

# Accountable Care Organisations

## ENSEIGNEMENTS D'UN MODÈLE DÉVELOPPÉ AUX ETATS-UNIS



Camille Léandre, Adeline Townsend, Adrien Dozol,  
DGOS/SDR/Bureau R5

DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS



# Cadrage

---

La loi de modernisation du système de santé français<sup>1</sup> vise à promouvoir la coordination des soins et « la structuration des parcours de santé ». Elle propose plusieurs outils organisationnels d'aide à la coordination. Néanmoins les décideurs et les professionnels de santé ne disposent pas d'outils financiers d'aide à la coordination.

Promulguée en 2010, l'Affordable Care Act (ACA) a pour objectif d'améliorer la couverture santé de la population américaine. Dans le même temps cette loi vise à améliorer la qualité des soins et à contenir les dépenses de santé. Dans cette perspective, cette loi crée les Medicare Shared Savings Program (MSSP) Accountable Care Organisations (ACOs). Les ACOs sont un groupement de prestataires de soins de la ville et de l'hôpital, s'engageant sur l'amélioration du service rendu à une population. Les modalités de paiement des acteurs restent identiques (salarial, à l'acte etc.), mais ils sont liés par un contrat entre eux et le financeur avec un objectif commun de dépenses de santé. Ainsi, les acteurs du groupement s'engagent collectivement sur un budget virtuel par patient. En cas de sous-exécution de l'enveloppe budgétaire, le payeur et les prestataires se partagent les bénéfices. Dans ce cas, l'ACO perçoit des intéressements financiers du payeur, et ces derniers sont ensuite reversés aux prestataires de l'ACO. Ces modalités de partage des bénéfices est sous couvert d'atteinte d'objectifs de qualité et de coordination des soins. Certains contrats précisent qu'un partage des bénéfices peut être plus important pour les fournisseurs de soins, en contrepartie d'un partage des pertes en cas de sur-exécution de l'enveloppe budgétaire : l'ACO rembourse une partie des pertes financières au payeur. Ce nouveau modèle organisationnel vise à promouvoir la coordination des professionnels et limiter les dépenses de santé, voire à développer des financements alternatifs au paiement à l'acte.

Ce document vise à établir un bilan des ACOs développées aux Etats-Unis<sup>1</sup>. Dans l'hypothèse d'une transposition d'un modèle ACO en France, il analyse les enseignements de ce bilan pour le décideur et examine les modalités possibles d'amélioration de la coordination des soins et de financement alternatif au paiement à l'acte en France.

---

<sup>i</sup> Il s'appuie sur les travaux menés par le bureau R5 de la DGOS avec l'aide une interne de santé publique (Camille Léandre) dans le cadre de son Master d'économie de la santé à l'Université Paris Dauphine (sous la direction de Mme Brigitte Dormont, directeur de mémoire)

**Tableau 1. Comparaison des systèmes de santé américain et français**

	Etats-Unis	France
Population en milliers de personnes (2014)	318 892	64 360
Part de la population nationale en zones urbaines (2014)	42,1%	34,8%
<b>Productivité</b>		
PIB par habitant en PPA <sup>ii</sup> (2013)	53 042 USD	37 671 USD
Taux de croissance annuel moyen du PIB par habitant (en termes réels) entre 2010 et 2013	+1,3%	+0,4%
<b>Etat de santé</b>		
Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus (2013)	13%	17,7%
Espérance de vie à la naissance (2013)	78,8 ans	82,3 ans
Taux de décès standardisé pour 100 000 personnes (2014)	826,2	671,1
<b>Offre de soins</b>		
Médecins en exercice pour 1000 habitants (2013)	2,6	3,3
Répartition des médecins par catégorie (2013)		
<i>Médecins généralistes</i> <sup>iii</sup>	12%	47%
<i>Médecins spécialistes</i> <sup>iv</sup>	88%	53%
Lits d'hôpitaux pour 1000 habitants (2013)	2,9	6,3
<b>Dépenses de santé</b>		
Dépenses de santé par habitant en PPA (2013)	8 713 USD	4 124 USD
Taux de croissance annuel des dépenses de santé par habitant (en termes réels) entre 2010 et 2013	+ 1,9%	+1,2%
Dépenses de santé en pourcentage du PIB		
1980	8,2%	6,7%
2000	12,5%	9,5%
2013	16,4%	10,9%
Pourcentage des dépenses de santé par financement (2013)		
<i>Administration publique</i>	48%	4%
<i>Sécurité sociale</i>	0%	75%
<i>Paiement direct des ménages</i>	12%	7%
<i>Assurance privé</i>	35%	14%

## DES PROBLEMATIQUES SIMILAIRES

A l'instar des pays industrialisés, la France fait face à un vieillissement de la population et à une augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques. Dans ce contexte l'articulation des soins entre la ville et l'hôpital est d'autant plus nécessaire. La littérature montre que le système de santé français présente une fragmentation des prestations de santé<sup>2</sup>. Ce manque de coordination est renforcé par le financement à l'acte des acteurs et des enveloppes budgétaires en silos<sup>2-4</sup>. De plus, le financement à l'activité ne prend pas en compte la qualité des soins<sup>5</sup> et les résultats de santé. Il favorise la demande induite des acteurs et la production d'activité<sup>4,6</sup>, et donc une augmentation des dépenses de santé.

