Questions d'économie de la Santé

n° 292 - Septembre 2024

**Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :**
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/292-implication-de-structures-de-sante-mentale-ambulatoires-dans-les-soins-primaires-aux-etats-unis.pdf

# *Bridging the gap*. L'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires aux États-Unis : enseignements pour une prise en charge intégrée des troubles psychiques sévères en France

Coralie Gandré (Irdes), Beth McGinty (Université de Cornell, États-Unis)

**Les personnes vivant avec un trouble psychique sévère présentent des besoins de soins somatiques complexes, caractérisés par de fréquentes comorbidités et une surmortalité persistante. Ces constats suggèrent une inadéquation des prises en charge existantes et appellent à réduire la fragmentation de l'offre de soins, par exemple *via* des modes d'organisation permettant l'implication de structures ambulatoires spécialisées en santé mentale – telles que les Centres médico-psychologiques (CMP) en France – dans les soins primaires de leur patientèle. Les États-Unis se singularisent par l'adoption de cette approche depuis une dizaine d'années, dans le cadre du dispositif des *Medicaid Behavioral Health Homes* soutenu par l'*Affordable Care Act*. Cette synthèse présente les enseignements issus des évaluations de ce dispositif en vie réelle. Celui-ci repose sur la présence d'un infirmier salarié avec un rôle de coordination des soins au sein des structures de santé mentale ambulatoires travaillant en partenariat avec un professionnel de soins primaires autour de missions prédéfinies (promotion de la santé, bilans, orientation vers des spécialistes…) pour les personnes avec un trouble psychique sévère. Des impacts positifs ont été montrés chez ces personnes en termes de recours aux soins primaires, de dépistage et de suivi des pathologies somatiques et de leurs facteurs de risque. Cependant, afin de permettre des effets à long terme, les évaluations révèlent que le développement de ce type de dispositifs doit être soutenu par des modes de financement pérennes, encourageant la collaboration et la responsabilité partagée entre les professionnels de santé, le renforcement des dotations en personnel au sein des structures de santé mentale ambulatoires, et des investissements dans les capacités de recueil et d'échange de données. Ces enseignements s'avèrent précieux pour la France, alors que des initiatives émergent au sein de CMP sans le soutien d'une stratégie nationale coordonnée.**

Les troubles psychiques sévères correspondent à des pathologies chroniques, incluant notamment les troubles psychotiques et bipolaires, qui entraînent des limitations fonctionnelles affectant la vie sociale et professionnelle. Ces troubles touchent une part non négligeable de la population – jusqu'à 6 % des adultes (NIMH, 2023 ; Santé publique France, 2022). Ils sont associés à des besoins de soins complexes, y compris en termes de santé somatique, s'accompagnant d'une surprévalence marquée des principales pathologies chroniques, tels le diabète ou les troubles cardiovasculaires (Gandré et Coldefy, 2020 ; McGinty *et al.*, 2015). Or les systèmes de santé du monde entier font face à des difficultés pour répondre à ces besoins spécifiques. Alors que les dépenses de santé liées à la prise en charge des individus vivant avec un trouble psychique sévère sont particulièrement importantes, leur espérance de vie est réduite en moyenne de quinze à vingt ans, leur taux de mortalité prématurée est sensiblement plus élevé et leur risque de décès toutes causes

confondues est deux fois supérieur comparativement à la population générale, avec un écart qui s'accroît au fil du temps (Coldefy et Gandré, 2018 ; Correll *et al.*, 2022 ; Nordentoft *et al.*, 2013). Cette surmortalité, qualifiée de « scandale » (Thornicroft, 2011), commence à être considérée parmi les principaux indicateurs de qualité des soins dans les comparaisons internationales des systèmes de santé (OCDE, 2021). Les causes identifiées sont multifactorielles et incluent des comportements de santé à risque (consommation de tabac, sédentarité…), les effets iatrogènes des médicaments psychotropes, des conditions de vie défavorables (précarité économique, isolement social…), ainsi que des prises en charge somatiques inadaptées (Gandré *et al.*, 2022 ; Liu *et al.*, 2017). Dans de nombreux pays, les soins de santé mentale et physique sont financés et délivrés séparément, ce qui complique leur accessibilité et entrave leur coordination, tout en rendant difficile l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes avec un trouble psychique sévère. Leur accès aux soins médicaux courants, tels que la prévention, demeure ainsi limité (Baller *et al.*, 2015 ; Gandré et Coldefy, 2020 ; HAS, 2024). En outre, même en cas de recours au système de santé, la qualité des prises en charge somatiques n'est pas optimale : des soins moins en accord avec les recommandations de bonnes pratiques ont ainsi été constatés pour ces personnes, en comparaison au reste de la population (Gandré et Coldefy, 2020 ; Gandré *et al.*, 2023 ; McGinty *et al.*, 2015 ; Seppänen *et al.*, 2023, 2024).

Dans ce contexte, chercheurs, cliniciens et décideurs publics reconnaissent la nécessité de soutenir des transformations de l'offre de soins permettant de remédier à la fragmentation des systèmes de santé mentale et physique (Bao *et al.*, 2013 ; Gandré *et al.*, 2023 ; Liu *et al.*, 2017 ; Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024). Les dispositifs intégrant des soins de santé mentale dans les structures de soins primaires sont de plus en plus courants, comme le modèle de soins collaboratifs développé aux États-Unis et expérimenté dans des sites pilotes (notamment des maisons de santé pluriprofessionnelles) en France (Sésame, ARS Ile-de-France, 2023). Toutefois, ces dispositifs ont été développés pour répondre aux besoins de personnes avec un trouble psychique léger à modéré. Ils ne sont ainsi pas adaptés aux personnes vivant avec un trouble sévère, pour lesquelles les soins spécialisés de santé mentale sont souvent le principal, et parfois même le seul, point d'entrée dans le système de santé (Bao *et al.*, 2013 ; Maragakis *et al.*, 2016). Un mouvement international récent soutient donc la mise en œuvre de dispositifs de soins intégrés dits « inversés », c'est-à-dire permettant la coordination ou la délivrance des soins primaires au sein de structures de soins spécialisées en santé mentale, dans le cadre d'une approche globale de la santé centrée sur les personnes. Ce mouvement encourage en particulier l'implication des structures de soins assurant un suivi ambulatoire dans la communauté, qui prennent le plus régulièrement en charge la majorité des personnes avec un trouble psychique sévère, à proximité de leur lieu de vie. Concrètement, cela implique généralement la présence de personnels dédiés à la coordination des soins dans ces structures, travaillant en partenariat avec des professionnels de soins primaires pouvant exercer au sein de ces structures ou à l'extérieur selon les cas (Alakeson *et al.*, 2010 ; Maragakis *et al.*, 2016 ; Ward et Druss, 2017). C'est ainsi l'approche principale privilégiée depuis une dizaine d'années aux États-Unis pour permettre une prise en charge globale des personnes vivant avec un trouble psychique sévère, dans le cadre du modèle des *Behavioral Health Homes* (McGinty *et al.*, 2021).

