

## Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis

### *Reorganise primary care: patient-centered medical homes in the US*

Bras PL<sup>1</sup>

#### Résumé

Un mode d'organisation des cabinets de premier recours sous forme de *patient-centered medical home* (PCMH) est actuellement activement promu et expérimenté aux États-Unis.

Ce modèle vise à répondre aux déficiences de la prise en charge des patients chroniques dans les cabinets traditionnels et à revaloriser le statut matériel et économique des médecins de premier recours. Il repose pour l'essentiel sur une prise en charge des patients par une équipe sous la direction du médecin et sur l'utilisation intensive des nouvelles technologies de communication et d'information.

Ce mode d'organisation est promu par des associations représentatives de médecins mais aussi par les assureurs santé et les pouvoirs publics. Il repose en effet sur un modèle économique censé être gagnant-gagnant. L'amélioration de la prise en charge par la médecine de premier recours est censée entraîner des économies sur les dépenses d'hospitalisation.

Si de nombreuses expérimentations sont en cours, on ne dispose pas de données probantes permettant d'affirmer que les PCMH seront en mesure de générer des économies significatives. Par ailleurs, les difficultés pour transformer un cabinet classique en PCMH ne doivent pas être sous-estimées.

Le mode de rémunération des médecins dans le cadre des PCMH est un enjeu majeur. La place du paiement à l'acte est questionnée. Si ce mode de paiement n'est pas écarté, il devrait être complété par des paiements à la capitation et par des paiements à la performance.

Ce détour par les États-Unis éclaire, par contraste, certaines des caractéristiques de la politique conduite en France autour des maisons de santé.

**Prat Organ Soins. 2011;42(1):27-34**

*Mots-clés* : Maladie chronique ; patient-centered medical home ; médecin généraliste ; maison de santé pluridisciplinaire ; honoraires médicaux ; paiement à l'acte ; rémunération par capitation ; États-Unis d'Amérique.

#### Summary

A method of organising primary care surgeries in the form of patient-centered medical homes (PCMH) is currently being actively promoted and given a test-run in the US.

The purpose of this model is to resolve the shortcomings of health care for chronic patients in traditional surgeries and restore merit to the material and economic status of primary care doctors. It is mainly based on patients being cared for by a team supervised by the doctor and on the intensive use of new information and communication technologies.

This method of organisation is promoted by doctors' associations, health insurers and the public authorities. This is because it is based on a supposedly win-win economic model. Improving health care by primary care medicine is meant to bring about savings on hospitalisation expenses.

Although countless pilot schemes are under way, there are no convincing findings to ascertain that PCMHs will generate significant savings. Moreover, the difficulties in turning a conventional surgery into a PCMH should not be underestimated.

The way in which doctors are paid in PCMHs is a major subject for consideration. The role of fees for services is questioned. While this payment method is not excluded, it should be rounded off by capitation payments and performance-based payments. By contrast, this detour by the US sheds light on some of the characteristics of the policy implemented in France on healthcare homes.

**Prat Organ Soins. 2011;42(1):27-34**

*Keywords*: Chronic disease; patient-centered medical home; general practitioner; medical home; medical fees; fee-for-service; capitation fee; United-States of America.

<sup>1</sup> Professeur associé à l'Université Paris-Ouest, Nanterre La Défense.

Les maisons de santé sont, depuis peu, l'objet d'un intérêt soutenu en France, intérêt dont témoigne de manière éloquente la déclaration du Président de la République, à Bletterans, le 18 septembre 2008 : « Les maisons de santé [...] sont le lieu idéal de coopération entre professionnels de santé. Les maisons de santé sont l'ossature du système de santé de demain. »

Aux États-Unis se développe également une dynamique autour d'un concept qui, a priori, paraît proche : la maison médicale centrée sur le patient (*patient-centered medical home, PCMH*). L'objet de cet article est de présenter l'état de la réflexion et des réalisations autour de ce concept aux États-Unis et, malgré les différences évidentes de contexte, d'oser quelques remarques sur les évolutions françaises à partir de l'expérience américaine.

