

SECRETARIAT
GÉNÉRAL
DES
MINISTÈRES SOCIAUX



LES MINISTÈRES
SOCIAUX

**Expériences étrangères de
coordination des soins :
les Accountable Care
Organizations de Medicare
aux Etats-Unis**

Natacha LEMAIRE

Novembre 2017



HARVARD
T.H. CHAN

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



The
COMMONWEALTH
FUND

Sommaire

Remerciements	4
Résumé	4
Introduction	5
1 LES ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATIONS DEVELOPPES PAR MEDICARE AUX ETATS UNIS	5
1.1 UN IMPERATIF DE REFORMES CREE PAR UN NIVEAU DE DEPENSES ELEVE ET CROISSANT	5
1.1.1 Les défis du financement du système de santé aux Etats-Unis.....	5
1.1.2 Medicare : premier acheteur de soin du pays	9
1.2 DEVELOPPEMENT DES ACOS AUX ETATS-UNIS	9
1.2.1 La définition des ACOs par Medicare	9
1.2.2 Les particularités des ACOs par rapport aux initiatives antérieures.....	10
1.2.3 Une extension de la démarche des ACOs à Medicaid et aux assurances privées	11
1.3 UN DISPOSITIF CENTRE SUR LES SOINS PRIMAIRES	11
1.3.1 Les modalités de participation au <i>MSSP Track 1</i>	11
1.3.2 Une incitation fondée sur la performance financière.....	16
1.3.3 De nouvelles prestations pour les offreurs financés à l'acte.....	16
1.3.4 Le développement systématique de programmes de care management.....	17
1.4 DES MODALITES DE PILOTAGE RENOVEES	19
1.4.1 Un premier pilote lancé dès 2005	19
1.4.2 Une co-construction et une information renforcée des acteurs.....	19
1.4.3 La contribution active des chercheurs facilitée par la diffusion publique des données	19
1.5 UN CERTAIN ENGOUEMENT DES ACTEURS	20
1.5.1 Une progression ininterrompue depuis le lancement en 2012	20
1.5.2 Un modèle attractif pour les médecins indépendants malgré des handicaps dus à leur petite taille.....	20
1.5.3 Mais qui ne résout pas les difficultés structurelles du système.....	21
1.6 DES RESULTATS ENCOURAGEANTS MAIS CONTROVERSEES	23
1.6.1 Des résultats contrastés	23
1.6.2 Facteurs clefs de succès	26
2 LES ENSEIGNEMENTS, POUR LA FRANCE	27
2.1 L'OPPORTUNITE D'ENGAGER UNE DEMARCHE INSPIREE DES ACOS EN FRANCE.....	27
2.1.1 Un système de santé qui reste hospitalo-centré.....	27

2.1.2	Le besoin de renforcer les soins primaires en France	27
2.1.3	L'enjeu du travail en équipe	29
2.2	LES MODALITES DE TRANSPOSITION AU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS	30
2.2.1	Quels objectifs poursuivis ?	30
2.2.2	Quel modèle économique ?	31
2.2.3	Quels professionnels pour la coordination ?	32
2.2.4	Quelle évaluation ?	32
2.2.5	Quelle mise à disposition de données ?	33
2.2.6	Quelle place pour les systèmes d'information ?	33
2.2.7	Quelle articulation avec les dispositifs existants ?	34
2.2.8	Quel accompagnement des acteurs ?	34
3	Bibliographie	35
ANNEXES		38
1.	MODELISATION DES ALTERNATIVE PAYMENT MODELS (APM) : SYNTHESE	38
2.	INDICATEURS QUALITE (PREMIER CONTRAT)	39
3.	INDICATEURS QUALITE - PERFORMANCE YEARS 2016/2017	40
4.	RAPPORT TYPE MSSP 2017	42
5.	ALGORITHME POUR LA PREVENTION DES CHUTES	45



Remerciements

Ce travail a pu être réalisé grâce au soutien de Robin Osborn et son équipe du *Commonwealth Fund* ainsi que l'aide méthodologique et scientifique de Sara Singer, Professeur au *Department of Policy and Health Management* de la *Harvard School of Public Health*.

Ce rapport a été enrichi grâce aux remarques toujours pertinentes et la bienveillance de mes relecteurs attentifs qu'ont été Pierre-Louis Bras (IGAS), Adrien Drozol (Banque Mondiale), Mélanie Heard, Julien Mousquès (Irdès, *Harkness Fellow 2015-2016*) et Adeline Townsend (DSS).

Je remercie également Pierre Ricordeau, Secrétaire Général des Ministères Sociaux, de m'avoir donné l'opportunité de rédiger ce rapport à mon retour au Ministère et mon conjoint Pierre Auguste pour avoir vécu cette formidable expérience à mes côtés avec nos deux plus jeunes enfants.

Résumé

La pression d'un niveau de dépenses de santé très élevé et d'une perspective de croissance soutenue, rend la problématique du financement aigue et constitue un impératif de réforme pour le gouvernement fédéral des Etats-Unis. Dans ce contexte, les *Accountable Care Organizations* créées par l'*Affordable Care Act* en 2010 pour *Medicare* représentent une des réponses à ce défi, en misant sur les producteurs de soins en les rendant collectivement responsables de la dépense, sans modifier leur système de rémunération fondé sur le paiement à l'acte, ni faire peser de contraintes sur le patient.

Lancé par *Medicare*, le mouvement des ACOs a été rapidement suivi par les assureurs privés et connaît 5 ans après leur création un développement dynamique. Pour *Medicare*, la performance de ce groupement libre d'offeurs de soins est mesurée financièrement par le niveau de dépenses de leurs patients et qualitativement sur la base d'une trentaine d'indicateurs. Parallèlement, de nouvelles prestations ont été financées pour la prise en charge des patients assurés par *Medicare* de manière à soutenir la création de programmes de *care management* et d'actions de coordination des soins.

Le modèle rencontre un succès particulier chez les médecins indépendants qui y trouvent une manière d'améliorer leurs conditions de travail dans un environnement toujours plus complexe et de préserver leur modèle d'exercice. Les études montrent que la performance est inversement proportionnelle à la taille de l'ACO et que les ACOs pilotées par les médecins réalisent les meilleures performances. Le nombre d'ACO's constituées exclusivement de cabinets ou groupes médicaux a d'ailleurs augmenté depuis la création du programme et représentaient la moitié des presque 500 ACOs au 1^{er} janvier 2017.

Sur les trois premières années de mise en œuvre, le programme a permis à Medicare de faire près de 1 Mds de dollars d'économie mais n'est pas totalement autofinancé du fait de l'intéressement qui a représenté 1,3 Mds de dollars versé aux ACOs performantes sur la même période. Il a également permis une amélioration de la qualité sur plus de 80% des indicateurs faisant l'objet d'un suivi et permis une transformation des pratiques de soins primaires plus difficile cependant à mesurer.

Si le système de santé américain présente des différences significatives avec le système de santé français, certains des principes mis en œuvre par les ACOs pourraient présenter un intérêt dans le contexte de virage ambulatoire encouragé par les politiques ministérielles successives en France. L'article 35 du PLFSS 2018 offre ainsi une base légale permettant d'expérimenter un dispositif à la française dont il conviendra de préciser les modalités.



Introduction

Ce travail sur les *Accountable Care Organizations* a été financé par le programme international *Harkness Fellowship* du *Commonwealth Fund*. Il a été réalisé en 2016-2017 sous la supervision de Sara Singer, professeur à la *Harvard School of Public Health*.

Pour permettre un retour d'expérience pertinent pour le système de santé français, l'étude a porté plus particulièrement sur les ACOs constituées majoritairement de médecins indépendants et n'incluant aucun établissement de santé sauf si l'hôpital était local (et donc en zone rurale). La grande variété des ACOs et leur caractère récent font qu'il n'y a pas encore de littérature sur chaque type d'ACO. En particulier, celui illustré par l'étude est relativement peu étudié et reste assez méconnu y compris par les spécialistes du sujet.

L'étude avait pour objectif de comprendre l'évolution de ces ACOs depuis leur création ainsi que les modalités de prise en charge des patients, notamment dans le cas de transitions entre la ville et l'hôpital. Menée auprès de 13 ACOs de *Medicare* implantées dans 8 Etats différents (New York, Floride, Texas, Delaware, Californie, Kentucky, Arizona et Pennsylvanie), elle a occasionné 40 interviews de personnes impliquées dans ces ACOs (directeurs généraux, directeurs opérationnels, directeurs médicaux, médecins participants et membres de l'équipe de l'ACO ou de cabinet médical) ou d'experts (personnels du Secrétariat d'Etat chargé de la Santé, chercheurs, consultants). Ces interviews ayant été réalisées sous couvert d'anonymat, il n'est pas possible d'en préciser la liste.

Au-delà des ACOs étudiées, l'étude a permis l'observation privilégiée de l'élaboration puis du suivi d'une politique publique de santé aux Etats-Unis. C'est l'ensemble qui est retracé dans le présent rapport qui est organisé autour d'une présentation des ACOs développés par Medicare (I) et d'une première réflexion sur la transposition d'une démarche similaire en France (II).

1 LES ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATIONS DEVELOPPES PAR MEDICARE AUX ETATS UNIS

1.1 Un impératif de réformes créé par un niveau de dépenses élevé et croissant

1.1.1 Les défis du financement du système de santé aux Etats-Unis

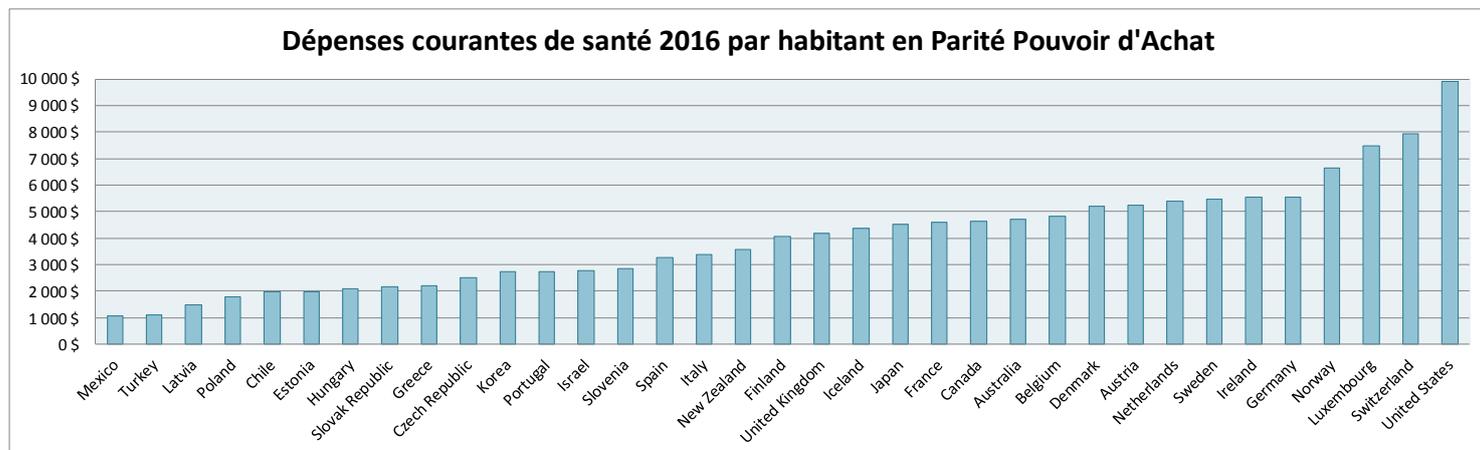
Le système de santé américain est fragmenté que ce soit en matière assurantielle ou concernant son offre de soins. Selon leur situation socio-économique, les américains peuvent être assurés par le secteur public (*Medicare* pour les personnes de plus de 65 ans, *Medicaid* pour les démunis, *Veteran Administration -VA* pour les anciens combattants) ou le secteur privé pour les personnes avec un emploi via l'employeur ou par le marché individuel depuis l'*Affordable Care Act* en 2010. Il existe une grande variété d'offres de soins allant du grand groupe intégré de type Kaiser Permanente aux cabinets de médecins indépendants non affiliés.

un niveau de dépenses très élevé avec des résultats sanitaires moyens

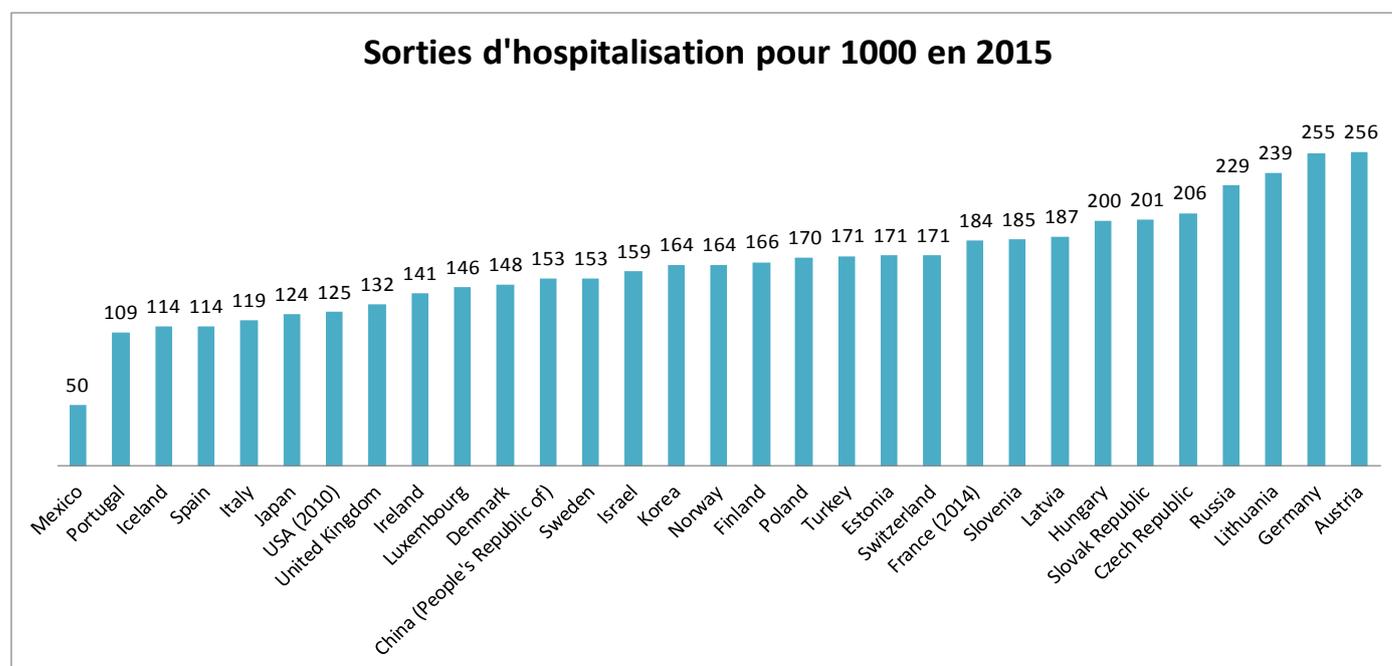
Le système de santé américain est également caractérisé par le niveau de dépenses le plus élevé au monde au global (17,2% du PIB en 2016 selon l'OCDE) et par habitant, pour des résultats de santé en général inférieurs aux autres pays développés (OECD, *Health at a glance 2015 : OECD indicators*, 2015).

En l'absence de régulation nationale des tarifs à la notable exception de *Medicare*, les prix varient selon les payeurs et ne sont pas rendus publics s'agissant des assureurs privés. Cela induit une complexité et un coût d'administration important pour l'ensemble des acteurs.

L'analyse de la dépense montre que les taux de recours à l'hôpital et aux médecins sont inférieurs à la moyenne des pays de l'OCDE. Le coût est expliqué par un taux de recours élevé aux actes techniques (imagerie notamment) et par les prix qui sont de loin supérieurs à ceux des autres pays développés (Anderson, 2015).