En France, bien que des initiatives aient été développées au fil du temps pour favoriser l'intégration des prises en charge psychiatriques et somatiques, elles demeurent à renforcer (encadré 1). Des innovations organisationnelles pour améliorer les soins primaires des personnes vivant avec un trouble psychique sévère impliquant de nouveaux contextes de soins s'avèrent en particulier nécessaires. Le système de santé mentale public français repose sur des établissements hospitaliers qui assurent la prise en charge des troubles psychiques sur des zones géo-populationnelles définies administrativement, au plus proche du lieu de vie des patients, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. Les Centres médico-psychologiques (CMP) sont la composante ambulatoire au sein de cette organisation des soins. A ce titre, ils constituent le pivot du suivi au long cours de la santé mentale des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Ainsi, en France, plus de 80 % de la population suivie en psychiatrie publique l'est exclusivement en ambulatoire (Coldefy et Gandré, 2020), et les individus ayant un trouble sévère sont près de deux fois plus nombreux à être suivis en CMP qu'en psychiatrie libérale[1]. Il existe environ 3 000 CMP, dont plus de la moitié s'adressent à la population adulte (Drees, 2022), répartis sur l'ensemble du territoire français. Ils sont généralement situés en dehors de l'hôpital, dans la communauté, facilitant leur accès, et mobilisent des équipes pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux…) chargées de coordonner toutes les actions extra-hospitalières. A l'image des dispositifs développés aux États-Unis, les CMP pourraient donc constituer un cadre adéquat pour proposer de nouveaux modes d'organisation des soins facilitant la prise en charge globale des personnes vivant avec un trouble psychique sévère en s'appuyant sur leur structure de suivi usuelle.

Néanmoins, la généralisation d'innovations organisationnelles nécessite d'être soutenue par des données probantes relatives à leur impact et à leur mise en œuvre en vie réelle. Afin d'éclairer les politiques et pratiques de santé en France, notre objectif est de synthétiser les enseignements des évaluations des principaux dispositifs impliquant des structures ambulatoires spécialisées en santé mentale dans le suivi somatique de leur patientèle aux États-Unis, parmi les plus avancés à ce jour.

## Repères

Cette synthèse s'inscrit dans la lignée des travaux de l'Irdes portant sur la surmortalité et les disparités de prises en charge somatiques auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec un trouble psychique sévère en France (par ex. Coldefy et Gandré, 2018 ; Gandré et Coldefy, 2020 ; Gandré *et al.*, 2023 ; Seppänen *et al.*, 2023, 2024). Elle vise à proposer des éclairages relatifs aux innovations organisationnelles à soutenir dans le système de santé français afin de réduire ces disparités. Cette synthèse a été rédigée avec le Dr Beth McGinty, directrice de l'équipe dédiée à l'économie et aux politiques de santé au sein du département des sciences de la santé des populations, et professeure de santé publique à l'Université Cornell aux États-Unis. Elle est spécialiste des politiques de santé mentale (McGinty, 2023) et a dirigé une grande partie des évaluations initiales des *Medicaid Behavioral Health Homes* en vie réelle (par ex. Bandara *et al.*, 2020 ; McClellan *et al.*, 2020 ; McGinty *et al.*, 2020 ; Murphy *et al.*, 2018, 2020 ; Stone *et al.*, 2020).

[1] Estimation provisoire à partir du Système national des données de santé (SNDS) en tenant compte de l'incomplétude du chaînage de l'activité des CMP qui monte en charge progressivement depuis 2020.

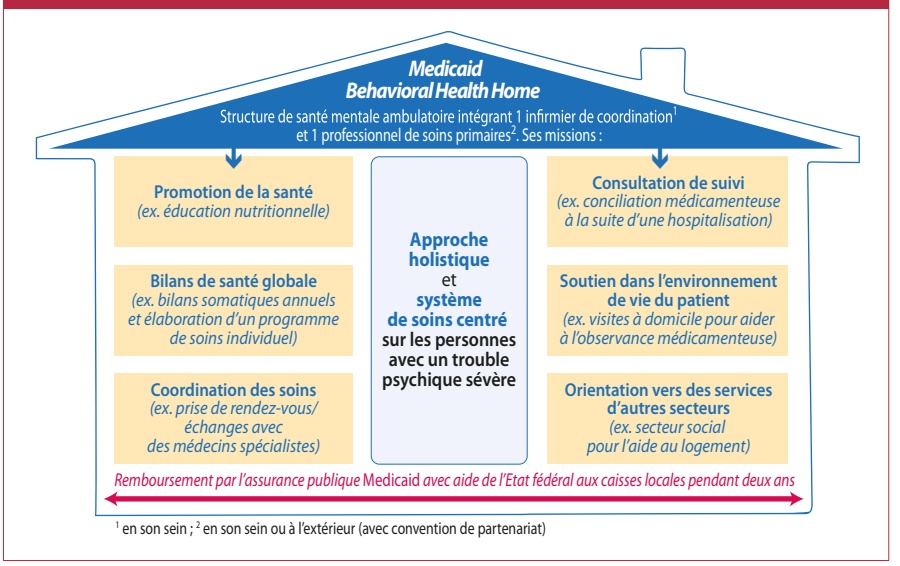
## Les *Behavioral Health Homes* : un modèle de coordination des soins primaires au sein de structures de santé mentale ambulatoires

Le modèle des *Behavioral Health Homes (BHH)*, développé aux États-Unis, consiste à offrir un suivi de l'état de santé physique des personnes vivant avec un trouble psychique sévère au sein des structures de soins ambulatoires spécialisées en santé mentale où ces personnes sont suivies dans la communauté. Ce suivi est assuré par la présence de personnels dédiés à la coordination des soins dans ces structures travaillant en partenariat avec des professionnels de soins primaires. Ce modèle a tout d'abord été mis en œuvre dans le cadre d'essais contrôlés randomisés qui ont montré qu'il améliorait le recours aux soins somatiques courants, l'accès aux actions de prévention, la qualité des prises en charge des pathologies cardiométaboliques ainsi que les coopérations interprofessionnelles (Druss *et al.*, 2017 ; McGinty *et al.*, 2021).