Les Etats-Unis présentent des difficultés similaires à celle de la France, en particulier l'assurance maladie publique Medicare qui couvre les américains âgés de 65 ans et plus. D'une part Medicare fait face à une augmentation des dépenses de santé. En 2013 Medicare couvrait 52,3 millions d'américains soit un sixième de la population des Etats-Unis pour un coût annuel de \$583 milliards. Les dépenses de Medicare par bénéficiaire étaient de \$385 en 1970 alors qu'elles étaient de \$12 210 en 2013. La part des dépenses de santé de Medicare consacrées au PIB était de 0,7% en 1970 et de 3% en 2013 ; elle est prévue à 3,8% en 2030<sup>7,8</sup>. D'autre part Medicare est confrontée<sup>7,8</sup> à un besoin

<sup>ii</sup>PPA : parité de pouvoir d'achat

<sup>iii</sup>Outre les médecins généralistes/médecins de famille, cette catégorie inclut également les médecins exerçant une médecine générale sans spécialité.

<sup>iv</sup>Les médecins spécialistes comprennent les pédiatres, les obstétriciens/gynécologues, les psychiatres et les spécialistes médicaux et chirurgicaux.

de coordination de soins lié à une augmentation de la part des bénéficiaires de Medicare les plus âgés et présentant des pathologies chroniques. Néanmoins le paiement à l'acte des acteurs et une division de Medicare en plusieurs prestations différentes n'incitent pas à répondre à ce besoin.

## UN CONTEXTE HISTORIQUE FAVORABLE

La création des Managed Care Organisations<sup>9</sup> (MCOs) par les assureurs privés dans les années 1980 a été un facteur historique favorable au développement des ACOs. Ces organisations visent à intégrer les fonctions de producteur et d'assureur, entraînant une intégration verticale de l'offre de soins. Elles limitent la demande induite des prestataires grâce à des incitations financières<sup>v</sup>. Elles contrôlent la consommation de soins des usagers, soit par un gatekeeping<sup>vi</sup>, soit par des incitations financières pour les patients à se faire soigner au sein du réseau de soins. Néanmoins les MCOs ont eu pour effets pervers: (1) une maîtrise des dépenses de santé par un rationnement des soins ; (2) un manque de liberté de choix des patients ; (3) une contractualisation sélective des prestataires en excluant certains prenant en charge les populations vulnérables à haut risque et la création de monopoles de marchés ; (4) des conflits d'intérêt des médecins liés aux intéressements financiers ; (5) une recherche du profit.

Les ACOs semblent proches des MCOs, mais néanmoins les enseignements des MCOs ont été pris en compte dans l'élaboration du modèle ACO. De fait les ACOs présentent des différences importantes, en particulier la maîtrise des dépenses de santé par l'optimisation du parcours des patients, l'amélioration de la qualité des soins et la nécessité d'un système d'information performant. Le tableau 1 présente les similitudes et différences entre les MCOs et les ACOs.

**Tableau 2. Comparaison des MCOs et ACOs**

	MCO	ACO
<b>Généralités</b>	Intégration verticale des fonctions d'assureur et d'offreur	transfert du risque financier du l'assureur vers l'offreur
<b>Leadership</b>	Assureurs	Prestataires
<b>Prestataires</b>	Les assureurs MCOs contractualisent avec des prestataires de santé	Les ACOs se forment sur la base du volontariat des prestataires
<b>Modèle financier</b>	Incitation des prestataires à réduire les soins non nécessaires	Incitation des prestataires à réduire les soins non nécessaires
	Les dépenses sont contrôlées par des incitations financières	Les dépenses sont contrôlées par des incitations financières
	Les prestataires supportent un risque financier important	Les prestataires supportent un risque financier moins important que ceux des MCOs
	Les incitations financières sont focalisées sur la réduction de consommation des prestations de santé	Les incitations financières sont focalisées sur l'amélioration de la qualité et la coordination des soins
<b>Patients</b>	Limitation du choix des prestataires par les patients	Conservation du libre choix des prestataires par les patients Les patients sont représentés dans les instances décisionnaires
<b>Outils</b>	Un système d'information peu performant	Un système d'information performant

<sup>v</sup> (1) soit par une modification du mode de rémunération (capitation, salariat). Certaines MCOs peuvent notamment avoir recours à des retenues financières en cas de dépassement de cibles de dépenses, et a contrario à des majorations de rémunération ; (2) soit par une conservation du paiement à l'acte avec des rétributions indexées sur les dépassements des budgets

<sup>vi</sup> Le gatekeeping se définit comme le contrôle par un prestataire donné des consommations de soins des patients. Le prestataire responsable de ce rôle est fréquemment le médecin généraliste

# Présentation des ACOs

---

Cette partie cible principalement les contrats ACOs MSSP. Néanmoins les assureurs privés ont aussi développé leurs propres contrats ACOs. Les pré-requis ne sont pas les mêmes que pour les ACOs Medicare, et de fait ces organisations sont hétérogènes et variées. L'Assurance Maladie et Medicare sont confrontées au même problème de maîtrise des coûts, ce qui est moins le cas pour les assurances privées américaines. En effet, en 2010<sup>10</sup> les dépenses privées comptaient pour 35% des dépenses totales de santé aux Etats-Unis, contre 49% pour les dépenses de Medicare et Medicaid. Ainsi il est pertinent pour le décideur français de se focaliser uniquement sur les ACOs développées par Medicare. Cependant la littérature souligne que le nombre de personnes couvertes est bien plus important avec des contrats commerciaux qu'avec des contrats publics. En effet en 2016<sup>11</sup>, les contrats commerciaux couvrent 17,2 millions de personnes (60,7%) alors que les contrats Medicare couvrent 8,3 millions de personnes (29,3%).

