

LES ACTIONS EFFICACES POUR LA SCHIZOPHRÉNIE

LES ARGUMENTS ÉCONOMIQUES

Un rapport préparé pour la Commission Schizophrénie

(Traduction PromesseS)



Novembre 2012

CONTENU

LES AUTEURS	3
Preambule	4
Résumé	5
LES COÛTS ACTUELS DE LA SCHIZOPHRÉNIE	5
L'ÉVALUATION DE DIVERSES ACTIONS	5
CONCLUSIONS	6
Les coûts actuels de la schizophrénie	7
La période d'hospitalisation	8
La perturbation/perte d'emploi	9
L'éducation perturbée	10
La clochardisation	11
Les problèmes de santé physiques	11
L'abus de substances	12
Les problèmes judiciaires	13
L'impact sur les familles	14
L'évaluation de diverses actions	15
Les Services d'interventions précoces	16
Les programmes de placement et de soutien individualisé	19
Les thérapies familiales	23
La déjudiciarisation	24
La santé physique	25
La toxicomanie	27
Les équipes de crises	31
Les travailleurs pairs-aidants	32
Les Directives Anticipées de traitement	34
La Thérapie comportementale cognitive	35
Conclusions	38
Références	40
AUTEURS	
Alison Andrew	
Martin Knapp	
Paul Mc Crone	
Michael Parsonage	
Marja Trachtenberg	

LES AUTEURS

Alison Andrew

Alison Andrew est étudiante en économie à l'Université de Cambridge, et s'intéresse particulièrement à l'économie de la santé. Elle a précédemment effectué un stage à l'Organisation Mondiale de la Santé et est directeur de la Société Wilberforce, le premier think-tank dirigé par des étudiants au Royaume Uni. Elle était assistante de recherche au PSSRU à la London School of Economics en 2012.

Martin Knapp

Martin Knapp est professeur de politique sociale et directeur de l'Unité de Recherche sur les Services Sociaux aux Personnes (PSSRU) à la London School of Economics and Political Science. Il est également professeur d'économie de la santé au King's College de Londres, au sein de l'Institut de psychiatrie. Il est directeur de l'école NIHR pour la recherche en soins sociaux.

Paul McCrone

Paul McCrone est professeur d'économie de la santé et directeur du Centre pour l'économie en santé mentale, à l'Institut de psychiatrie (Kings College London).

Michael Parsonage

Michael Parsonage est économiste en chef et conseiller principal au Centre pour la Santé Mentale et chercheur principal invité à la London School of Economics and Political Science.

Marija Trachtenberg

Marija Trachtenberg a récemment achevé un Master de la London School of Economics, spécialisé en économie de la santé. Elle a travaillé à la fois pour le secteur public et le secteur privé avec le Centre pour la santé mentale ainsi que le Groupe de Santé Uni (United Health Group).

PREAMBULE

Ce rapport a été élaboré pour soutenir le travail de la Commission Schizophrénie au cours de son enquête, longue d'une année, sur les soins, le traitement et les évolutions des personnes atteintes de schizophrénie et de psychoses. Cette maladie est éminemment douloureuse, générant un écart de mortalité de 15 à 20 ans par rapport à la population générale. Les coûts humains sont immenses, comme le sont aussi les coûts financiers. Par exemple, le coût de la schizophrénie pour la société anglaise est de 14.2 milliards d'Euros (11,8 milliards de livres) par an. *(Tout au long de cette traduction nous avons retenu une parité de change moyenne en vigueur en 2011/2012 soit 1 £ = 1.2 €- Note RP).*

Rassembler l'information pour ce rapport a été difficile. Bien que nous nous soyons appuyés sur des recherches que certains d'entre nous (Michael, Paul, moi-même) ont entrepris depuis plusieurs années, ce rapport a été grandement influencé par ses deux autres auteurs : par le travail de Marija concernant le soutien des pairs et particulièrement par le job d'été d'Alison à la LSE, durant lequel elle a cherché avec énergie, analysé de manière experte et résumé clairement les résultats issus d'un large éventail de problématiques.

Il apparaîtra clairement dans ce rapport qu'il y a des domaines où nous en savons encore peu sur les coûts des prestations de services et encore moins sur les impacts économiques à plus long terme. Néanmoins, il existe des preuves solides autour de quelques types d'interventions, apportant de solides arguments économiques pour le changement. Nous espérons que le travail de la Commission Schizophrénie pourra faire avancer certains des changements nécessaires à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la qualité de vie.

Nous remercions les membres de la Commission Schizophrénie pour leur soutien, en particulier Liz Meek et Robin Murray pour leurs observations, et nous sommes particulièrement reconnaissants à Vanessa Pinfold de son enthousiasme manifesté tout au long de l'élaboration de ce rapport. Nous tenons également à remercier Paul Rowlands et Mike Akroyd de la Derbyshire Healthcare NHS Foundation Trust et Sophia Winterbourne (LSE) pour nous avoir permis d'accéder à des informations très utiles.

Les travaux pour réaliser ce rapport ont été financés par l'unité « Personal Social Services Research » de la LSE. Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer mis à part le fait que je suis un vice-président de la « British Association of counselling and Psychotherapy ».



PROFESSOR MARTIN KNAPP

PSSRU, London School of Economics and Political Science

Institute of Psychiatry, King's College London

RESUME

Ce rapport décrit les principaux coûts associés à la schizophrénie et évalue les arguments économiques pour un large éventail d'actions efficaces qui, si elles étaient plus largement diffusées, pourrait conduire à de meilleurs résultats et à une réduction des coûts.

LES COÛTS ACTUELS DE LA SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie a des conséquences économiques très importantes. Les coûts impactent différents secteurs de la société, en particulier les personnes atteintes de schizophrénie et leur famille. Au total, le coût pour la société en Angleterre est estimé à € 14.2 Milliards (£ 11,8 milliards) par an et le coût pour le secteur public à € 8.6 Milliards (£ 7,2 milliards). Cela équivaut à un coût annuel moyen, par personne atteinte de schizophrénie, de € 72000 (£ 60 000) pour la société et de € 43000 (36 000 £) pour le secteur public.

L'origine de ces coûts est multiple. Certains coûts directs de la schizophrénie apparaissent aussi bien comme des coûts pour la société que pour le secteur public : les frais d'hospitalisation ou le soutien d'équipes de santé mentale en sont des exemples. D'autres coûts, tels que ceux associés aux soins non rémunérés prodigués par la famille ou les amis, sont des coûts très réels pour la société, mais n'ont pas un impact direct sur la dépense publique. La perte de production potentielle due au taux de chômage élevé et à la mortalité prématurée des personnes atteintes de schizophrénie représentent des coûts énormes pour la société et se traduit aussi par des coûts indirects pour le secteur public en raison de la perte de recettes fiscales. Nous avons identifié huit facteurs de coûts principaux associés à la schizophrénie : le temps d'hospitalisation ;

la perturbation / perte d'emploi ; l'éducation perturbée ; l'absence de domicile ; les problèmes de santé physique ; la toxicomanie ; les problèmes judiciaires ; et l'impact sur la famille.

Dans notre travail, nous avons été confrontés à de nombreux domaines où la mise à disposition et la qualité des données économiques ont été décevantes, qu'il s'agisse d'estimer avec précision les coûts réels associés à la schizophrénie ou de pouvoir tirer des conclusions définitives. Nous avons identifié un manque particulier de données relatives aux coûts liés à la perte d'opportunités concernant l'éducation, à l'absence de domicile fixe et aux problèmes judiciaires.

En raison de la nature de la schizophrénie, de nombreux coûts associés sont incompressibles. Nos travaux se sont concentrés sur les zones actuelles des systèmes de soins et de prise en charge en Angleterre dont on pourrait améliorer le rapport coût/efficacité.

L'EVALUATION DE DIVERSES ACTIONS

Il y a une vaste gamme d'actions qui sont pertinentes pour la prise en charge et le traitement des personnes atteintes de schizophrénie. Dans cette étude, nous avons étudié : les actions précoces ; les programmes de Placement et de Soutien Individualisé ; Les thérapies familiales ; la mise à l'écart du système judiciaire ; La santé physique ; L'abus de substance ; le ciblage de la clochardisation et le soutien au logement ; Les équipes

de crise ; le rôle du système d'entraide des pairs ; les directives anticipées de traitement ; et les thérapies cognitives comportementales.

Lors de l'évaluation des différentes actions, nous avons été gênés, pour certaines d'entre elles, par l'absence de données économiques solides, en particulier l'action sur la santé physique, les directives anticipées de traitement, et les actions sur le système judiciaire.

Néanmoins, il y a des preuves solides que plusieurs actions qui ne sont pas actuellement très répandues pourraient réduire le coût global de la schizophrénie tout en améliorant l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie comme de leur famille. Une action pour laquelle il y a de fortes preuves de l'amélioration coût /efficacité, mais qui n'est disponible que pour peu de personnes, est le Placement et Soutien Individualisé, qui vise à aider les personnes atteintes de schizophrénie à trouver un emploi concurrentiel. Nous avons également trouvé de bons éléments de preuves que la thérapie familiale, qui n'est aujourd'hui proposée qu'à très peu de personnes atteintes de schizophrénie, était rentable. Dans d'autres domaines – tels que la santé physique, la toxicomanie, le support des pairs, les directives anticipées de traitement et les actions pour lutter contre la clochardisation – nous avons trouvé des indices de preuve d'efficacité coût/ rentabilité, mais pas assez pour pouvoir tirer des conclusions définitives.

Les données que nous avons rassemblées viennent fortement soutenir les services d'actions précoces qui, bien qu'actuellement largement répandus, pourraient, en une époque d'austérité, être menacés. Il semble également que d'autres actions déjà en place, comme les équipes de crise, pourraient être utilisées plus efficacement.

Dans de nombreux cas, les avantages économiques ne pourraient être perçus pleinement que dans plusieurs années. Par exemple, les actions visant à améliorer la santé physique des personnes atteintes de schizophrénie pourraient être efficaces et rentables, mais avec des effets qui ne se manifesteraient qu'après une assez longue période. Les pleines conséquences économiques des services d'action précoce ne seront

également pas vu immédiatement ; et les effets (jusqu'ici non mesurés) de la perturbation de l'éducation pourraient certainement se manifester par des conséquences économiques à long terme. Lorsque les coûts et les avantages se réalisent sur de longues périodes, il peut être difficile d'obtenir des estimations précises de l'incidence économique des interventions, car les données sont rarement disponibles. Il peut également être particulièrement difficile dans le climat d'austérité actuel d'argumenter avec succès pour des actions dont les impacts économiques ne se manifesteront que sur une échelle de temps relativement longue.

Les coûts et économies relatifs aux interventions n'apparaissent pas toujours dans les mêmes secteurs de dépenses publiques. Il peut en résulter, ce qui peut constituer un défi, le besoin d'une négociation pour mettre au point des actions conjointes entre différents ministères, différents budgets locaux ou entre encore plus d'acteurs différents. Un bon exemple est les actions nécessaires pour lutter contre la clochardisation qui peuvent prendre leur source dans différents secteurs et avoir des retombées, qui de la même façon, impacteront un large éventail de budgets.

Il est également vrai que de nombreuses actions peuvent coûter plus qu'elles ne font économiser. Ici les décideurs devront se demander si l'amélioration des résultats qui découlent de ces actions justifie l'augmentation des coûts.

CONCLUSIONS

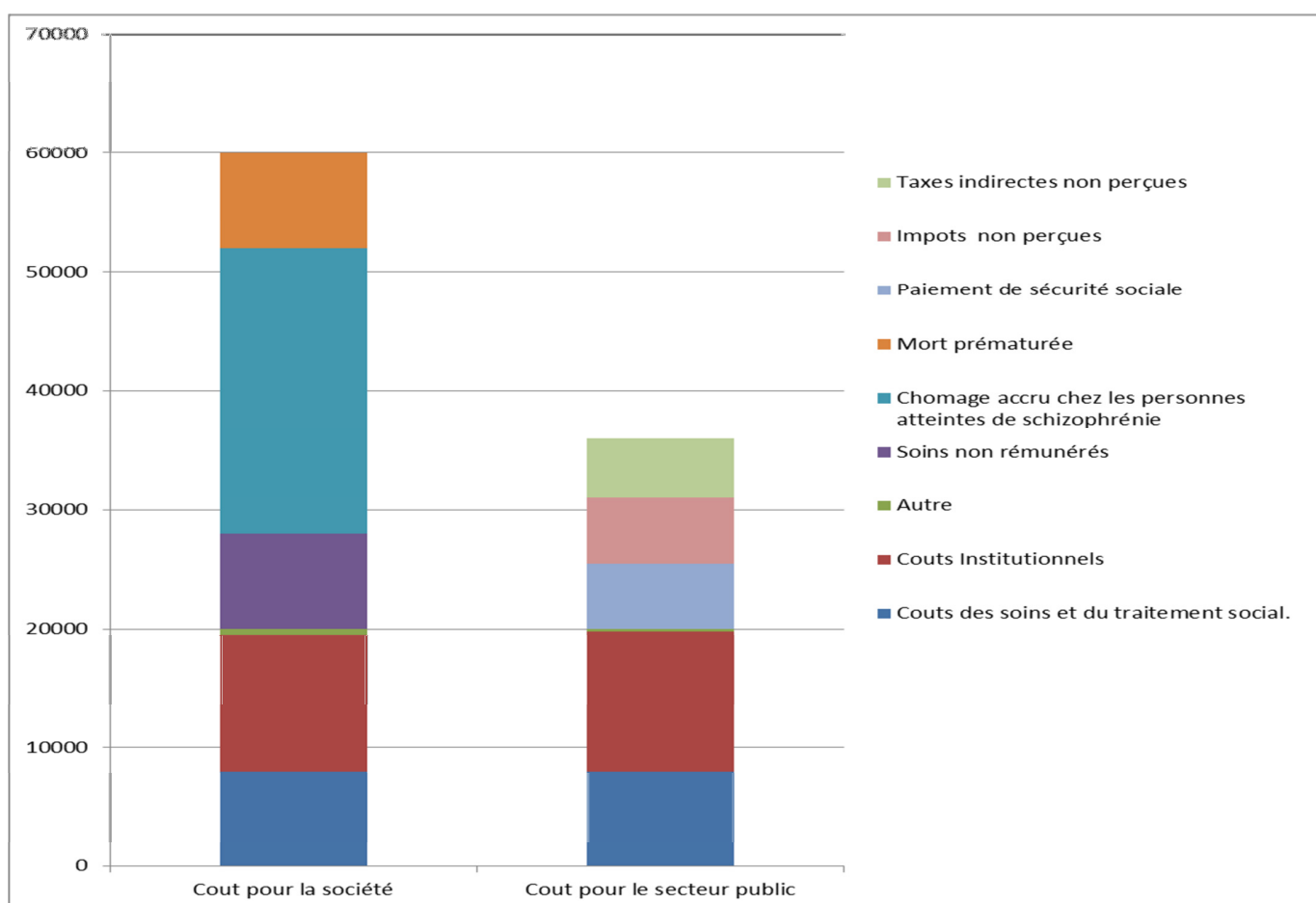
Il n'était pas notre intention, avec ce rapport, de recommander un « package » particulier d'actions idéales, mais plutôt de proposer un résumé des données sur les coûts et sur le rapport coût/efficacité comme plate-forme de discussion. Notre étude a établi qu'il y a des zones du système actuel de soins et de traitement des personnes atteintes de schizophrénie en Angleterre qui pourrait avoir un meilleur rapport coût/efficacité. Il y a des preuves solides concernant certaines actions qui donnent de forts arguments économiques pour soutenir le changement.

LES COÛTS ACTUELS DE LA SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie a des conséquences économiques très importantes. Les coûts impactent différents secteurs de la société, en particulier les personnes atteintes de schizophrénie et leur famille.

Au total, le coût pour la société en Angleterre est estimé à € 14.16 Milliards (£ 11,8 milliards) par an et le coût pour le secteur public à € 8.64 milliards (£ 7,2 milliards¹). Cela équivaut à un coût annuel moyen, par personne atteinte de schizophrénie, de € 72000 (£ 60 000) pour la société et de € 43000 (36 000 £) pour le secteur public.

Tableau 1 : Les coûts annuels de la schizophrénie pour la société et le secteur public (en £ 2010/2011 par personne atteinte de schizophrénie)



¹ Estimations réalisées par actualisation à 2010/2011 des coûts estimés par Mangalore et Knapp (2007) (à partir des indices de prix spécifiques à chaque zone de coût), par actualisation de l'estimation du nombre de personnes atteintes de schizophrénie en Angleterre grâce à l'estimation récente de 197 000 par NICE (www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/schizophrenia) et en utilisant une taxe indirecte moyenne de 18 % et un impôt moyen de 18 % sur tous les revenus. Les chiffres présentés ici ne comprennent pas les frais plus intangibles de la douleur et des souffrances subies par les personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches.

Le tableau 1 montre comment ces estimations de coûts se décomposent. Certains coûts directs de la schizophrénie, tels que les frais d'hospitalisation et le soutien des équipes de santé mentale, sont des composants habituels à la fois des coûts pour le secteur public et des coûts pour la société. D'autres coûts, tels que les soins non rémunérés, n'impactent pas le secteur public directement, mais sont des coûts très réels pour la société. La perte potentielle de production due au niveau élevé du taux de chômage et à la mortalité prématurée des personnes atteintes de schizophrénie se traduit en coûts énormes pour la société et se traduit également en coûts pour le secteur public par l'intermédiaire de la perte de recettes fiscales.

De toute évidence, la schizophrénie est extrêmement coûteuse pour les deniers publics et pour la société dans son ensemble. En raison de la nature de l'affection, bon nombre de ces coûts sont non récupérables – aucun traitement ou thérapie ne sera en mesure de garantir à tous les patients un emploi à temps plein par exemple, et des médicaments et des traitements coûteux pourront toujours être nécessaires. Dans ce rapport, cependant, nous croyons qu'il y a des zones des systèmes actuels de soins et de traitement des personnes atteintes de schizophrénie en Angleterre dont le rapport cout/efficacité pourrait être amélioré. L'objectif de ce rapport est de résumer les principaux impacts économiques de la schizophrénie, et ensuite d'examiner une gamme d'actions (en utilisant ce terme largement), qui, si elles étaient plus largement diffusées, seraient susceptibles d'améliorer les résultats des soins et de réduire les coûts. Il n'est pas notre intention de recommander un « package » particulier d'interventions idéales, mais plutôt de proposer un résumé des données sur les coûts et les rapports coût /efficacité comme base de discussion.

Le tableau 1 résume un certain nombre d'éléments importants concernant les coûts globaux liés à la schizophrénie, et il est utile pour mettre l'accent sur certains des inducteurs de coûts clefs. En fait, nous pouvons identifier huit inducteurs de coûts principaux associés à la schizophrénie : domaines, événements ou expériences qui représentent ou aident à expliquer une proportion importante des coûts associés à la schizophrénie. En tenant compte de chacun de ces

générateurs de coûts nous pouvons ensuite nous concentrer sur les actions qui pourraient avoir le potentiel d'en diminuer le niveau tout en maintenant ou en améliorant la santé et le bien-être des personnes atteintes de schizophrénie et de leur famille.

La plupart des données que nous résumons dans le présent rapport ont trait aux personnes atteintes de schizophrénie, bien que parfois les études dont nous parlons considéraient un groupe plus large de personnes, telles que « les personnes avec un diagnostic de schizophrénie et d'autres maladies psychotiques », ou « des personnes ayant une maladie mentale grave ou sévères ». Nous nous sommes efforcés d'être clairs sur les groupes de population considérés lorsque nous discutons des données. Nous sommes conscients que les termes schizophrénie et psychose sont utilisés de façon interchangeable dans les services cliniques, mais la plupart des recherches utilise le terme de « schizophrénie ».

