Les intervenants produisent alors un RAA (résumé d'Acte Ambulatoire) qui contient des informations d'actes et de diagnostic, réalisés auprès du patient ou de son environnement, en sa présence ou non.

Ces données permettent de :

- Mesurer la fréquence des actes ambulatoires de psychiatrie ou codes de diagnostics psychiques des patients hospitalisés sur une année.
- Analyser la variabilité des pratiques de codage des troubles psychiques entre le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), MCO et le RIM-P, des patients pris en charge au moins une fois dans l'année.
- Analyser les catégories majeures de diagnostic des patients suivis en psychiatrie.
- Estimer l'impact du codage d'une pathologie psychiatrique sur le niveau de sévérité du séjour.

- Améliorer la valorisation de l'activité au sein d'un établissement, notamment en améliorant la définition des règles de codage des pathologies psychiatriques, de repérer les unités fonctionnelles ou les lits dédiés à ces troubles au sein des établissements (c'est le travail actuel de l'ATIH).

Typologie du recueil d'information	PMSI-MCO	RIM-P
Structuration information & règles de codage	RUM distingue 3 types de diagnostic : 1. Principal 2. Relié 3. Secondaire	2 types seulement de diagnostic : 1. Principal 2. Secondaire
Principal motif de prise en charge défini	Diagnostic principal	Pathologie qui mobilise l'essentiel de l'effort médical & soignant
Typologie du codage	RUM, RSS	RAA, EDGAR
Valorisation des troubles psychiques	3 niveaux : 1. Groupes Homogènes de Séjour (GHS) psychiques rassemblés dans les CMD 19 et CMD 20.	- Informat° + précise / exhaustivité nombre de patients hospitalisés en psychiatrie.
	2. Impact des comorbidités sur coût du séjour pour patient.	- Meilleure appréhension de prévalence des troubles psy vs PMSI, pour épidémiologistes.
	3. Codes d'actes psy peu nombreux voire obsolètes dans les différentes nomenclatures et sans correspondance avec cotation EDGAR.	- EDGAR ne permet pas de distinguer le service demandeur du service exécutant de l'acte versus NGAP => EDGAR peut conduire à sous-estimer activité psy .

Comment améliorer le recueil demain ?

- Répertoire les différents types de PEC psychosomatiques rencontrés en MCO.
- Améliorer le repérage et les règles de codage.
- Actualiser les nomenclatures d'actes utilisées en MCO pour intégrer les spécificités de la psychiatrie de liaison.

Source : Claire Bourdais-Mannone et al., « Fréquence et codage des prises en charge psychiques des patients hospitalisés en court séjour », Santé Publique 2015/2 (Vol. 27), p. 221-231.

ANNEXE N° 5

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT⁽¹⁶⁸⁾ DU HANDICAP⁽¹⁶⁹⁾ ET DE LA SANTÉ (CIF)

- Élaborée par l'OMS en 2001 pour fournir un langage uniformisé, un cadre de description et une organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap.
- Fonctionnement et handicap = concepts multidimensionnels illustrant l'interaction dynamique entre les fonctions organiques, les activités et domaines de vie auxquels participent les individus, les facteurs personnels et environnementaux.
- CIF classe le fonctionnement des individus.

Fonctionnement :

- du corps (organisme) => déficiences
- de la personne en termes de capacités individuelles => limitations
- de la personne en tant qu'être social (modèle biopsychosocial) => restrictions
- Elle qualifie les déficiences, les limitations d'activité, les restrictions de participation, les obstacles et les facilitateurs environnementaux.
- La CIF fait partie des 3 classifications principales développées par l'OMS, qui comptent aussi la CIM 10 (classification internationale des maladies, 10^e version) et la ICHI (International classification of health interventions).
- Objectif OMS pour améliorer l'état de santé des personnes handicapées = renforcer la collecte des données sur le handicap, pertinentes et comparables au niveau international, à partir de la CIF + soutenir la recherche sur le handicap et les services apparentés.

ANNEXE N° 6

LES ENJEUX DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN SANTÉ MENTALE

Dans le contexte d'une personne atteinte de troubles psychiques en poste dans l'entreprise :

Sont attribués à l'individu :

difficulté de concentration et manque de rigueur, erreurs professionnelles, problèmes relationnels et conflits.

Sont ressentis par le collectif de travail :

incompréhension du comportement, limitation de la participation au collectif de production, légitimité professionnelle remise en cause.

L'un des enjeux pour l'entreprise : professionnaliser sa démarche envers les salariés souffrant de handicap via des structures extérieures, obtenir un accompagnement des salariés et de leur environnement de travail pour toutes les questions relatives au retour ou au maintien dans l'emploi.

Le Bureau International du Travail alerte depuis plusieurs années sur l'importance du phénomène dans l'Union Européenne : la population active présentant un problème de santé mentale était de 20 % au début des années 2000. Les pathologies mentales et la sphère du travail sont de plus en plus liées. Le diagnostic le plus fréquent était jusqu'en 2010 l'épisode dépressif léger et à partir de 2011 : les troubles anxieux et la dépression mixte. Les chiffres démontrent une sévérité accrue du diagnostic en lien avec la détérioration des conditions de travail. Le Burn out peut s'aggraver en dépression et les antécédents de dépression sont un facteur de risque de l'apparition du Burn out⁽¹⁷⁰⁾.