## I – ORIGINES DE LA RÉFLEXION SUR LES MAISONS MÉDICALES CENTRÉES SUR LE PATIENT

La réflexion sur les PCMH trouve son origine dans un constat critique sur la qualité des soins délivrés aux États-Unis. Deux rapports de l'*Institute of medicine* parus au début des années 2000 ont ainsi mis en évidence que les Américains ne recevaient pas des soins adéquats [1, 2]. Ils ont notamment relayé l'idée que l'organisation traditionnelle des soins de premiers recours n'était pas adaptée à la « transition épidémiologique » caractérisée par la part croissante de la prise en charge des maladies chroniques par rapport au traitement des affections aiguës. La médecine de premier recours est organisée pour répondre ponctuellement à la demande des patients, demande motivée par les signes ressentis de l'épisode aigu. Or la prise en charge des patients chroniques exige de passer de cette médecine opportuniste où le médecin attend le patient à une médecine plus proactive : le médecin doit s'assurer que le patient respecte un plan de soins et intervenir auprès du patient si nécessaire. Par ailleurs, le patient atteint de maladies chroniques n'est pas un simple bénéficiaire de soins mais a vocation à devenir un acteur actif de sa prise en charge. Ses comportements (observance médicamenteuse, style de vie, respect du parcours de soins) déterminent en grande part l'évolution de sa maladie ; accompagner le patient, l'aider à gérer sa maladie devient une fonction essentielle, fonction que le médecin ne peut assumer dans le cadre de la consultation traditionnelle.

Cette réflexion critique a donné lieu à des propositions articulées autour d'un schéma qui est devenu, du moins dans les pays anglo-saxons, une référence dans la réflexion sur la prise en charge des maladies chroniques : le *chronic care model* [3]. Établi à partir de modalités d'interventions qui ont démontré leur

pertinence, le *chronic care model* repose sur l'idée qu'une amélioration substantielle de la prise en charge des patients chroniques exige qu'elle s'organise autour de six composantes interdépendantes :

- les producteurs de soins doivent avoir la possibilité de mobiliser des ressources « communautaires » (groupes de malades, structures d'éducation thérapeutique, etc.) ;
- la qualité de la prise en charge doit être valorisée, des incitations à la qualité doivent être adressées aux professionnels de santé ;
- les patients ayant une influence déterminante sur l'évolution de leur maladie, il convient de les aider à modifier leurs comportements, à gérer leur pathologie ;
- une organisation en équipe est nécessaire avec un clair partage du travail ; le médecin intervient principalement pour déterminer la stratégie thérapeutique et dans les épisodes aigus, les membres de l'équipe assurent le suivi du malade ;
- les soins doivent être planifiés et organisés à partir de protocoles formalisés scientifiquement fondés ;
- un système informatisé permet de gérer les soins, d'assurer la mise en œuvre du plan de soins : suivi d'indicateurs de résultats, dispositif d'alerte, gestion du rappel des patients.

La réflexion engagée sur la prise en charge des maladies chroniques à partir notamment du *chronic care model* s'est prolongée en se focalisant sur l'organisation des soins de premier recours. La PCMH apparaît comme la manière de mettre concrètement en œuvre au sein des cabinets médicaux américains les recommandations du *chronic care model* [4].

Par ailleurs, la promotion des PCMH s'inscrit dans un contexte où il est admis que la médecine de premier recours a été négligée et dévalorisée par rapport à la médecine spécialisée. Des inquiétudes se font jour quant à une pénurie de professionnels médicaux de premier recours. Le projet de PCMH s'inscrit donc dans une volonté d'une part de faire face à des restrictions de temps médical, d'autre part de revaloriser la médecine de premier recours [5].

## II – DÉFINITION DES MAISONS MÉDICALES CENTRÉES SUR LE PATIENT

La définition des PCMH adoptée par quatre associations de médecins américains (*American academy of family physicians, American academy of pediatrics, American college of physicians, American osteopathic association*) fait référence [6]. Ces associations se sont attachées à préciser les principes de fonctionnement des PCMH : les patients des PCMH sont suivis par un médecin personnel ; ce médecin dirige une équipe qui assure collectivement la prise en charge des soins ; les

soins sont coordonnés tant à l'égard des autres composantes du système de soins (spécialités, hôpitaux, etc.) qu'à l'égard de l'environnement du patient (famille, services publics ou privés locaux, etc.) ; l'activité de soins s'appuie sur des systèmes d'information permettant de s'assurer que les patients bénéficient des soins appropriés ; l'accès aux soins est facilité par des horaires appropriés et par le développement de contacts par mails ou par téléphone ; les performances du cabinet sont mesurées ; le cabinet est rémunéré selon des modalités qui permettent de tenir compte de l'ensemble de l'activité au-delà des consultations (travail de l'équipe, coordination, investissement informatique) ; cette rémunération complémentaire peut prendre la forme d'un paiement selon les performances ou d'un intéressement aux économies réalisées en terme d'hospitalisation.

