

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf>

L'expérience américaine des *Accountable Care Organizations* : des enseignements pour la France ?

Julien Mousquès (Irdes), Marie-Camille Lenormand (Cnamts)

L'*Affordable Care Act*, dit "Obamacare", adopté aux États-Unis en 2010, est principalement connu pour son objectif emblématique d'extension de la couverture santé à l'ensemble de la population. Un chapitre de cette loi concerne également la promotion de nouvelles formes d'organisation des soins de nature à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Le Centre d'innovation pour *Medicare* et *Medicaid* a, dès 2012, lancé différentes expérimentations principalement destinées à renforcer les soins primaires. Les *Accountable Care Organizations* (ACO) constituent l'expérimentation la plus ambitieuse puisqu'elle favorise également la coordination entre les services de ville et l'hôpital. Ce type d'organisations a connu une diffusion rapide depuis leur mise en place. Plus de 800 ACO sont aujourd'hui recensées et couvrent 28 millions de personnes, soit 15 % des assurés américains.

Cette synthèse de la littérature permet d'étudier les caractéristiques des ACO, leur performance, les outils et dispositifs mobilisés, et offre un éclairage intéressant pour le système de santé français.

La loi réformant le système de santé américain, l'*Affordable Care Act*, plus connue sous le nom d'*Obamacare*, a été adoptée en 2010 (encadré Source et méthode p. 2). La réforme s'appuie sur deux axes principaux. Le premier est bien connu : l'amélioration de l'accès à la couverture santé pour les nombreux Américains non ou mal assurés. Le second a jusqu'ici peu retenu l'attention : le renforcement de la coordination entre les professionnels de

santé, l'amélioration de la qualité des soins et services rendus et de leur efficacité. Il s'appuie sur une réforme simultanée de l'organisation et des modalités de rémunération des soins avec comme traduction ambitieuse la création des *Accountable Care Organizations* (ACO). Il s'agit d'organisations de niveau intermédiaire sous contrat avec un ou différents financeurs publics ou privés, qui coordonnent voire intègrent des offreurs de soins intervenant à différents niveaux

et dans différents secteurs. Les contrats associent paiement à la performance et partage de risque si bien que les offreurs de soins dans les ACO sont collectivement responsables des performances en matière de qualité et d'efficacité pour une patientèle donnée.

L'expérimentation des ACO renouvelle le processus d'intégration des offreurs

SOURCE ET MÉTHODE

L'Obamacare s'appuie sur trois grands mécanismes pour améliorer la couverture santé (Rice *et al.*, 2013) :

- Une extension de la couverture privée par l'octroi d'aides publiques au financement de l'achat d'un contrat privé pour les bas revenus non éligibles à *Medicaid*.
- Une extension de la couverture publique par l'augmentation du niveau des seuils de revenu d'éligibilité à *Medicaid* et par le paiement d'une taxe en cas de non assurance. Après un arrêt de la Cour suprême en juin 2012, l'adoption de cette extension a été laissée à la discrétion des États et 17 ne l'ont pas adoptée. Le nouveau président des États-Unis a annoncé vouloir supprimer la partie couverture santé de l'Obamacare.
- Un renforcement de la régulation du marché privé avec une extension de la couverture des enfants jusqu'à 26 ans au travers du contrat des parents, une interdiction de sélection et/ou d'exclusion sur critères de santé, une standardisation des prix à régions et caractéristiques démographiques équivalentes pour un contrat standard.

La proportion de non assurés est ainsi passée de 16,3 % en 2010, avant la mise en œuvre de la réforme, à 9 % en 2015 (Carmen *et al.*, 2012 ; *Kaiser Family Fund*, 2015). Néanmoins, 29 millions d'actifs américains restent non couverts : éligibles non couverts (par méconnaissance ou choix), éligibles résidents de l'un des États n'ayant pas adopté l'extension de *Medicaid*, et non éligibles.

Voir les sites *The Health Systems AMD Policy Monitor* et *Obamacare Facts* pour une mise à jour régulière de la mise en œuvre de la réforme et de son impact :

<http://www.hspm.org/countries/unitedstatesofamerica18112013/countrypage.aspx>
<http://obamacarefacts.com/>

de soins aux États-Unis et connaît une diffusion rapide avec plus de 800 ACO recensées pour au moins 28 millions de personnes, soit 15 % des assurés américains. Le nouveau président des États-Unis a annoncé vouloir supprimer la partie couverture santé de l'Obamacare, mais n'a rien indiqué concernant les ACO.

Cette communication s'intéresse, à travers une synthèse de la littérature, aux caractéristiques de ces organisations, à leur performance ainsi qu'aux outils et dispositifs mobilisés.