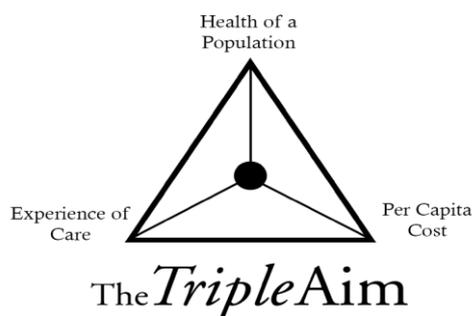
Source OECD. Stat



Source OECD. Stat

Une réforme du financement aux résultats avec une priorité donnée aux soins primaires

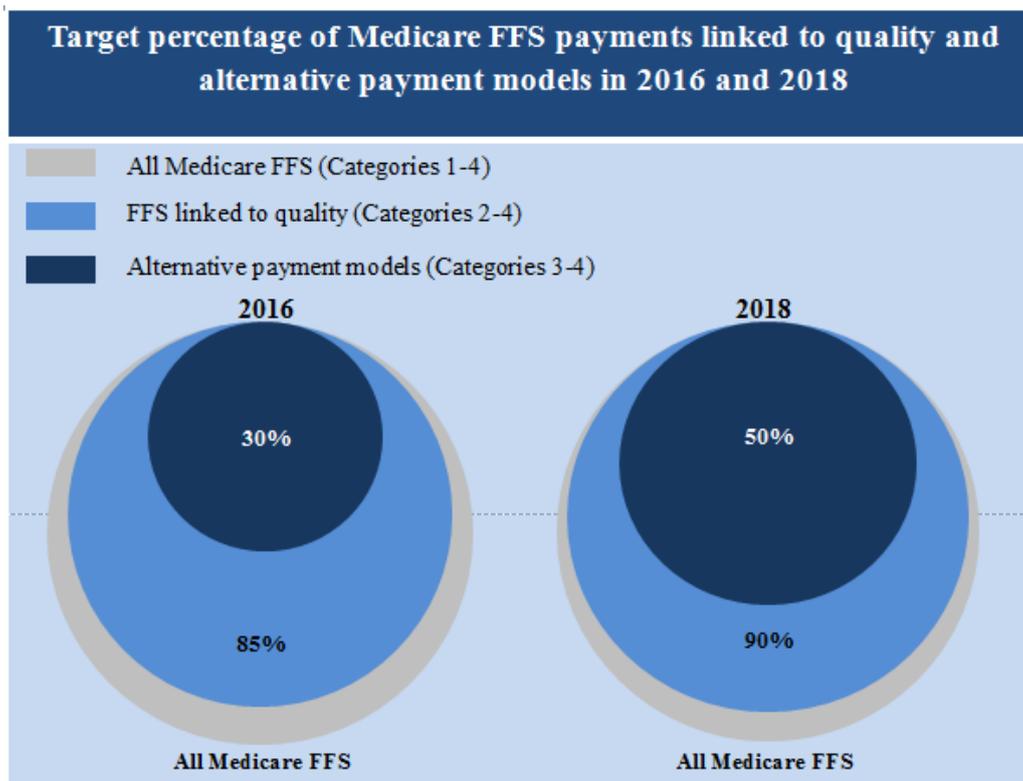
C'est dans ce contexte que le *triple aim* (Donald M. Berwick, 2008) visant à améliorer l'expérience individuelle des patients, améliorer l'état de santé des populations tout en réduisant le coût des soins rapporté à la population est devenue le mantra de toutes les réformes américaines depuis 2009.



L'Affordable Care Act de 2010 et l'administration fédérale (*the Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS*) ont ainsi fait émerger la notion de *Value Based Payment (VBP)* traduisant un changement de paradigme pour rémunérer les prestations de soins non plus selon leur volume mais selon leur valeur pour le patient.

CMS a en conséquence développé différents modèles de financement alternatif (*alternative payment models*) utilisés par les ACOs (voir leur modélisation en annexe 1) : *bundle payments* (forfaits à l'épisode de soins) ou les *Patient Centered Medical Home (PCMH)* –maison de santé) de manière à contribuer à l'atteinte de cet objectif.

Le [plan stratégique de CMS](#) établi en 2015 a ainsi fixé à 30% la part de financement de ces programmes en 2016 et à 50% en 2018.



Source : CMS

En outre, la rémunération des praticiens ne participant pas à ces programmes connaîtra une évolution majeure avec la mise en œuvre de la réforme *MACRA (Medicare Access and CHIP Reauthorization Act)* votée en 2015 avec des incitations et des désincitations mises en œuvre de manière progressive de 2019 à 2022. Les variations de rémunération atteindront +/- 4% de la totalité de leur rémunération *Medicare* la première année et jusqu'à +/-9% en régime de croisière.

Concomitamment aux changements apportés aux modèles de financement, l'Affordable Care Act a aussi marqué la priorité donnée aux soins primaires et le développement de plusieurs modèles fondés sur les soins primaires¹. Les ACOs et PCMH déjà cités, le programme *Comprehensive Primary Care* constituent ainsi autant d'opportunités offertes aux médecins en soins primaires pour transformer leurs pratiques et développer le travail en équipe.

¹ CMS définit les soins primaires comme étant les soins de base fournis par les généralistes, internistes ou gynécologues et pédiatres s'agissant des femmes enceintes et des enfants. Les infirmières en pratiques avancées et les infirmières diplômées ayant suivi une formation particulière peuvent aussi assurer ce niveau de soins basique

Le modèle d'exercice de la médecine indépendante en crise

Il n'existe pas de données décrivant la structure d'emploi des cabinets médicaux, les seules enquêtes récurrentes portent sur le nombre de médecins. Le nombre de personnes travaillant dans un cabinet médical est généralement proportionnel au nombre de médecins sachant qu'un cabinet de deux médecins peut faire travailler jusqu'à une trentaine de personnes : personnel administratif, responsable administratif, de la facturation,; mais surtout personnel soignant, infirmières, infirmières en pratiques avancées et assistants médicaux. Ces deux derniers types de professionnels peuvent facturer en leur nom propre.

Exemple d'organisation de cabinet médical participant à l'ACO4

Participants et bénéficiaires

Démarrage de l'ACO : juillet 2012 (1ère vague).



13 914 bénéficiaires la 1ère année



11 591 bénéficiaires en 2015



45 médecins participants

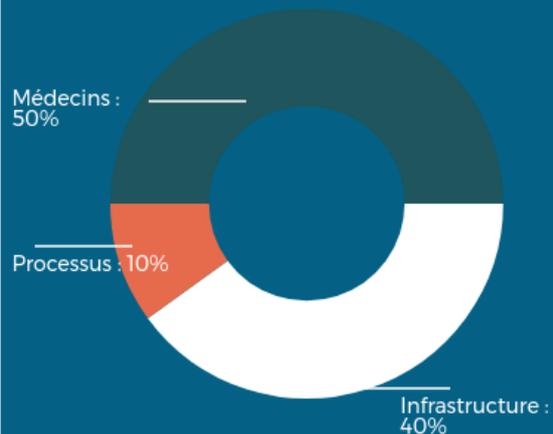


Score qualité : 93,68%

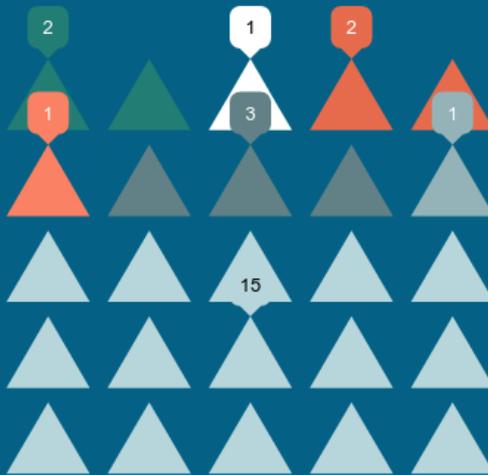


Autres contrats de type ACO : une vingtaine avec assureurs privés

Répartition de l'intéressement



Composition du cabinet du directeur médical de l'ACO



2 médecins

1 nurse practitioner : responsable de la consultation annuelle longue de Medicare et du programme care management

1 diététicienne (fait aussi des consultations annuelles)

2 assistants médecins

1 practice manager : gère les aspects administratifs et financiers

3 superviseurs cliniques : triage au téléphone, front et back office

1 responsable facturation

15 infirmières

L'exercice médical indépendant, historiquement majoritaire, est en crise et diminue d'année en année même si la majorité des médecins est encore payée à l'acte (The Physicians foundation, 2017). La taille des cabinets mesurée par le nombre de médecins y travaillant augmente et le nombre de cabinets constitué d'un seul médecin diminue (de 25% en 2012 à 17% en 2016). La pratique médicale elle-même évolue, avec plus de temps passé sans face à face avec le patient (Lawrence P. Casalino, 2016) et un temps significatif consacré au reporting qualité (Ming Tai-Seale, 2017).

Des voix commencent cependant à s'élever pour défendre ce modèle d'exercice, mis en difficulté par les dernières réformes, argumentant sur leur intérêt pour l'ensemble du système de santé : proximité avec les patients, qualité des soins délivrés pour un coût souvent inférieur aux groupes ou offreurs intégrés (Blumenthal, 2016; Martin Gaynor, 2017; Casalino, 2017).

1.1.2 Medicare : premier acheteur de soin du pays

Medicare est l'assurance santé des personnes de plus de 65 ans aux Etats-Unis et couvrait, en juin 2017, plus de [58 millions d'individus](#). Les [dépenses](#) de Medicare représentaient 679 milliards de dollars en 2016, et 20% des [dépenses nationales de santé](#) en 2015. Leur financement est public et la gestion assurée par l'administration fédérale (CMS). Cela fait de Medicare le premier acheteur de prestations en santé aux Etats-Unis et son influence sur le système de santé est croissante (Hwang A, 2015).

Il existe deux possibilités de couverture assurantielle pour Medicare : Medicare « traditionnel » (*original ou Fee For Service*) avec lequel les offreurs sont payés à l'acte (*Fee For Service*) par Medicare, et Medicare Advantage avec lequel la couverture est assurée par un assureur privé rémunéré à la capitation par Medicare (ce qui ne veut pas dire que les professionnels eux-mêmes soient rémunérés à la capitation). Les [dépenses moyennes](#) par assuré en 2015 s'élevaient à 9 881\$ Medicare FFS (*part A & B*), 1 920\$ pour les médicaments (*Part D*) et 9 896\$ pour Medicare Advantage (*Part C*).

Medicare ne couvre pas l'intégralité des dépenses de ses assurés. Selon la situation de l'assuré, le reste à charge peut être couvert par une assurance privée, par Medicaid (pour les personnes sous le seuil de pauvreté) ou par l'assuré lui-même. Le reste à charge est constitué de franchises (*deductibles*), de ticket modérateur (*co-payment*) et de coassurance (*co-insurance*). Pour la prise en charge en établissement de santé, la [franchise](#) annuelle s'élève à 1 316\$ en 2017 et la coassurance à 329\$ par jour d'hospitalisation au-delà de la franchise. Pour les soins assurés en ambulatoire (y compris à l'hôpital), la franchise s'élève pour 2017 à 183\$ et la coassurance représente en général 20% de la prestation une fois la franchise payée. Selon une étude du *Commonwealth Fund*, le reste à charge des bénéficiaires de Medicare représente un montant annuel moyen de 3 024\$ (C. Schoen, 2017).

Les dépenses hospitalières (*Part A*) constituent le premier poste de dépense pour Medicare malgré un taux de croissance négatif de 2013 à 2015. Les [taux de croissance](#) les plus forts entre 2013 et 2015 portent sur les prises en charges hospitalières en ambulatoire (*hospital outpatient*) et les examens de laboratoire, qu'ils soient réalisés à l'hôpital ou en ville.

La croissance des dépenses a été de 4,4% en moyenne par an de [2010 à 2016](#), en partie du fait de l'accroissement du nombre de bénéficiaires. Les prévisions de croissance des dépenses du *Congress Budget Office (CBO)* ou des administrateurs de Medicare (The boards of trustees, 2017) sont estimées à 7% par an en moyenne pour la période 2016-2025 (4% d'effet prix et 3% d'effet démographique), ce qui constitue un impératif pour la poursuite des réformes. Le seul levier de régulation dont Medicare dispose porte sur les prix, les tarifs étant actualisés chaque année.

1.2 Développement des ACOs aux Etats-Unis

1.2.1 La définition des ACOs par Medicare

CMS définit les [ACOs](#) comme étant des groupes de médecins, hôpitaux ou autres offreurs de soins qui se réunissent volontairement pour délivrer des soins coordonnés de haute qualité à leurs patients Medicare. L'objectif de coordination est défini comme étant de garantir que les patients,

particulièrement les malades chroniques aient le bon soin au bon moment, tout en évitant les duplications d'examen et les erreurs médicales.

Les ACOs de *Medicare* relèvent exclusivement de *Medicare* traditionnel (*Part A & B*) et s'adressent en conséquence aux assurés pris en charge par des offreurs de soins payés à l'acte. Pour l'assuré, être pris en charge par un offreur membre d'une ACO est transparent et ne modifie en rien son libre-choix.

Il existe deux grandes catégories de programmes pour les ACOs selon le risque encouru : partage des « gains » (i.e. réalisation d'économies) uniquement, les « pertes » (i.e. l'absence d'économies) étant assumées par Medicare ; partage des gains et des pertes selon des proportions qui peuvent varier entre Medicare et les ACOs. En cas de pertes, les ACOs concernées doivent rendre une part de leur financement.

La première catégorie, communément dénommée *upside risk* ou *one sided risk* que l'on pourrait traduire par risque à la hausse, constitue la majorité du *Medicare Shared Saving Program (MSSP)* rassemblée sous l'appellation *track 1*. La seconde catégorie décrite comme *downside risk* (risque à la baisse) ou *two sided risk* a fait l'objet d'un premier programme, le *PioneerACO model*, de 2012 à 2016 avant le *Next Generation ACO Model* depuis début 2017. Sur les 32 ACOs participant au Pioneer model initialement, 8 ont été jusqu'au terme fin 2016. 45 ACOs participent au nouveau programme *Next Génération* en 2017. En règle générale, les différents programmes de CMS sont prévus pour une durée de 3 ans.

Afin de favoriser la participation d'organisations de petites taille ou présentes sur des territoires ruraux, CMS a développé au sein du MSSP des modèles avec des financements anticipés : *Advance Payment ACO Model (APM)* de 2012 à 2015 puis *ACO Investment Model (AIM)* depuis 2016 avec respectivement 35 et 45 ACOs participantes.

1.2.2 Les particularités des ACOs par rapport aux initiatives antérieures

La création des ACOs tient compte des retours d'expérience du développement du *managed care* à partir des années 1980 et 1990 (Andrew J. Barnes, 2014). A la différence des *HMO (Health Management Organization)* et plus récemment des *PPO (Preferred Provider Organization)* développés par les assurances et où le patient est limité à un réseau d'offeurs, celui-ci conserve son libre choix dans le dispositif des ACOs. Il peut en conséquence bénéficier de soins réalisés par un prestataire hors ACOs y compris quand son prestataire de soins primaire appartient à une ACO. A contrario, une ACO est responsable de la globalité de la prise en charge de ses patients, que celle-ci soit assurée par un membre de l'ACO ou non.

La seconde différence majeure est que les ACOs sont aux mains des offreurs de soins du fait du mode de gouvernance imposé par Medicare (75% de l'instance dirigeante est constituée de professionnels de santé membres de l'ACO) alors que les *HMO* étaient aux mains des assurances. C'est également ce qui différencie les ACOs Medicare de Medicare Advantage où les assurances privées sont également à la manœuvre.

La troisième différence avec le *Managed Care* est que le modèle s'adresse aux professionnels rémunérés à l'acte et constitue une tentative de diversification de leur mode de rémunération en introduisant un lien avec la qualité des soins. Les ACOs sont en conséquence mis en œuvre dans un système où les règles d'organisation et de financement ne sont pas modifiées, que ce soit pour le patient ou l'offreur de soins. De surcroît, dans les ACOs où le risque n'est pas partagé comme les *MSSP Track 1 (upside risk)*, les offreurs ne sont pas pénalisés en cas de mauvais résultats.

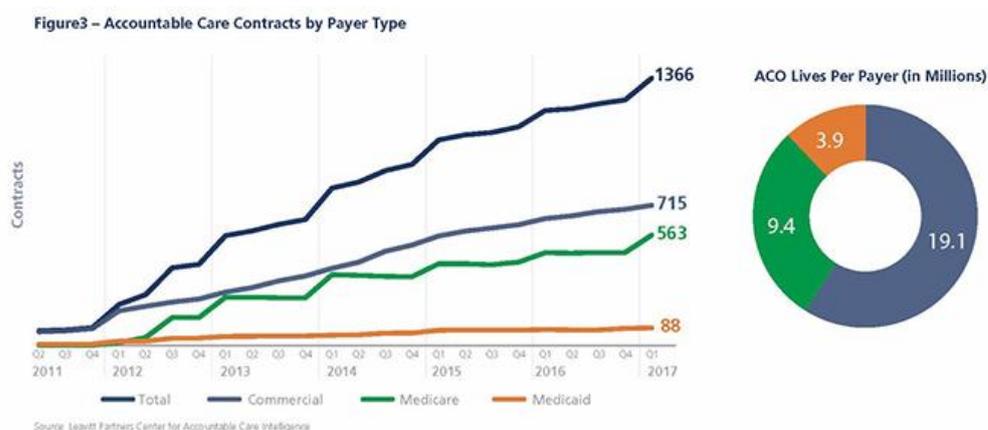
A l'instar de Medicare Advantage, les ACOs permettent à CMS de disposer d'un interlocuteur unique, l'ACO, qui fédère différents professionnels et organisations pour la collecte et la diffusion d'informations concernant des patients assurés par Medicare traditionnel. Pour Medicare, cette intermédiation est particulièrement appréciable concernant les médecins indépendants car elle permet de les fédérer. Pour les cabinets, elle leur ouvre par ailleurs de nouvelles perspectives avec la

possibilité de mobiliser des données de consommation de soins dont ils ne disposaient pas auparavant, chaque prestataire n'ayant de visibilité que sur sa propre production de soins.