Une autre approche, plus concrète, de la définition des PCMH ressort des critères retenus par le *National committee for quality assurance* (NCQA) pour reconnaître à un cabinet médical le statut de PCMH. La notion de PCMH est en effet devenue un label dont les cabinets peuvent souhaiter se prévaloir. Ils sont dans cette perspective notés au regard de nombreuses exigences. L'évaluation du NCQA porte sur trente et un critères sachant qu'elle distingue plusieurs degrés de conformité par rapport au modèle PCMH. On relève parmi ces exigences le fait de soutenir activement les patients pour qu'ils se prennent eux-mêmes en charge (*patient's self management*), de faire appel à des non-médecins pour gérer les soins, de disposer d'un dispositif de rappels (*reminders*) à destination des médecins pour les actes de prévention, de suivre systématiquement les résultats d'analyse et d'identifier les résultats anormaux, de suivre les adressages aux spécialistes ou à l'hôpital, d'utiliser des outils de prescription électronique avec des contrôles de sécurité et de coût, de mesurer les performances des médecins ou du cabinet.

On retiendra que la PCMH vise à promouvoir un mode d'exercice de la médecine de premier recours fondé d'une part sur le travail en équipe sous l'autorité du médecin et d'autre part sur l'utilisation intensive des nouvelles technologies de la communication et de l'information avec, notamment, l'utilisation de « registres » pour gérer le plan de soins des patients. Ce mode d'organisation doit permettre de mieux suivre les soins dispensés afin de s'assurer qu'ils correspondent aux meilleurs standards, d'accroître les possibilités d'interaction et de communication avec les patients, notamment pour favoriser leur participation à la prise en charge, enfin de mieux coordonner l'intervention des diverses parties prenantes du processus de soins.

### III – UN CONCEPT FÉDÉRATEUR ARTICULÉ AVEC UN MODÈLE ÉCONOMIQUE GAGNANT-GAGNANT

Les PCMH sont promus activement par des associations fédérant les médecins de premier recours. En témoigne le fait que la définition des PCMH émane des collèges/associations des principales spécialités intervenant en médecine de premier recours. Se situant dans une perspective plus syndicale, l'*American medical association* (AMA) a pris une position favorable aux PCMH considérant que ce mode d'organisation pouvait contribuer à l'amélioration des soins, elle s'inquiète toutefois de leur mode de financement.

Le concept de PCMH suscite aussi un fort intérêt au-delà du corps médical, il fédère les diverses parties prenantes du système de santé américain. Certains observateurs évoquent de ce fait une coalition, un « mouvement » pour le renouveau des soins primaires [7].

Ce mouvement s'est structuré au sein du *patient centered primary care collaborative* qui regroupe des structures de soins de premier recours mais aussi des grands employeurs assureurs santé de leurs salariés, des assureurs santé, des structures hospitalières, des entreprises technologiques, des entreprises pharmaceutiques, des structures d'enseignement. Les pouvoirs publics soutiennent également la démarche. L'*Affordable care act* – le texte support de la réforme santé Obama – prévoit ainsi des moyens pour soutenir l'implantation des PCMH<sup>1</sup>.

La constitution de cette coalition s'explique par un modèle économique supposé être gagnant tant pour les financeurs/régulateurs du système de soins que pour les médecins. Il est attendu des PCMH, même si elles entraînent des coûts supplémentaires en ambulatoire, qu'elles contribuent à améliorer la qualité des prises en charge et réduisent les coûts d'hospitalisation. L'économie globale ainsi réalisée est censée profiter aux financeurs mais aussi aux médecins de premier recours dont le niveau de rémunération pourrait de ce fait être amélioré.