L'Obamacare : de l'extension de l'assurance santé au renforcement des soins primaires

La logique de l'assurance santé aux États-Unis diffère de celle prévalant en France. Elle repose pour deux tiers de la population sur des couvertures privées souscrites par l'employeur ou à titre individuel, tandis que le tiers restant est affilié à des couvertures publiques (tableau 1). Environ 30 millions d'Américains restent non assurés.

Les modalités d'organisation, de financement et d'accès aux soins sont en revanche beaucoup plus proches des nôtres, même si elles se distinguent sur

deux dimensions centrales. D'une part, les soins ambulatoires sont assurés à presque parité par des professionnels libéraux ou par des employés, de formations médicales et paramédicales variées, exerçant très majoritairement en groupe. D'autre part, il existe un tiraillement constant entre la volonté des assureurs de maîtriser les coûts en développant de grandes organisations ou des réseaux coordonnés, voire intégrés¹ (*Managed Care Organizations*), et la volonté fédérale de favoriser la concurrence en défendant la liberté de choix du praticien par les patients.

En dépit de ses efforts, le système américain souffre de la fragmentation de son offre sanitaire et sociale qui conduit souvent à un fonctionnement cloisonné (Berwick, 2008). Comme la plupart des pays de l'OCDE, les États-Unis tentent de favoriser une meilleure coordination entre les acteurs afin d'améliorer la qualité des parcours de soins, de mieux prendre en charge les patients complexes et de réduire les coûts.

Dans cette perspective, la réforme de l'organisation des soins, second pilier de l'Obamacare, est fondée sur le renforcement des soins primaires, leur développement étant considéré en déclin, comme préalable à l'intégration plus complète des soins (Starfield *et al.*, 2005 ; Sandy *et al.*, 2009).

Cela se traduit par la revalorisation de l'activité en soins primaires et le développement de modes de paiement alternatifs au paiement à l'acte (forfait par épisode et/ou par patient inscrit, paiement à la performance) qui devraient constituer environ 50 % de la rémunération à l'horizon 2018 (Burwell, 2015). L'évolution des modes de rémunération est vue comme un levier essentiel des modifications des pratiques professionnelles, dans le but d'améliorer la qualité et la coordination des soins tout en incitant à la maîtrise des dépenses de santé.

Cela passe également par la promotion de nouvelles organisations de délivrance

T1

Couverture santé de la population aux États-Unis en 2015

	Conditions d'éligibilité	Population couverte
Assureurs publics		
<i>Medicare</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 65 ans et plus • Personnes handicapées • Insuffisants rénaux 	43 millions (14 %)
<i>Medicaid</i> dont <i>Children's Health Insurance Program – CHIP</i>	Dépend des États mais généralement : <ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes • Enfants dont les parents ont de faibles revenus • Personnes handicapées • Seniors à charge à faible revenu 	62 millions (19 %)
Autres sources publiques	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement vétérans et militaires en activité, ainsi que leur famille 	6 millions (2 %)
Assureurs privés		
Proposée par l'employeur	<ul style="list-style-type: none"> • Dépend de la taille des entreprises, de l'emploi occupé, de l'ancienneté • Epoux ou enfant couverts 	156 millions (49 %)
Individuelle	Aucune	22 millions (7 %)
Non assurés	Aucune	29 millions (9 %)
Total		318 millions (100 %)

Sources : *Kaiser Family Fund*, *Health Insurance Coverage of the Total Population*, données 2015.

¹ Une organisation intégrée se caractérise par un pilotage et des objectifs communs.

des soins, avec les soins primaires comme socle :

- Les *Patient Centered Medical Home* (PCMH) : développement de l'exercice pluriprofessionnel en soins primaires.
- Les *Comprehensive Primary Care* (CPC) : expérimentation multi-payeurs (assureurs publics et privés), au niveau des soins primaires, de paiements forfaitaires et de mécanismes de partage des risques et d'audit/retour d'informations ;
- Les *Accountable Care Organizations* (ACO) : expérimentation de paiements à la performance et de mécanismes de partage des risques, pour favoriser la coordination des soins entre les offreurs de soins de différents niveaux (ambulatoire, hospitalier, médico-social), responsables collectivement de la qualité des soins et des dépenses de santé pour une patientèle commune (Fisher *et al.*, 2009 ; McClellan *et al.*, 2010 ; Barnes *et al.*, 2014 ; Tu *et al.*, 2015).

Les Accountable Care Organizations aux États-Unis : une nouvelle organisation des soins

L'émergence des *Accountable Care Organizations* (ACO) découle d'une longue tradition d'innovation en matière d'organisation des soins aux États-Unis.