Enfin, les modalités d'organisation et de mise en œuvre sont très flexibles et laissées à l'appréciation des acteurs. Le corollaire est que la dynamique de développement des ACOs est rapide et leur diversité grande (Shortell SM, 2014).

1.2.3 Une extension de la démarche des ACOs à Medicaid et aux assurances privées

Lancé par *Medicare*, le mouvement des ACOs s'est rapidement développé auprès des assureurs privés. Les assureurs privés sont majoritaires en nombre de contrats et d'assurés couverts (David Muhlestein, Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017, 2017).



Source : Health Affairs blog, Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017, David Muhlestein, Robert Saunders, and Mark McClellan, June 28, 2017

Le développement des ACOs pour *Medicaid* a été beaucoup plus lent et *CMS* a lancé en 2017 un programme conjoint *Medicare Medicaid ACO*, les opérateurs des deux champs étant jusqu'alors très différents. *Medicaid* est un programme mis en œuvre par les Etats contrairement à *Medicare* qui est géré à l'échelon fédéral.

1.3 Un dispositif centré sur les soins primaires

1.3.1 Les modalités de participation au MSSP Track 1

Un appel à candidature annuel est organisé par *CMS* à l'issue duquel les organisations retenues signent un contrat de 3 ans. Les participants de l'ACO sont collectivement responsables (*accountable*) de la totalité de la prise en charge des patients qui leur sont assignés. Pendant, la durée du contrat, les prestataires de soins continuent à être payés à l'acte par *Medicare*.

Les conditions d'éligibilité

Afin de pouvoir recevoir l'éventuelle part sur les économies générées et assurer le reporting qualité, la création d'une entité légale dédiée est requise. La gouvernance doit être assurée par une instance responsable de la stratégie et de la supervision des opérations, contrôlée par au moins 75% des participants à l'ACO. Un représentant des usagers de *Medicare* bénéficiant des services de l'ACO doit également siéger au sein de l'instance gouvernante.

Les participants doivent inclure des professionnels en soins primaires en nombre suffisant pour le nombre d'assurés pris en charge. L'ACO doit avoir au moins 5,000 bénéficiaires *Medicare* attribués par *CMS* (voir ci-dessous). Il n'y a pas d'autre condition concernant le type d'activité des professionnels ou organisations membres qui relèvent tous du secteur sanitaire. En particulier, il n'est pas requis de disposer d'un hôpital parmi les membres de l'ACO.

La structure de direction doit comprendre des fonctions administratives et cliniques, les opérations doivent être dirigées par une personne expérimentée, le tout sous le contrôle de l'instance gouvernante. La direction clinique doit être assurée par un médecin senior en exercice, lui-même membre de l'ACO. Il est attendu que certaines fonctions et processus soient précisés de manière détaillée, notamment en matière de médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*) et d'engagement du patient.

Equipe constituant le personnel de l'ACO10

Participants et bénéficiaires

Démarrage de l'ACO : 2016



Type de contrat : ACO investment model (financement anticipé)



- 38 cabinets de soins primaires
- 1 cabinet de spécialistes
- 1 Federally qualified health center (équivalent d'un centre de santé)

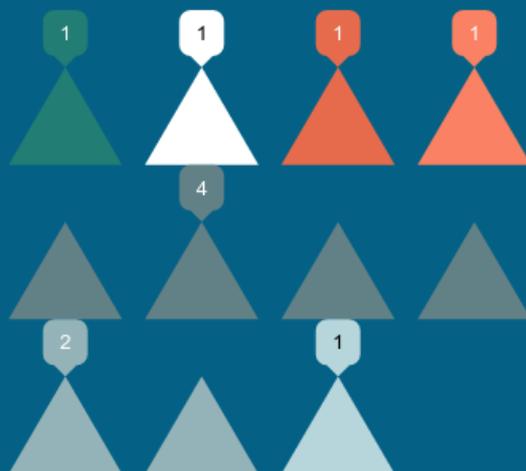
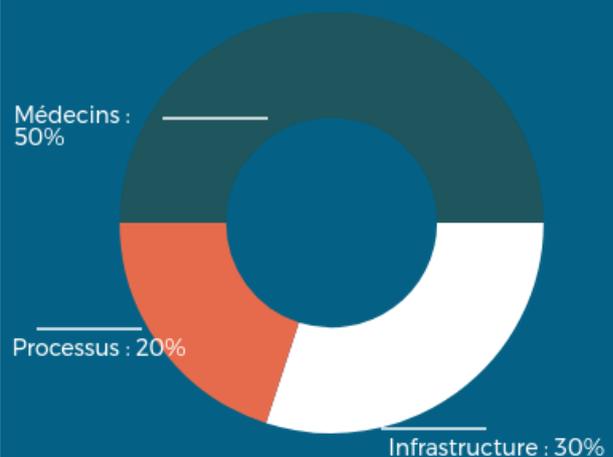


Score qualité : sans objet (créé en 2016)



Autres contrats de type ACO : aucun

Répartition de l'intéressement



Le directeur général est néphrologue, il a l'expérience d'une ACO constituée de cabinets de médecins spécialistes qui n'a pas produit de résultats de 2012 à 2015. Il est à temps partiel pour l'ACO.

Le directeur médical est à temps (très) partiel et travaille dans un des cabinets participant à l'ACO.

Le directeur des opérations et de la qualité est à plein temps, a une formation initiale d'infirmière et une dizaine d'années d'expérience.

1 responsable du care management et du disease management à plein temps, infirmière diplômée, 3 années d'expérience en hôpital avant l'ACO.

4 care managers à plein temps, assistants médicaux.

2 gestionnaires qualité, assistants médicaux.

Les sujets de gestion des données sont assurés par un prestataire.

Les modalités d'attribution des patients et l'information des patients

En l'absence de dispositif de type médecin-traitant, l'attribution des patients pour chaque ACO est réalisée par CMS sur la base d'un [algorithme](#) de recours aux soins primaires des assurés. Pour les ACOs *Track 1*, les patients sont informés par courrier et n'ont pas la possibilité d'opter pour une ACO. Cette assignation est faite a posteriori une fois par an ce qui crée de l'incertitude pour les membres.

Entendant les critiques exprimées par les ACOs participant au programme, CMS a permis une attribution prospective pour le *Tracks 3* du programme *MSSP* et la possibilité pour un patient de choisir son ACO mais cette possibilité n'est toujours pas offerte aux participants *Track 1*.

La mesure de la performance financière

La performance financière est mesurée sur la base d'une valeur de référence (*benchmark*) calculée par CMS tous les ans. Il y a un intéressement reversé à l'ACO si le gain est supérieur à un seuil minimal et les normes minimales de qualité satisfaites. Pour les ACO *Track 1*, l'intéressement maximal représente 50% de l'économie réalisée au-delà de la valeur de référence et ne peut pas excéder 10% de cette valeur. En cas de gain inférieur au seuil minimal ou de pertes, l'ACO n'a aucune pénalité financière. Le seuil minimal est calculé en pourcentage de la valeur de référence initiale et varie en fonction du nombre de bénéficiaires. Il est de 3.9% pour le minimum de 5 000 bénéficiaires et de 3% pour 9 999 bénéficiaires. Au-delà de 60 000 bénéficiaires, il est de 2%. L'intéressement peut atteindre 60% (*Track 2*) ou 70% (*Track 3*) en cas de partage des risques avec *Medicare*.

La mesure de la qualité

La qualité est mesurée sur la base de [33 indicateurs qualité](#) pour les années 2012 à 2015 (voir annexe 2 et 3) utilisés pour déterminer le niveau de gain d'une ACO avec performance financière supérieure au seuil minimal. Les indicateurs couvrent 4 grands domaines : l'expérience patient (incluant la satisfaction patient), la coordination et la sécurité des soins, la prévention et la population à risque (malades chroniques). La collecte des informations est réalisée par interface web pour les indicateurs clinique et par enquête pour l'expérience patient.

Pour les indicateurs déclaratifs, CMS fournit la liste des patients devant faire l'objet du reporting. Les ACOs peuvent accéder à la [plateforme web](#) pendant deux mois de janvier à mars pour l'année n-1 pour renseigner les indicateurs. Puis CMS notifie en avril les ACOs qui feront l'objet d'un audit. Les ACOs doivent alors fournir les justificatifs pour 30 dossiers patients sous 2/3 semaines. Le score qualité est dans ce cas pondéré par les résultats de l'audit.

Tableau 1 Reporting pour l'année 2015: Total des Points pour chaque Domaine

Domaine	Nombre de Mesures	Total des Mesures pour le calcul	Total de Points Possibles	Pondération du domaine
Expérience Patient/aidant	8	8 mesures individuelles recueillies par enquête	16	25%
Coordination des soins/ Sécurité du Patient	10	10 mesures, la mesure dossier patient informatisé compte double (4 points)	22	25%
Prévention	8	8 mesures	16	25%
Population à risque	7	6 mesures, incluant un indicateur composite pour le diabète	12	25%
Total	33	32	66	100%

Source : CMS Medicare Shared Savings Program Quality Measure Benchmarks for the 2015 Reporting Year

A l'issue du retour d'expérience des trois premières années du programme, le nombre d'indicateurs qualité a été fixé à 34 pour l'évaluation de l'année 2016 et à 31 pour l'année 2017 (voir annexe 2).

L'enquête relative à l'expérience patient est à la charge de l'ACO et réalisée par un prestataire certifié par CMS. La dimension patient est constituée de 8 indicateurs et représente un quart du total des points possibles. Le programme [*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems \(CAHPS®\)*](#) de l'*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* a été créé en 1995 et la conception des outils confiée à des organismes de recherche sélectionnés tous les 5 ans par appel d'offre. L'enquête pour les ACOs est une adaptation de l'enquête *Clinician and Group* destinée aux patients pris en charge par les cabinets et groupes médicaux.

Un phasage sur les 3 années du contrat

La rémunération à la performance est phasée pendant les 3 années du contrat. La première année, seul un reporting complet et précis est requis pour être éligibles à l'intéressement (*pay for reporting*). La performance est prise en compte à compter de la deuxième année dans la majorité des cas, de la troisième année pour 7 indicateurs concernant la prévention et les maladies chroniques. Elle est calculée sur la base d'un benchmark établi la première année pour la durée du contrat.

Une obligation de publicité

Les ACOs sont tenues de rendre [public](#) un certain nombre d'informations selon des modalités et un format précis : la liste des participants, la composition de l'instance dirigeante, la performance financière et les valeurs de tous les indicateurs qualité doivent être publiés sur un site internet.

La répartition potentielle de l'intéressement exprimée en pourcentage doit aussi être précisée entre l'infrastructure, les processus de soins et les membres de l'ACO conformément à l'engagement pris lors de la constitution du dossier de candidature.

Dans l'échantillon étudié, les membres de l'ACO bénéficiaient majoritairement d'une part comprise entre 40 et 75% de l'intéressement. Les modalités précises de répartition entre les membres relèvent de chaque ACO et sont validées par l'instance dirigeante. Elles sont en conséquence propres à chaque ACO et ne sont pas rendues publiques ni communiquées à CMS. Plus ou moins sophistiquées, elles peuvent tenir compte de l'implication des membres dans le fonctionnement de l'ACO comme dans l'exemple ci-dessous.

Modalité de répartition de l'intéressement de l'ACO8

Participants et bénéficiaires

Démarrage de l'ACO : juillet 2012 (1ère vague).



7 884 bénéficiaires Medicare FFS la 1ère année



6 872 bénéficiaires Medicare FFS en 2015



38 médecins de soins primaires



Score qualité (2015) : 96,5%

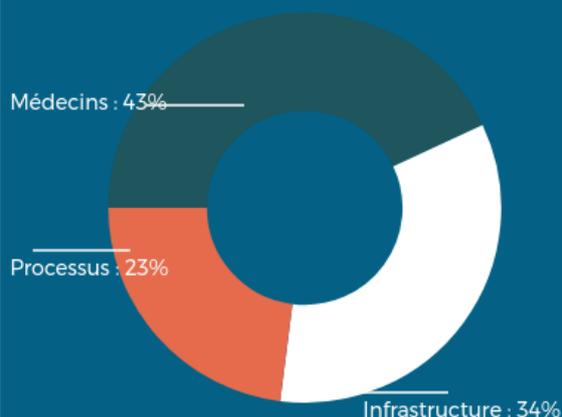


Autres contrats : Medicare avantage et contrats avec des assureurs privés



Résultats : intéressement années 2014 et 2015

Répartition de l'intéressement



Les critères sont définis et validés chaque année par l'instance dirigeante pour la répartition de l'intéressement entre les médecins.

Les critères mesurent d'une part l'engagement (citizenship) des cabinets médicaux et d'autre part leurs résultats d'intégration clinique sur la base d'indicateurs reflétant le programme de travail de l'ACO.

L'engagement représentait 100% de l'intéressement potentiel la première année, 50% la deuxième et 30% la troisième.

L'engagement est mesuré par la participation aux différentes instances et groupes de travail, l'informatisation du dossier patient, l'utilisation du Health Information Exchange et la transformation ou le maintien en PCMH (maison de santé).

Les résultats cliniques sont agrégés par type de soins : soins primaires, hospitalisations et soins infirmiers.

La mobilisation des données

En routine, CMS fournit aux ACO les données de consommation de soins de leurs assurés tous les trimestres et sur l'année calendaire entière pendant toute la durée du contrat (Cf. annexe 4). Ces rapports permettent de comparer la performance de l'ACO avec l'ensemble des ACO disposant d'un même type de contrat ainsi qu'avec tous les offreurs qu'ils soient membres d'une ACO ou non.

De la même manière un rapport synthétique concernant les bénéficiaires assignés à l'ACO est produit par CMS selon la même périodicité. Celui-ci précise leurs données démographiques, leurs diagnostics, leur provenance géographique ainsi que les soins assurés au sein de l'ACO et en dehors de l'ACO.

Sur demande, il est possible pour une ACO de disposer de données plus détaillées par assuré sous réserve que les assurés n'aient pas refusé le partage de leurs données.

1.3.2 Une incitation fondée sur la performance financière

La perspective d'[intérêt](#) constitue l'incitation principale du *MSSP* selon une mécanique assez complexe basée sur une valeur de référence (*benchmark*) et un ajustement a posteriori selon le case-mix de l'ACO (*risk adjustment*).

Une valeur de référence historique est établie pour les assurés qui auraient été assignés à l'ACO les 3 années précédant la première année du contrat. Une moyenne de dépenses (hors extrêmes correspondant au 99^{ème} percentile) et ajustée selon le case-mix est calculée pour chacune des trois années, avant de se voir appliquer le taux d'évolution de la dépense nationale. Les 3 années sont pondérées (respectivement 10%-30%-60%) pour le calcul de la moyenne sur les 3 années qui sert de valeur de référence. Chaque année, la valeur de référence initiale est ajustée selon les changements démographiques et d'état de santé des assurés assignés à l'ACO pour l'année considérée et le taux de croissance national actualisé.

Pour calculer le score de risque des assurés, la valeur de référence historique et son actualisation, CMS utilise un modèle propriétaire, le *Hierarchical Condition Category prospective risk adjustment model*. Ce modèle a été créé initialement en 2004 pour ajuster la rémunération des paiements à la capitation des assureurs privés pour *Medicare Advantage*. Le score de risque individuel est ainsi utilisé pour tenir compte de la modification de l'état de santé de la population attribuée à l'ACO.

Du fait de l'utilisation d'un taux de croissance national, le benchmark utilisé pour la première période de contractualisation favoriserait les ACO des régions avec un taux de croissance inférieur à la moyenne nationale (Michael Chernew, 2017). Il favoriserait également les ACOs des régions à coûts élevés (Floride, Texas par exemple) où le taux de recours de soins est également élevé et la probabilité de pouvoir faire des gains d'efficacité plus élevée (Douglas Hearvey, 2016). Afin de tenir compte des retours d'expérience et à la demande de certains acteurs, CMS a modifié le taux d'évolution de dépense utilisé pour les ACOs renouvelant leur contrat à compter de 2016, celui-ci n'étant plus à l'échelle nationale mais régionale i.e. selon les comtés desservis par l'ACO.