Quelques chiffres pour caractériser l'ampleur de la souffrance psychique liée au travail

En 2012 la souffrance psychique touchait :	Extrapolation à la population française :	Données Cnamts maladies professionnelles :
- 3/100 salariées actives - 1/100 salariés actifs	- sur 24 M de salariés en France (Insee) - env. 480 000 salariés touchés	- 512 demandes de reconnaissance d'affections psy formulées en 2013 - x 2,3 vs 2012 - 47% indemnisées (< 250 salariés)

ANNEXE N° 7

LES INDICATEURS DE SUIVI DES MEMBRES DU Clubhouse France EN 2015

PARCOURS DE SOINS

- % hommes – femmes et âge moyen
- membres hospitalisés fréquentant ou non le CHF

RETOUR A UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE⁽¹⁷¹⁾

- situation / emploi (intégration, préparation projet, recherche active, réinsertion pro)
- proportion des membres travaillant à leur arrivée au CHF
- taux de retour à une activité professionnelle ? Évolution de ce taux dans le temps ?
- quel type d'emploi et de contrat ? et quelle proportion selon les types d'emploi (de transition, assistés ou autonomes) ?
- quelle durée dans l'activité professionnelle ?
- nombre de membres en activité avec ou sans RQTH

QUALITÉ DE VIE

- membres cherchant une situation logement
- fréquentation moyenne par jour et par semaine
- nombre de personnes sur liste d'attente

INDICATEURS DE SUIVI D'UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

- Évaluation clinique des troubles et des critères de variabilité / aggravation
- Identifier les troubles somatiques, les morbi-mortalités, les complications majeures
- Réaliser un suivi des facteurs de risques somatiques et des comorbidités
- Évaluer la fréquence et la durée moyenne des ré-hospitalisations*
- Évaluer l'incapacité résiduelle après stabilisation traitement (calcul des AVCI : années de vie corrigées de l'incapacité)
- Évaluation des capacités d'adaptation professionnelle (à fin de réinsertion professionnelle)**
- Coûts directs & indirects (arrêts maladie patients et aidants, perte de ressources)
- Variation de situation financière patients / évolution maladie
- Étude aides sociales : RSA, AAH, PCH et décret RDSAE -> phénomène de seuil d'opportunité induit par soumission à conditions de ressources.

DONNÉES ÉCONOMIQUES À VALORISER POUR LE MODÈLE CLUBHOUSE

- Réduction DMS psy (durée moyenne de séjour en psychiatrie) et DMAH psy (durée moyenne annuelle d'hospitalisation).
- Réduction des ré-hospitalisations (nombre de retours et durée) après entrée au CHF***
- Coût des lits ou séjours de psychiatrie à l'hôpital**** comparé au coût de PEC annuel au CHF (étude du rapport coût-efficacité du modèle Clubhouse)*****.
- Retour à l'emploi ou maintien dans l'emploi => pas de perte de ressources, ni de productivité (incl. les aidants) coûteuse pour la collectivité*****.
- Réinsertion sociale et professionnelle donc citoyenne => meilleure observance des traitements (compliance et bon usage) => allègement complications, hospitalisations, CSBM.
- Impact sur système sanitaire de l'optimisation du parcours de soins.

* Compte tenu qu'une hospitalisation initiale (complète ou partielle) est toujours nécessaire. Affinage des données possible via recueil du nombre moyen d'hospitalisations/an/pathologie parmi les membres du CHF (segmentation du risque par pathologie).

** Évaluer : durée moyenne avant retour à activité professionnelle après entrée au Clubhouse Paris, durée moyenne en activité professionnelle (quelle qu'elle soit)/membre/an, nombre de contrats/membre/an, fréquence des interruptions de contrats et typologie des interruptions : passagères (avec retour à l'activité après quelques jours ou définitive, sans retour à l'activité pour le contrat concerné).

*** À rapprocher de la DMAH pour renforcer la robustesse des données. Faire l'exercice pour chaque membre et pour chaque pathologie afin de déterminer si le modèle est plus efficace sur certaines pathologies.

**** L'hôpital général a-t-il un intérêt économique à maintenir des lits de psy et à maximiser leur durée d'occupation ? Comparaison avec la MCO.

***** Nombre de membres ayant été en HC (hospitalisation complète) avant entrée au CHF, à rapprocher du nombre de séjours en HC post-entrée CHF. Idem pour HTP (hospitalisation à temps partiel).