Ce modèle a par ailleurs l'avantage de lier la promesse de meilleurs résultats en termes de santé à celle d'une réduction des coûts. Il est nécessairement mieux accueilli par les médecins que les démarches antérieures des assureurs qui, dans le cadre du *managed care*, recherchaient des économies par un contrôle plus étroit de l'activité des professionnels de santé (développement du *gatekeeping*, liste limitative de médicaments, autorisation préalable sur les actes lourds, etc.). Il s'agit

<sup>1</sup> Cf. section 3502 de l'*Affordable Care Act*.

aussi pour les médecins de réinternaliser des fonctions (coordination, accompagnement des patients) dont ils peuvent craindre qu'elles ne soient prises en charge par des organismes extérieurs aux cabinets médicaux.

En effet, ce modèle – investissement dans l'accompagnement des patients pour réaliser des économies sur l'hospitalisation – sert également de base aux programmes de *disease management* [8]. Dans le cadre de ces programmes, des infirmières, salariées par des assureurs ou des entreprises spécialisées, interviennent à partir de plates-formes téléphoniques pour accompagner les patients atteints de maladies chroniques. Le coût de ces interventions qui combinent éducation thérapeutique, aide à la motivation, contribution à la coordination des soins, est, lui-aussi, censé être rentabilisé par des économies sur l'hospitalisation. La rentabilité des programmes de *disease management* a fait et fait toujours l'objet de controverses aux États-Unis. Le bilan mitigé des expériences conduites par les *Centers for medicare and medicaid services* (CMS) et notamment le fait que sur trente-cinq programmes évalués, seulement sept parviennent à, ou soient proches de l'équilibre, a contribué à renforcer le scepticisme sur la performance économique des programmes de *disease management* [9].

Les limites du modèle de *disease management*, où l'accompagnement des patients est réalisé hors du cabinet, renforcent l'intérêt porté à une démarche où le cabinet lui-même est réformé pour intégrer la fonction d'accompagnement des patients. La volonté de promouvoir un travail d'équipe au sein des cabinets a, par ailleurs, été confortée par le bilan peu encourageant d'autres expériences engagées pour évaluer des dispositifs de coordination des soins et d'accompagnement des patients par des professionnels dédiés, extérieurs aux cabinets de premier recours. Quinze expériences randomisées financées par les pouvoirs publics pour évaluer ces dispositifs ont abouti à des résultats décevants : les patients apprécient le soutien qui leur a été apporté, mais les résultats mesurés en termes de qualité des soins sont très modestes : seuls trois programmes sont parvenus à réduire les recours à l'hospitalisation, un seul programme a obtenu des économies sur l'hospitalisation supérieures aux dépenses engagées pour améliorer la coordination [10]. L'échec de cette coordination par un tiers extérieur à la prise en charge de premier recours renforce, selon les auteurs de l'étude, les attentes à l'égard des PCMH où la coordination est assumée par l'équipe de premier recours.

Les deux démarches (réorganisation des cabinets, développement en externe des fonctions d'accompagnement et de coordination) peuvent être considérées comme concurrentes. Pour les promoteurs des programmes de *disease management*, le modèle des PCMH est moins

pertinent au plan économique. Ils admettent que l'on peut en attendre des changements plus profonds dans la prise en charge des patients mais au prix de coûts bien plus élevés que dans le cas du *disease management* [11]. Ils sont confortés dans leur attitude par les résultats récents d'un essai randomisé qui fait apparaître un rendement économique positif des dépenses engagées dans un programme de *disease management* par téléphone [12].

Les promoteurs des PCMH attendent de meilleures performances de la réorganisation interne des cabinets dans la mesure où la transformation des pratiques est plus profonde que dans le cadre des programmes de *disease management* : les fonctions d'accompagnement et de coordination sont assurées par une équipe intégrée au sein du cabinet, les médecins sont pleinement impliqués dans un processus qu'ils animent et dirigent, le suivi des patients est directement amélioré par l'utilisation des registres et de dispositifs de rappel. Par ailleurs, le modèle PCMH est porteur d'espoir pour les médecins quant à la revalorisation de leur statut professionnel ou économique alors que ce statut peut au contraire apparaître menacé dans les dispositifs où les fonctions de coordination et d'accompagnement sont assurées par un tiers.

#### IV – UN MODÈLE EN QUÊTE DE PREUVES

Le concept de PCMH réunit une large coalition d'acteurs car il suscite beaucoup d'espoirs tant au plan sanitaire qu'économique. Il reste à s'interroger sur les éléments qui les fondent.