1.3.3 De nouvelles prestations pour les offreurs financés à l'acte

Concomitamment à la création des ACOs, l'*Affordable Care Act* de 2010 a créé de nouvelles prestations *Medicare* favorisant la prévention et la coordination des soins. Ces prestations sont financées par des tarifs forfaitaires inclus dans la liste des actes facturables (*Medicare Physician Fee Schedule*) pour la prise en charge des assurés *Medicare* traditionnel. Bien que n'étant pas réservés aux participants des ACOs, ils s'avèrent particulièrement utilisés dans ce cadre (Ganguli I, 2017).

Une visite longue annuelle proposée à tous les assurés

La consultation annuelle de bien-être ([Annual Wellness Visit](#) -AWV) est une consultation de prévention offerte à tous les assurés *Medicare* une fois par an. Cette consultation longue (elle dure environ une heure) est utilisée pour recueillir les éléments relatifs à l'histoire du patient, son utilisation du système de santé et ses principaux paramètres mais également pour détecter une éventuelle déficience cognitive, évaluer les capacités fonctionnelles et certains risques dont la dépression. La consultation peut être réalisée par un médecin, un(e) infirmière en pratique avancée (*nurse practitioner*), un(e) assistant(e) médical(e) (*physician assistant*) ou un professionnel de santé sous la supervision directe d'un médecin.

Un grand nombre d'outils mis à disposition ou validés par les organisations professionnelles ou les agences nationales peuvent être utilisés pour la réalisation de cette consultation : check-lists, questionnaires type pour l'évaluation des risques (PHQ9 pour la dépression (Kroenke K, 2001)), approche intégrée ([SBIRT](#) pour les addictions), boîte à outils ([STEADI](#) pour la prévention des chutes), tests (Mini-COGTM pour les désordres cognitifs (Yang L, 2017))...

En 2017, le service est coté 173 \$ pour la première consultation et 117\$ pour les consultations suivantes. Afin de faciliter le développement de cette prestation, Medicare a récemment supprimé la participation financière des patients pour en faire une prestation prise en charge à 100%.

Des modalités de suivi particulières pour les maladies chroniques

Le CCM (*Chronic Care Management*) est une prestation qui a été créée en 2015. Elle est destinée aux assurés ayant au moins 2 maladies chroniques dont la durée prévisible est supérieure à un an ou mettant en jeu le pronostic vital des patients. Elle est réalisée sans face à face avec le patient et nécessite de communiquer avec le patient et les professionnels de santé assurant sa prise en charge le cas échéant à des fins de coordination des soins ou de gestion de prescription. Elle implique une accessibilité H24 pour les patients et professionnels de santé concernés et l'utilisation d'un dossier médical informatisé (*Electronic Health Record*). La création d'un plan de soins personnalisé est un élément clé de la prestation. Le service peut être réalisé par un médecin, un(e) infirmière en pratique avancée (*nurse practitioner*) ou un(e) assistant(e) médical(e) (*physician assistant*).

Le service est facturable 43\$ mensuellement pour 20 minutes minimum de temps clinique. Il requiert d'être documenté précisément. Il nécessite l'accord formel du patient et une participation des patients de 8\$ par mois qui peut être prise en charge par les assurances complémentaires. Bien que concernant potentiellement 35 millions d'assurés, le service est encore peu utilisé, ce qui a conduit CMS à assouplir ses conditions d'utilisation fin 2016 et à créer une prestation pour les cas complexes (94\$ par mois pour 60 minutes de temps clinique et 47\$ par 30 minutes supplémentaires).

Un dispositif ad'hoc pour certaines sorties d'hospitalisation

Le TCM (*Transitional Care Management*) est une prestation créée en 2013 et proposée aux assurés ayant subi une hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie et SSR) dans certaines conditions. Elle comprend un contact avec les patients dans les 48 heures suivant l'hospitalisation et une consultation dans les 7 ou 14 jours selon la complexité de la situation médicale. La prestation est rémunérée 112\$ ou 162\$ selon la complexité de la décision médicale. La participation des patients s'élève à 20% de ticket modérateur.

La création de cette prestation a accompagné le programme de réduction des ré-hospitalisations évitables (*Readmissions Reduction Program - HRRP*) introduit par l'*Affordable care act* en 2010 (McIlvennan CK, 2015). Depuis 2013, les hôpitaux peuvent être pénalisés financièrement jusqu'à 3% de la totalité de leur financement par Medicare ce qui les incite à coopérer avec les acteurs ambulatoires qui mettent en place des programmes de sortie d'hôpitaux.

1.3.4 Le développement systématique de programmes de care management

Dans les 13 ACOs étudiées, la création de l'ACO a été concomitante avec le développement de programmes de *care management* pour les populations à risque et les plus grands consommateurs de soins. Le *care management* part du principe que des interventions appropriées pour certaines populations réduiront leurs risques et diminueront le coût de leur prise en charge.

Les nouvelles prestations (voir paragraphe précédent) ont été mobilisées par les ACOs de manière à financer les équipes assurant le *care management*, celles-ci étant selon la configuration placées au sein des cabinets médicaux ou au niveau de l'ACO. Ces forfaits ne sont pas réservés aux seules ACOs mais la perspective d'intéressement semble convaincre les acteurs de créer et mettre en œuvre ces programmes.

Contrairement aux grands groupes qui développent une infrastructure importante pour analyser les données, celle-ci était souvent modeste les premières années dans les ACOs étudiées. Ainsi elles utilisaient pour le ciblage de leurs programmes, les rapports mis à disposition par Medicare (voir paragraphe 1.3.1 et annexe 4) ce qui leur permettait d'attendre l'intéressement potentiel pour investir dans une infrastructure plus conséquente.

Montée en charge de l'ACO3

Participants et bénéficiaires

Démarrage de l'ACO : 2012.



6 962 bénéficiaires Medicare FFS la 1ère année



13 245 bénéficiaires Medicare FFS en 2015



41 cabinets de médecins de soins primaires

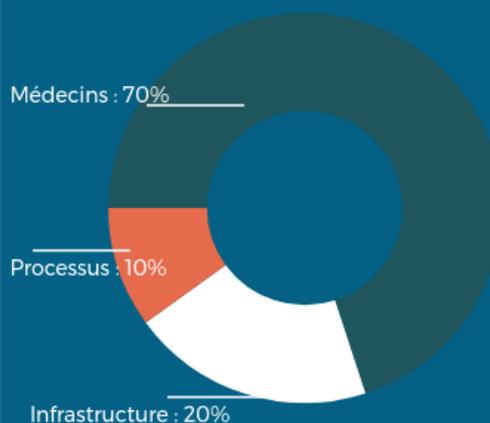


Score qualité (2015) : 93,16%



Autres contrats de type ACO : Medicare advantage, Blue cross, Blue shield

Répartition de l'intéressement



Le choix a été fait de prioriser la transformation des pratiques médicales à l'utilisation massive de technologie.

Les cabinets ont été accompagnés dans le repérage de malades chroniques ayant besoin d'un suivi plus attentionné sur la base d'échanges mobilisant les informations trouvées dans les dossiers patients informatisés.

Les rapports trimestriels de CMS ont commencé à être diffusés en 2014, la direction de l'ACO estimant que les médecins n'étaient pas en mesure avant cette date de les exploiter.

La fourniture de listes de patients avec utilisation de modèles prédictifs de dépenses n'a commencé qu'en 2016, soit 4 ans après le début du programme et pour le renouvellement du contrat, en faisant appel à un prestataire.

Les programmes ciblaient principalement les grands utilisateurs (*frequent flyers*) des services d'urgence et les personnes atteintes de maladie chronique. La consultation annuelle (*Annual Wellness Visi*, décrite ci-dessus) leur était souvent proposée pour initier le processus.

Les outils utilisés pour soutenir la démarche étaient soit intégrés au logiciel métier des cabinets (par exemple Epic), soit ad hoc et alors sans nécessairement disposer d'une interface avec les autres outils du cabinet. Ils permettaient dans tous les cas de tracer l'activité des *care coordinators* et de partager l'information avec le personnel soignant.

1.4 Des modalités de pilotage renouvelées

1.4.1 Un premier pilote lancé dès 2005

L'expérimentation *Physician Group Practice (PGP)* est la première initiative de Medicare introduisant une rémunération à la performance. Elle a été autorisée par le Congrès en 2000 et a été mise en œuvre de 2005 à 2010. Menée en partenariat avec 10 groupes médicaux illustrant divers modèles d'organisation (multi spécialité, universitaire, intégré, réseau), elle avait pour objectif de tester de nouvelles formes d'incitations et d'identifier des modèles de care management et de transformation des pratiques susceptibles d'être généralisés à l'ensemble du pays.

Les grands principes étaient déjà ceux que l'on retrouve dans le *MSSP* : intéressement (jusqu'à 80% des gains) et mesure de la qualité à travers 32 indicateurs. La démarche était fortement partenariale. Les indicateurs qualité ont été développés avec une émanation de l'*American Medical Association* et le *National Committee for Quality Assurance (NCQA)* tandis que les modalités de collecte et la manière de les utiliser comme mesure de la performance et intéressement étaient travaillées avec les participants au pilote pour tendre vers un consensus.

Ce pilote a été essentiel à la conception des programmes ACOs en ce qu'il a permis à Medicare de tester l'acceptabilité par les acteurs des modalités opérationnelles du programme, celles-ci ayant été en quelque sorte préfigurées avec une nouvelle forme de gouvernance des projets, beaucoup plus partenariale.

1.4.2 Une co-construction et une information renforcée des acteurs

De manière générale et historique, les acteurs ont l'opportunité de donner leur avis sur tout projet de texte d'initiative fédérale, une loi de 1946 (*Administrative Procedure Act -APA*) encadrant le pouvoir réglementaire. La proposition (*proposed rule*) est mise à la concertation pendant plusieurs semaines (entre un et deux mois) et donne lieu à une *final rule* où sont précisées les suites données aux différents commentaires publics. L'ensemble des textes et commentaires est rendu disponible sur le site *regulations.gov*.

La démarche partenariale est particulièrement développée avec le *Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI)* créé par l'*Affordable Care Act* et pilotant l'ensemble des expérimentations concernant Medicare et Medicaid. Concernant les ACOs, les relations ont été très étroites entre CMMI et les participants au programme *Pioneer ACO*, les enjeux étant accentués par le partage de risque entre CMS et les ACOs participantes.

Afin d'accompagner le lancement de ses programmes, CMS organise des webinaires ouverts à tous et réunissant plusieurs centaines de participants à travers tout le pays. Les présentations sont ensuite mises en ligne et accessibles depuis le site internet de l'agence. 31 webinaires ont ainsi été organisés en 2016.

Pour les nouveaux participants aux ACOs, CMS propose des réunions en région (les Etats-Unis sont divisés en 10 régions avec des représentations de CMS) de manière à favoriser l'échange et le retour d'expérience.

1.4.3 La contribution active des chercheurs facilitée par la diffusion publique des données

CMS met à disposition en accès public un ensemble de [données](#) sur les ACOs : liste des participants aux programmes, résultats par participant (benchmark et indicateurs qualité), dépenses par postes, motifs de sorties d'hospitalisation, imagerie et services de soins primaires.

Les ACOs font l'objet de nombreuses études, certains centres universitaires ayant développé une expertise particulière sur le sujet (*Darmouth Institute, Berkeley, Harvard, Duke* etc.). La recherche ne s'arrête cependant pas aux portes de l'université et certains cabinets de conseil (*Leavitt Partners* par exemple), *think tank* (*Brookings*) ou opérateur (comme *Kaiser Permanente*) ont une activité de recherche significative et reconnue.

Plusieurs cercles réunissant chercheurs et acteurs du système ont été créés par ces acteurs afin d'accompagner le développement des ACOs : l'*Accountable Care Cooperative* par Leavitt, l'*ACO Learning Network* par Brookings dès l'année 2012. [L'Accountable Care Learning Collaborative](#), issu de la fusion des deux précédents, produit de nombreuses contributions (livres blancs, études de cas etc.).

1.5 Un certain engouement des acteurs

1.5.1 Une progression ininterrompue depuis le lancement en 2012

Le programme *MSSP* connaît une croissance nette ininterrompue depuis sa création en 2012, le nombre d'abandons étant inférieur aux nouveaux inscrits.

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MSSP	114	220	333	392	433	480

Source : [Medpac](#)

Les premiers renouvellements à l'issue des 3 ans des premiers contrats sont intervenus en 2016. Sur les 225 ACOs dont le contrat venait à expiration, 167 l'ont renouvelé, y compris parmi ceux qui n'avaient pas eu d'intéressement (Tianna Tu, 2016). Sur les 58 n'ayant pas renouvelé leur contrat *MSSP*, 8 d'entre eux ont choisi un contrat avec partage de risque à la baisse (*Next Generation ACO*).

Résultats financiers	Renouvellement	Non renouvellement	Total
Avec intéressement	67	12	79
Sans intéressement	100	46	146
Total	167	58	225

Source: Leavitt Partners Research Brief

Au 1^{er} janvier 2017, il y avait 480 [MSSP ACOs](#) servant 9 millions de bénéficiaires dans les 52 Etats dont 438 ACOs avec un contrat *Track I*, i.e. risque à la hausse uniquement.

1.5.2 Un modèle attractif pour les médecins indépendants malgré des handicaps dus à leur petite taille

D'après les déclarations faites à *CMS*, plus de la moitié des ACOs *MSSP* sont constituées exclusivement de cabinets et groupes médicaux en 2017. Il semblerait que ce chiffre soit en augmentation, il était de 42% en 2013 et 34% en 2015 selon le rapport *Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations Have Shown Potential for Reducing Spending and Improving Quality* de l'*Office of Inspector General*.

Près de la moitié (49%) des ACOs *MSSP* comprennent un hôpital parmi leurs membres en 2017. Ils étaient 42% en 2015. Les autres participants peuvent inclure des services de soins infirmiers (*Skill Nursing Facilities*), de l'hospitalisation à domicile (*Home Health Agency*), du long séjour (*Hospices*) ou des centres de santé (*Federally Qualified Health Centers*).

Le programme *MSSP* semble particulièrement attractif pour les groupes et cabinets de médecins indépendants. Ils peuvent garder le contrôle, du fait du mode de gouvernance choisi par *CMS* qui leur donne les $\frac{3}{4}$ des sièges de l'organe dirigeant (cf.1.3.1).

Caracteristiques	ACOs MSSP *
ACOs MSSP 2017 (n=480)	
ACOs constituées exclusivement de cabinets et groupes médicaux (base déclarative)	>50%
Programmes Advance Payment (2012-2015) or ACO Investment model (depuis 2016)**	13%
Performance financière des ACOs MSSP en 2015 (n=392)	
Versement d'un intéressement	31%
Résultat inférieur au seuil minimal de déclenchement de l'intéressement (<i>Minimum Saving Rate (MSR)</i>)	21%
Taille (nombre de bénéficiaires Medicare) des ACOs MSSP en 2015	
Inférieur à 8,000	26%
De 8,001 à 15,000	39%
Plus de 15,000	36%

* Source: Toutes les données MSSP ACO proviennent des listes 2017 des MSSP ACO de CMS et des résultats de l'année 2015.

** Dans les 2 programmes, les participants reçoivent une mise de fonds initiale et un paiement mensuel qui peuvent être utilisés pour investir dans l'infrastructure pour la coordination des soins

Les ACOs ont toute liberté d'organisation pour leurs activités ainsi que pour leur rythme de mise en œuvre. Sous réserve de ne pas développer d'infrastructure pour l'exploitation des données, l'investissement nécessaire peut rester modeste et le risque modéré dans le cas du contrat *track 1*. L'essentiel du coût de mise en place des ACOs porte alors sur les frais de fonctionnement et plus particulièrement les frais de personnel nécessaire à la mise en œuvre des interventions.

Leur petite taille les contraint à prioriser leurs actions conduisant à une mise en œuvre très progressive ce qui facilite l'engagement des cabinets médicaux participant à l'ACO. Pour ceux déjà organisés en association, l'ACO constitue une extension assez naturelle de leurs services partagés et la courbe d'apprentissage en est facilitée.

Enfin, il est possible de cumuler le programme avec d'autres dispositifs ciblant les cabinets médicaux et le développement des soins primaires (*PCMH* et *CPC+* cités précédemment). Si de multiples participations accroissent la charge de reporting, elles permettent aussi d'augmenter les sources de revenus et de mutualiser le financement des équipes.

1.5.3 Mais qui ne résout pas les difficultés structurelles du système

Les ACOs interviennent dans un environnement particulièrement complexe, elles ne répondent pas aux problèmes endémiques du système de santé américain.