***** Évaluation du taux de fréquentation annuel du CHF/membre, avant et après retour à une activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

BIBLIOGRAPHIE

OMS

- *Investir dans la santé mentale*, Organisation Mondiale de la Santé, Département de santé mentale et abus de substances psycho-actives, Genève, 2004
- *WHO Health Promotion Glossary : new terms*, Ben J. Smith, Kwok Cho Tang & Don Nutbeam, School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia and World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2006
- *Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, EHESP, Maison des sciences sociales du handicap et centre collaborateur OMS pour la CIF en langue française, 2015

PARLEMENT EUROPÉEN

- *Résolution du Parlement européen du 19 février 2009 sur la santé mentale* (2008/2209(INI))

COUR DES COMPTES

- *Rapport public thématique, L'organisation des soins psychiatriques : Les effets du plan «Psychiatrie et santé mentale»* (2005-2010), Décembre 2011

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- PLFSS 2015, annexe 7, ONDAM et dépenses de santé
- Circulaire n° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé

ASSURANCE MALADIE

- Rapport au ministre sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2014*, 11 juillet 2013

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- Note de réponse à la saisine de Mme la Ministre de la Santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé, 3 février 2014

IRDES

- Questions d'économie de la santé n° 206 – février 2015, IRDES, *La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011*. Magali Coldefy, Clément Nestrigue

- Questions d'économie de la santé n° 202 – octobre 2014, IRDES, *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale*. Magali Coldefy, Clément Nestrigue
- Questions d'économie de la santé n° 180 – octobre 2012, IRDES, *L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences*. Magali Coldefy
- Questions d'économie de la santé n° 145 – août 2009, IRDES, *Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation*. M. Coldefy, P. Le Fur, V. Lucas-Gabrielli, J. Mousquès
- *L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France*, Tome 1 - Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages - Irdes juin 2015
- Questions d'économie de la santé n° 111 – Juillet 2006, IRDES et Drees, *Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France*, A. Fénina, Y. Geffroy, C. Minc, T. Renaud, E. Sarlon, C. Sermet

FONDATION FONDAMENTAL

- Dossier de presse, «*Recherche en psychiatrie : la France doit saisir sa chance*», 29 janvier 2010
- Cycle de conférences FondaMental 2011-2012, *Études de cohortes en psychiatrie : expériences européennes*, novembre 2013
- Cycle de conférences FondaMental 2012-2013, *Biomarqueurs en psychiatrie*, janvier 2014
- Étude Prévention des maladies psychiatriques : *Pour en finir avec le retard français*, octobre 2014
- Assises de la fondation FondaMental en Île-de-France, 11/06/2015
- Colloque Recherche sur les maladies psychiatriques : *quelle stratégie ?*, 6/10/2015

INSEE

- INSEE PREMIÈRE n° 1308 – Juillet 2010, *Les discriminations liées au handicap et à la santé*. G. Bouvier et X. Niel, division enquêtes et études démographiques
- France, portrait social, dossier *Emploi, conditions de travail et santé* - Insee Références - Édition 2013

CNSA

- Repères statistiques n° 03, *L'activité des MDPH relative à l'AAH entre 2007 et 2013*, Mars 2015

- L'Encéphale, *Le modèle Clubhouse pour les personnes souffrant de troubles psychiques : revue de littérature et expérience française*, C. Bouvet, C. Battin, C. Le Roy Hatala, 2014
- *Handicaps d'origine psychique: une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes*, CNSA, actes du colloque du 23 mars 2009, Palais des Congrès de Versailles

THINK TANK Économie Santé

- *Donner aux établissements hospitaliers les moyens de faire des économies*, La Recommandation 2015

MNASM

- Pluriels, La lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale, n° 98, *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie*, Octobre 2008

HAS

- Note d'orientation du 9/10/2013 sur le programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale
- Guide affection longue durée – *La prise en charge de votre schizophrénie*, 2007
- Guide affection longue durée – *La prise en charge d'un trouble bipolaire*, 2010
- Guide affection longue durée – *La prise en charge de votre trouble anxieux*, 2007
- Guide affection longue durée – *La prise en charge d'un trouble dépressif, récurrent ou persistant*, 2010
- Colloque des 10 ans de la HAS : *Contribuer à la régulation par la qualité et l'efficience*, 1/10/2015

ARS

- ARS Picardie, Conseil de surveillance du 24/03/2015 relatif à la stratégie, à l'évolution de l'offre et au financement de l'accompagnement des personnes en situation de handicap
- ARS Île-de-France, Projet régional de santé, schéma d'organisation des soins, Le volet hospitalier, 2015

VILLE DE PARIS

- Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des Parisiens en situation de handicap, 2012-2016

ARTICLES SCIENTIFIQUES

- *The cost of mental disorders in France*, Chevreul K. et al., European Neuropsychopharmacology 2012
- *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review*, Edward Chesney, Guy M. Goodwin, Seena Fazel, Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK
- *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, Wittchen & coll., Eur Neuropsychopharmacol, 2011 Sep ; 21 (9) : 655-79
- *Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder*, Depp et al, Dialogues in Clinical Neuroscience, vol 10 – N°2 – 2008
- *Fréquence et codage des prises en charge psychiques des patients hospitalisés en court séjour*, Claire Bourdais-Mannone et al., Santé Publique 2015/2 (Vol. 27)
- *Costs of Clubhouses : an International perspective*, Colleen E. McKay, Brian T. Yates and Matthew Johnsen, Administration and Policy in mental health and mental health services research, vol. 34, n° 1, January 2007
- *Strategic Planning for ICCD Clubhouse Implementation : development of the Clubhouse Research and Evaluation Screening Survey (CRESS)*, Cathaleen Macias, Rudyard Propst, Charles Rodican and Jeremy Boyd, Mental Health Services Research, vol. 3, n° 3, September 2001
- *Service Quality as measured by Service Fit and mortality among Public Mental Health System service recipients*, H. Stephen Leff, James C. McPartland, Stephen Banks, Bruce Dembling, William Fisher and I. Elaine Allen, Mental Health Services Research, vol. 6, n° 2, June 2004
- *New Day, Inc., of Spartanburg (South Carolina) : hospitalisation study*, William H. Wilkinson, Psychosocial Rehabilitation Journal, vol. 16, n° 2, october 1992
- *Elements of a psychosocial Clubhouse program associated with a satisfying quality of life*, Sarah Rosenfeld, Ph. D., Sheree Neese-Todd, B. A., Hospital & community psychiatry, vol. 44, n° 1, January 1993
- *Work interest as a predictor of competitive employment : Policy implications for psychiatric rehabilitation*, Cathaleene Macias, Lawrence T. DeCarlo, Qi Wang, Jana Frey and Paul Barreira, Administration and Policy in Mental Health, vol.28, n°4, March 2001
- *Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and Clubhouse models*, Cathaleene Macias, Charles F. Rodican, William A. Hargreaves, Danson R. Jones, Paul J. Barreira, Qi Wang, Psychiatric services, ps.psychiatryonline.org, October 2006, vol.57, n° 10

- *A comparison of competitive employment outcomes for the Clubhouse and PACT models*, Andrew D. Schonebaum, Jeremy K. Boyd, Kenneth J. Dudek, Psychiatric services, ps.psychiatryonline.org, October 2006, vol.57, n° 10.
- *Transitional employment : an evaluative description of Fountain House Practice*, Cathaleen Macias, Ronald Kinney, Charles Rodican, Journal of vocational réhabilitation 5 (1995) 151-157, Elsevier
- *What does competitive employment mean ? A secondary analysis of employment approaches in the Massachusetts employment intervention demonstration project*, Matthew Johnsen, Colleen McKay, Alexis D. Henry and Thomas D. Manning, Research in community and Mental Health, volume 13, 43-62, 2004
- *L'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique : brève revue critique de la littérature économique récente*, Pauline Gonthier, école normale supérieure, association ALTER, publié par Elsevier Masson

PUBLICATIONS SPÉCIALISÉES EN SANTÉ MENTALE

- UNAPEI, *Faire du projet de loi relatif à la santé une opportunité de développement d'un système de santé inclusif : les propositions de l'Unapei*. Février 2015
- Centre Hospitalier Henri Laborit, *L'observance en psychiatrie*, Le bulletin du centre de documentation n° 3, Mars 2012
- *L'harmonisation des pratiques en psychiatrie : un préalable à une tarification ?*, Journées Nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie, septembre 2014
- *Handicap psychique & emploi : pour mieux comprendre & accompagner les personnes handicapées psychiques dans leur insertion professionnelle*, Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Hauts-de-Seine, DDTEFP 92, Athos
- *Santé mentale et travail : un enjeu de santé publique*, BEH thématique 25-26, 9 juin 2009
- *Handicap psychique : des malades « employables »*, Actualités sociales hebdomadaires, 18 avril 2014, n° 2856
- *Troubles psychiques et emploi*, Bernard Gaillard, Université Rennes 2, Collège coopératif en Bretagne, Fil Rouge, 10/12/2008
- *Troubles psychiques et maintien dans l'emploi : l'expérience du réseau Galaxie*, Association Galaxie, foyer EPIS, 71 bis rue Louis Soulié, 42 000 Saint-Étienne
- *Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques*, Clément Bonnet et Jean-Paul Arveiller, l'information psychiatrique, 2008/9 Volume 84

- *La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte*, Pachoud Bernard et al., Revue française des affaires sociales, 2009/1 n°1-2, p. 257-277
- *Sens et usages de la difficulté psychique dans le secteur de l'insertion professionnelle : le cas toulousain*, Voléry Ingrid, Revue française des affaires sociales, 2009/1 n°1-2, p. 279-300
- *Déficits cognitifs et difficultés d'insertion professionnelle chez des personnes présentant une schizophrénie*, Levaux Marie-Noëlle, Revue française des affaires sociales, 2009/1 n°1-2, p. 237-255
- *La question du maintien dans l'emploi après une longue maladie dans les entreprises françaises*, Dujin Anne et Maresca Bruno, La revue de l'Ires, 2010/4 n° 67.
- *L'entreprise face aux troubles psychiques : comment l'entreprise peut-elle aborder la question de la santé mentale ?* L'agence Entreprises et Handicap, actes de colloque, 29 avril 2009, Sciences Po, Paris
- *Lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap : le salarié et l'entreprise à l'épreuve du maintien dans l'emploi*, Claire Le Roy Hatala, Université du Cnam
- *Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise*, Roy-Hatala Claire Le, Revue française des affaires sociales, 2009/1 n°1-2, p. 301-319
- *Maintenir un salarié handicapé psychique dans l'emploi : une expérience individuelle et collective*, Le Roy-Hatala Claire, Vie Sociale, 2009/1 n°1, p. 31-50
- *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP*, Imane Khireddine et al
- Jean-Yves Barreyre, Carole Peintre, *L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique*, Vie sociale 2009/1 (N° 1), p. 61-92. DOI 10.3917/vsoc.091.0061
- Guide méthodologique pour la création des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique, CEDIAS-CREAH IDF, septembre 2012

CLUBHOUSE

- Présentation Clubhouse France 2013
- Rapport moral Clubhouse France 2013
- Rapport des Comptes Annuels 2013

- Statuts association loi 1901, 4 avril 2012
- Campagne Clubhouse pour la semaine d'information sur la Santé Mentale, 16-29 mars 2015

OUVRAGES

- Dominique Polton, *La santé pour tous ?* La documentation française, collection Doc'en poche, place au débat, 2014.