Les promoteurs du concept s'appuient pour justifier ces espoirs sur de nombreuses études qui font apparaître des résultats favorables lorsque certains éléments du modèle PCMH sont mis en œuvre. Ainsi, sont mobilisées les études qui font apparaître des résultats sanitaires et/ou économiques positifs lorsqu'un médecin personnel est assigné à un patient, lorsque le médecin travaille en équipe avec des infirmières, lorsque le cabinet utilise les nouvelles technologies pour assurer le suivi des soins, lorsque les performances sont mesurées et rémunérées. Les « preuves » dans la littérature de la pertinence de chacune des composantes des PCMH servent de support aux argumentaires visant à les intégrer dans un modèle global pour la prise en charge de premier recours [13].

La relative nouveauté du concept « PCMH » explique que les évaluations de sa mise en œuvre restent relativement rares.

Trois publications, fréquemment citées, suggèrent que ce modèle pourrait permettre d'aboutir aux résultats

espérés. Dans un groupe intégré, la transformation en maison médicale se serait traduite, aux dires de ses promoteurs, par une forte réduction des admissions hospitalières et par une économie globale de 7 %, mais les auteurs de l'étude soulignent que ces résultats sont fondés sur des données « préliminaires » [14]. Le *Group Health*, basé à Seattle, a transformé un de ces sites de prise en charge de premier recours conformément aux préconisations du modèle PCMH. Une étude des résultats sur deux ans montre une amélioration de la satisfaction des patients, une amélioration des indicateurs de qualité, une diminution du *burn out* des médecins et un bilan économique positif dans la mesure où les économies sur les soins hospitaliers l'emportent sur l'augmentation des coûts en ambulatoire [15]. En Caroline du Nord, Medicaid a entrepris de promouvoir la transformation des cabinets de premier recours qui accueillent ses bénéficiaires en développant certaines des composantes du modèle des PCMH. L'évaluation de cette initiative, tant en termes de qualité que d'efficacité, est considérée comme venant conforter les espoirs placés dans les PCMH [16].

Les premiers résultats d'une expérimentation visant à transformer 36 cabinets classiques en PCMH sont moins encourageants. Une étude qualitative montre que les difficultés inhérentes à ce processus ne doivent pas être négligées. Même si les équipes sont fortement motivées, la charge liée aux changements à entreprendre est lourde et il peut s'avérer délicat de maintenir un niveau de motivation élevé dans la durée. L'introduction d'outils modernes d'information et de communication n'est pas une opération simple se limitant à l'adoption d'un outil clefs en main. Les médecins doivent accepter une transformation de leur rôle à l'égard des patients et développer des qualités de leadership à l'égard de leurs collaborateurs en rupture avec des modes de management traditionnels [17, 18]. Dans ces cabinets, les améliorations des indicateurs de qualité à 26 mois sont modestes et l'on ne constate pas d'amélioration des appréciations portées par les patients sur leurs conditions de prise en charge [19]. Les auteurs de l'étude considèrent que les bénéfices des transformations engagées peuvent exiger plus de deux ans pour se manifester, ils soulignent également que les transformations ont été entreprises sans modification du mode de rémunération des cabinets.

Les quelques études disponibles ne sont pas suffisantes pour démontrer la pertinence du concept. Il sera d'autant plus difficile d'établir cette pertinence de manière générale que si les PCMH sont articulés autour de principes communs, il y a bien évidemment de multiples variantes tant dans le contexte préexistant à la transformation en PCMH (taille et organisation du cabinet, modes de rémunération, etc.) que dans les modalités de mise en œuvre de ces principes.

Quoi qu'il en soit, il existe de nombreux projets pilotes privés en cours de développement et d'évaluation dont les résultats devraient être disponibles prochainement [20]. Par ailleurs, les pouvoirs publics, à travers le *Centers for Medicare and Medicaid Services*, ont lancé et vont développer des évaluations du modèle PCMH qui devraient être de bonne qualité au plan méthodologique [21].

Même s'il peut s'autoriser d'espoirs raisonnables, le mouvement autour des PCMH n'est pas encore fondé sur des preuves, particulièrement pour ce qui concerne le modèle économique qui le sous-tend. Il semble qu'il y ait une large part de volontarisme ou une forme de pari de la part des acteurs qui soutiennent activement la promotion du concept.