## PERSONNE MORALE

L'ACA<sup>12</sup> précise que l'ACO MSSP doit avoir une personne morale responsable devant les autorités sanitaires. Elle est en charge de la perception des intéressements financiers et de leur redistribution auprès des fournisseurs de soins de l'organisation, ainsi que du reversement à Medicare en cas de dépassement du budget cible.

## GOUVERNANCE<sup>12</sup>

L'ACO doit avoir une instance directionnelle. Elle doit être distincte de toutes les instances directionnelles des membres de l'ACO. L'ACO doit veiller au risque de conflits d'intérêt entre l'instance directionnelle de l'ACO et celles de chacun des prestataires de l'ACO.

L'instance directionnelle a pour obligation d'avoir une gouvernance partagée : les professionnels de santé doivent y être représentés et détenir le pouvoir de contrôle à 75%. Par ailleurs, l'instance directionnelle doit avoir un représentant des usagers de Medicare.

Néanmoins cet encadrement fait plus l'objet de recommandations que de règles « dures », il est laissé une souplesse à l'ACO concernant la représentation au sein de l'instance directionnelle. En effet si ces recommandations ne sont pas être suivies, l'ACO doit à minima démontrer comment elle assure la représentation des professionnels de santé et des usagers au sein de l'instance directionnelle.

## POPULATION<sup>13,14</sup>

Il s'agit de patients âgés de plus de 65 ans, pris en charge par l'assurance santé publique. Un patient est assigné à une ACO si la majorité des soins primaires reçus dans l'année ont été prodigués par des professionnels de soins primaires<sup>vii</sup> ayant contractualisé avec l'ACO. Un patient ne peut être assigné qu'à une seule ACO MSSP ou autre expérimentation de Medicare. Cette liste de patients assignés est

---

<sup>vii</sup> Les professionnels de soins primaires peuvent être des médecins de 1<sup>er</sup> recours, des infirmières libérales (cliniciennes ou non), ou de médecins assistants, exerçant à titre individuel ou en groupe. Les médecins de 1<sup>er</sup> recours sont définis dans ce cadre par les spécialités suivantes : médecine générale, médecine interne, pédiatrie et gériatrie.

réévaluée chaque année. Cette évaluation est réalisée de deux manières : (1) rétrospectivement : l'assignation des patients est évaluée à la fin de chaque année n. Elle repose sur la consommation de soins de 1er recours des patients au cours de l'année n ; (2) prospectivement : l'ACO dispose au début de chaque année n d'une liste de patients assignés dont les prestataires du groupement seront responsables pendant l'année n. Elle repose sur la consommation de soins de 1er recours des patients au cours de l'année n-1. Les contrats MSSP ont une assignation prospective ou rétrospective en fonction des contrats.

Il est requis un minimum de 5 000 bénéficiaires assignés à l'ACO.

L'ACO s'engage sur la prise en charge médicale et autres soins pour ces bénéficiaires consommant des soins de l'organisation. Elle ne cible pas des personnes ayant des pathologies spécifiques. Cet engagement est collectif car il concerne l'ensemble des prestataires de soins du groupement.

Une différence majeure avec les MCOs est que (1) les usagers conservent la liberté de choix des prestataires appartenant ou non à l'ACO, et (2) ils ne bénéficient pas d'incitation financière. L'utilisateur est en droit de refuser le partage de ses données-patient.

## PRESTATAIRES<sup>15</sup>

Les prestataires de soins primaires forment le socle de l'ACO avec une place prépondérante au sein de l'organisation, puisque c'est la patientèle de ces médecins qui constitue la population de l'ACO.<sup>16</sup> La participation des prestataires de santé à une organisation ACO est volontaire. De fait, les regroupements de prestataires sont variables et hétérogènes incluant ou non des hôpitaux. Les professionnels pouvant être regroupés dans l'ACO sont ceux couvrant les services fournis par Medicare. Les modes d'activité des fournisseurs de soins peuvent être variés (individuel, de groupe, salariat). Les partenariats existants entre les prestataires (coopération/fusion entre établissements ou entre établissements et professionnels de Ville) peuvent être inclus dans le modèle ACO.

## PERIMETRE DES SOINS<sup>14</sup>

Le périmètre des soins inclut les dépenses de ville (hors médicaments) et les dépenses hospitalières, et ce même si l'hôpital n'est pas membre de l'organisation. En effet, la cible de dépenses inclut les dépenses couvertes par les parties A et B de Medicare. Medicare Partie A couvre les soins hospitaliers et les soins palliatifs. Cette couverture est universelle pour l'ensemble des bénéficiaires de Medicare. Medicare Partie B est une assurance optionnelle subventionnée à hauteur de 75%. Elle couvre les soins ambulatoires hors médicaments.

## MODELE FINANCIER<sup>14</sup>

Les modalités de paiement des acteurs de soins restent identiques. Pour une période contractuelle donnée, l'ACO et Medicare s'engagent sur une cible de dépenses. Chaque année du contrat, le niveau de dépenses réel de l'ACO est comparé à cette cible : (1) si le niveau de dépenses réel est inférieur à la cible de dépenses, l'ACO génère des bénéfices financiers sur le tendanciel, dont une partie peut être reversée à l'ACO. L'ACO perçoit des intéressements financiers par Medicare ; (2) si le niveau de dépenses réel est supérieur à la cible de dépenses, l'ACO génère des pertes financières, qui peuvent être imputées pour partie à l'ACO. L'ACO rembourse Medicare d'une partie des pertes

financières générées. Cette prise de risque en cas de dépassement n'est pas imposée, elle est choisie par le groupement. Dans ce cas, le groupement bénéficie d'un intéressement plus important (cf. tableau 3).

La cible de dépenses correspond à la consommation historique de soins pour les parties A et B de Medicare des patients assignés à l'ACO. Cette cible est la même pour l'ensemble de la période contractuelle. Elle est ajustée annuellement uniquement sur les variations de case-mix de l'ACO et le taux d'évolution national des dépenses de Medicare. Les dépenses réelles correspondent aux soins consommés pour les parties A et B de Medicare par les patients assignés à l'ACO.

## ASPECTS CONTRACTUELS<sup>14</sup>

Les prestataires de santé peuvent adhérer à plusieurs contrats ACOs, aussi bien des contrats Medicare que des contrats d'assureurs privés.

La durée du contrat est de 3 ans.

Il y a une gradation dans le partage du risque financier en fonction des types de contrats ACOs MSSP. Elle porte à la fois sur les intéressements financiers perçus et la part des pertes économiques à reversés (cf. tableau 2).

**Tableau 3. Partage du risque financier en fonction du type de contrat ACO MSSP**

	Contrat MSSP type 1	Contrat MSSP type 2	Contrat MSSP type 3
<i>Bénéfices générés : part reversée à l'ACO par Medicare</i>	50%	60%	75%
<i>Pertes générées : part reversée à Medicare par l'ACO</i>	Non attendu	40% à 60%	40% à 75%

L'ACO est libre de la politique de redistribution des intéressements financiers envers les prestataires de soins de l'organisation. Il n'y a pas de fixation nationale des relations contractuelles entre les prestataires.

## INDICATEURS DE PERFORMANCE<sup>14</sup>

Des objectifs de performance doivent être atteints pour que l'ACO puisse bénéficier des économies générées. A cette fin, 33 critères de qualité sont répartis dans 4 domaines : expérience du patient, coordination et sécurité des soins, prévention de la santé et populations à risque. Le niveau d'exigence est progressif avec comme objectif la première année d'être en capacité de collecter les données et d'évaluer les résultats des 33 indicateurs, et les années suivantes d'atteindre les objectifs requis pour bénéficier des incitations financières.

## INVESTISSEMENT<sup>14</sup>

L'Advance Payment permet à certaines ACOs MSSP de bénéficier d'une aide financière à l'amorçage. Il s'agit d'ACO ayant un faible chiffre d'affaires annuel, pouvant être situées en zones rurales. Il consiste en une avance de fonds de financement qui seront remboursés ultérieurement par les bénéfices générés. L'ACO reçoit un versement fixe et des versements variables en fonction du

nombre de patients assignés. Selon plusieurs cas, Medicare s'engage à ne pas percevoir les versements en cas de non capacité financière de l'ACO à les rembourser.

## LES ACOs PIONEER

Le Centre de l'Innovation pour Medicare et Medicaid met en œuvre depuis janvier 2012 une expérimentation sur une autre forme d'ACOs, les ACOs Pioneer. Bien que la population cible, les prestataires concernés, le périmètre des soins et les indicateurs de performance soient identiques aux ACOs MSSP, elles présentent une intégration des fonctions de producteur et d'assureur plus importante. En effet, le partage du risque financier avec Medicare est plus important. De plus elles évoluent vers un financement réel à la capitation. Le tableau 3 résume les différences entre les ACOs MSSP et les ACOs Pioneer.

**Tableau 4. Différences entre les ACOs MSSP et les ACOs Pioneer**

	ACO MSSP	ACO Pioneer
<i>Population</i>	Minimum de 5000 bénéficiaires assignés requis Assignation prospective ou rétrospective en fonction des contrats Les patients conservent la liberté de choix des prestataires appartenant ou non à une ACO	Minimum de 15 000 bénéficiaires assignés requis Assignation uniquement prospective Les patients ont la liberté de choix d'être assigné ou non à l'ACO
<i>Modèle financier</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement à l'acte des prestataires</li> <li>• Pas de modification du mode de rémunération des prestataires sur l'ensemble de la période contractuelle</li> <li>• L'ACO s'engage sur un budget virtuel à la capitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement à l'acte des prestataires les deux premières années du contrat</li> <li>• Paiement partiel sous forme de « population-based payment<sup>a</sup> » les trois années suivantes du contrat, le reste du financement est à l'activité</li> <li>• L'ACO s'engage en partie sur un budget virtuel à la capitation, et en partie d'un budget réel à la capitation</li> </ul>
<i>Contrat</i>	Durée de 3 ans Partage des bénéfices et/ou pertes financières en fonction des contrats	Durée de 5 ans Pour la partie « financement à l'activité » des prestataires : partage des bénéfices et/ou pertes financières en fonction des contrats. Ce partage du risque financier est plus important que pour les ACOs MSSP

**Notes:** <sup>a</sup> paiement mensuel à la capitation



# Enseignements

---

## BILAN

### Cadre général

En 2016, 838 ACOs sont identifiées sur l'ensemble des Etats-Unis, en augmentation de 12,6% par rapport à l'année précédente, alors qu'en 2012 leur nombre était de 84<sup>11</sup>. 433 sont des ACOs MSSP. Il y aurait plus de 250 ACOs commerciales<sup>17</sup>. Le nombre de contrats est de 1 217 fin janvier 2016, couvrant 28,3 millions de personnes soit 8,9% de la population américaine<sup>11</sup>. Le nombre de contrats est supérieur au nombre d'ACO car elles peuvent en conclure avec plusieurs payeurs publics ou privés.

En 2012<sup>18</sup>, une part importante du territoire était couvert par des ACOS. Il y avait au moins une ACO implantée dans 27% des zones géographiques locales<sup>viii</sup>. Ces zones géographiques couvraient 55% de la population américaine. Cette couverture varie selon les caractéristiques des territoires. En effet, les ACOs se sont développées préférentiellement dans des zones urbaines avec une densité de population élevée<sup>18-20</sup>.

### Gouvernance

Les formes de gouvernance des ACOs sont variées. Généralement ce sont les structures hospitalières et les groupes de médecins libéraux qui sont en charge de la gouvernance. D'autres entités peuvent également être en charge de la gouvernance d'une ACO, y compris le regroupement de plusieurs organismes, en particulier une collectivité locale, s'associant à des centres de santé ou à une autre partie prenante<sup>21,22</sup>.

Toutefois et d'après la littérature, les médecins libéraux sont majoritairement en charge du pilotage de la gouvernance des ACOs. Dans ce cas, il est constaté : (1) un nombre moins important de patients, (2) une gamme moins large de prestations de services, (3) une moindre variabilité des prestataires, (4) une moindre expérience en termes de contrats de partage de risques financiers avec d'autres financeurs et (5) une tendance à adhérer à des contrats ACOs Medicare.

### Population et territoire

Il s'agit toujours d'une population de taille supérieure à 5.000 patients, âgés de 65 ans et plus. Les ACOs Medicare ont, par ailleurs, tendance à regrouper des prestataires dont la patientèle a de meilleures caractéristiques socio-économiques<sup>23</sup> : un revenu médian élevé et moins d'antécédents médicaux.

Les ACOs s'implantent ainsi plutôt dans des zones urbaines, qui plus est avec un niveau de revenus proportionnellement plus élevés.

---

<sup>viii</sup> Les zones géographiques locales correspondent à une zone géographique dispensant des services hospitaliers. Elles sont définies en 3 436 zones par le Dartmouth Atlas of Health Care d'après les distances d'accès aux hôpitaux, avec des méthodes de clustering.

## Prestataires

Les ACOs sont composées majoritairement de prestataires de taille importante ou qui sont déjà regroupés : il s'agit de larges groupements intégrés, d'associations de multiples cabinets indépendants de groupes, de systèmes hospitaliers détenant des parts de marchés importantes avec un nombre de lits conséquent<sup>18-20,23,24</sup>. Les prestataires qui s'engagent dans une ACO ont souvent une expérience en matière de financement partagé avec la mise en place au préalable de contrats de partage de risque financier avec d'autres payeurs que Medicare, ou de financement par « bundled payment<sup>ix</sup> » ou à la capitation dans des contrats de type managed care<sup>19,20,25</sup>.

## Dépenses de santé et indicateurs de performance

Les résultats en termes de dépenses de santé peuvent paraître modérés, de l'ordre de 1,2% à 1,4% de bénéfices générés selon les auteurs<sup>26,27</sup>. En 2014 néanmoins, les ACOs Medicare ont généré \$877 millions d'économies dont \$460 millions ont été reversés aux ACOs<sup>21,28</sup>. La diminution des dépenses portent principalement sur les postes suivants : les hospitalisations aiguës, les soins externes dispensés par les hôpitaux, les soins de suite et de réadaptation, le recours aux urgences, et les actes techniques (imagerie, biologie)<sup>26,27,29,30</sup>.

Les facteurs favorables sont : (1) l'ancienneté de formation des ACOs<sup>28</sup>, (2) le niveau initial de dépenses de l'ACO, dès lors qu'il est supérieur aux dépenses de santé moyenne locale<sup>27</sup>, et (3) des organisations constituées de groupes de médecins indépendants dispensant des soins ambulatoires plutôt que des structures hospitalières fortement intégrées<sup>26,28</sup>.

Si les patients rapportaient de meilleurs délais d'accès aux prestataires de santé et une amélioration de la communication avec leur médecin<sup>29,31</sup>, aucun impact n'est démontré à ce jour sur la réduction des hospitalisations potentiellement évitables et des réhospitalisations à 30 jours<sup>26,27,29,30</sup>. Pour autant, les ACOs sont encore à un stade précoce de développement. De ce fait, ces résultats sont à nuancer, même s'ils apparaissent, dans l'ensemble, prometteurs.

## RECOMMANDATIONS

Afin d'adapter le modèle des ACOs au contexte français, il apparaît de retenir les principaux éléments suivants :

- Des modalités de paiement identiques des acteurs et la possibilité d'évoluer vers un modèle de financement incitatif à une prise en charge collective adaptée pour les populations âgées et atteintes de pathologies chroniques. En effet, le modèle de financement des ACOs ne cible pas de pathologie spécifique ou de prise en charge thérapeutique. Il est adapté pour inciter financièrement l'ensemble des prestataires participants à la prise en charge globale des patients ayant un besoin élevé de coordination ;
- Un engagement collectif des professionnels de santé en faveur de la prise en charge des patients et de la maîtrise des dépenses de santé ;
- Une mesure de la performance de l'ensemble de la prise en charge avec des indicateurs couvrant quatre dimensions : satisfaction du patient, prévention, coordination et populations ayant un besoin élevé de coordination (malades chroniques, personnes âgées...) ;

---

<sup>ix</sup> Paiement forfaitaire unique pour l'ensemble des acteurs participants à la prise en charge du patient pour un épisode de soins ou une pathologie spécifique