En vie réelle, les BHH se sont développées aux États-Unis dans le cadre de plusieurs initiatives spécifiques. Elles incluent notamment, à partir de 2009, le programme d'intégration des soins primaires et de santé mentale (*Primary and Behavioral Health Care Integration*) du service américain *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)* [Breslau *et al.*, 2021]. Néanmoins, ce programme a été d'ampleur restreinte du fait de sa dépendance à des subventions fédérales temporaires et au nombre limité de structures pouvant y adhérer, ce qui limite la généralisation de ses résultats.

L'extension la plus marquée du modèle des BHH, qui est à ce titre le focus de cette synthèse de la littérature, a été soutenue par la loi de 2010 réformant le système de santé, l'*Affordable Care Act*, plus connue en France sous le nom d'« Obamacare », ayant notamment eu pour objectif d'accroître l'équité d'accès aux soins (Rice *et al.*, 2020). Cette extension cible les bénéficiaires de l'assurance publique *Medicaid*, conçue pour fournir une couverture des frais de santé pour les personnes à faibles revenus et ressources, dont bénéficient environ 70 % des individus vivant avec un trouble psychique sévère aux États-Unis (Frank et Glied, 2006 ; Khaykin *et al.*, 2010). Elle prévoit une dérogation spécifique pour les États américains volontaires. Celle-ci consiste en un financement incitatif (amélioration des contributions fédérales aux coûts médicaux des États pendant deux ans) permettant aux programmes d'assurance publique *Medicaid* d'accroître la coordination des soins primaires et les actions de promotion de la santé en faveur des bénéficiaires ayant des besoins de santé complexes, dont les personnes avec un trouble psychique sévère (Centers for Medicare and Medicaid services, 2023). Pour ces dernières, la dérogation accorde aux structures de soins ambulatoires spécialisées en santé mentale – pouvant être de plusieurs natures selon les États (par ex. centres de santé mentale communautaires ou structures de réhabilitation psycho-sociale, publiques ou privées, rattachées ou non à un établissement hospitalier…) – la possibilité d'être remboursées pour la coordination de soins somatiques. A cette fin, elles incluent toutes un infirmier chargé de cette coordination en leur sein, dont le salaire est couvert par un paiement de l'assurance publique *Medicaid* par patient inclus et par mois. En fonction de la file active éligible au dispositif des BHH, ce poste peut être partagé entre plusieurs structures ou être exercé à temps partiel. Un professionnel de soins primaires, le plus souvent rémunéré à l'acte, est également impliqué dans le dispositif, et peut être soit un médecin, soit l'équivalent d'un infirmier de pratique avancée (*nurse practitioner*). Ce dernier peut exercer dans les locaux de la structure spécialisée en santé mentale (exercice regroupé) ou sur un autre lieu, en passant par exemple un accord avec un centre de santé extérieur. Dans le cadre des BHH du programme *Medicaid*, ci-après dénommées *Medicaid* BHH, ces professionnels sont tenus d'assurer des missions communes en termes de prise en charge globale des personnes vivant avec un trouble psychique sévère, prédéfinies au niveau fédéral et relevant toutes du champ des soins primaires (promotion de la santé, bilans de santé, orientation vers des spécialistes…) [Figure], bien que les interventions délivrées pour remplir ces missions puissent varier entre les structures. 19 États américains, ainsi que le district fédéral de Columbia, ont mis en place des *Medicaid* BHH pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère à ce jour (Centers for Medicare and Medicaid services, 2017, 2023).

**F** Missions communes devant être garanties par les structures de soins de santé mentale ambulatoires dans le cadre du dispositif des *Medicaid* BHH aux États-Unis




[1] en son sein ; [2] en son sein ou à l'extérieur (avec convention de partenariat)

## Des impacts positifs en vie réelle sur les soins primaires des personnes avec un trouble psychique sévère

Les premières évaluations des *Medicaid* BHH en vie réelle montrent des résultats encourageants : elles suggèrent qu'elles ont conduit à un recours plus fréquent aux soins primaires et à une amélioration du dépistage et du suivi des pathologies somatiques et de certains de leurs facteurs de risque (telle la mesure de la pression artérielle) chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère (Fortuna *et al.*, 2020 ; Murphy *et al.*, 2018, 2020). Il s'agit de premiers jalons indispensables pour améliorer la santé physique de cette population, ce qui est donc encourageant compte-tenu des fortes difficultés

qu'elle rencontre pour accéder à un suivi de médecine générale adapté. En outre, si les évaluations ont été réalisées séparément dans différents États américains, en mobilisant des méthodologies diverses, ces effets sont retrouvés dans les études ayant utilisé les *designs* quasi expérimentaux les plus robustes (Murphy *et al.*, 2018, 2020). Ces dernières montrent également un impact des *Medicaid* BHH sur la réduction des visites aux urgences toutes causes confondues, notamment du fait d'un moindre recours pour des motifs somatiques (Bandara *et al.*, 2020).

Toutefois, il faut plus de temps pour que ces nouveaux processus de soins se traduisent par une amélioration de l'ensemble des dimensions de l'état et des comportements de santé somatique des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Les évaluations initiales des *Medicaid* BHH ne montrent pas encore d'effets en termes de contrôle du diabète, de gestion du poids ou d'arrêt du tabac (Fortuna *et al.*, 2020 ; Murphy *et al.,* 2018). D'autre part, l'efficacité des *Medicaid* BHH est en partie liée au processus de mise en œuvre lui-même, certains freins devant être levés afin de permettre des effets de long terme, ce qui a également été mis en évidence par les premières évaluations en vie réelle et qui doit être anticipé en vue du développement d'interventions similaires en France.

