

Expériences étrangères

*Expérimentation
d'une incitation à une prise en charge partagée (IPEP)*

**Regrouper l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire autour
d'objectifs communs :
les accountable care organizations aux Etats-Unis**

De l'Obamacare, la presse française a surtout retenu le volet concernant l'amélioration de la couverture d'assurance maladie. Or, la partie relative à l'organisation des soins est non moins ambitieuse. De quoi s'agit-il ?

Aux Etats-Unis comme en France, la majorité des médecins de ville sont des professions libérales rémunérées à l'acte, tandis que les établissements de santé sont soumis à un système de tarification à l'activité. Depuis longtemps, les observateurs du système de santé outre-Atlantique appellent de leurs vœux une meilleure coordination entre les différents intervenants dans les parcours de soins autour d'une prise en charge plus intégrée des patients. Beaucoup considèrent également que les modes de rémunération actuels cloisonnés ne favorisent pas l'émergence de stratégies communes et pluridisciplinaires.

De nouvelles organisations intégrées

La clé de voûte des nouvelles organisations consiste en la création d'*accountable care organizations* (A.C.Os), qui regroupent dans une entité commune divers offreurs de soins (cabinets de médecine générale, infirmiers, hôpitaux, SSR...) et seraient collectivement responsables pour l'ensemble de la prise en charge d'une population pour les payeurs publics (Medicare pour les plus de 65 ans ou Medicaid pour les précaires notamment) mais aussi pour les assureurs privés. Ce concept n'est pas né ex nihilo : il s'agit de la généralisation de plusieurs séries d'expérimentations impulsées en ce sens depuis une décennie par Medicare.

Dans la loi fédérale décrivant ces nouvelles organisations, on trouve les éléments suivants :

« L'*Accountable Care Organization* doit être rendue responsable pour l'ensemble de la prise en charge et de la qualité des soins (...) et doit définir des processus pour promouvoir la médecine basée sur les preuves (*evidence-based medicine*) et l'engagement du patient, rendre des comptes sur des indicateurs de qualité et de coûts, coordonner les soins avec des outils tels que la télésanté, la télésurveillance, et montrer qu'elle prend en compte les besoins du patient avec notamment l'utilisation de protocoles personnalisés de soins. Des indicateurs de qualité de prise en charge seront recueillis tels que des mesures de moyens et de résultats cliniques, de l'expérience du patient et des mesures d'utilisation des ressources du système tels que les taux de recours aux hospitalisations non programmées et évitables. (...) La qualité des transitions entre divers environnements de prise en charge sera également prise en compte, avec notamment l'évaluation des plans de sortie d'hôpital ».

Des objectifs et des financements communs

Divers mécanismes incitent les membres de l'*accountable care organization* à coordonner leurs actions : ils ont d'une part des objectifs collectifs mesurés par des indicateurs qui font l'objet d'une incitation financière (paiement à la performance). D'autre part, ils reçoivent une rémunération supplémentaire qui correspond à une partie des économies réalisées grâce aux améliorations de l'organisation des soins, que le payeur Medicare « rend » à l'offre de soins (principe d'économies partagées, *shared savings*).

Si le paiement à l'acte peut demeurer le mode de rémunération dominant, le système encourage toutefois le développement de modes de rémunérations alternatifs couvrant l'ensemble des besoins d'un patient sur l'année : capitations ajustées sur les profils démographiques et de morbidité des patients, paiements forfaitaires à la pathologie pour les malades chroniques, forfaits post-

opérateurs hôpital-SSR... Quant au paiement à la performance, il repose sur 33 indicateurs dans les 5 domaines suivants : expérience vécue du patient et des aidants, coordination des soins, sécurité et qualité des soins, actions de prévention, et des mesures spécifiques pour les populations à risque comme les personnes âgées fragiles en risque de perte d'autonomie.

Quels effets sur l'organisation et la qualité des soins ?

En moins d'une décennie, ces organisations se sont mises en place rapidement dans le pays : plus d'un millier d'organisations prennent en charge aujourd'hui 32 millions d'Américains. Portés à l'origine par le payeur fédéral Medicare, le secteur de l'assurance privée, qui couvre les actifs, a emboîté le pas et contractualise désormais également avec ces nouvelles organisations.