Le risque judiciaire pour mauvaise pratique (*malpractice*) conduit les assureurs et les médecins à documenter précisément toutes les activités réalisées ce qui est chronophage et source d'inefficience. Le nombre de codes de facturation dépasse les [7,000 codes](#) pour le seul *Medicare*, chaque assureur

développant ses propres codifications. *Medicare* utilise la nomenclature de l'*American Medical Association*, avec, pour chaque code, des règles d'application et d'exception. Cette complexité engendre des coûts d'administration conséquents tant pour les offreurs de soins que chez les assureurs ainsi que le développement d'un marché pour optimiser la facturation.

L'absence d'interopérabilité des systèmes d'information entre les acteurs du parcours reste encore un obstacle majeur à la fluidité des prises en charge malgré les différentes initiatives de l'*Office of the National Coordinator for Health Information Technology*. Les *Health Information Exchange (HIE)* régionaux permettent, lorsqu'ils sont fonctionnels, de disposer au quotidien des informations sur les hospitalisations via l'*Admit, Discharge and Transfer (ADT)* et de gérer les transitions en proposant des programmes de *transitional care management* (voir 1.3.3). Il est cependant fréquent que les ACOs ne soient pas informées de l'hospitalisation de leurs patients et que les transmissions entre médecins généralistes et spécialistes de groupes différents se fassent par télécopie.

La problématique de l'interopérabilité de l'ACO9

Participants et bénéficiaires

Démarrage de l'ACO : 2014.



5 204 bénéficiaires Medicare FFS la 1ère année



5 073 bénéficiaires Medicare FFS en 2015



35 médecins (18 cabinets) et spécialistes (un cabinet de cardiologie, un de réadaptation)



Pertes en 2014 et résultats inférieurs au seuil minimal 2015.



Score qualité (2015) : 98,59%



Répartition de l'intéressement : non publiée



Autres contrats : non

9 logiciels différents sont utilisés par les cabinets médicaux participants à l'ACO, un seul (eClinical) étant utilisé par plus d'un cabinet. L'objectif prioritaire de l'ACO est de connecter les différents cabinets au Health Information Exchange de manière à disposer des informations d'hospitalisation. Le premier prestataire du HIE n'a réussi à interfacier qu'un seul cabinet. Depuis, il a été décidé de changer de prestataire et les travaux d'interfaçage sont en cours avec le nouveau prestataire. En attendant, l'ACO ne dispose pas des informations nécessaires pour pouvoir gérer les sorties d'hospitalisations.

Dans l'échantillon étudié, aucune des 13 ACO n'avait un logiciel métier unique pour tous ses membres, le nombre de logiciels différents pouvant atteindre une petite dizaine. Seule une ACO a essayé d'unifier les outils utilisés et a fini par y renoncer devant la complexité de la migration y compris pour des versions différentes d'un même outil.

1.6 Des résultats encourageants mais controversés

1.6.1 Des résultats contrastés

un retour sur investissement ne permettant pas encore un autofinancement du programme

D'après le rapport de l'*Office of the Inspector General* (OIG, 2017) du Département d'Etat chargé de la santé (*Department of Health and Human Services – HHS*), le programme *MSSP* a permis à *Medicare* d'économiser près de 1 Md de \$ les 3 premières années du programme. Ce montant est calculé en faisant la différence entre les dépenses constatées des 428 ACOs et leurs valeurs de référence sur les 3 années du contrat. La variation entre ACOs est importante, 36 ACO ont généré la moitié des 3,4 Mds \$ d'économies réalisées. Symétriquement, 38 ACO ont réalisé la moitié des 2,4 Mds \$ de dépenses au-delà de leur valeur de référence. Un intéressement a été versé à une ACO sur 3 représentant 1,3 Md\$ sur les 3 ans et un montant annuel moyen de 4,8 M\$ par ACO.

Le coût net pour *Medicare* a varié entre 0.1% et 0.3% des dépenses entre 2013 et 2015. En moyenne sur les 3 ans, ce coût net représente près de 350 M de dollars soit 0.2% du coût total de la prise en charge des patients ce qui est peut être considéré comme négligeable au regard de la dépense totale.

Année	2012-2013	2014	2015
Nombre total d'ACOs <i>MSSP</i>	220	333	392
Nombre d'assurés <i>Medicare</i> concernés	3 675 263	5 329 831	7 270 233
Valeurs de référence en \$	42 499 376 821	52 885 283 830	73 297 675 699
Dépenses effectives en \$	42 265 781 093	52 593 806 005	72 868 421 009
Economie générée pour <i>Medicare</i> en \$	233 595 723	291 477 845	429 254 696
Intéressement versé par <i>Medicare</i> en \$	315 908 772	341 246 303	645 543 866
Coût net pour <i>Medicare</i> (valeur en \$)	-82 313 044	-49 768 478	-216 289 176
Coût net pour <i>Medicare</i> (pourcentage)	0.2%	0.1%	0.3%
Performance qualité (score moyen)	Sans objet	83.1%%	91.4%

Source : [National Association of ACOs - A Look at MSSP ACO Performance Years 1-3 – septembre 2016](#)

Pour l'activité réalisée en 2015 (*performance year*), 120 ACOs soit 31% des 392 *MSSP* ACOs ont eu un intéressement. 83 ont eu un résultat supérieur à la valeur de référence mais inférieur au seuil de déclenchement et 189 un résultat inférieur à la valeur de référence (pertes). Le nombre d'ACOs bénéficiant d'un intéressement a augmenté depuis le lancement du programme, il y en avait 26% en 2013 et 28% en 2014. La [probabilité d'intéressement en 2015](#) augmente avec l'ancienneté dans le programme : 42% des ACOs ayant démarré en 2012 ont eu un intéressement contre 37% en 2013, 22% en 2014 et 21% en 2015.

Si le programme a permis à *Medicare* de modérer la croissance des dépenses, il a, contrairement au programme *Pioneer*, davantage coûté à *Medicare* en 2015 qu'il n'a rapporté du fait de l'absence de partage des risques, le solde net après intéressement versé aux ACOs concernées s'élevant à 216 M\$.

	Pioneer 2015 N=12		MSSP 2015 N=392	
	M\$	%	M\$	%
Valeur de référence	\$5,490	100.0	\$73,298	100.0
Dépense constatée	\$5,453	99.3	\$72,868	99.4
Economie	37	0.7	429	0.6
Intéressement versé	34	0.6	646	0.9
Montant reversé	2	0.0	0	0
Gain net	5	0.1	-216	-0.3

Source : [MedPac](#)

En 2015, la performance par bénéficiaire des ACOs était inversement proportionnelle à leur taille (sauf pour le dernier quintile où le nombre de bénéficiaires moyen par ACO est de 46,692). En d'autres termes, les ACOs de petite taille ont les meilleurs résultats (David Muhlestein, Medicare Accountable Care Organization Results For 2015: The Journey To Better Quality And Lower Costs Continues, 2016).

La littérature tend par ailleurs à montrer que les ACOs constituées de groupes médicaux ont des meilleurs résultats que les ACOs constituées par des hôpitaux (Carrie H. Colla, 2014) et qu'en conséquence il n'est pas nécessaire d'intégrer un hôpital dans un ACO pour bénéficier d'une bonne performance financière (J. Michael McWilliams, 2016).

Une amélioration de la qualité

Selon la même source, sur la même période, les indicateurs qualité ont été améliorés pour 82% d'entre eux, deux indicateurs ayant connu une progression significative (le dépistage de la dépression et la prévention des chutes). 5 indicateurs dont 4 concernant l'expérience patient ont diminué, le cinquième porte sur le contrôle de la tension et son suivi. En moyenne sur la période 2013-2015, les participants aux ACOs avaient de meilleurs scores que les offreurs ne participant pas au programme sur 22 des 27 indicateurs individuels.

La qualité mesurée par les 33 indicateurs a augmenté durant les 3 premières années du programme mais sans que celle-ci soit corrélée à l'existence de gains (David Muhlestein, Medicare Accountable Care Organization Results For 2015: The Journey To Better Quality And Lower Costs Continues, 2016).

Une intégration clinique assez faible sur l'échantillon étudié

Si l'intégration fonctionnelle est un des objectifs majeurs des ACO, celle-ci n'apparaît pas indispensable pour réaliser de bonnes performances les premières années au regard des critères établis par Medicare pour le modèle MSSP. Sur l'échantillon étudié (13 ACOs dans 8 Etats), l'intégration clinique était assez faible entre les membres des ACOs et les hôpitaux ou les prestataires de soins post-aigus, y compris parmi les ACOs ayant bénéficié d'un intéressement.

L'obstacle le plus pénalisant était l'absence d'information concernant l'admission ou la sortie des patients du fait de l'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information des différents acteurs.

Problématique de l'adressage des patients aux spécialistes de l'ACO7

Participants et bénéficiaires

Démarrage de l'ACO : janvier 2013.



5 338 bénéficiaires Medicare FFS la 1ère année



46 120 bénéficiaires Medicare FFS en 2015



100 médecins de soins primaires (environ)

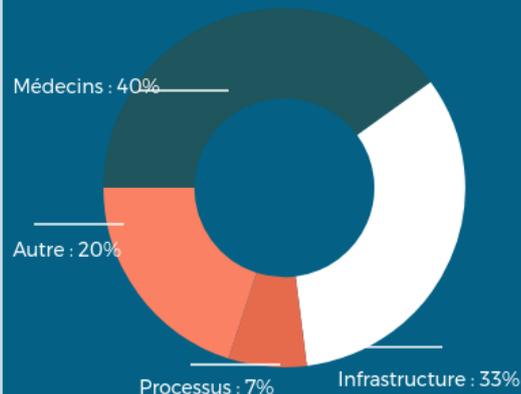


Score qualité (2015) : 97,15%



Autres contrats : assurances privées (15 000 bénéficiaires)

Répartition de l'intéressement



Les relations avec les médecins spécialistes ne sont pas organisées. En particulier, le retour d'information vers le médecin ayant fait l'adressage n'est pas réalisé.

Après 4 ans de fonctionnement, l'ACO a atteint une masse critique qui lui permet de discuter avec les spécialistes et de ne travailler qu'avec ceux qui se montrent coopératifs. Un système d'adressage en ligne appuie la démarche et permet le suivi des adressages réalisés par les membres de l'ACO. Il est couplé avec une messagerie sécurisée pour l'envoi des documents.

Le facteur temps, élément clé de la transformation

Au final, les partisans des ACOs réclament davantage de temps et d'évaluations, les détracteurs critiquent l'insuffisance de résultats (Schulman & Richman, 2016) et poussent vers le partage des risques, seul à même selon eux de permettre la rentabilité financière du programme (Jha, 2016).

Un modèle de transition ?

Le modèle semble particulièrement adapté pour accélérer la transformation du système mais apparaît difficilement soutenable sur le long terme du fait de la difficulté d'améliorer de façon continue l'efficacité des organisations. Ainsi, dans l'échantillon étudié, l'inquiétude croît pour les ACOs ayant connu deux années voire trois années d'intéressement d'affilée, le niveau d'engagement devenant inversement proportionnel au résultat obtenu.

1.6.2 Facteurs clés de succès

La plasticité de la définition des ACOs et la grande liberté laissée aux acteurs se traduisent dans la diversité des organisations retenues par *CMS* et l'absence de modèle ou de recette universelle.

Si l'on attache à analyser les causes du succès rencontré auprès des acteurs et particulièrement des médecins, on peut citer les facteurs suivants :

- Le caractère non obligatoire du programme et la liberté de choix laissée pour la constitution des ACOs
- Le choix fait sur la gouvernance qui donne clairement la primeur aux offreurs de soins et font des ACOs un outil à leur main,
- La qualité des équipes dirigeantes, l'expérience des dirigeants constituant un des pré requis à respecter pour constituer une ACO,
- La liberté d'organisation laissée aux acteurs,
- La cohérence intrinsèque du programme entre le focus fait sur les soins primaires, les indicateurs choisis pour mesurer la qualité, la création de prestations rémunérées associées pour la coordination des soins et les désincitations parallèles pour les réadmissions hospitalières qui donnent un intérêt à agir pour les hôpitaux
- La mise à disposition de données directement mobilisables par les opérateurs
- La mise en place des *HIE* permettant l'interopérabilité des systèmes d'information avec les établissements hospitaliers : cette condition n'est pas toujours réunie mais est déterminante pour gérer les transitions entre différents offreurs de soins

2 LES ENSEIGNEMENTS, POUR LA FRANCE

2.1 L'opportunité d'engager une démarche inspirée des ACOs en France

2.1.1 Un système de santé qui reste hospitalo-centré

La part des dépenses hospitalières en France s'établit à 46,5% de la consommation de soins et biens médicaux en 2016 avec une tendance au ralentissement de la croissance depuis les années 2010. La part des soins de ville s'établit quant à elle à 26,3% pour la même année (DREES, 2017) .

La part des soins hospitaliers dans la dépense courante se situe légèrement au-delà de la moyenne des pays de l'OCDE (40,2% vs 38,4% en 2015) mais reste significativement supérieure à la part de ces mêmes dépenses en Allemagne, en Suisse ou en Belgique. La part des soins ambulatoires est quant à elle inférieure dans les mêmes proportions (22,7% vs 24,9% en 2015) à la moyenne des pays de l'OCDE (OECD.stat).

Le nombre de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants est plus élevé en France que la moyenne des pays de l'OCDE en 2013 (6,3% vs 4,8%) sachant que celui pour soins aigus se situe dans la moyenne. Le nombre de consultations annuelles de médecins (généraliste ou spécialiste) est proche de la moyenne des pays de l'OCDE en 2013 (6,6 vs 6,4 en France) (OECD, Health at a glance 2015 : OECD indicators, 2015).

Ces éléments de comparaison laissent donc penser qu'un certain nombre de cas, aujourd'hui pris en charge en établissements de santé pourrait être traités en ambulatoire, sous réserve de la structuration de l'offre.

2.1.2 Le besoin de renforcer les soins primaires en France

L'OMS a identifié les soins primaires comme étant un moyen d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé dès la fin des années 70 (Déclaration d'Alma-Ata) mais la prise de conscience a été plus tardive aux Etats-Unis et en France.

Les [soins de premier recours](#) ont fait une entrée dans le code de la santé publique en 2009 avec la loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) et l'objet d'un certain nombre de [rapports](#). On ne peut cependant encore parler de véritable politique en faveur des soins primaires, le système de santé français restant encore marqué par la médecine spécialisée et la part importante du secteur hospitalier dans la prise en charge de la santé en France. En approchant les soins primaires en France par la médecine générale, il est alors préoccupant de constater que le nombre de consultations de généralistes a tendance à diminuer ces dernières années (Bras, 2016).

L'apport des soins primaires aux Etats-Unis a été notamment démontré par Barbara Steinfield au début des années 2000 (Barbara Steinfield, 2005) et est depuis considéré comme nécessaire à la performance globale du système de santé. Depuis l'ACA, les soins primaires sont devenus une priorité des politiques du département d'Etat *Health and Human Services (HHS)* et font l'objet de différents programmes (voir 1.5.2).

Il est également démontré qu'une prise en charge efficace par les soins primaires permet d'éviter le recours aux urgences et certaines hospitalisations pour les personnes atteintes de maladie chronique. La qualité du suivi est une des sources d'hospitalisations évitables s'agissant des malades chroniques (Freund, 2013). L'*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* a établi une liste de 16 motifs d'hospitalisations évitables du fait d'une prise en charge en ambulatoire de bonne qualité (*Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions*): pneumopathie bactérienne, hypertension, déshydratation, asthme de l'adulte, gastroentérite de l'enfant, asthme de l'enfant, infection urinaire, Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), appendicite compliquée (perforated appendix), complications du diabète à court terme, petit poids de naissance, complication du diabète à long terme, angine de poitrine sans intervention (angina without procedure), diabète non contrôlé, insuffisance cardiaque, amputation des membres inférieurs de patients diabétiques (Agency

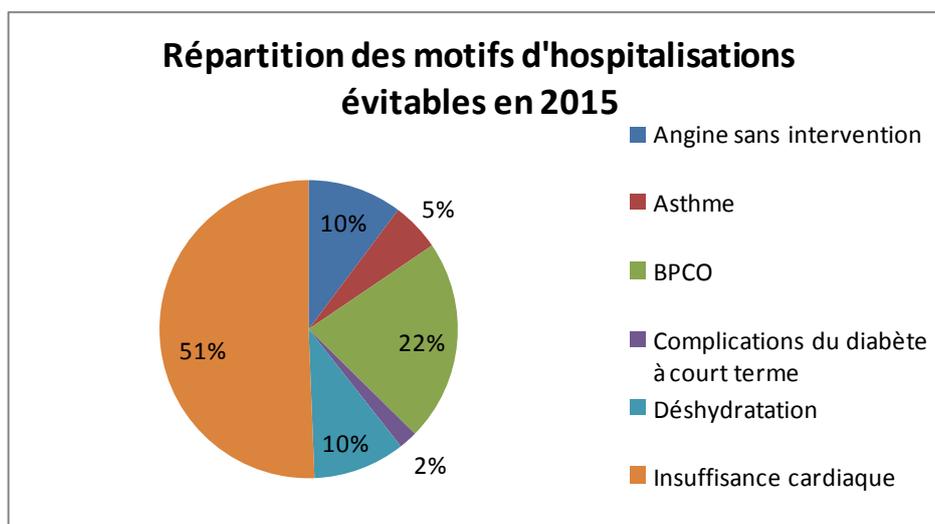
for Healthcare Research and Quality, 2001).

