

Coordination, intégration et alternative au paiement intégral à l'acte : quels enseignements tirer en France de l'expérimentation des Accountable Care Organisations aux Etats-Unis et modèles de diffusion dans d'autres pays ?

Code projet : ACO

Equipe : Julien Mousquès (Irdes)

Financement : Ce projet a été réalisé dans le cadre d'une bourse Harkness (Harkness Fellowship in Health Care Policy and Practice) du Commonwealth Fund pour l'année 2015-2016, au sein du Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.

Période de réalisation : 2015-2018

Contexte et objectifs

La loi réformant le système de santé américain, l'Affordable Care Act, plus connue sous le nom d'Obamacare, a été adoptée en 2010. Si le premier axe de la réforme est bien connu - l'amélioration de l'accès à l'assurance santé - le second, portant sur la réforme simultanée de l'organisation et du financement des soins et services en santé, a jusqu'ici peu retenu l'attention. Il se concrétise notamment avec l'expérimentation des Accountable Care Organizations (ACO). Les ACO sont des organisations intermédiaires entre les payeurs (publics et/ou privés) et des offreurs de soins coordonnés ou intégrés de façon volontaire (soins primaires, médecins spécialistes et établissements) et qui sont responsables de la qualité des soins et des dépenses d'une population de bénéficiaires prédéfinie. On recense aujourd'hui plus de 800 ACO pour 28 millions de bénéficiaires.

De son côté, la France poursuit sa politique de soutien au regroupement pluriprofessionnel, avec l'arrêté du 23 février 2015, portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé (CDS)) de proximité, qui pérennise et renouvelle l'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) auprès de 400 MSP et CDS. En outre, l'article 65 de la loi santé de 2016 portant création des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ouvre la voie aux structures coordonnées, voire intégrées, plus vastes, autour d'un projet de santé commun.

Cette recherche se propose d'identifier les déterminants de la performance au sein des ACO et leur impact sur différentes catégories d'indicateurs, afin d'en tirer des enseignements sur la politique française en matière d'intégration et de coordination des soins sur une base territoriale.

Méthodologie

La démarche de recherche s'appuie sur une méthode mixte associant trois étapes séquentielles et emboîtées :

- Une analyse qualitative avec des interviews semi-structurées de membres exécutifs impliqués dans la définition de la stratégie ou de la gouvernance de 16 ACO, afin d'identifier les dimensions discriminantes des différences de performance et les stratégies mises en œuvre pour générer des gains d'efficience ;
- Une analyse exploratoire, pour 248 ACO sous contrat avec Medicare, des données des trois vagues (2012-2015) de l'enquête nationale sur les ACO (National Survey on ACO, NSACO), du Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice et de l'Université de Berkeley, appariées aux données de remboursement de Medicare pour ces bénéficiaires, associant une analyse factorielle de données mixtes (46 variables pour 109 modalités) à une classification hiérarchique sur composantes principales, permettant de regrouper les ACO ;
- Une analyse explicative s'appuyant sur des modélisations linaires, selon la classe d'ACO, de l'activité (actes délivrés et patients suivis), de la productivité (nombre d'actes ou de patients

suivis selon le nombre de professionnels), des dépenses, selon les catégories de soins hospitaliers et ambulatoires (hors pharmacie), et de la qualité des soins (indicateur composite construit à partir de 36 mesures différentes, taux de réadmission à 30 jours toutes causes, taux de contact dans les 30 jours suivant une sortie de l'hôpital, score composite pour les patients diabétiques).

Avancement du projet

Le projet est en cours de valorisation. Il donne lieu également à de l'expertise dans le cadre d'un groupe de travail, piloté par le ministère de la Santé, sur la mise en place de futures expérimentations de contrats de type ACO en France. Il se poursuit enfin dans le cadre d'une collaboration internationale sur les modèles en cours d'implémentation en dehors des Etats-Unis (Australie, Allemagne, Angleterre, Pays-Bas...).

Résultats

Les deux premières étapes ont permis d'identifier trois grandes dimensions de la performance :

- Le contexte et la capacité à l'influencer : concurrence et pouvoirs de marché, sélection des membres du réseau, nature des risques et caractéristiques des patients ;
- L'intensité et la nature de l'intégration : leadership et gouvernance, taille, variété et gamme des soins et services délivrés ;
- Les capacités mises en œuvre et incitations : dossiers patients informatisés et intégrés (Electronic Health Record) voire appariés à des données de remboursement, identification des patients à risque et centralisation de leur management, mise à disposition de personnels pour gérer les patients à risques et les transitions hôpital-ville, incitations externes et internes.