## V – INTERROGATIONS AUTOUR DU MODE DE RÉMUNÉRATION DES PCMH

Dans ce contexte, la question du mode de rémunération des PCMH constitue, bien évidemment, un enjeu majeur, particulièrement pour le corps médical [22].

À cet égard, aucun modèle précis n'émerge vraiment, même si les membres du *Patient centered primary care collaborative* se sont accordés sur les principes suivants. Le mode de paiement traditionnel à l'acte (*fees for services*) favorise l'activité en volume et la fragmentation des soins plutôt que la coordination des soins et la prévention. Le mode de rémunération des PCMH doit rémunérer le temps de coordination de l'équipe, inciter à l'utilisation des moyens d'information et de communication, rémunérer les performances, prendre en compte les économies induites en matière d'hospitalisation, contribuer à revaloriser l'activité de soins de premier recours. Plus concrètement, il est envisagé un modèle de rémunération articulé autour de trois composantes : une part de capitation mensuelle ajustée sur le risque, une part de paiement à l'acte pour maintenir une incitation à l'accueil des patients par les médecins, une part fondée sur les performances [23]. Les principes adoptés semblent marquer la recherche d'un équilibre, d'un compromis autour de la place que doit conserver le paiement à l'acte dans les PCMH. Sur la base des expériences internationales, il est admis que le travail en équipe entre professionnels médicaux et non-médicaux se développe plus aisément dans des contextes où ils sont rémunérés sous forme de capitation ou de salaire ou, du moins, sous une forme mixte (partage entre capitation et actes) [24].

En pratique, sur 26 expériences recensées où des cabinets sont en cours de transformation en PCMH (14 500 médecins et environ 5 millions de patients concernés), le paiement à l'acte reste l'élément central

de rémunération, même s'il est quasi systématiquement complété par une capitation mensuelle dont le montant varie de 0,50 à 9 \$ par patient [25]. Dans certaines expériences, le financement d'infirmières intégrées dans l'équipe est pris en charge ; dans d'autres, les investissements préalables à la transformation (informatique, communication) sont préfinancés.

La part de rémunération qui prendra la forme de paiement à la performance, voire d'intéressement aux économies sur l'hospitalisation, constitue également un enjeu majeur. Le modèle économique des PCMH se fonde sur un espoir de gain global mais l'atteinte de cet objectif reste incertaine. Si la part du paiement à la performance est importante, le risque est supporté par le(s) médecin(s). Si elle est réduite, il est supporté par le financeur.

## VI – QUELQUES REMARQUES SUR LA SITUATION FRANÇAISE À PARTIR DE L'EXPÉRIENCE AMÉRICAINE

Même si les problématiques – améliorer la prise en charge des patients chroniques et faire face à une diminution/pénurie actuelle ou future de l'offre médicale de premier recours – qui, aux États-Unis, motivent l'intérêt pour les PCMH peuvent paraître relativement similaires à celles auxquelles nous sommes confrontés en France, il n'est pas possible, compte tenu du caractère radicalement différent du contexte, de considérer les PCMH comme une recette qui pourrait être importée en France.

Ce détour par les États-Unis peut toutefois servir de support pour interroger certaines caractéristiques des évolutions en cours en France.

Ainsi, on notera qu'en France comme aux États-Unis, les perspectives de réorganisation de la médecine de premier recours se construisent autour de la même notion de « maison » ce qui révèle l'attraction de la référence à la sphère familiale/domestique – synonyme de confiance, de relations désintéressées, de chaleur humaine, de considérations pour la personne – pour caractériser à la fois le lieu et le mode d'organisation de la prise en charge de premier recours. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit aux États-Unis d'une maison *médicale* et en France d'une maison de *santé*. Aux États-Unis, le rôle directeur du ou des médecins est clairement assumé et revendiqué, c'est autour de lui (ou d'eux) que se construit une équipe intégrée pour la prise en charge des patients. En France, la maison de santé vise à regrouper des professionnels divers dont on attend qu'ils se coordonnent mieux, voire construisent des projets communs, mais sans intégration dans une équipe, sans transformation profonde des rôles des