Le projet ECHO rassemble plusieurs institutions européennes et a pour objectif de mobiliser les données disponibles à des fins de comparaison internationale. Des travaux ont été menés sur 6 motifs d'hospitalisation évitable (parmi les 16 mentionnés ci-dessus) sensibles à l'organisation du premier recours dans cinq pays (Danemark, Angleterre, Portugal, Slovénie et Espagne) afin d'analyser leurs variations dans l'espace et dans le temps (Lau C. Thygesen, 2015). Les résultats montrent des différences conséquentes entre pays et au sein d'un même pays sur la période 2002-2009.

Des travaux récents menés par la DGOS et l'ATIH, en cours de publication, permettent d'apporter un éclairage français sur la problématique des hospitalisations évitables sensibles à l'organisation des soins primaires et de pouvoir comparer la situation de la France avec cinq autres pays sur les 6 mêmes motifs d'hospitalisation.

Pays	ECHO 2009					ATIH 2013
	Danemark	Angleterre	Portugal	Slovénie	Espagne	France
Nombre de séjours	40 080	230 682	26 443	7 437	158 150	294 845
Taux brut pour 10 000	93.7	56.6	34.8	48.8	47.6	58.3

Sur ce périmètre, près de 300 000 séjours ont été identifiés comme potentiellement évitables en France, correspondant à un taux de 60.6 pour 10 000 habitants en 2015. La majorité des séjours concernent l'insuffisance cardiaque suivie par la BPCO.



Source ATIH

Concernant la prise en charge du diabète par exemple, un suivi en soins primaires de qualité des patients diabétiques réduit presque toutes les hospitalisations pour complications. En France, les taux d'hospitalisation liée au diabète sont significativement supérieurs à la moyenne des pays de l'OCDE (OECD, Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, 2015).

Si le taux d'admission pour BPCO en France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE (OECD, Health at a glance 2015 : OECD indicators, 2015), le taux de réhospitalisation à 6 mois après une exacerbation était de 43% en 2011 (CNAMTS, rapport charges et produits 2014). L'organisation et la coordination du parcours de santé au décours de l'hospitalisation peuvent réduire le nombre de réadmissions, par la mobilisation d'une équipe de soins primaires et de fonctions d'appui adaptées (HAS, 2014).

Le volume total des antibiotiques prescrits, et des antibiotiques de seconde ligne en pourcentage du volume total, a été validé comme étant un marqueur de la qualité des structures de soins primaires. Le nombre de doses quotidiennes définies qui mesure le volume total prescrits dans le cadre des soins primaires est avec la Grèce et la Turquie parmi les plus élevés des pays de l'OCDE en 2013 (30,1 vs 20,7 pour 1000 habitants) (OECD, Health at a glance 2015 : OECD indicators, 2015).

Le rôle des soins primaires est également déterminant pour la santé mentale que ce soit pour les troubles psychiques ou les troubles mentaux sévères. S'il y a moins de travaux internationaux en la matière, il apparaît néanmoins que la France a un taux d'équipement en lits supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (OECD, Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, 2014).

2.1.3 L'enjeu du travail en équipe

Le mode d'exercice des médecins en France n'est plus majoritairement en cabinet isolé, il reste cependant représentatif de l'exercice médical que ce soit pour les médecins généralistes (49% en 2015) ou pour les médecins spécialistes (43% en 2015) (DREES, Portrait des professionnels de santé - édition 2016, 2016). Selon une étude de la DREES de 2012, 44 % des généralistes assurent eux-mêmes leur secrétariat. Ce taux est de 66 % pour les médecins exerçant seuls et de 24 % pour ceux exerçant en groupe (DREES, L'emploi du temps des médecins, 2012).

La complexité croissante de l'exercice de la médecine (nombre croissant de recommandations scientifiques, vieillissement de la population ...) ainsi que l'intégration des nouvelles technologies militent pour le développement du travail en équipe quelles que soient les modalités d'exercice des médecins.

L'Institut de Médecine des Académies Nationales de Washington a proposé une définition qui fait référence aux Etats-Unis : le travail d'équipe (*team-based care*) est caractérisé par la fourniture de services de santé par au moins deux professionnels de santé qui collaborent avec le patient et ses aidants (si souhaité) selon des objectifs partagés pour des soins coordonnés et de qualité indépendamment du lieu de prise en charge (Mitchell, P., M. Wynia, R. Golden, B. McNellis, S. Okun, C.E. Webb, V. Rohrbach, and I. Von Kohorn, 2012).

La littérature (Schottenfeld L, 2016) a illustré les bénéfices potentiels de soins pris en charge par une équipe parmi lesquels un accès aux soins facilité et des prestations étendues (éducation thérapeutique, coordination des soins, soutien au self-management ...). Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) considère également dans son avis publié en 2014 sur les coopérations entre professionnels de santé que cette perspective contient une « promesse » d'enrichissement des services rendus aux patients.

Avec le renforcement des soins primaires, le travail en équipe constitue une des conditions de la structuration des soins de ville et de la capacité des acteurs ambulatoires à constituer une alternative à la prise en charge hospitalière.

2.2 Les modalités de transposition au système de santé français

2.2.1 Quels objectifs poursuivis ?

Pour quels patients ?

La définition des objectifs a un effet des plus structurants sur le modèle. Des objectifs découleront le choix des indicateurs et du benchmark pour mesurer la performance des opérateurs. Les objectifs incluent notamment la définition de la population cible et la transformation souhaitée de l'offre de soins.

Concernant la population ciblée, plusieurs approches et combinaisons paraissent possibles parmi les populations ayant un besoin de coordination élevé: populationnelle (par exemple personnes âgées et/ou personnes handicapées), par pathologie (Affection de Longue Durée –ALD- ou une sélection d'ALD).

La problématique personnes âgées a fait l'objet d'un avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie en 2010 qui a donné naissance au dispositif PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) mais elle ne fait pas l'objet d'un suivi national global récurrent qui permettrait de mesurer l'évolution de la situation.

Il est aujourd'hui admis qu'il convient d'éviter le recours aux urgences des personnes âgées ainsi que leur hospitalisation qui restent élevés. Plus de la moitié des personnes de + 75 ans est hospitalisée à l'issue d'un passage aux urgences (Mauro, 2017), ce qui pourrait justifier un dispositif de type ACO pour des motifs de santé publique et de bonne utilisation du système de santé.

Il existe relativement peu de travaux à l'échelon national documentant l'accès au système de soins des populations handicapées. Le rapport de Pascal Jacob en 2013 se faisait l'écho des difficultés que rencontrent les personnes en situation de handicap pour les soins les plus courants et soulignait l'absence d'information sur le sujet. Depuis l'Ird a établi un panorama complet de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population en 2015 sur la base des enquêtes DREES-Insee menées en 2008 et 2009 (Lengagne P., 2015).

L'approche la plus documentée porte sur les ALD et depuis 2014 plus largement sur les pathologies, qu'elles soient ou non prises en charge au titre des ALD. L'approche médico-économique réalisée par la CNAMTS dans le cadre de son rapport Charges et produits 2018 identifie trois groupes de pathologies qui représentent plus de 40% des dépenses d'Assurance Maladie et 30% des bénéficiaires du régime général en 2015 pour une dépense moyenne totale de 3 218€ par patient : maladies cardiovasculaires, santé mentale et cancers. Ces 3 groupes sont par ailleurs des contributeurs importants à la croissance des dépenses entre 2012 et 2015. Enfin, à l'exception du diabète, les hospitalisations représentent la moitié ou plus de la consommation de soins pour ces pathologies.

2015	Effectifs	Dépense moyenne totale par patient en €	Dont hospitalisations en €
Pathologies cardio-vasculaires	3 766 400	3 493	1 737
Aigues	331 000	9 815	8 068
Chroniques	3 653 700	2 711	1 060
Diabète	3 106 700	2 177	216
Cancers	2 519 500	3 588	3 085
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	7 201 500	2 676	1 297
Maladies psychiatriques	1 858 600	7 097	4 793
Traitements psychotropes	5 342 900	1 138	81

Source : CNAMTS rapport charges et produits 2018

L'analyse comparée des taux de sorties d'hospitalisation montre que ceux-ci sont plus élevés en France que la moyenne des pays de l'OCDE pour l'insuffisance cardiaque et le diabète ce qui laisserait penser que le recours aux soins pour ces pathologies n'est pas optimal.

En outre, l'analyse des hospitalisations ponctuelles montre que bien que les motifs des séjours ne soient pas en lien direct avec une pathologie chronique, la majorité de celles-ci (57 %) survient chez des patients porteurs par ailleurs d'une de ces pathologies (CNAMTS, 2017).

L'approche retenue pourrait en conséquence faire le choix d'une ou plusieurs populations ou pathologies en particulier ou d'une combinaison populations/pathologies de manière à disposer d'une taille critique suffisante pour permettre des programmes d'interventions sur ces populations.

Quelle priorité pour la transformation de l'offre ?

Concernant la transformation de l'offre, la priorité peut être donnée au renforcement des soins primaires (premier recours), faire le choix de conforter le rôle du médecin traitant ou de donner corps au virage ambulatoire.

La dernière option est la plus inclusive car elle embrasse également les acteurs hospitaliers mais elle nécessite alors des mesures cohérentes d'accompagnement pour la transformation des établissements de santé. La première option (soins primaires) intègre les différents acteurs des soins primaires/premier recours facilitant ainsi la contribution des différents acteurs de la médecine ambulatoire.

Quel que soit le choix retenu, des outils et financements devront être mis à disposition des opérateurs afin de pouvoir rendre possible la transformation souhaitée.

2.2.2 Quel modèle économique ?

Quel retour sur investissement ?

L'exemple américain illustre la difficulté d'autofinancer le programme en l'absence de partage de risques avec les opérateurs alors même que les coûts de prise en charge sont élevés et le taux de croissance annuel des dépenses soutenu (cf.1.2.1). La dépense moyenne par assuré *Medicare* représentait ainsi près de 10 000\$ en 2015 hors médicament mais près de 19 000\$ en 2014 pour les cardiopathies ischémiques, 28 400\$ pour les insuffisances cardiaques et 31 400\$ pour l'AVC qui constitue la pathologie la plus coûteuse (Medpac, 2017).

Quel incitatif privilégier ?

Dans un contexte français où les dépenses unitaires sont beaucoup moins élevées qu'aux Etats-Unis et le taux de croissance plus faible, la pertinence d'une incitation fondée principalement sur les dépenses de santé doit être questionnée, le risque étant que les gains d'efficacité réalisés ne génèrent pas suffisamment d'économies pour constituer une réelle incitation.

Il convient donc de s'interroger sur l'incitation la plus à même d'être attractive pour de potentiels participants, intéressement sur la base de la performance financière, de la qualité ou un mix des deux. Le modèle *MSSP* donne la primauté à l'incitation financière, l'amélioration de la qualité seule ne déclenchant aucun bénéfice.

D'autres considérations peuvent également entrer en ligne de compte telle la simplicité du modèle et son appropriation par les acteurs. Outre-Atlantique, le système d'évaluation de la performance financière (cf. 1.3.2) est peu compris par les principaux intéressés et fait l'objet de critiques récurrentes : boîte noire, calculs de *CMS* non reproductibles etc.

Les analyses de la CNAMTS et les comparaisons internationales laissent à penser qu'il existe une marge d'amélioration en France pour réduire la part des hospitalisations par une meilleure prise en charge en ambulatoire, générant ainsi des gains d'efficacité (voir 2.1.1). La difficulté est d'en apprécier le volume et l'économie associée ainsi que de mettre en regard les investissements nécessaires à une meilleure coordination des prises en charge.

Quel financement de la coordination ?

Pour mémoire, CMS a créé en même temps que les ACOs plusieurs prestations finançant la coordination des soins et celles-ci sont essentielles à l'action des ACOs. L'enjeu est ainsi de rendre accessibles les transformations de pratique au plus grand nombre de professionnels pour dépasser le seul engagement des structures pluri professionnelles, a priori plus réceptives à ce type de démarche.

En d'autres termes, l'incitation seule (quelle qu'elle soit) ne saurait suffire à transformer les pratiques et il conviendrait de prévoir les modalités de financement d'activités de type care management accessibles par tout professionnel quel que soit son mode d'exercice.

Quelle aide à la mise en route initiale ?

Se pose également la question de l'avance de fonds initiale et de son financement qui a conduit CMS à créer un programme particulier où les ACOs retenues reçoivent un financement anticipé tous les mois pour pallier au décalage conséquent entre la réalisation de l'activité et l'intéressement qui peut être versé jusqu'à 18 mois plus tard (voir 1.1.1).

Ce financement constitué d'un montant fixe et d'une part variable fondée sur le nombre d'assurés a été calculé pour permettre le recrutement d'un responsable à plein temps et d'un care manager pour 800 assurés. Cette question est d'autant plus déterminante pour la France que les médecins exerçant en cabinet disposent de très peu de collaborateurs et qu'il est donc difficilement envisageable qu'ils puissent participer à un programme de ce type à effectif constant.

Quel nombre de patients minimal ?

Il convient également de déterminer le nombre minimal de patients à partir duquel il est possible de constituer une ACO. Le service actuariel de CMS a déterminé le seuil de 5 000 assurés pour Medicare pour des raisons de stabilité statistique du calcul des dépenses par assuré et d'évaluation de la qualité. Pour le programme *Pioneer*, le seuil a été fixé à 10 000 en raison du partage de risque. Au-delà de ces considérations, la question de l'échelle est également déterminante pour atteindre une taille critique qui permette l'organisation d'interventions de type *care management*.

2.2.3 Quels professionnels pour la coordination ?

La coordination est principalement assurée aux Etats-Unis par des personnes dont le métier n'existe pas en France : assistants médicaux et infirmières en pratiques avancées. Un dispositif de type ACO constituerait une opportunité intéressante pour un terrain de mise en œuvre des pratiques avancées telles que définies par la loi de modernisation de notre système de santé (article 119).

L'article sur les organisations innovantes figurant dans le PLFSS pourrait ainsi être combiné avec l'article 51 de la loi Hôpital Patients et Territoires (HPST) afin d'expérimenter et contribuer ainsi à la définition des domaines d'intervention d'éventuelles pratiques avancées ou la définition de la fonction d'assistant médical.

2.2.4 Quelle évaluation ?

Le choix des indicateurs qualité découle directement des objectifs poursuivis et de la population ciblée. De manière générale, il convient d'en limiter le nombre, de privilégier les indicateurs de résultats aux indicateurs de processus et de simplifier au maximum les modalités de recueil.

Quelle place pour l'expérience patient ?

La question de la place accordée à l'expérience patient doit être déterminée, celle-ci nécessitant la mise en place d'enquêtes ad hoc (voir 1.3.1). Pour les ACOs *MSSP*, [l'enquête](#) doit être réalisée sur un échantillon de 860 patients pour chaque ACO, par courrier et par téléphone (relances). Les [questions](#) (entre 70 et 80 questions) portent sur le retour d'expérience en matière de réponse apportée par le médecin, sa qualité de communication, l'attitude de son équipe et l'appréciation du service rendu mais également sur la coordination des soins et l'équipe de soins, l'accès aux soins spécialisés, la participation du patient à la prise de décision et l'éducation à la santé.

📄 Quelles modalités d'évaluation de la performance financière ?

L'autre question centrale porte sur les modalités d'évaluation de la performance financière si celle-ci était retenue. En la matière, la transparence sur les différentes modalités de calcul (valeurs de référence et ajustements éventuels pour tenir compte de la gravité des patients traités en particulier) et leur simplicité paraissent de nature à faciliter la compréhension et l'adhésion des acteurs.

📄 Quelles modalités d'affectation des patients ?

La question de l'attribution des patients à une ACO doit être également traitée. Pour la majorité des *MSSP*, *CMS* utilise une affectation a posteriori qui suscite les réserves des participants car difficile à anticiper et variant d'une année sur l'autre en fonction des changements de participation au sein de l'ACO mais aussi de la consommation de soins des patients. L'utilisation du médecin traitant comme critère d'attribution des patients paraît à privilégier en France, la quasi-totalité des assurés en bénéficiant.

2.2.5 Quelle mise à disposition de données ?

📄 Quel socle de données mettre à disposition ?