Sur cette base, une classification en cinq catégories d'ACO a été réalisée, se différenciant sur l'ensemble de ces dimensions. Les analyses en matière d'impact sur les indicateurs de résultats sont hétérogènes selon les classes d'ACO. Les ACO ayant les formes d'intégration et de capacités les plus abouties sont moins performantes en matière de productivité mais plus performantes en matière de dépenses et de qualité des soins.

D'ores et déjà, des enseignements peuvent être tirés pour la France dans la perspective des politiques visant à intensifier l'intégration des soins ou améliorer les parcours de soins. L'ACO, située dans une position intermédiaire au niveau méso entre payeurs et producteurs, sur la base d'un contrat incitatif et d'une logique de partage des risques, permet le développement d'alternatives au paiement à l'acte et la mise en place d'un pilotage et d'un management de la performance. Cela requiert un large transfert de responsabilités des payeurs et professionnels vers ce niveau intermédiaire en matière de : production et analyse de données stratégiques, sélection des professionnels ou établissements membres en fonction des pouvoirs de marché, stratification des risques et gestion des risques, mise en œuvre de stratégie RH innovante, recours à des incitations financières et non financières.

Les travaux de comparaisons internationales sur les modèles en cours d'implémentation en dehors des Etats-Unis sont en cours de réalisation (Australie, Allemagne, Angleterre, Pays-Bas..).

Valorisation

Publications Irdes

- Mousquès J. (2017), « Coordination, intégration et alternative au paiement intégral à l'acte : quels enseignements tirer en France de l'expérimentation des Accountable Care ? », Document de travail Irdes, à paraître ; projets de soumission : *Medical Care Research and Review ? Health Economics Policy and Law ? Revue française des affaires sociales ?*

- Mousquès J. (Irdes), Lenormand M.-C. (Cnam), (2017), [L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?](#), *Questions d'économie de la santé* n° 227

Publication dans une revue à comité de lecture

- Kennedy G., Lewis V.A., Kundu S., Mousquès J., Colla C.H (2018), Accountable Care Organizations and Post-Acute Care: A Focus on Preferred SNF Networks. *Medical Care Research and Review*, on line : 02/07/2018, 1-19. (Catégorie 3 – CNRS) – (Cat. B – HCERES)
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558718781117>

Séminaires-colloques scientifiques

Internationaux

- *EUHEA Conference 2018: Shaping the Future: The Role of Health Economics*, session *Incentives in health care*, Maastricht University, Pays-Bas, 11-14 juillet 2018, « Integration form, financial and non-financial incentives and impact on Health Care Delivery: a mixed-method design on US Accountable Care Organizations and learnings for France » Mousquès J.
- Nuffield Trust, *Health Policy Summit 2018*, Dorking, UK, 1^{er}-2 mars 2018, « Integrated care through an international lens: lessons we can learn from ACOs experiments ? », Mousquès J.
- *Séminaire Hospinnomics*, Paris, 13 février 2018, « Les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis », Mousquès J., Lemaire N. (DSS)
- *17^e colloque international sur les soins intégrés*, organisé par The International Foundation of Integrated Care (IFIC), en partenariat avec the Health Service Executive (HSE), Dublin (Irlande), 8-10 mai 2017, « Integration form, Financial and Non-Financial Incentives and Impact on Health Care Delivery: a Mixed-Method Design on US Accountable Care Organizations and Learnings for France », Mousquès J.
- *The 6th Biennial Conference of the American Society of Health Economists (Ashecon 2016)*, *New Frontiers in Health Policy and Health Care*, Philadelphia (MA, USA), 12-15 juin 2016, « Integration and alternatives to pure fee-for-services payment - A mixed-method design with qualitative, cluster and explanatory analysis on Accountable Care Organizations », Mousquès J.

Nationaux

- *6^{es} Journées nationales de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)*, Lyon, 17-18 mars 2017, « MSP/CPTS versus PCMH/ACO aux Etats-Unis », Mousquès J.
- *Journées des économistes de la santé français (JESF)*, Lyon, 1-2 décembre 2016, « Coordination, intégration et alternative au paiement intégral à l'acte: quels enseignements tirer en France de l'expérimentation des Accountable Care » Mousquès J.

Séminaire Irdes

- *Séminaire de recherche du conseil scientifique, 10 novembre 2016*, « Integration form, financial and non-financial incentives and impact on Health Care Delivery: a mixed-method design on Accountable Care Organizations »
Auteurs : Mousquès J. and Colla C.
Discussion : Forest P.G.