Il existe en effet déjà des systèmes intégrés financés par des assureurs privés en quasi-monopole dans certains États (par exemple, *Kaiser Permanente*, *Intermountain*, *Geisinger*) [Dafny, 2015]. Les ACO présentent des caractéristiques communes à celles des *Managed Care Organizations* (MCO) développées aux États-Unis dans les années 1970 dans le but d'inciter à réduire les coûts inutiles et permettre le partage des gains. Mais elles vont plus loin en prenant en compte la qualité des soins et en acceptant tous les patients, indépendamment de leur assureur.

Le concept d'ACO, évoqué dès 2006, a été introduit dans l'*Obamacare* de 2010 et le Centre d'innovation pour *Medicare* et *Medicaid* s'en est vu confier le développement. En 2012, le premier contrat de type ACO a été signé entre *Medicare* et des structures volontaires puis l'appellation a été reprise par certains assureurs privés (Fisher *et al.*, 2009 ; McClellan, 2010 ; Barnes *et al.*, 2014 ; Muhlestein D., 2014 ; Tu *et al.*, 2015 ; Shortell *et al.*, 2015). Parmi eux, *Aetna*, *Blue Cross Blue Shield associations*, *Cigna* et *United HealthCare* sont les assureurs ayant signé le plus de contrats de type ACO (Lewis *et al.*, 2014).

Chaque assureur, public ou privé, peut contracter avec des structures d'offre

de soins souhaitant se regrouper au sein d'une même organisation et se doter d'une gouvernance commune pour atteindre des objectifs de qualité et des objectifs financiers communs. Ces organisations de type ACO peuvent être de différentes tailles (avec un minimum de 5 000 patients couverts pour les ACO développées avec *Medicare*), associer différents secteurs de l'offre de soins (ambulatoire, hospitalier, médico-social) à leur pilotage, présenter des modalités de rémunération différentes, etc. Toutefois, toutes les ACO présentent un socle commun : elles réunissent plusieurs structures dont au moins une de soins primaires ; ses membres sont solidaires financièrement à travers un mécanisme de rémunération innovant qui combine un objectif de dépenses, un partage des risques avec l'assureur et un dispositif de rémunération de la qualité des soins. Les structures ayant contractualisé avec un ou plusieurs assureurs dans le cadre d'une ACO peuvent néanmoins accueillir tous les patients, quel que soit leur assureur.

Une dynamique de développement rapide

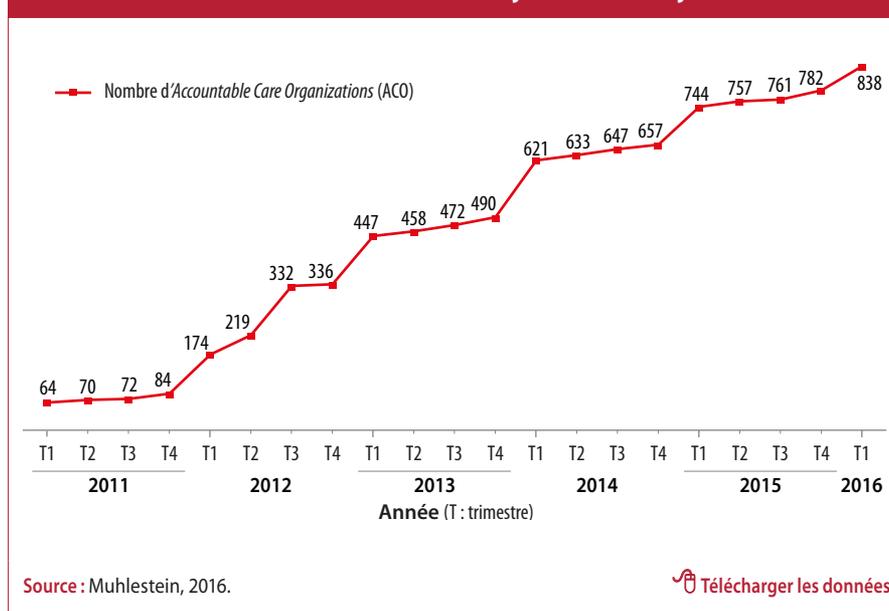
En 2016, on dénombrait 838 ACO, contre dix en 2010, couvrant près de 28,3 millions d'Américains, soit 9 % de la population (graphique). Parmi ces organisations, 477 ont été développées avec *Medicare* et, bien que plus nombreuses, celles-ci prennent en charge un nombre de patients moins important (8,3 millions) que les ACO développées avec un assureur privé (17,2 millions de patients) [Muhlestein, 2016].

