



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-033P

Evaluation de la prise en charge du diabète

TOME I RAPPORT

Établi par

Annick MOREL

D^r Gilles LECOQ

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2012 -

Organisation des soins primaires en Allemagne et « disease management » intégré au système de soin

L'Allemagne, par une réforme de 2007, a recentralisé la gestion des caisses d'assurance maladie et les a incité financièrement à mettre en place des programmes de « disease management » (attribution de 180 € par patient), centrés sur 5 pathologies chroniques, notamment le diabète, dont le cadre est défini par la loi : « désignation d'un médecin traitant qui coordonne l'ensemble des soins ; définition de protocole de soins, fondé sur des recommandations professionnelles ; exigence d'implication du patient ; échange d'information entre professionnels de santé et entre ces derniers et les caisses tous les trimestres; formation spécifique pour les professionnels et les patients avec des programmes approuvés; évaluation tous les 3 ans »³⁰².

Les programmes mettent également l'accent sur le renforcement de la coopération des médecins généralistes avec les spécialistes, les hôpitaux et les SSR. S'inscrivent dans la lignée d'une première réforme lancée en 2002, ils ont la caractéristique d'« internaliser » le suivi renforcé au cabinet du médecin et de ne pas reposer sur l'intervention d'équipes extérieures (plateformes téléphoniques, etc), conformément au modèle classique du « disease management » à l'américaine.

Les médecins décident volontairement de leur inscription dans le programme, qui dépend également de l'adhésion du patient et reçoivent une rémunération forfaitaire de 100 €/an par patient, en plus du paiement des actes : les patients bénéficient d'une exonération du ticket modérateur sur les médicaments et d'une prise en charge de la franchise trimestrielle de 10 €.

Les médecins s'appuient sur des assistantes médicales spécifiquement formées qui combinent tâches de secrétariat et missions cliniques de technicité limitée (prise de sang, mesure de la pression sanguine) et qui développent de plus en plus des démarches pro actives (téléphone, visites à domicile) auprès des patients.

Les programmes allemands concerneraient, en 2009, 5 773 000 millions de patients (6,8 % des assurés) dont 68 %³⁰³ de patients diabétiques et ont, après de fortes résistances du corps médical, dénonçant une « médecine de cuisine » obtenu son adhésion.

• Les programmes de DM sont-ils efficaces et efficaces ?

[820] Les preuves de l'efficacité des programmes de DM sur la réduction des coûts des systèmes de soins sont très discutées, notamment en raison des modes de sélection des groupes de patients visés (volontaires ou non, nature ou CSP des personnes couvertes par les programmes très parcellisés aux Etats-Unis) : des réductions de coûts, notamment en matière d'hospitalisation des patients, ne sont identifiées, selon les analystes, que dans moins de 20 % ou de 50 % des programmes analysés³⁰⁴. La neutralité financière des programmes (économies sur le système de soin - coûts de financement du programme) est encore moins avérée, compte tenu du caractère non public des contrats passés entre les assureurs et les entreprises de DM. Les trois entreprises sélectionnées par Medicare pour expérimenter des programmes de DM n'ont pas pu remplir les obligations du cahier des charges qu'elles avaient signé et faire la preuve d'une réduction des coûts de soins et de leur neutralité financière pour l'assureur public. Deux d'entre elles ont dû rembourser les sommes engagées par Medicare, la troisième étant encore en discussion sur ce point³⁰⁵.

³⁰² Programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne. Joachim Szecsenyi. Revue française des Affaires sociales.3. 2010.

³⁰³ D'autres sources, notamment l'OCDE in Optimiser les dépenses de santé -2010 avancement le chiffre de 52,6 %.

³⁰⁴ Does better disease management in primary care reduce hospital costs? M.Dusheko, H.Gravelle, S.mertin, N.Rice.,P.C.Smith. Centre for Health Economics, University of York? UK. Août 2011.

³⁰⁵ Report to congress on the evaluation of medicare Disease Management Programs. A.Chen, R.Brown,D.Espoito, J.Schore, R.Shapiro. Février 2008.

2. LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME SOPHIA

[821] Le rapport précité de l'IGAS suggérait que les problèmes rencontrés en France par le système de soin pour prendre en charge les patients chroniques (limitation du temps de contact médecin/patient, insuffisance du suivi des recommandations médicales dans les pratiques, capacité insuffisante de l'éducation thérapeutique) pouvaient rendre pertinent de « s'inspirer de la démarche du DM pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques... Certains éléments constitutifs forts du système français (comme le paiement à l'acte) ou certaines de ses caractéristiques (comme le peu de respect des professionnels de santé à l'égard de leurs engagements conventionnels) et la situation actuelle des pratiques ne permettent pas d'envisager une déclinaison spontanée des principaux éléments constitutifs du « chronic care model » dans notre pays ».

[822] Un scénario prudent d'expérimentation externalisée était proposé : appel d'offre par les régimes d'assurance maladie auprès de prestataires professionnalisés extérieurs, mis en concurrence ; sélection de différents modes d'intervention différents dans plusieurs régions pilotes ; évaluation clinique des résultats soumis à l'avis de la HAS. Sauf à adopter une adhésion des patients sur prescription médicale, introduisant ainsi un biais important de recrutement, « au risque de priver la démarche d'une part de son efficacité », ce scénario nécessitait un débat complexe d'une part entre « droits à la confidentialité des données et au consentement libre et éclairé et d'autre part, entre les intérêts des assurés eux-mêmes ainsi que ceux de la collectivité ». L'inspection proposait que la discussion soit engagée au sein de l'HCAAM.

- **Une stratégie globale**

[823] Le programme pilote d'accompagnement des patients diabétiques, appelé SOPHIA, mis en place par la caisse nationale d'assurance maladie en 2008, a choisi la voie d'un programme de DM, « internalisé » au sein de l'organisme, sur la base de l'article 91-II (modifiant le troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale) de la loi de financement pour la sécurité sociale 2007 et placé sous la responsabilité des médecins conseils

[824] L'outil a été conçu dans une stratégie globale de l'assurance maladie de meilleure prise en charge des patients diabétiques : accompagnement des patients grâce à SOPHIA, mise en place d'une rémunération à la performance pour les médecins volontaires (contrat d'amélioration des pratiques individuelles - CAPI) ; orientation des centres de santé de l'assurance maladie vers des programmes d'éducation thérapeutique des patients les plus défavorisés (Cf. Annexe 9. Diabète et éducation thérapeutique) ; programme de prévention contre l'obésité.

[825] Le programme, s'inspirant des principes du DM, consiste à renforcer l'implication et la responsabilisation des assurés diabétiques dans la gestion et la maîtrise de leur maladie par la mise en œuvre d'un « coaching » téléphonique, effectué par des infirmières salariées de l'assurance maladie et placées sur des plateformes d'appel (2 pour l'instant situées dans les CPAM des Alpes-Maritimes et du Tarn). Il a été concerté avec les acteurs du système, grâce à un conseil scientifique composé de représentants de l'INPES, de la HAS, de l'ordre des médecins, des syndicats de médecins et de pharmaciens, des associations de patients, de l'ANCRED et des sociétés savantes.

[826] Prévu par la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS, le programme est rapidement déployé en 2008 dans 10 départements français et un département d'outre mer, puis étendu en septembre 2009 à 19 départements français. Il couvre actuellement 433 000 patients éligibles, 137 000³⁰⁶ d'entre eux adhérant au programme.

³⁰⁶ Chiffres CNAMTS février 2012.

[827] La convention d'objectif et de gestion 2011-2013 signée entre l'Etat et la CNAMTS prévoit une généralisation à tout le territoire du programme SOPHIA et son extension à d'autres maladies chroniques (asthme, maladies cardio-vasculaires, pathologies respiratoires) sous réserve d'une évaluation favorable. D'autre part, le contrat pluriannuel de gestion Etat/UNCAM 2010-2013 envisage (article 3.4.2) un développement de ce programme d'accompagnement dans l'ensemble des régimes.

[828] L'évaluation de SOPHIA est intervenue en novembre 2010³⁰⁷. Sur cette base, la généralisation du programme et son extension à d'autres pathologies chroniques ont été décidées pour 2013. Une nouvelle évaluation doit intervenir en avril 2012.