LA PERIODE D'HOSPITALISATION

La plupart des personnes atteintes de schizophrénie ont au moins une période d'hospitalisation, avec une forte probabilité de réadmission (Allardyce & Os 2010). La période d'hospitalisation représente une part significative des coûts associés à la schizophrénie, environ 38 % de tous les coûts de santé, médico-sociaux et institutionnels liés à la maladie et environ 21 % de tous les couts du secteur public². Le coût moyen d'un lit en santé mentale en Angleterre est estimé à €385 (£321) par admission (Curtis 2011)³. Les Statistiques des Périodes d'Hospitalisation (HESonline 2011) montrent que la durée médiane de séjour est de 38 jours, ce qui représente un coût de €14637 (£ 12 198) par admission. En général, les admissions sous contrainte réalisées en vertu de la Loi sur la Santé Mentale (Mental Health Act) sont plus longues que cela et donc se traduisent par des coûts plus élevés que les admissions volontaires. Étant donné les coûts très élevés associés aux services d'hospitalisation, les actions qui réduiraient la probabilité d'hospitalisation ou en réduiraient la durée probable peuvent générer des économies très

² Calculs issus de Mangalore & Knapp (2007).

³ La durée moyenne de séjour est de 130 jours. Cette information est largement déformée du fait de la prise en compte de personnes qui sont admises en ALD.

importantes, sans que toutefois, cela ne doive être fait au détriment de la qualité de la prise en charge, de la qualité de vie ou d'autres facteurs.

Pour beaucoup de personnes atteintes de schizophrénie, une hospitalisation est un moment nécessaire et parfois un tournant important dans l'évolution de la maladie, mais dans d'autres cas, les admissions pourraient être évitées si d'autres actions, plus nombreuses et mieux adaptées étaient disponibles en dehors du cadre hospitalier. De même, en termes de réduction de la durée d'admission, une récente analyse Cochrane (bien que les études y figurant soient datées) n'a pu mettre en évidence aucun inconvénient à des hospitalisations plus courtes mais au contraire a pu en montrer quelques bénéfiques (Alwan et al.2010). Des travaux récents de la Commission d'Audit (2010) ont mis en évidence des variations importantes dans l'utilisation de l'hospitalisation entre différentes Caisses Primaires d'Assurance Maladie (Primary Care Trusts) ; plus précisément, ces travaux mettent en évidence un rapport de 1 à 5 en ce qui concerne les taux d'hospitalisation pour psychose, un rapport de 1 à 12 pour les « jours-lits » liés à la psychose, et un rapport de 1 à 14 pour la durée du séjour⁴. Le rapport estimait que si toutes les Caisses adoptaient le taux médian de « jours-lits » cela réduirait l'occupation des lits de 15% entraînant une économie de €265 millions (£221 millions⁵) pour les services de santé mentale.

LA PERTUBATION/PERTE D'EMPLOI

Alors que le taux d'emploi pour tous les adultes âgés de 16 à 64 ans en Angleterre est actuellement de 71 %⁶, les récentes estimations évaluent le taux d'emploi des personnes atteintes de schizophrénie entre 5 et 15 %⁷ (Marwaha & Johnson 2004). Les données résumées dans le Graphe 2 suggèrent que le taux d'emploi des personnes atteintes de schizophrénie a diminué de façon significative au cours du dernier demi-siècle – une période durant laquelle le taux d'emploi pour la population globale a augmenté. Il y a un manque

notable de statistiques plus récentes évaluant le taux d'emploi des personnes atteintes de schizophrénie au Royaume-Uni.

Le taux d'emploi exceptionnellement faible pour les personnes atteintes de schizophrénie représente une énorme perte de capacité productive. En supposant un taux d'emploi de 7 % pour les personnes atteintes de schizophrénie (la moyenne pondérée de toutes les études depuis 1995) et un taux d'emploi de 71 % dans la population générale, alors la schizophrénie cause – ou est associée – à une diminution de 64 points de pourcentage des chances de bénéficier d'un emploi en milieu compétitif. En utilisant une estimation des salaires médians annuels bruts de €25,560 (£21,300⁸) cela équivaut à une perte de capacité de production de €16 320 (13 600 £) par an et par individu (niveau des rémunérations de 2011/12). L'utilisation de la moyenne des gains annuels bruts⁹ (€ 32280) (£ 26 900) donne une perte estimée de capacité de production de € 20, 640 (17200 £) par personne, ce qui rapporté à l'économie anglaise globale aboutit à une perte estimée de € 4.08 milliards (£ 3,4 milliards) chaque année.

Le faible taux d'emploi a des répercussions sur les finances du secteur public à travers des pertes de recettes fiscales et des versements de prestations de sécurité sociale. En supposant un taux moyen d'imposition directe de 18 % (impôt sur le revenu) et un taux moyen d'impôts indirects de 18 % (TVA)¹⁰, cela aboutit à €858 millions (£ 715 millions) de recettes fiscales non perçues (ou € 6600 (5500 £) par usager de services) par an.

De faibles taux d'emploi se traduisent également en une dépendance plus élevée aux prestations de sécurité sociale. En actualisant les données présentées par Mangalore et Knapp (2007) à prix courants on aboutit à une estimation des prestations versées de €6600 (5500 £) par usager de services et par année (en supposant

⁸ Chiffre provenant de l'enquête annuelle « hours and earnings » (ASHE), 2011. Source: www.ons.gov.uk/ons/publications/re-reference-tables.html?edition=tcm%3A77-235202

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ L'utilisation d'un taux d'imposition indirecte dans cette estimation représente le manque à gagner de recettes fiscales en raison de dépenses de consommation réduite en raison de la baisse des recettes. Taux provenant d'Adam et ses collègues (2012).

⁴ Tous les taux sont pondérés.

⁵ Valeur actualisée avec l'indice Pay and Prices de Curtis (2011) pour tenir compte des prix actuels.

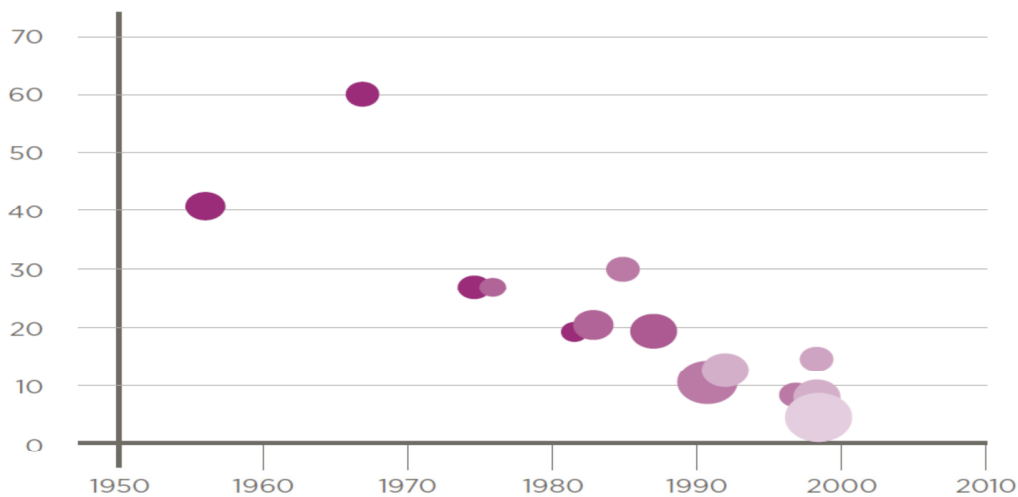
⁶ Source: www.ons.gov.uk/ons/about-ons/who-we-are/services/unpublished-data/social-survey-data/aps/index.html

⁷ Estimations des années 1990 à 2004.

que 77,6 % des personnes inactives atteintes de schizophrénie reçoivent ces prestations). Si, en l'absence d'autres informations, nous supposons que la même proportion de la population générale économiquement inactive reçoit des prestations d'un même montant nous aboutissons à un reçu moyen de prestations pour l'ensemble de la population d'environ 2280 € (1900 £). (C'est probablement une surestimation puisque la plupart des membres de la population générale n'auraient pas droit à des prestations

d'incapacité). Ces estimations indiquent qu'un excès de prestations de 4320 € (3600 £) est versé par usager de service par an, soit un total de € 564 millions (£ 470 millions) par an.

Figure 2 Pourcentage de personnes atteintes de schizophrénie ayant un emploi au Royaume Uni, selon 15 études (le cercle est proportionnel à la taille de l'échantillon). Les données proviennent de Marwaha & Johnson (2004).



Bien sûr l'hypothèse utilisée dans le scénario ci-dessus n'est pas réaliste – même les actions les plus efficaces dans le domaine de la schizophrénie ne pourraient aboutir à des taux d'emploi et à des niveaux de salaire identiques à ceux de la moyenne de la population générale – donc les pertes de recettes fiscales et le coût des prestations évalués ci-dessus ne pourront jamais être entièrement récupérés. Cependant, il y a des économies très importantes qui pourraient être faites si le taux d'emploi des personnes atteintes de schizophrénie pouvait être amélioré. Les gains économiques pour la société découlant d'un scénario prudent où 50 % des personnes atteintes de schizophrénie seraient employées en moyenne 20 heures par semaine au salaire Minimum National seraient de l'ordre de € 420 millions (£ 350 millions), ceci incluant une économie d'environ €144 millions (£ 120 millions) pour les finances publiques.

Il n'y a aucune donnée suggérant qu'une augmentation du taux d'emploi pour les personnes atteintes de schizophrénie mènerait à des résultats négatifs. En fait, il y a des preuves que l'inverse est vrai, une augmentation effective du taux d'emploi pour les personnes qui veulent travailler (et c'est le cas de la grande majorité) conduirait à une amélioration des états cliniques (Kilian et al. 2012). Cette amélioration de l'état clinique pourrait alors générer des économies dans d'autres secteurs comme, par exemple, le coût des services de santé.

L'ÉDUCATION PERTURBÉE

La schizophrénie se développe le plus souvent en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte – années qui sont essentiels pour le développement des

compétences et des connaissances ce qui bénéficie et augmente le potentiel d'acquisition tout au long de la vie. La nature débilitante de cette maladie, en particulier dans les premières années après son apparition, oblige souvent les personnes atteintes de schizophrénie à quitter leurs études ou leurs formations plus tôt qu'ils ne l'auraient fait autrement. Étonnamment peu d'études ont abordé les coûts occasionnés par ce manque d'éducation et de formation due à la maladie. Un récent rapport du ministère des entreprises, de l'Innovation et des Compétences a conclu que le rendement marginal d'un diplôme du premier cycle était 27,4 % (comparativement à avoir deux ou plusieurs GCE de niveau A (équivalent au BAC)) (London Economics 2011 b).

Cela se traduit, sur toute une vie, par une perte d'opportunité de 129 600 € (108 000 £) par individu (prix courants, taux d'actualisation de 3,5 % par an) et pour le Trésor public de € 106 800 (89 000 £). Ainsi, pour chaque jeune qui doit renoncer à une formation universitaire en raison de la schizophrénie, le résultat serait une perte d'opportunité nette de 236 400 € (197 000 £) pour la société.

De même, pour beaucoup de jeunes le développement de la schizophrénie signifie qu'ils ne peuvent bénéficier d'aucun enseignement professionnel ou de possibilité de formation. Par exemple, si une jeune personne inscrite pour une qualification de niveau 2 de BTEC (*équivalent d'un Bac Professionnel- RP*) n'a pas pu terminer cette qualification en raison du développement d'une schizophrénie, l'estimation de perte d'opportunité peut être estimée à une baisse de 12 % de salaire, soit une perte d'opportunité pour la société estimée entre € 64 800 (£ 54 000) et € 124 800 (£ 104 000) sur une durée de vie (London Economics 2011 a).

LA CLOCHARDISATION

Une récente étude a conclu que 33 % d'un échantillon de personnes atteintes de schizophrénie venant de Londres et de Leicester avait été sans domicile fixe à un stade de la maladie et 13 % sans aucun toit. Ceci est à comparer aux chiffres respectivement de 9 % et 6 % pour la France et 8 % et 3 % pour l'Allemagne (Bebbington et al., 2005). Bien que ces chiffres ne soient

pas représentatif du Royaume-Uni dans son ensemble, les grandes agglomérations telles que Londres et Leicester ont en effet des taux plus élevés de clochardisation que d'autres régions puisque les sans-abris des autres secteurs ont tendance à migrer vers les grandes villes, ils indiquent toutefois des failles majeures des systèmes actuels qui laissent une forte proportion des personnes souffrant de schizophrénie très vulnérables à la violence, au vol, aux drogues et à une détérioration accrue de leur santé mentale et physique.

La clochardisation représente un énorme gaspillage de potentiels pour notre société. Le chômage est la fois une cause et une conséquence de la clochardisation. Les sans-abris sont cinq fois moins nombreux à être employés que la population globale (Crisis UK 2012) et être sans-abri crée des obstacles très importants au retour à l'emploi. Pour beaucoup, être sans abri c'est ne pas avoir de domicile fixe pour le courrier et ne pas pouvoir ouvrir un compte bancaire ordinaire, ce qui rend plus difficile la possibilité de trouver du travail (Stansbury & Phahey 2011).

La clochardisation entraîne également d'importants coûts directs pour le Trésor public. Une estimation du coût annuel (brut) de la clochardisation pour le secteur public se situe entre €28 800 (£ 24 000) et de 36 000 € (30 000 £) par personne sans abri (département des communautés et des autorités locales 2012). Il n'est pas facile d'attribuer spécifiquement des coûts aux sans-abri car de nombreux éléments coûteux, tels que la toxicomanie, le comportement criminel et le mauvais état de santé, sont à la fois les causes et les conséquences de la clochardisation. Toutefois, il est clair que la clochardisation n'est pas seulement une expérience épouvantable pour un individu, mais qu'elle a également de vastes conséquences économiques pour lui-même comme pour la société.

LES PROBLEMES DE SANTE PHYSIQUES

Il est maintenant largement admis que la schizophrénie augmente la probabilité d'une mauvaise santé physique (Leucht, et al., 2007). En conséquence, il y a un écart de mortalité significatif entre les personnes atteintes de schizophrénie et l'ensemble de la population : une étude systématique récente estime que le taux de

mortalité toutes causes confondues ajusté par l'âge chez les personnes atteintes de schizophrénie était 2,58 fois plus élevé que celui de la population globale (Saha et al., 2007). Une partie de ce taux de mortalité élevé est dû à une augmentation du risque de suicide, mais il a été montré que les personnes atteintes d'une schizophrénie avaient un taux de mortalité plus élevé pour la plupart des principales causes de décès répertoriées.

La schizophrénie augmente les facteurs de risque pour de nombreux problèmes de santé physique. L'analyse des dossiers cliniques de 1,7 millions de personnes a révélé que 61 % des personnes atteintes de schizophrénie étaient fumeurs comparativement à 33 % des personnes sans schizophrénie, et que 33 % des personnes atteintes de schizophrénie étaient obèses comparée à 21 % des personnes sans schizophrénie (Hippisley-Cox & Pringle 2005). De nombreux médicaments antipsychotiques (en particulier de deuxième génération) sont associés à la prise de poids (Connolly, 2005). Combinés, ces facteurs signifient que les personnes atteintes de schizophrénie font face à un risque plus élevé de développer de nombreux problèmes de santé physique.

Jusqu'à assez récemment la santé physique des personnes atteintes de schizophrénie n'a pas été une priorité politique malgré cet inégalité très importante des états de santé physique : les personnes atteintes de schizophrénie sont beaucoup moins susceptibles d'avoir eu un frottis du col de l'utérus récent, une prise récente de la pression artérielle, une récente mesure du taux de cholestérol, ou de recevoir de l'aspirine comme une prophylaxie pour les accidents vasculaires cérébraux (Hippisley-Cox & Pringle 2005). Des arguments économiques doivent également être pointés : des problèmes de santé physiques se traduisent par des dépenses de santé supplémentaires, des pertes de productivité et un recours accru aux services médico-sociaux, ce qui entraîne des pertes économiques importantes.

L'ABUS DE SUBSTANCES

Une assez forte proportion des personnes atteintes de schizophrénie abuse de substances. Les données provenant de la Cohorte sur la Schizophrénie Européenne montrent globalement une dépendance à

une substance pour 42 % des participants à Londres et de 28,3 % à Leicester, plaçant les deux villes de Grande Bretagne en première et troisième positions parmi les huit villes européennes étudiées dans ce rapport (Carrà et él., 2012). Cette étude a également estimé un taux de prévalence de l'abus d'alcool de 26,1 % contre 11,9 % pour la population générale, et un taux de prévalence de l'abus de toutes les autres substances de 17,8 % contre 7 % pour la population générale. Puisque les données proviennent de zones urbaines, ces chiffres peuvent être un peu plus élevés que ceux du pays entier (Carrà et él., 2009), mais il est clair qu'il existe une forte corrélation entre schizophrénie et abus de substances.

En plus des coûts personnels qui peuvent être engendrés par la toxicomanie, il y a aussi de plus large conséquences économiques. Il est prouvé que les personnes ayant un diagnostic double de schizophrénie et d'abus de substances engendrent des coûts d'utilisations de services plus élevés. Turkington et ses collègues (2009) ont montré qu'un abus de substance persistant augmentait la probabilité de rechute, impliquant des coûts d'hospitalisation et de services supplémentaires. McCrone et ses collaborateurs (2000) ont montré sur un échantillon provenant du sud de Londres, que le « socle » des coûts (frais de services de santé mentale, coûts de la clinique d'urgence et coûts des jours de prise en charge) sur une période de six mois avait été de €2295 (£1913) plus élevé pour le groupe de patients présentant le double diagnostic que pour les autres patients (Intervalle de Confiance à 95% : 370 € à 4368 € (309 £ à £ 3865)), les coûts de non-hébergement ont été évalués comme étant € 2292 (£ 1910) plus élevés (IC à 95 %: 337 € à 4584 € (281£ à £3820)) et le surcoût total (y compris le support au logement) a été évalué à €1763 (£1469) (IC 95 % :-1445 € à 5150 € (-954 £ à £4292)). Bien qu'il y ait des problèmes d'auto sélection dans le fait d'abuser de substances – peut être les individus dont les psychoses sont les plus sévères, et qui auraient de toute façon engendré des coûts supplémentaires, sont-ils ceux qui ont le plus de risque d'abuser de substances, et ainsi le véritable coût supplémentaire dû à l'abus de substance évalué ci-dessus serait surévalué- il y a de fortes preuves que l'abus de substance est associé à des coûts de prise en charge plus élevés.

Un autre coût qui peut-être être associé à la toxicomanie des personnes atteintes de schizophrénie est le coût de la criminalité. Dans une

vaste étude longitudinale en Suède (80025 personnes, dont 8003 avaient reçu un diagnostic de schizophrénie) Fazel et ses collègues (2009) ont montré que le risque élevé qu'une personne atteinte de schizophrénie commette un crime violent peut être presque entièrement expliqué par les niveaux élevés d'abus de substances dans ce groupe.

Il a été montré que les personnes qui à la fois étaient atteintes de schizophrénie et abusaient de substances avaient un risque de commettre un crime violent 4,4 fois supérieur (IC à 95 %: 3,9 à 5,0) à celui de la population globale, tandis que les individus atteints de schizophrénie, mais n'avait aucun problème de toxicomanie avait un risque plus élevé de seulement 1,2 supérieur ([IC 95% : 1.1 à 1.4). Des résultats similaires ont été montrés dans une étude systématique récente (Fazel et al., 2009). En tenant compte de l'estimation faite par le Home Office Britannique (2005), que les crimes violents entraînent des coûts économiques et sociaux pour un total de € 5.52 milliards (£4,6 milliards¹¹) en Angleterre et au Pays de Galles chaque année, le niveau élevé de crimes violents dû à cette comorbidité schizophrénie – abus de substance entraîne clairement des dépenses très élevées.

D'autres frais peuvent également être occasionnés par cette double pathologie. Il est probable que l'abus de substance réduit les possibilités d'emploi, entraînant le gaspillage d'un potentiel économique et des pertes pour le Trésor public en recettes fiscales non perçues.

LES PROBLEMES JUDICIAIRES

Les personnes atteintes de schizophrénie sont surreprésentées dans le système judiciaire. D'après les estimations les plus récentes (quoique maintenant assez datées) environ 8 % de la population carcérale serait atteinte de psychoses, dont 2 %, dont la schizophrénie a été formellement diagnostiquée (Singleton et al. 1998). Cela est à comparer à une fourchette de 0,2 à 0,5 % pour l'ensemble de population globale (Singleton et al. 2000 ; Saha et al. 2005 ; Mangalore et al. 2007).

L'on s'interroge de plus en plus sur la pertinence des peines de prison pour beaucoup de ces personnes – d'un point de vue à la fois moral et d'efficacité. Il est également clair que la prison peut être une intervention économiquement inadaptée pour beaucoup des personnes atteintes de schizophrénie ou d'autres problèmes de santé mentale. Le coût d'une place de prison est estimé à 48000 € (40 000 £) par an (ministère de la Justice 2011 b) et pourtant, la prison est particulièrement inefficace pour prévenir la récidive ; il résulte de l'enquête Enquête sur la Réduction de la Criminalité des Prisonniers (SPCR¹²) que 54,2 % des prisonniers qui avaient été traités pour un problème de santé mentale / un problème émotionnel dans l'année précédant l'incarcération étaient de nouveau condamnés dans l'année suivant la mise en liberté (le taux de récidive de 51,7 % étant aussi très élevé pour les prisonniers sans ce type de problèmes).

Beaucoup de personnes souffrant de schizophrénie qui ont commis des crimes sont finalement admises dans des environnements de soins sécurisés assurés ou financés par le NHS (Service National de Santé). Ces unités sont différentes des prisons en raison de l'importance accordée aux soins et aux traitements par opposition à la sanction. Il y a un certain nombre de voies par lesquelles une personne peut être admise en soins sécurisés : elle peut être transférée de la prison, par ordre de la Cour, dans un environnement hospitalier contraint ou non et comme une alternative à la prison, ou directement depuis un centre de soins communautaire. Les lits attribués à la Santé mentale sont divisés en hautes, moyennes et basses sécurités, ainsi qu'en soins spécialisés à sécurité moyenne pour les femmes. Presque 97 % des personnes transférées de prison sur ordonnances restrictives se dirigent vers des lits à hautes ou moyennes sécurités, tandis que les lits à faibles sécurités sont principalement occupés par des personnes provenant du système de soin communautaire et retenus sous la contrainte du Mental Health Act ou par des personnes ayant bénéficié d'une réduction de contrainte depuis des lits plus sécurisés. (Rutherford & Duggan 2007).

¹²

¹¹ Revalorisées avec le déflateur du PIB (ONS) pour refléter les prix actuels.

Source:
www.justice.gov.uk/downloads/statistics/mojstats/spcr-full-tables-paper-5-2-prisoners-backgrounds-reconviction-a.xls

Les unités de soins sécurisées sont un élément très coûteux des soins de santé mentale : les services sécurisés et de haute-dépendance représentaient 19 % des investissements directs dans les services de santé mentale en 2010/2011, avec un investissement total de plus de € 1.2 milliards (£ 1 milliard) (Stratégies de la Santé Mentale 2011-Mental Health Strategies). Si les coûts totaux sont si élevés ceci est dû en partie, en plus de leur coût unitaire élevé, à la très longue durée des séjours, 27 % des personnes détenues restant plus de 10 ans dans les services de médecine judiciaires (Rutherford & Duggan 2007).

L'IMPACT SUR LES FAMILLES

Beaucoup de parents et d'autres soutiens de personnes atteintes de schizophrénie, qui ne sont pas rémunérés, abandonneront leur emploi ou dégageront du temps afin d'offrir des soins et soutien. En utilisant les résultats de l'étude UK-PAP, Mangalore et Knapp (2007) ont estimé que 4,8 % des aidants avait quitté leur emploi et 15,5 % avaient pris une moyenne de 12,5 jours de congé par an spécifiquement pour se consacrer à leur proche. Cela se traduit par une perte économique annuelle

moyenne de € 620 (£ 517) (Valeur 2011/12) par personne atteintes de schizophrénie vivant dans l'ensemble des foyers privés.

En plus de la perte de productivité lié au fait de soutenir son proche, il est également possible d'attribuer une valeur économique aux soins non rémunérés que ces personnes (des membres de la famille, en général) offrent aux personnes atteintes de schizophrénie sous l'hypothèse que si elles ne s'en acquittaient pas un tiers en aurait eu la charge. Si ces soins et soutiens étaient estimés à leurs coûts pour le système public de soins (NHS) en services équivalents (le salaire d'une aide-soignante ou d'un auxiliaire de soins infirmiers) basés sur l'hypothèse que le soignant non rémunéré fournit en moyenne 5,6 heures de soutien par jour, le coût moyen de prise en charge par la famille ou un tiers d'une personne atteinte de schizophrénie serait en moyenne de 40 800 € (34 000 £). Du fait qu'environ 31 % des personnes atteintes de schizophrénie vivent en foyers privés (Mangalore & Knapp 2007 b) le coût global pour la société s'élèverait à €1.5 milliards (£ 1,24 milliards) par an.

L'ÉVALUATION DE DIVERSES ACTIONS

Après avoir examiné certains des facteurs clés des coûts associés à la schizophrénie, nous allons maintenant nous pencher sur les conséquences économiques d'un certain nombre d'actions. Les nombreuses données recueillies par la Commission Schizophrénie à partir d'un large éventail de personnes expertes et/ou ayant vécu l'expérience de la psychose ont orienté l'étendue et la nature des actions évoquées ici. Dans la collecte et la compilation des données économiques concernant chacune de ces actions, nous avons essayé d'être aussi équilibrés et équitables que possible.

Cependant, faute de temps, une revue systématique de tous les cas n'était certainement pas possible. Au lieu de cela, comme point de départ pour chaque action, nous avons contacté les chercheurs dans les domaines étudiés afin d'identifier les données économiques existantes les plus significatives, en y incluant les études déjà réalisées. Pour chacune des actions étudiées, ces informations ont été enrichies, même si cela n'était pas systématique, par des recherches importantes dans la littérature existante.

Lorsque que pour une action les données économiques étaient considérées comme fortes, nous avons tenté de tirer des conclusions sur ses conséquences économiques à trois niveaux différents – pour la NHS (*Sécurité Sociale GB (note-RP)*), plus globalement pour le Trésor public, et pour la société dans son ensemble. Pour les actions pour lesquelles les données économiques n'étaient pas suffisamment fortes pour pouvoir tirer des conclusions solides, les principales données ont été résumées et les domaines nécessitant des études futures soulignés.

Nous attirons l'attention sur le fait que ces actions ne sont ni antinomiques ni indépendantes les unes des autres. La schizophrénie est une maladie complexe et la plupart des individus touchés peuvent bénéficier d'une combinaison d'actions, et bien sûr, eux même comme leur famille pourront préférer telle ou telle action en fonction des circonstances. Ces actions ne sont pas indépendantes entre elles dans la mesure où les résultats de l'une peuvent être positivement ou négativement impactés par d'autres actions dont on bénéficierait simultanément ou dont on aurait bénéficié précédemment. Par exemple, il ne serait peut-être pas

réaliste d'imputer la même influence à l'utilisation de thérapies verbales comme les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) sur la durée d'hospitalisation pour des patients qui recevrait déjà ou non une autre thérapie que les TCC. En raison de cette interdépendance, les estimations d'économies de coûts rapportés ici ne sont certainement pas additives. Nous en discuterons plus en Section 3.

Un autre point à garder à l'esprit est que les contours de ce que l'on appelle « les soins standards » ou « les traitements habituels », auxquels les actions évoquées ici vont typiquement être comparées, sont souvent difficile à cerner. Souvent lors des tests peu d'informations sont fournies quant à la nature de ces soins standards et comme les pratiques standards de soins varient énormément à travers les pays (et encore plus entre les pays et les époques), cela conduit à se poser de sérieuses questions quant à l'extrapolation des données économiques d'un contexte à l'autre. Quand une action particulière permet d'économiser £X par patient lorsqu'on la compare aux soins standard d'une localité donnée, ce n'est pas nécessairement la même économie qui sera réalisée dans une autre localité si les soins standards qui y sont en vigueur sont différents. Cela dit, à défaut de disposer d'informations complètes sur les pratiques de bases des différents services de santé mentale il n'y a souvent guère d'autre choix que de supposer un soin standard uniforme et donc que les coûts ou économies sont extrapolables.

Certaines des interventions décrites ci-dessous, tels que l'action précoce et les équipes de crise sont déjà largement en place, au moins en théorie; et pour ces dernières, notre analyse aura pour but d'évaluer les données économiques afin de *valider ou non leurs*

maintiens. D'autres interventions discutées ici, telles que le Placement et Soutien Individualisé, La lutte contre la clochardisation et le soutien des pairs aidants ne sont pas encore largement disponibles ; ici, on cherche à évaluer les données qui valideraient *l'utilité de rendre ces actions plus largement accessibles*.

Tous les coûts dans le présent rapport ont été revalorisés de l'inflation à partir des niveaux de prix de 2010/11 en utilisant un indice de prix approprié. Tous les coûts futurs ont été actualisés à un taux de 3,5 % par an.

LES SERVICES D'INTERVENTIONS PRECOCES

Certains Services d'Intervention Précoce dans le traitement des psychoses (SIP) (*EIS en Anglais-Note RP*) visent à la détection précoce des personnes atteintes de symptômes avant-coureurs de psychose (ou des personnes dont la psychose n'a pas encore été détectée et traitée de manière satisfaisante), mais la plupart des interventions précoces s'occupent de personnes dont la maladie a déjà été diagnostiquée. Dans l'idéal, le traitement aux premiers stades de la maladie met en jeu une combinaison « d'actions pharmacologiques, psychologiques, sociales, professionnelles et éducatifs » (National Institute for Health and Clinical Excellence 2009). La justification pour intervenir en début de psychose est issue de données qui suggèrent un lien entre la durée de la psychose non traitée et le pronostic global (Marshall et al., 2005).

Les services d'actions précoces ont été officiellement introduits dans la NHS (*politique de santé nationale – Note RP*) en 2001/2002, tel qu'indiqué dans le guide d'implémentation de la politique de santé mentale (*Mental Health Policy Implementation Guide*) (ministère de la santé, 2001). Depuis lors, les équipes d'intervention précoce ont été introduites assez largement dans toute l'Angleterre (Shiers & Smith 2010) bien qu'il reste des inégalités dans l'accès (IRIS 2011).

Des données cliniques suggèrent qu'une Intervention précoce dans la psychose peut avoir des effets positifs. Une récente revue systématique et méta-analyse suggère que des programmes spécialisés dans le traitement des premiers épisodes de psychose peuvent réduire considérablement le risque de rechute par

rapport au traitement habituel (Alvarez-Jiménez et al., 2011). Une récente analyse Cochrane a été moins positive, n'exhibant que peu de résultats significatifs en faveur des SIP (Marshall & Rathbone 2011). Toutefois, l'utilité de la méthodologie des analyses Cochrane dans l'évaluation des modèles de services tels que l'Intervention précoce a été mise en doute. McGorry (2012) défend que beaucoup d'études bien conçues évaluant l'efficacité des SIP ont été exclues de l'analyse Cochrane. Il conteste la pertinence d'un grand nombre des conclusions de l'analyse Cochrane car "l'examen a porté en grande partie sur les tests comparant des « composantes d'interventions » des services de SIP. ... Généralement, ces interventions ont été étudiées dans le contexte de la gamme des soins courants dispensés au sein des services utilisant les SIP. Il n'est alors pas surprenant que certains de ces tests s'avèrentent « inefficaces » puisque les groupes témoins bénéficiaient déjà de modèles de soins complets.

En plus de ce qu'ils apportaient aux patients, il y a été porté attention aux économies de coûts potentielles qui pouvaient résulter de l'utilisation des Services d'Intervention Précoce – tant immédiatement qu'à long terme. Les premières études visant à s'attaquer à ce problème ont eu une approche assez étroite – en se concentrant essentiellement sur les coûts directs supportés par les services de santé mentale. Plus récemment, toutefois, un travail a été fait pour avoir une appréhension plus complète des conséquences économiques des Services d'Intervention Précoce. Des études récentes ont étudié l'impact des SIP pour plus d'inducteurs de coûts évoqués en section 1, y compris les frais de justice pénale et les coûts dus à la perte d'emploi (McCrone et al., 2010).

Dans une récente évaluation économique d'un SIP, McCrone et ses collègues (2010) ont utilisé un modèle d'aide à la décision, extrapolant les probabilités de la littérature, pour estimer les coûts liés aux Services d'Intervention Précoce. Les résultats ont été très fortement favorables aux SIP. Ce rapport actualise les coûts évalués par McCrone et al., (2010), et ils reflètent ainsi les prix et les coûts actuels en y ajoutant également une augmentation attendue de recettes fiscales. Ci-dessous, nous exposons les principaux mécanismes par lesquels les Services d'Intervention Précoce peuvent conduire à des économies de coûts.

L'utilisation des services de santé mentale

Étant donné que les Services d'Intervention Précoce ont démontré qu'ils apportaient des bénéfices cliniques, il n'est peut-être pas surprenant de considérer que leur introduction devrait réduire l'utilisation de services, en particulier les coûteuses périodes d'hospitalisation. En effet, en utilisant les données provenant de l'équipe Lambeth Early Onset (LEO), les données de base des services d'assurance-emploi du Worcestershire et du Northumberland et de la Commission Santé, les auteurs (McCrone, et coll., 2009 a) ont pu estimer que les Services d'Intervention Précoce réduisaient la probabilité d'une hospitalisation sous contrainte (admission obligatoire en vertu de la Loi sur la santé mentale- Mental Health Act) de 44 % à 23 % dans les 2 premiers mois de psychose et de 13 % à 6 % pour chaque période de 2 mois ensuite. Cela se traduit par des économies très importantes pour les services de santé mentale : on estime, avec des références de prix de 2010/11, que l'introduction d'un Service d'Intervention Précoce fait baisser les coûts de €6592 (£ 5 493) par usager de services dans la première année de la psychose et €18890 (£ 15742) pendant les trois premières années (coûts actualisés à 3,5 % par an).

Les coûts des suicides et des homicides

Les Services d'Intervention Précoce ont démontré leur efficacité à réduire à la fois le risque de suicide et le risque d'homicide. L'économie de coût qui découle de la réduction du risque de suicide (liés aux coûts pour la NHS et la perte de productivité de la personne décédée) est estimée à 577 € (481 £) la première année de la psychose. Les économies associées à la réduction du risque d'homicide sont faibles (seulement € 34 (£28) sur trois ans) en raison de la très faible probabilité de départ qu'un usager de services soit impliqué dans un homicide, et bien que les Services d'Intervention Précoce réduisent considérablement ce risque. Cependant, étant donné le peu de données disponibles sur lesquelles baser nos calculs nous devons être prudents concernant ces chiffres sur le suicide et (en particulier) sur les homicides.

Les gains

Les services d'intervention précoce ont un impact positif sur la préservation et l'obtention d'emplois en milieu concurrentiel. McCrone et coll. (2010) estiment que 12 % des patients bénéficiant de soins standards pourront avoir un emploi contre 35 % s'ils sont soutenus par un SIP. Si l'on adopte l'approche du capital humain, valorisant l'emploi au SMIC, le résultat serait une hausse de rémunération de € 5160 (£4299) et ce même si l'on suppose qu'aucun emploi ne démarre la première année pour chacun des deux groupes.

Cette augmentation des emplois accroît globalement la production économique (point de vue sociétal) et accroît les recettes fiscales (point de vue du secteur public). Dans ce rapport, on a supposé que le seul gain net fiscal provenait du taux de prélèvement indirect moyen (18%) (Adam et él., 2012) ; étant donné que le niveau des gains que nous envisageons est relativement modeste, nous supposons qu'aucun impôt sur le revenu n'est payé ce qui rend les estimations des réductions de coûts pour le secteur public conservatrices.

Les réductions de coûts

Si nous examinons l'ensemble des coûts individuels afin de rechercher les réductions de coûts suite à l'introduction d'un SIP, nous obtenons les résultats suivants:

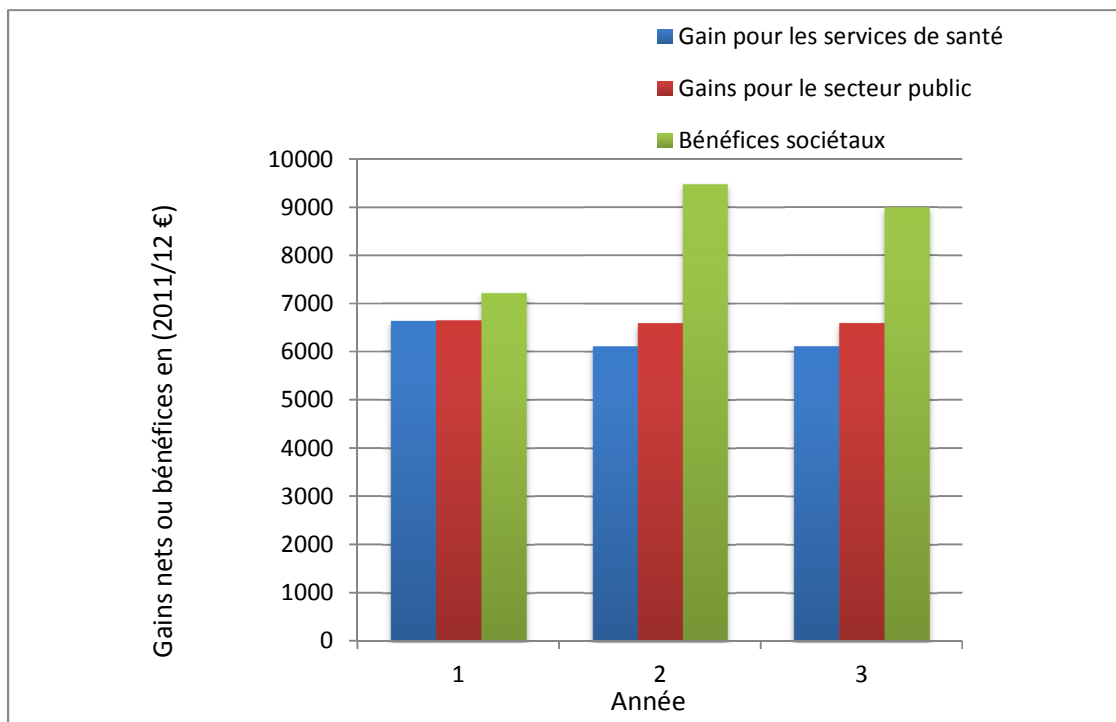
- On estime que l'introduction d'un Service d'Intervention Précoce fait économiser 6 643 € (5 536 £) par usager à la NHS durant la première année de sa psychose. Ce gain s'élève à €19034 (£ 15862) pour les trois premières années.
- En considérant l'ensemble des fonds publics, on estime que l'introduction d'un SIP permet d'économiser 6 654 € (5 545 £) durant la première année de la psychose et € 19995 (£16663) durant les trois premières années. Ces chiffres comprennent les coûts cumulés de la NHS, du système judiciaire et les recettes fiscales supplémentaires.
- Selon une approche sociétale qui inclurait toute augmentation de la production qui en résulterait (et non pas seulement celle recueillie par le gouvernement en terme de taxes supplémentaires)

les bénéfices nets d'un Service d'Intervention Précoce donne un chiffre de € 7218 (£ 6015) durant la première année de la psychose et € 25814 (£ 21,512) sur la période de trois ans.

Il y a d'autres coûts qui n'ont pas été intégrés dans ce modèle qui, s'ils l'étaient, augmenteraient très probablement les économies potentielles des Services

d'Intervention Précoce. L'un de ces coûts est supporté par les familles et les soignants qui réduisent leur activité professionnelle et prodiguent des soins et un soutien non rémunérés. On peut s'attendre à ce que, grâce aux bénéfices apportés par l'intervention précoce, ce coût supporté par les familles soit réduit.

Figure 3 Différents gains attendus par usager d'un programme d'intervention précoce durant les 3 premières années



Mises en garde

Les estimations ci-dessus des économies résultant de la mise en œuvre d'un SIP sont obtenues à l'aide d'un ensemble spécifique de paramètres de modélisation : un ensemble spécifique de probabilités d'hospitalisation sous soins standards et sous SIP et un ensemble spécifique d'estimations de coûts d'hospitalisation et de couts des soins de proximité. Les estimations des économies de coût relatifs à la mise en œuvre d'un SIP varieront d'une localité à l'autre selon les taux d'hospitalisations pre-existants, la fidélité du SIP aux modèles basés sur l'expérience, la nature des services « standard » et de leur qualité et le coût des soins pour les patients hospitalisés. Le modèle ci-dessus est estimé

dans une large mesure à l'aide de paramètres tirés d'études qui proviennent de la région de Londres, et donc les résultats peuvent ne pas être immédiatement transférables à d'autres régions du pays, où les populations et les modèles de service pourraient être différents. Cependant, le SIP dans différentes régions du pays a montré son efficacité à réduire les hospitalisations. Par exemple, suite à la mise en place du Service d'Intervention Précoce dans le North East Derbyshire, le pourcentage de personnes atteintes de schizophrénie avec un premier épisode de psychose (qui sont rentrés en contact respectivement avec les services standards de soins et avec les Services spécialisés d'Intervention Précoce) qui ont été admis à l'hôpital

durant la première année est tombé de 62 % à moins de 31 % (Rowlands 2012 ; Phillipson et al., 2012)¹³.

Lorsque l'on étudie l'impact économique de l'intervention précoce, il est également important de garder à l'esprit que la schizophrénie dure toute la vie et que les bénéfices qu'apportent le Service d'Intervention Précoce peuvent ne pas être prolongés quand l'utilisateur ne fait plus partie des personnes concernées par ce service. Ainsi pour deux études importantes, les bénéfices significatifs du SIP n'apparaissaient plus après 5 années de suivi (Gafoor et al., 2010 ; Bertelsen et al., 2008). Ceci, cependant, peut être dû au fait que les bénéficiaires ne profitaient plus d'un certain nombre de services plutôt qu'à la défaillance de ces services eux-mêmes.

LES PROGRAMMES DE PLACEMENT ET DE SOUTIEN INDIVIDUALISÉ

La plupart des personnes atteintes de schizophrénie et d'autres problèmes de santé mentale sévères veulent travailler (Grove, 1999 ; Mueser et coll., 2001 ; Mercier, 2005). Cependant, seulement 5 à 15 % d'entre elles sont réellement en activité, ce qui représente à la fois un énorme gaspillage de potentiel, une négation de toute possibilité d'inclusion sociale, de réalisation personnelle et d'activité donnant du sens au quotidien. Le Service de Placement et de Soutien Individualisé (PSI) (*IPS en anglais – Note RP*) est un soutien à l'emploi visant à aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères à obtenir un emploi concurrentiel rémunéré. Les services PSI sont très différents des services de réadaptation professionnelle communément disponibles (et des services qui existent encore dans la plupart des régions en Angleterre) en ce sens que les services PSI ont pour objectifs de placer les personnes atteintes de schizophrénie en environnement compétitif et ce dès que possible en apportant ensuite soutien et formation. Au contraire,

les services de réadaptation professionnelle standards retiennent généralement l'approche qu'une formation considérable est nécessaire avant que les personnes atteintes de schizophrénie puissent être prêtes à commencer un emploi concurrentiel.

De telles formations préalables à l'obtention d'un emploi sont très onéreuses et ont souvent été assez inefficaces pour aider les personnes atteintes de schizophrénie à obtenir un emploi concurrentiel. (Sainsbury Centre for Mental Health 2009 a ; Crowther et al., 2010). Il y a maintenant un ensemble de données venant de diverses parties du monde montrant que le PSI est, de manière significative, plus efficace que les services de réadaptation professionnelle standards pour aider les personnes atteintes de schizophrénie à trouver un emploi concurrentiel (Crowther et al., 2010).

Les caractéristiques détaillées des programmes de PSI efficaces sont exposées ailleurs (Becker et al., 2008). Nous avons listés ci-dessous les principaux concepts des programmes PSI qui ont démontré une grande efficacité (copié du rapport du Sainsbury Centre for Mental Health (2009)) :

- Le premier objectif est l'emploi en milieu concurrentiel ;
- Toute personne qui le souhaite est éligible au soutien à l'emploi ;
- La recherche d'emploi est cohérente avec les préférences de chacun ;
- La recherche d'emploi s'effectue rapidement : elle débute avant un mois ;
- Les spécialistes de l'emploi et les équipes médicales travaillent ensemble et dans les mêmes locaux ;
- Le support a une durée illimitée et est individualisé tant pour l'employé que pour l'employeur ;
- Un/une assistant(e) social(e) soutient la personne durant la transition entre les prestations sociales et le travail.

¹³ Il est à noter que les populations éligibles pour les deux services sont différentes, principalement en raison du fait que le service d'intervention précoce du NE Derbyshire ne traite que des personnes de moins de 35 ans. Ainsi, bien que ce chiffre soit révélateur du succès du SIP à diminuer le nombre de patients hospitalisés il ne doit pas être interprété comme une estimation précise de l'impact du service.

Nous pourrions peut-être anticiper que l'économie la plus évidente pour le secteur public que générerait la mise en place de services de PSI viendrait des revenus fiscaux supplémentaires et des économies de prestations sociales qui ne seraient alors plus payées.

Toutefois, il est probable que les économies les plus importantes seraient réalisées sur la réduction des coûts de service de santé qui résulterait de l'amélioration de la santé mentale apportée par un poste en emploi concurrentiel (ou par une recherche active). Il a été montré de manière consistante que les services PSI avaient des résultats très positifs sur les données cliniques. Des Méta-analyses ont montré que les programmes PSI améliorent significativement les symptômes de troubles de la pensée ($p = 0,069$), de manque d'énergie-léthargie ($p = 0,094$) et de dépression ($p = 0,022$) et améliorent les symptômes globaux ($p = 0,009$)¹⁴ (Campbell et al., 2011).

En plus des effets des bienfaits à court terme apportés par les services de PSI sur le bien être mental qui sont bien documentés, il y a des de nouvelles données qui montrent qu'il y a également des bénéfices à long terme associés à l'obtention d'un emploi stable en milieu compétitif et qui se traduisent par des économies de coûts significatives. (Sainsbury Centre for Mental Health 2009).

La plupart des données concernant les conséquences économiques des programmes de PSI sont assez limitées, beaucoup d'études se concentrant principalement sur les économies sous l'angle d'un accroissement des revenus, sans prendre en compte tous les effets connexes des PSI..

L'utilisation de services de santé mentale

L'évaluation économique des PSI la plus récemment publiée reposait sur un essai comparatif aléatoire effectué dans six villes d'Europe ; Il s'agit de l'étude EQOLISE (Burns et al., 2007 ; Knapp et al., 2012). Cette étude concernait 312 participants (environ 80 % étaient atteints de schizophrénie, d'autres étaient bipolaires et d'autres avaient des problèmes de santé mentale sévères) qui de manière aléatoire et sur une période de 18 mois ont bénéficiées de services PSI ou de services de réadaptation professionnelle standards. Conformément à d'autres études des PSI, en grande partie venant des États-Unis, le PSI s'est avéré beaucoup plus efficace que les services de réadaptation professionnelle standards, tant en ce qui concerne

l'obtention d'un emploi en milieu compétitif qu'en ce qui concerne les évolutions cliniques (Burns et al., 2007 ; Burns et al., 2009 ; Kilian et al., 2012).

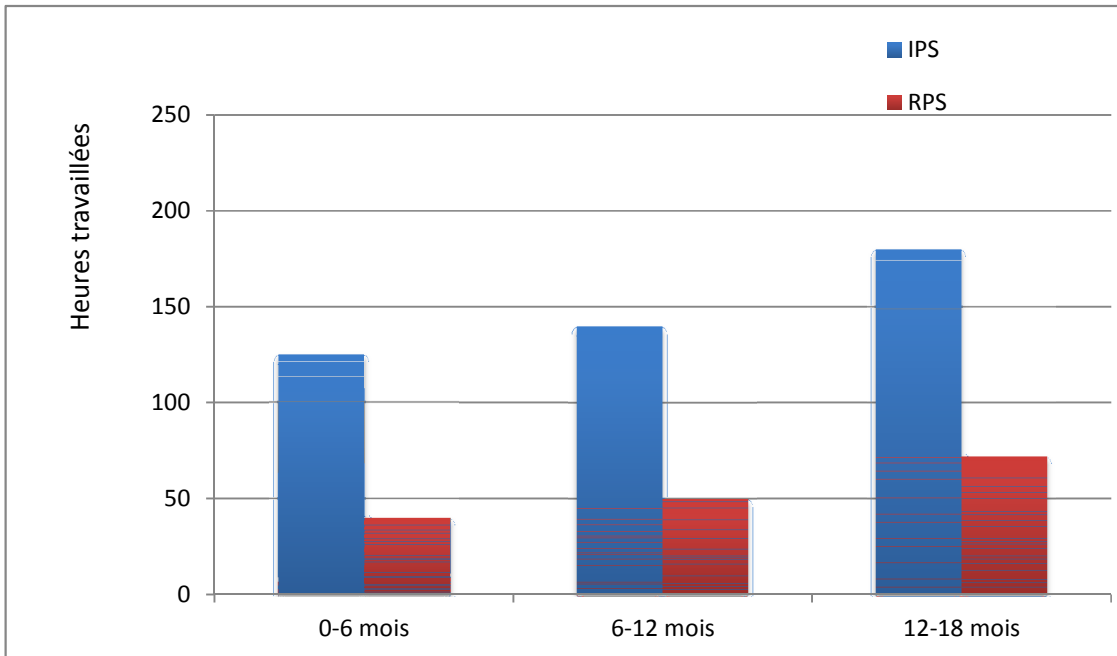
L'analyse économique de l'étude EQOLISE a donné des résultats encourageant pour le PSI concernant l'utilisation des services et les coûts qui y sont associés. (Knapp et al., 2012). Il a été constaté que le PSI générerait des économies d'hospitalisation importantes, une économie de 5280 € (4 400 £) sur la période d'étude de 18 mois, bien que la majeure partie de cette économie se soit produite au cours des six premiers mois. Les effets sur d'autres secteurs de coûts des services à la santé mentale sont plus faibles: il a été montré que le PSI augmentait les coûts de la prise en charge ambulatoire et le coût des services de proximités d'un total de près de 1200 € (1 000 £) dans les 18 mois, tandis que les effets sur d'autres secteurs étaient mitigés. Sur la période d'étude de 18 mois, les coûts des services de santé mentale totaux (à l'exclusion des frais d'intervention) auront été € 4800 (£ 4 000) plus faibles pour les membres du groupe qui bénéficiait de l'IPS par rapport aux membres du groupe qui bénéficiait des services de réadaptation professionnelle standards.

Profits

Les profits respectivement liés au PSI et aux soins courants ont été estimés à partir de l'étude EQOLISE en utilisant l'approche du capital humain. Les données issues de l'étude EQOLISE révèlent que les heures travaillées sur la période de 18 mois ont augmenté à la fois pour le groupe PSI et le groupe de comparaison, mais les participants au groupe PSI ont travaillé plus sur chaque période étudié, la différence entre les groupes augmentant (voir Graphe 4). De manière rassurante, le nombre estimé d'heures travaillées à partir de l'étude EQOLISE est très semblable à celui estimé dans une méta-analyse récente de quatre ECR (Essais Contrôlés Randomisés) de qualité menés aux États-Unis (Campbell et al. 2011) qui, au total, incluaient 681 participants. Il a été, cependant, décidé d'utiliser uniquement les données de l'étude EQOLISE dans la mesure où le marché du travail UK est plus proche de l'Européen que de l'Américain.

¹⁴ Tous les symptômes ont été mesurés avec l'échelle Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Figure 4 Heures travaillées par les groupes IPS et RPS (d’après Burns et él., 2007)



Cette augmentation des revenus se traduit directement par des bénéfices sociétaux de 2040 € (1700 £) sur 18 mois (de manière conservatrice, l’emploi était évalué au salaire minimum national de 7.3 € (6,08 £) par heure). Pour le sujet qui nous intéresse, pour créer une estimation du bénéfice résultant, pour le trésor public, de cette augmentation des revenus, une taxe indirecte moyenne de 18 % peut être utilisée, ce qui entraîne une augmentation des revenus de 300 £ sur 18 mois pour le Trésor public.

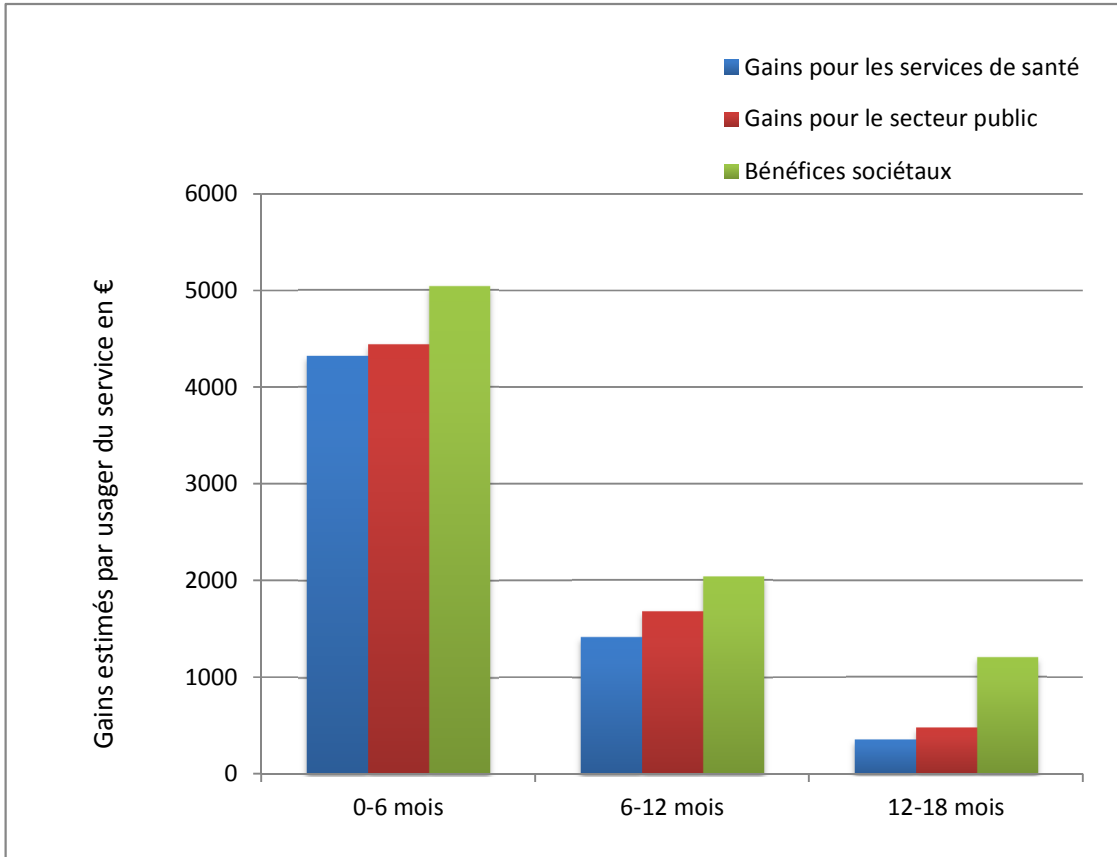
Étant donné que la rémunération moyenne résultant de des PSI est relativement modeste – seulement huit des 312 participants EQOLISE étaient estimés avoir des revenus annuels au-dessus du seuil de l’impôt sur le revenu (9726 € (£8105)¹⁵) aucune augmentation des profits découlant des impôts ou de cotisations d’assurance nationale n’a été retenu.

Autres impacts économiques

L’analyse des incidences de coût des PSI présentée dans le présent rapport couvre uniquement les coûts et les avantages associés à l’utilisation de services de santé mentale et les rémunérations. Nous n’avons pas essayé d’estimer les conséquences financières des effets que le PSI pourrait avoir sur la santé physique, les problèmes judiciaires, ou le logement car, même si il est possible que ces effets existent, il n’y en a pas suffisamment de preuves solides. Une méta-analyse récente sur les services PSI aux USA a suggère que les PSI *pourraient possiblement* réduire la clochardisation et l’abus de substances et donc générer des économies supplémentaires, même si les résultats de l’analyse certes positifs, étaient non statistiquement significatifs. En outre, dans le présent rapport, nous n’avons supposé aucune réduction dans le montant des prestations payées qui résulterait de l’application de PSI, alors qu’en réalité, il est probable que ce montant baisserait avec l’augmentation du taux d’emploi compétitif.

¹⁵ Il s’agit d’une sous-estimation car un taux de salaire minimum a été supposé pour tous les participants, alors qu’en réalité, certains seraient susceptibles de gagner beaucoup plus. Ainsi, le bénéfice réel pour le Trésor public est susceptible d’être supérieur au montant estimé ici.

Figure 5 Économies réalisées par bénéficiaire d'un service PSI



Économies nettes

Les coûts d'intervention sont tirés du site Londonien de l'étude EQOLISE. En réalité, ces « frais d'intervention » quand le PSI est comparé aux services de réadaptation professionnelle standard sont en fait négatifs, le PSI étant nettement moins cher à mettre en place que les services standards. Bien qu'il se puisse que le PSI n'apporte pas réellement d'économie directes aux services de santé mentale puisque ceux-ci n'offrent en fait actuellement aucun ou très peu de services de réadaptation professionnelle, il peut entraîner des économies indirectes (comme évoqué plus haut) encore plus grandes dans d'autres régions grâce à un gain d'emplois encore plus important.

En rassemblant tous ces éléments de coûts, nous arrivons, suite à l'implémentation d'un service PSI à une estimation des économies nettes par usager de services :

- On estime que l'introduction des services de Placement et Soutien Individualisé (PSI) fait économiser à la NHS 6231 € (5193 £) par usager sur une période de 18 mois.
- On estime que l'introduction de services PSI permettrait au secteur public d'économiser un total €6601 (£5501) par usager sur 18 mois, par une réduction des coûts des services de santé et une augmentation des recettes fiscales.
- En prenant une vue sociétal les avantages nets des PSI sont estimées à € 8287 (£6906) par usager sur 18 mois, ce qui comprend l'augmentation de la production totale, et non pas non seulement les composante recettes fiscales collectées par le gouvernement.

Ces économies nettes sont illustrées sur la figure 5.

La figure 5 représente les économies de coût estimées par usager engagé dans un service de Placement et

Soutien individualisé (PSI). L'étude EQOLISE, sur lequel les calculs du présent rapport reposent, n'a étudié que les personnes atteintes de schizophrénie qui souhaitent trouver un emploi concurrentiel (Burns et al., 2007) et donc, puisque le PSI ne serait pas approprié pour *toutes* les personnes atteintes de schizophrénie, il est difficile de calculer les économies globales qui pourraient découler de la mise en œuvre nationale des services d'un PSI.

Mise en garde

Beaucoup de personnes ont exprimé des doutes quant à l'applicabilité des PSI, un modèle élaboré aux États-Unis, à un contexte britannique (Heslin et al., 2011). Ils font valoir que la structure différente des systèmes de sécurité sociale et de marché du travail engendrerait une moindre efficacité au Royaume-Uni en raison d'une moindre nécessité de trouver un emploi pour survivre aux USA. Cet argument est quelque peu trompeur, car il ne tient pas compte qu'il y a aussi des mesures économiquement dissuasives majeures à reprendre le travail aux USA – une personne perdra souvent son droit à des programmes type Medicaid au moment où elle devient employée.

Il y a des arguments légitimes concernant les incitations variables à travailler en fonction des pays, mais la raison d'être et la motivation fondamentale de l'approche PSI est que la majorité des individus atteints de schizophrénie veut trouver un travail concurrentiel. Ce n'est souvent pas seulement (ou peut-être pas du tout) pour des raisons économiques, et obtenir un tel emploi concurrentiel est cliniquement bénéfique. Toutefois, certains résultats suggèrent que les incitations au travail au Royaume-Uni sont de nature à décourager la poursuite de l'emploi concurrentiel pour les personnes atteintes de schizophrénie. L'étude EQOLISE, Burns et collègues (2007) a montré que Londres, parmi les six centres Européens, était celui qui avait le plus de risque d'avoir « un piège à allocations » bien qu'il y ait des mesures en place pour réduire les effets dissuasifs d'une reprise du travail (Sainsbury Centre for Mental Health 2004). Les réformes actuelles des prestations de sécurité sociale en Angleterre pourraient, bien sûr, réduire toute désincitation financière à travailler.

LES THERAPIES FAMILIALES

La notion de thérapie familiale renvoie à une gamme d'interventions psychosociales destinées à toute personne qui a un important lien émotionnel avec une personne atteinte de schizophrénie, et que l'on nommera ici par souci de simplicité « la famille ». La thérapie implique généralement de fournir des informations sur la schizophrénie, de rechercher des méthodes de soutien à la personne atteinte de schizophrénie et de résoudre certains problèmes pratiques. Ces actions visent à réduire le niveau d'émotion exprimée au sein de la famille, puisque le niveau d'émotion transmis a depuis longtemps été reconnu comme un fort prédicteur de rechute (Butzlaff & Hooley 2012).

Bien que la thérapie familiale soit une action reconnue dans le traitement de la schizophrénie depuis une longue période, relativement peu d'études ont réellement tenté d'évaluer son impact économique (Mihalopoulos et al. 2004 ; Knapp 2000 ; Lavoie et al., 2001 ; Goldstein 1996 ; McFarlane et al., 1995 ; Tarriner et al., 1991 ; Liberman et al., 1987). Dans le présent rapport, nous basons notre analyse économique de la thérapie familiale principalement sur un modèle décisionnel récent développé par les auteurs de ce rapport (à publier séparément). Ce modèle utilise une estimation des ratios de risque associés à la probabilité de rechute en présence d'une thérapie familiale, qui découle d'une récente revue systématique Cochrane (Pharaon et al., 2010) pour actualiser les probabilités de rechute sous soins standard et ainsi d'estimer les coûts d'utilisation des services standards et de la thérapie familiale .

Le modèle estime une économie de coûts (nette des coûts d'intervention) de €1205 (£ 1 004) sur une période de trois ans, ce qui signifie que la thérapie familiale pourrait être vue comme supérieure aux soins standard dans la mesure où elle est associée à la fois à de meilleurs résultats cliniques et à une réduction des coûts. Ce résultat a été confirmé par des études en sensibilité utilisant une variété de coûts d'admission différents.

LA DEJUDICIARISATION

Beaucoup de personnes ayant affaire au système judiciaire ont un besoin de prise en charge en santé mentale complexe qui est mal reconnu et mal géré. Un grand nombre se retrouvera en prison : une solution d'un coût élevé qui ne fournit pas un cadre approprié à la prise en charge des soins de santé mentale, et qui est inefficace à réduire la récidive. La population carcérale globale a plus que doublée au cours des 20 dernières années et un détenu sur dix a une grave maladie mentale telle que la schizophrénie.

La déjudiciarisation vise à s'assurer que les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui entre en contact avec le système judiciaire, sont identifiés et orientés vers des soins de santé mentale appropriés, en particulier en alternative à l'emprisonnement. La déjudiciarisation peut être ou non partie intégrante du système judiciaire et il n'est pas nécessaire qu'elle remplace les sanctions encourues pour une infraction commise.

Pour certains délinquants souffrant de troubles mentaux sévères, l'alternative la plus appropriée à la prison est le placement dans une unité médicalisée sécurisée. Ces unités sont, cependant, conçues pour ceux qui ont commis des infractions graves et la grande majorité des détenus atteints de troubles mentaux sévères encourrent des peines courtes et n'ont pas commis de crimes assez graves pour justifier un transfert en hôpital sécurisé.

Environ les trois quarts des personnes envoyées en prison chaque année reçoivent des peines de moins de 12 mois, et, particulièrement pour ceux qui parmi ceux-ci sont atteints de graves maladies mentales, il y a de forts arguments économiques à substituer l'emprisonnement par des peines avec sursis ou des peines communautaires (*Concept anglais : Il y a depuis Avril 2005 ce qui est appelé Community Order qui donne le choix entre 12 « condamnations communautaires » qui vont du travail d'intérêt général non rémunéré à l'obligation de recevoir un traitement de santé mentale en passant par le bracelet électronique ou des traitements de désintoxication– Note RP*), en y ajoutant un ensemble de soins de santé mental appropriés dispensés par la collectivité.

En termes de coûts, une condamnation communautaire

est beaucoup moins coûteuse qu'une peine de prison. Les chiffres de L'office National d'Audit (National Audit Office) (Accenture 2007) indiquent qu'en moyenne, une condamnation communautaire coûte entre € 864 et €4920 (£720 et £4,100¹⁶) selon sa forme. Même la condamnation Mental Health Treatment Requirement (*l'obligation de Recevoir des Soins de Santé Mentale– note RP*) qui est la plus coûteuse des douze condamnations possibles coûte environ seulement 10 % du coût moyen d'une peine carcérale (ministère de la Justice 2011 b).

Quant à leur efficacité, il semble également que les condamnations communautaires soient supérieures aux peines de prison – tant sur le plan clinique et que sur le plan de la réduction de la récidive, les résultats sont meilleurs. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent bénéficier de biens meilleurs soins de santé mentale en collectivités qu'en prison : la prison est un environnement thérapeutique très défavorable qui n'est susceptible que d'aggraver les problèmes de santé mentale. Puisque les personnes qui sont concernées par les peines communautaires sont celles qui ont reçues des peines d'emprisonnement court (généralement moins d'un an), il y a peu de chance qu'elles bénéficient en prison de programmes comportementaux visant à réduire la récidive. Emprisonnées, elles n'auraient également pas l'obligation de voir un agent de probation après leur libération, ce qui signifie qu'elles ne bénéficieraient que de peu ou d'aucun support une fois de retour en collectivité, contrairement à ce qui se passerait si elles avaient reçu une condamnation communautaire. A données comparables et en partie à cause de ces facteurs, les taux de récidive sont significativement plus élevées pour les gens condamnés à des courtes peines qui sont emprisonnés par rapport à ceux condamnés à des peines communautaires. Ainsi, en utilisant la technique de « paires appariées », le ministère de la Justice a estimé que les « community orders » (de tous types) faisaient baisser de 8 points de pourcentage le taux de récidives par rapport aux peines d'emprisonnement de moins d'un an (ministère de la Justice 2011 a).

Il est à noter qu'il n'existe aucun argument de sécurité publique convaincant en faveur des d'emprisonnement par rapport aux peines communautaires étant donné

¹⁶ Revalorisées pour refléter les prix actuels utilisant le déflateur du PIB, ONS.

que les infractions concernées sont relativement mineures.

L'Obligation de Soins de Santé Mentale (OSSM) (En *Anglais MHTR – Mental Health Treatment Requirement-Note RP*) est l'une des douze condamnations que les magistrats et juges peuvent appliquer aux personnes condamnées à un « Community Order » ou à une peine avec sursis. L'Obligation signifie que l'individu est alors tenu de recevoir un traitement de santé mentale pour une période de temps définie. Malgré son introduction en 2005, les données récentes du ministère de la Justice montrent une très faible utilisation de l'Obligation. Alors que 43 % des personnes purgeant des peines communautaires ont des problèmes de santé mentale (Solomon & Silvestri 2008), seulement 0,3 % reçoivent une OSSM. Parmi les obstacles à une utilisation plus répandue des OSSM on peut inclure la difficulté à obtenir des évaluations psychiatriques, l'inefficacité du système judiciaire à identifier les problèmes de santé mentale, le manque de sensibilisation aux Obligations parmi les professionnels du système judiciaire et un manque de communication et de confiance entre les services de santé et les services judiciaires. (Khanom et al. 2009 ; Seymour et al. 2008)¹⁷.

Toutefois, il est important de souligner que les arguments en faveur de la déjudiciarisation des personnes atteintes de schizophrénie ne se limitent pas à l'utilisation de l'OSSM. Si une OSSM n'est pas adapté, c'est peut-être parce que des soins imposés ne sont pas efficaces, les arguments sur l'amélioration du rapport cout/efficacité en faveur de la déjudiciarisation sont toujours valables.

LA SANTE PHYSIQUE

Comme nous l'avons évoqué dans la section 1.5, la santé physique des personnes atteintes de schizophrénie et les conséquences économiques connexes ont longtemps été négligées. Les Interventions concernant la schizophrénie sont rarement analysées dans une perspective de santé physique ; l'analyse en profondeur des conséquences en

termes de coûts de l'antipsychotique Aripiprazole qui tient compte des risques de diabète et de maladies cardiovasculaires entreprise par Barnett et ses collègues (2009) est une rare exception. Il est important que les conséquences sur la santé physique de tous les traitements soient systématiquement examinées dans les analyses qui influent sur les décisions politiques. Ci-dessous nous discutons des données concernant les actions qui sont spécifiquement conçues pour agir sur la santé physique des individus atteints de schizophrénie.

Les actions pour la perte de poids

En réponse au nombre de personnes en surpoids et obèse plus élevé chez les individus atteints de schizophrénie, une gamme d'interventions visant à faire perdre du poids (prévenir la prise de poids ou traiter la prise de poids) ont été mis au point. Ces interventions peuvent être classés dans deux grandes familles d'interventions : les interventions cognitivo-comportementales qui consistent à agir sur le mode de vie et les interventions pharmacologiques.

Une récente analyse Cochrane (Faulkner et él., 2010) de ces interventions a démontré que ces deux types d'interventions (pour lesquelles il y a beaucoup de sous interventions spécifiques différentes) sont efficaces aussi bien à prévenir qu'à traiter la prise de poids à court et à moyen terme. Le tableau 6 en propose un résumé :

¹⁷ Les rapports formulent des recommandations détaillées quant à la façon dont les MHTR pourraient être mieux mises en œuvre.

Tableau 6 Baisse des poids moyens obtenue entre le groupe bénéficiaire d'un traitement et le groupe de contrôle. Estimation à différents termes et selon que le traitement soit de type ICC ou pharmacologique. La fin de traitement prend en compte un traitement allant jusqu'à 6 mois. IC à 95% entre parenthèses. Source Faulkner et al. 2010.

	Intervention Cognitivo/comportementales	Interventions pharmacologique
Prévention de la prise de poids	<p>A moyen terme :</p> <p>-3.38 Kg (-4.81Kg à -1.96 Kg)</p> <p>Fin de traitement :</p> <p>-4.87Kg (-7.11Kg à -2.64 Kg)</p>	<p>Fin de traitement</p> <p>-1.16 Kg (-1.90 Kg à -0.41 Kg)</p>
Traitement de la prise de poids	<p>Moyen terme :</p> <p>-1.69Kg (-2.77 Kg à -0.61 Kg)</p>	<p>Fin de traitement :</p> <p>-3.85 Kg (-4.25 Kg à 3.44 Kg)</p>

Même quand une significative réduction de poids à court terme est constatée, il est très difficile d'en tirer des conclusions quant à l'impact économique de telles interventions. Il y a peu de preuves permettant de déterminer si oui ou non cette réduction du poids est maintenue sur le long terme. Puisque bon nombre de ces interventions sont conçues pour être administrés dans les premiers stades de la schizophrénie, le risque que des participants aient à souffrir à court terme d'un accident majeur pour leur santé physique (par exemple, une crise cardiaque ou un AVC) est faible, et donc, même si une réduction de poids se produit, cela peut n'avoir que peu d'impact sur une augmentation de l'espérance de vie si la réduction de poids n'est pas maintenue. Ainsi, pour bien appréhender les conséquences économiques des interventions qui visent à réduire le poids des personnes atteintes de schizophrénie, d'autres recherches s'imposent qui prennent en compte dans quelle mesure la perte de poids a pu être pérennisée¹⁸.

¹⁸ La recherche actuelle à l'unité PSSRU de la LSE se penche sur l'étude économique des interventions de perte de

Les exercices thérapeutiques

Les exercices thérapeutiques sont parfois utilisés dans le but d'accroître le bien-être physique et mental. Les résultats cliniques rapportés dans une récente étude Cochrane (Gorczyński & Faulkner 2011) étaient généralement positifs, enregistrant des améliorations significatives tant pour la santé mentale et pour la forme physique. Toutefois, le nombre limité d'études portant sur les exercices thérapeutiques comme traitement dans le cadre d'une schizophrénie et l'absence de données quant à la traduction économique de l'amélioration de la condition physique empêchent ici d'aller plus loin dans l'analyse.

Arrêter de fumer

Comme nous l'avons évoqué dans la section 1.5, la schizophrénie est associée à presque un doublement du risque de tabagisme, ce qui a plusieurs effets néfastes

poids/éviter la prise de poids pour les personnes à un stade précoce de leur psychose.

sur la santé physique. En réponse, diverses actions ont été conceptualisées afin d'aider les personnes atteintes de schizophrénie à arrêter de fumer, beaucoup d'entre elles étant basées sur des actions qui ont déjà démontrées leur efficacité pour la population générale. Dans une récente étude Cochrane, Tsoi et collègues (2010) ont trouvés des éléments qui suggèrent que l'antidépresseur bupropion pourrait être efficace pour aider les gens à arrêter de fumer. Toutefois, trop peu de données ont été trouvées dans le cadre de notre étude pour pouvoir tirer des conclusions significatives sur les effets d'autres traitements tels que la thérapie de remplacement de la nicotine et les interventions psychosociales.

En ce qui concerne les éléments ayant trait à la rentabilité, très peu d'analyses ont expressément abordées le sujet des interventions conçues pour aider les personnes atteintes de schizophrénie à arrêter de fumer. Une analyse récente a utilisé un modèle de Markov pour examiner les incidences économiques de la prise pendant dix semaines de bupropion jointe à des coactions (soit seulement une thérapie de groupe, soit combinée avec une thérapie de remplacement de la nicotine) en comparaison avec les seules coactions. Le modèle a estimé que l'augmentation marginale du rapport coût / efficacité du à la combinaison des interventions était de € 462 (£385) par QALY, bien en dessous du seuil de rentabilité recommandé par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Le modèle considère qu'il y a une probabilité de 95 % que l'intervention combinée soit plus rentable que les coactions seules (Winterbourne 2012).

LA TOXICOMANIE

Comme nous l'avons évoqué au § 1.8, la toxicomanie chez les personnes atteintes de schizophrénie a des conséquences économiques néfastes, en partie à cause de l'augmentation des coûts pour la NHS et pour le système judiciaire. Les besoins complexes de cette population sont de plus en plus pris en considération ; Le NICE a récemment publié des lignes directrices sur l'évaluation et la gestion des « psychoses avec toxicomanie co-existante ». Concernant les pratiques cliniques le NICE recommande, pour beaucoup de domaines, de s'équiper de services de santé mentale et de prise en charge de la toxicomanie, pour prendre en

charge efficacement les personnes qui relèvent de la compétence de ces deux services. Ici, nous résumons les données économiques disponibles sur les interventions d'ordre psychologiques et d'ordre psychosociales qui ont été spécialement conçus pour des personnes atteintes d'une schizophrénie et qui sont toxicomanes.

Une variété d'interventions psychologiques et psychosociales est recommandée pour les personnes toxicomanes ou pour les personnes atteintes de schizophrénie, mais certaines données suggèrent que les personnes conjuguant les deux diagnostics peuvent être exclues de ces interventions (en particulier, beaucoup ne reçoivent aucun traitement pour leur toxicomanie) (ministère de la santé, 2006). C'est pourquoi des actions psychologiques et psychosociales ont été conçues spécifiquement pour cette population cumulant les deux diagnostics ; ces actions impliquent généralement une combinaison de TCC et un entretien motivationnel.

Les résultats cliniques découlant de méta-analyses effectués dans une récente analyse Cochrane (Cleary et él., 2010) et par le NICE (2011) sont mitigés, avec certains éléments de preuve d'améliorations significatives concernant la toxicomanie et la santé mentale, bien que beaucoup de mesures n'aient montré aucune différence significative. La taille des échantillons était généralement faible, comme l'était le nombre d'études pertinentes disponibles.

Un essai aléatoire a tenté d'étudier les conséquences économiques d'une action qui combinerait TCC, thérapie familiale et entretien motivationnel (Haddock, 2003). Un large éventail de coûts a été pris en compte, comprenant les frais de service de santé, les frais de déplacement, les pertes de productivité et les menues dépenses.

Déduction faite des frais d'intervention (l'intervention coûte € 3375 (£2813¹⁹) sur une période de 18 mois) il a été constaté que le coût total moyen a été inférieur de 1952 (£1627) ($p = 0,25$) pour le groupe concerné par l'intervention par rapport au groupe témoin (IC 95 % : - 10814 € à € 6911 (9012 £ à + £5759)). Déduction faite des frais d'intervention le coût moyen engagé par le

¹⁹ Prix mis à jour pour refléter les prix actuels en utilisant l'indice Pay and Prices de la PSSRU.

service de santé a été inférieur de €1865 (£1554) ($p = 0,25$) pour le groupe concerné par l'intervention. Les auteurs ont estimé qu'il y avait 69,3 % de chance que l'intervention réduise les coûts. Si l'on pouvait chiffrer les résultats cliniques favorables découlant de l'intervention, la probabilité que cette intervention soit rentable augmenterait. Bien que cette étude dégage des résultats prometteurs pour de telles interventions, la petite taille des échantillons et le manque d'autres études similaires imposent d'être prudent.

Comme évoqué au § 1.4, les personnes atteintes de schizophrénie au Royaume-Uni ont un risque élevé de devenir sans-abri ce qui a des implications majeures tant pour leur propre bien-être physique et mental, que pour la mise en œuvre de services d'aide coûteux qui représentent un énorme gaspillage économique.

En réponse à ce problème, de nombreuses idées ont été conceptualisées afin de réduire la clochardisation des personnes atteintes de maladie mentale grave.

Intervention en période critique

Une intervention en période critique (IPC) est «une intervention au niveau individuel, conçu pour réduire le risque de clochardisation ainsi que d'autres conséquences néfastes, chez les adultes ayant une maladie mentale qui, après une prise en charge institutionnelle, reviennent dans la communauté» (Herman et al., 2007). Ces interventions durent généralement environ 9 mois et se composent de trois phases - la phase de transition, la phase d'essai et la phase de transfert de responsabilité -. Un travailleur IPC supervise l'ensemble de l'intervention et remplit des tâches fondamentales comme les visites à domicile, la coordination des soignants (programmation de réunions, conseils et médiation lors des conflits) et l'élaboration de plans à long terme (Herman et al., 2007).

Un essai contrôlé aléatoire ayant pour but d'examiner l'efficacité et la rentabilité de l'IPC a été réalisé auprès d'un échantillon de 96 hommes mis en congé d'un refuge de New York entre 1991 et 1993. Cette étude a montré que le groupe IPC a connu beaucoup moins de nuits d'itinérance par rapport au groupe de contrôle ($p = 0,003$) et beaucoup moins de périodes d'itinérance prolongée (plus de 54 nuits) ($p = 0,45$) (Susser et al., 1997). Une nouvelle analyse des données a également

suggéré une réduction significative de l'itinérance chronique (Lennon et al., 2005). Une analyse coût-efficacité provenant du même échantillon a révélé que les coûts moyens (y compris les coûts d'intervention, les soins de santé mentale, d'autres soins de santé, des services de soins aigus, des services de toxicomanie, des services de logement, la justice pénale et les mouvements de personnes) étaient globalement similaires dans les deux groupes: les coûts engagés par le groupe IPC étaient 1,4% plus élevés que ceux générés par le groupe de contrôle.

Le coût de l'intervention a presque été compensé par une réduction de l'utilisation des services (en particulier des services de soins aigus, des logements subventionnés, des refuges). Les auteurs ont conclu qu'un surcoût de 176 € (147£)²⁰ pour chaque nuit passée à l'abri faisait de l'IPC une intervention rentable. Ceci suggère que l'IPC pourrait être une intervention rentable au Royaume-Uni également, bien qu'une étude complémentaire serait nécessaire pour adapter ces interventions au contexte britannique.

Un essai aléatoire contrôlé récent a comparé les résultats, pour une population venant de sortir d'un hôpital psychiatrique à New York, entre un premier groupe recevant un service d'IPC durant neuf mois en plus des soins ordinaires, et un second groupe témoin ne recevant que des soins ordinaires. Cette étude a estimé que le service d'IPC réduisait par 5 le risque d'itinérance (Odds ratio: 0,22, IC à 95%: [0.06 ; 0.88]) (Herman et al., 2011). Bien que cette étude ne fasse aucune mention de l'utilisation des services ni des coûts de mise en place de l'IPC, une telle réduction spectaculaire de l'itinérance suggère que ce type d'intervention doit être considéré avec attention.

Bien qu'aucune donnée ne soit encore disponible, une étude menée par l'Université de Manchester évalue actuellement l'IPC pour des personnes souffrant de problèmes mentaux qui sortent de prison.

²⁰ Chiffre convertie à partir de dollars américains (US \$) au taux de l'année 1992 puis revalorisée de l'inflation en utilisant le déflateur du PIB.

Traitement actif de communauté

Le traitement actif de communauté (TAC) (*ou traitement communautaire dynamique en canadien français- Note RP*) se réfère à un modèle de services de consultations externes reposant sur une équipe mobile offrant des soins psychiatriques et une gestion au cas par cas des personnes atteintes de schizophrénie qui font un usage intensif des services hospitaliers. L'approche n'a pas été conçue spécifiquement pour traiter le problème de l'itinérance chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, même s'il a été suggéré que le TAC pouvait être une intervention efficace pour faire face à ce problème.

Wolff et ses collègues (1997) ont mené une analyse coût-efficacité d'un Test Contrôlé Aléatoire (TCA) examinant l'effet de trois types de prise en charge de personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui étaient sans abri ou à risque d'itinérance à St. Louis. Alors que les services de TAC n'ont pas réduit de façon significative la fréquence de l'itinérance, les auteurs ont pu constater qu'il n'y avait pas de différence significative dans les coûts totaux engagés (un moindre recours aux services compensant largement les coûts additionnels des TACs), une amélioration des symptômes et du bien-être, indiquent qu'un TAC peut être une intervention de santé mentale rentable et indiquée pour les sans-abri. Un autre TCA étudiant les résultats d'un TAC aux sans-abri souffrant de maladie mentale grave, cette fois à Baltimore, a conclu à un effet positif mais non significatif sur les résultats concernant le logement (Lehman et al., 1997). Cette étude suggère que des économies nettes sont réalisées grâce à la mise en œuvre d'un service de TAC : le coût moyen par cas (déduction faite des coûts d'intervention) s'est avéré être 24 % plus faible pour le groupe TAC que pour le groupe témoin. Bien que ces deux études fournissent des preuves évidentes de la présomption qu'un TAC puisse être une intervention rentable pour les personnes sans-abri souffrant de maladie mentale grave, Rosenheck (2000) a remis en question la généralisation des résultats puisque les deux études portaient sur des patients dont le coût de la prise en charge (avant même l'intervention) était beaucoup plus élevé que la moyenne nationale des

États-Unis et qu'ainsi il pouvait être plus facile de prouver la rentabilité ou une absence de surcoût.

Une étude à grande échelle récente (non aléatoire) de TAC aux États-Unis a suggéré que le TAC ne réduisait pas de manière significative (dans l'échantillon apparié) l'itinérance tout en induisant une augmentation nette des coûts, mettant ainsi en doute le fait que le TAC soit le moyen le plus efficace pour traiter le problème d'itinérance chez les personnes atteintes de schizophrénie (Slade et al. 2012).

Les études ci-dessus ont toutes été menées aux États-Unis et les deux premières sont maintenant assez anciennes, posant ainsi la question de la pertinence de ces résultats pour le Royaume-Uni aujourd'hui. Le TCA le plus récent étudiant un TAC haute-fidélité au Royaume-Uni n'a pas trouvé de réduction de l'utilisation des services pour les bénéficiaires de TAC - le nombre total de jours de patients hospitalisés était plus élevé (mais non significativement) pour le groupe TAC que pour le groupe de l'équipe de santé mentale communautaire (Killaspy et al., 2009). Bien que l'étude n'ait pas concerné directement l'itinérance, elle soulève des questions sur les bénéfices ajoutés qu'apportent les TAC aux Equipes Communautaires de Santé Mentale dans le contexte du Royaume-Uni, notamment du fait que beaucoup de services communautaires «standard» incluent désormais les principes des TAC (Burns et al 2001).

Programmes de sensibilisation

Les programmes de sensibilisation visent à améliorer le pronostic des personnes sans-abri souffrant de maladie mentale en rentrant en contact avec elles et en fournissant de l'aide aux personnes sans domicile réticentes à en trouver par elles-mêmes.

Le seul programme de sensibilisation qui a été évalué par un modèle expérimental fut le programme « Les Choix de New York ». Il était composé de quatre éléments principaux: (1) la sensibilisation et l'engagement, (2) l'invitation au « Centre des Choix », (3) la fourniture d'un logement de « répit », et (4) la fourniture de services de réadaptation « dans la communauté » et « sur place » (Shern et al., 2000). En utilisant les données disponibles sur l'utilisation de ces services, Rosenheck (2000) a estimé que le service augmentait les coûts, en raison des coûts

d'interventions supplémentaires mais aussi en raison du nombre plus élevé de personnes ayant été amenés à utiliser ces services.

De même, en estimant les répercussions sur les coûts provenant de données sur l'utilisation des services, Rosenheck (2000) a estimé que le Programme Accès aux Soins Communautaires et aux Services Efficaces de Soutien (Lam & Rosenheck 1999) augmentait les coûts, mais qu'il avait été efficace dans l'amélioration de l'accès au logement et l'amélioration des symptômes. De même, une étude descriptive du programme pour les vétérans émanant du Département pour les Affaires de Vétérans, montrait que les coûts des soins de santé (à la fois hospitaliers et ambulatoires) augmentaient de façon significative avec le nombre de contacts de sensibilisation, et conduisait à une augmentation des coûts des soins de santé de 13%. Lorsque les coûts de l'intervention sont également ajoutés, l'augmentation observée des coûts dans l'année suivant le premier contact de sensibilisation était de 36% (Rosenheck et al., 1993).

Par définition, ces programmes de sensibilisation permettent très souvent à des gens d'entrer en contact avec des services qu'ils n'auraient jamais connus autrement, et peuvent ainsi augmenter les coûts d'utilisation de ces services tout en améliorant les pronostics pour ces personnes. Cela ne signifie pas que ces programmes ne sont pas rentables, mais que leur rentabilité dépend de l'équilibre entre les coûts supplémentaires qu'ils entraînent, l'amélioration des pronostics et l'importance que la société accorde à ces améliorations.

Logements aidés

Le logement subventionné pour les personnes atteintes de schizophrénie est considéré comme une composante essentielle des soins pour ceux qui ne seraient pas en mesure de vivre de façon autonome en collectivité. (Lelliott et al 1996; Priebe et al., 2009). Les actions pour le logement accompagné de haute qualité peuvent réduire le nombre de personnes atteintes de schizophrénie sans-abri (Macpherson, 2004). Étonnamment très peu d'études de qualité ont tenté de traiter les implications de logements subventionnés pour les personnes atteintes de schizophrénie (ou d'une maladie mentale grave en général). En effet, une revue

de type Cochrane récente sur le sujet a révélé qu'aucune étude ne remplissait les critères pour intégrer les bases de données Cochrane. (Chilvers et al., 2010).

Des études ont abordé la question, mais compte tenu de la faiblesse méthodologique, leurs résultats doivent être interprétés avec prudence. Une étude à Boston, Massachusetts randomisait des participants habitant soit en ménage de type Evolving Consumer (ménages où les gens atteints de schizophrénie vivent en groupes et, dans les premiers stades, ont beaucoup de soutien de la part des travailleurs du programme) soit en appartements de vie autonome. Les résultats tant en matière de logement qu'en améliorations cliniques n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes, mais les coûts pour le groupe en ménages de type Evolving Consumer étaient beaucoup plus importants en raison des coûts supplémentaires de logement (Dickey et al 1997; Rosenheck 2000).

Une étude descriptive du Département des Anciens Combattants (Programme pour les vétérans sans-abri souffrant de troubles mentaux chroniques) dans laquelle les personnes sans domicile souffrant de maladie mentale ont reçu un traitement d'une durée limitée au cours d'un séjour dans une maison de transition, a suggéré que le traitement résidentiel conduisait à de meilleurs résultats mais à des coûts plus élevés: les coûts pour le groupe bénéficiant du traitement résidentiel était en moyenne 53% plus élevés que ceux du groupe « case management » (*Le concept de « case management », dont la traduction littérale « gestion de cas » ne permet pas d'en saisir la complexité, s'applique particulièrement à la prise en charge continue des usagers atteints de pathologies chroniques. Il est intimement lié au développement du suivi ambulatoire et au processus de désinstitutionalisation qui s'est développé en santé mentale. Note RP extrait de « pratique soignante - Le case management, accompagnement du patient et continuité des soins » Elsevier Masson*) Lipton et al 1988; Rosenheck 2000).

Les preuves d'un meilleur rapport coût-efficacité des interventions de logements aidés dans le cadre de la lutte contre l'itinérance n'est pas nette. Un besoin d'études robustes se fait ressentir dans ce domaine.

LES EQUIPES DE CRISES

Les équipes de Règlement des Crises par Soins à Domicile (RCSD) (Crisis Resolution Home Treatment (RCSD)) ont été mises en place par les services de santé nationaux (NHS : National Health Service) suite aux recommandations du Plan de Service National en 1999 (Département de la santé 1999). Le but de ces équipes est d'offrir à des personnes affrontant une grave crise de santé mentale des soins intensifs et un soutien prodigués dans leur environnement quotidien, plutôt qu'une prise en charge dans des unités de soins hospitalières. Une prise en charge efficace par les équipes RCSD réduit le recours à l'hospitalisation, à la fois en réduisant la probabilité qu'une admission ait lieu (en agissant comme ce que l'on pourrait appeler un « gardien ») et en permettant une action en amont.

Des études suggèrent que des économies peuvent être réalisées grâce aux équipes de RCSD quand elles sont mise en place avec un très grand soin. Une étude prospective non-aléatoire a comparé les coûts de services aux patients avant et après l'instauration d'une équipe de RCSD dans le Sud Islington (Mc Crone et élèves 2009b). Il a été montré que les coûts moyens pour la cohorte suivant l'instauration de l'équipe de Règlement de Crises s'élevaient à €2074 (£ 1738²¹), soit moins élevés qu'auparavant bien que la différence ne soit pas statistiquement significative. Une étude économique ultérieure à partir d'un Test Contrôlé Aléatoire (TCA) examinant l'impact d'une équipe de règlement de Crises dans le Nord Islington a montré que le coût moyen des services était de €3024 (£ 2520²²) (IC à 90% : [€ 1163 ; € 4865] ([£969 ; 4054£])) plus bas que ceux calculés aléatoirement dans le groupe du TCA (Mc Crone et él. 2009c).

Cependant, les études examinant les effets réels de la mise en œuvre des équipes RCSD, puisqu'ils ont été mis en place et fonctionnent dans la pratique, ont été légèrement plus mitigés. Une première analyse a montré un effet positif sur le nombre d'admissions de patients en hospitalisation avec une baisse de 10 % en

moyenne (IC 95%: 1,7 % à 18,1 %) dans les 34 secteurs qui bénéficiaient des équipes RCSD sur les deux dernières années et de 23 % (IC à 95 %: 7,1 % à 38,4 %) plus dans les 12 secteurs qui opéraient 24 heures sur 24, par rapport aux 130 secteurs sans équipes RCSD (Glover et él. 2006). Toutefois, le réexamen de ces mêmes données d'hospitalisation aboutit à une conclusion différente. La nouvelle analyse a utilisé un modèle de doubles différences et contrôlé pour les variables parasites comme les privations, la toxicomanie, l'âge, le sexe, la densité de population, la région, la durée du séjour et la fidélité des services. La variable RCSD ne s'est pas avérée être un indicateur significatif. Cette analyse a conduit les auteurs à conclure que la seule mise en œuvre d'un RCSD ne diminuait pas le taux d'hospitalisation (Jacobs & Barrenho 2011). Cependant, ceci reflète peut-être le fait que tandis que pour les patients bénéficiant d'un RCSD le nombre d'hospitalisation baisse, le taux d'occupation des lits des secteurs concernés peut tout de même rester constant à cause de l'excès de demandes d'hospitalisation.

Des travaux antérieurs réalisés par l'Office National d'Audit (ONA) (National Audit Office) (2007) ont suggéré qu'alors que les équipes RCSD avaient eu un impact positif sur le taux d'utilisation des lits d'hôpitaux, leur potentiel n'était pas pleinement utilisé. L'enquête sur les 500 admissions effectuées suggère que seulement la moitié (par opposition à tous) des admissions ont été recommandées par une équipe RCSD et que 20 % des admissions aurait dû à la place être dirigées vers une équipe RCSD. Une analyse économique effectuée pour l'ONA, se servant d'un modèle d'aide à la décision, a estimé qu'utiliser pleinement les services d'une équipe RCSD permettait une économie de € 828 (£ 690²³) par épisode de crise par rapport au cas où de tels services ne sont pas disponibles. Cette analyse économique a conclu qu'au moins € 16.5 millions (£ 13,7 millions) pourraient être économisés chaque année si les équipes qui avaient une utilisation en dessous de la moyenne des équipes RCSD accroissait cette implication pour atteindre le niveau moyen de 53%. Ils ont estimé les économies potentielles à € 71 millions (£ 59 millions) par an, si le

²¹ Actualisé pour refléter les prix actuels en utilisant l'indice des prix du PSSRU

²² Actualisé pour refléter les prix actuels en utilisant l'indice des prix du PSSRU

²³ Tous les coûts sont actualisés pour refléter les prix actuels en utilisant l'indice des prix du PSSRU

taux d'implication des équipes RCSD montait à 90% pour toutes les équipes.

De la même manière, un rapport de la Commission de la Santé (2008) a suggéré que les équipes RCSD n'étaient pas aussi pleinement utilisées que prévu. Au cours d'une période d'étude de six mois, les RCSDs n'ont été impliqués que dans seulement 61 % des presque 40 000 admissions dans les services de soins aigus, avec des variations très importantes à travers le pays (ce taux

variant de 9 % à 100 %). De même, seulement 25 % des 40000 sorties des services de soins aigus ont eu lieu rapidement avec l'aide des équipes de RCSD (taux variant entre 0 % et 70 %). Ces données suggèrent que la réduction du taux d'occupation des lits hospitaliers depuis l'introduction des équipes RCSD n'est pas aussi importante qu'elle pourrait être, ce qui à son tour suggère que des économies supplémentaires pourraient être faites avec une utilisation plus large des services RCSD.

LES TRAVAILLEURS PAIRS-AIDANTS

Soloman (2004) définit le soutien par les pairs comme "un soutien social affectif, souvent couplé avec un soutien matériel, offerts ou fournis mutuellement entre des personnes ayant un problème de santé mentale et d'autres personnes souffrant des mêmes problèmes afin d'apporter le changement social ou personnel souhaité." Ce soutien peut être dispensé volontairement ou être rémunéré financièrement. Il peut prendre différentes formes : groupes d'entraide, groupes de soutien internet, services fournis par les pairs, dirigés par des pairs ou emplois fournis par des pairs (Solomon, 2004). Généralement, contrairement à ce qui serait le cas pour un soutien mutuel, les travailleurs pairs-aidants reçoivent une formation et une supervision (Repper et Carter 2011). Alors que certains de ces services, comme les groupes d'entraide, font, quoique de manière informelle, depuis longtemps parti des soins recommandés pour le rétablissement de maladies mentales par le Service National de Santé (National Health Service), d'autres sont relativement nouveaux et ont encore à devenir partie intégrante de l'offre de soins.

Les travailleurs pairs-aidants sont, au niveau le plus simple, des gens qui ont été confrontés à une maladie mentale sévère et qui ont été en mesure de se rétablir. Le concept psychiatrique de rétablissement est apparu dans le monde Anglo-Saxon dans les années 1970 et a largement dépassé le précédent modèle médical américain traditionnel (Davidson, 2005). Il mesure, au-delà de la maîtrise des symptômes, le résultat des soins à un bien-être global. Ce qui est d'une importance centrale dans le concept de rétablissement c'est l'espoir très différent que les patients puissent vivre des vies normales, disposer d'un emploi sûr, d'aller plus loin dans les études ou la formation et de disposer d'un logement. Les travailleurs pairs-aidants sont ceux qui

sont "plus avancés sur le chemin du rétablissement" (Deegan, 1996 ; Repper & Carter 2011 ; Davidson et al., 2006). Les travailleurs pairs-aidants sont supposés être bénéfiques aux patients en partageant leur expérience, en établissant une relation empathique et réciproque et sont les plus en mesure d'apporter espoir et encouragements, ce qui au final aide les patients à reprendre leur vie en main, reprendre confiance, augmente leur propre estime d'eux-même et leur facilite l'accès au processus de rétablissement (Klein et al. 1998 ; Forchuk et al. 2005 ; Davidson et al. 2006 ; Lawn 2007 ; Rivera et al. 2007 ; Repper & Carter 2011).

Les données sur les travailleurs pairs-aidants proviennent en grande partie des États-Unis et ce n'est que depuis peu, en 2003, que ce service est remboursé par le gouvernement fédéral (La Nouvelle Commission Liberté en Santé Mentale 2003 du Président). Dans un rapport à venir du Centre pour la Santé Mentale (Centre for Mental Health), il a été constaté que les travailleurs pairs-aidants sont une composante rentable des prestations des services de santé mentale.

Les données sur les travailleurs pairs-aidants nommés dans des postes d'adjoints sont en croissance et assez vaste, bien qu'hétérogènes en ce qui concerne les fonctions et les organisations des services dans lesquels ils travaillent. Dans le prochain rapport du Centre pour la Santé Mentale, les auteurs ont identifiés sept études bien construites, une majorité d'entre elles soient aléatoires soient empiriques, et une étude s'appuyant sur l'opinion d'un expert quant à l'estimation des journées d'hospitalisation économisées. Généralement, il a été constaté qu'un travailleur pair-aidant pouvait sauver un nombre significatif de journées d'hospitalisation par personne et par an, et les données semblent très positives à cet égard. Les estimations

utilisées par le Centre pour la Santé Mentale sont conservatives, reflétant des économies minimales, même si les études elles-mêmes ont indiquées des réductions de coûts plus importantes. Le Centre pour la santé mentale, en utilisant les coûts de l'UK, a estimé qu'il y avait presque une probabilité certaine que les travailleurs pair-aidants, s'ils sont employés et payés comme des travailleurs de soutien collectifs, devaient générer des économies de coûts. Pour chacune des huit études, la taille des échantillons des groupes de contrôle et d'étude a été de près de 1000 individus (Centre pour la Santé Mentale, à paraître). Dans ces études, les bienfaits pour la santé ont été soit les mêmes, soit meilleurs que pour les individus sans soutien d'un pair.

Un modèle alternatif de soutien par les pairs existe également, lorsque les travailleurs sont employés dans un rôle déjà existant du « case management ». Ici, trois études ne trouvèrent aucune aggravation des résultats et les travailleurs pair-aidants pourraient donc fonctionner de la même façon que les autres membres du « case management » n'ayant jamais connu la maladie mentale grave (Solomon & Draine 1995 ; Clarke et al., 2000 ; Schmidt et al., 2008). Les études n'ont observé à la fin de l'étude aucune différence statistiquement significative entre les individus en ce qui concerne l'évolution de leur santé ou des résultats de l'utilisation des services. Puisque il était anticipé que les patients bénéficieraient d'une amélioration de leur bien-être, au moins dans l'utilisation du service, Schmidt (2008) émet l'hypothèse que cela peut être dû au fait que les des travailleurs pair-aidants, qui pour s'intégrer adoptent la culture professionnelle environnante, mettent en sourdine leurs antécédents médicaux et s'appuient moins sur leur expérience personnelle. Ces études ont été randomisé avec des tailles d'échantillons de moins de 50 personnes dans chaque groupe ; Clarke et él (2000) ont reproduit la même structure d'étude que Salomon et Draine (1995), qui comparait une équipe d'intervention composée uniquement de travailleurs pair-aidants comme « case manager » à une équipe de contrôle composée

uniquement de « case manager » n'ayant jamais connu la maladie mentale sévère. L'étude de Schmidt (2008) peut être limitée dans sa capacité à détecter des différences dans l'analyse des différents groupes car l'équipe d'intervention n'était composée, dans une équipe de six personnes, que d'un travailleur pair-aidant dans un rôle de « case manager », limitant la capacité à détecter des différences s'il y en avait.

Il est difficile de tirer des conclusions définitives de seulement trois études portant sur un rapport coût/efficacité en termes d'hospitalisation, et d'autres recherches dans ce domaine sont clairement nécessaires.

Il est également intéressant de noter que les avantages d'employer des travailleurs pairs-aidants ne se limitent pas au bienfait qu'ils apportent aux personnes aidées mais concernent aussi les pair-aidants eux-mêmes qui accèdent ainsi à un travail et à toutes les gratifications qui lui sont associés.

Pour conclure, des recherches plus approfondies permettraient de fournir des conclusions plus fortes quant aux conséquences économiques des travailleurs pairs-aidants. Nous sommes au courant d'un certain nombre de projets en cours impliquant le soutien par les pairs (Williams 2011 ; Fondation de santé mentale 2012 (Mental Health Fondation)) et il est à espérer que ceci contribuera utilement à fournir des preuves chiffrées. Toutefois, les travaux les plus récents réalisés par le Centre pour la Santé Mentale parviennent à une conclusion similaire que les analyses publiées précédemment (Davidson et el., 1999 ; Simpson & maison 2002 ; Doughty & Tse 2011 ; Repper & Carter 2011 ; Wrig-Berryman et él. 2011 ; Davidson et 2l. 2012) à savoir que les résultats sont prometteurs et qu'il y des gains en terme de santé. Le travail récent de Centre, toutefois, considérant l'amélioration des bases de données déjà disponibles, accorde plus de confiance que les précédentes publications à l'affirmation qu'il y a des réductions significatives du nombre de jours d'hospitalisations.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES DE TRAITEMENT

Les Directives Anticipées de Traitement sont des documents établis pour permettre aux patients et aux usagers des services d'exprimer leurs préférences concernant les options de traitement et autres décisions à prendre dans l'éventualité où la personne perdrait dans le future la capacité à choisir par elle-même. Les préférences exprimées dans ces documents peuvent être annulées en utilisant la Loi sur la Santé Mentale (Mental Health Act), mais les directives du NICE (2009) établissent que "chaque professionnel de santé doit s'efforcer d'honorer les décisions et déclarations anticipées à chaque fois que cela est possible ». Ces directives ont une grande portée déontologique car elles donnent aux personnes atteintes de schizophrénie un droit à l'autodétermination (y compris le droit de refuser un traitement) à des moments où ils peuvent ne pas être en capacité de le faire. En outre, on peut espérer que ces directives pourraient diminuer le recours à la coercition et l'hospitalisation forcée en période de rechute ce qui induirait une baisse de l'utilisation des services de soin.

Une récente revue systématique Cochrane sur les travaux concernant les Directives Anticipées de Traitement n'a pu trouver que deux études publiées qui remplissent ses critères d'inclusion (la plupart des études sur le sujet étaient non-aléatoires et donc exclus). La première étude incluse était un TCA examinant les effets d'une action de Directives Anticipées de Traitement de faible intensité pour laquelle les personnes atteintes de schizophrénie ont été encouragés à remplir un livret contenant sept déclarations de préférence (par ex. 'Si il semble vraiment rechuter je voudrais que ...' et « Si je dois être réadmis à l'hôpital je voudrais que ... »). L'étude a examiné les effets de cette action sur les taux de ré hospitalisation forcée pour 156 personnes sur le point d'être soustraits de deux unités de soins psychiatriques à Londres (Papageorgiou et él., 2002). L'étude n'a révélé aucune différence significative dans le taux de réadmission volontaire ou forcée sur la période de suivi

d'un an.

La seconde étude était un TCA simple et aveugle, mesurant les effets d'un plan de crise conjointement établi par le patient, le coordonnateur des soins, le psychiatre et le chargé de projet et qui contenait des informations sur les contacts, des détails concernant les antécédents psychiatriques et physiques, les traitements, et des Directives Anticipées de traitement indiquant les préférences de soins en cas de rechute ultérieure" (Henderson et al., 2004). Cette étude a été également menée hors du Royaume Unis. Il a été constaté que le taux d'hospitalisation sous contrainte a été significativement ($p = 0,028$) inférieur pour le groupe étudié que pour le groupe témoin, avec un ratio de risque de 0,48 (IC à 95 % : 0,25 à 0,95). En d'autres termes, l'étude estime que cette action entraîne une réduction des taux d'hospitalisations sous contrainte en plus de la moitié. Une évaluation économique de l'étude estime que les frais de service générés par le groupe d'intervention ont été € 1452 (£1210²⁴) inférieurs, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative (IC 95 % :- 3731 € à 6635 € (-3109 £ à £5529)). Les auteurs ont conclu qu'il y avait plus de 78 % de probabilité que les Plans de Crise Conjointes soient plus rentables que les services s'appuyant sur les informations standards (Flood et él. 2007).

Jankovic (2010) a suggéré que les différences observées dans les résultats entre ces deux études pouvaient être dues au fait que Papageorgiou et ses collègues n'avaient étudié que les personnes sur le point d'être soustraits à l'hospitalisation et qui étaient sous traitement dans les dispositions 2,3 ou 4 de la Loi de Santé Mental (Mental Health Act), alors qu'Henderson et ses collègues ont étudié un groupe plus large de personnes – toute personne ayant un diagnostic de

²⁴ Actualisé pour refléter les prix actuels l'indice des prix du PSSRU indiqué dans le volume concernant les couts unitaires.

maladie psychotique ou de trouble bipolaire non psychotiques et qui avaient subi une hospitalisation dans les deux années précédentes. En outre, les actions ont été très différentes, l’une s’appuyant sur un livret de faible intensité sans l’appui de l’équipe de santé mentale, tandis que l’autre action impliquait pleinement de nombreuses personnes impliquées dans les soins. Il semble qu’il y ait des éléments positifs qui laissent à penser, qu’en plus de renforcer l’auto prise en charge des usagers des services, les Directives Avancées ont une action qui réduit à la fois l’utilisation et les coûts des services. Plus de données, cependant, sont nécessaires pour pouvoir tirer des conclusions plus définitives sur ce sujet. Deux protocoles d’étude ont été identifiés, décrivant des TCA actuellement en cours qui examinent les effets des Directives Avancées sur l’utilisation des services et sur leurs coûts (Thorncroft et él., 2010 ; Ruchlewska et él., 2009). Ces études ont lieu au Royaume-Uni et aux Pays-bas respectivement. Espérons que les résultats et l’analyse de ces études apporteront des éléments plus concluants quant aux conséquences économiques des Directives Anticipées de Traitement.

LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE COGNITIVE

Une Thérapies Comportementales Cognitives (TCC) est une thérapie verbale de court terme comprenant généralement entre cinq et vingt séances hebdomadaires avec des devoirs à faire à la maison entre les sessions. Comme son nom l’indique, les TCC

mettent l’accent sur les modes de pensée et de comportement, et souvent découpent les problèmes en petits éléments de manière à ce qu’à chacun de ces petits problèmes on puisse trouver une solution simple. Les séances de TCC comprennent souvent des discussions avec le thérapeute concernant les croyances négatives et des expériences comportementales par lesquelles ces croyances sont mises à l’épreuve par des changeant d’attitude. Ce qui rend différentes les TCC des autres thérapies psychologiques est la nature très structurée de la thérapie, et l’accent principalement posé sur l’ici et maintenant et sur son caractère pratique. Les TCC ont démontré être bénéfiques dans le traitement d’un large éventail de troubles de santé mentale, y compris la dépression et les troubles anxieux. Plus récemment, il a été reconnu que les TCC peuvent aussi être bénéfiques pour les individus atteints de schizophrénie en les aidant à faire face aux comportements et pensées inutiles. Les TCC sont officiellement recommandées par le NICE mais dans la pratique, la thérapie n’est pas disponible, pour la majorité des personnes atteintes de schizophrénie, en Angleterre.

En aidant les gens atteints de schizophrénie à gérer les comportements et les pensées négatives, les TCC peuvent être utile pour réduire le nombre de rechutes, réduisant ainsi l’utilisation des services de santé. En outre, les TCC peuvent fournir aux personnes des mécanismes d’adaptation leur permettant de retrouver un emploi, offrant ainsi des avantages économiques supplémentaires.

L’utilisation des services de santé

Tableau 7 : taux de ré hospitalisation sous TCC à partir de Jones et collègues (2012)

Ré hospitalisation	Taille de l’échantillon	Ratio Risque estimé	Intervalle de confiance à 95%
Court terme	136	0.36	0.11 à 1.13
Moyen terme	132	0.59	0.27 à 1.30
Long terme	294	0.86	0.61 à 1.20

Une récente revue systématique Cochrane (Jones et él., 2012) a comparé les TCC avec d'autres traitements psychosociaux (à la fois des thérapies « actives » et « inactives »). Une méta-analyse des études pertinentes qui remplissaient les critères d'inclusion a estimé que les TCC réduisaient (mais pas significativement) les taux de réadmission à court, moyen et long terme. Comme illustré par au tableau 7, l'effet estimé était assez important, mais les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs en raison d'une forte variance des résultats et d'une taille d'échantillon trop petite. Plus de données sont nécessaires pour pouvoir tirer des conclusions définitives sur l'impact des TCC sur le taux d'admission comparé à celui d'autres thérapies.

Toutefois, étant donné que beaucoup de gens atteints de schizophrénie n'ont accès à aucune sorte de thérapie psychologique, la question de savoir quelle thérapie psychologique employer peut paraître moins pertinente. Pour les services de santé mentale qui n'offrent, pour l'instant, aucune forme de thérapie psychologique, une question plus pertinente quant à l'évaluation économique serait de savoir quels sont les coûts et bénéfices d'une TCC ou de toute autre thérapie psychologique par rapport à ne pas en offrir du tout. La remédiation cognitive qui est une autre thérapie psychologique évaluée pour les personnes atteintes de schizophrénie, affiche des résultats encourageant à la fois concernant son efficacité et sa rentabilité (Wykes et él., 2007, Patel et él., 2010). Une étude plus ancienne a évalué ce que l'on appelait la « thérapie adhésion » pour les personnes qui quittaient le milieu hospitalier pour revenir en collectivité (Healey et él., 1998). Il fut montré que cette action, qui comprenait un entretien motivationnel, améliorait le rapport coût-efficacité, mais une autre étude européenne sur plusieurs sites n'a pas conduit aux mêmes conclusions d'efficacité ou de rentabilité (Patel et él., 2012).

Une modélisation économique simple impliquant une méta-analyse de cinq TCA (le plus récente datant de 2003) a été réalisée par le NICE qui a obtenu un ratio de risque d'hospitalisation relatif de 0,74 pour les TCC ajoutés aux soins standard lorsqu'on les compare aux soins courants seuls (IC à 95 %: 0,61 à 0,94). Cette analyse estimait qu'un cycle complet de TCC, incluant séances individuelles assurées par un psychologue clinicien, chacune d'une durée d'une heure, avait un

coût de € 1421 (£1184²⁵) . Cependant, la réduction des taux d'hospitalisation impliquée par la méta-analyse du NICE entraînait une réduction des coûts d'hospitalisation estimée à € 27432 (£2277), soit une économie nette de £989 par TCC. Dans leur analyse de sensibilité, les différents taux de réhospitalisation obtenus dans les limites d'un intervalle de confiance de 95%, entraînent une estimation d'économie de coûts due aux TCC comprise entre - 1349 € (- £1124) (une économie nette) et €995 (£829). Cependant, des tests contrôlés plus récents suggèrent que l'efficacité des TCC sur la réduction du taux de rechute et d'hospitalisation pourrait être inférieure celle retenue dans l'utilisation des modèles du NICE. Les TCA identifiés pour une étude récente (Lynch et él., 2010) n'ont exhibé aucune différence significative concernant les taux de rechute parmi les groupes TCC et les groupes de contrôle. (Bechdolf et él., 2004 ; Tarrier et él., 2004 ; Valmaggia et él., 2005 ; Barrowclough et él., 2006 ; Garety et él., 2008), bien que certains de ces tests portaient sur des groupes TCC tests, ce qui peut être en affecter la fidélité et les résultats.

D'autres études ont tenté d'analyser les incidences financières des TCC directement en enregistrant l'utilisation des services de santé et en calculant les coûts associés. Les résultats économiques ont été enregistrés dans un TCA de TCC pour schizophrénies en phase aiguë au pays de Galles (Startup et él., 2005). Des résultats cliniques positifs ont été rapportés, avec le groupe TCC ayant des résultats significativement meilleurs que le groupe de contrôle pour les symptômes positifs, les symptômes négatifs et les après un an de suivi et significativement meilleurs pour les symptômes négatifs et les fonctions sociales après de deux ans. (Ils ont aussi semblé avoir de meilleurs résultats pour les symptômes après deux ans, mais la différence n'était pas statistiquement significative). L'évaluation économique du test a montré que le coût moyen des TCC était € 1097 (£914²⁶), mais ce coût était compensé par une réduction de l'utilisation des services de santé. La moyenne des coûts totaux engagés sur de la période de deux ans était légèrement plus basse pour le groupe TCC, mais la différence n'était pas significative (p

²⁵ Ce coût ainsi que ceux du paragraphe ont été actualisés pour refléter les prix actuels en utilisant l'indice des prix du PSSRU

²⁶ Actualisé pour refléter les prix actuels

= 0,94). Cet essai fournit des éléments de preuves positifs pour pouvoir soutenir que les TCC représentent un traitement rentable pour la schizophrénie, fournissant de meilleurs résultats cliniques pour un même coût.

Un TCA plus récente analysant les coûts associés aux TCC aux Pays-Bas (Van Der Gaag et él., 2011) a mis en évidence le fait que les TCC étaient produisaient de meilleurs résultats cliniques que les traitements usuels (183 jours de fonctionnement social normal contre 106, $p < 0,05$) mais avaient des coûts plus élevés : le coût moyen total pour le groupe TCC était € 3432 (£2860²⁷), plus élevé que celui du groupe témoin sur une période de 18 mois, bien que cette différence ne soit pas significative. Les auteurs ont calculé un coût de € 47 (£39²⁸) pour chaque jour de fonctionnement normal gagné, ce qui suggère que les TCC puissent représenter une action rentable si la société est prête à en payer ce prix.

été aléatoirement choisis pour recevoir soit des services de réadaptation professionnelle standards soit un programme basé sur des techniques de TCC pour cibler les croyances pouvant affecter le fonctionnement professionnel. Les résultats ont été encourageants : par rapport au groupe standard, le groupe TCC a travaillé pendant un nombre de semaines plus important ($p = 0,02$) et pendant plus d'heures ($p = 0,06$). Il faut être prudent pour élargir ces conclusions au fait que les TCC standards pourraient influencer les résultats de retour à l'emploi puisque ce programme TCC a été conçu spécifiquement pour aider ses participants dans un environnement de travail, et par conséquent, son efficacité a pu être accru par rapport à des TCC plus classiques. Cependant, cette étude suggère qu'il peut y avoir des avantages économiques supplémentaires pour les TCC (en plus de toute diminution du recours aux services de santé) à travers une augmentation du retour à l'emploi rémunéré (et donc d'une augmentation des impôts d'une réduction à la dépendance aux allocations).

L'emploi

Si les TCC améliorent effectivement la condition des personnes atteintes de schizophrénie des malades et évitent la rechute, cela peut conduire à une augmentation du retour à l'emploi, ce qui entraînerait à son tour d'autres bénéfices, tant pour le Trésor public et que pour la société. Cependant, peu d'études peuvent être retenues comme incluant l'emploi dans ses résultats mesurés. Gumley et ses collègues (2003) ont constaté que l'emploi, à partir de l'initiation du groupe TCC, avait augmenté 2,1 fois plus que dans le groupe « traitement normal », mais cela n'était pas significatif pour des niveaux de confiance conventionnels.

Une autre étude (Lysaker et él., 2005) examine l'utilisation d'une « Thérapie cognitive-comportementale améliorée pour une réadaptation professionnelle dans la schizophrénie. » Cinquante participants se sont vu offrir des stages de 6 mois et ont

²⁷ Converti en Livres sterling en utilisant le cour de change publié par l'OCDE

²⁸ Converti en Livres sterling en utilisant le cour de change publié par l'OCDE

CONCLUSIONS

Dans ce rapport, nous avons décrit à la fois les principaux coûts associés à la schizophrénie et les conséquences économiques d'un certain nombre d'interventions. Parmi les interventions considérées certaines sont actuellement largement utilisées dans la pratique, tandis que d'autres sont encore à explorer ou à appliquer au Royaume Uni, et ne sont pas, en général, appliquées dans les protocoles traditionnels de soins, de soutien et de traitements. En conclusion, nous proposons quelques brefs commentaires.

En premier lieu, nous avons constaté que dans beaucoup de domaines la disponibilité et la qualité des données économiques étaient décevantes. Ceci a limité notre capacité à discuter des probables conséquences économiques de certaines interventions qui semblent prometteuses et dans d'autres cas, cela a signifié que nous n'avons pu confirmer de telles conséquences que sur des périodes de temps relativement courtes. La schizophrénie est une maladie avec des implications potentiellement permanente pour les patients et leurs familles, et il serait utile que nous puissions avoir des projections plus fiables sur les conséquences économiques liées à la fois à la maladie et aux interventions auxquelles on pourrait avoir accès.

Ce qui ressort clairement des données que nous avons pu rassembler dans ce rapport, c'est que la schizophrénie a des conséquences économiques très importantes pour la société. Tandis que certains des coûts estimés dans des études précédentes sont inévitables, compte tenu de la nature de la schizophrénie – parce que, pour la plupart des gens, la maladie nécessitera un traitement quelconque pendant une certaine période de temps- il y a néanmoins de fortes preuves que plusieurs interventions qui ne sont pas actuellement d'un usage répandu pourraient réduire le coût global de la schizophrénie tout en améliorant la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie et de leurs familles.

Mais il y a un certain nombre de défis à relever pour obtenir les bonnes réponses aux éléments apportées. Un défi est évidemment le climat économique général, compte tenu en particulier des mesures d'austérité mis en œuvre dans tous les secteurs publics comme privés. Ce n'est pas le meilleur moment pour proposer des dépenses publiques supplémentaires à moins que des économies puissent être espérées. De plus, ces économies devraient être réalisées dans des délais relativement courts, alors que certaines données qui supportent les interventions étudiées dans ce rapport suggèrent que les avantages économiques pourraient prendre de nombreuses années à se réaliser pleinement.

Un défi qui est lié est que beaucoup d'interventions nécessitent des dépenses qui seront engagées par un acteur du secteur public donné (et souvent ce sera le NHS- Ministère de la santé -RP), alors que beaucoup des retours en terme d'économies, d'amélioration de productivité ou autres pourraient bien bénéficier d'autres acteurs du secteur public ou d'ailleurs. Une conséquence et un défi seront probablement le besoin de faire négocier les différents ministères, les conseils de budget locaux et encore probablement d'autres partenaires, pour mettre en place des actions conjointes. Sans cette coordination, il pourrait être difficile de aux problèmes clairement urgents auxquels font face les individus, leurs familles et la collectivité.

Certaines interventions ne produiront pas d'économies suffisantes pour couvrir le coût total de l'investissement initial ou du soutien continu des personnes atteintes de schizophrénie. En d'autres termes, ces interventions pourraient coûter plus qu'elles ne permettent d'économiser. Ce n'est absolument pas une raison pour ne pas explorer plus avant ces options, car la grande majorité des actions dans, par exemple, le domaine de la santé ou du système judiciaire ne génèrent pas non plus d'économies compensant les dépenses. La question cruciale est de savoir si les retours à ces dépenses sont suffisants, et cela implique de faire des comparaisons de coûts et de résultats entre les interventions, non seulement pour les personnes atteintes de schizophrénie, mais pour les personnes ayant d'autres besoins de santé et en fait en comparaison avec d'autres domaines de dépenses publiques.

Il y a, enfin, également le problème des inégalités, qui nous avons à peine abordé dans ce rapport. En raison de l'impact dévastateur d'une maladie comme la schizophrénie, les personnes atteintes de l'affection font souvent face personnellement à des difficultés économiques. Beaucoup de personnes atteintes de schizophrénie sont socialement isolées ou par d'autres moyens socialement comme économiquement exclues. Les actions qui ont le potentiel d'améliorer leur qualité de vie ne doivent pas seulement être considérées du point de vue de la rentabilité (c'est-à-dire savoir si les gains de santé ou de qualité de vie justifient les coûts), mais aussi du point de vue de l'équité. En d'autres termes, ces actions contribuent-elles à briser des positions d'exclusions sociales figées, en apportant de meilleures chances de vie ?



RÉFÉRENCES

- Accenture (2007) *Final Report: Costing of Community Order Requirements*, London, UK: National Audit Office.
- Adam S, Brewer M, Browne J, Croawford R, Emmerson C, Fitzsimons E et al (2012) *IFS Green Budget*: February 2012. London, UK: Institute for Fiscal Studies.
- Allardyce, J. & Os, J., 2010. The Natural History of the Course and Outcome of Schizophrenia. *Advances in Schizophrenia Research* 2009.
- Alvarez-Jiménez M, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF (2011) Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first- episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619–630.
- Alwan N, Johnstone P, Zolese G (2010) *Length of hospitalisation for people with severe mental illness (Review) (11)*, The Cochrane Schizophrenia Group, The Cochrane Collaboration. Published online.
- Audit Commission (2010) *Maximising resources in adult mental health*. London, UK: Audit Commission.
- Barnett AH, Millar HL, Loze JY, L'Italien GJ, van Baardewijk M, Knapp M (2009) UK cost- consequence analysis of aripiprazole in schizophrenia: diabetes and coronary heart disease risk projections (STAR study). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(4), 239–247.
- Barrowclough C, Haddock G, Lobban F (2006) Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532.
- Bebbington PE, Angermeyer M, Azorin JM, Brugha T, Kilian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A, EuroSC Research Group (2005) The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 707–717.
- Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, Pukrop R (2004) A randomized comparison of group cognitive behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 21-28.
- Becker D, Swanson S, Bond G (2008) *Evidence- based supported employment fidelity scale*. Dartmouth, UK: Dartmouth IPS Supported Employment Centre.
- Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, le Quach P et al (2008) Five- year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762–771.
- Burns, T., Fioritti, A. & Holloway, F., 2001. Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), pp. 631-636
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M et al (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146–1152.
- Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A et al (2009) The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), pp.949–58.
- Butzlaff RL, Hooley JM (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse; a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547–552.
- Campbell K, Bond GR, Drake RE (2011) Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 370–80.
- Carrà G, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Heider D, Brugha T et al (2012) The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- Carrà G, Johnson S (2009) Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(6), 429–447.
- Chilvers R, Macdonald G, Hayes A (2010) *Supported housing for people with severe mental disorders*. Devon, UK: Cochrane Systematic Review (4):CD000453.
- Clarke GN, Herinckx HA, Kinney RF, Paulson RI, Cutler DL, Lewis K, Oxman E (2000) Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental Health Services Research*, 2(3), 155–164.
- Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G (2010) Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Sydney, Australia: Cochrane Systematic Review (1):CD001088.
- Connolly M (2005) Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(2), 125–132.
- Crisis UK (2012) About homelessness: Work and Skills. Available at: <http://www.crisis.org.uk/pages/work-and-skills.html> [Accessed August 17, 2012].
- Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P (2010) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). <http://summaries.cochrane.org/CD003080/vocational-rehabilitation-for-people-with-severe-mental-illness>
- Curtis L (2011) *Unit Costs of Health & Social Care 2011*. Kent, UK: PSSRU at University of Kent.
- Davidson Larry, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Kraemer Tebes J (1999) Peer support among individuals

- with severe mental illness: a review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165–187.
- Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M (2006) Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443–450.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R (2012) Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123–128.
- Davidson L (2005) Recovery, self management and the expert patient: changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*, 14, 25–35.
- Deegan P, (1996) Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–98.
- Department for Communities and Local Government (2012) *Evidence review of the costs of homelessness*. <http://www.communities.gov.uk/publications/housing/costsofhomelessness>
- Department of Health (1999) *A National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009598
- Department of Health (2006) *Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings*. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062649
- Department of Health (2001) *The Mental Health Policy Implementation Guide*. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009350
- Dickey B, Lattimer E, Powers K, Gonzalez O, Goldfinger SM (1997) Housing costs for adults who are mentally ill and formerly homeless. *Journal of Mental Health Administration*, 24(3), 291–305.
- Doughty C, Tse S (2011) Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH services in high-income countries. *Community Mental Health Journal*, 47(3), 252–266.
- Faulkner G, Cohn T, Remington G (2007) Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. Toronto, Canada: Cochrane Database Systematic Review, (1):CD005148.
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 6(8), p.e1000120.
- Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P (2009) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Journal of the American Medical Association*, 301(19), 2016–2023.
- Flood C, Byford S, Henderson C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2007) Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7(Suppl 1), S129.
- Forchuk C, Martin ML, Chan YL, Jensen E (2005) Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 556–64.
- Gafoor R, Nitsch D, McCrone P, Craig TK, Garety PA, Power P, McGuire P (2010) Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 372–376.
- Garety P, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E (2008) Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192(6), 412–423.
- Glover G, Arts G, Babu KS (2006) Crisis resolution/ home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *British Journal of Psychiatry*, 189, 441–445.
- Goldstein, M., (1996) Psychoeducational family programs in the United States. *Handbook of Mental Health Economics and Health*.
- Gorczynski P, Faulkner G (2010) *Exercise therapy for schizophrenia*. Toronto, Canada: Cochrane Database Systematic Review (5): CD004412.
- Grove B (1999) Mental Health and Employment: Shaping a new agenda. *Journal of Mental Health*, 8(2), 131–140.
- HESonline (2011) *Primary Diagnosis: 3 character table*. <http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937&categoryID=203>
- Haddock G (2003) Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183(5), 418–426.
- Healthcare Commission (2008) *The pathway to recovery: A review of NHS acute inpatient mental health services*.
- Healey A, Knapp M, Astin J, Beecham J, Kemp R, David A, Kirov G (1998) Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 172, 420–424.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329, 136.
- Herman D, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser E (2011) A Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness in Persons with Severe Mental Illness following Institutional Discharge. *Psychiatric Services*, 62(7), 713–719.
- Herman D, Conover S, Felix A, Nakagawa A, Mills D (2007) Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 295–312.
- Heslin, M. et al., 2011. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), pp.132–7.
- Hippisley-Cox J, Pringle M (2005) Report to the Disability Rights Commission. *Health Inequalities experienced by people with Schizophrenia and Manic Depression: Analysis of general practice data in England and Wales*. http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/pringle/Qresearch_%20

initial_analysis_gen_practice_data.pdf

Home Office (2005) *Home Office Online Report: The economic and social costs of crime against individuals and households 2003/04*. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr3005.pdf>

IRIS (2011) *Joint working at the interface: Early Intervention in Psychosis and specialist Child and Adolescent Mental Health Services*. England: Social Care Institute for Excellence. www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=092fca7f-f50b-428e-a56a-baec510c37c1

Jacobs R, Barrenho E (2011) Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 71–76.

Jankovic J, Richards F, Priebe S (2010) Advance statements in adult mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(6), 448–455.

Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB (2012) *Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia*. Birmingham, UK: Cochrane Database Systematic Review, (4):CD008712.

Khanom H, Samele C, Rutherford M (2009) *A Missed Opportunity? Community Sentences and the Mental Health Treatment Requirement*. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health.

Kilian R, Lauber C, Kalkan R, Dorn W, Rössler et al (2012) The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1381–1389.

Killaspay H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, King M (2009) Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 81–2.

Klein A, Cnaan R, Whitecraft J (1998) Significance of peer social support with dually diagnosed clients: Findings from a pilot study. *Research on Social Work Practice*, 8(5), 529–551.

Knapp M (2000) Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (supplement 407), 15–18.

Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T et al (2012) Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*, forthcoming.

Lam JA, Rosenheck R (1999) Street outreach for homeless persons with serious mental illness: is it effective? *Medical Care*, 37(9), 894–907.

Lawn S (2007) Southern Mental Health Peer Service: Report on the first 12 months,

Leff J, Sharpley M, Chisholm D, Bell R, Gamble C (2001) Training community psychiatric nurses in schizophrenia family work: A study of clinical and economic outcomes for patients and relatives. *Journal of Mental Health*, 101(2), 189–197.

Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT (1997) Randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of*

General Psychiatry, 54(11), 1038–1043.

Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D (1996) The mental health residential care study: classification of facilities and description of services. *British Journal of Psychiatry*, 169, 2, 139–147.

Lennon MC, McAllister W, Kuang L, Herman DB (2005) Capturing intervention effects over time: reanalysis of a critical time intervention for homeless mentally ill men. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1760–6.

Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317–33.

Lieberman R, (1987) Behavioral family management of schizophrenia: Clinical outcome and costs. *Psychiatric Annals*, 17(9), 610–619.

Lipton F, Nutt S, Sabatini A (1988) Housing the homeless mentally ill: A longitudinal study of a treatment approach. *Hospital & Community Psychiatry*, 39(1), 40–45.

London Economics (2011a) *Returns to Intermediate and Low Level Vocational Qualifications*. London, UK: London Economics.

London Economics (2011b) *Returns to Higher Education Qualifications*. London, UK: London Economics.

Lynch D, Laws KR, McKenna PJ (2010) Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40(1), 9–24.

Lysaker PH, Bond G, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD (2005) Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(5), 673–682.

Macpherson R (2004) Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 180–188.

Mangalore R, Knapp M (2007) Cost of schizophrenia in England. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10(1), 23–41.

Marshall M, Rathbone J (2011) Early intervention for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1111–1114.

Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T (2005) Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975–83.

Marwaha, S. & Johnson, S., 2004. Schizophrenia and employment - a review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(5), pp.337–49.

Marwaha S (2005) Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 302–316.

McCrone P, Menezes PR, Johnson S, Scott H, Thornicroft G, Marshall J et al (2000) Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(6), 464–72.

- McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J et al (2009c) Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(1), 54–8.
- McCrone P, Johnson S, Nolan F, Sandor A, Hoult J, White IR, Bebbington P (2009b.) Impact of a crisis resolution team on service costs in the UK. *Psychiatric Bulletin*, 33, 17–19.
- McCrone P, Knapp M, Dhanasiri S (2009a) Economic impact of services for first-episode psychosis: a decision model approach. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(4), 266–273.
- McCrone P, Park AL, Knapp M (2010) *Economic Evaluation of Early Intervention (EI) Services: Phase IV Report*. PSSRU Discussion Paper 2475. London, UK: PSSRU, London School of Economics and Political Science.
- McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M et al (1995) Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8), 679–687.
- McGorry P (2012) At issue: Cochrane, early intervention, and mental health reform: analysis, paralysis, or evidence-informed progress? *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 221–4.
- Mental Health Foundation, 2012. *Peer Support in mental health and learning disability*. London, UK: Mental Health Foundation.
- Mental Health Strategies (for Department of Health) (2011) 2010/11 *Working age adult and older adult National Survey of investment in Mental Health Services*. London, UK: Department of Health.
- Mihalopoulos C, Magnus A, Carter R, Vos T (2004) Assessing cost-effectiveness in mental health: family interventions for schizophrenia and related conditions. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(7), 511–519.
- Ministry of Justice (2011a) *2011 Compendium of re-offending statistics and analysis*. <http://www.justice.gov.uk/statistics/reoffending/compendium-of-reoffending-statistics-and-analysis>
- Ministry of Justice (2011b) *Costs per place and costs per prisoner by individual prison*. <http://www.justice.gov.uk/downloads/statistics/prison-probation/prison-probation-performance-stats/prison-costs-summary-10-11.pdf>
- Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR (2001) A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), pp.281–96.
- National Audit Office (2007) *Helping people through mental health crisis: The role of Crisis Resolution and Home Treatment services*. London, UK: National Audit Office.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) *Psychosis with coexisting Substance Misuse: The NICE guideline on assessment and management in adults and young people*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. NICE clinical guideline 82.
- Papageorgiou, A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J (2002) Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 513–519.
- Patel A, Knapp M, Wykes T, Reeder C, Romeo R (2010) Cognitive remediation therapy in schizophrenia: cost-effectiveness analysis. *Schizophrenia Research*, 120, 217–224.
- Patel A, McCrone P, Knapp M, Leese M, Amaddeo F, Tansella M, Kilian R, Angermeyer M, Kikkert M, Schene A (2012) Economic evaluation of adherence therapy compared to a health education intervention for people with schizophrenia. Submitted. Patel A. (2012) paper under review.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W (2010) *Family intervention for schizophrenia (Review)*. London, UK: The Cochrane Collaboration, Wiley.
- Phillipson A, Akroyd M, Carley, J (2012) *An audit of discharges from a regional service in the United Kingdom*. Manuscript submitted for publication
- President's New Freedom Commission on Mental Health (2003)*. USA: Mental Health Commission.
- Priebe S, Saidi M, Want A, Mangalore M, Knapp M (2009) Housing services for people with mental disorders in England: Patient characteristics, care provision and costs, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 805–814.
- Repper, J. & Carter, T., 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 20(4), pp.392–411.
- Rivera JJ, Sullivan AM, Valenti SS (2007) *Adding consumer-providers to intensive case management: does it improve outcome? Psychiatric Services*, 58(6), 802–9.
- Rosenheck R (2000) Cost-effectiveness of services for mentally ill homeless people: the application of research to policy and practice. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1563–70.
- Rosenheck R, Gallup P, Frisman L (1993) Health care utilization and costs after entry into an outreach program for homeless mentally ill veterans. *Hospital Community Psychiatry*, 44(12), 1166–71.
- Rowlands P (2012) *Personal communication*.
- Ruchlewska A, Mulder CL, Smulders R, Roosenschoon BJ, Koopmans G, Wierdsma A (2009) The effects of crisis plans for patients with psychotic and bipolar disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 9, 41.
- Rutherford M, Duggan S (2007) *Forensic Mental Health Services: Facts and figures on current provision*. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) *A systematic review of the prevalence of schizophrenia*. *PLoS Medicine*, 2(5), p.e141. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0020141>
- Saha S, Chant D, McGrath J (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123–1131.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2004) *Benefits and work for people with mental health problems: A briefing for mental health workers*. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health

Health.

Sainsbury Centre for Mental Health, 2009. *Briefing 41: Commissioning what works, the economic and financial case for supported employment*. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health.

Schmidt LT, K J Gill, Wilson Pratt C, Solomon P (2008) Comparison of service outcomes of case management teams with and without a consumer provider. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(4), 310–329.

Seymour L, Rutherford M (2008) *The Community Order and the Mental Health Treatment Requirement*. London, UK: Sainsbury Centre for Mental Health.

Shern DL, Tsemberis S, Anthony W, Lovell AM, Richmond L, Felton CJ et al (2000) Serving street-dwelling individuals with psychiatric disabilities: outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1873–8.

Shiers D, Smith J (2010) *Early intervention in psychosis: a briefing for service planners*. London, UK: National Mental Health Development Unit.

Simpson EL, House AO (2002) Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *British Medical Journal*, 325 (November), 1–5.

Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H (2000) Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 65–73.

Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D (1998) *Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report*. London, UK: Office of National Statistics.

Slade EP, McCarthy JF, Valenstein M, Visnic S, Dixon LB (2012) Cost savings from assertive community treatment services in an era of declining psychiatric inpatient use. *Health Services Research*, 1–23.

Solomon E, Silvestri A (2008) *Community Sentences Digest*. London, UK: Centre for Crime and Justice Studies.

Solomon P, Draine J (1995) The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial. *Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 135–46.

Solomon P (2004) Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–402.

Stansbury A, Phahey A (2011) *Tackling Homelessness*. Cambridge: The Wilberforce Society. http://thewilberforcesociety.co.uk/policy_paper/tackling-homelessness/

Startup M, Jackson MC, Evans KE, Bendix S (2005) North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: two-year follow-up and economic evaluation. *Psychological Medicine*, 35(9), 1307–16.

Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ (1997) Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A 'critical time' intervention after discharge from a shelter. 87(2), 256–262.

Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P et al (2004) Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231–239.

Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C (1991) Some aspects of family interventions in schizophrenia. II: Financial considerations. *British Journal of Psychiatry*, 159(4), 481–484.

Thornicroft G, Farrelly S, Birchwood M, Marshall M, Szmukler G, Waheed W et al (2010) CRIMSON [CRisis plan IMPact: Subjective and Objective coercion and eNgagement] protocol: a randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis. *Trials*, 5(11), 102.

Tsoi D, Porwal M, Webster A (2010) *Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia (Review)*. London, UK: The Cochrane Collaboration, Wiley.

Turkington A, Mulholland C, Rushe T, Anderson R, McCaul R, Barrett S et al (2009) Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 195, 242–8.

Valmaggia L, van der Gaag MVD, Tarrier N, Pijnenborg M, Slooff CJ (2005) Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 186, 324–330.

Van der Gaag M, Stant AD, Wolters KJ, Buskens E, Wiersma D (2011) Cognitive-behavioural therapy for persistent and recurrent psychosis in people with schizophrenia-spectrum disorder: cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 59–65, sup 1.

Williams A (2011) *Valuing peer support: A review of literature on peer support in helping people with mental health issues towards personal recovery*. Kent: Kent and Medway NHS Social Care. <http://www.kmpt.nhs.uk/Downloads/Getting-involved/Valuing-Peer-support.pdf>

Winterbourne S (2012) *Preventing future physical morbidity and premature mortality in first-episode psychosis patients: an economic evaluation of smoking cessation interventions*. MSc Thesis. London, UK: London School of Economics and Political Science.

Wolff N, Helminiak TW, Morse GA, Calsyn RJ, Linkenberg WD, Trusty ML (1997) Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 341–348.

Wright-Berryman J, McGuire A, Salyers M (2011) A review of consumer-provided services on Assertive Community Treatment and intensive case management teams: Implications for future research and practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 37–44.

Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Romeo R, Patel A (2007) A randomised controlled trial of cognitive remediation therapy in patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 190, 421–427.



To read more about the work of the
Schizophrenia Commission, go to
www.schizophreniacommission.org.uk



The authors can be contacted through:

Personal Social Services Research Unit London School of
Economics and Political Science Houghton Street London,
WC2A 2AE

Email: pssru@lse.ac.uk

Tel: +44 (0)20 7955 6238 Fax: +44 (0)20 7955 6131 Twitter:
[@PSSRU](https://twitter.com/PSSRU) [LSE www.pssru.ac.uk](https://www.pssru.ac.uk)



The Schizophrenia Commission is an independent group set up and funded by Rethink Mental Illness
(Registered charity number 271028).

For further information on Rethink Mental Illness
telephone: 0300 5000 927, email: info@rethink.org, website: www.rethink.org

This report should be referenced as:

**Andrews A, Knapp M, McCrone P, Parsonage M, Trachtenberg M (2012) Effective interventions in schizophrenia the economic case: A
report prepared for the Schizophrenia Commission. London: Rethink Mental Illness.**