SITES INTERNET

- www.clubhousefrance.org
- Clubhouse à New-York : www.fountainhouse.org
- Clubhouse à Montréal (UP) : <http://urbanpardes.org>
- Clubhouse à Milan: www.progettoitaca.org
- Fédération Internationale des Clubhouses (ICCD): www.iccd.org
- Forum d'entraide : <http://bipotes.leforum.eu/index.php>
- L'association Unafam : www.unafam.org
- L'agence www.entreprises-handicap.com
- www.fondation-fondamental.org
- [www.fondation handicap-malakoffmederic.org](http://www.fondation-handicap-malakoffmederic.org)
- www.psycom.org
- www.has-sante.fr
- ameli.fr, assurance maladie, Direction de la stratégie et des études statistiques

NOTES

1. L'Association Clubhouse France a été désignée en 2015 lauréate du label présidentiel La France s'engage. Programme qui récompense les initiatives solidaires et innovantes en matière d'économie sociale. Une dotation de 600 000 euros sur 3 ans permettra d'amorcer l'ouverture de 2 nouveaux lieux d'entraide en France.
2. Thornicroft & Tansella, 2004
3. Mars 2014
4. Publié le 17/02/15
5. La problématique de l'emploi induit celle des revenus. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont majoritairement allocataires de l'AAH. Or l'IGAS rappelle que 38 % des 1 M de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) sont considérés comme pauvres fin 2012, c'est trois fois plus que la population générale et cinq points de plus que la catégorie de population à bas revenus. Selon l'INSEE : les bas revenus correspondaient fin 2006 à 845 € par unité de consommation, soit < à 60 % du revenu médian par UC de la population de référence. Cette unité permet de comparer le niveau de vie des ménages de taille et de compositions différentes. Le 1er adulte représente 1 UC, les autres personnes > 14 ans représentent 0,5 UC et les enfants < 14 ans représentent 0,3 UC.
6. Voir annexe n°1 Descriptif des troubles psychiques principaux
7. Discours ministre de la Santé, septembre 2014
8. Irdes 2008
9. HAS 2010
10. OMS 2006
11. Site Psycom
12. Drees
13. Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
14. Hospitalisation à domicile
15. Étude Irdes, novembre 2014
16. Dans un contexte de réduction des capacités, des durées moyennes de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie.
17. 1^{er} rang : Royaume-Uni avec un budget en augmentation (déclaration du Premier ministre en janvier 2016 : + 1 billion €, pour améliorer les services de santé mentale dans tout le pays).
18. (Grille AVQ : mesure des actes de la vie quotidienne : habillage, toilette, déplacements...)
19. Étude présentée en novembre 2013 au Congrès Français de Psychiatrie à Nice
20. Coldefy, 2011, Irdes
21. Source OMS.
22. Produit National Brut (PNB).
23. Dépenses médicales et pharmaceutiques + dépenses liées à l'incapacité.
24. Fondation FondaMental, fondation de coopération scientifique créée en 2007 par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.
25. Rapport de décembre 2011 sur l'organisation des soins psychiatriques.
26. Ce chiffre inclut : consultations médicales, hospitalisations, consommation psychotropes, risques pharmacodépendance, coût prise en charge sociale et médico-sociale par État et collectivités territoriales, coûts indirects reportés en partie sur patients et famille (perte productivité et qualité de vie).
27. Fiche pratique : Les coûts de la santé mentale, France, 2007
28. Vigneron et Haas, 2013.
29. Fiche pratique : Les coûts de la santé mentale, France, 2007