- **Les principes du fonctionnement de SOPHIA**

[829] Les infirmières-conseillères en santé (CS), recrutées par les deux CPAM pilotes (Alpes-Maritimes et du Tarn) sont chargées, sous la responsabilité d'un manager et du médecin conseil local, d'apporter téléphoniquement, en complément du médecin traitant, des conseils aux patients diabétiques dans le suivi de leur maladie (rappels des examens, vaccinations) et les aident à atteindre leurs objectifs en matière d'alimentation ou d'activité physique. Cette action est soutenue par des courriers, des livrets thématiques, un journal et des outils pratiques (calendrier, carnet de bord), adressés aux patients et élaborés avec le soutien de l'association française des diabétiques (AFD) et de l'INPES. Un site internet est dédié à l'action.

[830] La sélection des patients s'opère par une analyse des données de consommation médicales du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et du PMSI. Les critères d'éligibilité sont le traitement par médicament antidiabétique et le bénéfice d'une ALD. Ont été exclus les bénéficiaires de l'AME, certaines situations administratives (perdus de vue, décédés) et certaines situations graves (cancers dans l'année, maladie d'Alzheimer, insuffisance rénale terminale etc..).

[831] L'adhésion des patients est volontaire (système d'« opt in ») sur la base du retour d'un bulletin d'inscription envoyé par la CPAM aux assurés identifiés. Le taux d'inscription à Sophia (inscrits/éligibles) est de 30 % depuis le début du programme.

[832] L'inscription est suivie de l'envoi d'un questionnaire au patient et à son médecin traitant (rémunération de 2 C) qui est associé au programme dès l'inscription des patients, doit actualiser les données médicales des inscrits chaque année en renseignant un questionnaire pour lequel il est rémunéré à hauteur d'une consultation par an : les taux de retours de ces questionnaires sont de 30 % sur la période.

Tableau 60 : Inscription des patients et retour des questionnaires patients et médecins sur la période 2008-2011

Total de patients éligibles au service	439 569
Dont ayant reçu une invitation à s'inscrire	412 730
Nombre d'inscrits	125 098
Taux d'inscription	30,3 %
dont inscriptions suite à relance téléphonique	23,4 %
Taux de refus	8,4 %
Taux de retour Questionnaires Personnels	37,1 %
Taux de retour Questionnaires Médicaux	29,5 %

Source : CNAMTS. Chiffres novembre 2011.

³⁰⁷ Evaluation médico économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques SOPHIA- B.Detournay, S.Gadenne, C.Emery, J.Robert. CEMKA-EVAL.Novembre 2010.

- [833] La stratification du risque, qui détermine l'intensité des communications téléphoniques, est effectuée par une approche statistique et clinique des 12 derniers mois de consommations médicales des patients diabétiques identifiés par les bases de données, permettant de prédire le coût total de l'année suivante. Le modèle de stratification, appliqué chaque mois sur l'ensemble des patients éligibles, affecte à chaque patient un score de risque sur la base du coût prédit et répartit les patients en 3 niveaux de risque : faible (70 % de la population), modéré (20 %) et élevé (10 %), certains malades étant exclus en raison de leur caractéristiques (grand âge, poly-pathologies associées). Dans les évolutions envisagées, le niveau de stratification sera affiné en 5 niveaux. Cependant, n'ayant qu'un accès restreint (résultats des examens à titre d'exemple) ou différé (connaissance de l'hospitalisation après 6 mois, données médicales du patient sur retour du médecin traitant) aux données médicales des patients, les conseillers ne peuvent jouer qu'à la marge (écarts de certains patients par rapport au rythme des examens) un rôle d'alerte pour rappeler aux patients l'intérêt d'examen obligatoires non effectués par exemple. La stratification des risques, qui porte sur des patients volontaires car déjà plus conscients de leur pathologie que les autres, présente un intérêt limité.
- [834] Disposant d'informations sur les ressources du département de résidence du patient, les infirmières des plateformes, conseillères en santé, peuvent orienter les assurés vers des dispositifs de prise en charge (réseaux) complémentaires à l'activité des médecins traitants mais ces données ne sont pas toujours fournies ou actualisées.

Tableau 61 : Synthèse de l'activité des plateformes téléphoniques SOPHIA depuis l'origine

Total des appels depuis l'ouverture	234 908	
Appels de campagne	126 046	54 %
Appels de suivis	57 825	25 %
Appels entrants	32 755	14 %
Rappel	18 282	8 %
Total des personnes contactées	80 497	
1 seul appel	32 486	40 %
Entre 2 et 4 appels	33 033	41 %
5 appels ou plus	14 978	19 %
Nombre de CS en activité	75	
Nombre de démission depuis ouverture	21	
Total des appels de relance d'inscription	108 022	

Source : CNAMTS

- [835] Les 75 infirmières-conseillères en santé sont formées pendant 40 jours (protocole de l'entretien téléphonique, entretiens motivationnels, aspects de la maladie, culture institutionnelle). Chacune d'entre elles gère un portefeuille de 1000 patients et le nombre d'entretiens quotidiens pour chaque conseiller est de 13 environ. Les appels sont majoritairement sortants à 86 %. Il est prévu dans les développements futurs une amélioration de l'outil de gestion de la relation « client » des conseillers, notamment par la mise en œuvre d'un composeur automatique d'appel qui permettra d'éviter la perte de temps liée à la composition des numéros.
- [836] Différents types d'appel sont prévus : appel de bienvenue quand un patient est inclus ; appels de campagne sur des thématiques déterminées; appel ciblé pour certains patients lorsque les éléments médicaux montrent un écart des soins par rapport aux recommandations.

3. LE COUT DU PROGRAMME SOPHIA

[837] En 2011, le coût total annuel (investissement + exploitation), du programme Sophia est de 15,517 M € et de 115 € par patient inclus : l'extension du programme depuis l'origine a fait baisser très sensiblement les coûts unitaires (396 € en 2009). La généralisation en 2013 aurait pour effet de faire "descendre" le coût annuel par adhérent à 70 €.

Tableau 62 : Coût du programme Sophia (hors recherche et développement initial)

En K€ TTC	2007	2008	2009	2010	TOTAL
A Coûts d'Investissements					
1) Prestations intellectuelles externes					
Prestation AMOA	946	1 549	269	660	3 424
Prestation AMOE		6 468	5 221	5 508	17 197
Prestation Evaluation externe		78	80	146	304
Prestation Recrutement		258	11	129	398
Prestation communication	196	548	478	140	1 361
Prestation évaluation satisfaction			144		144
Prestation informatique	144	994	520	47	1 705
Prestation étude juridique	6	6	6	6	26
2) Matériel et développement					
Equipement des plateformes		1 055	41	17	1 113
Matériel informatique plateformes	0	46	46	0	91
LAD Bobigny (matériel+Itesoft)		126		nc	126
Coût humain DDSI	134	985	450	450	2 019
Total investissements (1+2)	1 426	12 113	7 266	7 103	27 908
B Coûts d'exploitation					
1) Coût d'exploitation des centres d'accompagnement					
Personnel centres d'accompagnement		856	3 534	3 749	8 139
Communications téléphoniques		30	92	92	214
Fonctionnement plateformes		458	221	428	1 107
2) Coût d'exploitation des sites pilotes					
Actions des sites pilotes		668	150	169	987
Frais d'affranchissement Esope		246	296	354	895
Rémunération médecin traitant		116	585	598	1 299
Personnel Bobigny		41	56	56	153
3) Coût d'exploitation CNAMTS					
Impression/acheminement	1	183	147	274	604
Centre de contact transitoire		184			184
Total coûts exploitation (1+2+3)	1	2 782	5 081	5 720	13 583
C Coûts Ressources humaines (hors centre d'accompagnement/Bobigny/DDSI)					
1) Coût humain CNAMTS	571	1 206	1 335	1 806	4 918
2) Coût humain Réseau AM	132	766	838	838	2 574
Total coûts RH (1+2)	703	1 972	2 173	2 644	7 492
Coût total (A+B+C)	2 130	16 867	14 520	15 467	48 983

Source : CNAMTS. Réponse au questionnaire de l'IGAS. Novembre 2011

4. LES RESULTATS DE SOPHIA

4.1. *Satisfaction des patients et des médecins*

[838] L'évaluation du programme SOPHIA prévoyait de mesurer la satisfaction des patients et des médecins. Pour les patients, ces évaluations sont intervenues en 2011, sur la base de questionnaires auto-administrés de 50 questions auprès d'un échantillon représentatif de 10 000 patients adhérents sur les premiers sites de 2009 (9 départements métropolitains). 501 médecins, ayant au moins un patient adhérent, ont, d'autre part, été interrogés par téléphone. Les taux de retour des questionnaires patients ont été de 29 %. Les patients se déclarent satisfaits du service à 91 % des interrogés et soulignent des effets positifs sur la réalisation des examens de suivi (70 %) de leur maladie, sur le suivi de leur traitement (69 %), sur leur alimentation (69 %) et l'activité physique (53 %). Les supports écrits de SOPHIA, qui sont effectivement de très bonne qualité, sont bien appréciés de même que la fréquence et la qualité des contacts avec les conseillers santé.

[839] Les médecins interrogés, dont on pouvait craindre l'hostilité au programme (immixtion dans la relation duelle patient/ médecin, crainte d'une contradiction avec leur démarche soignante), apparaissent raisonnablement rassurés (52 % de bonne opinion contre 49 % dans un premier sondage de 2009) et 65 % d'entre eux ont conseillé à leurs patients d'adhérer au programme considérant que la décision leur appartient. Cependant, les praticiens concernés s'affirment en majorité peu satisfaits des modalités pratiques du programme (46 % de satisfaits contre 56 % antérieurement), ce qui explique le faible taux de retour des questionnaires médicaux (30 %) des patients inscrits et le fait que près de la moitié d'entre eux ignore la rémunération spécifique qui s'attache au retour du questionnaire. Ils jugent en majorité le programme redondant avec leurs activités ou celle des réseaux, chronophage et continuent de soupçonner l'assurance maladie d'en faire un outil de contrôle de leur activité.

4.2. *L'évaluation médico-économique du programme*

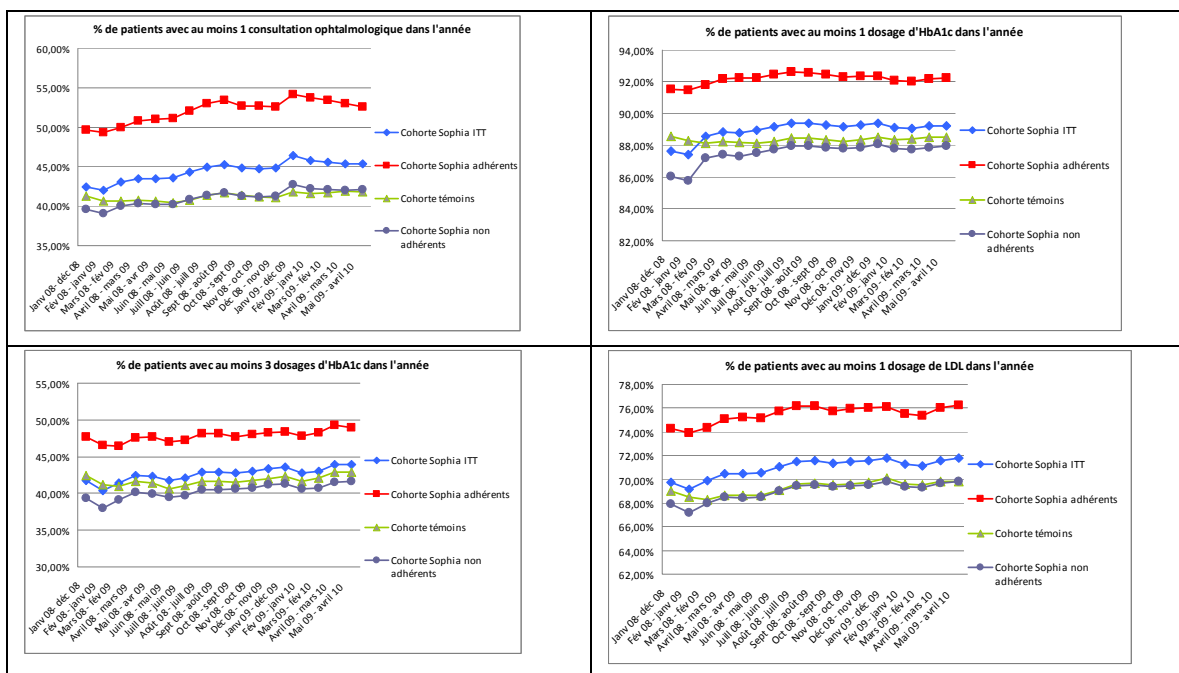
[840] Confié à un prestataire extérieur (CEMKA-EVAL), l'évaluation médico-économique, validée par le conseil scientifique du programme, a été produite en novembre 2010, sur les patients pris en charge à partir de 2008 dans les 10 premiers départements pilotes : elle intervient donc un an seulement après la mise en place du programme, ce que souligne l'évaluateur.

[841] Elle a consisté à mesurer l'impact du programme en comparant l'évolution de différents indicateurs de la qualité de prise en charge, cliniques et économiques, entre la population des patients diabétiques ciblés par le programme (IPC 123 973 patients), comprenant les adhérents (35 903 patients) et les non adhérents (88 070), et une population témoin (263 381 patients-échantillon ENTRED- métropole 2007-2010), « choisie pour être représentative de la situation des diabétiques français, correspondant aux critères d'inclusion du programme et vivant hors de sites pilotes »³⁰⁸.

³⁰⁸ Evaluation médico économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques SOPHIA- B.Detournay, S. Gadenne, C.Emery, J.Robert. Version du 6 Novembre 2010.

- [842] Le biais de sélection des adhérents volontaires au programme, “*structurellement différente de la population témoin*”³⁰⁹, apparaît dans les échantillons observés : le consentement explicite du patient n’engage effectivement que des assurés déjà conscients de la nécessité de maîtriser leur maladie et laisse de côté ceux qui la dénie. Les adhérents SOPHIA sont plus jeunes, avec une ALD déclarée plus récemment et un traitement par insuline moins fréquent que la population témoin, davantage pris en charge par ailleurs par un réseau de santé. Des différences significatives se notent également dans les indicateurs de suivi et de soins du groupe SOPHIA : examens recommandés plus fréquemment pratiqués, indicateurs cliniques (poids moyen moins élevé, meilleure équilibre du diabète, diabète moins sévère mesuré par un taux d’HbA1c plus favorable, consommation hospitalière plus faible).
- [843] Les résultats de l’évaluation sont les suivants.
- [844] - **Les indicateurs de respect du suivi des examens de santé recommandés s’améliorent** sur la période dans les trois groupes étudiés (IPC, adhérents, groupe témoin) mais significativement plus chez les adhérents du programme, notamment en ce qui concerne le recours à la consultation ophtalmologique, à l’ECG, ou aux dosages des marqueurs rénaux. Ces résultats restent bien en deçà des recommandations de la HAS : seuls 48 % des adhérents SOPHIA bénéficient de 3 dosages d’HbA1c annuels et 45,2 % d’une consultation ophtalmologique.

Graphique 7 : Evolution de différents indicateurs de qualité de suivi des patients



Source : CEMKA-EVAL

³⁰⁹ Les citations en italiques sont celles du rapport d'évaluation.

- [845] - **Les résultats sur les indicateurs de santé des adhérents** sont peu probants : pas de variation du poids et du pourcentage de patients présentant une tension artérielle trop élevée ; évolution favorable mais statistiquement et cliniquement peu significative du taux d'Hb1AC chez les adhérents/témoin (pour les plus déséquilibrés des patients, l'amélioration est de 0,05 points chez patients SOPHIA/population témoin) ; par ailleurs, baisse plus importante, dans la population témoin que dans la population SOPHIA, de la proportion de patients dont le taux HbA1c a baissé. Selon l'évaluateur, *“l'écart observé entre les patients adhérents et la population témoin bien que significatif au plan statistique, reste cliniquement modeste”*.
- [846] - **L'aspect économique de l'évaluation** apprécie les économies de dépenses de soins de ville ou hospitalières imputables au programme. Après ajustement, si la consommation des soins de ville augmente sur la période pour les trois groupes (IPC, adhérents, population témoin), celle des patients adhérents SOPHIA connaît des augmentations similaires à celle de la population témoin mais moins importantes que celle de la population SOPHIA non adhérente : autrement dit, il n'y pas de gains évidents liés au programme, ce qui semble normal, compte tenu des progrès observés chez les adhérents dans la surveillance de la maladie. En revanche, les dépenses hospitalières de adhérents de SOPHIA évoluent moins rapidement que celles de la population témoin, conduisant à une économie estimée entre 44 € et 137 € par an. Cependant ces gains ne sont supérieurs que de 14 € à 20 € à ceux des non adhérents SOPHIA dont les dépenses hospitalières sont de 30 € à 107 € inférieures à celles de la population témoin.
- [847] L'évaluation économique calcule l'impact global du programme : dépenses/économies réalisées dans le système de soins par les adhérents de SOPHIA, après prise en compte des coûts d'investissement et d'exploitation du programme. En 2009, son coût, estimé par l'évaluateur, était de 14 538 K €, soit 396 € par adhérent. Selon l'évaluateur, SOPHIA se traduit par une dépense supplémentaire située (dépenses soins de ville +/- dépenses ou économies hospitalières + coût du programme) entre 26 € et 106 €. Les variations des surcoûts du programme dépendent des références prise en compte pour comparer les performances des adhérents SOPHIA : soit la population témoin (même consommation des soins de ville que la population SOPHIA, plus de dépenses hospitalières), soit la population des non adhérents (plus grande consommation des soins en ville, consommation hospitalière proche).
- [848] Le moins que l'on puisse en conclure, c'est que l'on ne peut pas conclure...aux effets positifs médico-économiques d'un programme, mis en place une année auparavant et qui montre seulement une amélioration des indicateurs de suivi sur un segment des assurés diabétiques, déjà mieux soignés que les autres. C'est d'ailleurs ce que souligne le rapport : *“En l'absence d'effets sur les indicateurs cliniques, il est prématuré de se poser la question de l'efficacité économique du programme...La décision d'extension du programme à l'ensemble du territoire français et à d'autres pathologies a été prise récemment. Cette décision se justifie au moins sur le plan de la recherche d'économies d'échelle...Cette démarche devrait être accompagnée d'un suivi évaluatif”*.

Conclusion

- [849] 1- Le biais de recrutement des adhérents SOPHIA, mieux pris en charge que les non adhérents ou le groupe témoin est important (caractéristiques médicales et de suivi).
- [850] 2- Le système d'information ne permet pas à la plateforme de bénéficier des résultats d'examen en temps réel des patients, ce qui n'autorise pas les infirmières à réagir de façon adaptée et rapide aux évolutions de la situation des patients.
- [851] 3- L'évaluation « court terme » montre un bénéfice du programme dans l'amélioration du suivi des recommandations de l'HAS par les adhérents SOPHIA. Il laisse beaucoup de marge pour “coller” aux recommandations de la HAS.

- [852] 4- Les bénéfices cliniques du programme pour les patients sont peu sensibles, non plus que ceux en termes d'économies sur les soins de ville ou hospitaliers.
- [853] 5- L'évaluation a été faite à un an, ce qui est très court : on sait que le meilleur suivi des recommandations entraîne de fait une augmentation immédiate des dépenses de ville (plus grand nombre d'examens etc.). C'est certainement à plus long terme qu'il faudrait mesurer les résultats du programme sur la réduction des hospitalisations notamment.
- [854] L'évaluateur concluait avec un grand art de la litote: « les résultats ont été obtenus sur une période de temps courte et sous la contrainte de systèmes d'information imparfaits. Ils plaident pour une extension éventuelle du programme jouant sur des économies d'échelle possible et ciblant mieux les populations les moins bien soignées ».