- L'initiative des professionnels et leur souhait de regroupement, adaptés aux réalités de terrain ;
- Une liberté de mise en œuvre des actions d'appui à la coordination adaptée aux besoins du groupement ;
- Le maintien du principe de libre choix de leurs professionnels et établissements de santé par les patients ;
- Une maîtrise des dépenses de santé par l'amélioration de la coordination des soins et l'optimisation du parcours des patients et un reversement des économies générées aux acteurs des ACOs les incitant ainsi à se lancer dans ce type de démarche ;
- Laisser une liberté aux acteurs dans la constitution de leur groupement en accordant une place importante aux acteurs de soins primaires pour favoriser une prise en charge globale du patient sans cibler des pathologies spécifiques

Il s'agit dès lors de veiller :

### **Au volontariat**

L'engagement des professionnels est primordial. Il permet la mise en œuvre d'un projet médical centré sur le patient. Une démarche volontaire, avec un appel d'offre, permettrait ainsi de s'assurer de l'engagement des acteurs.

### **A une gouvernance médicale**

Le modèle ACO a un impact fort sur les conditions de travail des praticiens. La participation des médecins libéraux et/ou hospitaliers à la gouvernance doit être recherchée. Elle favorise, en effet, l'engagement des acteurs autour d'indicateurs de performance et d'un nouveau modèle organisationnel et financier. De plus cela incite à développer une communication et une confiance auprès des équipes de terrain. Une représentation des professionnels de santé et des usagers est donc un minimum à satisfaire<sup>20,22</sup>.

### **Sur un territoire et une population prédéfinie**

Le nombre de patients minimum assignés à l'ACO était initialement fixé à 5000 patients, ce qui est très peu. Or, les 1<sup>ères</sup> expérimentations ont démontré que la taille du groupement doit être suffisamment importante pour minimiser le risque aléatoire de dépenses exceptionnelles et être en mesure de générer des bénéfices économiques. En effet, pour éviter les évolutions erratiques et favoriser la maîtrise des dépenses, il semblerait qu'un nombre de patients assignés à l'ACO entre 15 000 et 30 000 patients soit le plus adapté<sup>28</sup>.

Les prestataires s'engagent collectivement sur la prise en charge d'une population consommant les soins de l'ACO. La littérature<sup>32,33</sup> préconise que les acteurs ciblent leurs actions de coordination auprès de populations susceptibles de générer le plus de bénéfices économiques. La mise à disposition des membres du groupement d'outils d'aide à l'identification de ces patients serait un facteur facilitant.

### **Avec un calibrage de la cible de dépenses**

L'expérience américaine montre qu'une cible uniquement basée sur les dépenses historiques des membres de l'ACO pourrait favoriser dans une certaine mesure les groupements avec un haut niveau de dépenses historiques. Les nouvelles expérimentations en cours tentent de revoir la méthodologie

de calcul de ces cibles afin d'inciter les groupements les moins avancés mais également ceux avec des démarches plus anciennes de coordination des acteurs. La cible de dépenses pourrait alors être ajustée en fonction des caractéristiques de la population du groupement incitant davantage les « bons acteurs » à adhérer à ce type de démarche.

### **Et des contrats sur une période suffisamment longue et évolutifs**

Plusieurs études relèvent l'importance d'une flexibilité des contrats<sup>17,22,33,34</sup>. D'une part l'ACO doit pouvoir supporter un risque financier de plus en plus important au cours de son contrat et évoluer éventuellement vers des financements alternatifs au paiement à l'acte. D'autre part une période de contractualisation suffisamment longue permet aux acteurs de l'ACO d'acquérir des compétences en termes de gestion du risque financier et actuariel, ainsi que de mise en œuvre des actions de coordination. Il est recommandé de laisser du temps aux acteurs pour leur permettre des changements en termes d'organisation de soins, que cela ait un impact sur les dépenses de santé, et que les acteurs soient en mesure de supporter un risque financier.

En 2012, il y avait 32 ACOs Pioneer, alors qu'elles étaient uniquement au nombre de 19 en 2015<sup>35</sup>. Pour rappel, il s'agit de contrats plus longs avec un risque financier plus élevé et une évolution vers une part plus importante de paiement à la population. Bien que la période du contrat des ACOs Pioneer soit plus longue que celle des ACOs MSSP, il semblerait que le risque financier fût trop important pour les ACOs Pioneer. Certaines ont décidé d'abandonner le programme au profit d'un contrat MSSP dans un premier temps. De fait il est préférable de mettre en place un modèle uniquement d'incitation financière et veiller à ce que les prestataires n'aient pas un risque financier à supporter trop important.

### **Privilégier des indicateurs existants avec, cependant, certaines dimensions à développer**

Un certain nombre d'études<sup>17,36</sup> pointent la nécessité de s'appuyer sur des indicateurs existants, ou à défaut de tirer profit d'indicateurs développés dans le cadre d'autres dispositifs, plutôt que d'en définir des nouveaux.

A minima, il apparaît nécessaire d'utiliser des indicateurs captant les bénéfices pour les patients. Il pourrait également être intéressant de retenir des indicateurs de résultats tels que celui portant sur les réhospitalisations à 30 jours ou celui sur les hospitalisations potentiellement évitables, puisque de l'amélioration de la coordination est attendue une meilleure prise en charge du patient, parce que centrée sur lui. Pour s'en assurer, la satisfaction de l'utilisateur serait à évaluer, ce qui constitue une dimension pour laquelle les indicateurs sont très récents et mériteraient d'être développés.