Le développement des ACO est particulièrement dynamique dans six États américains : en Californie, en Floride, dans l'Illinois, au Massachusetts, à New-York et au Texas (carte).

Toutefois, cette dynamique de développement rapide ne semble pas illimitée en raison d'une perception mitigée de l'impact positif des ACO en matière de qualité, surtout par les professionnels de santé ne faisant pas partie de ce type d'organisation.

G

Évolution du nombre total d'ACO entre janvier 2011 et janvier 2016



Les assureurs proposent des modalités de rémunération variées

Les modalités de rémunération proposées par les ACO sont extrêmement différentes selon qu'elles sont sous contrat avec *Medicare*, *Medicaid* ou des assurances privées (tableau 2). *Medicare* propose, via ses ACO, une rémunération principale à l'acte, *Medicaid* privilégie la capitation, tandis qu'un assureur privé comme *Blue Shield Blue Cross of Massachusetts* a mis en place un mécanisme de budget global. Chaque ACO se voit fixer un objectif de dépenses annuelles, avec un niveau de responsabilité financière différent selon son expérience et ses capacités en matière de gestion des risques.

La qualité est également rémunérée différemment selon l'assureur avec lequel les ACO ont contracté : des scores déterminent le pourcentage de gains à partager (de 50 à 75 %) dans le cas d'une contractualisation avec *Medicare* ; les bons résultats sont récompensés par le versement de bonus avec *Blue Shield* ; des retenues ou des majorations sur le mode de rémunération principale sont appliquées avec *Medicaid*.

Enfin, *Medicare* propose aux ACO deux types de contrats de partage des risques : soit uniquement un partage des

gains ; soit un partage des gains et des pertes, mais qui permet à l'organisation de conserver une partie plus importante des gains le cas échéant. Pour le moment, *Medicare* a des difficultés à inciter ses organisations à s'engager sur le deuxième type de contrat, plus risqué.

Les indicateurs utilisés pour calculer les scores de qualité sont communs à *Medicare* et *Medicaid* mais différents de ceux utilisés par les assureurs privés (Kessell *et al.*, 2015). Ils se décomposent en indicateurs de structure (10 %), de processus (70 %) et de résultats (20 %). Ils concernent le plus souvent : l'expérience du patient ; la prévention, le dépistage et la vaccination ; la réadmission et les hospitalisations évitables² ; la prise en charge des maladies chroniques. Ces indicateurs sont proches de ceux généralement utilisés dans les dispositifs de paiement à la performance. Ils sont également le reflet de la bonne coordination entre les soins dispensés en ville et ceux dispensés à l'hôpital.

Si, théoriquement, une organisation de soins de type ACO peut contracter avec différents assureurs, la diversité des modalités de rémunération rend la contractualisation multiple difficile en pratique. Ainsi, plus de la moitié des ACO n'aurait, pour le moment, de contrat qu'avec un seul assureur, public ou privé (Lewis *et al.*, 2014 ; Wu *et al.*, 2016).

Des gains nets pour Medicare en 2014, une amélioration significative mais modeste de la qualité, avec une hétérogénéité des performances

La réforme des ACO est relativement récente et le recul encore insuffisant pour en tirer des enseignements définitifs. Quelques études quasi-expérimentales analysent les différences en matière de dépenses et/ou de qualité des soins avant et après la mise en place des ACO, et comparativement aux patients non couverts par une ACO. Elles concluent que, malgré une grande variabilité des résultats, la réduction des dépenses, bien que modeste, est significative sur l'ensemble des ACO et l'amélioration de la qualité est variable selon les dimensions considérées (Song *et al.*, 2014 ; McWilliams, 2014 ; McWilliams *et al.*, 2015 ; Shortell *et al.*, 2015 ; Nyweide *et al.*, 2015 ; McWilliams, 2016a ; McWilliams, 2016b).

Une étude récente (McWilliams, 2016b) montre qu'après une première année d'expérimentation déficitaire en 2013, les gains nets de *Medicare* (économies moins incitations) en 2014 avoisinaient les 287 millions de dollars, soit une réduction de 67 \$ en moyenne par patient ou de 0,7 % des dépenses de santé par rapport à des patients témoins.