30. Durée Moyenne de Séjour (DMS)
31. Durée Moyenne Annuelle d'Hospitalisation (DMAH)
32. Site web Clubhouse International
33. «Empowerment», généalogie d'un concept-clé du discours contemporain sur le développement, Anne Emmanuelle Calvès, CAIRN : traduction anglaise de « renforcer ou acquérir du pouvoir » avec une visée d'insertion et autonomisation. L'empowerment renvoie à la capacité des individus et des collectivités à agir pour assurer leur bien-être et à participer aux décisions les concernant. Cette notion concerne les populations marginalisées et pauvres aux États-Unis (Simon, 1994).
34. Travaux d'évaluation disponibles au sein de C.I.
35. Coordonné par le Dr Christian Gay et composé entre autres des Professeurs Chantal Henry (Créteil), Pierre Michel Llorca (Clermont-Ferrand), Sonia Dolfus (Caen), Frédéric Rouillon (Paris), Philippe Courtet (Montpellier) et Frank Bellivier (Paris).
36. CMP : structures médicales dépendant de l'hôpital mais hors hospitalisation, regroupant des psychiatres et des psychologues apportant des soins et de l'aide pour certaines démarches et travaillant souvent en binôme avec les SAVS (adossés ou intégrés au CMP).
37. Collectif regroupant 15 entreprises.
38. Prise en Charge (PEC)
39. Voir fiches pratiques : Les spécificités du modèle Clubhouse et Les forces du modèle Clubhouse
40. Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
41. Inspection générale des affaires sociales, rapport 2014-066R sur l'évaluation médico-économique.
42. ACE-Prevention Research Team, University of Queensland and Deakin University, Australia, 2010
43. Plan psychiatrie et santé mentale de 2005-2008
44. Enquêtes régionales 2008 sur les hospitalisations en psychiatrie de la Mission nationale d'appui en santé mentale
45. Andreasen & al. 2005
46. incluant les hospitalisations au motif psychiatrique
47. Cnamts, Rapport Charges & Produits 2014
48. Base : 100 membres du CHF en 2015.
49. Voir II- D- c - L'importance des conséquences de l'inobservance des traitements.
50. Ce type de données apparaît dans les résultats de la recherche participative, entre T2 et T3.
51. Inactivité physique, tabagisme, consommation excessive d'alcool, manque de sommeil.
52. Chiffres Cnamts 2011
53. Source Drees : en Europe, la France est un pays à fréquence élevée de suicides (11 000/an).
54. Voir fiche pratique Les coûts de la santé mentale en France en 2007.
55. Chevreul K. et al., *Public and non profit fundings for research on mental disorders in France, UK and USA*, The Journal of Clinical Psychiatry, 2012
56. Effets secondaires médicamenteux, modes de vie non favorables à une bonne santé et comportements à risque.
57. Bulletin du centre de documentation n° 3 de mars 2012 du Centre Hospitalier Henri Laborit.
58. Non-observance : intermittente ou continue, s'applique à un seul médicament ou à plusieurs, est volontaire (méfiance quant à l'efficacité) ou non (oubli ou mauvaise interprétation de la prescription).
59. L'encéphale 2002, cahier 1, *Les attitudes d'autonomie dans l'observation thérapeutique d'une cohorte de consommateurs de psychotropes*, Baumann M., Trincard M.
60. Seuls les soins correspondant au traitement de la pathologie en ALD sont pris en charge totalement.
61. Voir tableaux en annexe n°2 : les Affections Longue Durée en psychiatrie.
62. Étude Cnamts sur fréquence et coût ALD au 31/12/2013.

63. Voir annexe n° 2 : Les affections longue durée en psychiatrie.
64. Versus PACA > 120 000 personnes et Rhône-Alpes > 118 000 personnes
65. Rapport Charges & produits 2013, Cnamts
66. Fiche pratique : Les dépenses de l'assurance maladie en psychiatrie, 2011
67. Données DARES 2013
68. Chiffres Agefiph 2012-2014
69. Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2014
70. Dares analyses, publication octobre 2013
71. Agefiph, Direction de l'évaluation et de la prospective, août 2015
72. Agefiph, Direction de l'évaluation et de la prospective, août 2015
73. Auprès de prestataires spécialisés financés par l'Agefiph, dans des situations de préparation à l'emploi, accès à l'emploi, évolution professionnelle ou maintien dans l'emploi. Elles sont complémentaires aux actions de Cap Emploi et des Sameth et apportent un appui technique pour faciliter l'intégration du travailleur et le suivi dans l'emploi.
74. *Employment outcomes in Massachussets Clubhouses*, Colleen McKay, Mathew Johnsen & Reva Stein, ICCD 2005.
75. *What does competitive employment mean ? A secondary analysis of employment approaches in the Massachussets employment intervention demonstration project*, Matthew Johnsen, Colleen McKay, Alexis D. Henry and Thomas D. Manning, Research in community and Mental Health, volume 13, 43-62, 2004
76. Base : 100 membres du CHF en 2015.
77. Dont 20,2 % pour le public et 16,8 % pour le privé
78. Enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) 1999
79. Voir annexe n° 7 : L'intégration des travailleurs handicapés sur le marché du travail.
80. Guide méthodologique pour la création des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique, CEDIAS-CREAH I IDF, septembre 2012
81. Base : 100 membres du CHF en 2015.
82. Base : 100 membres du CHF en 2015.
83. 8 millions de non-professionnels, souvent familiaux qui souffrent d'isolement, stress, épuisement physique et psychique.
84. Fin des années 2000 – début 2010
85. Economie et Statistique n° 475-476, 2015
86. Enquête INVS « Santé mentale en population générale », 2007. (http://www.invs.sante.fr/publications/2007/prevalence_sante_mentale/prevalence_sante_mentale.pdf)
87. Pas de recueil systématique de ce type de donnée au sein du CHF en 2014-2015. En l'état actuel des connaissances en France, il n'existe pas de données comparatives sur les troubles psychiques.
88. Voir II- E- a - L'impact du Clubhouse France sur les hospitalisations
89. Voir annexe n° 8 : impact de l'absentéisme sur les employeurs : données françaises.
90. Source : INSEE
91. Voir annexe n° 5 : focus AAH.
92. Incluant les prestations médico-sociales de l'assurance maladie.
93. La recherche participative, menée au Clubhouse France par Clémence Battin, doctorante en psychologie clinique, est une étude longitudinale sur 18 mois (2012 à 2014). Ses objectifs : recueillir l'avis des membres sur le Clubhouse et évaluer l'évolution psychosociale des sujets. 3 rencontres avec les membres du CHF à 9 mois d'intervalle ont été organisées, pour évaluer via des entretiens et questionnaires, des variables caractéristiques de la notion de rétablissement.
94. Traduit une situation professionnelle positive pour certains via le maintien dans l'activité professionnelle.