médecins et des infirmiers. On peut y voir la traduction du souci d'autonomie de chacune des professions de santé, et notamment des infirmiers peu enclins à se placer sous l'autorité des médecins, de la réticence des médecins à déléguer, serait-ce sous leur autorité, certaines de leurs fonctions ou encore la prégnance du paiement à l'acte qui, par construction, ne favorise pas le travail en équipe. Peut-on attendre d'un exercice coordonné les mêmes avantages que ceux attendus d'un exercice intégré en équipe : certainement pas en termes de gain de temps médical et sûrement pas en termes de progrès dans l'accompagnement des patients. Si les PCMH restent en quête de preuves, celles-ci seront certainement encore plus difficiles à apporter pour ce qui concerne les maisons de santé.

Par ailleurs, on l'a noté, la perspective conjointe d'une amélioration de la qualité de prise en charge des patients et d'un modèle économique gagnant-gagnant suscite, aux États-Unis, une mobilisation large des diverses parties prenantes du système de soins autour d'une nouvelle forme d'organisation des soins. Même si la perspective des PCMH ne fait pas l'unanimité et suscite, notamment de la part de certains médecins, certaines réactions, si ce n'est d'hostilité ouverte, du moins de scepticisme quant aux bénéfices sanitaires et économiques attendus, une dynamique de réorganisation de la médecine de premier recours semble être engagée.

Une dynamique du même ordre semble plus difficile à construire en France. À la différence des États-Unis où les PCMH ont été pensés par des structures professionnelles largement représentatives, les maisons de santé sont promues, pour l'essentiel, par les pouvoirs publics même si ceux-ci peuvent compter sur l'appui d'une frange militante de médecins. L'enthousiasme de la sphère politico-administrative pour les maisons de santé ne trouve pas un grand écho parmi les professionnels. Par ailleurs, et peut-être de ce fait, les maisons de santé sont parfois pensées dans une perspective très large (cf. citation du Président de la République en introduction) mais aussi dans une version confinée où elles n'auraient vocation à se développer que dans des situations particulières telles que les « déserts médicaux ». Il est bien possible qu'autour des maisons de santé se reproduise le phénomène observé à la fin des années 1990 autour des réseaux. Ils étaient devenus la référence obligée des discours politiques sur la santé, ils ont fait l'objet d'un investissement assez soutenu de la part de la sphère administrative. Mais comme l'indique FX Schwyer, « les réseaux de santé ont suscité de grands espoirs ; force est de constater que les perspectives brossées dans les années quatre-vingt-dix n'ont pas révolutionné le système de santé » [26]. Pour ce qui est des États-Unis, la dynamique engagée ne garantit pas son succès. Il est possible que certains des espoirs placés dans les PCMH soient déçus, notamment celui

d'obtenir un gain économique significatif et partagé. En tout état de cause, les efforts réalisés devraient être bénéfiques pour les patients.

Enfin, on notera qu'aux États-Unis la revalorisation de la médecine de premier recours est pensée à partir d'économies sur l'hospitalisation. Un tel schéma pourrait être envisagé en France dans un système réputé pour son hospitalocentrisme. De plus, l'échange entre économies et revalorisation des généralistes n'est pas totalement étranger à notre culture ; les économies sur les prescriptions liées à la maîtrise médicalisée n'étaient-elles pas censées gager, après 2004, les revalorisations progressives des généralistes ? Pour autant, la perspective de réduire significativement les recours à l'hospitalisation et de financer ainsi une meilleure prise en charge en ville n'a jamais constitué une orientation affirmée et assumée. Même si des résultats économiques ne peuvent être transposés hors de leur contexte national, les résultats des PCMH aux États-Unis nous éclaireront peut-être : notre prudence est-elle justifiée ou écartons-nous une perspective fructueuse ? Par ailleurs, si, en France, les établissements de santé sont rémunérés individuellement à l'activité, la dotation dont bénéficie l'ensemble des établissements (l'ONDAM hospitalier) n'est pas aujourd'hui déterminée à partir de l'activité passée ou future mais reste une décision de nature politique, objet d'un compromis avec la communauté hospitalière. L'enchaînement meilleure prise en charge en ville, complications évitées, économies sur l'hospitalisation est dans ce contexte encore plus incertain.