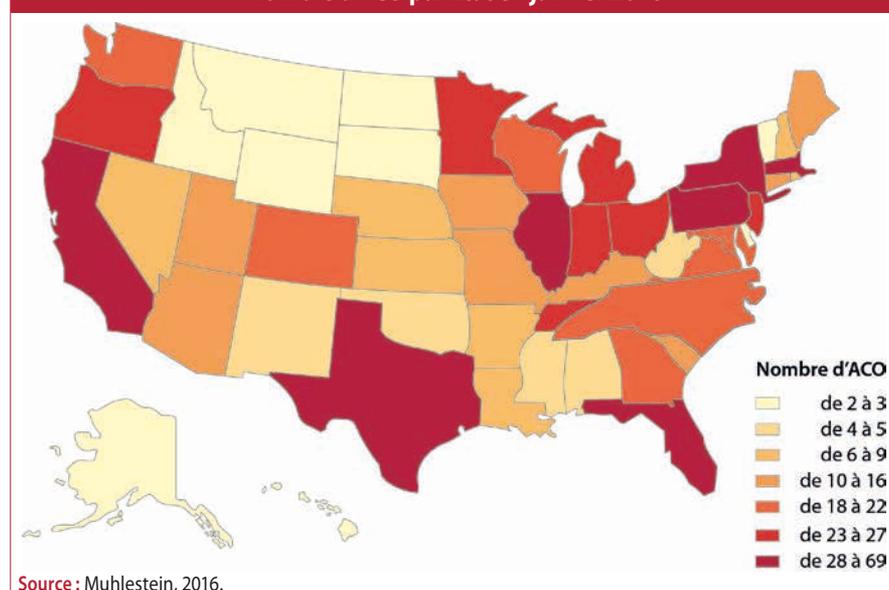
Les différences en matière de réduction des dépenses de santé pourraient s'expliquer en grande partie par la réduction significative des dépenses dans les structures regroupées en ACO où elles étaient initialement supérieures à la moyenne régionale. Il semble par ailleurs que les groupes de médecins de soins primaires réalisent des économies supérieures à celles des organisations intégrant un hôpital.

En matière de qualité des soins, l'amélioration est significative et non négligeable en matière de suivi des pathologies chroniques ; significatives et modestes en

² En parallèle à l'expérimentation des ACO, des pénalités importantes ont été introduites sur la rémunération des hôpitaux concernant les ré-hospitalisations à 30 jours.

C

Nombre d'ACO par État en janvier 2016



Exemples de structure des contrats ACO

	Modalité de rémunération principale	Partage des gains et/ou des pertes	Modalité de rémunération de la qualité
Contrats avec Medicare			
Medicare Shared Savings Program (MSSP)	Païement à l'acte	Partage des gains uniquement ou partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui déterminent le pourcentage de gains partagés
"Pioneer ACO"	Païement à l'acte + transition vers un païement prospectif par patient et par mois la 3 ^e année en cas d'économie	Partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui déterminent le pourcentage de gains partagés
Exemple de contrat avec Medicaid			
"Hennepin Health ACO with Minnesota"	Capitation	Partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui se traduisent par une retenue ou une majoration du montant de la capitation
Exemple de contrat avec un assureur privé			
Blue Cross Blue Shield of Massachusetts : "Alternative Quality Contract"	Budget global	Partage des gains et des pertes	Scores de qualité qui déterminent le montant du bonus versé
Sources : Lewis et al., 2014.			

matière de réduction des soins à faible valeur clinique. En revanche, il n'y a pas d'amélioration significative en matière de dépistage, de réadmission à 30 jours ou d'hospitalisation évitable (McWilliams et al., 2016a). Enfin, il n'y a pas de corrélation évidente entre la qualité des soins et les économies en matière de recours et de dépenses, ni entre certaines caractéristiques structurelles ou fonctionnelles et la performance globale.

Cependant, les limites inhérentes à l'évaluation de l'impact des ACO font débat dans la littérature. Certains auteurs avancent que les résultats en termes de qualité sont modestes mais qu'ils sont sous-estimés puisqu'ils n'intègrent pas l'effet « de contagion » des bonnes pratiques dont bénéficient tous les patients pris en charge au sein de structures appartenant à une ACO, même s'ils ne sont pas couverts par l'assureur avec lequel le contrat a été passé (McWilliams et al., 2013 ; Handel, 2015).

Quels leviers de la performance dans les ACO en matière de pratiques organisationnelles ou professionnelles ?

Certains travaux en cours, qualitatifs et exploratoires, tentent d'identifier les facteurs structurels de performance des ACO et les leviers mobilisables pour renforcer la coordination pluriprofession-

nelle, améliorer la qualité des soins et des parcours et réduire les dépenses de santé. Au-delà des mécanismes de sélection des membres ou du recours à des incitations à l'activité et à la qualité, des premières pistes ont été formulées :

- Le développement de systèmes d'information intégrés permettant de chaîner les informations des dossiers médicaux électroniques aux données de remboursement. Il serait une condition nécessaire à l'amélioration de la coordination des équipes et à la réflexion stratégique autour de la qualité des pratiques cliniques. Cette réflexion se ferait en lien avec des représentants des professionnels en exercice, comme des professionnels des données mobilisés dans les ACO. Cela s'accompagnerait aussi plus classiquement de processus d'information et de formation interne de tous les professionnels, notamment dans le but d'uniformiser les pratiques et les protocoles de soins.
- L'identification proactive des patients ayant des besoins et des dépenses importants (par des algorithmes ou des outils de ciblage) et l'interaction avec le médecin de famille « traitant » pour renforcer leur accompagnement et limiter les hospitalisations et réadmissions.
- Le recours à des *care managers* (infirmières aux pratiques avancées ou travailleurs sociaux) pour développer une approche éducative et préventive globale et des parcours de prise en charge personnalisés.

- La mise en place de programmes de transition hôpital-ville comprenant une standardisation de l'information/communication, une décision partagée en matière d'orientation et un accompagnement des patients *in situ* dans le cas de passages en postcure ou en réhabilitation.
- Enfin, les dépenses d'investissement et de fonctionnement associées, pouvant conduire au salariat de personnel *ad hoc* et localisé dans les structures, pourraient être financées par le réinvestissement des économies générées au sein des ACO.

Cette dynamique de développement est rapide et l'on estime que la population couverte par les ACO pourrait doubler d'ici à 2020. Toutefois, elle se concentre pour le moment principalement dans six États (Californie, Floride, Illinois, Massachusetts, New-York et Texas). Mais les ACO ne semblent pas être appelées à se généraliser pour devenir un modèle unique. Tout d'abord parce qu'elles reposent sur l'adhésion des professionnels à cette démarche et que, en dehors des ACO, peu d'entre eux sont convaincus de leur valeur ajoutée pour la qualité des soins. Mais aussi parce que leurs résultats sont, au niveau global, modestes et variables.

Néanmoins, et c'est sans doute le principal enseignement, les ACO permettent

une amélioration significative du suivi des patients chroniques et une baisse des dépenses chez les populations les plus complexes. De plus, les évaluations menées jusqu'à présent ne permettent pas de mettre en évidence l'ensemble des impacts ni des transformations des pratiques organisationnelles et professionnelles essentiels à la bonne coordination entre offreurs de soins.

Enfin, nous ne bénéficions pas aujourd'hui d'un recul suffisant pour apprécier à leur juste valeur les performances des ACO au regard des populations prises en charge (âgées, polypathologiques, défavorisées...), des types d'ACO (typologie extrêmement hétéro-

gène) ainsi que des pratiques et outils mis en œuvre.

Il n'en reste pas moins que l'expérimentation des ACO, l'étude des impacts de ce nouveau type d'organisation et des facteurs associés à ces derniers sont déjà intéressants pour le système de santé français. Ainsi, la création d'organisations intermédiaires entre les offreurs de soins et les financeurs (assureurs publics ou privés) associée à la mise en œuvre de contrats incitatifs à la performance, semble favoriser la coordination des soins, en s'appuyant sur le développement d'alternatives à la rémunération à l'acte, ce qui incite à la recherche de gains d'efficacité.