95. Selon l'INSEE, les bas revenus correspondaient fin 2006 à 845 € par unité de consommation (U.C.), soit < à 60% du revenu médian par UC de la population de référence. Cette unité permet de comparer le niveau de vie des ménages de taille et de composition différente. Le 1er adulte représente 1 U.C., les autres personnes > 14 ans représentent 0,5 UC et les enfants < 14 ans représentent 0,3 UC).
96. Synthèse du rapport de santé de la population en France, Drees, édition 2015.
97. Handicap psychique : des malades « employables », Actualités sociales hebdomadaires, 18/04/2014, n° 2856
98. La recherche participative, menée au Clubhouse France par Clémence Battin, doctorante en psychologie clinique, est une étude longitudinale sur 18 mois (2012 à 2014). Ses objectifs : recueillir l'avis des membres sur le Clubhouse et évaluer l'évolution psychosociale des sujets. 3 rencontres avec les membres du CHF à 9 mois d'intervalle ont été organisées, pour évaluer via des entretiens et questionnaires, des variables caractéristiques de la notion de rétablissement.
99. Traduit une situation professionnelle positive pour certains via le maintien dans l'activité professionnelle.
100. Dont un membre en progression constante entre T0 et T2.
101. 36% de l'échantillon en situation favorable par rapport à l'activité professionnelle : retour ou maintien.
102. Chiffre < membres en stagnation en termes de revenus car les revenus peuvent stagner alors que la situation par rapport à l'activité pro s'améliore : 2 membres avec revenu idoine entre T1 et T2 mais entrés en formation ou stage + 2 membres avec revenu idoine mais 1 CDI temps plein et 1 CDI mi-temps sur toute la période étudiée.
103. Inactivité physique, tabagisme, consommation excessive d'alcool, manque de sommeil.
104. Rythme circadien : cycle biologique d'une durée de 24 heures tel que l'alternance veille-sommeil (Inserm).
105. 18 mois d'étude divisés en 3 temps (T1, T2 et T3), séparés par des périodes de 9 mois.
106. Pr Marion Leboyer, université Paris-Est Créteil, HU Henri Mondor, Inserm U955, Fondamental, *Centres experts, une source de données observationnelles*, Assises FondaMental Ile de France, juin 2015.
107. Données 2012 Insee.
108. Voir fiche pratique : Les coûts de la santé mentale, France, 2007.
109. Base : 100 membres du CHF en 2015.
110. Poids de la pathologie en termes de mortalité ou d'années potentielles de vie perdues.
111. Morbidité : cumule prévalence (nombre de cas pour une maladie) et incidence (nombre de nouveaux cas sur un an).
112. Education Thérapeutique Patient (ETP)
113. Stratégie Nationale de Santé qui pose la psychiatrie et la santé mentale en priorité de santé publique, Projet de loi de santé, la loi ESS.
114. Quality Adjusted Life Years = années de vie gagnées avec une bonne qualité de vie, utilisée en médico-économie, pour l'octroi d'AMM (autorisation de mise sur le marché) et la fixation du prix d'un nouveau traitement.
115. Disability adjusted life years = années de vie corrigées de l'incapacité.
116. Wittchen HU, 2011, *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*.
117. Voir annexe n° 6 : Années potentielles de vie perdues
118. Définition OMS, 2000.
119. cf. critères d'admission, Partie II du rapport.
120. Conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM).
121. Voir annexe n° 10: Les indicateurs de suivi des membres du CHF en 2015.