Les données de consommations de soins sont au cœur du dispositif des ACOs de *Medicare* et sont utilisées par les opérateurs pour organiser leurs programmes et cibler les patients susceptibles d'en bénéficier ce qui constitue la grande force des ACOs (voir 1.3.1).

Il s'agit de restituer avec une périodicité a priori infra-annuelle le profil de consommation des patients pris en charge par l'ACO par grand poste (médecine de ville, hôpital, visites aux urgences, médicament etc.) mais également de mettre à disposition certains indicateurs pertinents tels que les hospitalisations évitables (voir 2.1.1 et annexe 3).

Les données hospitalières susceptibles d'être restituées dans un délai rapide sont agrégées. Il n'est donc a priori pas possible de les regrouper par patientèle d'un médecin tant que la facturation détaillée ne sera pas opérationnelle pour les établissements publics de santé (projet FIDES). Dans l'attente, il conviendra de voir s'il est possible d'utiliser un proxy de type géographique afin de pouvoir donner une idée de la consommation de soins hospitalière des groupements.

📄 Quelle place pour les modèles prédictifs ?

L'étape suivante consiste à établir des modèles prédictifs permettant d'identifier les patients à risque vers lesquels orienter les interventions des ACOs. Aux Etats-Unis, le premier niveau de restitution de données est assuré par *CMS* et le second, soit par les opérateurs eux-mêmes qui développent leurs propres modèles en la matière, soit par le marché car il s'agit de compétences pointues et d'un investissement non négligeable.

2.2.6 Quelle place pour les systèmes d'information ?

La transmission d'informations tient une place centrale dans le dispositif et sur plusieurs dimensions : entre les offreurs de soins afin de faciliter les transitions équipes de soins primaires/spécialistes, équipes de soins primaires/hôpital et de manière générale entre les différents lieux de prise en charge du patient mais également pour le reporting des indicateurs.

Afin de permettre des délais de mise en œuvre raisonnables, il serait utile de mobiliser au maximum les outils existants tels la messagerie sécurisée, le Dossier Médical Partagé (DMP) ou tout autre dispositif mis en place par les Agences Régionales de Santé dans un objectif de partage d'information entre les différentes catégories d'offeurs.

La coordination des soins nécessite également des outils qui permettent le recueil des informations concernant le patient mais également la communication entre les différents membres de l'équipe de soins. Pour répondre à ce besoin, les éditeurs américains ont développé des fonctions ou modules particuliers permettant de répondre aux spécificités de cette fonction, intégrés aux logiciels métier des cabinets médicaux.

2.2.7 Quelle articulation avec les dispositifs existants ?

De nombreux dispositifs, expérimentaux ou non, développés ces dernières années partagent les objectifs d'un programme de type ACO : PAERPA, Plateforme Territoriale d'Appui – PTA, Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer - MAIA, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé – CPTS, Territoires de Soins Numériques (TSN), territoires pionniers, équipes de soins primaires etc.). Leur articulation devra être définie au cas par cas, le dispositif ACO pouvant s'envisager comme dispositif complémentaire ou substitutif notamment en matière de financement.

La cohérence avec la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) des médecins traitants mise en place par la Convention régissant les relations des médecins avec l'Assurance Maladie mérite également d'être étudiée. Sur les 24 indicateurs relatifs à la qualité médicale de la convention de 2011, 6 sont communs ou proches des 33 indicateurs du premier contrat MSSP : vaccination antigrippale ; dépistage du cancer du sein (mammographie) ; contrôle de l'HbA1C, niveau de LDL, prescription d'aspirine pour les patients diabétiques et pression artérielle pour les patients hypertendus. Sur les 29 indicateurs de la convention médicale de 2016 et malgré l'évolution des deux dispositifs, 7 indicateurs sont communs ou proches des 34 indicateurs des contrats MSSP 2016 : examen de l'œil pour les patients diabétiques, traitement par AVK et traitement par statine ou assimilé pour les patients à risque cardio-vasculaire, vaccination contre la grippe, dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, aide à la cessation du tabac.

2.2.8 Quel accompagnement des acteurs ?

Il conviendra sans doute de distinguer les situations selon qu'il s'agit de groupements déjà constitués ou non car le besoin et la situation de départ seront significativement différents. On peut imaginer qu'un programme de type ACO constitue essentiellement un dispositif incitatif pour des organisations bénéficiant déjà d'un accompagnement tels TSN ou PAREPA. A l'inverse, la participation des cabinets libéraux doit être encouragée et l'accompagnement prévu en conséquence, celle-ci constituant en réalité l'enjeu majeur d'un tel programme.

Pour inciter les médecins libéraux exerçant en cabinet à s'organiser en groupements, le dispositif pourrait leur être réservé de manière transitoire (pendant un certain nombre d'années) ou définitive.



3 Bibliographie

Agency for Healthcare Research and Quality. (2001). *AHRQ Quality Indicators—Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission*.

Anderson, D. S. (2015, octobre). U.S. Health Care from a Global Perspective: Spending, Use of Services, Prices, and Health in 13 Countries. (C. Fund, Éd.)

Andrew J. Barnes, L. U. (2014). Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges. *Health Policy*, Pages 1-7.

Barbara Steinfield, L. S. (2005). Contribution of Primary Care to health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83 (3, 2005), 457-502.

Blumenthal, D. S. (2016, mai). "Do Small Physician Practices Have a Future?,". (T. C. Fund, Éd.) *To the Point*.

Bras, P.-L. (2016). Les français moins bien soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? *Les tribunes de la santé*, 2016/1 (50), 67 à 91.

C. Schoen, K. D. (2017). *Medicare Beneficiaries' High Out-of-Pocket Cost : Cost Burdens by Income and Health Status*. New-York: Commonwealth Fund.

Carrie H. Colla, V. A. (2014, juin). First National Survey Of ACOs Finds That Physicians Are Playing Strong Leadership And Ownership Roles. *Health Affairs*.

Casalino, L. P. (2017, mai). The practice of medicine : The Medicare Access And CHIP Reauthorization Act And The Corporate Transformation Of American Medicine. *Health Affairs*.

CNAMTS. (2017). *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018*. Paris: CNAMTS.

David Muhlestein, R. S. (2017, juin 28). Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017. *Health Affairs blog*.

David Muhlestein, R. S. (2016, Septembre). Medicare Accountable Care Organization Results For 2015: The Journey To Better Quality And Lower Costs Continues. *Health Affairs blog*.

Donald M. Berwick, T. W. (2008, mai). The Triple Aim: Care, Health, And Cost.

Douglas Hearvey, D. M. (2016). 10 early takeaways from the Medicare Shared Savings ACO Program. Leavitt Partners.

DREES. (2012, mars). L'emploi du temps des médecins. *Etudes et Résultats* (797).

DREES. (2017). *Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé - édition 2017*. DREES.

DREES. (2016). *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*. Collection Panoramas de la Drees - Santé, DREES, Sous la direction de Muriel Barlet et Claire Marbot.

Freund, T. C.-K. (2013). Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. *Annals of Family Medicine*.

Ganguli I, S. J. (2017, Avril 19). Trends in the use of the US Medicare annual wellness visit, 2011-2014. *JAMA* .

HAS. (2014). *Comment prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de Bronchopneumopathie chronique obstructive ?* HAS.

Hwang A, S. J. (2015). State Leadership in Health Care Transformation Red and Blue. *JAMA* , 349–350.

J. Michael McWilliams, M. P. (2016, juin). Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *New England Journal of Medicine* .

Jha, A. (2016). ACO Winners and Losers: a quick take. (H. S. health, Éd.) *blog An Ounce of Evidence | Health Policy* .

Kroenke K, S. R. (2001). *Journal of General Internal Medicine* .

Lau C. Thygesen, T. C.-A.-P.-L.-D. (2015). Potentially avoidable hospitalizations in five European countries in 2009 and time trends from 2002 to 2009 based on administrative data. *European Journal of Public Health* , 25, 35-43.

Lawrence P. Casalino, D. G. (2016, mars). US Physician Practices Spend More Than \$15.4 Billion Annually To Report Quality Measures. *Health Affairs* .

Lengagne P., P. A. (2015). *L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France*. IRDES.

Martin Gaynor, F. M. (2017). *Making health care markets work: Competition policy for health care*. Brookings institue.

Mauro, B. B. (2017, mars). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. (DREES, Éd.) *Etudes et Résultats* (1007).

McIlvennan CK, E. Z. (2015). Hospital Readmissions Reduction Program. *Circulation* .

Medpac. (2017). *Report to the Congress : Medicare payment policy*. Medicare Payment Advisory Commission.

Michael Chernew, C. B. (2017, juin). Savings Reported By CMS Do Not Measure True ACO Savings. *Health Affairs blog* , <http://healthaffairs.org/blog/2017/06/19/savings-reported-by-cms-do-not-measure-true-aco-savings/>.

Ming Tai-Seale, C. W. (2017, Avril). Electronic Health Record Logs Indicate That Physicians Split Time Evenly Between Seeing Patients And Desktop Medicine. *Health Affairs* .

Mitchell, P., M. Wynia, R. Golden, B. McNellis, S. Okun, C.E. Webb, V. Rohrbach, and I. Von Kohorn. (2012). *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington.

OECD. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2015). *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*.

OECD. (2015). *Health at a glance 2015 : OECD indicators*. Paris: OECD publishing.

OIG. (2017). *MSSP ACO have shown potential for reducing spending and improving quality*. Office of the Inspector General, HHS.

Schottenfeld L, P. D.-C.-B. (2016). *Creating Patient-Centered Team-Based Primary Care*. Rockville, MD: AHRQ.

Schulman, K. A., & Richman, B. D. (2016, aout). Reassessing ACOs and Health Care Reform. *Journal of the American Medical Association* .

Shortell SM, W. F. (2014, décembre). A taxonomy of accountable care organizations for policy and practice. *Health Services Research* .

The boards of trustees, t. f. (2017). *2017 Annual report of the boards of the trustees of the federal hospital insurance and federal supplementary medical insurance trust fund*. Washington.

The Physicians foundation. (2017). *2016 Survey of America's physicians practice patterns and perspectives*. Enquête.

Tianna Tu, W. C. (2016, Février). MSSP ACOs : Financial savings and the appetite for more. *Research Brief* . Leavitt Partners.

Yang L, Y. J. (2017, Mai). Estimation of diagnostic performance of dementia screening tests: Mini-Mental State Examination, Mini-Cog, Clock Drawing test and Ascertain Dementia 8 questionnaire. *Aging Ment Health* .



ANNEXES

1. Modélisation des Alternative Payment Models (APM) : Synthèse

			
<p>CATEGORY 1 FEE FOR SERVICE – NO LINK TO QUALITY & VALUE</p>	<p>CATEGORY 2 FEE FOR SERVICE – LINK TO QUALITY & VALUE</p> <p>A Foundational Payments for Infrastructure & Operations (e.g., care coordination fees and payments for HIT investments)</p> <p>B Pay for Reporting (e.g., bonuses for reporting data or penalties for not reporting data)</p> <p>C Pay-for-Performance (e.g., bonuses for quality performance)</p>	<p>CATEGORY 3 APMS BUILT ON FEE-FOR-SERVICE ARCHITECTURE</p> <p>A APMs with Shared Savings (e.g., shared savings with upside risk only)</p> <p>B APMs with Shared Savings and Downside Risk (e.g., episode-based payments for procedures and comprehensive payments with upside and downside risk)</p>	<p>CATEGORY 4 POPULATION – BASED PAYMENT</p> <p>A Condition-Specific Population-Based Payment (e.g., per member per month payments, payments for specialty services, such as oncology or mental health)</p> <p>B Comprehensive Population-Based Payment (e.g., global budgets or full/percent of premium payments)</p> <p>C Integrated Finance & Delivery System (e.g., global budgets or full/percent of premium payments in integrated systems)</p>
		<p>3N Risk Based Payments NOT Linked to Quality</p>	<p>4N Capitated Payments NOT Linked to Quality</p>

Source : Health Care Payment Learning and Action Network, juillet 2017

2. Indicateurs qualité (premier contrat)

33 ACO Quality Measures

Domain Measure	ACO #	Description	Pay-for-Performance Phase In		
			R= Reporting	P= Performance	
			PY1	PY2	PY3
Patient/Caregiver Experience	ACO #1	Getting Timely Care, Appointments, and Information	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO #2	How Well Your Doctors Communicate	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO #3	Patients' Rating of Doctor	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO #4	Access to Specialists	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO #5	Health Promotion and Education	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO #6	Shared Decision Making	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO #7	Health Status/Functional Status	R	R	R
Care Coordination/Patient Safety	ACO #8	Risk Standardized, All Condition Readmissions	R	R	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO #9	ASC Admissions: COPD or Asthma in Older Adults	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO #10	ASC Admission: Heart Failure	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO #11	Percent of PCPs who Qualified for EHR Incentive Payment	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO #12	Medication Reconciliation	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO #13	Falls: Screening for Fall Risk	R	P	P
Preventive Health	ACO #14	Influenza Immunization	R	P	P
Preventive Health	ACO #15	Pneumococcal Vaccination	R	P	P
Preventive Health	ACO #16	Adult Weight Screening and Follow-up	R	P	P
Preventive Health	ACO #17	Tobacco Use Assessment and Cessation Intervention	R	P	P
Preventive Health	ACO #18	Depression Screening	R	P	P
Preventive Health	ACO #19	Colorectal Cancer Screening	R	R	P
Preventive Health	ACO #20	Mammography Screening	R	R	P
Preventive Health	ACO #21	Proportion of Adults who had blood pressure screened in past 2 years	R	R	P
At-Risk Population Diabetes	ACO #22 – 26	ACO #22. Hemoglobin A1c Control (HbA1c) (<8 percent) ACO #23. Low Density Lipoprotein (LDL) (<100 mg/dL) ACO #24. Blood Pressure (BP) < 140/90 ACO #25. Tobacco Non Use ACO #26. Aspirin Use	R	P	P
At-Risk Population Diabetes	ACO #27	Percent of beneficiaries with diabetes whose HbA1c in poor control (>9 percent)	R	P	P
At-Risk Population Hypertension	ACO #28	Percent of beneficiaries with hypertension whose BP < 140/90	R	P	P
At-Risk Population IVD	ACO #29	Percent of beneficiaries with IVD with complete lipid profile and LDL control < 100mg/dl	R	P	P
At-Risk Population IVD	ACO #30	Percent of beneficiaries with IVD who use Aspirin or other antithrombotic	R	P	P
At-Risk Population HF	ACO #31	Beta-Blocker Therapy for LVSD	R	R	P
At-Risk Population CAD	ACO #32	Drug Therapy for Lowering LDL Cholesterol	R	R	P
At-Risk Population CAD	ACO #33	ACE Inhibitor or ARB Therapy for Patients with CAD and Diabetes and/or LVSD			

3. Indicateurs qualité - Performance years 2016/2017

Domain	Measure	Description	Performance Year(s) When Measure is in Effect		First Agreement Period Pay for Performance Phase In† R=Reporting P=Performance		
			2016	2017	PY1	PY2	PY3
Patient/Caregiver Experience	ACO-1	CAHPS: Getting Timely Care, Appointments, and Information	Yes	Yes	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO-2	CAHPS: How Well Your Providers Communicate	Yes	Yes	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO-3	CAHPS: Patients' Rating of Provider	Yes	Yes	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO-4	CAHPS: Access to Specialists	Yes	Yes	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO-5	CAHPS: Health Promotion and Education	Yes	Yes	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO-6	CAHPS: Shared Decision Making	Yes	Yes	R	P	P
Patient/Caregiver Experience	ACO-7	CAHPS: Health Status/Functional Status	Yes	Yes	R	R	R
Patient/Caregiver Experience	ACO-34	CAHPS: Stewardship of Patient Resources	Yes*	Yes	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-8	Risk-Standardized, All Condition Readmission	Yes	Yes	R	R	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-35	Skilled Nursing Facility 30-Day All-Cause Readmission Measure (SNFRM)	Yes*	Yes	R	R	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-36	All-Cause Unplanned Admissions for Patients with Diabetes	Yes*	Yes	R	R	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-37	All-Cause Unplanned Admissions for Patients with Heart Failure	Yes*	Yes	R	R	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-38	All-Cause Unplanned Admissions for Patients with Multiple Chronic Conditions	Yes*	Yes	R	R	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-43	Ambulatory Sensitive Condition Acute Composite (AHRQ Prevention Quality Indicator (PQI) #91)	No**	Yes	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-9	Ambulatory Sensitive Conditions Admissions: Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Asthma in Older Adults (AHRQ Prevention Quality Indicator (PQI) #5)	Yes	No^	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-10	Ambulatory Sensitive Conditions Admissions: Heart Failure (AHRQ Prevention Quality Indicator (PQI) #8)	Yes	No^	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-11	Percent of PCPs who Successfully Meet Meaningful Use Requirements	Yes	Yes ^v	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-39	Documentation of Current Medications in the Medical Record	Yes*	No^	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-12	Medication Reconciliation Post-Discharge	No**	Yes	R	P	P
Care Coordination/Patient Safety	ACO-13	Falls: Screening for Future Fall Risk	Yes	Yes	R	P	P
Preventive Health	ACO-44	Use of Imaging Studies for Low Back Pain	No**	Yes	R	R	R