En effet, l'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital<sup>36</sup> favorise in fine l'efficacité du système de santé mais aussi et surtout elle génère des bénéfices pour les professionnels et les patients qui pourront d'ailleurs être objectivés par des indicateurs portant sur le bénéfice pour les patients et les professionnels (exemples : réadmissions, hospitalisations potentiellement évitables, proportion de médecins de soins primaires disposant d'un système d'information performant ; Indicateurs de qualité des ACOs en annexe)

### **Ce qui suppose, comme présupposé, un système d'information performant au cœur même du dispositif**

Un préalable indispensable à la réussite du dispositif consiste dans un système d'information performant<sup>16,22,32,36,37</sup>. C'est un facteur clé du succès des ACOs. Il doit permettre : (1) l'échange entre les acteurs des données médicales du patient favorisant l'optimisation du parcours des patients et la coordination des fournisseurs de soins ; (2) le suivi des indicateurs de qualité des soins, de dépenses de santé et des caractéristiques de la population assignée à l'ACO; (3) l'identification des patients à risques avec un besoin élevé de coordination.

# Annexes

---

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. IRDES. Loi de modernisation de notre système de santé. (2016).
2. Blanchard, P., Eslous, L., Yeni, I. & Louis, P. *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*. (IGAS, 2014).
3. Le Menn, J. & Milon, A. *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé*. 333 (2012).
4. Askenazy, P., Dormont, B., Geoffard, P. & Paris, V. Pour un système de santé plus efficace. *Notes Cons. D'analyse Économique* (2013).
5. Pascal, P. *et al.* *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*. 526 (IGF, 2012).
6. Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F. & Nestrigue, C. *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A*. 76 (IRDES, 2013).
7. Hamel, M. B., Blumenthal, D., Davis, K. & Guterman, S. Medicare at 50 — Origins and Evolution. *N. Engl. J. Med.* **372**, 479–486 (2015).
8. Hamel, M. B., Blumenthal, D., Davis, K. & Guterman, S. Medicare at 50 — Moving Forward. *N. Engl. J. Med.* **372**, 671–677 (2015).
9. Rodwin, V. *La révolution tranquille du managed care aux Etats-Unis-Traité d'économie et de gestion de la santé*. (2009).
10. Rice, T. *et al.* United States of America: Health system review. *Health Syst. Transit.* **15**, (2013).
11. Muhlestein, D. B. & McClellan, M. Accountable care organizations in 2016: private and public sector growth and dispersion. *Health Affairs* (2016).
12. Department of Health and Human Services-Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program; Medicare Shared Savings Program: Accountable Care Organizations; Final Rule. *Fed. Regist.* **80**,
13. Pioneer ACO Model Frequently Asked Questions | Center for Medicare & Medicaid Innovation. Available at: <https://innovation.cms.gov/initiatives/Pioneer-ACO-Model/Pioneer-ACO-FAQs.html>. (Accessed: 16th August 2016)
14. Centers for Medicare & Medicaid Services. *Medicare Shared Savings Program Shared Savings and Losses and Assignment. Methodology. Specifications. Applicable beginning Performance Year 2016. Version 4*. (2015).
15. Centers for Medicare & Medicaid Services. Summary of final rule provisions for Accountable Care Organizations under the Medicare Shared Savings Program. (2014).
16. McClellan, M., McKethan, A. N., Lewis, J. L., Roski, J. & Fisher, E. S. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Aff. Proj. Hope* **29**, 982–990 (2010).
17. McClellan, M., White, R., Kocot, S. L. & Mostashari, F. How to improve the Medicare Accountable Care Organization (ACO) program-Health Policy Issue Brief. (2014).
18. Lewis, V. A., Colla, C. H., Carluzzo, K. L., Kler, S. E. & Fisher, E. S. Accountable Care Organizations in the United States: market and demographic factors associated with formation. *Health Serv. Res.* **48**, 1840–1858 (2013).
19. Auerbach, D. I., Liu, H., Hussey, P. S., Lau, C. & Mehrotra, A. Accountable care organization formation is associated with integrated systems but not high medical spending. *Health Aff. Proj. Hope* **32**, 1781–1788 (2013).
20. Colla, C. H., Lewis, V. A., Tierney, E. & Muhlestein, D. B. Hospitals Participating In ACOs Tend To Be Large And Urban, Allowing Access To Capital And Data. *Health Aff. Proj. Hope* **35**, 431–439 (2016).