## RÉFÉRENCES

1. Khon LT, Corrigan JM, Donalson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academic Press; 2000.
2. Institute of medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academic Press; 2001.
3. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. *Organizing care for patients with chronic illness*. *Milbank Q*. 1996;74:511-44.
4. Kilo CM, Wasson JH. *Practice redesign and the patient-centered medical home: history, promises; and challenges*. *Health Aff*. 2010;29:773-8.
5. Bodenheimer T, Pham HH. *Primary care: current problems and proposed solutions*. *Health Aff*. 2010;29:799-805.
6. American academy of family physicians, American academy of pediatrics, American college of physicians, American osteopathic association. *Joint principles of the Patient-centered medical home*. Washington (DC): Patient centered primary care collaborative; février 2007.
7. Grundy P, Hagan KR, Chin Hansen J, Grumbach K. *The multi-stakeholder movement for primary care renewal and reform*. *Health Aff*. 2010;29:791-8.
8. Bras PL, Duhamel G, Grass E. *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management*. *Prat Organ Soins*. 2006;37:341-56.
9. Bott DM, Kapp MC, Johnson LB, Magno LM. *Disease management for chronically ill beneficiaries in traditional Medicare*. *Health Aff*. 2009;28:86-98.
10. Peikes D, Chen A, Sclore J, Brown R. *Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among medicare beneficiaries*. *JAMA*. 2009;301:603-18.
11. Lewis A. *Disease management of the future and its role in the health plan of the future*. In: Brown J, Lewis A, eds. *The next generation of disease management: 2009 and beyond*. Waltham, MA: Disease management purchasing consortium international, Inc; 2008.
12. Wenberg DE, Marr A, Lang L, O'Malley S, Bennet G. *A randomized trial of telephone care-management strategy*. *N Engl J Med*. 2010;363:1245-55.
13. Rosenthal TC. *The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care*. *J Am Board Fam Med*. 2008;21:427-40.
14. Paulus RA, Davis K, Steele GD. *Continuous innovation in health care: implications of the Geisinger experience*. *Health Aff*. 2008;27:1235-45.
15. Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, Fishman PA, Hsu C, Soman MP, et al. *The Group Health medical home at year two: cost savings, higher patient satisfaction, and less burn-out for providers*. *Health Aff*. 2010;29:835-43.
16. Steiner BD. *Community Care of North Carolina: improving care through community health networks*. *Ann Fam Med*. 2008;6:361-7.
17. Nutting PA, Miller WL, Crabtree BF, Jaen CR, Stewart EE, Stange KC. *Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient centered medical home*. *Ann Fam Med*. 2009;7:254-60.
18. Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL, Stewart EE, Stange KC, Jaén CR. *Journey to the patient centered medical home: a qualitative analysis of the experiences of practices in the national demonstration project*. *Ann Fam Med*. 2010;8 suppl 1:S45-S56.
19. Jaén CR, Ferrer RL, Miller WL, Palmer RF, Wood R, Davila M, et al. *Patient outcome at 26 months in the patient centered medical home national demonstration project*. *Ann Fam Med*. 2010;8 suppl 1:S57-S66.
20. *Patient-centered primary care collaborative. Proof in practice: a compilation of patient centered medical home pilot and demonstration projects*. Washington (DC): PCPPC; 2010.

21. Peikes D, ed. *Design of the medical home demonstration*. Princeton (NJ): Mathematica Policy Research, Inc; octobre 2008.

22. Merrel K, Berenson RA. *Structuring payment for medical home*. *Health Aff*. 2010;29:852-8.

23. *Patient-centered primary care collaborative. Proposed hybrid blended reimbursement model*. [<http://www.pcpcc.net>]. Page consultée le 28 septembre 2010.

24. Bourgueil Y, Chambaretaud S, Marek A, Mousques J. *Les nouvelles formes de coopération des professionnels de santé : premiers enseignements des expériences internationales*. In :

*Haute Autorité de santé. Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*. Saint-Denis la Plaine (France) : Haute Autorité de santé, rapport du groupe de travail présidé par M. Elbaum ; décembre 2007.

25. Bitton A, Martin C, Landon BE. *A nationwide survey of patient centered medical home demonstration project*. *J Gen Intern Med*. 2010;25:584-92.

26. Schweyer FX. *L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé*. In : Bloy G, Schweyer FX, eds. *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Rennes (France) : Presses de l'École des hautes études en santé publique ; 2010.