E1

**En France, des premières actions à renforcer en faveur de la santé somatique des personnes vivant avec un trouble psychique sévère**

La surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique sévère et la nécessité d'améliorer leur prise en charge somatique n'ont été reconnues comme problème de santé publique que depuis une dizaine d'années en France, mentionnées pour la première fois dans le Plan national psychiatrie et santé mentale 2011-2015 (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012). Par la suite, une charte de partenariat a été signée en 2014 entre la médecine générale et la psychiatrie hospitalière pour faciliter la coordination des soins de cette population. En outre, si le suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques fait l'objet de conseils de bonne pratique depuis 2010 (Afssaps, 2010), ce n'est qu'en 2015 que des recommandations plus globales ont été édictées par la Fédération française de psychiatrie et le Conseil national professionnel de psychiatrie (FFP-CNPP, 2015). Elles ont notamment soutenu la mise en place d'un examen somatique systématique au cours d'une hospitalisation en psychiatrie. Elles ont été complétées par des recommandations de la Haute Autorité de santé visant à améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des personnes avec un trouble psychique (HAS, 2018). Cependant, elles couvrent tant la prise en charge de troubles d'intensité modérée en soins primaires que le suivi somatique des personnes avec un trouble sévère, ce qui limite la lisibilité des actions à soutenir pour cette population spécifique. A partir de 2018, les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), outils de déclinaison de la politique de santé mentale élaborés par des acteurs locaux, comptent parmi leurs objectifs prioritaires l'accès des personnes présentant un trouble psychique à des soins somatiques au niveau local, et adaptés à leurs besoins. Néanmoins, cela se fait sans le soutien d'une stratégie nationale coordonnée. Enfin, la pertinence de l'implication des structures spécialisées en santé mentale pour améliorer le suivi de la santé physique de ces personnes a été reconnue dans la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie. Les mesures liées reposent sur le financement d'équipes pluriprofessionnelles de médecine générale au sein d'établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie en charge d'assurer des consultations dans les services psychiatriques et de favoriser l'articulation avec les autres spécialités médicales. Cependant, elles ne concernent qu'une quarantaine d'établissements (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024), ce qui en limite l'impact. Si ces actions vont dans le bon sens, elles demeurent toutefois insuffisantes pour répondre aux enjeux, en particulier pour les individus qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation en psychiatrie mais d'un suivi ambulatoire, majoritaires. Des recherches récentes ont ainsi montré que l'accès aux soins primaires en ville n'est pas optimal pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère en France. Elles bénéficient de moins de soins de prévention, ont plus fréquemment des hospitalisations évitables liées à des motifs qui ne devraient pas conduire à des soins hospitaliers s'ils étaient correctement suivis en soins primaires, et font face à des retards significatifs dans l'accès aux spécialistes médicaux (Gandré et Coldefy, 2020 ; Gandré *et al.*, 2023). En outre, les équipes psychiatriques expriment des difficultés pour trouver un médecin traitant pour leurs patients (Centre hospitalier Le Vinatier, 2019 ; Fau *et al.*, 2017 ; GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, 2024), tandis que les médecins généralistes de ville se sentent démunis pour suivre de façon adaptée cette population spécifique (HCSP, 2016).

## Des modes de financement qui doivent garantir la pérennité des dispositifs

Parmi les obstacles au développement des *Medicaid* BHH, figurent notamment les incitations financières trop limitées. Si le dispositif est initialement soutenu par un mécanisme de contribution fédérale accrue aux coûts médicaux engendrés, celui-ci ne dure que deux ans. Ce caractère non pérenne pourrait expliquer que certains États américains aient déjà interrompu leur participation au programme ou aient choisi de ne pas le mettre en place. En outre, les structures et les professionnels de santé doivent obtenir des rémunérations les incitant à participer, notamment en valorisant la coordination des soins qui est une fonction chronophage. A ce jour, les paiements par patient inclus et par mois, délivrés par l'assurance publique *Medicaid* aux structures spécialisées en santé mentale mettant en œuvre des programmes de BHH, ont été jugés insuffisants pour couvrir les coûts structurels liés à l'intégration des soins (tels que, dans certains cas, le salaire de l'infirmier de coordination ou les logiciels et le personnel nécessaires à la mise en place d'un suivi populationnel ou de dossiers médicaux électroniques partagés) [McGinty *et al.*, 2021 ; Murphy *et al.*, 2018].

Par ailleurs, les incitations financières concernent essentiellement les structures de santé mentale, sans parfois qu'aucune disposition spécifique ne soit pensée pour le temps supplémentaire que des cliniciens externes peuvent avoir consacré à la coordination des soins de leurs patients. Cela pourrait expliquer pourquoi la capacité à impliquer des professionnels de soins primaires dans les BHH, lorsqu'ils exercent à l'extérieur, a été identifiée comme une difficulté majeure (Murphy *et al.*, 2018). Pour favoriser l'extension des *Medicaid* BHH, les modes de financement devraient davantage inciter à une collaboration bilatérale entre les structures de santé mentale et la médecine générale. Enfin, une responsabilité partagée entre professionnels de santé est nécessaire, et leur rémunération pourrait être liée à des mesures de performance dont la corrélation avec l'amélioration des soins et l'état de santé des personnes vivant avec un trouble psychique sévère a été démontrée. Toutefois, des recherches additionnelles doivent être menées pour développer des indicateurs robustes (McGinty

*et al.*, 2021). En outre, la littérature sur la prise en compte des résultats des soins pour moduler le paiement des professionnels de santé dans d'autres champs montre des résultats mitigés sur l'amélioration des prises en charge (OCDE, 2022).

En France, de nouveaux modèles de rémunération ont récemment été mis en œuvre en soins primaires pour soutenir la coordination et l'intégration des soins, et pourraient être source d'inspiration. Ils ont été développés pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui sont des structures de soins de proximité regroupant des professionnels de santé dispensant principalement des soins de premier recours. Leur mode de rémunération comprend des financements collectifs avec une somme forfaitaire par patient qui s'ajoute au paiement individuel à l'acte de chaque professionnel. En contrepartie, les MSP s'engagent à développer la coordination des soins et le travail en équipe (avec un projet de santé commun et des protocoles de prise en charge pluriprofessionnelle), l'accès aux soins (ex. larges horaires d'ouverture) et le déploiement d'un système d'information commun (ex. acquisition de logiciels labellisés pour le partage des dossiers patients) [Loussouarn *et al.*, 2023]. Par ailleurs, les médecins généralistes libéraux, quel que soit leur lieu d'exercice, ont la possibilité de facturer à des tarifs plus élevés des consultations dites « complexes » ou « très complexes », pour le suivi de certaines pathologies difficiles à prendre en charge ou instables, et des situations particulières impliquant un fort enjeu de santé publique. De façon surprenante, cette possibilité ne s'étend pas au suivi somatique des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. La mise en place de telles dispositions pour les professionnels de soins primaires travaillant conjointement avec des CMP pour prendre en charge la santé de leur patientèle dans une approche globale pourrait être un levier d'attractivité garantissant la pérennité des collaborations pluridisciplinaires.

## Des dotations en personnel à consolider

L'insuffisance des dotations en personnel au sein des structures ambulatoires de santé mentale a également été identifiée comme un obstacle majeur à l'intégration des soins dans le cadre du dispositif des *Medicaid* BHH, qui repose pour partie sur la disponibilité de personnes dédiées à la coordination des soins (McGinty *et al.*, 2021, Murphy *et al.*, 2018). Il s'agit d'un frein réel, difficile à lever, alors même que le système de santé mentale aux États-Unis est confronté à d'importantes pénuries de professionnels (Butryn *et al.*, 2017), également observées en France avec des postes vacants et de longs délais d'attente pour l'accès aux soins dans le secteur public (FHF, 2024). Par ailleurs, des retours du terrain français font état de difficultés à pourvoir des postes de somaticiens dans les services d'hospitalisation psychiatrique, qui pourraient également être observées au sein des CMP, dans un contexte où le nombre de médecins par habitant est inférieur à la moyenne européenne, en particulier pour les généralistes, avec de fortes disparités territoriales (Or *et al.*, 2023).

Des stratégies à plusieurs volets visant à remédier à l'insuffisance des dotations en personnel doivent donc être pensées à court terme, par exemple en augmentant l'attractivité des rémunérations ou en développant des actions ciblant la stigmatisation associée aux troubles psychiques (McGinty *et al.*, 2021), qui a un impact négatif sur le choix de carrières dans le champ de la santé mentale. En France, les jeunes médecins généralistes sont de plus en plus enclins à privilégier l'exercice en groupe (Chaput *et al.*, 2019 ; Chevillard et Mousquès, 2021), et la possibilité de travailler conjointement avec des spécialistes de santé mentale, dans une approche globale de la santé, pourrait être un levier facilitant l'implication de professionnels de soins primaires au sein des CMP, à condition que les troubles psychiques sévères et leur prise en charge ne fassent plus l'objet de perceptions stigmatisantes.

Un recours accru à des équipes pluriprofessionnelles, incluant des cliniciens non-médecins ainsi que des pairs-aidants, pourrait également contribuer à augmenter la disponibilité de personnels au sein des structures ambulatoires spécialisées en santé mentale (McGinty *et al.*, 2021). Des premières études suggèrent notamment que ce sont dans les *Medicaid* BHH incluant des programmes de soutien par les pairs qu'a été constatée la plus grande réduction des facteurs de risque cardiométabolique dans la patientèle (Fortuna *et al.*, 2020). En France, un nombre croissant de pairs-aidants en santé mentale sont formés (Coldefy et Gandré, 2020) et pourraient apporter un soutien utile à la gestion des soins somatiques au sein des CMP. Par ailleurs, dans le cadre du dispositif des *Medicaid* BHH, les professionnels de soins primaires impliqués peuvent être des infirmiers en pratique avancée, et ce sont systématiquement des infirmiers qui sont chargés de la coordination des soins. En France, si cette profession a généralement des responsabilités limitées par rapport à d'autres pays (Or *et al.*, 2023), des modifications sont en cours, notamment dans le cadre du suivi des maladies chroniques somatiques. Un projet pilote (Action de santé libérale en équipe, Asalée) a ainsi été mis en place en 2004 pour permettre aux infirmiers d'effectuer de nouvelles tâches habituellement assurées par des médecins, comme le dépistage et l'éducation thérapeutique des patients vivant avec certaines affections chroniques (tel le diabète), en coopération avec un médecin généraliste. Ce dispositif a ensuite été étendu à l'échelle nationale à partir de 2012 (Fournier *et al.*, 2018). Il est à noter qu'une infirmière « Asalée » est notamment impliquée dans l'une des initiatives émergeant en France au sein d'un CMP (encadré 2). En outre, la profession d'infirmier en pratique avancée (IPA), élargissant les responsabilités et facilitant le transfert de tâches, à l'issue d'une formation renforcée, a été créée en 2019 à l'image des *nurse practitioners* aux États-Unis. Les IPA peuvent ainsi assurer le suivi en routine des patients vivant avec une maladie chronique. Ils pourraient être chargés du suivi des soins primaires et d'actions de prévention systématiques envers les personnes vivant avec un trouble psychique sévère au sein des CMP, comme dans le modèle des *Medicaid* BHH et comme récemment encouragé en France (Anap, 2021). Néanmoins, à ce jour, les effectifs d'IPA formés demeurent beaucoup trop faibles et doivent être soutenus par des politiques dédiées avant de devenir un levier mobilisable à l'échelle nationale (Cour des comptes, 2023).

Enfin, l'expérience des *Medicaid* BHH montre qu'au-delà de la seule disponibilité du personnel impliqué, la formation reste insuffisante et doit être renforcée sur certains aspects, notamment en ciblant les connaissances de base en médecine générale des professionnels de santé mentale et, réciproquement, pour les professionnels de soins primaires amenés à travailler ensemble. Il est également nécessaire de leur permettre d'acquérir en amont des compétences spécifiques au travail en équipe pluridisciplinaire et à la coordination, qui sont peu abordées dans les formations en santé (McGinty *et al.*, 2021).

## Des investissements dans les systèmes de recueil et d'échanges de données à ne pas négliger

Un autre frein majeur à la mise en place des *Medicaid* BHH concerne les capacités de recueil et d'échanges de données de santé. Aux États-Unis, le secteur des soins de santé mentale a pris du retard dans l'adoption de dossiers médicaux électroniques partagés, et les solutions techniques proposées dans ce secteur ne sont pas toujours compatibles avec celles utilisées en médecine générale, ce qui a pu compliquer le partage d'informations (McGinty *et al.*, 2021 ; Stone *et al.*, 2020). En France, la situation est inverse. Le système public de santé mentale ambulatoire est géré par le secteur hospitalier, où les dossiers médicaux électroniques partagés ainsi que le recueil de données médico-administratives sont fortement développés, alors que le secteur de la médecine générale est celui qui a le plus de retard dans le développement des technologies de l'information. Dans ces deux contextes nationaux, des incitations financières spécifiques sont nécessaires, permettant aux différents professionnels de santé d'investir dans des infrastructures informatiques adaptées, et en particulier des dossiers médicaux partagés interopérables. En France, elles pourraient s'inspirer du montant forfaitaire versé aux MSP en échange d'un objectif de mise en place d'un système d'information commun ou de dispositifs régionaux d'échanges sécurisés de données entre tous les professionnels de santé du territoire, quels que soient leur lieu d'exercice ou leur outil-métier (par ex. dispositif MonSisra dans la région Auvergne-Rhône-Alpes).