21. Tu, T., Muhlestein, D. B., Kocot, S. L. & White, R. *Origins and future of Accountable Care Organizations*. (Leavitt Partners and Robert Wood Johnson Foundation, 2015).
22. Colla, C. H., Lewis, V. A., Shortell, S. M. & Fisher, E. S. First national survey of ACOs finds that physicians are playing strong leadership and ownership roles. *Health Aff. Proj. Hope* **33**, 964–971 (2014).
23. Epstein, A. M. *et al.* Analysis of early accountable care organizations defines patient, structural, cost, and quality-of-care characteristics. *Health Aff. Proj. Hope* **33**, 95–102 (2014).
24. Shortell, S. M. *et al.* Physician practice participation in accountable care organizations: the emergence of the unicorn. *Health Serv. Res.* **49**, 1519–1536 (2014).
25. Lewis, V. A., Colla, C. H., Schoenherr, K. E., Shortell, S. M. & Fisher, E. S. Innovation in the safety net: integrating community health centers through accountable care. *J. Gen. Intern. Med.* **29**, 1484–1490 (2014).
26. McWilliams, J. M., Hatfield, L. A., Chernew, M. E., Landon, B. E. & Schwartz, A. L. Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *N. Engl. J. Med.* **374**, 2357–2366 (2016).
27. McWilliams, J. M., Chernew, M. E., Landon, B. E. & Schwartz, A. L. Performance Differences in Year 1 of Pioneer Accountable Care Organizations. *N. Engl. J. Med.* **372**, 1927–1936 (2015).
28. Hervey, D. & Muhlestein, D. B. *Ten early takeaways from the Medicare Shared Savings ACO Program*. (Leavitt Partners, 2016).
29. Nyweide, D. J. *et al.* Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs traditional Medicare fee for service with spending, utilization, and patient experience. *JAMA* **313**, 2152–2161 (2015).
30. Colla, C. H. *et al.* Association Between Medicare Accountable Care Organization Implementation and Spending Among Clinically Vulnerable Beneficiaries. *JAMA Intern. Med.* (2016). doi:10.1001/jamainternmed.2016.2827
31. McWilliams, J. M., Landon, B. E., Chernew, M. E. & Zaslavsky, A. M. Changes in patients' experiences in Medicare Accountable Care Organizations. *N. Engl. J. Med.* **371**, 1715–1724 (2014).
32. McClellan, M. *et al.* Accountable care around the world: a framework to guide reform strategies. *Health Aff. Proj. Hope* **33**, 1507–1515 (2014).
33. Burns, L. R. & Pauly, M. V. Accountable care organizations may have difficulty avoiding the failures of integrated delivery networks of the 1990s. *Health Aff. Proj. Hope* **31**, 2407–2416 (2012).
34. Pope, G. C. & Kautter, J. Minimum savings requirements in shared savings provider payment. *Health Econ.* **21**, 1336–1347 (2012).
35. Centers for Medicare & Medicaid Services. Fast facts all Medicare Shared Savings Program (Shared Savings Program). (2016).
36. Berenson, R. A., Burton, R. A. & McGrath, M. Do accountable care organizations (ACOs) help or hinder primary care physicians' ability to deliver high-quality care? *Healthcare* (2016). doi:10.1016/j.hjdsi.2016.02.011
37. Mechanic, R. E., Santos, P., Landon, B. E. & Chernew, M. E. Medical Group Responses To Global Payment: Early Lessons From The 'Alternative Quality Contract' In Massachusetts. *Health Aff. (Millwood)* **30**, 1734–1742 (2011).

## INDICATEURS DE QUALITE DES SOINS

Domain	Quality Measure	Measure Title	Year 1	Year 2	Year 3
Patient and Caregiver Experience	1	CAHPS <sup>a</sup> : Getting timely care, appointments, and information	R <sup>b</sup>	P <sup>c</sup>	P
	2	CAHPS: How well your providers communicate	R	P	P
	3	CAHPS: Patients' rating of provider	R	P	P
	4	CAHPS: Access to specialists	R	P	P
	5	CAHPS: Health promotion and education	R	P	P
	6	CAHPS: Shared decision making	R	P	P
	7	CAHPS: Health status/functional status	R	R	R
Care Coordination and Patient Safety	8	Risk standardized all condition readmission	R	R	P
	9	Ambulatory Sensitive Conditions Admissions: Chronic Obstructive Pulmonary Disease	R	P	P
	10	Ambulatory Sensitive Conditions Admissions: Heart Failure	R	P	P
	11	Percent of PCPs who successfully qualify for an EHR Program Incentive Payment	R	P	P
	12	Medication reconciliation: reconciliation after discharge from an inpatient facility	R	P	P
	13	Falls: screening for future fall risk	R	P	P
Preventive Health	14	Influenza Immunization	R	P	P
	15	Pneumococcal vaccination	R	P	P
	16	Adult weight screening and follow-up	R	P	P
	17	Tobacco use assessment and tobacco cessation intervention	R	P	P
	18	Depression screening	R	P	P
	19	Colorectal cancer screening	R	R	P
	20	Mammography screening	R	R	P
At Risk Populations	21	Proportion of adults 18+ who had their blood pressure measured within the preceding 2 years	R	R	P
	22	Diabetes composite (all or nothing scoring): hemoglobin A1c control (< 8%)	R	P	P
	23	Diabetes composite (all or nothing scoring): low density lipoprotein (< 100)	R	P	P
	24	Diabetes composite (all or nothing scoring): blood pressure < 140/90	R	P	P
	25	Diabetes composite (all or nothing scoring): tobacco non-use	R	P	P
	26	Diabetes composite (all or nothing scoring): aspirin use	R	P	P
	27	Diabetes mellitus: hemoglobin A1c poor control (> 9%)	R	P	P
	28	Hypertension (HTN): blood pressure control	R	P	P
	29	Ischemic Vascular Disease (IVD): complete lipid profile and LDL control < 100 mg/dL	R	P	P
	30	Ischemic Vascular Disease (IVD): use of aspirin or another antithrombotic	R	P	P
	31	Heart Failure: beta-blocker therapy for Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVSD)	R	R	P
	32	Coronary Artery Disease (CAD) composite: all or nothing scoring: drug therapy for lowering LDL cholesterol	R	R	P
	33	Coronary Artery Disease (CAD) composite: all or nothing scoring: Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (ARB) therapy for patients with CAD and diabetes and/or Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVSD)	R	R	P

**Source :** Centers for Medicare & Medicaid Services. Improving quality of care for medicare patients: Accountable Care Organizations. (2014). **Notes:** CHAPS<sup>a</sup> (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems): évaluation de la satisfaction des usagers quant à la consommation des soins dispensés par Medicare, elle est réalisée par l'agence pour la recherche en santé et la qualité (Agency for Healthcare Research and Quality) ; R<sup>b</sup> : pay for reporting ; P<sup>c</sup> : pay for performance