Ce constat interroge notre propre organisation actuelle alors même que d'autres pays comme le Royaume-Uni, l'Australie et l'Allemagne développent depuis quelques années des initiatives similaires aux ACO. Ces expérimentations pourraient donc ouvrir des perspectives en France dans le contexte de poursuite de la politique de soutien aux structures pluriprofessionnelles en soins de premiers recours d'une part, et des nouvelles possibilités offertes par la loi de modernisation du système de santé en matière d'intégration territoriale plus vaste avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les plateformes territoriales d'appui (PTA) d'autre part. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Anderson G.F., Reinhardt U.E., Hussey P.S., Petrosyan V. (2003). It's the Prices, Stupid: Why the United States is so Different from Other Countries. *Health Affairs*, 22(3): 89-105.
- Barnes A.J. et al (2014). Accountable Care Organizations in the USA: Types, Developments and Challenges. *Health Policy*, 118(1): 1-7.
- Berenson R. (2015). Addressing Pricing Power in Integrated Delivery: The Limits of Antitrust. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(4): 711-744.
- Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs*, 27(3): 759-69.
- Blumenthal D., Abrams M., Nuzum R. (2015). The Affordable Care Act at 5 Years. *New England Journal of Medicine*, 372(25): 2451-8.
- Bodenheimer B., Pham H.H. (2010). Primary Care: Current Problems and Proposed Solutions. *Health Affairs*, 29(5): 799-805.
- Burwell S.M. (2015). Setting Value-Based Payment Goals—HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. *New England Journal of Medicine*, 372(10): 897-99.
- Carmen D.W., Proctor B.D., Smith J.C. (2012). Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2011, U.S. Government, U.S. Census Bureau. *Current Population Reports*, 60-243.
- Crogan C.M. (2015). Encouraging Competition and Cooperation: The Affordable Care Act's Contradiction? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(4): 633-8
- Dafny L.S. (2015). Evaluating the Impact of Health Insurance Industry Consolidation: Learning from Experience. *The Commonwealth Fund*, November.
- Davis K., Stremikis K., Squires D., Schoen C. (2014). Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. *The Commonwealth Fund*, June.
- Douven R., McGuire T.G., McWilliams J.M. (2015). Avoiding Unintended Incentives In ACO Payment Models, *Health Affairs*, 34(1): 143-9.
- Fisher E.S., McClellan M.B., Bertko J., Lieberman S.M., Lee J.J., Lewis J.L., et al. (2009). Fostering accountable health care: moving forward in Medicare. *Health Affairs*, 28(2).
- Handel B. (2015). Commentary — Accountable Care Organizations and Narrow Network Insurance Plans. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(4): 705-10.
- Hsu J., Price M., Spirt J., Vogeli C., Brand R., Chernew M.E., Chaguturu S.K., Mohta N., Weil E., Ferris T. (2016). Patient Population Loss at a Large Pioneer Accountable Care Organization and Implications for Refining the Program. *Health Affairs*, 35(3): 422-30.
- Kane C.K., Emmons D.W. (2015). New Data On Physician Practice Arrangements: Private Practice Remains Strong Despite Shifts Toward Hospital Employment. American Medical Association, *Policy Research Perspectives*.
- Kessell E., Pegany V., Keolanui B., Fulton B.D., Scheffler R.M., Shortell S.M. (2015). Review of Medicare, Medicaid, and Commercial Quality of Care Measures: Considerations for Assessing Accountable Care Organizations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(4): 761-796
- Kilo C.M., Wasson J.H. (2010). Practice redesign and the patient-centered medical home: history, promises, and challenges. *Health Affairs*, 29(5): 773-8.
- Lewis V.A., Colla C.H., Schpero W.L., Shortell S.M., Fisher E.S. (2014). ACO Contracting with Private and Public Payers: A Baseline Comparative Analysis. *American Journal of Management Care*. 20(12): 1008-14.
- McClellan M., McKethan A.N., Lewis J.L., Roski J., Fisher E.S. (2010). A National Strategy to Put Accountable Care into Practice. *Health Affairs*, 29(5): 982-90.
- McWilliams J.M., Chernew M.E., Zaslavsky A.M., Hamed P., Landon B.E. (2013). Delivery System Integration and Health Care Spending and Quality for Medicare Beneficiaries. *JAMA International Medicine*, 173(15): 1447-56.
- McWilliams J.M., Landon B.E., Chernew M.E. (2013). Changes in Health Care Spending and Quality for Medicare Beneficiaries Associated with a Commercial ACO Contract. *JAMA*, 310(8): 829-36.

POUR EN SAVOIR PLUS (SUITE)

- McWilliams J.M., Landon B.E., Chernew M.E., Zaslavsky A.M. (2014). Changes in Patients' Experiences in Medicare Accountable Care Organizations. *New England Journal of Medicine*, 371(18): 1715-24.
- McWilliams J.M., Chernew M.E., Landon B.E., Schwartz A.L. (2015). Performance Differences in Year 1 of Pioneer Accountable Care Organizations. *New England Journal of Medicine*, 372(20): 1927-36.
- McWilliams J.M., Hatfield L.A., Chernew M.E., Landon B.E., Schwartz A.L. (2016a). Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *New England Journal of Medicine*, 374(24): 2357-66.
- McWilliams J.M. (2016b). Changes in Medicare Shared-Savings Program Savings from 2013 to 2014. *JAMA*, 336(16): 1711-13.
- Mossalios E., Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. (eds.) [2016]. International Profiles of Health Care Systems. *The Commonwealth Fund*, January.
- Muhlestein D., Gardner P., Merril T., Petersen M., Tu T. (2014). A Taxonomy of Accountable Care Organizations: Different Approaches to Achieve the Triple Aim. *Leavitt Partners*.
- Muhlestein D., McClellan M. (2016). Accountable Care Organizations In 2016: Private And Public-Sector Growth And Dispersion. *Health Affairs Blog*.
- Nyweide D.J., Lee W., Cuedon T.T., Pham H.H., Cox M., Rajkumar R., Conway P.H. (2015). Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs Traditional Medicare fee for Service with Spending, Utilization, and Patient Experience. *JAMA*, 313(21): 2152-61.
- Rice T., Rosenau P., Unruh L.Y., Barnes A.J. (2013). United States of America: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(3): 431 p.
- Ricketts T., Naiditch M., Bourgueil Y. (2012). Advancing Primary Care in France and the United States: Parallel Opportunities and Barriers. *Journal of Primary Care Community Health*, 3(3): 221-5.
- Sandy L.G., Bodenheimer T., Pawlson L.G., Starfield B. (2009). The political economy of U.S. primary care. *Health Affairs*, 28(4): 1136-45.
- Shortell, S. M., Wu, F. M., Lewis, V. A., Colla, C. H., Fisher E. S. (2014). A Taxonomy of Accountable Care Organizations for Policy and Practice. *Health Services Research*, 49(6): 1883-99.
- Shortell S.M., Colla C.H., Lewis V.A., Fisher E., Kessel E., Ramsay P. (2015). Accountable Care Organizations: The National Landscape. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(4): 647-68.
- Shortell S.M., Sehgal N.J., Bibi S., Ramsay P.P., Neuhauser L., Colla C.H., Lewis V.A. (2015). An Early Assessment of Accountable Care Organizations' Efforts to Engage Patients and Their Families. *Medical Care Research Review*, 72(5): 580-604.
- Smith J.C., Medalia C. (2015). Health Insurance Coverage in the United States: 2014. *U.S. Government, U.S. Census Bureau, Current Population Reports*, 60-253, Washington, DC.
- Song Z. (2014). Accountable Care Organizations in the U.S. Health Care System. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 21(8): 364-71.
- Song Z., Rose S., Safran D.G., Landon B.E., Day M.P., Chernew M.E. (2014). Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. *New England Journal of Medicine*, 371 (18): 1704-14.
- Starfield B., Shi L., Macinko J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83(3): 457-502.
- The Commonwealth Fund and The Kaiser Family Foundation (2015). Primary Care Providers' Views of Recent Trends in Health Care Delivery and Payment.
- Tu T., Muhlestein D., Kocot L., White R. (2015). The Impact of Accountable Care: Origins and Future of Accountable Care Organizations. *Leavitt Partners White Paper*.
- Wu F.M., Shortell S.M., Lewis V.A., Colla C.H., Fisher E.S. (2016). Assessing Differences Between Early and Later Adopters of Accountable Care Organizations Using Taxonomic Analysis. *Health Services Research*, 51(6): 2318-29.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Rédactrice en chef technique :** Anne Evans • **Secrétaire de rédaction :** Anna Marek • **Relectrices :** Zeynep Or, Camille Regaert • **Infographiste :** Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) •
Dépôt légal : avril 2017 • **Diffusion :** Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • **ISSN :** 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

Les publications de l'Irdes



Questions d'économie de la santé, en versions française et anglaise, est un mensuel de synthèse (4 à 8 pages), d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé.

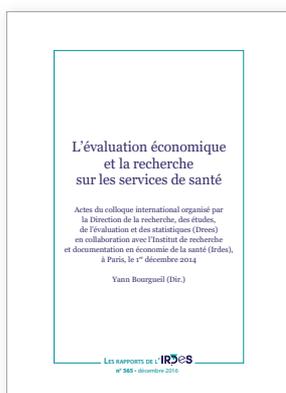
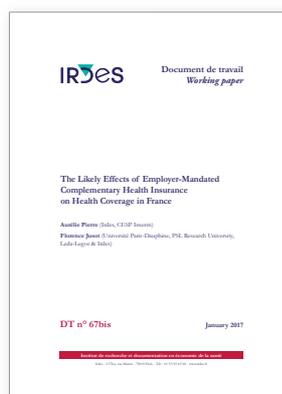
Questions d'économie de la santé est une première étape de lecture vers des documents plus approfondis (documents de travail, articles scientifiques...).

Destiné à un large public, il est diffusé aux formats papier et électronique.

Les documents de travail (DT) de l'Irdes
 Cette série de pré-articles scientifiques, en langue française ou anglaise, présente à la discussion un état de la réflexion sur une problématique de recherche.

Les DT sont soumis à parution dans une revue scientifique.

Ils sont essentiellement diffusés au format électronique.



Les rapports de recherche de l'Irdes

Cette collection de référence propose les résultats complets d'études, de recherche ou d'enquêtes, ou encore des actes de séminaires ou de colloques en français.

Diffusée aux formats papier et électronique, sa version papier est payante.

Collection Ouvrages de l'Irdes : la série Atlas
 offre une représentation synthétique et visuelle (cartes et graphiques) de données rassemblées autour d'une thématique dans la perspective d'analyses et de comparaisons territoriales.

Diffusée aux formats papier et électronique, sa version papier est payante.