122. DGS : Direction Générale de la Santé ; DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins ; HAS : Haute Autorité de Santé
123. Prise En Charge (PEC)
124. Durée Moyenne Annuelle d'Hospitalisation (DMAH)
125. Prise en Charge
126. Fondation FondaMental
127. Fondation FondaMental
128. Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM), source Drees
129. Voir annexe n° 9 : les enjeux de l'activité professionnelle en santé mentale
130. Edouard Zarifian, *Les jardiniers de la folie*, Odile Jacob, 2000.
131. Le Roy Hatala Claire, *Maintenir un salarié handicapé psychique dans l'emploi : une expérience individuelle et collective*, Vie sociale, 2009/1 N°1
132. Durée Moyenne Annuelle d'Hospitalisation (DMAH)
133. Source IRDES
134. Karine Chevreul, 2012 : AVCI = 29 765 € en santé mentale en France
135. Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), souvent utilisé comme comparateur au Clubhouse France.
136. Sur une base de 100 membres.
137. Base : 100 membres du CHF en 2015.
138. Selon le Pr F. Bellivier, 70 % de la variance de la qualité de vie est expliquée par l'anxiété et la dépression, ce qui peut introduire de la confusion dans l'étude des populations psychiatriques.
139. Département de psychiatrie et de médecine addictologique de l'hôpital Fernand Widal, membre du Conseil d'administration de Clubhouse France.
140. Selon le Pr F. Bellivier du Département de psychiatrie et de médecine addictologique de l'hôpital Fernand Widal, Centre expert Bipolaire et Dépression résistante de la fondation FondaMental, et chercheur à l'Inserm sur la variabilité de la réponse aux psychotropes.
141. Chapitre Psychiatrie, section 12.5.7. Soutenir la réhabilitation psychosociale
142. Schéma départemental pour l'autonomie et la citoyenneté des Parisiens en situation de handicap, 2012-2016
143. Piloté par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
144. Établissements et services médico-sociaux (ESMS)
145. Outils et règles d'utilisation des outils, permettant d'allouer des ressources aux établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap dans une logique d'équité, de promotion des parcours, de souplesse et d'amélioration des modalités de leur accompagnement.
146. Guide patient HAS 2010
147. Fondation FondaMental
148. Affections Longue Durée (qui ne représentent que les personnes diagnostiquées et prises en charge au titre du diagnostic psychiatrique) => valeur sous-estimée car retard diagnostic ou non-diagnostic fréquents (jusqu'à 70% dans certains pays développés selon l'OMS)
149. Fondation FondaMental
150. Consommation de Soins et de Biens Médicaux, calculée par la Drees
151. Durée Moyenne de Séjour à l'hôpital
152. Rim-Psy : base de données de psychiatrie hospitalière, traitée par l'Agence technique de l'information hospitalière
153. K Chevreul, 2012
154. Santé mentale et travail : un enjeu de santé publique, BEH thématique 25-26, 9 juin 2009
155. Clément Bonnet et Jean-Paul Arveiller, l'information psychiatrique, 2008/9 Volume 84, p. 835-840

156. Pachoud Bernard et al., Revue française des affaires sociales, 2009/1 n°1-2, p. 257-277
157. Levaux Marie-Noëlle, Revue française des affaires sociales, 2009/1 n°1-2, p. 237-255
158. 33 bilans et 25 entretiens à T1 (janv.-fév. 2014), 29 bilans à T2 (nov.-déc. 2014) puis 30 bilans et 31 entretiens à T3 (sept.-oct. 2015).
159. Même si les périodes comparées avant entrée au CHF (24 mois) et pendant fréquentation du CHF sur le temps de la recherche (18 mois) ne sont pas exactement identiques.
160. Définition du guide patient de la HAS 2010
161. Fondation FondaMental
162. Note de cadrage du repérage et du diagnostic du trouble bipolaire, HAS, 2014
163. Fondation FondaMental
164. Définition du guide patient de la HAS
165. Pr P. M. Llorca, CHU Clermont-Ferrand
166. Définition du guide patient de la HAS 2007
167. Définition du guide patient de la HAS 2010
168. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders ou DSM-IV
169. Fonctionnement : terme générique couvrant fonctions organiques, structures anatomiques, activités et participation. Désigne aspects positifs de l'interaction entre individu ayant un problème de santé et facteurs contextuels face auxquels il évolue (personnels et environnementaux).
170. Handicap : terme générique désignant les déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation. Désigne aspects négatifs de l'interaction entre individu et facteurs contextuels.
171. *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP*, Imane Khireddine et al.
172. On distingue 3 catégories d'activité professionnelle parmi les membres du Clubhouse France, des plus aidés aux moins aidés :
 1. Emplois dits de transition (cf. modèle US), non autorisés en France aujourd'hui, se traduisant par des contrats à durée déterminée parfois de très courte durée (de quelques jours à 6 ou 9 mois maximum). Emplois peu qualifiés mais rémunérés au tarif normal. Ce sont les emplois les plus aidés car ce sont les staffs du Clubhouse France qui décident quels membres peuvent y accéder et qui assurent les remplacements en cas de besoin (défaut de présence d'un membre).
 2. Emplois assistés. Ce sont les employeurs qui sélectionnent les candidats. Pas de remplacement par un autre membre ou un staff prévu mais suivi régulier avec membre, staff et employeur.
 3. Emplois autonomes, totalement ordinaires. Le rôle du Clubhouse France est de soutenir les membres mais sans contact direct avec l'employeur.

Initiée par l'Association Clubhouse France,
avec le soutien technique et financier
de **la Fondation Malakoff Médéric Handicap ;**

destinée à tous les acteurs concernés par la remobilisation sociale
et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique,
cette étude chiffrée a pour vocation de valoriser l'impact de la structure
en matière d'économie de la santé afin d'en faciliter son essaimage.

Réalisation pilotée par
le Clubhouse Paris
en étroite collaboration avec
la Fondation Malakoff Médéric Handicap

Octobre 2016



fondation handicap
malakoff médéric