Que disent les évaluations des premières expérimentations de contractualisation entre Medicare et les ACO ?

D'après le rapport de l'*Office of the Inspector General* du Département d'Etat chargé de la santé (*Department of Health and Human Services*), ce dispositif aurait permis à Medicare d'économiser près de 1 Md de \$ dès les 3 premières années¹.

Selon la même source, 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 : 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). En revanche, 5 indicateurs dont 4 concernant l'expérience du patient ont diminué, le cinquième portant sur le contrôle de la tension et son suivi.

Se doter d'outils pour passer d'un système réactif et individuel à un système proactif et populationnel

Les ACOs sont particulièrement performantes sur les indicateurs qui reflètent une prise en charge coordonnée tels que les taux de réadmissions hospitalières, les hospitalisations liées à des épisodes d'exacerbation de maladies chroniques, l'existence de systèmes d'information partagés entre acteurs, et la capacité à identifier précocement les patients à haut risque.

C'est précisément cette approche populationnelle de prévention qui fait la force du *Montefiore Health System ACO*, l'une des organisations affichant parmi les meilleurs résultats. Au sein de ce vaste réseau new yorkais composé de plusieurs établissements, de nombreux centres de santé et regroupant 3450 médecins libéraux et 1800 médecins salariés, une filiale se consacre entièrement au *population health management*, c'est-à-dire à l'identification des patients à haut risque, et au montage de programmes et d'actions pour gérer ces populations complexes, souvent à la frontière du sanitaire et du social. Explications du docteur Stephen Rosenthal, responsable de cette filiale :

« Chaque mois, nos analystes font des requêtes dans nos bases de données de remboursement et d'information clinique pour identifier les patients dont l'historique de remboursement et l'utilisation des ressources nous donne à penser qu'ils nécessiteraient une prise en charge plus proactive et coordonnée. Dans ce cas, notre « équipe d'évaluation initiale » mène un entretien téléphonique de

¹ OIG. (2017). *MSSP ACO have shown potential for reducing spending and improving quality*. Office of the Inspector General, HHS cité dans « Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis », Natacha LEMAIRE, Novembre 2017 : https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-11/2017-11-6_MSSP%20ACO%20VDEF.pdf

90 minutes pour mieux comprendre la situation de la personne. Notre équipe de 200 infirmières-gestionnaires de cas et travailleurs sociaux œuvrent alors avec les patients ainsi recrutés, pour identifier les problèmes qui contribuent à leur mauvais état de santé, identifier les changements nécessaires et mettre en place les services médicaux, sociaux et associatifs dont ils ont besoin. A travers cette méthode, nous sommes parvenus à réduire les hospitalisations sous 30 jours des personnes résidentes en EHPAD, passé de près de 30% il y a quelques années, à 13% aujourd'hui. »

Quant au *Hackensack Alliance Accountable Care Organization*, il s'est d'abord concentré sur les séjours en soins de suite et réhabilitation (appelés *skilled nursing facilities*, outre Atlantique). « La comparaison de nos données avec le niveau national nous a indiqué que notre volume et nos durées de séjours en SSR étaient largement supérieures. Nous avons travaillé avec les établissements de SSR, notamment pour éviter qu'ils ne rallongent sans raison les durées de séjour initialement recommandées par l'établissement MCO en amont qui y envoie le patient », expliquent ses dirigeants dans une publication².

Quels enseignements pour nous ?

Il manque en France un échelon de gestion de la santé des populations et de coordination des moyens qui soit intermédiaire entre les divers prestataires de soins individuels d'une part, et le payeur, d'autre part. Aux Etats-Unis, cet échelon est désormais assuré par les *accountable care organizations*, devenus le lieu où sont développés et exploités les outils partagés d'aide à la décision et de constitution des parcours de soins.

² « Case Study: How Does an ACO Generate Savings Three Years in a Row? » AJMC. <https://www.ajmc.com/journals/ajac/2017/2017-vol5-n2/case-study-how-does-an-aco-generate-savings-three-years-in-a-row>.