L'expérience des *Medicaid* BHH soutient également la mise en place de stratégies pour développer une approche populationnelle de la santé globale des personnes vivant avec un trouble psychique sévère, dans une démarche proactive, qui fait défaut actuellement. Elle pourrait s'appuyer sur des registres spécifiques permettant des interventions ciblées centrées sur les personnes pour lesquelles elles sont requises (par ex. pour identifier, au sein d'un groupe de patients, ceux atteints de diabète ou d'une autre maladie somatique non stabilisée, ou présentant certains facteurs de risque sur lesquels des actions de prévention peuvent être déployées) [McGinty *et al.*, 2021].

## En France, des initiatives qui émergent du terrain au sein de CMP

Les freins à la mise en place de dispositifs permettant l'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires de leur patientèle, mis en évidence aux États-Unis, doivent être anticipés en amont dans le contexte français, où ils sont susceptibles d'être également présents. Toutefois, le développement de mesures permettant de lever ces obstacles pourrait être plus aisé à mettre en œuvre en France en s'appuyant sur plusieurs spécificités intrinsèques à son système de santé. Elles incluent notamment la couverture maladie universelle (Protection universelle maladie-Puma, à laquelle s'ajoute une Complémentaire santé solidaire-C2S, pour les plus démunis) et l'existence d'un financeur public unique (*versus* une multiplicité de financeurs publics et privés aux États-Unis). Cela peut faciliter le développement de nouveaux modes de financement et permet l'absence de restes à charge pour les patients dans les CMP, qui garantirait l'accessibilité financière aux actions de coordination des soins primaires pouvant être développées dans ces structures (alors que cela est variable pour les *Medicaid* BHH selon les États américains). Elles incluent également une gouvernance nationale (*versus* un système fédéral), ce qui peut soutenir la mise en œuvre de politiques coordonnées sur tout le territoire. Par ailleurs, une forme d'homogénéité existe en France dans l'offre publique de soins de santé mentale ambulatoires garantie par la politique de sectorisation psychiatrique (CMP organisés selon un modèle proche avec des équipes ayant une forte antériorité de travail pluridisciplinaire *versus* des structures de mise en œuvre des *Medicaid* BHH pouvant dif-

**E2**

### L'exemple d'un exercice regroupé entre un Centre médico-psychologique (CMP) et un centre de santé généraliste

Le centre médico-psychologique (CMP) de Bron dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, rattaché au Centre hospitalier Le Vinatier, propose des prises en charge ambulatoires psychiatriques aux personnes majeures vivant avec un trouble psychique. Des psychiatres, des infirmières, une cadre de santé, une assistante sociale et une secrétaire médicale y exercent. Depuis 2022, le CMP cohabite avec un Centre de santé (CDS) de médecine générale, nommé « Le Jardin ». Ce CDS est construit sur un modèle associatif (loi 1901) avec une équipe constituée de médecins généralistes, d'assistantes médicales, d'une médiatrice en santé, d'une infirmière « Asalée » spécialisée dans le suivi des pathologies chroniques (Fournier *et al.*, 2018) et de deux coordinatrices de projet. Son projet de santé adopte les principes de la santé communautaire, notamment dans l'attention portée à la réduction des inégalités de santé et à l'implication des usagers dans leurs parcours de soins, complétés d'une démarche écologique innovante (déprescription, limitation des déchets…) et d'une attention aux questions de genre et santé.

Le CMP et le CDS collaborent sous la forme d'un dispositif intégré avec des locaux partagés.

Cette collaboration prend plusieurs formes :

- des échanges cliniques entre les deux structures avec des protocoles d'adressage formalisés, des réunions cliniques pluriprofessionnelles et des envois d'information par messagerie sécurisée (dispositif régional d'échange et de partage d'informations de santé MonSisra) ;
- des prises en charge partagées pour les personnes vues au CMP et nécessitant un suivi somatique (pour celles qui n'ont pas de médecin traitant, les médecins généralistes du CDS s'engagent à assurer cette fonction) ainsi que pour les patients du CDS relevant d'un avis psychiatrique ;
- la rédaction conjointe d'une charte de cohabitation ;
- un groupe de réflexion sur l'accueil partagé des usagers, avec une sensibilité à la déstigmatisation des troubles psychiques et à l'inclusion des personnes vivant avec un handicap ;
- la coanimation de groupes thérapeutiques (sur la dépression, le sommeil, l'activité physique…) ;
- des formations partagées pour les différents professionnels ;
- des échanges informels dans les espaces communs partagés.

Ce dispositif, qui a bénéficié d'un soutien financier de la Fondation de France (notamment pour des ateliers collectifs et des équipements matériels), est une forme d'exercice regroupé entre CMP et CDS généraliste dont il existe d'autres exemples en France, notamment depuis 2016 à Marseille avec le centre de santé André Roussin.

E3

**Psysom, un dispositif permettant l'articulation entre les soins psychiatriques en Centre médico-psychologique (CMP) et des médecins généralistes en ville**

Psysom (Suivi somatique des usagers en psychiatrie ambulatoire) représente un dispositif innovant de coordination des soins psychiatriques et somatiques lancé en 2020 à l'initiative du Groupe hospitalier universitaire (GHU) Psychiatrie et Neurosciences et initialement financé grâce au Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Fiop). Son objectif principal est de tirer parti de la synergie des compétences des professionnels de santé afin de fournir une prise en charge globale pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère.

86 % des patients du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences étant vus en ambulatoire, le dispositif cible les adultes suivis en CMP, sous traitement psychotrope et bénéficiant de droits sociaux ouverts. L'équipe Psysom, composée de deux infirmières coordinatrices et de deux aides-soignants, établit ainsi des partenariats entre les CMP du GHU et les structures de soins primaires proches du lieu de vie des patients.

Plus spécifiquement, Psysom se déploie autour de plusieurs axes :

- l'attribution d'un médecin généraliste de ville (par exemple exerçant au sein d'un Centre de santé-CDS) aux patients sans suivi somatique ;
- la reprise d'un suivi somatique s'il est en suspens ;
- l'accompagnement physique et adapté des patients aux consultations médicales si besoin ;
- des examens somatiques réguliers comprenant idéalement deux bilans de santé annuels ;
- des échanges formalisés et systématisés entre les CMP et les médecins généralistes de ville ;
- un programme d'éducation thérapeutique axé sur la sensibilisation, l'information et *l'empowerment* du patient, soulignant la valeur d'un suivi en médecine générale dans une optique de santé globale.

Ce dispositif est un exemple illustratif de l'implication de CMP dans le lien avec la médecine générale de ville pour le suivi somatique de leurs patients, qui a fait l'objet d'autres initiatives en France – et notamment le dispositif Coreso (Centre hospitalier Le Vinatier, 2019 ; Fau *et al.*, 2017) ou celui du pôle de santé Paris 13 (https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/illustrations/article/partenariat-asm-13-et-pole-de-sante-paris-13-sud-est).

férer fortement entre les États) [Or *et al.*, 2023 ; Rice *et al.*, 2020].

Des initiatives locales au sein de CMP émergent progressivement en France selon plusieurs modalités organisationnelles (encadrés 2 et 3), bien qu'aucun recensement exhaustif ne soit disponible. Elles reposent essentiellement sur des professionnels de santé fortement impliqués, sans le soutien d'une stratégie nationale coordonnée permettant aux dynamiques engagées de se pérenniser et de concerner l'ensemble des territoires. Ces initiatives offrent des opportunités d'apprentissage supplémentaires, tenant compte des spécificités du système de santé mentale français, et leur évaluation approfondie doit être encouragée. L'expérience des États-Unis souligne ainsi les nombreux éclairages pouvant émerger de l'exploration de nouveaux modèles d'intégration des soins en vie réelle, à une période où les expérimentions d'innovations organisationnelles sont de plus en plus fréquentes dans le système de santé français (article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale-LFSS dédiant un budget à des études pilotes de nouveaux modes d'organisation ou de financement dans le secteur de la santé depuis 2018, Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie-Fiop depuis 2019…). L'existence d'initiatives émergeant au sein de CMP en France ouvre ainsi la possibilité d'intégrer des étapes d'évaluation à des interventions et des stratégies de mise en œuvre pensées directement par les acteurs de terrain (*bottom-up*), souvent plus acceptables et soutenables, et donc à terme généralisables, car tenant compte de la réalité de leurs pratiques (McGinty *et al.*, 2024).

* * *

La surmortalité persistante des personnes vivant avec un trouble psychique sévère, dont l'écart avec la population générale s'accroît, ne doit plus être considérée comme un phénomène inéluctable. Elle est en partie liée à des prises en charge inadéquates au sein des systèmes de santé, invitant à mettre en place des réponses organisationnelles à la hauteur des enjeux. Des éclairages précieux pour la France émergent du dispositif des *Medicaid* BHH aux États-Unis, qui représente l'une des expériences les plus avancées à ce jour de l'implication des structures ambulatoires spécialisées en santé mentale dans les soins primaires de leur patientèle régulière dans une logique d'intégration des soins. Elle souligne l'intérêt de ce type de dispositifs pour favoriser l'accès aux soins de médecine générale chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère, poussant à un nouveau paradigme national renforçant la place pivot des CMP au cœur d'une approche globale de la prise en charge de la santé de ces personnes.

Néanmoins, d'importants freins à la mise en œuvre de ces dispositifs en vie réelle, pouvant limiter l'ampleur et la pérennité de leur impact, ne doivent pas être occultés et nécessitent d'être anticipés. Il est également possible de s'appuyer sur des initiatives émergeant au sein de CMP qui doivent être soutenues par des politiques visant à garantir leur évaluation, leur généralisation et leur pérennisation. Tout l'enjeu est de ne pas en faire reposer la dynamique uniquement sur les professionnels de santé, dans un contexte national où le système de santé manque de maturité dans les démarches d'intégration des soins et d'approche centrée sur les patients. Le champ de la santé mentale est idéalement placé pour s'inscrire comme un précurseur de ce type de démarches, comme il l'a déjà été dans d'autres domaines (virage ambulatoire, « aller-vers », « pair-aidance »…).

Des perspectives ultérieures incluent le développement de dispositifs permettant l'intégration des soins avec le secteur social, également clé pour permettre la prise en charge de l'ensemble des besoins des personnes vivant avec un trouble psychique sévère en fonction de leurs projets de vie. Enfin, l'inclusion des personnes concernées dans la conception de nouveaux modes d'organisation des soins leur étant destiné ne doit pas être oubliée. ♦

Les auteures remercient Gwenaëlle Ferré, le Dr Nathalie Giloux et le Dr Anita Haïk pour la description de leur organisation dans l'encadré 2, ainsi que les Drs Nabil Hallouche et Cédric Bornes pour la description du dispositif Psysom dans l'encadré 3.

# Pour en savoir plus


- Afssaps (2010). *Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques*.
- Alakeson V., Frank R., Katz R. (2010). "Specialty care medical homes for people with severe, persistent mental disorders". *Health Affairs*.
- Anap (2021). *Le nouvel ambulatoire en santé mentale : pour une vie debout !*
- ARS Ile-de-France (2023). Arrêté n° DIRNOV-2023 02 relatif au projet d'expérimentation « Sésame : Soins d'équipe en santé mentale ».
- Baller J., McGinty E., Azrin S. *et al.* (2015). "Screening for cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: A review of the evidence". *BMC Psychiatry*.
- Bandara S., Kennedy-Hendricks A., Stuart E. *et al.* (2020). "The Effects of the Maryland Medicaid Health Home Waiver on Emergency Department and Inpatient Utilization Among Individuals with Serious Mental Illness". *General Hospital Psychiatry*.
- Bao Y., Casalino L., Pincus H. (2013). "Behavioral health and health care reform models: Patient-centered medical home, health home, and accountable care organization". *The Journal of Behavioral Health Services & Research*.
- Breslau J., Sorbero M., Kusuke D. *et al.* (2021). "Primary and Behavioral Health Care Integration Program". *Rand Health Quarterly*.
- Butryn T., Bryant L., Marchionni C. *et al.* (2017). "The Shortage of Psychiatrists and Other Mental Health Providers: Causes, Current State, and Potential Solutions". *International Journal of Academic Medicine*.
- Centers for Medicare & Medicaid services (2017). "Medicaid Health Homes: Implementation Update".
- Centers for Medicare & Medicaid services. (2023). "Medicaid Health Homes: An Overview".
- Centre hospitalier Le Vinatier (2019). « Coreso : Un exemple d'outil pour améliorer le lien entre la médecine générale et la psychiatrie ». https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2019/07/CORESO-SOMAPSY.pdf
- Chaput H., Monziols M., Fressard L. *et al.* (2019). « Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe ». Drees, *Etudes et résultats,* n° 1114, mai.
- Chevillard G., Mousquès J. (2021). "Medically Underserved Areas: Are Primary Care Teams Efficient at Attracting and Retaining General Practitioners?". *Social Science & Medicine*.
- Coldefy M., Gandré C. (2018). « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée ». Irdes, *Questions d'économie de la santé,* n° 237, septembre.
- Coldefy M., Gandré C. (2020). *Atlas de la santé mentale en France*. Irdes, *Collection Ouvrages,* n° 7.
- Cour des comptes (2023). *Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever*.
- Correll C., Solmi M., Croatto G. *et al.* (2022). "Mortality in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Relative Risk and Aggravating or Attenuating Factors". *World Psychiatry*.
- Drees. (2022). *Les établissements de santé - édition 2022*.
- Druss B., von Esenwein S., Glick G. *et al.* (2017). "Randomized Trial of an Integrated Behavioral Health Home: The Health Outcomes Management and Evaluation (HOME) Study". *The American Journal of Psychiatry*.
- Fau L., Gelas B., Pillot F. (2017). « Psychiatrie et médecine générale : un futur commun ? ». *L'information psychiatrique*.
- FFP-CNPP (2015). « Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique ».
- FHF (2024). « Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie ».
- Fortuna K., DiMilia P., Lohman M. *et al.* (2020). "Systematic Review of Behavioral Health Homes Impact on Cardiometabolic Risk Factors for Adults with Serious Mental Illness". *Psychiatric services*.
- Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M. (2018). « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires ». Irdes, *Questions d'économie de la santé,* n° 232, avril.
- Frank R., Glied S. (2006). "Better But Not Well: Mental Health Policy in the United States Since 1950". *JHU Press*.
- Gandré C., Coldefy M. (2020). « Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère ». Irdes, *Questions d'économie de la santé,* n° 250, septembre.
- Gandré C., Moreau D., Ben Dridi I. *et al.* (2023). « Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère ». Irdes, *Questions d'économie de la santé,* n° 281, septembre.
- Gandré C., Moreau D., Coldefy M. *et al.* (2022). « Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : Enseignements de la littérature et perspectives ». *Santé publique*.
- GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences (2024). « Psysom ». https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/psysom-soins-somatiques
- HAS (2018). *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration*.
- HAS (2024). *Rapport des résultats nationaux. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie : Hospitalisation à temps plein et CMP*.
- HCSP (2016). *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*.
- Khaykin E., Eaton W., Ford D. *et al.* (2010). "Health Insurance Coverage Among Persons With Schizophrenia in the United States". *Psychiatric Services*.
- Liu N., Daumit G., Dua T. *et al.* (2017). "Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas". *World Psychiatry*.
- Loussouarn C., Franc C., Videau Y. *et al.* (2023). « L'effet combiné de l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle et des paiements à la coordination sur l'activité des médecins généralistes ». *Revue économique*.
- Maragakis A., Siddharthan R., RachBeisel J. *et al.* (2016). "Creating a 'Reverse' Integrated Primary and Mental Healthcare Clinic for Those with Serious Mental Illness". *Primary Health Care Research & Development*.
- McClellan C., Maclean J., Saloner B. *et al.* (2020). "Integrated Care Models and Behavioral Health Care Utilization: Quasi-experimental Evidence from Medicaid Health Homes". *Health Economics*.
- McGinty E., Baller J., Azrin S. *et al.* (2015). "Quality of Medical Care for Persons with Serious Mental Illness: A Comprehensive Review". *Schizophrenia Research*.
- McGinty E., Stone E., Kennedy-Hendricks A. *et al.* (2020). "Effects of Maryland's Affordable Care Act Medicaid Health Home Waiver on Quality of Cardiovascular Care Among People with Serious Mental Illness". *Journal of General Internal Medicine*.
- McGinty E., Presskreischer R., Breslau J. *et al.* (2021). "Improving Physical Health Among People With Serious Mental Illness: The Role of the Specialty Mental Health Sector". *Psychiatric Services*.
- McGinty B. (2023). "The Future of Public Mental Health: Challenges and Opportunities". *The Milbank Quarterly*.
- McGinty E., Alegria M., Beidas R. *et al.* (2024). "The Lancet Psychiatry Commission: Transforming Mental Health Implementation Research". *Lancet Psychiatry*.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2012). *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*.
- Ministère du travail, de la santé et des solidarités (2024). *Santé mentale et psychiatrie. Mise en œuvre de la feuille de route. Etat d'avancement au 1er mars 2024*.
- Murphy K., Daumit G., Stone E. *et al.* (2018). "Physical Health Outcomes and Implementation of Behavioural Health Homes: A Comprehensive Review". *International Review of Psychiatry*.
- Murphy K., Daumit G., Bandara S. *et al.* (2020). « Association of the Maryland Medicaid Behavioral Health Home Program with Cancer Screening in People with Serious Mental Illness ». *Psychiatric Services*.
- NIMH (2023). "Mental Illness". https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness
- Nordentoft M., Wahlbeck K., Hällgren J. *et al.* (2013). "Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden". *PLOS One*.
- OCDE (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*.
- OCDE (2022). *Value-based Providers' Payment Models: Understanding Where and Under Which Conditions they Work*.
- Or Z., Gandré C., Seppänen A.V., *et al.* (2023). *France: Health System Review 2023*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rice T., Rosenau P., Unruh L. *et al.* (2020). *United States: Health System Review 2020.* European Observatory on Health Systems and Policies.
- Santé Publique France (2022). « Santé mentale et Covid-19 ». https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19
- Seppänen AV., Daniel F., Houzard S. *et al.* (2023). "Breast Cancer Care Pathways for Women with Preexisting Severe Mental Disorders: Evidence of Disparities in France?". *Journal of Clinical Medicine*.
- Seppänen AV., Daniel F., Houzard S. *et al.* (2024). "The Double Burden of Severe Mental Illness and Cancer: A Population-based Study on Colorectal Cancer Care Pathways from Screening to End-of-life Care". *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
- Stone E., Daumit G., Kennedy-Hendricks A. *et al.* (2020). "The Policy Ecology of Behavioral Health Homes: Case Study of Maryland's Medicaid Health Home Program". *Administration and Policy in Mental Health*.
- Thornicroft G. (2011). "Physical Health Disparities and Mental Illness: The Scandal of Premature Mortality". *The British Journal of Psychiatry*.
- Ward M., Druss B. (2017). "Reverse Integration Initiatives for Individuals With Serious Mental Illness". *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*.


IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé • 21-23, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

**Directeur de la publication :** Denis Raynaud • **Éditrice :** Anne Evans • **Éditrice adjointe :** Anna Marek • **Relecteurs :** Magali Coldefy et Julien Mousquès • **Infographiste :** Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal :** septembre 2024 • **Diffusion :** Rouguiyatou Ndoye • **ISSN :** 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).