Preventive Health	ACO-14	Preventive Care and Screening: Influenza Immunization	Yes	Yes	R	P	P
Preventive Health	ACO-15	Pneumonia Vaccination Status for Older Adults	Yes	Yes	R	P	P
Preventive Health	ACO-16	Preventive Care and Screening: Body Mass Index (BMI) Screening and Follow Up	Yes	Yes	R	P	P
Preventive Health	ACO-17	Preventive Care and Screening: Tobacco Use: Screening and Cessation Intervention	Yes	Yes	R	P	P
Preventive Health	ACO-18	Preventive Care and Screening: Screening for Clinical Depression and Follow-up Plan	Yes	Yes	R	P	P
Preventive Health	ACO-19	Colorectal Cancer Screening	Yes	Yes	R	R	P
Preventive Health	ACO-20	Breast Cancer Screening	Yes	Yes	R	R	P
Preventive Health	ACO-21	Preventive Care and Screening: Screening for High Blood Pressure and Follow-up Documented	Yes	No [^]	R	R	P
At-Risk Population Depression	ACO-42	Statin Therapy for the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease	Yes	Yes	R	R	R
	ACO-40	Depression Remission at Twelve Months	Yes	Yes	R	R	R
At-Risk Population Diabetes	Diabetes Composite ACO-27 and – 41	ACO-27: Diabetes Mellitus: Hemoglobin A1c Poor Control ACO-41: Diabetes: Eye Exam	Yes*	Yes	R	P	P
At-Risk Population Hypertension	ACO-28	Hypertension (HTN): Controlling High Blood Pressure	Yes	Yes	R	P	P
At-Risk Population IVD	ACO-30	Ischemic Vascular Disease (IVD): Use of Aspirin or Another Antithrombotic	Yes	Yes	R	P	P
At-Risk Population HF	ACO-31	Heart Failure (HF): Beta-Blocker Therapy for Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVSD)	Yes	No [^]	R	R	P
At-Risk Population CAD	AC O-33	Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (ARB) Therapy – for patients with CAD and Diabetes or Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVEF<40%)	Yes	No [^]	R	R	P

*Measures introduced in the 2015 Physician Fee Schedule (PFS) final rule that phase into Pay for Performance in 2017. Benchmarks for these measures do not apply to the 2016 performance year.

**Measures introduced in the 2017 PFS final rule for which the phase-in schedule applies beginning with the 2019 performance year. These measures do not have 2016 and 2017 benchmarks. †ACOs in their second agreement period will be assessed using the same Pay for Performance Phase In schedule as a PY3 ACO in its first agreement period.

[^]Measure was retired in the 2017 PFS final rule. Measure will no longer be reported beginning with the 2017 performance year.

[∨]Measure title has changed for the 2017 performance year. The 2017 measure title is “Use of Certified EHR Technology” and is set at pay for reporting for all ACOs for the 2017 performance year. Benchmarks displayed for this measure do not apply in 2017

4. Rapport type MSSP 2017

Table 1			
Medicare Shared Savings Program			
Aggregate Expenditure/Utilization Report			
ACO A##### [ACO Name]			
Year 2017, [Quarter X/Annual]			
Table of Contents			
Column1	ACO-Specific ¹	All MSSP ACOs ²	National Assignable FFS ³
Number of ACOs	1	[data]	-
<u>Person-Years by Assigned Beneficiary Medicare Enrollment Type⁴</u>	[blank]	[blank]	[blank]
Total	[data]	[data]	[data]
End Stage Renal Disease	[data]	[data]	[data]
Disabled	[data]	[data]	[data]
Aged/Dual	[data]	[data]	[data]
Aged/Non-Dual	[data]	[data]	[data]
<u>Total Expenditures by Assigned Beneficiary Medicare Enrollment Type⁵</u>	[blank]	[blank]	[blank]
Total	[data]	[data]	[data]
End Stage Renal Disease	[data]	[data]	[data]
Disabled	[data]	[data]	[data]
Aged/Dual	[data]	[data]	[data]
Aged/Non-Dual	[data]	[data]	[data]
<u>Assigned Beneficiaries Who Declined Data Sharing⁶</u>	[blank]	[blank]	[blank]
Person-Years	[data]	[data]	[data]
Total Expenditures per Assigned Beneficiary	[data]	[data]	[data]
<u>Assigned Beneficiaries with Non-Claims Based Payments⁷</u>	[blank]	[blank]	[blank]
Person-Years	[data]	[data]	[data]
Total Non-Claims Based Payments per Assigned Beneficiary	[data]	[data]	[data]
<u>Component Expenditures per Assigned Beneficiary⁸</u>	[blank]	[blank]	[blank]
Hospital Inpatient Facility, Total	[data]	[data]	[data]
Short-Term Stay Hospital	[data]	[data]	[data]
Long-Term Stay Hospital	[data]	[data]	[data]
Rehabilitation Hospital or Unit	[data]	[data]	[data]
Psychiatric Hospital or Unit	[data]	[data]	[data]
Skilled Nursing Facility or Unit	[data]	[data]	[data]
Outpatient Facility	[data]	[data]	[data]
Hospital Outpatient Department (including CAH)	[data]	[data]	[data]
Outpatient Dialysis Facility	[data]	[data]	[data]
Part B Physician/Supplier (Carrier)	[data]	[data]	[data]
Evaluation and Management	[data]	[data]	[data]
Procedures	[data]	[data]	[data]
Imaging	[data]	[data]	[data]
Laboratory and Other Tests	[data]	[data]	[data]
Part B Drugs	[data]	[data]	[data]

Ambulance	[data]	[data]	[data]
Home Health Agency	[data]	[data]	[data]
Durable Medical Equipment	[data]	[data]	[data]
Hospice	[data]	[data]	[data]
Substance Abuse Treatment Services	[data]	[data]	[data]
<u>Transition of Care/Care Coordination Utilization</u> ⁹	[blank]	[blank]	[blank]
30-Day All-Cause Readmissions Per 1,000 Discharges	[data]	[data]	[data]
30-Day Post-Discharge Provider Visits Per 1,000 Discharges	[data]	[data]	[data]
Ambulatory Care Sensitive Conditions Discharge Rates Per 1,000 Beneficiaries	[data]	[data]	[data]
Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Asthma	[data]	[data]	[data]
Congestive Heart Failure	[data]	[data]	[data]
Acute Composite	[data]	[data]	[data]
<u>Additional Utilization Rates (Per 1,000 Person-Years)</u> ¹⁰	[blank]	[blank]	[blank]
Hospital Discharges, Total	[data]	[data]	[data]
Short-Term Stay Hospital	[data]	[data]	[data]
Long-Term Stay Hospital	[data]	[data]	[data]
Rehabilitation Hospital or Unit	[data]	[data]	[data]
Psychiatric Hospital or Unit	[data]	[data]	[data]
Skilled Nursing Facility or Unit Discharges	[data]	[data]	[data]
Skilled Nursing Facility or Unit Utilization Days	[data]	[data]	[data]
Emergency Department Visits	[data]	[data]	[data]
Emergency Department Visits that Lead to Hospitalizations	[data]	[data]	[data]
Computed Tomography (CT) Events	[data]	[data]	[data]
Magnetic Resonance Imaging (MRI) Events	[data]	[data]	[data]
Primary Care Services	[data]	[data]	[data]
With a Primary Care Physician	[data]	[data]	[data]
With a Specialist Physician	[data]	[data]	[data]
With a Nurse Practitioner/Physician Assistant/Clinical Nurse Specialist	[data]	[data]	[data]
With a FQHC/RHC	[data]	[data]	[data]

NOTES:

¹This column includes values specific to the ACO calculated over the MSSP report period for the ACO's assigned beneficiaries. Note that measures in this report are neither risk-adjusted nor standardized for geographic differences in Medicare prices.

²This column represents the un-weighted median of values for all currently active MSSP ACOs in the specified tracks (see Parameters) at the time this report was run. Medians for components do not sum to totals because they are taken separately for each measure.

³The National Assignable FFS column represents measures calculated over the national assignable FFS report period (see Parameters worksheet) for all assignable beneficiaries (see Glossary) who are alive at the beginning of the period, residing in the US, and having at least one month during the period enrolled in Medicare Parts A and B and not enrolled in a Medicare Group Health Plan. National assignable FFS expenditures exclude IME, DSH, UCC, and pass-through payments but include non-claims based payments and expenditures on claims incurred after April 2013 are adjusted to include amount withheld for sequestration (e.g. 2 percent of paid amount). Expenditures are annualized and truncated separately by Medicare enrollment type at the 99th percentile of national assignable FFS expenditures for that enrollment type. The national assignable FFS population may include beneficiaries who would not have been eligible for prospective assignment to any Track 3 ACO because they did not meet eligibility criteria during the prospective Beneficiary Assignment Window, including beneficiaries who first became eligible for Medicare after the assignment window. National assignable FFS expenditures in this report differ slightly from the data used by OACT to calculate the national factors used to establish and update the ACO's historical benchmark. For example, OACT uses expenditures that are not truncated.

⁴Beneficiary Medicare enrollment type is determined on a monthly basis. Person-years is the aggregate number of beneficiary person-months in an enrollment type in the relevant report period for the column divided by 12.

⁵Total expenditures for each Medicare enrollment type are annualized, truncated, weighted mean per capita Part A and B expenditures for that enrollment type. Expenditures exclude IME, DSH, UCC, and pass-through payments but include non-claims based payments and expenditures on claims incurred after April 2013 are adjusted to include amount withheld for sequestration (e.g. 2 percent of paid amount). For quarterly and annual reports for Track 1 and 2 ACOs and for annual reports only for Track 3 ACOs, annualized expenditures for each enrollment type are truncated at the beneficiary level for both the ACO and national assignable FFS population by setting expenditures that are greater than the truncation threshold (see Parameters) equal to the truncation threshold. Truncation thresholds are provided by OACT and represent the 99th percentile of annualized Part A and B expenditures for the national assignable FFS population. For quarterly reports for Track 3 ACOs, a truncation factor is estimated using 12 months of historical data and applied to observed year to date aggregate expenditures for the ACO's assigned beneficiaries. A claims completion factor (see Parameters) is applied to account for all expected remaining claims run-out. Total expenditures are calculated as a weighted average of the expenditures by Medicare enrollment type, with person-years in each enrollment type as weights.

⁶Includes person-years and expenditures for assigned beneficiaries who declined or "opted out" of data sharing. Expenditures for beneficiaries who declined data sharing are calculated in the same way as total expenditures (see Footnote 5). If the number of person-years is 10 or fewer, expenditures are not reported separately to protect confidentiality. Data for these beneficiaries are also included in other measures in this report.

⁷Based on assigned beneficiaries with at least one non-zero non-claims based payment during the relevant report period for each column. Expenditures associated with non-claims based payments are calculated in the same way as total expenditures (see Footnote 5). These expenditures are mutually exclusive of other component expenditure categories.

⁸Component and sub-component expenditures are calculated in the same manner as total expenditures (see Footnote 5) but using only claims associated with that particular component or sub-component. See Parameters sheet for information on codes used to define selected measures. Components or sub-components may not sum to totals due to the way expenditures are truncated and/or because totals may include additional categories not separately listed. Note that expenditures for substance abuse treatment services are not mutually exclusive of other component expenditure categories.

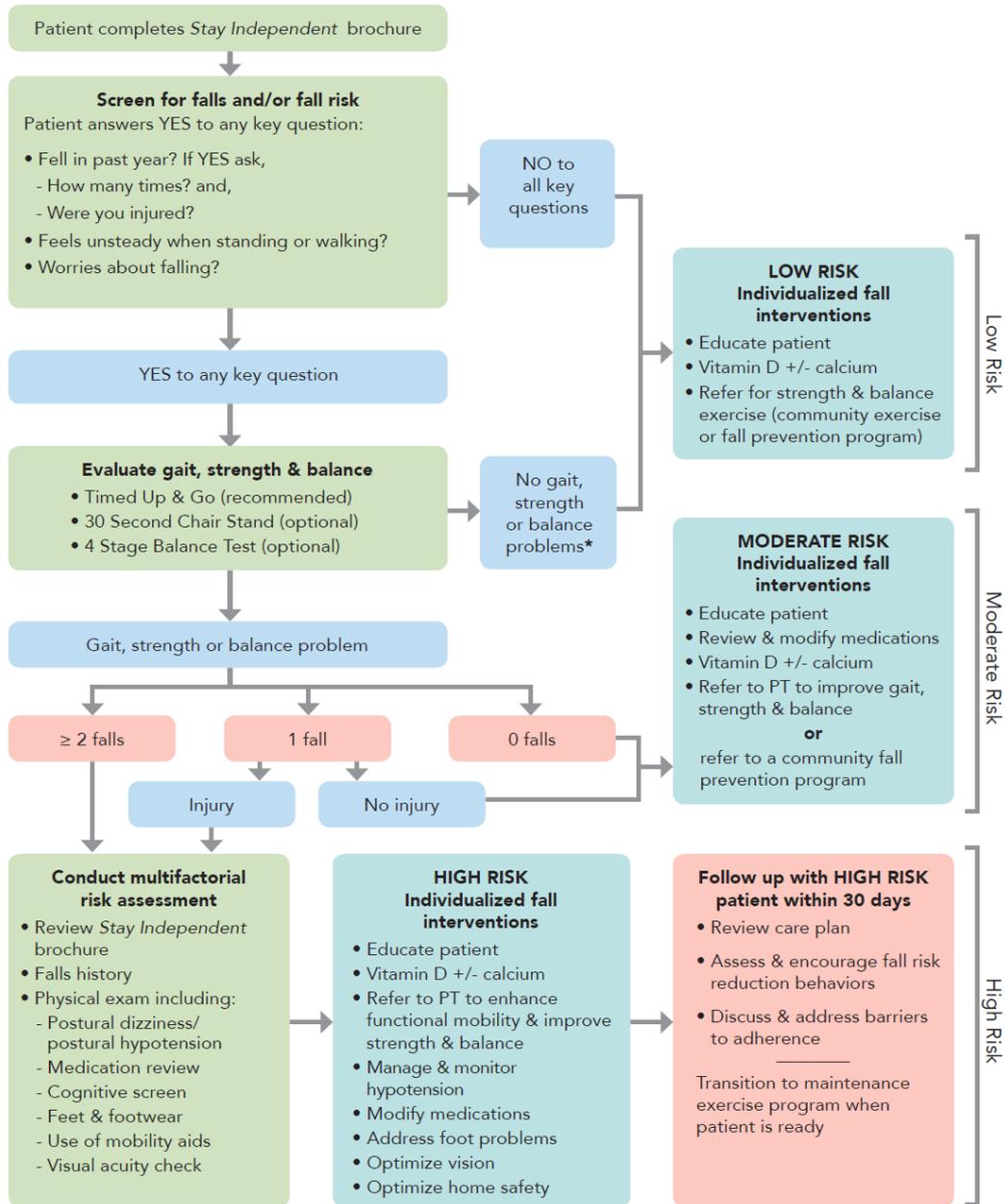
⁹The transition of care/care coordination utilization measures in this report differ from measures used for the quality performance standard (e.g., they not risk adjusted). The denominator of the readmissions measure includes discharges from short-term acute care and critical access hospitals or units, excluding discharges in the last 30 days of the reporting period. The numerator includes readmissions to short-term acute care, and critical access hospitals or units. Admissions to rehabilitation, long-term care, psychiatric and other hospital or unit types are excluded. The acute composite discharge rate is a composite of dehydration, bacterial pneumonia, and urinary tract infections. It replaces the stand-alone bacterial pneumonia measure provided in earlier reports.

¹⁰See Parameters sheet for information on codes used to define selected measures. Sub-types of utilization measures may not sum to totals because totals may include additional categories not separately listed.

INFORMATION NOT RELEASABLE TO THE PUBLIC UNLESS AUTHORIZED BY LAW: This information has not been publicly disclosed and may be privileged and confidential. It is for internal government use only and must not be disseminated, distributed, or copied to persons not authorized to receive the information. Unauthorized disclosure may result in prosecution to the full extent of the law.

5. Algorithme pour la prévention des chutes

Algorithm for Fall Risk Assessment & Interventions



*For these patients, consider additional risk assessment (e.g., medication review, cognitive screen, syncope)



Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Injury Prevention and Control

STEADI Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries